

ESTRATEGIA PAÍS ECUADOR

2022-2025



MEDICUS MUNDI MEDITERRÀNIA

ÍNDICE

1 Breve resumen de la historia de **medicusmundi mediterrània** en Ecuador.

2 Contexto país y en particular de Quito.

3 Diagnóstico de la situación de la mujer en Ecuador.

4 Estrategia de Intervención: Objetivos y líneas de acción.

5 Alienación con las prioridades de desarrollo nacionales.

6 Coordinación con otros actores del sector.

7 Seguimiento y evaluación del plan.

1 BREVE RESUMEN DE LA HISTORIA DE MMed EN ECUADOR

La experiencia de **medicusmundi Mediterrània** (MMMed) en Ecuador es amplia, tanto desde el punto de vista temporal, sectorial, así como geográfica.

Trabaja en Ecuador desde el año 2003. Empezó con la ejecución de proyectos y programas de desarrollo en la provincia de Sucumbíos, en consorcio con otras 4 ONG's de solidaridad internacional agrupadas, a su vez, en la ONG ÀGORA NORD SUD. Se llevaron a cabo varios proyectos, en alianza con otras entidades locales de desarrollo local y productivo, financiados por la Cooperación Catalana y también el aporte de la UE. Posteriormente, a partir del 2007, también amplió su ámbito de actuación a otra provincia del Ecuador, Bolívar, en la sierra central, también como parte del mismo consorcio de ONG's ÀGORA NORD SUD, impulsando un programa de desarrollo integral, local y territorial, endógeno y participativo, el Programa Alianzas para el Desarrollo de Bolívar.

El programa de trabajo en Bolívar, que se autodenominó "Programa de Desarrollo Socio-económico Alianzas para el Desarrollo de Bolívar" se desarrolló durante años, con apoyo de varios financiadores, entre ellos La Fundación La Caixa, finalizando sus acciones en 2015. La sostenibilidad de las acciones implementadas en la región sigue siendo uno de los logros más valorados por las autoridades y comunidades locales.

Al mismo tiempo que viene participando en este consorcio, **medicusmundi Mediterrània** (MMMed) se establece como ONG en el Ecuador desde 2008 y, en la misma provincia Bolívar, desarrolla un proyecto de mejora de la calidad de la información sanitaria y el acceso a ella por parte del personal de la red sanitaria y de la población civil, en colaboración con la Dirección Provincial de Salud de Bolívar. Desarrolló dos proyectos de prevención de riesgos en salud, en la provincia de Bolívar, con la financiación de la Agencia Española de Cooperación al Desarrollo (AECID) entre los años 2011 y 2014, con especial foco en el desarrollo de la capacidad de resiliencia del sistema de salud provincial frente a desastres y emergencias.



Asimismo, se empezó una colaboración con la ONG local CEPAM, en Guayaquil, para la realización de un proyecto sobre la temática de Salud Sexual y Reproductiva, en los años 2010/2011, cuyo objetivo era la formación de 45 mujeres como orientadoras y sensibilizadoras en derechos sexuales y reproductivos. Aquí nace una línea de trabajo, la promoción de los derechos de la mujer, los derechos sexuales y reproductivos, y la lucha contra la violencia de género que se constituirán como la principal y más reconocida línea de trabajo de la entidad en Ecuador hasta el presente.

Entre los años 2012 y 2014 desarrolla dos proyectos de apoyo a la Dirección Provincial de Salud de Bolívar y el Foro Provincial de la Mujer de Bolívar para aumentar las capacidades de acción de las mujeres en situación de violencia y vulnerabilidad y la promoción de sus derechos sexuales y reproductivos. Dichos proyectos fueron financiados por el Ajuntament de Barcelona y por la Generalitat de Valencia. En el marco de dichos proyectos, entre otras publicaciones, **medicusmundi** genera una investigación de referencia en la región que ayudará a desarrollar políticas públicas en materia de prevención:



https://bit.ly/Investigacion_Bolivar

Considerando el éxito de las acciones y la excelente relación con el Ministerio de Salud Pública, existe la demanda de traspasar las acciones a la capital del país, el Distrito Metropolitano de Quito, dados los nefastos indicadores de violencia de género que se registran en la capital, especialmente en la zona periférica. En el año 2015 se pone una marcha una estrategia, financiada por varios proyectos y programas, que sigue hasta hoy en día.

Dicha estrategia combina el trabajo con las autoridades sanitarias de la capital para desarrollar capacidades de atención a víctimas de violencia (incluyendo violencia sexual) y el trabajo articulado con la sociedad civil para generar estrategias públicas y sociales de promoción y atención integral a mujeres víctimas de violencia de género.

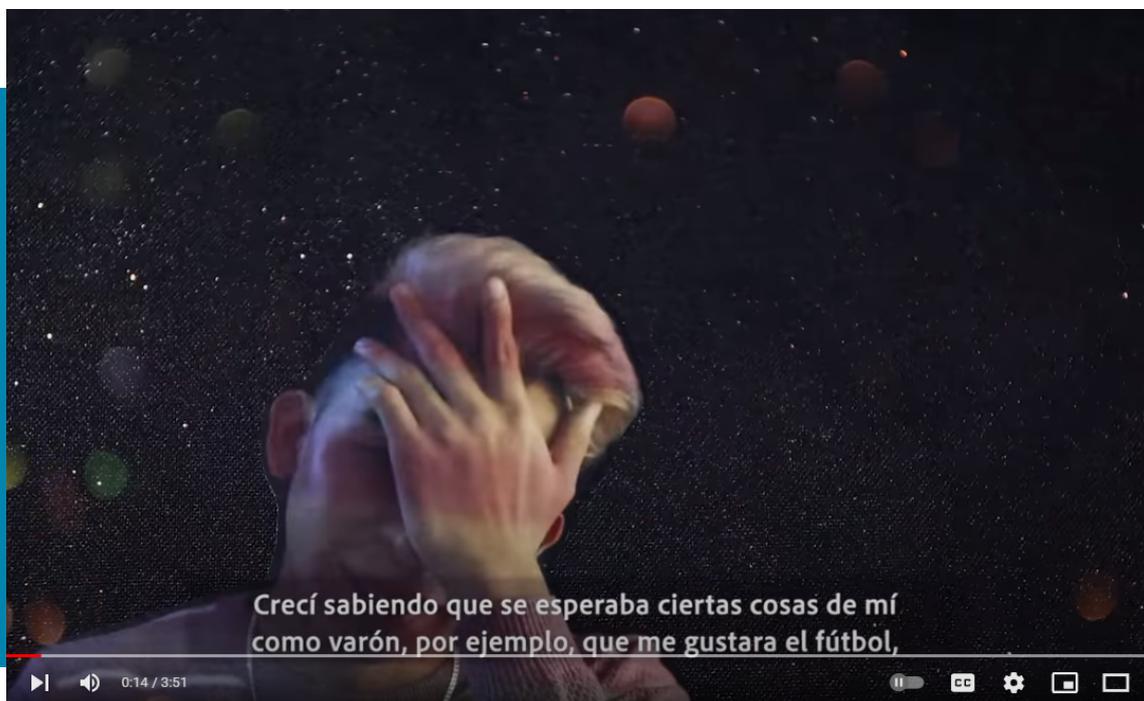
En la línea de generar materiales y campañas, sistematiza y crea una serie de videos, en colaboración con la población juvenil, que son la columna vertebral de diferentes campañas de prevención de violencia machista, como, por ejemplo:





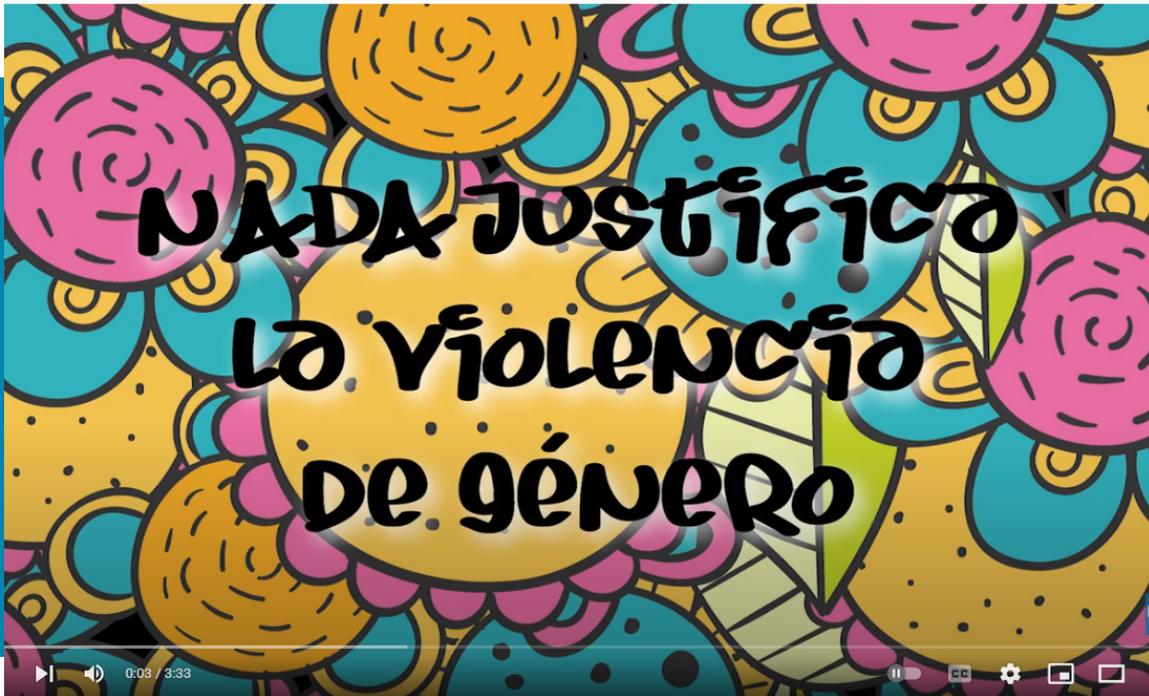
<https://bit.ly/TalleresVG>

Este vídeo muestra el trabajo de sensibilización y empoderamiento de la ciudadanía en relación a la lucha contra la Violencia de Género y la promoción de los Derechos Sexuales y reproductivos.



https://bit.ly/Andres_Ecuador

Vídeo de animación en técnica pixelada, donde se narra el testimonio de Andrés, un joven que se pintó el cabello de color rosado para romper moldes y ser él mismo.



https://bit.ly/VGen_Ecuador

Vídeo de animación en técnica pixelada, donde se narra el testimonio de Andrés, un joven que se pintó el cabello de color rosado, romper moldes y ser él mismo.

En este sentido, se trabaja en colaboración con el Ministerio de Salud y la secretaria Municipal de Salud de Quito, a la vez que, con la Fundación Casa Matilde, la única entidad que dispone de una casa de acogida para atender a mujeres víctimas de violencia para articular una respuesta integral a las mujeres, incluyendo la generación de opciones de empleo que puedan ayudarlas a salir del círculo de la violencia. En total se ejecutan 5 proyectos financiados por la Agencia Catalana de Cooperación al Desarrollo y el Ajuntament de Barcelona. Entre los éxitos e impactos de la intervención, cabe destacar el impulso de la Red RAPVIFGSUR, plataforma de más de 20 entidades feministas que trabajan en el sur de Quito en erradicación de la violencia de género.

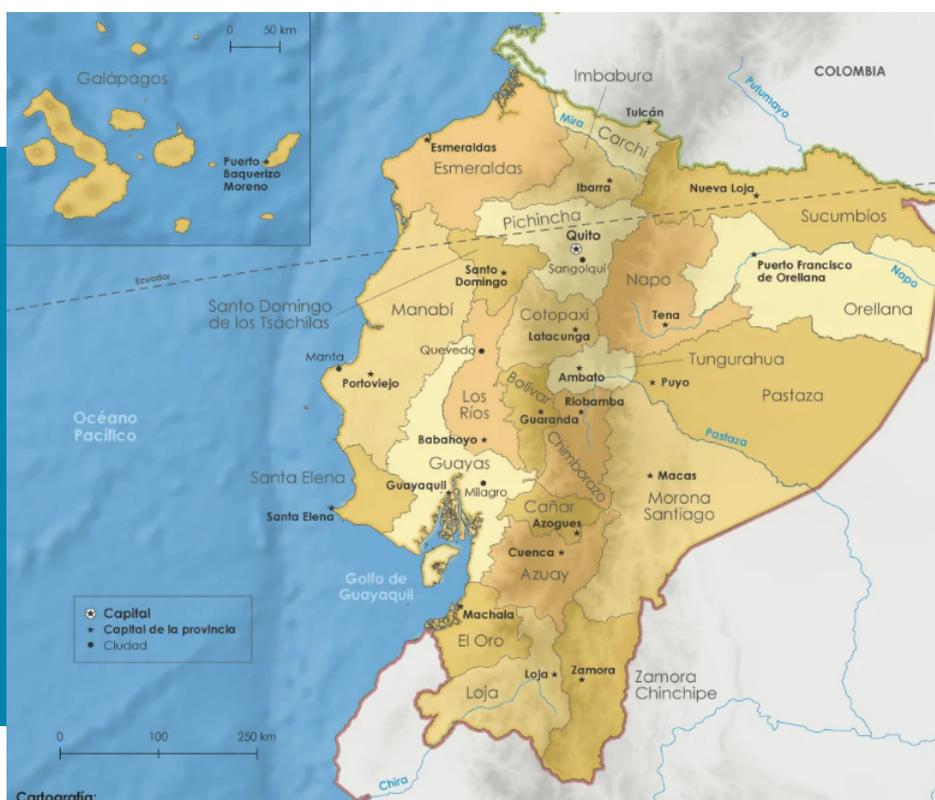
En el año 2019 inicia una nueva etapa de trabajo por la Justicia de Género de las mujeres en situación de vulnerabilidad del Distrito Metropolitano de Quito: se fortalece la relación con el Ministerio de Salud Pública, se potencian intercambios formativos con Hospitales de referencia de España en materia de atención a víctimas de Violencia Sexual (Hospital Clínic de Barcelona), se inicia una colaboración estable con la Alcaldía de Quito y su Patronato de San José, que gestiona la única casa de acogida municipal del municipio, y se inicia el trabajo con la Fundación Akuanuna, creada en base al equipo técnico de la antigua Fundación Casa Matilde. Dicha intervención supone un salto cualitativo en materia de justicia de género, integrando elementos de prevención, de atención a víctimas, de generación de oportunidades de inserción laboral y de coordinación de actores.

2 CONTEXTO PAÍS Y EN PARTICULAR DE QUITO



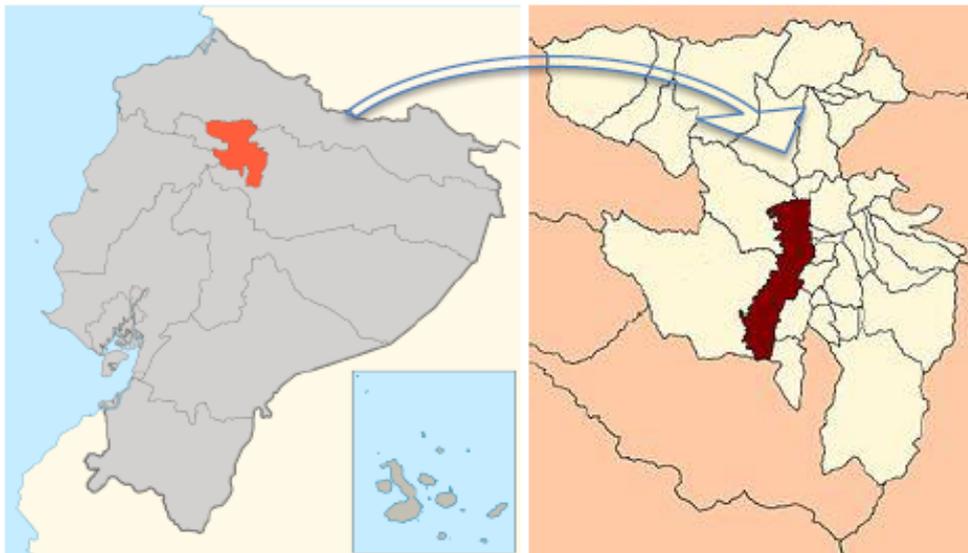
Contexto Demográfico y Localización Geográfica

Ecuador ocupa un área de 283.561 km², tratándose del cuarto país más pequeño del subcontinente y el décimo país más poblado de América, superando los 17 millones de habitantes según las proyecciones poblacionales para el 2020. Se sitúa entre los países denominados de renta media, con una renta per cápita en 2020 de algo menos de 5.600 \$USD y un Índice de Desarrollo Humano (IDH) 07.759 ocupando el puesto 86 de 189 naciones en 2019. El 50,4% son mujeres. Un 72% de la población es mestiza, un 7% indígena, 7% afro-descendiente y un 6% blanca. El 38% de la población es menor de 18 años.



El Distrito Metropolitano de Quito se encuentra en la Provincia de Pichincha, ubicada al norte del país, en la zona geográfica conocida como región interandina o sierra. Su capital administrativa es la ciudad de Quito, la cual es la capital del país, además de la más poblada. Es también el principal centro comercial del país. Ocupa un territorio de unos 9.612 km², siendo la undécima provincia por extensión (de las 24 provincias del país). Limita al norte con Imbabura, al sur con Cotopaxi, por el occidente con Santo Domingo de los Tsáchilas, en el noroccidente con Esmeraldas y al este con Napo. El Distrito Metropolitano de Quito se distribuye en ocho diferentes administraciones zonales: Calderón, Centro, Chillós, Eloy Alfaro, La Delicia, norte, Quitumbe y Tumbaco. Ambas administraciones de intervención son Quitumbe y Eloy Alfaro, que cubren el territorio situado al sur de Quito desde el centro histórico. Tiene 2.239.191 habitantes, constituyendo las mujeres el 51,6%. El 72% de la población vive en la zona urbana y el 28% en la zona suburbana, distribuida en 65 parroquias del Distrito Metropolitano. En relación a las características étnicas, en Quito, el 92,81% de la población se considera mestiza, 6,73% blanca, 4,09% indígena, 1,53% mulata, 2,64% afro-ecuatoriana, y el 0,39% pertenece a otras etnias.

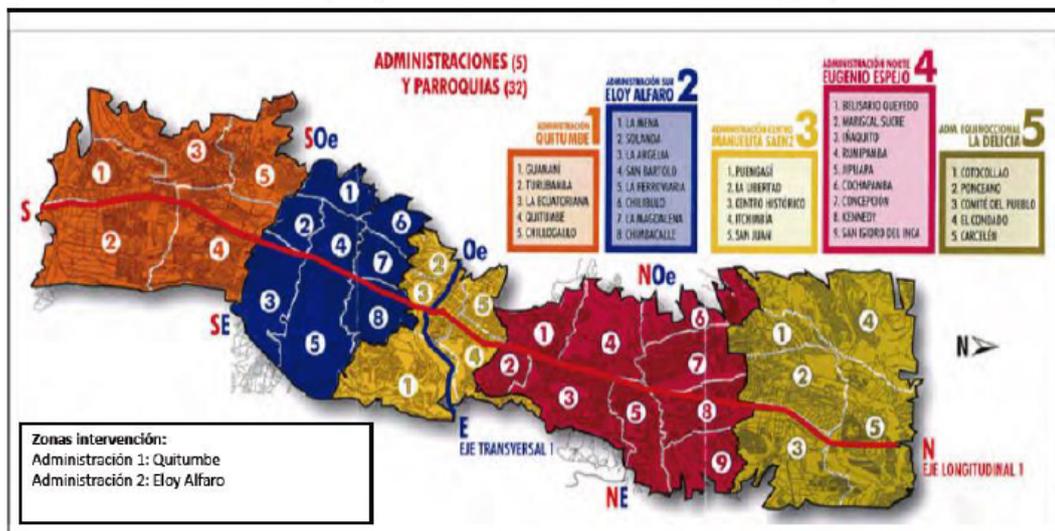
Mapa de la Província Pichincha i del Districte Metropolità de Quito



Font: <http://www.quito.gob.ec>

Las administraciones zonales municipales dependen de cada secretaría municipal, en función del tipo de competencia que se desarrolle. Sin embargo, cuentan con pocos recursos humanos y materiales respecto a las exigencias de los programas desarrollados por cada secretaría y el amplio territorio que abarcan, así como los niveles de población que concentran en sus administraciones. El Gobierno Municipal del Distrito Metropolitano de Quito cuenta con 9 Secretarías: Ambiente, Cultura, Desarrollo Productivo y competitividad, Educación, Inclusión social, Movilidad, Salud, Seguridad y Gobernabilidad, Territorio, Hábitat y Vivienda.

DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO (DISTRIBUCIÓN POR ADMINISTRACIONES Y PARROQUIAS)



Fuente: <http://www.epmmop.gob.ec/>

Con relación a la movilidad humana, la situación en Venezuela, ha provocado un aumento de población desplazada hacia Ecuador, registrándose durante el 2017 una entrada de 288.005 personas de dicho país. En relación con esta situación el MREMH estima que aproximadamente 250.000 venezolanos han decidido permanecer en Ecuador al 2018.

La situación en Colombia también ha provocado una gran movilidad. Varias décadas de crisis han provocado más de 7 millones de personas desplazadas. Ecuador es el país que ha reconocido a la mayor cantidad de personas refugiadas en América Latina. Hasta diciembre de 2021, más de 71.550 personas habían sido reconocidas como refugiadas. Más del 97% de ellas eran de nacionalidad colombiana. En Quito, un estudio realizado por el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados ACNUR Ecuador, manifestó que el 82% de las personas encuestadas consideran que enfrentaría riesgos si tuviera que volver a su país (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), 2021), así mismo se obtuvo la siguiente información: “el 82% de las familias encuestadas tenía al menos una de las siguientes características: ser sobreviviente de violencia o abuso (18%), tener una condición médica crónica (18%), ser madre o padre soltero (12%) o tener alguna discapacidad (11%)”(Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), 2021, el subrayado es de la autora).

Contexto Económico



La inversión social en educación, salud y protección social ha tenido importantes avances en los últimos años en Ecuador. No obstante, Ecuador enfrenta importantes retos a medio plazo, como la reducción de la pobreza (muy particularmente de la extrema), la lucha contra la desnutrición infantil y la mortalidad materna, la inversión para lograr hacer llegar servicios básicos a hogares del sector rural y zonas periurbanas deprimidas, la lucha contra la violencia de género o la necesidad de diversificar productivamente la economía del país. En los últimos cuatro años es importante destacar que varios procesos han afectado a la economía del país:

- 1 La pandemia COVID-19.
- 2 Cambios en el poder ejecutivo.
- 3 Proceso de desaceleración económica debido, en parte, a la crisis internacional del petróleo.
- 4 Impacto de flujo inusuales de personas en movilidad humana procedentes principalmente de Venezuela (y Colombia).
- 5 La Ayuda Oficial al Desarrollo ha experimentado una salida progresiva de agencias de cooperación bilaterales y ONGD internacionales y una reducción en el peso de la Cooperación No Reembolsable respecto al PIB (0,12% en 2017).

En los últimos años el sector económico más representativo ha sido el terciario –servicios-, 65,2% del PIB, seguido por el sector primario, alcanzando el 18,9% (agricultura, petróleo y minas). El sector secundario represente sólo el 12,6% del PIB, lo que supone uno de los grandes problemas de la economía ecuatoriana ya que no se genera valor añadido. Las exportaciones petroleras y otras que siempre han marcado la economía del país, como el banano, flores, camarón son predominantes (67,6% y 23,5% respectivamente). El país necesita una mayor diversificación productiva.

Con respecto al derecho al trabajo y los trabajos no remunerados, en Ecuador, para diciembre de 2019, último estudio antes de la pandemia, la tasa de empleo bruto se encontraba en 62,8%. Para marzo de 2022 la tasa de empleo bruto se ubicó en 61,8% a nivel nacional, es decir, la tasa de empleo ha descendido (INEC, 2022).

De igual manera, en diciembre de 2019 el 46,7% de población ocupada se encontraba en el sector informal de la economía, el porcentaje ha ascendido al 51 % para marzo de 2022. En diciembre de 2019 la tasa de desempleo nacional se encontraba en 3,8%, actualmente se encuentra en 4,8% a nivel nacional (INEC, 2022), lo que indica que el desempleo ha ascendido a nivel nacional.

Para diciembre 2021, se considera a una persona pobre por ingresos si percibe un ingreso familiar per cápita menor a USD85,60 mensuales y pobre extremo si percibe menos de USD 48,24. En ese sentido, la pobreza a nivel nacional se ubicó en 27,7% y la pobreza extrema en 10,5% (INEC, 2021).

Haciendo una diferenciación por sexo de la tasa de empleo adecuado/pleno en marzo de 2022, se ubicó en 36,2% para los hombres y 27,8% para las mujeres.

Así mismo, el ingreso laboral promedio de un hombre con empleo fue de USD 453,6, mientras que para una mujer con empleo fue de USD 412,3. Además se registró 36 horas promedio de trabajo (productivo) a la semana para los hombres, mientras que 30 horas a la semana para las mujeres. La tasa de desempleo se ubicó en 5,5% para las mujeres y 4,3% para los hombres (INEC, 2022).

Como se puede visibilizar en el ámbito laboral, las mujeres siguen teniendo condiciones más complejas que los hombres. Teniendo en cuenta que la mayor parte de la población se encuentra en el sector informal de la economía, las horas dedicadas a trabajar dependen también de las condiciones de vida. Así, con las estadísticas arrojadas por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos se visibiliza que las mujeres dedican menos horas al trabajo productivo que al trabajo reproductivo, por tanto, ganan menos que sus pares varones o se encuentran en el desempleo.

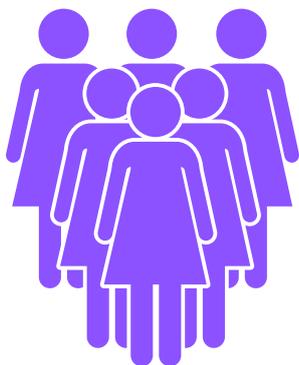
Indicadores laborales	Mujeres	Hombres
Tasa de empleo adecuado	27,8%	36,2%
Ingreso laboral promedio	USD 412,3	USD 453,6
Horas de trabajo productivo	36 horas	30 horas
Tasa de desempleo	5,5%	4,3%

Fuente: INEC 2022
Elaboración: Andrea Tamayo

Con respecto a los trabajos reproductivos, trabajos no remunerados o trabajos de cuidado, que se refieren a:

Todas aquellas actividades que posibilitan la existencia y reproducción de la vida en todo sentido, no solo se hace referencia a las tareas domésticas como lavar, planchar, cocinar, limpiar, etc.; se extiende a aquellas acciones de acompañamiento y sostenimiento emocional que posibilita la salud mental y física de las personas. (Tamayo & León, 2022, p. 6)

El INEC visibiliza que las mujeres ecuatorianas dedican por semana 22 horas más que los hombres a las labores de cuidado o trabajo no remunerado. Según estas estadísticas el trabajo no remunerado en Ecuador representa el 19,1% del Producto Interno Bruto, convirtiéndose en la principal actividad económica por encima de la construcción con el 11,2% y la extracción de crudo y gas natural con el 3,6% (INEC, 2017). Esto quiere decir que las labores no remuneradas de las mujeres constituyen en un imperativo para producir y reproducir la fuerza de trabajo, pero también atenta contra la autonomía económica, la salud y el bienestar de las mujeres.



dedican por semana 22 horas más que los hombres en labores de cuidado

En la pandemia, las actividades productivas y reproductivas se volcaron hacia el hogar, debido al confinamiento, esto implicó para las mujeres más trabajo del que ya se realizaba cotidianamente, al interior de sus hogares. Las mujeres además de encargarse de las tareas domésticas, tuvieron que sostener la educación de sus hijas e hijos en casa. Aquellas mujeres que tenían teletrabajo, solo vieron aumentar su carga diaria.

El porcentaje de personas cubiertas por alguno de los regímenes de seguridad social pública contributiva a 2018 alcanzó el 41,8%, es decir casi el 60% de los y las trabajadoras no cuentan con ningún tipo de afiliación, por lo que es importante implementar políticas para asegurar el acceso a mecanismos de seguridad social no contributiva.

Salud incluyendo COVID-19



La salud es el otro sector que aumentó exponencialmente su presupuesto desde 2006 (504 M\$) hasta la 2018 (4.163 M\$ - 4% PIB), si bien experimentó una contracción importante desde entonces. La mortalidad materna sigue siendo un problema persistente, con una media de 45 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, así como la desnutrición crónica, cuya prevalencia en niños menores de cinco años alcanza el 24,8%.

Para el año 2020, existían 625 establecimientos de salud que prestan internación hospitalaria, de los cuales 184 son públicos y 441 privados (INEC, 2020a). Entre los años 2019 y 2020, el número de ingresos hospitalarios en el sector público ha disminuido en un 28,83%, pasando de 825.459 a 587.495. En el sector privado también existe un decrecimiento en el número de ingresos hospitalarios del 13,47%, pasando de 369.852 en el 2019 a 320.020 en el 2020 (INEC, 2020a), es decir, cada vez que las personas enfermaban no ingresaban de manera rápida, tenían que quedarse en el hospital o a su vez fallecían. Tener un menor número de ingresos significa menor población con salud después de haber atravesado una enfermedad.

El 13 de marzo del año 2020 el Comité de Operaciones de Emergencias (COE Nacional) declara emergencia sanitaria en Ecuador, y, al igual que en todo el mundo se aplicaron las medidas sanitarias pertinentes, esto es: distanciamiento social, confinamiento (quedarse en casa), cuarentena y más tarde el uso obligatorio de mascarillas. Durante ese momento crítico, y frente al hecho de que no existían políticas públicas fortalecidas para el

ámbito de la salud, se evidenció la incapacidad del Estado para facilitar servicios de salud de calidad, así como respuestas efectivas para manejar la crisis.

Durante ese momento crítico, y frente al hecho de que no existían políticas públicas fortalecidas para el ámbito de la salud, se evidenció la incapacidad del Estado para facilitar servicios de salud de calidad, así como respuestas efectivas para manejar la crisis.

Al respecto se cuenta con los siguientes datos: En el 2020, año de la pandemia, se presentaron 28.397 defunciones hospitalarias a nivel nacional, un incremento de 8.763 defunciones respecto al año 2019. Las defunciones hospitalarias no incluyen los decesos en emergencias (INEC, 2020a).

Además, 55.076 pacientes fueron internados en establecimientos de salud públicos y privados por la COVID-19, esto representa el 6,1% del total de egresos hospitalarios. Esta cifra recoge el egreso de los pacientes vivos o fallecidos (INEC, 2020a), siendo la COVID 19 la mayor causante de ingresos hospitalarios a nivel nacional.

Causas de morbilidad	2019	2020	Dif.	Variación
COVID-19 virus identificado y no identificado (U07)		55.076	55.076	
Colelitiasis (K80)	43.673	29.700	-13.973	-32,0%
Apendicitis aguda (K35)	35.546	29.135	-6.411	-18,0%
Neumonía, organismo no especificado (J18)	29.066	15.490	-13.576	-46,7%
Otros trastornos del sistema urinario (N39)	21.053	11.622	-9.431	-44,8%
Otras enfermedades maternas clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio (O99)	15.277	10.994	-4.283	-28,0%
Infección de las vías genitourinarias en el embarazo (O23)	16.010	10.522	-5.488	-34,3%
Atención materna por anomalías conocidas o presuntas de los órganos pelvianos de la madre (O34)	12.608	10.488	-2.120	-16,8%
Preeclampsia (O14)	11.388	9.947	-1.441	-12,7%
Otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso y no especificado (A09)	23.574	9.873	-13.701	-58,1%
Resto de causas de morbilidad	987.116	714.668	-272.448	-27,6%
Total	1.195.311	907.515	-287.796	-24,1%

Fuente: INEC 2020
Elaboración: INEC

El COE Nacional (2022) confirmó los siguientes fallecimientos por año, desde que empezó la pandemia hasta marzo del presente año:

Año	2020	2021	2022
Confirmados	15.490	8.784	949
Probables	8.303	1.687	205
Total por año	23.793	10.471	1.154

Fuente: COE Nacional 2022
Elaboración: Andrea Tamayo

El INEC calcula que se han vacunado hasta diciembre de 2021 (fecha de corte del estudio estadístico), alrededor de 13 millones de personas en Ecuador, mientras que 3,5 millones aún no lo han hecho, desagregando los datos por sexo se evidencia que la población que mayoritariamente se ha vacunado son mujeres:

	Hombres	Mujeres
Vacunados (13 millones)	78,5%	79,4%
No vacunados (3,5 millones)	21,3%	20,5%

Fuente: INEC 2021
Elaboración: Andrea Tamayo

Entre las medidas aplicadas en pandemia se restringió la movilidad humana, se cerraron las fronteras. Sin embargo, se registró que en el año 2020 ingresaron al país 468.894 personas en movilidad humana (INEC, 2020b). A partir de la pandemia los flujos migratorios han variado, la afluencia de personas en movilidad humana, sobre todo de nacionalidad venezolana, es aún constante, teniendo en cuenta que muchas personas viajan en grupos familiares:

En lo que concierne a la población venezolana, se calcula que desde 2016 más de 5 millones de personas salieron del país. De ellos 2'200.000 personas ingresaron al Ecuador, la mayoría en condición de tránsito pues se dirigían hacia otros países (Perú, Chile y Argentina, principalmente); y, otros con el objetivo de radicarse en este territorio. Se estima que cerca de 400.000 residen actualmente en el Ecuador (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), 2020).

Educación

Con respecto al derecho a la Educación sobre todo de niños, niñas y adolescentes, según estimaciones de la UNICEF:

Antes de la emergencia sanitaria, aproximadamente 268.000 niños, niñas y adolescentes ya estaban fuera del sistema educativo y aproximadamente 187.277 tenían rezago escolar de más de dos años. La pandemia ha profundizado esta problemática. Según estimaciones de UNICEF, alrededor de 90.000 estudiantes estarían fuera del sistema educativo. No estudiar los expone a riesgos como trabajo infantil, mendicidad, explotación sexual y reclutamiento forzado en actividades ilícitas (UNICEF, 2021).

Existen retos como el acceso al bachillerato de la población indígena (59,65%) y afrodescendiente (56,39%), el descenso de la deserción escolar en el bachillerato (6,1% para las estudiantes y 5,1% para los estudiantes); el aumento de la escolarización de niños y niñas entre 3 y 4 años (33% en 2015) o la mejora de los indicadores de calidad educativa.

Desde el 7 de febrero de 2022, los estudiantes se encuentran retomando clases presenciales, sin embargo, esto ha significado una serie de problemas a nivel de formativo, ya que algunos estudiantes tienen problemas de rezago escolar debido a la educación virtual. Es un reto para los docentes ecuatorianos asegurar que los procesos de nivelación escolar sean progresivos.



Además, es necesario que los ambientes escolares sean saludables a nivel psicológico, dado que el distanciamiento social, así como las medidas sanitarias pueden generar relacionamientos interpersonales conflictivos. Durante la pandemia la protección especial a grupos vulnerables a través de las carteras ministeriales y las organizaciones no gubernamentales continuaron trabajando tanto institucionalmente, como en red. Sin embargo, debido al distanciamiento social, fue necesario implementar espacios de atención remota y priorizar ciertos casos que requerían atención y acompañamiento directos.

En Ecuador, el 18 de marzo del 2022 el COE Nacional levanta las restricciones sanitarias de aforo en espacios públicos, eventos y centros de trabajo (Pazan, 2022), con lo cual se asiste también a una nueva dinámica para el abordaje de la problemática de violencia de género por parte de las instituciones públicas y organizaciones no gubernamentales, dado que ahora es posible el contacto personal. Se espera que con las nuevas medidas sanitarias se eleve las atenciones y se genere más espacios para prevenir las violencias machistas.



3 DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE LA MUJER EN ECUADOR Y DE FORMA PARTICULAR EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO



Ecuador ha hecho esfuerzos en el diseño de políticas públicas con enfoque de género. Las demandas sociales del movimiento de mujeres influyeron en el contenido de la Constitución de 2008, en la Agenda Nacional de las Mujeres y la Igualdad de Género y en la reciente promulgación de la Ley Orgánica para la Erradicación de la Violencia contra las Mujeres. Sin embargo, en Ecuador persisten importantes desigualdades y asimetrías de género.

En Ecuador, en el año 2019 -antes de la pandemia-, se presentaron los resultados de la

Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres (ENVIGMU), que arrojó las siguientes cifras con respecto a la VBG:

Según los datos de la ENVIGMU, a nivel nacional el 64,9% de las mujeres han sido víctimas de violencia a lo largo de sus vidas. Las provincias en las que se reporta mayores tasas de violencia son Azuay (79,2%), Morona Santiago (78,9%) y Napo (77,7%), mientras que la provincia de Pichincha reporta una tasa de violencia del 71,6%, superando el promedio nacional (Iniciativa Spotlight, 2019).





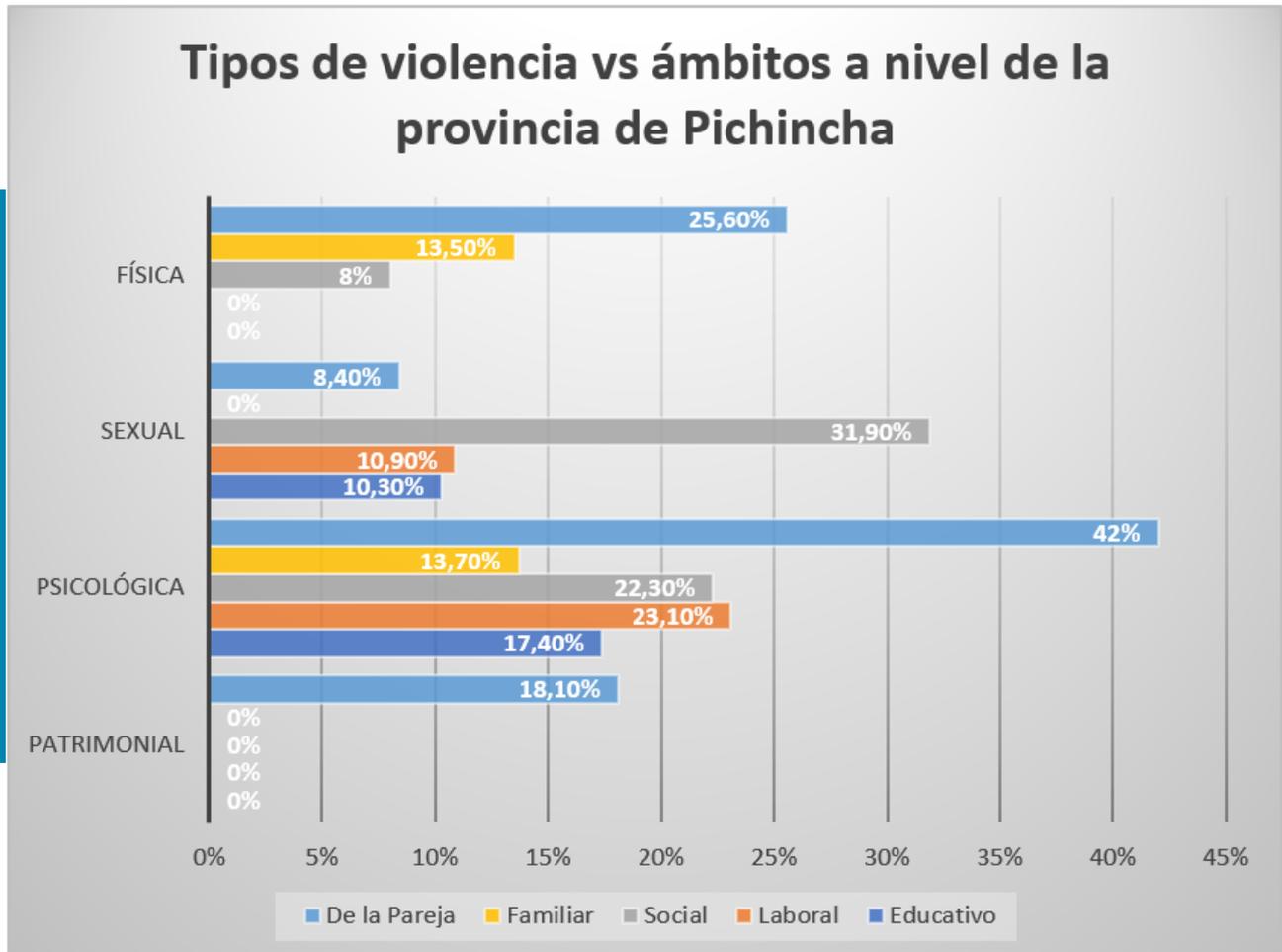
Fuente: ENVIGMU 2019
Elaboración: Andrea Tamayo

En cuanto al tipo de violencia, se observa que en la provincia de Pichincha la de mayor prevalencia es la psicológica con un 61,9% de mujeres, seguida de la violencia gineco-obstétrica (59,2%), violencia sexual (40,9%), física (38,4%) y patrimonial (19,6%). Se puede observar que en la provincia de Pichincha la violencia gineco-obstétrica, así como la violencia sexual son mayores que la media nacional (Iniciativa Spotlight, 2019).



Fuente: ENVIGMU 2019
Elaboración: Andrea Tamayo

Por ámbito de violencia, se observa que en la provincia de Pichincha la mayor ocurrencia se da en la pareja (44,5%), seguida de cerca por el espacio social (41,2%), y después en lo laboral (28,2%), el sector educativo (23,7%) y la familia (23,3%). La mayor diferencia con el promedio nacional se observa en el ámbito social donde la ocurrencia de la provincia es 8,6 puntos porcentuales mayor que a nivel nacional (Iniciativa Spotlight, 2019).

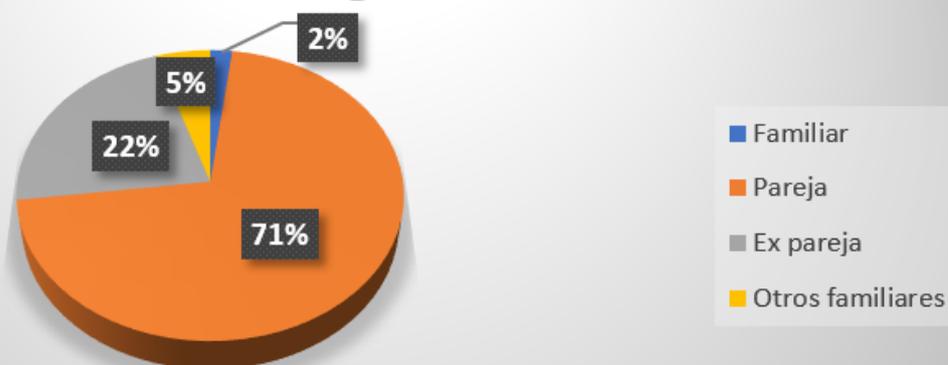


Fuente: ENVIGMU 2019
Elaboración: Andrea Tamayo

La prevalencia de los diferentes tipos de violencia contra las mujeres según los ámbitos a nivel de la provincia de Pichincha, muestra que la violencia física ocurre mayoritariamente en el ámbito de la pareja (25,6%) y la familia (13,5%). La violencia sexual ocurre mayoritariamente en el ámbito social (31,9%), lo que se relaciona con prácticas violentas de acoso que vulneran a las mujeres. El segundo ámbito en relevancia es el laboral (10,9%) evidenciando el abuso que condiciona y limita las oportunidades de las mujeres. La violencia psicológica se presenta mayoritariamente en el ámbito de la pareja (42,0%), seguida por el laboral (23,1%) y el social (22,3%), evidenciando las formas de discriminación que expresan dominación por medio del menosprecio y la humillación a la que se ven sometidas las mujeres. La violencia patrimonial se genera directamente en el ámbito de la pareja, reportándose para el 20,5% de las mujeres de la provincia (Iniciativa Spotlight, 2019).

En la provincia de Pichincha, entre agosto de 2014 y el 27 de junio de 2021, se contabiliza un total de 155 mujeres que han sido víctimas de delitos contra su vida, representando el 18,4% del total a nivel nacional. El 52,9% (82) corresponden a femicidios (Iniciativa Spotlight, 2019).

Relación víctima - agresor de femicidio



Fuente: ENVIGMU 2019
Elaboración: Andrea Tamayo

En cuanto a los datos de la persona que agrede, en la Provincia de Pichincha se observa que el 41% corresponde a la pareja, el 32% de otros no familiares y el 17% a familiares. La distribución cambia para el caso de femicidios en donde la pareja es el agresor en el 71% de los casos, y la expareja en el 22% de casos (Iniciativa Spotlight, 2019).

Se mencionó con anterioridad que los datos del ENVIGMU, son anteriores a la pandemia. A la par de la COVID 19, se habló de una pandemia silenciosa “la de la violencia contra las mujeres”. Durante la pandemia las situaciones de violencia al interior de los hogares se acrecentaron, esto fue así debido al confinamiento, que a su vez produjo relaciones intrafamiliares complejas. Según Cecilia Chacón, Secretaria de Derechos Humanos del Ecuador, al inicio de la pandemia el ECU 911 recibió 1 llamada cada 5 minutos y el fin de semana entre viernes a partir del mediodía al domingo, 1 llamada cada 3 minutos por violencia basada en género (UNFPA Ecuador, 2020).

Finalmente, los datos que se presentan actualmente a nivel nacional son los siguientes:

Desde el 1 de enero al 5 de marzo del 2022 ya sucedieron 28 femicidios, transfemicidios y muertes violentas de mujeres por delincuencia organizada. De los 28 casos registrados, 14 corresponden a femicidios (50%), 2 son transfemicidios (7%) y 12 casos corresponden a muertes violentas de mujeres por delincuencia organizada. En once de las 24 provincias ha ocurrido por lo menos un femicidio en lo que va del año. La provincia de Guayas mantiene su condición de ser la provincia que presenta las cifras más altas de femicidios en el país: en lo que va del 2022, presenta ya 7 casos. Manabí está en segundo lugar con 5 casos; Los Ríos con 4 casos; Esmeraldas 3; El Oro e Imbabura con 2; y, Cotopaxi, Loja, Napo, Orellana y Pichincha con un caso cada una. De los 2 casos de transfemicidios reportados, 1 ocurrió en la provincia del Guayas y otro en Cotopaxi. [...] Estos primeros meses del año 2022 muestran un incremento del 50% de casos en relación al mismo período en el año 2021, lo cual nos alarma profundamente pues el 2021 fue el año más violento para las mujeres y las niñas en el Ecuador y en el 2022 las cifras son más altas aún (ALDEA, 2022).

Con respecto al acceso a justicia, se continúan presentando los mismos problemas estructurales e históricos que tienen que ver con que los procesos judiciales son revictimizantes, en cada paso del proceso de denuncia se pide a la persona que ha sufrido violencia que repita su historia, los exámenes son invasivos y las usuarias refieren sentir maltrato por parte del personal de la judicatura al momento de realizar las diligencias.

Esto además tiene que ver con que tanto jueces como personal de estas instancias judiciales no siempre están sensibilizados frente a la problemática. A esto hay que agregar que los procesos judiciales tienden a ser largos y complejos, requieren además de tiempo, recursos económicos (copias del proceso, pasajes de transporte, tiempo de trabajo), es por esta razón que muchas de ellas se abstienen de continuar con los mismos y los casos quedan en impunidad (Alianza por los Derechos Humanos, 2020; CIDH, 2004).

En relación a los servicios disponibles para poder atender a víctimas de violencia de género (incluyendo víctimas de violencia sexual), el Distrito Metropolitano de Quito presenta:

- 1 Bajo la tutela de la propia Alcaldía, solo existe una casa de acogida para mujeres víctimas de violencia de género (La Casa de la Mujer) con capacidad máxima para 30 mujeres y una casa especializada para atender casos de violencia en mujeres adolescentes (La Casa de la Adolescente), en este caso con una capacidad mucho más reducida, unas 15 mujeres.
- 2 Existen servicios de atención “de día” a mujeres víctimas de violencia de género, como es el caso del servicio que provee la contraparte AKUANUNAY otras organizaciones de la sociedad civil integradas en la RED VIOLETA, pero ninguna de ellas cuenta con capacidad para acogida temporal de víctimas.

- 3 El sistema de salud, en concreto la Coordinación Zonal nº 9 (contraparte principal de la acción) cuenta con 136 Unidades Sanitarias bajo su responsabilidad, de los cuales 25 son Centros de Salud tipo C que disponen de “Salas de 1ª Instancia” con capacidad para realizar una primera atención a víctimas y si es necesario, referenciar a la Sala de 1ª acogida del Hospital Enrique Garcés, el único del Distrito Metropolitano de Quito con un servicio especializado en violencia, incluyendo la violencia sexual.

En conclusión, los recursos y servicios, atendiendo a las cifras y condiciones presentadas en la contextualización, son muy escasos y limitados.

Salud y violencia de género

Según datos de la Organización Mundial de la Salud OMS casi la mitad de las mujeres víctimas de violencia de pareja refieren alguna lesión a consecuencia de esa violencia.

Las mujeres que han sufrido malos tratos físicos o abusos sexuales tienen más probabilidades de tener infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por VIH, así como abortos espontáneos o partos prematuros a causa de la violencia ejercida por su pareja.

Estas formas de violencia también pueden provocar depresión, trastorno de estrés postraumático y otros trastornos de ansiedad, insomnio, trastornos alimenticios e intento de suicidio.



Entre los efectos en la salud física se encuentran las cefaleas, lumbalgias, dolores abdominales, trastornos gastrointestinales, limitaciones de la movilidad y mala salud general.

La violencia de pareja también está relacionada como una de las causas en el aumento de las tasas de mortalidad y morbilidad en niñas y niños menores de 5 años (por ejemplo, por enfermedades diarreicas o malnutrición).

Según la Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres en Ecuador (INEC, 2011) se reconoce una fuerte vinculación entre embarazo adolescente y violencia de género, así "3.684 niñas, de entre 12 y 14 años, son madres ;el 12% del total de adolescentes con discapacidad, de entre 15 y 19 años, son madres y, lo más alarmante es que todos estos embarazos (de niñas de entre 10 y 14 años y de adolescentes con discapacidad) son producto de violación".

La ruta crítica de salida de la violencia

La OMS define a la Ruta Crítica como el Proceso que se construye a partir de las decisiones y acciones que ejecutan las mujeres, así como las respuestas encontradas en su búsqueda de soluciones cuando deciden Romper el Silencio y buscar una salida del ciclo de violencia.

En este estudio la OMS identifica como principales factores impulsores para que una mujer pueda iniciar su ruta crítica de salida de violencia:

- 1 Intervenciones efectivas de las instituciones estatales.
- 2 Información disponible y asequible para salir de la violencia.
- 3 Redes de apoyo a nivel emocional, psicológico, personal.
- 4 Empoderamiento económico para garantizar la independencia.

Estos factores pueden ser, pues, determinantes para la vida de una mujer que está viviendo violencia machista, puesto que se constituyen como elementos impulsores de la "salida del silencio" y el inicio de su camino hacia una vida libre de violencia .

Sobre estos factores inhibidores de la salida de la violencia, identificamos la presencia de la mayoría en el sur de Quito.

Concretamente:

- 1 La falta de oportunidades laborales para las mujeres y sus hijos e hijas.

Según la Encuesta Nacional de relaciones familiares y violencia de género (2011) existe una clara relación entre las situaciones de violencia y el aislamiento de la víctima, más del 50% de víctimas de violencia por parte de su pareja encuestadas, afirman que una relación violenta tiene un impacto en: dejar de salir de casa (28%), dejar de ver a la familia y amistades (26,4%), dejar de participar en actividades de ocio (24%) y dejar de trabajar y/ o estudiar (12,8%).



Además, las mujeres que viven en la zona urbana de la ciudad de Quito, debido al contexto socioeconómico y de comercio informal, tienen tasas de paro más altas o más probabilidades de acceder a trabajos precarios en los que no se satisfacen las condiciones mínimas de horas o ingresos, y donde trabajan menos horas de las suficientes para garantizar un salario mínimo, o incluso trabajos no remunerados o que reproducen violencias machistas.

Existe, pues, una discriminación múltiple en el caso de mujeres, en situación de violencia y con pocos niveles de formación laboral y ocupacional, como es el caso de las mujeres que llegan a la FCRM, casi el 50% de ellas están en situación de movilidad humana e indocumentadas.

- 2 La baja incidencia política de las entidades especializadas en violencia junto a la falta de recursos municipales y estatales.

En el caso de las casas de acogida, los recursos que reciben del Estado deben negociarse año tras año, y no son suficientes para garantizar corresponden a menos del 40% del presupuesto anual del funcionamiento de cada casa. Estos valores son utilizados para cubrir el sueldo del equipo mínimo de atención (una abogada, una psicóloga, una trabajadora social, dos facilitadoras y una administradora), un porcentaje de la alimentación de las mujeres, una parte de lo que se gasta en movilización tanto

el equipo de la casa como de las mujeres, y por capacitación.

Según los gastos reales de las casas de acogida en 2017, en promedio, lo que cada casa gasta es aproximadamente \$442.000 dólares anuales que sirven para pagar servicios básicos, salarios, alimento, ropa, atención médica, movilización, limpieza, equipos, el valor y el mantenimiento de las infraestructuras, entre otros.

Durante 2018, esta financiación ha sufrido graves recortes debido a la crisis económica del país, lo que ha supuesto el cierre de casas de acogida y el riesgo de perder una de las líneas de prevención de femicidio más importante en el país.



https://bit.ly/CasaAcogida_Emergencia

A pesar de esta situación, las casas de acogida son la única alternativa para mujeres que necesitan protección urgente frente al riesgo de femicidio, aspecto que el estado no tiene en la suficiente consideración o prioridad.

Por otra parte, las instituciones especializadas en atención de la violencia intrafamiliar y de género desde la RAPVIFSUR, si procede son reclamadas por las autoridades competentes cuando necesitan información y orientación sobre la atención en violencia intrafamiliar y de género, no han generado propuestas concretas en los programas y políticas municipales.



Los espacios existentes de debate político en torno a la problemática de la violencia de género no tienen transparencia en cuanto a su imparcialidad política, su funcionamiento no está protocolizado y los contenidos están desarticulados.

- 3 La falta de protocolos, circuitos o procedimientos efectivos en el sistema de salud que provoque la revictimización de la mujer que sufre violencia de género.

El único instrumento que rige la atención de la violencia de género desde el sistema de salud es la Norma Técnica de Atención Integral en Violencia de Género de 2014.

Este documento presenta como principales problemas: la falta de pertenencia y articulación con la realidad de la atención del sistema de salud; su elaboración no fue participativa, y tampoco consideró las prácticas reales de los y las profesionales de salud, y la falta de sensibilidad en violencia de género, que no se supera con la aprobación de un mandato.

No se llevó a cabo un proceso de formación y sensibilización de la Norma en los espacios cotidianos de los profesionales de salud, sino que se impuso de forma obligatoria, sin establecer canales de diálogo, resolución de conflictos en su implementación, etc.

La consecuencia es que ningún profesional de salud considera la Norma ni la violencia de género en su actuar.

Como resultado, los y las profesionales de los centros de salud y Hospitales del sur de Quito, descuidan la detección de casos de violencia, muchas veces cuestionan a la mujer, la derivan a otras entidades sin orientación suficiente o con información falsa, y evaden la su obligación como garantes del derecho a una vida libre de violencia.

Además, la información que los medios de comunicación dan sobre la violencia de género no está actualizada, no es crítica ni de calidad y, muchas veces, revictimiza a la mujer, abordando el problema desde una mirada personal, individual y familiar, y no como una problemática que es consecuencia de los patrones educativos y sociales en los que cada persona contribuye.

Como consecuencia, las campañas municipales y nacionales sobre la prevención de la violencia son poco integrales, no consideran el enfoque de derechos humanos y de género y están más dirigidas a entidades, o población de clase media o alta, y no llegan a las zonas más vulnerables de la ciudad ni en la población analfabeta, o indígena. Por tanto, la prevención está centrada en acciones comunicacionales aisladas y no en la sensibilización ni en la educación de nuevas formas de relación no violentas.



4 ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EN ECUADOR: OBJETIVOS Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN PRIORITARIAS

Visión estratégica

Quienes formamos **medicusmundi** reclamamos el derecho a la salud para todas las personas y expresamos nuestra voluntad de contribuir al esfuerzo que realizan las comunidades y los pueblos más empobrecidos del Planeta para promover su desarrollo, dedicando especial atención a la dimensión universal y equitativa de la salud.

En **medicusmundi** pensamos que el derecho a la salud no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada, sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro apropiado de alimentos sanos, una nutrición y viviendas adecuadas, condiciones

dignas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y la salud reproductiva, y todo ello en un ambiente de paz.

Aspiramos a vivir en un mundo donde todos y todas tengamos una oportunidad justa para lograr desarrollar el máximo potencial de salud, en ausencia de diferencias evitables, injustas o modificables entre grupos de personas, ya estén definidos estos grupos social, económica, demográfica o geográficamente (OMS, 2009a); Por ello, centramos nuestro esfuerzo en eliminar las diferencias evitables que se relacionan con variables sociales, económicas, de género y ambientales sobre las que las acciones de los gobiernos, instituciones sanitarias implicadas - caso de **medicusmundi**- y las comunidades ejercen una fuerte influencia, y que pueden abordarse con políticas públicas.

Creemos que la experiencia y el conocimiento acumulado pueden permitirnos reducir el número de personas excluidas socialmente del derecho a la salud, y que debemos trabajar por el acceso de todas las personas a los organismos de poder y de toma de decisiones, para que podamos participar en las deliberaciones importantes que afectan a nuestra vida cotidiana.



Sabemos que el mundo cuenta con el conocimiento y los recursos tecnológicos, económicos y humanos suficientes para proveer a los habitantes del planeta de una buena salud. Y que para lograrlo debemos apostar por fortalecer los sistemas públicos de salud.

Quienes formamos **medicusmundi** anhelamos vivir en un mundo más justo, donde no existan grupos socialmente desfavorecidos, excluidos o vulnerables que, por no disponer de acceso a la salud, sufran una carga de mortalidad y de enfermedad notablemente mayor.

Por ello, nos comprometemos a promover acciones destinadas a mejorar la cohesión social como forma de reducir la falta de equidad.

Aspiramos a:

- 1 Que la equidad se considere un elemento fundamental para evaluar nuestro progreso como sociedad.
- 2 Una prestación de servicios públicos más eficiente. La elaboración e implementación de políticas sanitarias equitativas e integrales, junto al fortalecimiento de los sistemas públicos de salud, basado en la atención primaria, es la vía a seguir para incrementar la eficiencia y la equidad de la atención sanitaria, así como la seguridad en el sector sanitario y fuera de éste.
- 3 La creación de entornos saludables en los que pueda prosperar la buena salud de todas las personas.

4 El ejercicio efectivo de los derechos humanos en un escenario donde el Derecho a la Salud se muestre como una dimensión básica del derecho a una vida digna.

5 Ser una ONGD de referencia, capaz de dar respuesta efectiva a las aspiraciones de cambio y compromiso solidario de las personas que comparten la convicción de que la salud es un derecho humano por el que merece la pena trabajar.

Visión estratégica

medicusmundi mediterrània plantea una estrategia de trabajo en Ecuador basada en las siguientes líneas de acción:

- 1 La coordinación de entidades de la sociedad civil e instituciones públicas que trabajan en la promoción de los derechos de la mujer y el derecho a la salud, con foco en la erradicación de la violencia de género.
- 2 La incidencia política para la mejora de los servicios de atención, prevención y restitución de derechos.
- 3 La mejora directa de los servicios de atención del sistema de salud a mujeres que hayan sufrido violencia, incluyendo la violencia sexual, como principal puerta de entrada de casos y actor decisivo en el circuito de respuesta contra la violencia.



- 4 La mejora directa de los servicios de atención integrales a mujeres que han sufrido violencia de género, mediante la oferta de servicios psicológicos, jurídicos, sociales y de integración laboral.

- 5 La promoción de acciones de prevención de violencia y promoción del derecho a la salud y los derechos de las mujeres.



5 ALIENACIÓN CON LAS PRIORIDADES DE DESARROLLO NACIONALES

El 05 de febrero de 2018, se expidió en Ecuador la “ley orgánica integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (LOIPEVCM)”, que reemplaza a la primera “ley contra la violencia a la mujer y la familia” de 1995. Esta ley (2018) tiene por objeto:

Prevenir y erradicar todo tipo de violencia contra las mujeres: niñas, adolescentes, jóvenes, adultas y adultas mayores, en toda su diversidad, en los ámbitos público y privado; en especial, cuando se encuentran en múltiples situaciones de vulnerabilidad o de riesgo, mediante políticas y acciones integrales de prevención, atención, protección y reparación de las víctimas; así como a través de la reeducación de la persona agresora y el trabajo en masculinidades (Ley orgánica integral para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres, 2018).

Esta ley cuenta con 66 artículos ordenados en dos títulos. En el primer título, de las generalidades, se establecen el objeto de la ley, la finalidad y el ámbito de aplicación.

En el segundo título se explicita la composición del Sistema Nacional Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las mujeres, proporcionando las disposiciones generales del sistema, su rectoría, funciones, integrantes, responsabilidades y atribuciones. En este mismo título se expone las formas en que se deberá trabajar la violencia a través de 4 ejes: prevención, atención, protección y reparación. Finalmente hay un último capítulo en el segundo título que manifiesta la participación y control social para el cumplimiento de esta ley.

Siguiendo la pirámide de Kelsen y la jerarquía legal, bajo la LOIPEVCM (2018), en Pichincha se genera la ordenanza provincial 07 en el año 2019, que es la “Ordenanza de Políticas Públicas para la igualdad y la prevención y erradicación de la violencia de género en la provincia de Pichincha”. La ordenanza tiene por objeto:

Promover y proteger el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres y personas de diversa condición sexo-genérica, eliminando su discriminación sea cual fuere la circunstancia o condición, en cualquiera de los ámbitos de su vida y, singularmente, en las esferas política, civil, laboral, económica, social, cultural y familiar para, en el desarrollo de los fines que la Constitución se propone, alcanzar una sociedad más justa y solidaria.



En este marco se prioriza el derecho a una vida libre de violencia en razón de género, creando condiciones para prevenir y erradicarla en cualquiera de sus manifestaciones y ámbitos, impulsando cambios en los patrones socioculturales que sostienen las relaciones de poder, para la consecución del sumak kawsay- buen vivir en la provincia (Ordenanza de políticas públicas para la igualdad y la prevención y erradicación de la violencia de género en la provincia de Pichincha, 2019).

La ordenanza cuenta con 11 artículos, en donde se exponen el objeto de la ordenanza, el ámbito de aplicación, los principios, las medidas de acción afirmativa, la protección normativa, el presupuesto para la igualdad y la prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres en razón del género, las atribuciones del gobierno autónomo descentralizado de la provincia de Pichincha en esta materia y sobre el Centro Integral de Protección de Derechos.

Actualmente estos son los dos paraguas legales que se encuentran en vigor a nivel nacional y de la provincia de Pichincha (espacio territorial donde se plantea el proyecto) en relación a los derechos de la mujer y la lucha contra la violencia de género.

Estas dos leyes se encuentran en articulación a otras como el Código Orgánico Integral Penal Código del Trabajo, Ley Orgánica de Servicio Público, Código Orgánico de la Función Judicial, Código Orgánico de Organización Territorial Autónoma y Descentralización, entre otras que tienen articulado específico dentro de sus leyes con respecto a la violencia de género y su erradicación.



II Jornadas Internacionales de **VIOLENCIA DE GÉNERO** y **SALUD**

Ahora más que nunca ¡**Justicia de Género!**

Ara més que mai **Justícia de Gènere!**

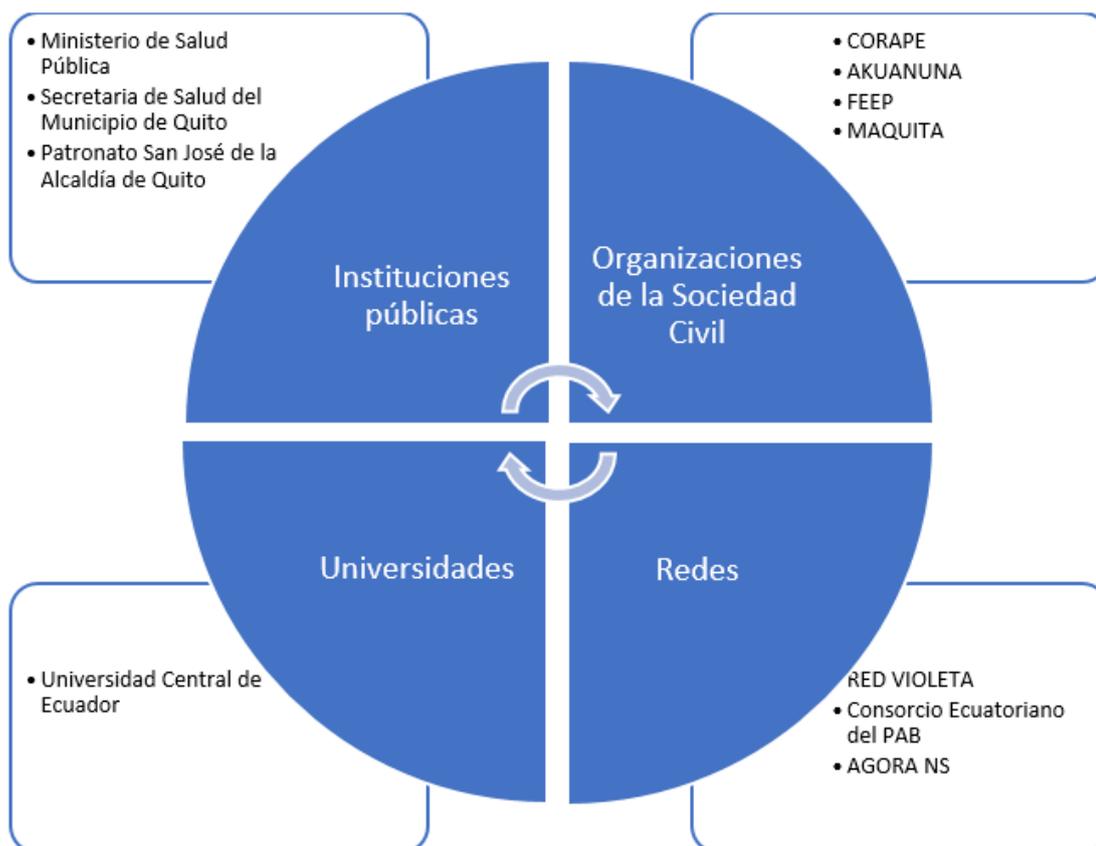
Now more than ever **Gender Justice!**

6 COORDINACIÓN CON OTROS ACTORES DEL SECTOR

A lo largo de su extensa trayectoria en el país, **medicusmundi** ha desarrollado fuerte alianzas con un compendio de actores que van desde las instituciones responsables de las políticas públicas del país, a organizaciones de la sociedad civil, universidades y redes. [1]

Se muestra esta coordinación en el siguiente gráfico

Se muestra esta coordinación en el siguiente gráfico:



[1] Con el objetivo de realizar un ejercicio de síntesis, la información de cada institución puede encontrarse online en las webs respectivas.

7 SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN

medicusmundi pretende asegurar que las actividades definidas en este Plan Estratégico puedan realizarse de la manera más efectiva y eficiente posible, para que se puedan conseguir los resultados esperados. Es necesario, por tanto, definir un plan de seguimiento y evaluación para conseguir este objetivo.

El seguimiento pretende analizar el cumplimiento de los compromisos acordados en el Plan, estableciendo los mecanismos correctores necesarios en aquellos casos de desviaciones no justificadas respecto a lo programado.

Este seguimiento del Plan, que se realizará anualmente, se basará en la información que se desprende de los indicadores definidos en este Plan Estratégico, sobre todo de aquellos cuya información es relevante para la Memoria anual de la **medicusmundi**, que será la fuente desde donde se realizará el análisis. Una vez realizado, los resultados de este seguimiento deberán ser presentados en la siguiente Asamblea de la **medicusmundi** a todas las Asociaciones.

En cuanto a la evaluación, ésta supone un enjuiciamiento sistemático, de carácter práctico y aplicado-para la toma de decisiones, y cuyas tres funciones son: la mejora del propio Plan Estratégico, la rendición de cuentas y

servir como experiencia mejorar futuros planes **medicusmundi**.

Se realizarán dos evaluaciones: una a mitad de la duración del Plan, y otra evaluación al finalizar el Plan. Ambas evaluaciones serán, en principio, internas o mixtas, siempre que se asegure la calidad de las mismas, a través de expertos evaluadores.

Para definir las necesidades informativas (las preguntas que estas evaluaciones deben contestar), al menos deberán ser consultadas todas las asociaciones y la junta de gobierno de la **medicusmundi**, que, junto al equipo evaluador, decidirán también qué otros actores participan en esta evaluación, cómo y en qué momento.

Dentro de las preguntas de evaluación deberán incluirse aquellas que están definidas por los indicadores del Plan, pero se podrán incluir otras preguntas que las asociaciones de **medicusmundi** o la propia FAMME considere en ese momento vitales para cumplir con cualquiera de las 3 funciones de la evaluación.

Una vez definidas las necesidades informativas y los actores que participan en la evaluación, el equipo evaluador presentará una propuesta de diseño de la evaluación, incluyendo un cronograma, elecciones metodológicas, técnicas e Instrumentos de recopilación de información, un plan de trabajo de campo, recursos que se necesitan para realizar esta evaluación y un plan de comunicación.

Una vez que la evaluación esté finalizada, es obligatorio la presentación de los resultados en la siguiente Asamblea de **medicusmundi**.



ACTÚA

CONTRA la violencia de género