

FUNDACION
ALLI
CAUSAI

PLAN ESTRATEGICO 2025-2029



www.allicausai.org

01

RESUMEN
EJECUTIVO

02

INTRODUCCIÓN

03

CONTEXTO
ESTRATÉGICO

04

PRINCIPALES
INDICADORES
SOCIALES Y
ECONÓMICOS

05

IDEOLOGIA
CENTRAL:
MISIÓN, VISIÓN
Y VALORES

06

ANÁLISIS
FODA

07

OBJETIVOS Y
ESTRATEGIAS
CLAVE

08

IMPLANTACIÓN
DE ESTRATEGIAS

RESUMEN EJECUTIVO

La situación de salud en países como el Ecuador, muestra una gran desproporción entre las necesidades generadas y la posibilidad de atención de salud de la población en general. La inequidad y altos niveles de exclusión social tienen como consecuencia que un segmento muy limitado de la población tenga acceso a los más sofisticados servicios de salud mientras que la mayor parte de la población enfrenta una situación de pobreza extrema en la que la salud y educación son un bien inasequible.

Durante los siglos XIX y XX, la educación de los profesionales de la salud se basó en la concepción biológica del cuerpo, de la salud y de la enfermedad. Pero, en la segunda mitad del siglo XX surgen nuevas formas de estudiar no solo al hombre y la comunidad en que vive, sino con una visión epidemiológica multicausal propia de la salud pública y de la medicina preventiva, ampliándose el campo de acción ya no solo individual sino hacia la medicina social. Esta transformación de paradigma es la que guía la creación de la Fundación Alli Causai y es la base de su Plan Estratégico.

El modelo que presentamos confía en la participación consciente y organizada de la población para resolver los problemas de salud urgentes y permanentes. Asimismo, hemos buscado la coparticipación de las Instituciones Estatales quienes tienen la responsabilidad de cumplir con el derecho Constitucional a la salud.

La FAC trabaja prioritariamente con población rural y urbana perteneciente a la nacionalidad kichwa y mestiza del subtrópico andino. En la ciudad, nuestra población contraparte pertenece a las zonas periféricas suburbanas de Ambato, y consiste sobre todo en familias migrantes de zonas rurales que se enfrentan a difíciles condiciones de vivienda y salud dentro de la ciudad.

La FAC mantiene un total aproximado de 68.000 beneficiarios directos urbanos y rurales y sus objetivos estratégicos, que se detallan en este Plan, son los siguientes: 1) Atención de salud con enfoque integral 2) Salud mental con poblaciones vulnerables 3) Educación en salud.



2

INTRODUCCION

La Fundación Alli Causai (FAC) es una organización no gubernamental sin fines de lucro, creada en 1983 con el objetivo de impulsar el desarrollo integral de comunidades andinas de la región centro sur del Ecuador. Toma su nombre de la lengua kichwa, en la que quiere decir vida completa, íntegra, nueva, a la que no falta nada. A cumplir con esta máxima se dirigen todos sus esfuerzos.

La FAC está conformada por un equipo de profesionales de diferentes disciplinas de la salud y el desarrollo y cuenta con personería jurídica en el Ministerio de Salud Pública del Ecuador. La trayectoria de la Fundación Alli Causai por más de 30 años ha generado confianza en la población, especialmente por su compromiso de excelencia educativa y por sus proyectos de desarrollo comunitario, evidenciando ser un actor de desarrollo local importante en la Zona 3. La FAC determina como zona de influencia las cuatro provincias centrales de la zona andina del Ecuador. Tungurahua donde está su sede, Chimborazo, Bolívar, Cotopaxi que son las Provincias limítrofes. Hay una prioridad en cantones en donde coinciden las necesidades de la población con la capacidad de respuesta organizada de la comunidad como Guaranda, Ambato, Pangua y Colta.

En los últimos diez años también se han priorizado por las oportunidades de intervención en salud los cantones de la zona subtropical de las Provincias de Bolívar y Cotopaxi, los cantones La Mana, Pangua, Echeandía, Caluma. Estos cantones han tenido un desarrollo muy rápido de la población ya que reciben a población de la zona altoandina que migra en busca de trabajo asalariado.

La estrategia principal de la FAC busca devolver el control de su salud a las personas, motivándoles a cambiar sus condiciones de vida. Para lograr cambios profundos es necesario no solo curar la enfermedad, sino complementar con educación y mejorar la producción.

A continuación, presentamos nuestro Plan Estratégico Institucional para el periodo 2025-2029. Aquí se condensan nuestras expectativas de desarrollo, las cuales se han alimentado de la experiencia en nuestras zonas de trabajo y han incorporado las voces de las personas que junto con nosotros han apostado por el mejoramiento de sus condiciones de vida. Para la formulación de este plan estratégico se han tomado en cuenta no solamente las propuestas del equipo y la comunidad sino insumos de política pública como los Objetivos de Desarrollo Sostenibles, Plan Nacional de Salud y la Ley Orgánica de Salud.

Iniciamos con una breve reseña del contexto social en el cual trabajamos y continuamos con el plan estratégico centrado en tres objetivos estratégicos de desarrollo que engloban objetivos estratégicos institucionales.

3

CONTEXTO ESTRATÉGICO

La relación entre las normas sanitarias estatales, los servicios de salud y la población ecuatoriana no urbana ha estado desvinculada y fracturada durante la mayor parte de la vida republicana del Ecuador. La atención de salud pública no formaba parte del aparato estatal republicano y, más tarde, al menos hasta la década de 1960, los avances en materia de salud pública se concentraron en la atención hospitalaria y en las grandes ciudades, una estructura que excluía a la población de la mayoría de los servicios de salud disponibles. Más tarde, en particular después de la gran ola de movilizaciones indígenas de la década de 1990, la presencia indígena y rural fue finalmente reconocida por el Estado y algunos derechos de salud colectivos fueron reconocidos por las constituciones de 1998 y 2008.

El Estado republicano ecuatoriano en sus inicios en 1830 no creó instituciones específicas para regular o atender la salud de la población en general y menos aún de las poblaciones indígenas o rurales. La continuidad de las ideas coloniales en materia de atención sanitaria contribuyó a mantener la salud como un asunto privado, mientras que el modo de producción y extracción de mano de obra en las haciendas de la sierra marcaba una clara línea espacial y simbólica entre lo urbano y lo rural. La organización social, incluidos los patrones de producción agrícola y distribución de la tierra, hizo que, al menos hasta la reforma agraria de 1963, la mayor parte de la población andina no pueda acceder a la salud pública. Los hospicios y hospitales de beneficencia solo estaban presentes en las grandes ciudades y más tarde en los enclaves costeros agroexportadores, dejando a la gran mayoría de la población al margen de cualquier forma de atención de salud pública (Estrella, 1980).

El primer cambio en este patrón fue la creación del Servicio de Sanidad Pública, como respuesta directa a la llegada de la peste bubónica a Guayaquil en 1908. Antes de eso, no había ninguna institución estatal a cargo de las medidas de control de la salud pública (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 1992). La Sanidad desarrolló ideas del Estado “como algo separado de la sociedad y por encima de ella” (Clark, 2023, p. 9). Desde su concepción, la Sanidad defendió un enfoque más “científico” del control de la salud, en contraste con las ideas de beneficencia, que anteriormente habían dado forma a las únicas formas públicas de atención médica como una “actividad caritativa de bienestar social” con un modelo basado en la demanda de los pacientes en las

ciudades más grandes de Quito y Guayaquil (Clark, 2023, p. 59). Cuando se hicieron los primeros esfuerzos de Sanidad para controlar la peste en las zonas rurales de la costa y los Andes, los funcionarios públicos tuvieron grandes dificultades para ingresar a estos espacios donde la mayoría de las funciones administrativas las realizaban la Iglesia y los hacendados (Clark, 2023). Después de la peste, Sanidad quedó a cargo del control de la higiene en Quito y Guayaquil.

El Ministerio de Salud es una institución relativamente nueva. Cuando se creó en 1967, Ecuador era el único país de la región que carecía de un Ministerio de Salud. Esto tiene que ver con la forma en que se concibió y construyó formalmente la salud pública a lo largo del tiempo, primero con ideas heredadas del sistema anterior basado en la caridad cristiana, luego adoptando un enfoque preventivo en 1988 y trasladándose fuera de las principales ciudades y finalmente, reconociendo y adoptando la interculturalidad en 1998. Antes de la Constitución de 1998, la población indígena permanecía en gran parte sin mención en las políticas y leyes de salud pública, un silencio que no es accidental sino que está relacionado con la construcción de la nación mestiza asimilacionista. En la década de 1970, el Ministerio de Salud lanzó un “Programa de Salud Rural”, que requería que los médicos recién graduados pasaran un año trabajando en el servicio de salud rural antes de recibir su título, un programa que continúa hasta el día de hoy y se ha aplicado a lo largo de los años. Durante este período se construyeron los primeros centros de salud pública. Los centros de salud son el primer nivel de atención en pequeñas parroquias y la mayoría están atendidos solo por enfermeras y médicos del programa de salud rural.

En 1988, después del gobierno altamente represivo de León Febres Cordero que estuvo acompañado de una crisis económica e inflación, el Ministerio de Salud del nuevo régimen publicó un libro llamado “Nuevos Enfoques en Salud”, donde informaron a la nación sobre el nuevo giro en la salud pública en Ecuador. Este nuevo modelo se basó en la expansión de la infraestructura de salud, la participación activa de la comunidad en los servicios de salud y, lo más importante, un movimiento hacia la prevención en lugar de solo el tratamiento. Si bien se trató de un enfoque innovador, el documento de 355 páginas apenas menciona a las poblaciones indígenas. Hay una mención al definir las condiciones de salud de la población ecuatoriana.

En el documento se identifica un segmento que requiere atención, a saber, “(...) la población rural, especialmente la dispersa e indígena, que tradicionalmente ha permanecido marginada del desarrollo económico y social del país, [que] sigue presentando preocupantes tasas de enfermedad y mortalidad” (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 1992, p. 16). Otra mención del término indígena se hace en la sección sobre el control de la tuberculosis, destacando nuevamente el “atraso” de las áreas indígenas y otras condiciones adversas como el hacinamiento y la falta de

servicios básicos (agua, eliminación de desechos). En otras secciones del documento, el término utilizado para referirse a la población indígena es la palabra “campesinos”, no poco común en la época para referirse a la población rural indígena y no indígena, principalmente para representar a esta población como migrante a las ciudades y más propensa a enfermedades endémicas y epidémicas.

Este informe nacional muestra un borramiento de la población no urbana de la política de salud oficial, aunque las organizaciones sociales eran cada vez más activas. Durante este período se produjo una fuerte ola de movilización política, entre las que destacan la marcha de la OPIP y el primer levantamiento indígena en 1990, dos años antes de la publicación del documento antes mencionado en 1992. La década siguiente sería testigo de algunas de las más intensas marchas y otras formas de participación pública de los movimientos indígenas, algunas de cuyas demandas fueron introducidas en la Constitución de 1998. Por lo tanto, se puede asumir que la falta de reconocimiento que se mostró en estas políticas no fue casual.

Por primera vez en 1998 la Constitución reconoció al Ecuador como un país pluricultural y multiétnico. Un aspecto de relevancia en la política de salud fue el de que el establecimiento de la “medicina tradicional” debía ser respetada y promovida por el Estado. El artículo 84 especificaba que el Estado reconocería y garantizaría: “[...] sus sistemas, conocimientos y prácticas de medicina tradicional, incluido el derecho a la protección de los lugares rituales y sagrados, plantas, animales, minerales y ecosistemas de interés vital desde su punto de vista” (Constitución Política de La República Del Ecuador, 1998). En 1998, bajo la nueva constitución, se creó la Dirección Nacional de Salud Indígena, que luego se llamaría “Salud Intercultural” para incluir a los afroecuatorianos y otras formas de salud “alternativa”. Estos programas estaban muy focalizados y solo incluían un puñado de lugares donde desarrollaban actividades.

En 2004, el registro de salud materna ENDEMAIN incluyó la primera pregunta de identificación étnica, con una pregunta que le preguntaba a la paciente madre biológica qué consideraba que era, seguida de una pregunta donde el profesional de la salud “evalúa” la etnia de la paciente. Ambas preguntas son seguidas por múltiples opciones: indígena, mestiza, negra, blanca, otra (¿cuál?). Esta información sugiere que la autoidentificación no fue considerada suficiente para registrar la etnia. La nueva asamblea constituyente de 2008 realizó más cambios en el campo de la salud, incorporando el término “intercultural”: “(...) el derecho a la salud se rige por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, y un enfoque de género y generacional” (Constitución Política de La República Del Ecuador, 1998).

En 2012, Ecuador contrató a 1700 TAPS o Técnicos en Atención Primaria de Salud (Chang Campos, 2018). Esto fue parte de la estrategia de atención primaria de salud, orientada a la promoción y prevención con participación comunitaria. Los técnicos de atención primaria de salud fueron elegidos por sus comunidades y tuvieron una trayectoria de liderazgo y ser fluidos en la lengua indígena de su área. Pudieron acceder a una beca completa para la carrera de tres años, seguida de una oferta de trabajo en su centro de salud local. Los TAPS continúan capacitándose y trabajando para el Ministerio de Salud. Recién en 2018 se agregó una variable de “grupo cultural” al registro nacional unificado de salud con la pregunta abierta “¿A qué grupo cultural pertenece?” (Galarza, 2010).

Sin embargo, se ha observado que la constitución y las leyes que le siguieron, incluido el “modelo de salud intercultural”, enfatizaron la interculturalidad sin plurinacionalidad. Este cambio se correlaciona con otras facetas de las políticas estatales neoliberales de Correa. El modelo de salud intercultural no describe las estrategias necesarias sobre el terreno y, por lo tanto, su alcance ha sido estrictamente limitado. La mayoría de los esfuerzos se han concentrado en la salud materna, en particular en la reducción de las tasas de mortalidad materna mediante la transformación de las instalaciones de parto para incluir algunos elementos de la práctica indígena. En su estudio del centro de parto “culturalmente adaptado” en Otavalo, la antropóloga Carmen Mozo (2017) señaló que las prácticas cotidianas en este centro, que fue aclamado como un ejemplo muy exitoso de interculturalidad, eran más comunes en las mujeres que en los hombres.

4

PRINCIPALES INDICADORES SOCIALES Y ECONÓMICOS

En el ámbito económico, según el último censo de población y vivienda del año 2010, en la Zona 3, el 37% de la población económicamente activa (PEA) se dedica a la agricultura, ganadería, silvicultura y pesca, seguida por el comercio con el 14% y manufactura con el 12%. La economía de la Zona se estructura a partir de actividades primarias como la producción agrícola, que incluyen la agricultura a menor escala de tipo familiar campesina, así como la producción empresarial de flores y alimentos a mayor escala para la exportación; además de la producción manufacturera automotriz, metalmecánica, textil, cuero y calzado, principalmente, para el consumo local y nacional, variables que destacan en el territorio y lo definen como un centro productivo y de comercio. El turismo representa más del 50% de las actividades de la Zona, tomando en consideración que el territorio es poseedor de un considerable patrimonio natural y cultural, con grandes posibilidades por su ubicación y conectividad. (Agenda Coordinación Zona 3, 2023).

Tungurahua es una provincia con alto potencial turístico, textilero y artesanal, económicamente es la de mayor aporte a la región con el 35% PNB y con el 3% a nivel nacional en el periodo de acuerdo Censo 2010. El 27,61% de la PEA se encuentra concentrada en la zona rural, especialmente en la actividad agropecuaria, un 19,04% de la PEA está en la industria manufacturera, un 16,88% en el comercio.

Los servicios varios se concentran el 13,80%, el 4,64% en el transporte, la construcción el 5,29%, servicios financieros el 1.20% y otras actividades el 11,54%. Tungurahua ha logrado índices importantes en desarrollo económico, productividad, reducción de la pobreza, disminución de inequidad y menor índice de desempleo del país 3.5. (Agenda Tungurahua 2019-2023).

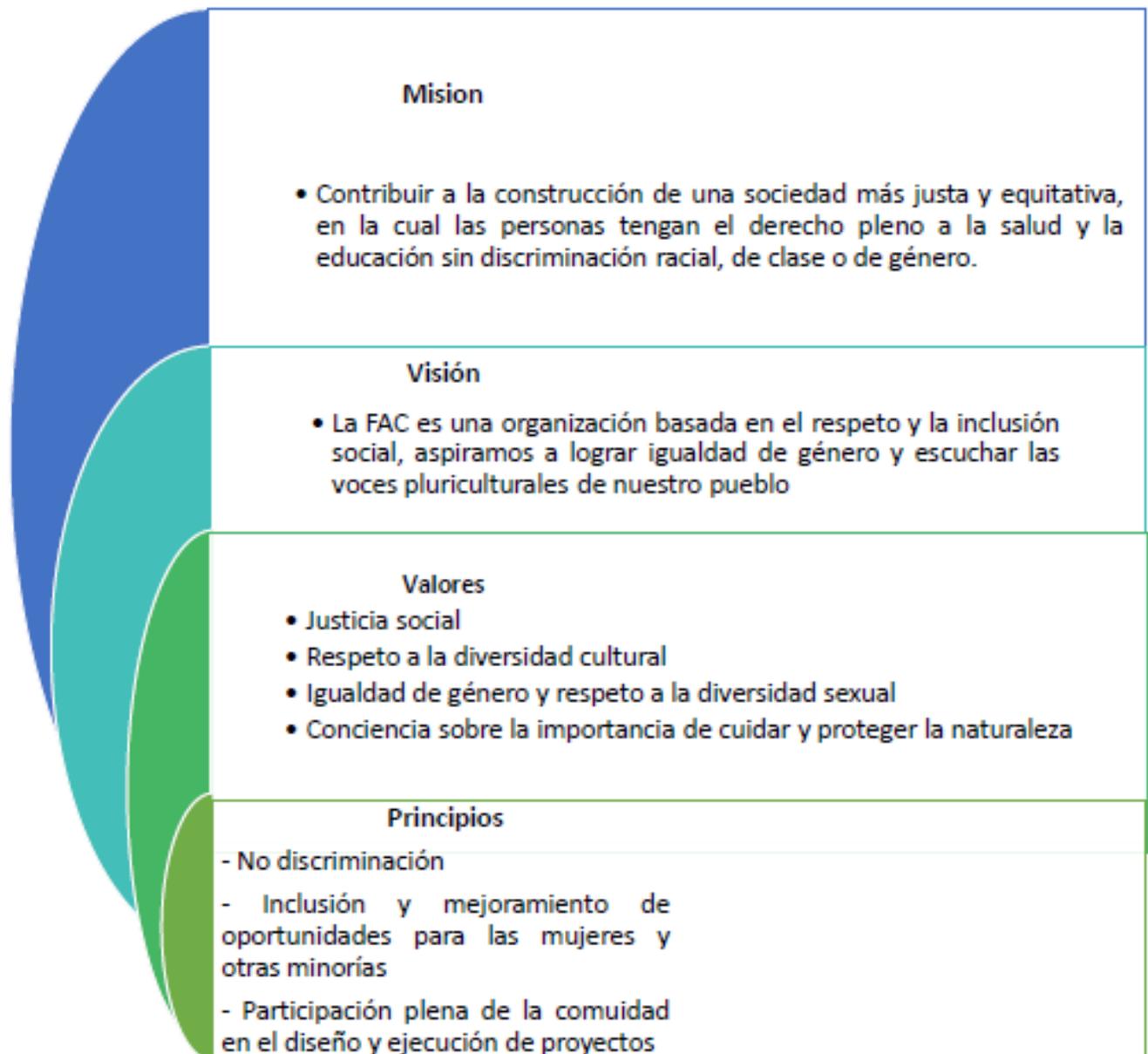
Una diferencia importante con el resto del país es la autogestión de empleo, pues el 53.7% no trabaja en relación de dependencia: Son primeros en producción avícola, frutícola, calzado, carrocerías y de gran variedad de productos agrícolas. Tungurahua

provee al mercado nacional con el 10% de granos, 13% de tubérculos, 13% de hortalizas y 8% de frutas.

En lo que tiene que ver al empleo y desempleo, hasta el 2017 Tungurahua tiene una media por debajo de la nacional en el desempleo abierto, mientras que en el resto de categorías sobrepasa al promedio nacional. En lo referente a la pobreza en Tungurahua en el área urbana es del 15,5% y en lo rural el 39,5% de hogares pobres y hogares en extrema pobreza un 3,7%, en lo urbano y el 20,5% en lo rural. Según el nivel de ingresos, 7.77% de la población de Tungurahua es pobre y el 2.61%, se encuentra en extrema pobreza, valores que demuestra que estamos bajo los índices nacionales.



IDEOLOGÍA CENTRAL: NUESTRA MISIÓN, VISIÓN Y VALORES



OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS CLAVE

Bloques de construcción internos

Objetivo 1: Atención de Salud

Reformular la práctica de salud asistencial por una visión del paciente en su contexto, con su relación social y su cultura, que permita lograr una total satisfacción en el usuario. Nuestro enfoque prioriza las relaciones sociales y estructurales que tienen un efecto importante sobre la salud.

Meta:

Implementar un microsistema regional de salud, que realice una atención integral tomando en cuenta lo preventivo-asistencial, lo clínico-epidemiológico, lo individual-colectivo, motivando la acción organizada de la población para garantizar un medio ambiente favorable para el bienestar de la comunidad y estimulando una coordinación intersectorial e interinstitucional.

La Fundación Alli Causai, preocupada por la población más vulnerable de las zonas rurales y urbanas creó el Hospital Alli Causai en el año 2000, ubicado en la zona sur-oriental de la ciudad de Ambato. Los servicios que brinda son consulta externa, laboratorio clínico, farmacia.

Además de los servicios que brinda el hospital, se desarrollan actividades como las jornadas médicas de especialidad cada tres meses y talleres multi-disciplinarios de prevención en salud integral.

Líneas de acción:

- Mejorar los sistemas locales de salud, con prioridad en el fortalecimiento de programas de atención primaria de salud.
- Invertir en el desarrollo de acciones preventivas, complementarias a las acciones curativas.
- Mejorar la capacidad de médicos de atender a poblaciones culturalmente diversas, insistiendo en un enfoque de respeto a las creencias y prácticas médicas locales.
- Propiciar el uso racional de medicamentos.
- Mejoramiento de sistemas de eliminación de residuos.
- Enfoque de riesgo en la selección de beneficiarios y programas de salud
- Proteger las fuentes de agua para uso humano, mejorar su acceso, garantizar un adecuado saneamiento ambiental.
- Promoción de estilos de vida saludables, priorización del consumo de alimentos orgánicos y de producción local.
- Brindar atención de salud de calidad en nuestro Centro Médico de Especialidades en la ciudad de Ambato.

Objetivo 2: Salud Mental

Este objetivo es central en la visión de salud de la FAC pero dentro de nuestro plan estratégico se concentrara en el trabajo con niños de las Escuelas vinculadas al programa de salud escolar y al trabajo con adultos mayores.

Meta:

Mejorar la salud mental de grupos vulnerables como niños y adultos mayores que no tienen acceso a programas asistenciales ni preventivos de salud mental.

Líneas de acción:

- Tamizaje de salud mental dirigido a las escuelas públicas ubicadas en el corredor sur-oriental de Ambato.
- Implementación de un Programa de salud mental dirigido a adultos mayores que están organizados en grupos, que permitan identificar trastornos de salud mental y fortalecer mecanismos de protección para su bienestar emocional,

mejorando así su calidad de vida y fomentando su integración social y comunitaria.

- Creación y desarrollo de grupos terapéuticos
- Implementación de terapias asistidas con animales.

Objetivo 3: Educación

Salud y educación son dos aspectos inseparables del enfoque estratégico de la FAC. La creación de oportunidades educativas para los beneficiarios de nuestros proyectos tiene un impacto directo en la salud de la comunidad. Desde el inicio de nuestras actividades hemos formado a hombres y mujeres locales para que la comunidad tenga acceso a profesionales de su propio entorno, que tengan un nivel de compromiso con las necesidades de su pueblo que difícilmente se logra con recursos humanos externos.

Meta:

Nuestro objetivo estratégico en el ámbito de la educación es formar a recursos humanos locales como profesionales en atención primaria de salud, que tengan un conocimiento profundo de la realidad local y las herramientas necesarias para una transformación sostenible de los principales problemas de salud.

Líneas de acción:

- Elevar los niveles de cultura sanitaria de la población de escasos recursos económicos, que les prepare para una defensa inmediata, un conocimiento específico y un entendimiento social del problema de salud-enfermedad.
- Líneas de acción
- Implementar un Instituto Tecnológico Superior que ofrezca carreras alineadas con otros objetivos estratégicos de la FAC como permacultura, cuidado del adulto mayor y cuidado canino.
- Formar profesionales en atención primaria de salud de las comunidades urbanas y rurales
- Formar promotores de salud en comunidades
- Realizar capacitación productiva en diversificación de cultivos, manejo ambiental, riego, y otras áreas similares

IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS

El Plan Estratégico de la Fundación Alli Causai corresponde sus acciones a los ámbitos de cada una de las funciones, mismos que serán utilizados periódicamente en procesos de auto-evaluación y de cada una de sus áreas de trabajo.

La FAC contempla estrategias para garantizar la igualdad de oportunidades, siguiendo de ejemplo a la filosofía y enfoque que ha venido desarrollando, promoviendo los derechos de participación ciudadana con enfoque de equidad de género y fortaleciendo las capacidades de poblaciones excluidas históricamente. La Fundación Alli Causai seguirá colaborando con las comunidades en su área de intervención a través de programas de educación continua, desarrollo de proyectos comunitarios con principios de sostenibilidad y auto-gestión.

¿Qué tenemos que hacer para aplicarlo?

A través de su Instituto impulsará un modelo educativo que articule las funciones sustantivas de docencia, investigación y vinculación con la sociedad, a través del fortalecimiento de las relaciones interinstitucionales en el ámbito del desarrollo de las funciones sustantivas, misma que se amplía en la función de vinculación con la sociedad.

Otra estrategia clave y fundamental será la generación de alianzas interinstitucionales y la cooperación público-privada,