



UNIVERSITAT
POLITÈCNICA
DE VALÈNCIA



**ANÁLISIS Y PROPUESTA DE MEJORA
PARA LA ONG: ASOCIACIÓN TAMIRU
ADUNA- AMIGOS DEL HOSPITAL DE
GAMBO, ETIOPÍA**

Trabajo Fin de Carrera:

Autora: Elisa Sary, Tojaka Domènech,

Dirigido por: Don Aurelio, Herrero Blasco

Valencia, 2012.

Agradecimientos:

A Aurelio, por la paciencia y los consejos que me ha dado durante todo este tiempo,

Al Dr. Lorente, por hacerme partícipe del gran proyecto que es AIA, en el que sin querer, te ves envuelta en la ilusión e integridad con la que se trabaja, y recompensada con los resultados que obtiene,

A mi familia por todo el apoyo incondicional que me han brindado, especialmente a mi padre, que me ha animado día tras día a ser mejor, para conseguir todas mis metas,

A la sociedad y especialmente a esta universidad por invertir en mi educación, esfuerzo, que intentaré devolver en un futuro poniendo en práctica todos los conocimientos adquiridos.

Índice

1- INTRODUCCIÓN.....	13
1.1 Resumen.....	13
1.2 Objeto y Asignaturas relacionadas.....	14
1.3 Objetivos.	16
2- ANTECEDENTES.....	21
2.1 Motivación y justificación de este Trabajo de Fin de Carrera.....	21
2.2 El Marco general de la Economía social.....	22
2.3 La cooperación y desarrollo en España.....	24
2.4 Las ONG en España y en la Comunidad Valenciana.....	30
3-LA ASOCIACIÓN TAMIRU ADUNA-AMIGOS DEL HOSPITAL RURAL DE GAMBO.....	39
3.1 Ámbito de actuación.....	39
3.1.1 Misión, visión, valores.....	40
3.1.2 Objetivos.....	40
3.2 Análisis externo.....	41
3.2.1 Macroentorno.....	41
3.2.2 Microentorno.....	91
3.2.3 Otras ONG.....	122
3.2.4 Amenazas y Oportunidades.....	130
3.3 Análisis interno.....	131
3.3.1 Operaciones.....	132
3.3.2 Organización de Los Recursos.....	137
3.3.3 Marketing Social.....	151
3.3.4 Finanzas.....	157
3.3.5 Fortalezas y Debilidades.....	174
4-PROPUESTA DE MEJORA.....	179
4.1 Matriz CAME.....	179
4.2 Presupuesto.....	208
4.3 Control.....	215
5-CONCLUSIONES.....	219
Bibliografía.....	221
Anexos.....	226

Índice de figuras

Figura 1: Evolución AOD prevista hasta 2011	29
Figura 2: Distribución presupuestaria por sectores en la Comunidad Valenciana	35
Figura 3: Zonas de destino de los fondos de cooperación y desarrollo.....	35
Figura 4: Logo de ATA	39
Figura 5: Fronteras de Etiopía	42
Figura 6: Cataratas Del Nilo Azul.....	43
Figura 7: Estructura administrativa de Etiopía	53
Figura 8: Exportaciones de café en 2006 y 2010	58
Figura 9: Destino exportaciones de semillas oleaginosas.....	59
Figura 10: Evolución de la producción de flores entre 2006 y 2010.....	60
Figura 11: Países de importación de cemento en 2006 y 2011	63
Figura 12: Evolución de la importación de hierro y acero entre 2006 y 2010.....	64
Figura 13: Estructura productoras de mercado	75
Figura 14: Estructura productoras no de mercado.....	76
Figura 15: Estructura Del Tercer Sector.....	76
Figura 16: Estructura en el enfoque no lucrativo	77
Figura 17: Comparativa entre el enfoque de la economía social y enfoque no lucrativo	78
Figura 18: Formas jurídicas de las ONGD	80
Figura 19: Proporción población donante en países europeos, 2010	82
Figura 20: Perfil del socio de las ONG en España	83
Figura 21: Desglose de fondos públicos	85
Figura 22: Origen de los fondos y formas de financiación, 2010.....	86
Figura 23: Destino de los fondos según finalidad y geografía, 2010.....	88
Figura 24: Región del Hospital de Gambo	91
Figura 25: Localización exacta del Hospital de Rural de Gambo.....	92

<i>Figura 26: Logo Hospital de Gambo</i>	93
<i>Figura 27: Pabellón del Hospital de Gambo</i>	94
<i>Figura 28: Esquema objetivos y políticas de salud en Etiopía</i>	107
<i>Figura 29: Estructura del sistema sanitario etíope</i>	108
<i>Figura 30: Fuentes de financiación del sector sanitario.</i>	110
<i>Figura 31: Estructura de los recursos sanitarios por edades.</i>	111
<i>Figura 32: Distribución urbana/rural de profesionales altamente cualificados.</i>	114
<i>Figura 33: Evolución en la formación de profesionales.</i>	115
<i>Figura 34: Evolución de graduados en HEWS</i>	116
<i>Figura 35: Esquema partes interesadas de ATA</i>	118
<i>Figura 36: Matriz interés/poder de las partes interesadas</i>	121
<i>Figura 37: Matriz comparativa de la competencia</i>	128
<i>Figura 38: Motor del funcionamiento de ATA</i>	133
<i>Figura 39: Relación mutua entre socios y junta directiva</i>	137
<i>Figura 40: Organigrama de la junta directiva</i>	138
<i>Figura 41: Fases de la gestión de los recursos humanos</i>	141
<i>Figura 42: Fases gestión de material</i>	147
<i>Figura 43: Publicación en prensa periódica "La Región"</i>	153
<i>Figura 44: Carrera infantil bajo el lema "Dar sangre es dar vida"</i>	155
<i>Figura 45: Nota de prensa en el periódico La Razón</i>	156
<i>Figura 46: Evolución número de socios</i>	163
<i>Figura 47: Origen ingresos en 2011</i>	165
<i>Figura 48: Estimación origen ingresos entre 2004 y 2011</i>	166
<i>Figura 49: Número de visitas en consultas externas COT por estancia en 2011</i>	168
<i>Figura 50: Número de pacientes operados, COT en 2011 por estancia</i>	168
<i>Figura 51: Número de visitas en consultas externas y tratamientos durante 2011</i>	169

Figura 52: Diagnósticos más frecuentes en la intervenciones de COT	171
Figura 53: Niveles de servicio	188
Figura 54: Características de la marca ATA	193
Figura 55: Prototipo folleto informativo ATA	202
Figura 56: Prototipo de cartel ATA	203
Figura 57: Esque organización voluntariado a distancia	207
Figura 58: Precions para folletos y carteles	211
<u>Índice de tablas</u>	
Tabla 1: Órganos responsables de la política de cooperación autonómica	32
Tabla 3 Leyes de cooperación en la Comunidad Valenciana	33
Tabla 2: CCAA con compromiso de cooperación	33
Tabla 4: Peso de cada grupo étnico	54
Tabla 5: Evolución líneas fijas y móviles entre 2003 y 2010	65
Tabla 6: Datos sobre la población	68
Tabla 7: Datos de calidad de vida	69
Tabla 8: Peso de las ONGD por tamaño	81
Tabla 9: Origen de los fondos de las ONG entre 2005 y 2010	84
Tabla 10 Estructura del balance de situación de las ONG	89
Tabla 11: Distribución de camas entre los distintos pabellones	95
Tabla 12: Unidades dentro del Hospital	96
Tabla 13: Evolución de los recursos humanos del Hospital de Gambo	97
Tabla 14: Evolución pacientes externos entre 2004 y 2009	98
Tabla 15: Diagnósticos más frecuentes en consultas de estenos	98
Tabla 16: Número de procedimientos analizados en 2004 y 2009	99
Tabla 17: Número de ingresos por planta en 2004 y 2009	100
Tabla 18: Evolución de intervenciones de cirugía entre 2004 y 2009	101

<i>Tabla 19: Tipología de nacimientos</i>	102
<i>Tabla 20: Participantes en programas de educación en 2008 y 2009</i>	103
<i>Tabla 21: Pacientes pre-ART y ART atendidos en 2009</i>	104
<i>Tabla 22: Tipología de intervención en pacientes de lepra.</i>	105
<i>Tabla 23: Productos del taller de ortopedia.</i>	106
<i>Tabla 24: Instalaciones sanitarias atendiendo a su origen público o privado</i>	109
<i>Tabla 25: Número de profesionales por categoría y densidad en 2009</i>	112
<i>Tabla 26: Densidad de trabajadores por región en 2009</i>	113
<i>Tabla 27: Diagrama de actividades 2011</i>	132
<i>Tabla 28: Especialidades de médicos y enfermeras</i>	140
<i>Tabla 29: Principales hospitales y CCAA participantes</i>	142
<i>Tabla 30: Programación estancias 2011</i>	144
<i>Tabla 31: Miembros y especialidad del grupo enero-febrero</i>	145
<i>Tabla 32: Miembros y especialidad equipo abril-mayo</i>	146
<i>Tabla 33: Miembros y especialidad equipo noviembre</i>	147
<i>Tabla 34: Programación de actividades de marketing social 2011</i>	152
<i>Tabla 35: Balance de situación 2011</i>	159
<i>Tabla 36: Estructura de los fondos propios 2011</i>	160
<i>Tabla 37: Cuenta de resultados 2011</i>	162
<i>Tabla 38: Subvencione y ayudas recibidas</i>	164
<i>Tabla 39: Matriz DAFO</i>	180
<i>Tabla 40: Matriz CAME</i>	185
<i>Tabla 41: Presupuesto para productos ATA.</i>	210
<i>Tabla 42: Estimación beneficio en función del coste</i>	211
<i>Tabla 43: Presupuesto total necesario</i>	212
<i>Tabla 44: Diagrama de Gantt</i>	214

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

1-INTRODUCCIÓN

1.1 Resumen

El Tercer Sector experimentó un proceso de crecimiento que se constató con la constitución de un gran número de organizaciones no gubernamentales en España, en su mayoría, en forma de fundaciones y asociaciones. De la misma forma, con la llegada de la crisis económica y financiera a partir del año 2007-2008 comenzaron a notarse los primeros síntomas de lo que se convertiría, en lo que denominan hoy los expertos, la peor crisis desde 1929.

Los problemas de liquidez han puesto entre la espada y la pared a todos los agentes económicos, incluida esa parte del sector privado no lucrativo que son las ONG, las cuales dependen mucho de las ayudas económicas del sector público y que además, ven como pierden socios y donaciones.

En medio de este contexto tan desfavorable se encuentra la Asociación Tamiru Aduna, Amigos del Hospital Rural de Gambo (ATA), creada en época de expansión económica y que por su modelo de gestión responsable y su independencia del sector público, ha logrado llegar hasta el 2012 en mejores condiciones que otras, cuyo volumen de ingresos y tamaño habitual podría cuadruplicar a ATA. Sin embargo, ATA es consciente de las dificultades económicas de su entorno, dificultades con las que conviven algunas de sus colaboradoras, las cuales si que dependen del sector público.

Por este motivo vamos a analizar en profundidad toda la asociación, haciendo un análisis externo que se va a basar en primer lugar en el estudio previo de aquellos factores determinantes del entorno, que revelarán las macromagnitudes más notables del país en el que opera la asociación, seguido de un examen exhaustivo del amplio sector en el que está integrada, para finalmente observar las relaciones que mantiene con su entorno más cercano y el resto de organizaciones. Todo ello será de gran utilidad para fijar aquellos elementos que constituirán amenazas y oportunidades.

Además realizaremos un análisis interno que consistirá en el estudio detallado de la organización, que incluirá su funcionamiento y gestión de los recursos de que dispone, como personal voluntario y recursos económicos, para convertirlos en estancias, medicamentos y otros materiales. El fin que perseguimos en dicho análisis no es otro que determinar qué

aspectos de su actividad son debilidades y cuáles son sus fortalezas para posteriormente corregir las primeras y mantener las segundas

1.2 Objeto y Asignaturas relacionadas

Para llevar a cabo este trabajo fin de carrera han sido necesarias diversas asignaturas estudiadas durante la licenciatura de Administración y Dirección de Empresas, por lo que a continuación detallaremos aquellas que han tenido especial relevancia y justificaremos los conocimientos adquiridos con las mismas.

CAPITULO 2: Antecedentes

En este capítulo se han utilizado:

- **Introducción a los sectores empresariales.**
- **Economía española y mundial.**
- **Gestión de comercio exterior.**

Introducción a los sectores empresariales, ha sido necesaria para hacer una aproximación al sector de las ONG dentro de la cooperación y el desarrollo, asociado con el sector sanitario. Para todo ello, han sido de gran utilidad los conocimientos adquiridos en esta asignatura.

Economía española y mundial. Todos los conocimientos adquiridos en esta asignatura han resultado útiles para realizar un buen análisis de la situación internacional y tener una perspectiva global de la situación económica que enmarca la capacidad de acción de las ONG.

Gestión de comercio exterior. Se han utilizado los conceptos aprendidos en esta asignatura para hacer una aproximación al entorno internacional y sus sistemas financieros así como también los organismos internacionales que participan de forma directa en las relaciones internacionales.

CAPITULO 3.2 Análisis externo

- **Dirección estratégica y política de empresa.**
- **Economía española y mundial.**
- **Macroeconomía.**

Dirección estratégica y política de empresa, ha sido la asignatura utilizada de base tanto para elaborar el análisis externo de la ONG como para determinar las amenazas y oportunidades.

Economía española y mundial. Los conocimientos aprendidos en esta asignatura han sido especialmente útiles para realizar un buen análisis de los antecedentes políticos, históricos, económicos y sociales, que afectan a la sociedad etíope.

Macroeconomía. Se han utilizado en este capítulo magnitudes macroeconómicas, como el PIB, que han ayudado a comprender la realidad económica del país, así como también ha facilitado el análisis de las políticas económicas que ha llevado a cabo Etiopía a lo largo de las últimas décadas.

CAPITULO 3.3: Análisis interno

- **Dirección estratégica y política de empresa.**
- **Marketing de empresa y de servicio.**
- **Dirección de recursos humanos.**
- **Contabilidad general y analítica.**
- **Tecnología de los servicios sanitarios.**
- **Dirección de producción y logística.**

Dirección estratégica y política de empresa, ha sido la asignatura utilizada de base tanto para elaborar el análisis interno de la ONG como para determinar los recursos y capacidades indispensables dentro de ATA.

Marketing de empresa y de servicio. Esta asignatura ha sido relevante en el análisis interno para analizar las tareas de divulgación y comunicación que realiza la asociación para comunicarse con su entorno.

Dirección de recursos humanos. Los conocimientos aprendidos en esta asignatura han servido para estudiar las funciones que desempeña el personal, su forma de organización y la formación que requiere.

Contabilidad general y analítica. Con todo lo aprendido en esta asignatura se ha tenido la capacidad de hacer el análisis de la situación económico-financiera y determinar los puntos fuertes y débiles que caracterizan a esta ONG.

Tecnología de los servicios sanitarios, ha aportado los conocimientos necesarios para la evaluación de la asistencia sanitaria teniendo en cuenta los recursos que tiene la ONG y el propio hospital de Gambo.

Dirección de producción y logística. Ha sido de gran utilidad para plasmar la gestión de las operaciones que se llevan a cabo, así como también el tema de la logística que se utiliza para poder dar el servicio objeto de la asociación

CAPITULO 4: Propuesta de mejora

- **Dirección estratégica y política de empresa**
- **Dirección de proyectos empresariales**
- **Dirección financiera**

Dirección estratégica y política de empresa, ha servido como apoyo para elaborar la matriz CAME para posteriormente formular la propuesta de mejora.

Dirección de proyectos empresariales. Los conocimientos aprendidos en esta asignatura han servido para que tras analizar la gestión interna de la ONG, se pueda proponer alternativas de acción.

Dirección financiera. Se ha utilizado esta asignatura para tomar las decisiones óptimas de financiación e inversión en la ONG, teniendo en cuenta las necesidades que requiere.

1.3 Objetivos.

Los objetivos que se pretenden alcanzar mediante el desarrollo del Trabajo Fin de Carrera son los siguientes:

- Analizar el entorno de la asociación mediante un análisis que incluya una visión del sector, así como también un estudio interno de la organización en la coyuntura económica actual.
- Proporcionar al presidente de ATA y a la junta directiva, una alternativa válida que les permita seguir creciendo, comunicarse con su entorno y al mismo tiempo diversificar sus fuentes de ingresos para tener una estructura aún más sólida.

- Realizar un análisis de las cuentas de la asociación que permita conocer el origen de sus fondos, el destino de sus gastos, aspecto que revelará el modelo de gestión que efectúa, así como analizar la estructura patrimonial teniendo muy en cuenta la forma jurídica a la que pertenece ATA.
- Reflejar los conocimientos aprendidos durante la licenciatura de una forma práctica que permita culminar el proceso de aprendizaje de estos últimos años.

CAPÍTULO 2

ANTECEDENTES

2- ANTECEDENTES

2.1 Motivación y justificación de este Trabajo de Fin de Carrera.

DESCRIPCIÓN

El objeto del presente trabajo fin de carrera, consiste en el análisis y propuesta de mejora para la ONG, **Asociación Tamiru Aduna- amigos del hospital rural de Gambo (ATA)**, Etiopía. Fue fundada en Valencia por el Dr. Francisco José Lorente, en el año 2004, y lleva a cabo su labor desinteresada en el Hospital Rural de Gambo.

El enfoque de este trabajo fin de carrera está estrechamente ligado a la cooperación y desarrollo, tema que siempre ha despertado en mí un interés especial. Concretamente se centra en la salud, que constituye un derecho fundamental de todos los seres humanos y que desgraciadamente, si no fuese por la labor de la cooperación y el desarrollo, en muchos países, la mayor parte de la población no tendría acceso a este derecho de una forma digna.

Por estos motivos y porque conozco de cerca la actividad y trayectoria de la **Asociación Tamiru Aduna**, ejemplo de transparencia y buena praxis en un sector que en muchas ocasiones se ha visto salpicado por malas prácticas, he decidido aplicar todos los conocimientos económicos adquiridos a lo largo de esta licenciatura, para que ATA pueda seguir creciendo y mejorando año tras año.

Para alcanzar el objetivo de este trabajo, procederé en primer lugar a estudiar los puntos más relevantes de los antecedentes de la cooperación y desarrollo y la estrecha relación que les une a la economía social. Posteriormente realizaré un análisis externo que me permita identificar aquellos factores del entorno que afecten a la ONG, así como también ahondaré en la relación y comportamiento del resto de organizaciones y partes relacionadas que operan con ATA en este sector. La finalidad de este análisis reside en hallar las amenazas y oportunidades de la asociación, que serán de gran utilidad a la hora de reconocer aquellos puntos que se pueden mejorar.

Una vez obtenidos aquellos aspectos que me permitan poner en contexto a la asociación, realizaré un examen interno, que hará posible conocer los recursos y capacidades de que consta la Asociación Tamiru Aduna y la forma en que estos son utilizados, para así poder identificar sus fortalezas y debilidades.

Tras haber realizado ambos estudios haré una propuesta de mejora basándome en los resultados obtenidos mediante una matriz CAME.

2.2 El Marco general de la Economía social

Dentro de la economía de un país interactúan diferentes agentes económicos públicos y privados, que satisfacen las necesidades de las personas mediante bienes y servicios. Algunos de ellos, como las empresas privadas, rivalizan con sus competidores para que los consumidores escojan sus productos o servicios por los cuales pagarán un precio con la renta de que dispongan. Mientras, otros, como el sector público, tratarán de satisfacer necesidades colectivas, en principio sin existir rivalidad, que podrán realizar gracias a la financiación que poseen, compuesta por los impuestos de todos los ciudadanos.

Sin embargo, a medio camino entre unos agentes económicos y otros existe una variedad de agentes privados que proporcionan servicios y bienes de carácter gratuito mediante la financiación: por medio de donaciones, aportaciones de socios, y otras ayudas públicas y privadas, que reciben el nombre de **Instituciones Sin Fines de Lucro (ISFL)**.

Todas estas instituciones forman parte del denominado **Tercer Sector (TS)** que ha crecido tanto en los países desarrollados como en los que están en vías de desarrollo, debido al papel que juegan dentro de la economía y que en momentos de dificultades económicas son todavía más necesarios. En este sentido la economía social, sirve para generar nuevas oportunidades para la sociedad, para regular importantes desequilibrios sociales y económicos, mejorando con ello el funcionamiento del sistema, aliviando tensiones y problemas, para contribuir a la consecución de múltiples objetivos de interés general como el empleo, la cohesión social, la generación de tejido social y económico, el desarrollo de la democracia, la innovación social y el crecimiento local. Como síntesis, el concepto de **economía social** se define *“como aquella actividad económica que tenga por objeto trabajar para sus miembros y usuarios y para la sociedad, a fin de satisfacer necesidades precisas de interés colectivo. Lo que significa que es la acción, el objeto social, la forma de organizarse y el compromiso con los socios y con los ciudadanos lo que identifica una organización como de Economía Social; pues éstos son sus elementos específicos, diferenciadores del resto de las organizaciones”* (CONGES, 2009).

Algunos de los valores de las organizaciones que forman parte de la economía social son:

- La libre adhesión, por la que se permite entrar o salir sin depender de obligaciones de pertenencia o exclusión.
- La democracia como principio básico organizador, que comporta defender la primacía de la persona, del objeto social sobre el capital y la transparencia de su gestión.
- La primacía del beneficio colectivo sobre el beneficio individual.
- La contribución al desarrollo de las personas.
- La independencia de los poderes establecidos, tanto públicos como privados.
- La defensa y aplicación del principio de solidaridad, de responsabilidad y de cohesión social.
- El manejo de los excedentes al objeto social mediante su reinversión o distribución, según los deseos de sus miembros, así como para la creación de empleo, de nuevas labores o de actividades solidarias.

De una forma amplia podemos englobar aquellas organizaciones que forman parte de la economía social, aunque posteriormente cuando abordemos el punto de análisis del sector se ahondaremos más en cada una de ellas. *“Conjunto de empresas privadas organizadas formalmente, con autonomía de decisión y libertad de adhesión, creadas para satisfacer las necesidades de sus socios a través del mercado, produciendo bienes y servicios, asegurando o financiando y en las que la eventual distribución entre los socios de beneficios o excedentes así como la toma de decisiones, no están ligados directamente con el capital o cotizaciones aportados por cada socio, correspondiendo un voto a cada uno de ellos. La Economía Social también agrupa a aquellas entidades privadas organizadas formalmente con autonomía de decisión y libertad de adhesión que producen servicios de no mercado a favor de las familias, cuyos excedentes, si los hubiera, no pueden ser apropiados por los agentes económicos que las crean, controlan o financian”* (Mendiguren J.C. 2008)

2.3 La cooperación y desarrollo en España.

A través del Ministerio de Asuntos Exteriores conocemos que la política pública de cooperación para el desarrollo constituye para el Gobierno español, un elemento fundamental de su acción exterior. Su principal objetivo, la lucha contra la pobreza, se entiende no sólo como la necesidad de superar la carencia de ingresos y bienes, sino también como la de ampliar los derechos, oportunidades y capacidades de la población más desfavorecida.

Hablamos de un reto prioritario cuya acción necesita de una política de Estado generada a partir de un amplio consenso entre todos los agentes de la cooperación española, la Administración central, las Comunidades Autónomas, las entidades locales, los grupos parlamentarios y la sociedad civil.

Junto a la coordinación y complementariedad entre actores nacionales e internacionales, se elabora el Plan Director que apuesta por una mayor coherencia de políticas y la mejora de la calidad de gestión de la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) y su incremento.

Además la Declaración del Milenio y otros acuerdos derivados de las Cumbres de Naciones Unidas son los principales referentes del Plan Director. Todas las intervenciones de la cooperación española están y estarán orientadas a contribuir a la lucha contra la pobreza, a la promoción y defensa de los derechos humanos, la conservación del medio ambiente, la equidad de género y respeto a la diversidad cultural, en suma, a promover el desarrollo sostenible.

Los principales mecanismos que utiliza el Ministerio de asuntos exteriores para canalizar la ayuda de cooperación y desarrollo son: AOD y la AECID

La Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) está formada por el total de los flujos de recursos y conocimientos dirigidos a determinados países receptores y a instituciones multilaterales que figuran en la Lista de Organismos Multilaterales y son proporcionadas por organismos oficiales, incluidos gobiernos estatales y locales, o por sus organismos ejecutivos.

Para el sistema de la Cooperación Española, tres de los agentes multilaterales tienen una especial relevancia: las organizaciones del sistema de NNUU, las Instituciones Financieras

Internacionales (IFI) y la UE donde el Sistema de Desarrollo de Naciones Unidas es el principal encargado de velar por el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

También cuenta con **La Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID)**, entidad de Derecho Público adscrita al Ministerio de Asuntos Exteriores y de

Cooperación a través de la Secretaría de Estado de Cooperación Internacional y para Iberoamérica (SECIPI). Es, como establece la Ley 23/1998, de 7 de julio, de Cooperación Internacional para el Desarrollo, el órgano de gestión de la política española de cooperación internacional para el desarrollo, y su objeto, es el fomento, la gestión y la ejecución de las políticas públicas de cooperación internacional para el desarrollo, dirigidas a la lucha contra la pobreza y la consecución de un desarrollo humano sostenible en los países en desarrollo.

Contexto económico internacional para la cooperación y desarrollo.

El inicio de la crisis económica internacional puede fijarse en agosto de 2007, y se convirtió en lo que muchos consideran la crisis económica más grave desde 1929. Esta crisis ha tenido su origen en los países desarrollados, allí donde rigen los sistemas financieros más eficientes. Sin embargo, estamos siendo testigos del alcance de sus efectos en buena parte del mundo en desarrollo, incluidas algunas de las economías más dinámicas de los mercados emergentes.

Existen factores diversos que explican la crisis actual:

- Uno de estos factores estuvo localizado en **el sector inmobiliario y en los instrumentos financieros que se relacionaron con dicho sector**. Las causas últimas de la crisis hay que buscarlas en una combinación de procedimientos inadecuados de regulación y supervisión, sistemas imperfectos de información y estimación de riesgo, así como en un comportamiento irresponsable de algunas entidades financieras y en los excesos de la política monetaria.
- Un segundo factor que contribuye a la gravedad del momento económico es **la volatilidad de los precios del petróleo**. En la medida en que este constituye un insumo de carácter general, su encarecimiento en julio de 2008 tuvo efectos sobre las condiciones de coste con las que operan el conjunto de las economías. La crisis ha puesto de manifiesto la

- necesidad que tiene la comunidad internacional de proveerse de nuevas fuentes de energía que garanticen un abastecimiento seguro, a coste aceptable y con limitado efecto ambiental.
- En último lugar, la crisis ha venido acompañada de un **incremento notable de los precios de los productos alimenticios**, dando lugar al agravamiento de la crisis alimentaria que padecen un amplio grupo de países, especialmente del África Subsahariana. Esta crisis alimentaria ha sido generada por múltiples factores, tales como: la política de abandono del estímulo público a la producción agraria adoptada en muchos países en desarrollo; el encarecimiento del petróleo, el intenso crecimiento y composición de la demanda, así como por las modificaciones en la utilización del suelo, derivado del apoyo brindado por algunos países a la producción de biocombustibles.

La suma de todos estos factores, contribuye a proyectar un panorama para el futuro inmediato de la economía internacional, notablemente más sombrío que el vivido a lo largo de los dos últimos lustros.

Los efectos de esta crisis global para la cooperación para el desarrollo, han sido múltiples. Por un lado pone en peligro los logros de desarrollo alcanzados hasta el momento por los países en vías de desarrollo, al tiempo que amenaza la capacidad de los países en desarrollo para combatir la pobreza. Aun cuando los costes absolutos de la crisis serán más severos en los países desarrollados, es muy posible que su incidencia social relativa sea mayor en los países en desarrollo, que disponen de mecanismos más limitados de protección social.

Por otro lado, en los países desarrollados pueden darse tendencias indeseables a favor del proteccionismo y del cierre de mercados, con costes para las posibilidades de progreso del conjunto del sistema internacional. Asimismo, los países desarrollados verán reducido considerablemente el espacio fiscal para el sustento de las políticas de ayuda. En este contexto, es necesario subrayar el papel contracíclico que debe jugar la ayuda internacional para conseguir que los costes de la crisis sean distribuidos de la manera más equitativa posible.

España comparte esta visión y se compromete a:

- a) Mantener su compromiso de expandir de manera secuencial la ayuda, haciéndola compatible con el resto de los objetivos sociales de la política doméstica;
- b) Defender en los foros internacionales los criterios de apertura e integración del sistema internacional y
- c) Alentar al resto de los países donantes para que sostengan sus compromisos internacionales en materia de ayuda al desarrollo, para aminorar los costes sociales de la crisis.

(Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, Gobierno de España, 2009-2012)

La cooperación España-Etiopía

La Oficina Técnica de Cooperación de la **AECID** se estableció en Etiopía en abril de 2007 después de la firma del convenio básico de cooperación entre España y Etiopía en enero del mismo año. Previamente las actuaciones de cooperación se realizaban a través de las ONG y organizaciones internacionales (OOII), en los sectores de educación, salud, infancia, agricultura y acción humanitaria principalmente, sin concentración geográfica, y sin particular vinculación con las políticas del país.

El documento estratégico de referencia era el **Plan de Actuación Especial (PAE)** para Etiopía 2006-2008, cuyas líneas de trabajo propuestas eran las siguientes:

- aumento de las capacidades sociales e institucionales,
- aumento de las capacidades humanas: soberanía alimentaria,
- educación,
- salud,
- agua y saneamiento,
- fortalecimiento de las capacidades técnicas de pequeños agricultores y ganaderos para mejorar la productividad y comercialización de los productos,
- aumento de las capacidades económicas de las pequeñas empresas,
- aumento de capacidades para mejorar la sostenibilidad medioambiental,
- aumento de las libertades y capacidades culturales,
- aumento de las capacidades y autonomía de la mujer,
- prevención de conflictos y construcción de paz,
- acción humanitaria,

- incorporando de forma transversal la equidad de género.

La 1ª Comisión Mixta se firmó el 30 de enero de 2008. En ella se acordó como marco estratégico entre España y Etiopía el **Plan Director de la Cooperación Española**, así como el **Plan Nacional de Reducción de la Pobreza (PASDEP)** y los compromisos adoptados en la **Declaración de París** de eficacia de la ayuda, para apoyar las estrategias nacionales de desarrollo de Etiopía y sus marcos operativos.

Teniendo en cuenta las recomendaciones del Ministerio de Finanzas y Desarrollo Económico (MOFED) contraparte institucional de las Agencias de Cooperación en el proceso de elaboración de la 1ª Comisión Mixta de Cooperación Hispano- Etíope, y el proceso de División del Trabajo y concentración sectorial emprendido en el seno del *Development Assistance Group* (DAG) y de la UE, se decidió concentrar los apoyos en los sectores de salud, educación y desarrollo rural, siendo género una prioridad horizontal y, sin prioridad geográfica específica. La acción humanitaria se considera un importante ámbito de intervención dadas las frecuentes crisis humanitarias a las que se enfrenta el país debido principalmente a la continuada sequía.

El documento también contemplaba un programa de cultura y desarrollo. La oficina de la AECID en Etiopía recibió el apoyo técnico de la sede en mayo 2008 para concretar y enfocar sus actuaciones, analizando su ventaja comparativa, su disponibilidad financiera, y el marco del proceso de división del trabajo en curso en el país. La decisión consensuada con sede, MOFED y demás actores, fue contribuir al programa de Protección de Servicios Básicos (PBS), que estaba iniciando su Fase 2 y que facilitaba la incorporación activa de nuevos actores, que tenía importantes necesidades de financiamiento frente a los otros programas.

El apoyo más relevante se vio en el sector salud ya que contaba con la participación de pocas Agencias de cooperación y estaba subfinanciado.

En el sector de desarrollo rural se decidió apoyar el componente de aumento de la productividad de la agricultura, que apenas contaba con socios de cooperación en aquel momento (BM y Holanda) y que se hallaba en fase de elaboración el programa nacional de incremento de la producción agrícola que posteriormente se denominaría AGP.

En aras de la división del trabajo y la concentración, se decidió no iniciar la participación en el sector de educación, al que el Gobierno de Etiopía dedicaba anualmente una media del 25% de su presupuesto anual, y en el que participaban casi todas las Agencias de cooperación.

Desde entonces no ha habido grandes modificaciones en la estrategia de AECID en Etiopía, siendo incluidos en el proceso de Programación Operativa de 2010 como sectores de

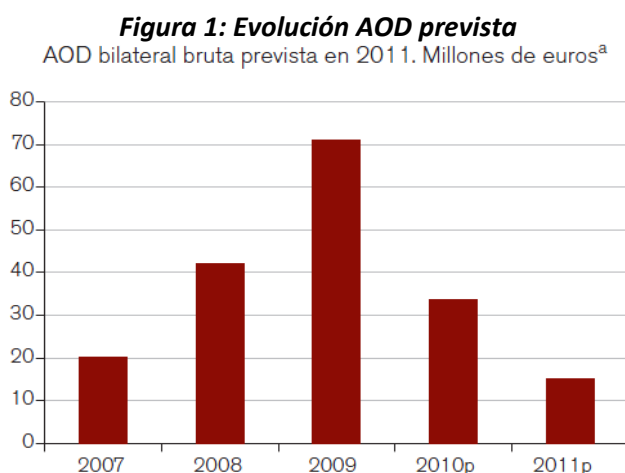
intervención: Servicios sociales básicos: salud, Desarrollo de la agricultura y lucha contra el hambre, Género en desarrollo, Cultura y desarrollo y Acción Humanitaria. Los ejes básicos

sobre los que se basa la propuesta del presente Marco de Asociación son los que hasta ahora han conformado las actuaciones de la Cooperación Española durante los últimos tres años, incidiendo en el aumento progresivo de las contribuciones a través de apoyo programático, y respetando las peticiones de nuestros socios en Etiopía y sus prioridades expresados en el *Growth and Transformation Plan* (GTP) y los planes sectoriales.

Cifras y características de la cooperación de AECID en

Etiopía en el período 2006-2010.

La AOD de España en Etiopía ha evolucionado de 7,5 M Euros en 2006 a 69,8 M Euros en 2009. No obstante todos los esfuerzos que se han ido realizando y los compromisos adquiridos durante los años anteriores no se podrán cumplir debido a la disminución de la ayuda iniciada en 2010, continuada en 2011 y que sin duda en 2012 se convierte en algo más que un recorte al reducir los fondos totales a la mitad lo que se traduce en más de 1.300 millones menos.



Fuente: AECID, 2012.

El año 2009 podría considerarse el mejor de la cooperación en el que el porcentaje de distribución por sectores y ámbitos de intervención fue el siguiente: 48% acción humanitaria, 19,1% salud, 14,3% PBS protección de los servicios básicos (una forma de apoyo presupuestario), 10,2% para seguridad alimentaria y agricultura, 3,6% género, 2,9% cultura y desarrollo, y otros 1,9%. El total de la contribución de la AECID a través de apoyo programático y sectorial supuso en 2009 el 24,4 % de las contribuciones. A través de programas multilaterales el 68%, proyectos de las ONG el 7%, y Becas y lectorados el 0,6%. La participación en el Programa PBS (una forma de apoyo presupuestario a través del BM) fue en 2009 el 14,3% de la contribución total de la AECID en el país. El peso de las partida para 2011 fue similar aunque las contribuciones a cada una de ellas quedaron muy lejos de los datos de 2009. A partir de 2012 la cooperación y desarrollo afronta un nuevo reto que es el de llevar a cabo sus acciones y proyectos emprendidos con la mitad de presupuesto (AECID y Ministerio de Finanzas y Desarrollo Económico de Etiopía, 2011-2015).

2.4 Las ONG en España y en la Comunidad Valenciana

El número de ONGs que operan en España y en cada Comunidad Autónoma (CCAA) es un dato difícil de calcular como veremos en puntos posteriores, por las dimensiones del sector no lucrativo que para algunos autores estaría formado exclusivamente por un tipo de organizaciones, mientras que para otros lo forman otras diferentes, en función del enfoque que tengan del Tercer Sector. No obstante cabe destacar que el grueso del sector al que pertenece la ONG objeto de este trabajo está formado por asociaciones y fundaciones y con ellas podemos detectar la disparidad de los datos que encontramos en función de la fuente que consultemos.

En el Registro Nacional de Asociaciones del Ministerio del Interior (RNA) había 212.843 asociaciones activas en 1999 mientras que si consultáramos los datos procedentes del DIRCE del Instituto Nacional de Estadística (INE) el dato era todavía menor debido a que sólo recoge aquéllas dotadas de número de inscripción fiscal y número de la seguridad social; el resto puede no aparecer debido a que se encuentren inactivas (y no se haya comunicado oficialmente su baja), o esencialmente lúdicas, políticas o de escasa entidad lo que no exigiría registrar actividad económica alguna. Además el INE recoge dentro del término “asociaciones y otros tipos” a asociaciones, fundaciones, cofradías, clubes deportivos y otras entidades no

lucrativas como mutuas y mutualidades de previsión social, y cajas de (Monzón Campos, J. L. y Demoustie. D, 2003)

En este apartado no nos vamos a centrar en el número de ONGs que hay en el sector, sino que vamos a analizar cómo se organiza la cooperación y el desarrollo dentro de las Comunidades Autónomas (CCAA), los órganos de gobierno y actores, que al fin y al cabo son los responsables de la política de cooperación y que deben usar todos los instrumentos que tengan a su alcance para hacer llegar su ayuda de forma directa o indirecta a las ONG. Sólo conociendo esta organización seremos conscientes de los preocupantes problemas que arrastra la cooperación en este país dedicando especial atención al caso de la Comunidad Valenciana.

Nacimiento de la cooperación descentralizada

La cooperación al desarrollo de los gobiernos autonómicos surgió y se consolidó gracias a las organizaciones sociales y a la demanda social por parte de la ciudadanía, que en los años 90 reclamó que España destinara el 0,7% de su PIB a Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD). La cooperación descentralizada, como se conoce a la cooperación de las CCAA y Entidades Locales (EELL), posee muchas diferencias entre unas autonomías y otras y que de alguna forma reflejan el modelo de cooperación que se realiza en cada una de ellas.

Actualmente la crisis económica que atraviesa el país ha ocasionado graves problemas al sector no lucrativo que lleva a cabo acciones de cooperación y desarrollo, como son:

- La disminución presupuestaria de AOD que ya se había reducido en los últimos años y que ocasiona y una disminución de AOD por parte de las CCAA.
- Los retrasos en los pagos de hasta dos años en las subvenciones y ayudas autonómicas concedidas a proyectos de ONGD.
- La eliminación de consejerías que ejercían las políticas de cooperación, para cumplir con los ajustes.

Órganos responsables de la cooperación autonómica

Existen dos opciones para configurar la cooperación en las CCAA: la **Dirección General o Servicio Administrativo**, donde la primera opción ofrece a priori mayor compromiso al crearse una dirección específica para desarrollar la política de cooperación. Este órgano se suele

incorporar a una **Consejería** u otra en función de la visión de la política de cooperación: política social, política exterior u otra política y en algunos casos nos topamos con más de una consejería que destina parte de su presupuesto a cooperación. En el caso de la Comunidad Valenciana, como en otras se asocia la política de cooperación con inmigración, “*ya que de hecho dispone de un Plan Director de Cooperación que se enmarca en las directrices establecidas en el Plan Autonómico de la Comunitat Valenciana para la Integración Ciudadana, que incluye las medidas de coordinación y articulación de las políticas y de los agentes en materia de cooperación internacional al desarrollo, inmigración y participación ciudadana*” (La Generalitat , 2008-2011). En algunas CCAA a semejanza de la AECID se ha creado una **Agencia Autónoma de Cooperación**, como en Catalunya, Asturias, Extremadura, Baleares, Euskadi y Andalucía.

Tabla 1: Órganos responsables de la política de cooperación autonómica

Dirección o Subdirección General	Servicio Administrativo
Canarias, Catalunya, Baleares, Madrid y Galicia	La Rioja, Murcia, Comunidad Valenciana, C. León Cantabria, Asturias, Castilla la Mancha y Navarra

Fuente: Informe sobre política de cooperación al desarrollo de las CCAA, 2012

*Las CCAA que no figuran es porque tienen otra categorización

La organización interna de los órganos responsables deja en líneas generales no está definida ya que en seis CCAA no hay una diferenciación clara de la estructura y funciones de cada uno de los puestos asociados a la gestión de esta materia. En los casos en que la hay, la distribución es un servicio de planificación y/o evaluación (técnico) y otro jurídico-administrativo. Mientras que las agencias tienen una estructura más transparente y definida ya que cuentan con:

- Unidad técnica
- Unidad de planificación y evaluación
- Unidad económico- financiera

En cuanto a las capacidades y número de los responsables de los órganos de gestión debemos resaltar varias cuestiones: en primer lugar que la media de personas que integran los grupos de gestión está entre siete y ocho con excepciones en algunas CCAA como Andalucía con 109 y Cataluña con 60. En segundo lugar se observa que solamente el 30% de los miembros de los

equipos de gestión tiene conocimientos de cooperación y por tanto cuando se requieren valoraciones de proyectos y evaluaciones se recurre a la subcontratación, mientras que en los casos en los que existe agencia, la mayor parte del personal de gestión tiene formación específica con capacidad para ejecutar políticas de cooperación. Por otro lado el presupuesto de AOD destinado a remuneración de los equipos oscila entre el 0,85 de Castilla la Mancha y el 8% de otras comunidades como Madrid.

Compromisos legales y políticos

Todas las CCAA disponen de **Leyes autonómicas de cooperación** con escasas diferencias entre unas y otras aunque cabe destacar que sólo en cuatro se menciona el objetivo del 0,7% y de ellas solo Euskadi cuenta con un calendario para alcanzarlo.

Tabla 2: CCAA con compromiso de cooperación

CCAA	Ley de Cooperación	Compromiso	Calendarización
Euskadi	Ley 1/2007	0.7 en 2012	0.49 en 2010, 0.59 en 2011
Castilla y León	Ley 9/2006	0.7 en dos legislaturas	
Comunidad Valenciana	Ley 6/2007	0.7 sin fecha	
Galicia	Ley 3/2003	0,7 sin fecha	

Fuente: Informe sobre política de cooperación al desarrollo de las CCAA, 2012

También existen Pactos Autonómicos contra la pobreza, cuyo cumplimiento de objetivos están todavía por ver, que han sido impulsados directamente por las ONGD como en el caso de la Comunidad Valenciana y reformas en los estatutos de autonomía que incluyen el reconocimiento de la política de cooperación como propia de la autonomía.

Tabla 3 Leyes de cooperación en la Comunidad Valenciana

Ley y Pactos Comunidad valenciana
Ley 6/2007 de Cooperación al Desarrollo
Pacto contra la Pobreza 2009

Fuente: Informe sobre política de cooperación al desarrollo de las CCAA, 2012

Principales actores de la cooperación autonómica

En líneas generales se consideran actores de la cooperación y desarrollo a las ONGDE, universidades y organizaciones sindicales. Además en varias CCAA se reconoce a la Coordinadora autonómica de las ONGD (CONGDE) como entidad que integra a una parte importante de las ONGD que representa y promueve el trabajo entre las mismas.

Modalidades e instrumentos de gestión

Se utilizan dos modalidades de ayuda: bilateral y multilateral, cuya diferencia principal reside en si se incorporan o no actores en el diseño y ejecución y evaluación de las intervenciones y en el papel del donante.

Cooperación bilateral es aquella en la que los gobiernos donantes canalizan sus fondos de cooperación al desarrollo directamente hacia los receptores ya sean éstos organizaciones o países. A su vez, dentro de la modalidad bilateral, encontramos distintos tipos:

- Directa: hay relación de colaboración entre el gobierno y los gobiernos o entidades públicas o privadas de los países de destino en la que participa en su ejecución.
- Indirecta: el gobierno donante sólo participa en la financiación de una acción presentada por una entidad del país donante.

Cooperación multilateral consiste en el envío de los fondos por parte de los gobiernos a las organizaciones multilaterales para que ellas hagan el uso que consideren pertinente y cuya gestión será realizada por las organizaciones internacionales y no por los gobiernos donantes.

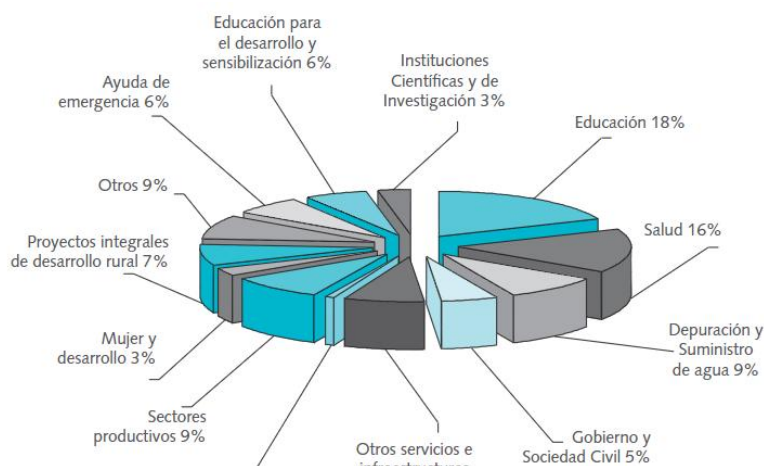
El **procedimiento de concesión** puede ser **directo**, concediendo unos fondos directamente para una organización o **indirecto** mediante convocatoria de subvenciones.

Entre los instrumentos más usados por las CCAA para gestionar los fondos, en su mayoría mediante convocatoria de subvenciones, destacan:

- Proyectos.
- Microproyectos.
- Convenios.

- Asistencias técnicas.
- Apoyo presupuestario.
- Programas.

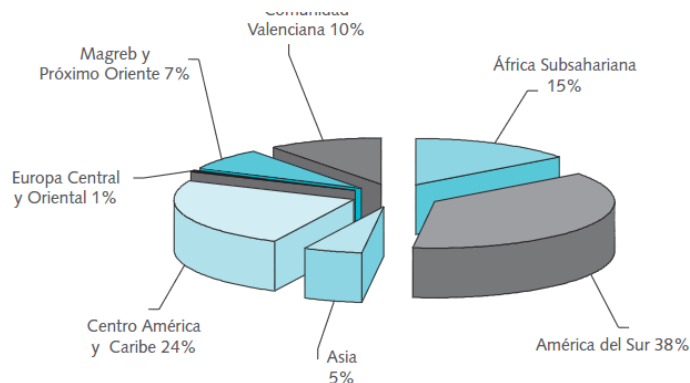
Figura 2: Distribución presupuestaria por sectores en la Comunidad Valenciana



Fuente: Plan director de la Comunidad Valenciana 2008-2011

Por otro lado se sabe que los principales sectores a los que se destina dicha ayuda en la Comunidad valenciana son educación y salud, mientras que las zonas geográficas que se consideran prioritarias son: América latina, África subsahariana y la propia Comunidad Valenciana. (La Generalitat , 2008-2011)

Figura 3: Zonas de destino de los fondos de cooperación y desarrollo



Fuente: Plan director de la Comunidad Valenciana 2008-2011

Seguimiento y evaluación de la política de cooperación

La planificación de las políticas de cooperación autonómicas ha dado sus frutos mediante la elaboración de planes que fijan unos objetivos a alcanzar durante un periodo de tiempo y los instrumentos que se van a utilizar para conseguirlos. Sin embargo, una vez se canalizan los fondos hacia un proyecto o programa se detecta que no existe ningún tipo de seguimiento del impacto de esos fondos y de los resultados obtenidos en la mayoría de CCAA.

Encontramos casos como el de la Comunidad Valenciana en la que en los últimos años ha tenido un exceso de presupuesto para este ámbito, incluyendo en sus presupuestos cantidades destinadas a políticas de integración de inmigrantes que no entran dentro del concepto de AOD. También destaca la cantidad de presupuesto comprometido para cooperación y desarrollo pero no ejecutado en cuanto a que no se sabe el destino de esas cantidades (AECID y CONGDE, 2012).

Transparencia vs corrupción

Si bien de forma sistemática encontramos que la mayor parte de las CCAA no realizan evaluación de los proyectos de cooperación y desarrollo y que no ejecutan algunas de ellas la totalidad del presupuesto, en muchos casos engordado con otras partidas, la gravedad del asunto la encontramos en las dificultades de acceso a información que tiene que ver con la asignación de concesiones directas o indirectas.

La falta de transparencia en la asignación de fondos por parte de los gobiernos autonómicos genera desconfianza y enturbia un sector no lucrativo, que en algunos casos actúa de la misma forma. Un ejemplo claro y quizá el más llamativo de un tiempo a esta parte, los encontramos, una vez más, en la Comunidad Valenciana, en la que supuestamente se usaron fondos públicos de cooperación para hacerlos llegar a una ONG gestionada por un miembro de la política valenciana y jamás llegaron a su lugar de destino (Simón, F. EL PAÍS, 2012).

En este sentido las grandes perjudicadas son las pequeñas y medianas ONGs, desconocidas muchas veces, que tienen más dificultades para obtener fondos públicos y que dependen de sus propios recursos, es decir, las aportaciones obtenidas por una ciudadanía que desconfía cada vez más de un sector que continuamente se ve salpicado por casos de corrupción y malversación de los fondos.

CAPÍTULO 3

ASOCIACIÓN TAMIRU ADUNA-AMIGOS DEL HOSPITAL RURAL DE GAMBO.

3-LA ASOCIACIÓN TAMIRU ADUNA-AMIGOS DEL HOSPITAL RURAL DE GAMBO.

3.1 Ámbito de actuación

La **Asociación Tamiru Aduna, Amigos del Hospital Rural de Gambo**, es una asociación socio-sanitaria, sin ánimo de lucro, creada en el entorno del Hospital Infantil , La Fe de Valencia, dedicada a apoyar las actividades del Hospital de Gambo, situado en el Estado Federal de la Oromía en el sudeste de Etiopía.

Figura 4: Logo de ATA



Fuente: web ATA

Su fundador, el **Doctor Francisco José Lorente**, presidente de ATA y médico del servicio de traumatología del Hospital la Fe de Valencia, decidió establecer un programa de cooperación permanente tras un viaje por esta zona del continente africano, con el fin de ayudar a la población afectada por diversas enfermedades osteoarticulares, tanto en adultos como en niños, debido al gran déficit de especialistas sanitarios en Etiopía.

Han sido preferentes desde el principio, la atención a los niños afectados por deformidades congénitas o adquiridas y los que sufren infecciones osteoarticulares, muy frecuentes por sus condiciones de vida, así como la prestada a los antiguos enfermos de lepra que presentan graves secuelas y deformidades mediante la instauración y desarrollo de un programa de cirugía ortopédica reconstructiva específica para esta enfermedad. Se trata de una asociación legalmente constituida, el 4 de octubre de 2004 y registrada con el número **CV-01037468-V** en el Registro de Asociaciones de la *Conselleria* de Justicia y Administraciones Públicas de la Generalitat Valenciana. Asimismo está declarada de utilidad pública por resolución del Ministerio del Interior el 12 de febrero de 2008. ATA tiene su domicilio social en la Avenida Giorgeta 24, piso 5, puerta 16, en el municipio de Valencia con código postal 46007.

Fue en mayo del 2004 cuando ATA inicia su presencia en el Hospital de Gambo y hasta este momento han participado más de ochenta profesionales, con más cien estancias de un mes, procedentes de los distintos hospitales de la Comunidad Valenciana, Madrid, Cataluña, Galicia, Murcia, Cantabria y País Vasco.

3.1.1 Misión, visión, valores

Misión: apoyar las actividades del Hospital Rural de Gambo, situado en Etiopía, mediante el envío periódico de personal sanitario, material quirúrgico, y medicamentos para garantizar una atención sanitaria para la población que sufre enfermedades osteoarticulares.

Visión: disponer de un equipo permanente en el hospital de Gambo para que la formación del personal autóctono sea más eficaz y así poco a poco ATA dejase de ser indispensable para poder destinar sus recursos a otros lugares donde sean más necesarios.

Valores:

- ATA cree que **las aportaciones económicas** que consigue **deben transformarse en ayuda directa**, esto es, material y medicamentos para los pacientes y por lo tanto **no** hay cabida a la **remuneración de ningún miembro de la asociación**.
- Cree en el principio de sacarle el **máximo provecho tanto al tiempo** de que dispone para atender a los pacientes como a los **escasos recursos económicos** de que dispone, por esta razón no hay lugar para el despilfarro de recursos.
- Considera que **la labor que realiza el personal sanitario**, que participa de forma desinteresada, **proporciona un beneficio y enriquecimiento profesional** para ellos mismos, y un **beneficio incalculable para los pacientes que reciben su atención**.

3.1.2 Objetivos

Los objetivos fundamentales de la Asociación Tamiru Aduna son los siguientes:

1. El objetivo fundamental es **enviar de forma periódica** al territorio de Arsi, Etiopía, a **profesionales de la sanidad**: médicos, enfermeras, fisioterapeutas y técnicos especialistas en general, con formación en el sector sanitario, para apoyar la labor desarrollada por el *staff* local que se encuentra, en muchas ocasiones, desbordado por una gran demanda asistencial.

Todos estos profesionales, procedentes en su mayoría de hospitales de la Comunidad Valenciana, prestarán sus servicios con carácter voluntario y solidario, por lo que deben correr por su cuenta los gastos de viaje y estancia y sin recibir compensación económica alguna por

su trabajo. No obstante, ATA proporcionará asistencia logística y facilitará la documentación precisa para tratar de obtener los permisos necesarios si se trabaja para la Administración.

2. La **captación de recursos económicos y proveer de material e instrumental quirúrgico, medicamentos** especialmente antibióticos al Hospital Rural de Gambo en función de las necesidades, es también otros de sus objetivos definidos.

3. Otro proyecto básico es el de tratar de **proporcionar prótesis y asistencia técnica para su fabricación** para aquellos pacientes que han sufrido la amputación de algún miembro. Esta situación es por desgracia muy frecuente tanto en niños y adolescentes como en adultos. Actualmente el taller fabrica algunos productos lo que implica una el disminución de los costes para la asociación.

4. Apoyo a la labor de la **casa fundada por las Hermanas de Foucauld**, anexa al hospital, que acoge especialmente a los niños y sus familias, quienes tras su ingreso en el Hospital y una vez dados de alta, precisan de curas o visitas frecuentes y no pueden desplazarse con la periodicidad necesaria desde los lejanos lugares donde viven.

5. La **implantación y desarrollo de un programa de cirugía ortopédica reconstructiva** de las secuelas de los enfermos de lepra, muy numerosos en dicho territorio. La lepra es la enfermedad de la que Hospital de Gambo, es centro de referencia para su tratamiento médico en Etiopía.

3.2 Análisis externo

El análisis externo de la Asociación Tamiru Aduna, se va a basar en primer lugar en el estudio previo de aquellos factores determinantes del entorno, que revelarán las macromagnitudes más notables del país en el que opera la asociación, seguido de un estudio del amplio sector en el que está integrada, para finalmente observar las relaciones que mantiene con su entorno más cercano y el resto de organizaciones. Todo ello será de gran utilidad para fijar aquellos elementos que constituirán amenazas y oportunidades.

3.2.1 Macroentorno

Uno de los objetivos del análisis externo de cualquier organización, consiste en estudiar todos los factores relevantes del macroentorno de la organización, es decir, por un lado, los factores

político-históricos, económicos, socioculturales, ecológicos, tecnológicos y legales, y por el otro las características que definen el sector en el que actúa ATA.

FACTORES DE LOCALIZACIÓN

La República Democrática Federal de Etiopía, conocida antiguamente como Abisinia o Alta Æthiopia, es un país de poco más de 1,2 millones de metros cuadrados situado en el denominado “Cuerno de África”. Etiopía se encuentra entre las latitudes 3° y 15° y las longitudes 33° y 48°, rozando prácticamente el ecuador. Este país no posee territorio costero ya que las salidas al Mar Rojo y Océano Índico se las cierran Eritrea y Djibuti al Norte y Somalia al este. Por otro lado, el contacto con el interior del continente africano se produce a través de Kenia al sur y Sudán al oeste.

Figura 5: Fronteras de Etiopía



Fuente: web ATA

Topografía. Sin salida al mar desde la secesión de Eritrea, la característica fundamental del territorio es el alto Macizo etíope que forma una meseta central con alturas que oscilan entre los 1.800 y los 3.000 metros sobre el nivel del mar, lluvioso en general y de tierras fértiles a media altura donde se cultiva café, y otros productos típicos de áreas de clima mediterráneo o subtropical. La meseta que linda con Somalia es de lluvia irregular y domina el pastoreo. El principal accidente topográfico de Etiopía es, el Valle del Rift, que atraviesa el país con dirección nordeste. La combinación del valle con cadenas montañosas, mesetas, cañones y depresiones ha diferenciado cuatro regiones topográficas de características bien diferenciadas:

Las tierras altas del oeste están compuestas por escarpadas montañas con una altura media entre 2.000 y 2.500 metros. La cadena de montañas está orientada hacia el oeste creando los cañones por los que circulan los principales ríos del país como el Nilo azul o el Omo.

Las tierras altas del sureste ocupan la gran mayoría de la región Oromo del país. La parte oeste es relativamente montañosa mientras que según se desplaza hacia el sureste se desarrolla una pendiente continuada hasta las tierras bajas impidiendo diferenciar una frontera clara entre ambas.

Las **tierra bajas centrales** o alto Rift Valley se encuentra localizada entre los dos sistemas anteriores y llega hasta la frontera con Eritrea. Incluye la subzona de los lagos de mayor elevación como el lago Zway o el Chamo que recogen el agua de los ríos provenientes de las tierras altas.

El **bajo Rift Valley** está compuesto por inmensas planicies y mesetas que descienden desde los 700 metros de altitud a los 110 metros bajo el nivel del mar. En esta región pueden encontrarse las grandes planicies salinas, resultado de la desaparición de los primitivos lagos que la componían

Hidrografía. La fosa central es una de las más áridas de la Tierra y apenas recibe lluvias a lo largo del año. La hidrografía está claramente marcada por el paso del río Nilo, en el que confluyen otros de la propia meseta, entre los que cabe destacar el Tekezé en el norte, el Abay en el centro y el Sobat en el sur.

Figura 6: Cataratas Del Nilo Azul



Fuente: Turismo en Etiopía

Climatología. Etiopía presenta una gran variedad climática, de acuerdo con la altitud:

La **zona tropical**, que se encuentra por debajo de los 1.800 m, tiene una temperatura media anual aproximada de 27 °C y recibe escasas precipitaciones, menos de 510 mm anuales de lluvia.

La **zona subtropical**, que incluye la mayor parte de la llanura elevada y se alza entre 1.830 y 2.440 m sobre el nivel del mar, tiene una temperatura media aproximada de 22 °C con unas

precipitaciones anuales que van de 510 a 1.525 mm.

La zona templada se encuentra por encima de 2.400 m, con temperaturas medias de alrededor de 16 °C y unas precipitaciones anuales entre 1.270 y 1.780 mm. El año puede dividirse en tres estaciones: invierno, estación seca y estación lluviosa. El invierno, estación fría, se prolonga desde octubre a febrero y le sigue una estación seca y cálida, que puede ser interrumpida en febrero o marzo por una estación corta de lluvias. Esta pequeña estación de lluvias se debe al desarrollo de un sistema de altas presiones sobre gran parte de Etiopía y que al unirse a los vientos ascendentes provoca este periodo corto de lluvias. Finalmente, a mediados de junio y septiembre, tiene lugar la estación lluviosa. Los dos periodos de lluvias son conocidos como Meher y Belg y presentan importantes variaciones, como ya se ha visto anteriormente, con la altitud.

FACTORES HISTÓTICO-POLÍTICOS

ORIGEN.

Hace dos millones de años apareció en Etiopía, el primer homínido, el Australopitecos, constatado por el descubrimiento de Lucy. Caracterizado por caminar erguido, fabricar herramientas o vivir en sociedad, fue el comienzo de la evolución cultural del hombre. Este hecho actualmente hace que conozcamos esta región, como aquella en la que nació la raza humana y por consiguiente los etíopes se autoconsideran el pueblo más antiguo de la Humanidad. Los griegos fueron quienes designaron “Etiopía” que significa “cara quemada”, a las tierras habitadas por personas de raza negra, pero finalmente se restringió su uso a la región del cuerno de África.

Entre los hechos históricos de este país, en ocasiones mezcla con las creencias religiosas, destacamos los de la reina de Saba (Makeda) que dio lugar a una de las mayores leyendas históricas del país, según la cual su hijo Menelik sustrajo del antiguo Israel el Arca de la Alianza y la depositó en Etiopía. Se cree, que este arca se encuentra en la actualidad en la ciudad de Aksum, custodiada por monjes cristianos ortodoxos. También destacó el reino de Meroe, una de cuyas reinas detendría a Alejandro Magno en su avance por África.

Este territorio tuvo contactos no sólo con el antiguo Egipto, sino también con pueblos semitas, las civilizaciones griega y romana, que comenzaron una intensa relación comercial y cultural entre ambos territorios, dando lugar al reino de Aksum, que comprendía los actuales países de

Etiopía, Eritrea y Yemen. La visita de la reina de Saba a Jerusalén dio como fruto de su unión con el Rey Salomón a Menelik I, fundador de la dinastía salomónica del país.

Este último imperio gozó de gran éxito ya que se convirtió en potencia comercial, por su situación estratégica al norte del país, respecto a los antiguos circuitos comerciales, desde principios de la era cristiana hasta el siglo VII.

Finalmente con la expansión de los árabes, esta hegemonía comenzaría a decaer y Etiopía, un reino cristiano, quedaría cercado por países de cultura musulmana. El hecho de ser un país cristiano le supuso el aislamiento de sus países vecinos de influencia islámica impidiendo en muchos casos su relación con el continente europeo con el que compartía la misma religión.

Precisamente Abisinia, el segundo nombre que se le dio a este país, proviene de los árabes, quienes se asentaron en las zonas de la actual Etiopía en el siglo VII e introdujeron el Islam, coexistiendo pacíficamente con el cristianismo hasta el siglo XIII, momento en el que surgieron las primeras fricciones que desembocaron en guerras durante el siglo XV. Cuando en el siglo XVI, acuden los portugueses en ayuda de la Etiopía cristiana, entran en relación con el mítico rey Preste Juan, y se encuentran con un régimen feudal similar a los estados feudales europeos, con tres clases sociales muy definidas: la nobleza, la iglesia y el pueblo llano.

DEL PERIODO COLONIAL AL SIGLO XXI

Etiopía fue el único país africano que no sucumbió a las reglas del colonialismo, a excepción de un periodo comprendido entre 1936 y 1941, en el que fue ocupada por italianos durante la II Guerra Mundial.

La situación estratégica de Etiopía desde el punto de vista militar y comercial con la apertura del canal de Suez impulso primero a ingleses, franceses, y posteriormente a italianos a interesarse por este territorio. En 1889, con ayuda de la iglesia y apoyándose en las buenas relaciones que mantenía con las potencias europeas, Menelik II sube al trono, creando así la actual Etiopía que, hasta ese momento estaba formada por reinos y estados independientes.

Durante su mandato (1889-1913), coincidiendo con la carrera de conquistas iniciada por los europeos, Menelik II centró sus impulsos en controlar las tierras que se situaban entorno a su Estado, a los que consiguió someter, en ocasiones mediante acuerdos, pero en la mayoría de

los casos tras crueles guerras que dejaron cientos de miles de muertos y poblaciones sometidas a la esclavitud.

A partir de entonces, el gobierno central se dedicó a cambiar la historia y hablar de Etiopía como uno de los estados más antiguos del mundo, único país africano nunca sometido al colonialismo, con una monarquía que duró 3.000 años, así se intentó que la memoria histórica nacional e internacional olvidara que muchos de sus Estados y Naciones sin Estado, en otro tiempo independientes, siguen reclamando hoy en día su independencia pasada, y tratan de definirse como países colonizados.

En 1895 tras un periodo de buenas relaciones de Menelik II con las potencias europeas, las tropas italianas traicionaron su confianza e intentaron invadir el país. No obstante, Italia se topó con la resistencia de un organizado ejército etíope, y finalmente, la derrota sufrida en la batalla de Adua en 1896 supuso el fin de la tentativa italiana aunque los posteriores esfuerzos diplomáticos consiguieron mantener unas ventajas significativas.

Los primeros años del siglo XX estuvieron marcados por el reinado del emperador Haile Selassie, cuyo mandato duró desde 1930 hasta 1974 y durante el cual Etiopía sucumbió a la ocupación italiana (1936-1941) del gobierno de Mussolini. Sin embargo, durante la ocupación italiana, hubo algunos avances económicos ya que se crearon varias industrias de transformación del café y la única línea de ferrocarril nacional. Por otro lado, de la misma forma que ocurrió en Sudáfrica, se instauró un régimen de discriminación racial similar al *apartheid* Sudafricano.

El tiempo de dominio político de H. Selassie estuvo marcado por la Primera Guerra Mundial, la ocupación italiana y la Segunda Guerra Mundial. En su momento logró presentar a Etiopía como un país en profundo proceso de modernización, lo que le sirvió para que fuera admitido en la Sociedad de Naciones en 1923, cuando todavía no había sido nombrado emperador oficialmente. En la política nacional, dotó al país de una nueva Constitución, en 1931, gracias a la cual amplió sus poderes y minimizó los del Parlamento, por lo que desarrolló una estrategia política que le colocaba en el centro del sistema político.

Tras su vuelta del exilio y con el apoyo de Reino Unido, Haile Selassie recuperó el trono, pero se encontró con una nación en crisis. La estructura productiva estaba totalmente

desorganizada, los movimientos nacionalistas que habían luchado contra el invasor no aceptaban el retorno a un sistema feudal y se había agravado la miseria en el país.

Sin embargo Salassie continuó esa misma política centralista que supuso el empobrecimiento de las provincias más alejadas de la capital y facilitó el incremento de la corrupción, aniquilando cualquier intento de oposición. Todo ello supuso, en definitiva, una consolidación firme de su régimen dictatorial.

En el año 1955, Haile Selassie promulgó una Constitución revisada como un leve intento para modernizar el país, y cedió algunos poderes al Parlamento aunque los sectores progresistas del país consideraron muy limitados e insuficientes. Tras un intento fallido por parte de miembros de la guardia imperial de expulsarlo del trono en diciembre de 1960, el emperador aumentó los esfuerzos gubernamentales para el desarrollo económico y las reformas sociales.

En paralelo, Haile Selassie continuó con su interés por los asuntos internacionales, y en 1963 desempeñó un destacado papel como el principal promotor en la formación de la Organización de la Unidad Africana (OUA), cuya secretaría se situó en Addis Abeba. Más delicada fue su implicación en los asuntos regionales, con la intención de resolver los problemas derivados del tratado de paz de los aliados acerca del futuro de las antiguas colonias italianas de Eritrea, Somalia y Libia, firmado en 1947 cuya decisión se dejó en manos de Naciones Unidas. La Asamblea General de Naciones Unidas votó a favor de la federación de Eritrea con Etiopía, que sin embargo, una vez completada la federación, el líder etíope acabó con la autonomía de Eritrea, la cual hacia 1962 se había reducido a una provincia de Etiopía, lo que dio lugar al establecimiento de un movimiento nacional de resistencia, el Frente de Liberación de Eritrea, y al comienzo de una lucha militar que culminaría treinta años después con la expulsión del gobierno etíope y la independencia de Eritrea. Esta decisión dejó abierta una herida que aún perdura, sobre todo en las regiones fronterizas entre ambos países.

En el balance de gestión Haile Selassie hay que resaltar su desatención de los urgentes problemas internos: la gran desigualdad en la distribución de la riqueza, el subdesarrollo rural, la corrupción en el gobierno, la inflación galopante, el desempleo y efectos de las severas sequías y hambrunas en el norte. La estructura agraria había cambiado poco: los terratenientes feudales y la iglesia ortodoxa controlaban el 80% de las tierras fértiles del país. Las plantaciones para la exportación de algodón y azúcar comenzaron a crecer a partir de los

años 50, mientras que el principal producto, el café, era cultivado por pequeños agricultores.

El 12 de septiembre de 1974 Selassie fue cesado por una revolución que comenzó con una sucesión de huelgas, manifestaciones estudiantiles y protestas generalizadas contra el absolutismo y la falta de alimentos. Se instauró en Etiopía un gobierno provisional de orientación prosoviética, apoyado por la Unión Soviética, conocido como Derg y liderado por el coronel Haile Mariam Mengistu, quien asumió el poder bajo el respaldo de las Fuerzas Armadas.

El nuevo gobierno militar, abolió la monarquía y proclamó la República Socialista. Se produjo entonces la nacionalización de bancos, industrias y empresas de capital extranjero y se cerraron las bases militares estadounidenses. La oposición fue aplastada en el periodo que ha pasado a denominarse “el terror rojo” (1977-1978)- durante el cual varios miles de personas fueron ejecutadas- como reacción a lo que el gobierno denominó el “terror blanco”, entendido como el conjunto de hechos violentos, asesinatos y muertes que habrían llevado a cabo los diferentes grupos de oposición al poder. Después de estas crisis internas, en diciembre de 1977, Mengistu consiguió consolidar su poder y poner fin a los enfrentamientos con el apoyo soviético y cubano.

Controlada la escena exterior, en el año 1979 el gobierno terminó de consolidar su dominio interno, creando la Comisión Organizadora del Partido de los Trabajadores de Etiopía (COPWE) y proclamando, el 12 de diciembre de 1984, la República Popular Democrática con Mengistu como Jefe de Estado.

Tras las terribles hambrunas de 1984, que dejaron el país empobrecido y devastado, empezaron a surgir insurrecciones contra el nuevo régimen comunista, en particular en las regiones de Tigray y Eritrea. Se realizaron algunos cambios económicos hacia una economía mixta que no se extendieron al resto de las políticas nacionales ya que se intensificaron los conflictos étnicos en todo el país y se llegó a una situación de inestabilidad que llevó a Mengistu a huir del país. El derrumbe de la Unión Soviética con la consiguiente interrupción total de la ayuda económica y del apoyo político y militar de Moscú contribuyó a acelerar el deterioro de la opción que lideraba Mengistu. Fue derribado en 1991 por la alianza de movimientos rebeldes entre los que destacaban el Frente Democrático Revolucionario de los pueblos etíopes (EPRDF), el Frente de Liberación del Pueblo de Eritrea y el Frente de Liberación

de Oromia(OLF).

Los resultados de las elecciones locales de 1992 dieron el poder al EPRDF, con más del 90% de los votos, donde la calidad del proceso electoral muy deficiente. El nuevo líder del EPRDE y sucesor de Mengitsu, estableció reformas relevantes: catorce regiones administrativas que proporcionaban elevada autonomía en materia de legislación en asuntos regionales e internos, reformas políticas que permitieron la autodeterminación de Eritrea como país independiente pero no consiguieron mejorar las relaciones con los grupos armados de la oposición, aumentado los conflictos con las regiones vinculadas a OLF a las cuales se les dificultaba la distribución de alimentos en momentos de hambruna.

Coincidiendo con la hambruna sufrida a nivel nacional durante la primera mitad del 1994 se aprobó el cambio estructural de la nación que la convertía en la República Democrática Federal de Etiopía. La nueva estructura se basaba en la doctrina denominada “federalismo étnico” que rompía con la anterior visión oficial unitaria del país. Según el texto aprobado, “la soberanía reside en las naciones, nacionalidades y pueblos de Etiopía” y no en el pueblo en su conjunto. Se establecía un gobierno federal y la división del país en nueve estados y dos capitales que, coincidían con la distribución geográfica de las principales etnias del país.

Las primeras elecciones generales libres y democráticas tuvieron lugar en mayo de 1995, donde fue elegido Meles Zenawi como primer ministro y Negasso Gidada como presidente; los miembros del gobierno se escogieron de forma que representaran los equilibrios étnicos del país. Su validez es claramente cuestionable y se ha calificado como no democráticas y carentes de libertad.

La Constitución, promulgada finalmente en 1995, formaliza el actual sistema de federalismo étnico que, en teoría, concede amplia autonomía a las regiones administrativas, incluyendo su derecho a votar por la secesión. Sin embargo, en la práctica y hasta el momento, todas las regiones están sometidas a un fuerte control político y financiero del gobierno central.

Por otro lado, el sistema judicial carecía literalmente de jueces, por lo que se impulsó la formación de escuelas de derecho, aumentando la efectividad del sistema según las nuevas generaciones se graduaban. La administración necesitó una reforma íntegra para erradicar la corrupción y la ineficiencia. Con apoyo de distintas agencias de Naciones Unidas se

desarrollaron programas de formación a nivel nacional para la creación de nuevos funcionarios. Además se necesitaron grandes avances en derechos humanos por lo que se ratificaron acuerdos internacionales y se impulsó el derecho de expresión mediante la participación privada en distintos medios de comunicación.

La actuación del ejército como medio coercitivo se extendió a todo el país en las elecciones locales de 2001 donde se produjo un claro boicot a los partidos de la oposición del EPRDF; se llegó a encarcelar a más de cien representantes de estos partidos y se produjeron 40 muertes entre manifestantes opositores al gobierno. La misma política de control se ha venido realizando hacia el interior del partido, y se han eliminado las críticas y nuevas corrientes internas con la detención de los líderes acusados, en la mayoría de los casos, de corrupción.

Las violaciones de los derechos humanos tanto en el ámbito político como en aspectos como las condenas sin juicio, las torturas, las desapariciones y las ejecuciones extrajudiciales son excusadas por el gobierno como otro aspecto que debe mejorarse del país pero cuya prioridad queda relegada ante la necesidad de desarrollo económico y de seguridad alimentaria. Un primer paso que ya ha sido dado es la creación de una comisión de derechos humanos a nivel nacional.

Las últimas elecciones se celebraron el 23 de mayo de 2010 y el partido gobernante volvió a ganar las elecciones junto con sus aliados, de modo que de los 547 escaños del Parlamento obtuvieron 545. La oposición está integrada en una coalición, Ethiopian Federal Democratic Unity Forum, conocida como "Forum" ("Medrek" en idioma local), que no supone una alternativa política real al partido gobernante por muchas razones, entre ellas la intensa presión del Gobierno, con constantes detenciones y encarcelamientos de militantes y dirigentes de partidos participantes en la coalición.

Durante sus años en el poder, Meles Zenawi ha conseguido reforzar la posición estratégica de Etiopía en el Cuerno de África, tejiendo fuertes alianzas con las sucesivas Administraciones de EE.UU, Reino Unido y otros países europeos. También ha intensificado las relaciones con China -con quien existen estrechas relaciones políticas por la cercanía entre el EPRDF y el Partido Comunista chino. La agenda política internacional de Etiopía está principalmente marcada por las relaciones con Eritrea, ya que queda pendiente el asunto de la delimitación de la frontera entre ambos países, por la negativa etíope a cumplir con la decisión del la Comisión

de Delimitación de Fronteras de NNUU.

En cuanto a las relaciones con Somalia, Etiopía continúa ofreciendo su apoyo al Gobierno Federal de Transición. Etiopía ha manifestado su intención de involucrar a su ejército en la lucha contra Al-Shabaab en Somalia, si bien está actuando con enorme cautela.

El gobierno etíope está muy involucrado en el diálogo entre norte y sur de Sudán tras la secesión del sur en julio 2011, ya que este último país se ha convertido en un socio comercial clave para Etiopía al proporcionar casi la totalidad del suministro de petróleo.

Estructura política actual.

Etiopía es una República Federal, con un régimen político socialista democrático según establece la Constitución de 1994 que entró en vigor en 1995. Los principales órganos de gobierno son el Gobierno Federal y los Gobiernos de los Estados miembros, los cuales tienen poder legislativo, ejecutivo y judicial.

Tiene un sistema parlamentario que está formada por dos cámaras que representan el poder legislativo:

En primer lugar se encuentra la máxima autoridad del gobierno Federal “La cámara de representantes del pueblo” o “Casa del Pueblo” equivalente al parlamento, cuyas funciones están centradas en asuntos de ámbito nacional y que relacionen a dos o más estados. Las competencias de este órgano son de materias legislativas, fiscales y presupuestarias para las políticas nacionales en asuntos económicos, sociales y de desarrollo. Además se establecen los estándares a los que deben ajustarse los estados en temas de salud y educación, se regula el uso de los recursos compartidos entre varios estados donde se controla el presupuesto federal así como la declaración de estado de emergencia.

En segundo lugar encontramos “La cámara de la federación” o “Casa de la Federación” que está compuesta por representantes de todos los estados y pueblos etíopes. Cada estado y pueblo tiene derecho a un representante, y a uno adicional por cada millón de habitantes. Dichos representantes, actualmente 108, deben ser elegidos por el Gobierno de cada Estado, donde dicho Gobierno debe someter su decisión a la voluntad popular mediante elecciones. Sus funciones son: tratar los derechos de independencia y secesión de las distintas regiones; interpretar la constitución y mediar en disputas entre distintos Estados.

Por otro lado cabe destacar que en los gobiernos estatales es el “Concilio Estatal” el encargado de garantizar la participación de la población. Las funciones estatales van más allá de la ejecución de las políticas nacionales ya que disfrutan de gran independencia legislativa, ejecutiva y judicial.

Cada estado establece su propia constitución estatal y sus leyes, formulando políticas propias aunque enmarcadas dentro de los planes estatales y regulando la explotación de sus recursos. El poder ejecutivo tiene más competencias pero la distribución de éstas es desigual. Está integrado por el Jefe de Estado o Presidente de la República y el Primer Ministro:

El presidente de la República Federal.

Al Presidente de la República Democrática Federal de Etiopía le corresponde la jefatura del Estado, sin embargo, ejerce un papel más bien protocolario. Es responsable de la proclamación oficial de las leyes y acuerdos aprobados por la Casa de Pueblo, de la representación del país en el extranjero, y de la concesión de premios, títulos militares. El presidente actual de la República es Girma Wolde-Giorgis, que fue elegido el 8 de octubre de 2001 y posteriormente reelegido el 9 de octubre de 2007.

El cargo se ejerce por seis años, pudiendo ser renovado en una única ocasión como es el caso de del actual presidente. El único candidato debe ser propuesto por la Casa del Pueblo, y debe ser ratificado por al menos dos tercios de los integrantes de la Casa del Pueblo y la Casa de la Federación en sesión conjunta.

El Primer Ministro y el Consejo de Ministros.

El Primer Ministro y el Consejo de Ministros son reconocidos como el más alto poder ejecutivo del Gobierno Federal. Ambos están controlados y deben justificar todas sus decisiones y actuaciones frente a la Casa del Pueblo y la duración de su mandato está vinculada a la renovación de la Casa del Pueblo.

El actual primer ministros es, Meles Zenawi designado por el partido ganador en las tres últimas elecciones legislativas, el EPRDF (Ethiopian People's Revolutionary Democratic Front), quien lleva en el cargo desde el año 1995 y ha declarado seguirá liderando el partido hasta las elecciones de 2015. El Primer ministro debe ser elegido de entre los miembros de la Casa de los Representantes del Pueblo, y pertenecerá, por tanto, al partido o coalición de partidos que

constituyan mayoría en dicho organismo. Las funciones principales del primer ministro son las que corresponden al Presidente del Consejo de Ministros y Comandante en jefe de las Fuerzas Armadas.

Debe formar el Consejo de Ministros entre miembros de las dos Casas o personal suficientemente cualificado. Es responsable de la política y estrategia del país en todos los campos desde educación y sanidad a comercio exterior y justicia.

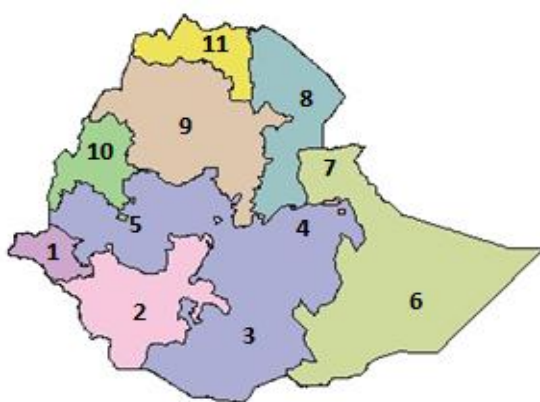
Por su parte el Consejo de ministros es el Órgano en el que delega el Primer Ministro. Debe asegurar la implementación de las leyes aprobadas por la Casa del Pueblo, realizar el presupuesto nacional y administrar el Banco Nacional. Tiene la capacidad de declarar estado de emergencia, con la aprobación de la Casa de los representantes del Pueblo.

Estructura administrativa.

Actualmente Etiopía tiene un sistema gubernamental escalonado, que consta de un gobierno federal, estados regionales, zonas, distritos (woredas), y comarcas (kebele).

En la actualidad, Etiopía está dividida en nueve regiones administrativas basadas en la etnia y dos ciudades con estatus especial, Adis Abeba y Dire Dawa. La capital del país es Addis Abeba y el idioma oficial es el amharico y el inglés aunque se hablan diferentes dialectos como el oromo, tigrinya, gurage, afar...

Figura 7: Estructura administrativa de Etiopía



- 1) Gambela.
- 2) Naciones y Nacionalidades y Pueblos del sur.
- 3) Oromia.
- 4) Harar.
- 5) Addis Abeba
- 6) Somali
- 7) Dire Dawa
- 8) Afar
- 9) Amhara
- 10) Benishangul/Gumez
- 11) Tigray

Fuente: ICEX, 2011

La división administrativa trata de atender a la distribución de los grupos étnicos más abundantes que existen en Etiopía cuyo peso dentro de la población total es diferente. El grupo más amplio es el Oromo, que domina el área central y sur, seguido por los Amharas y los Tigraway en el norte. Otros grupos étnicos numerosos son los Somali en el sudeste y los Afar en el noreste aunque hay reconocidos más de 60.

Tabla 4: Peso de cada grupo étnico

ETNIA	PESO
Oromo	34,50%
Amhara	26,90%
Somali	6,20%
Tigraway	6,10%
Sidama	4%
Guragie	2,50%
Welaita	2,30%
Otras	17,50%

Fuente: ICEX, 2012

FACTORES ECONÓMICOS

Etiopía es un país que ha crecido económicamente debido en gran parte al incremento de la inversión pública en algunos sectores como el hidroeléctrico y las mejoras en el sector agrícola, que es en el que se basa la economía y que quita protagonismo a los otros dos. En el año 2010 el gobierno elaboró un plan de desarrollo Growth and Transformation Plan (GTP) en el cual el Estado controla el desarrollo del sector privado y se encarga de la atracción de inversión extranjera, al mismo tiempo este plan busca la productividad de la agricultura y la industrialización basada en este mismo sector. Por otro lado, cabe destacar que la moneda etíope es el Birr dividido en 100 céntimos. El tipo de cambio medio con respecto al dólar fue en el ejercicio 2009/2010 de 12,7 Birr/USD.

Deuda externa

Etiopía empezó a recibir ayuda del exterior a partir de la década de los 90, que se estima que fue de una media de 644 millones de dólares por año entre 1977 y 2000, cifra que se incrementó hasta los 1.100 millones en 2001 por las ayudas recibidas del Banco Mundial.

En 2001 el FMI y la Asociación Internacional para el desarrollo (IDA) consideraron que Etiopía reunía las condiciones necesarias para ser considerada beneficiaria de la iniciativa HIPC (Heavily Indebted Poor Countries). Establecieron una serie de condiciones como: estabilidad macroeconómica, reformas estructurales y programas de reducción de pobreza. En 2004, finalmente fue beneficiaria de la iniciativa HIPC, y desde ese momento se fue condenando la deuda de Etiopía (1.296 millones condonados de 1.487) y los 191 restantes fueron renegociados un reducido un interés. Además en 2005 el G8 canceló la deuda con países que pertenecían a la iniciativa HIPC entre los que estaba Etiopía en total 4.400 millones de euros (el 60% de la deuda externa) incluyendo el total de millones que Etiopía debía al Banco Mundial. No obstante, ha habido un incremento de la deuda externa desde el año 2006 que la ha situado en 4.433 millones de dólares en el último ejercicio económico.

Sector primario

El sector agrario constituye la base sobre la que se sustenta la economía etíope que depende en gran medida de las precipitaciones de lluvia. Emplea directa o indirectamente a aproximadamente el 80% de la población activa etíope y, según cifras oficiales, contribuye aproximadamente en el 50% del PIB del país. La balanza comercial de Etiopía depende en gran medida del comportamiento de las exportaciones de café aunque van dejando paso a otros productos. Al mismo tiempo la necesidad de importar alimentos no contribuye a disminuir el déficit comercial que se lleva incrementando durante décadas.

El mayor peso de la producción de alimentos, el 80%, recae sobre los cereales, principalmente maíz, teff (que se cultiva en las tierras altas y forma la base de la dieta al usarse para el consumo de la injera), cebada y sorgo (principal cultivo de las tierras bajas.). El cultivo de legumbres y semillas oleaginosas también ha aumentado considerablemente.

Uno de los problemas principales que deben afrontar los productores es la distribución desigual de la propiedad de la tierra. Aunque el 90% de la tierra de cultivo esta explotada por pequeños agricultores todos los terrenos pertenecen al Gobierno y éste los arrienda para su explotación. El Estado incluso establece la dimensión máxima de cada explotación que puede variar entre 0.3 y 1 hectáreas. Estas dimensiones comprometen la viabilidad económica y de alguna forman condenan a una agricultura de subsistencia.

En el caso en que los agricultores poseyeran las tierras que trabajan, esto les incentivaría para invertir en ellas, mejorando así la productividad de los terrenos. El Gobierno, sin embargo, rechaza este tipo de propuestas argumentando que la tierra se vendería a especuladores y que estimularía la emigración hacia las ciudades. A pesar de esto, se está estudiando un plan de registro de tierras basado en el concepto de propiedad garantizada por un periodo de 99 años, incluyendo el derecho de legado. El marco legal para esta medida todavía no es lo suficientemente preciso.

El 45% de la tierra del país es cultivable, no obstante, debido a la escasez de medios de que disponen para trabajar los campos tan sólo el 20% de la tierra cultivable es explotada de forma efectiva e intensiva. Los principales productos que se cultivan son el café, semillas oleaginosas, algodón, tabaco, caña de azúcar, té y especias, así como también se producen variedades de frutas, vegetales y flor cortada. Estos últimos productos son los que han experimentado mayor crecimiento en las exportaciones.

La actividad agrícola en Etiopía es desigual en su distribución geográfica. En las regiones central y occidental se registran superávits en la producción de grano, mientras que en las zonas del norte las cosechas son más vulnerables y dependientes de las lluvias.

Las barreras geográficas al comercio interregional se ven acentuadas por el hecho de que las carreteras convergen en Addis Abeba, donde se concentra la distribución y comercialización del grano. Existen programas de construcción de carreteras para facilitar los intercambios comerciales entre las diferentes áreas.

La incapacidad a largo plazo de Etiopía para autoabastecerse es el resultado de varios factores interrelacionados, entre ellos el rápido crecimiento de la población, el uso de métodos de agricultura tradicional o la dependencia de la lluvia.

La dependencia de ayuda humanitaria en forma de alimentos por parte de la población es una realidad aceptada. Además ha habido periodos en los que la necesidad de alimentos se han duplicado como consecuencia de las malas cosechas, como en el caso del año 2002-2003 y recientemente con las sequías que han afectado a todo el Cuerno de África.

La rápida respuesta del gobierno y de los países donantes evitó la hambruna en esa ocasión, pero la crisis puso de manifiesto la necesidad de adoptar una serie de políticas a largo plazo, ya que los efectos negativos de una severa sequía parecen incrementarse en lugar de reducirse.

Con el fin de encontrar una solución a la escasez de alimentos, el gobierno se decantó por la creación de la Coalición para la Seguridad Alimentaria formada por un grupo de trabajo de 60 personas.

Este grupo publicó en el año 2003 un informe en el que se recomendaba efectuar las siguientes medidas:

- Incremento de la irrigación, recogida, y almacenamiento del agua.
- Reubicación de la población propensa a sufrir sequías.
- Creación de empleo no relacionado con la agricultura.
- Diversificación de cultivos.
- Mayor uso de fertilizantes.
- Sustituir la ayuda en forma de alimentos por ayuda monetaria con el fin de estimular el desarrollo de los mercados locales

La mayor parte de estas medidas fueron ampliamente respaldadas, pero el almacenamiento de agua, que implica la creación de presas y tanques de almacenamiento, y la reubicación de la población de las zonas secas son más polémicas. También ha habido un impulso por que los productores usaran fertilizantes, semillas de calidad y otros químicos para que mejorara la productividad de sus cultivos pero las bajas rentas de los productores ha provocado que los resultados no fuesen los esperados.

Productos:

A continuación procedemos a comentar algunos de los productos con mayor peso en la economía etíope debido a que son el grueso de las exportaciones de este país.

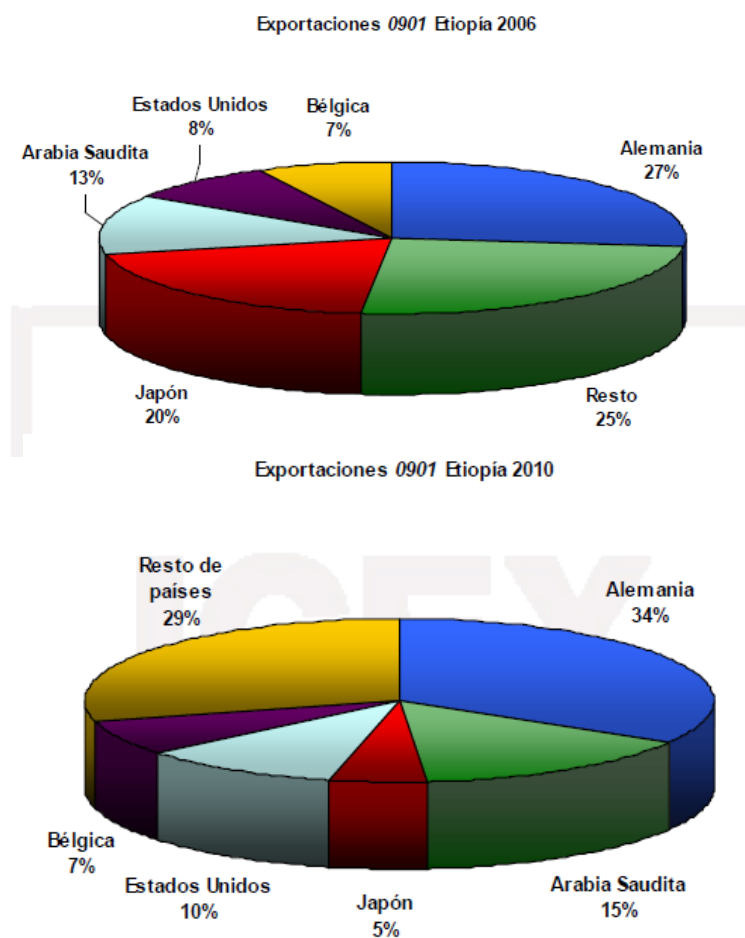
Café

Etiopía destina 600.000 hectáreas de tierra cultivable, la mayoría situadas en la región de la Oromia y que proporciona empleo a 1.300.000 agricultores que en la mayoría de los casos son

pequeñas explotaciones con sistemas de cultivo tradicionales. Sin embargo coexisten algunas empresas de mediano y gran tamaño que están especializadas en procesar y exportar el café.

El café arábico es el principal producto exportado y el de mayor peso dentro de las exportaciones con una contribución al PIB del 25%.

Figura 8: Exportaciones de café en 2006 y 2010



Fuente: ICEX, 2011

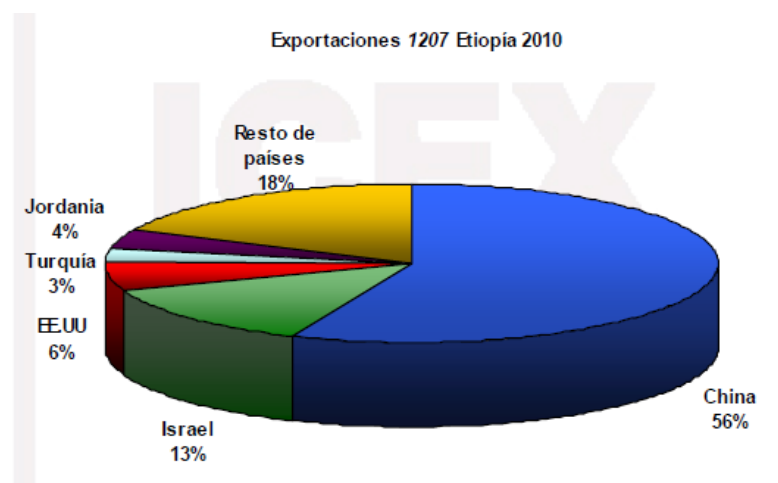
Del total de la producción de café etíope la inmensa mayoría se destina a la exportación, ya que el gobierno estimula esta actividad y restringe su venta en el mercado interno.

Por países Alemania es el país al que más se exporta este producto seguido por Arabia Saudita y quedando en tercera posición EEUU, plaza que en 2006 era ocupada por el país nipón. Cabe destacar que la cifra de exportaciones paso de 265.116,10 (2009) a 584.015,45 (2010), ambas cifras en miles de euros, lo que supone un incremento de más del doble como consecuencia de mejoras en los sistemas de producción y en los rendimientos de los cultivos.

Semillas oleaginosas

Este producto es el segundo que más se exporta por detrás del café y su crecimiento ha sido progresivo. Se destinan a su cultivo unas 800.000 hectáreas y de la misma forma que ocurre con el café la mayor parte de las explotaciones corresponden a pequeños agricultores y unas pocas medianas y grandes empresas que se encargan de la exportación. Por países a los que se exporta esta variedad agraria destaca China con un 56% seguida muy de lejos por Israel con un 13%.

Figura 9: Destino exportaciones de semillas oleaginosas



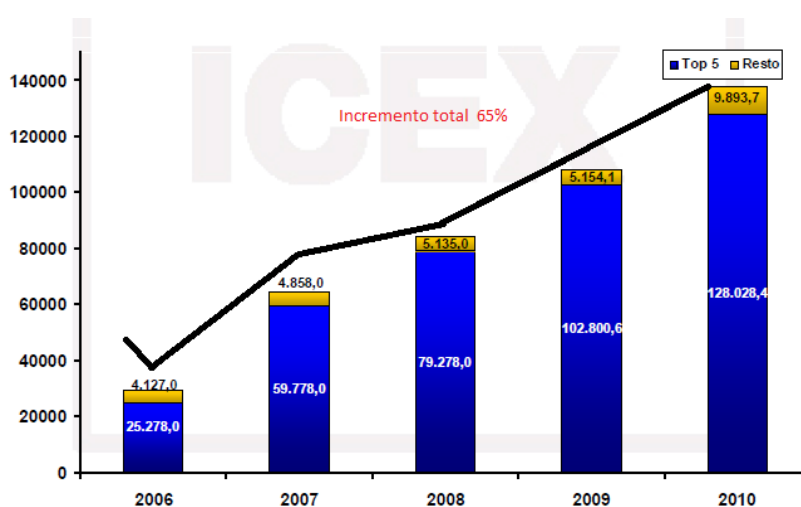
Fuente: ICEX, 2011

Floricultura

Es sin duda uno de los subsectores agrarios que más ha crecido en los últimos años siendo los principales mercados Países Bajos , Alemania , Estados Unidos, Reino Unido, Japón (top 5) y el resto de países con un peso bajo de en torno a un 7% .

La evolución del crecimiento de este sector en cinco años ha sido de un 65% colocándose en cuarta posición de productos exportados. La mayor parte de las hectáreas cultivadas se encuentran cultivadas en torno al aeropuerto internacional de Addis Abeba situado para facilitar la logística de estos productos tan delicados y ahorrar en costes de desplazamiento y la totalidad de la empresas tienen capital de procedencia extranjera.

Figura 10: Evolución de la producción de flores entre 2006 y 2010



Fuente: ICEX, 2011

Algodón

El crecimiento de la producción de algodón está directamente ligado a la creciente mejora del sector textil, la cual, hace uso de una parte de la producción local de algodón. Liderando los países a los que se les exporta el algodón encontramos Turquía que consume el 46%, después de este país no existe ninguno con un peso aproximado en consumo de algodón, y quedan muy alejadas China e Italia con un 6% y 8% respectivamente.

El sector ganadero es también importante en Etiopía, que posee una de las cabañas más grandes de África, si bien sigue sufriendo las inclemencias del tiempo, desnutrición, enfermedades y la falta de un plan de desarrollo para este sector, pese a su gran potencial exportador de carne y cuero. Supone el 10% del PIB y emplea a más del 30% de la población activa agraria. En cuanto a la pesca, su aportación es escasa pero a pesar de ello la influencia

de la iglesia ortodoxa y su precio inferior al de la carne han provocado un incremento de su demanda especialmente en la capital. Se lleva a cabo de forma tradicional en lagos localizados cerca de las zonas urbanas pudiendo aportar hasta 40.000 toneladas por año.

Sector Secundario.

El sector secundario está poco desarrollado en Etiopía y, en la mayoría de los casos, con escasos medios tecnológicos y a pequeña escala. En cuanto a la balanza comercial, Etiopía es un país con una fuerte necesidad de importación de productos , especialmente bienes de capital. El sector secundario creció en casi un 30% en el periodo 1996/1997 – 2005/2006, ayudado por la expansión de todos sus subsectores. En 2005/2006 la industria supuso un 13 % de la actividad económica en términos reales, igual que el año anterior. El sector de la minería experimentó el crecimiento más fuerte de todos los subsectores industriales, si bien su aportación al PIB continúa siendo baja.

Minería

Etiopía dispone de los recursos para poder ser una potencia en explotación minera, con una gran área geológica a explotar pero sin medios. Pese a que el sector tiene escasa importancia con un peso de menos del 1% de PIB, hay subsectores como los del oro que representan un 6.5% de las exportaciones y otros también relevantes como el mármol, granito y la caliza, por su relación con la construcción. Además el país cuenta con zonas ricas en gas y petróleo explotadas pero también reservas en la zona fronteriza con Sudán, aún sin explotar. En lo referente al oro, a mediados de 2005 el Banco Nacional de Etiopía levantó la prohibición de comercializar con oro con el fin de estimular la producción. En cuanto a gas e hidrocarburos, la región de Ogaden y Calub, son áreas ricas en yacimientos de gas.

Industria manufacturera

La actividad de esta industria se centra en la producción de alimentos, bebidas, tabaco, textiles, cuero, papel, donde se ha ido produciendo un proceso de privatización aunque sigue siendo el Estado el que controla la mayor parte. La mayoría de la industria se localiza en Addis Abeba y sus zonas más próximas. Por subsectores encontramos que los más relevantes son el procesado de alimentos, el textil y el del cuero, los cuales detallamos a continuación. El procesado de alimentos incluye: fábricas de azúcar, procesados de carne, derivados de trigo, transformados de frutas y vegetales, producción de aceites vegetales, lácteos, molinos de trigo

y panaderías. El procesado de alimentos genera un 26% del empleo total del sector manufacturero y de entre todos los subsectores el que mayor empleo aporta es el de la fabricación de azúcar.

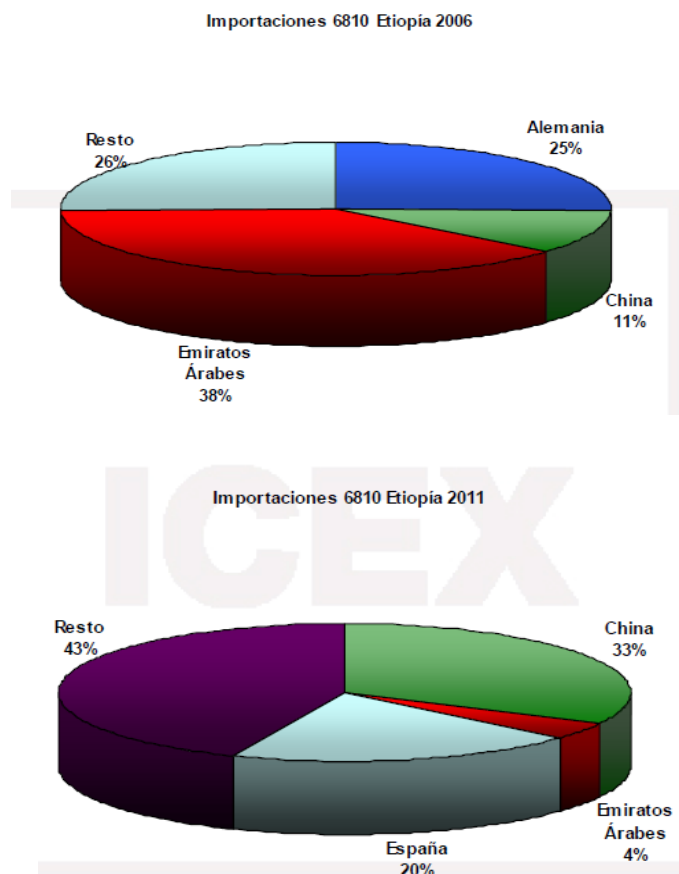
La estrategia del Gobierno está basada en el desarrollo de la industria agroalimentaria, con lo que el vasto potencial agrícola del país ha atraído inversión extranjera. Dentro del subsector del cuero operan 22 grandes curtidorías y 18 empresas fabricantes de productos derivados del cuero que dan empleo a 8.000 personas. La mayor parte del cuero se exporta, aunque la fabricación local de calzado está en fase de expansión.

La tendencia de las exportaciones de cuero en general ha sido creciente aunque debido a la inflación y a la recesión global descendieron en el 2008 y 2009. Los países que adquieren más cuero procedente de Etiopía son Reino Unido y China. Finalmente la industria textil genera con 35.000 empleos directos y 500.000 encubiertos distribuidos en grandes y medianas empresas. Además está atrayendo inversión extranjera, alentada por el Gobierno etíope, y cuyas exportaciones están siguiendo una tendencia creciente, especialmente a los EEUU.

Construcción

La construcción ha experimentado un fuerte crecimiento desde 1991. Cientos de edificaciones, sobre todo hoteles de tamaño pequeño y mediano, se han construido en Addis Abeba. Además de la capital, otras regionales como Mekelle y Bahir Dar, han visto expandirse el sector de la construcción, sobre todo por la gran cantidad de obras públicas que se han acometido en los últimos años.

El número de empresas privadas en el sector de la construcción ha aumentado recientemente debido a la aparición de una serie de nuevas empresas ligadas al partido gobernante. Además de las empresas locales, un buen número de empresas extranjeras, principalmente chinas, han comenzado su actividad en el país, sobre todo encargándose de grandes proyectos de ingeniería civil como la construcción de una presa y una central hidroeléctrica en la región de Tigray o el cinturón de circunvalación de Addis Abeba.

Figura 11: Países de importación de cemento en 2006 y 2011

Fuente: ICEX, 2011

La expansión del sector de la construcción ha acarreado una demanda de cemento que no puede ser satisfecha por el mercado local, de modo que hasta que no se incremente la capacidad productiva del país es necesaria la importación de este producto. Etiopía ha importado cemento de distintos países como Alemania China y Emiratos Árabes, aunque también España en los últimos años se ha convertido en país exportador de cemento para este país. Se estima que el consumo de cemento se ha incrementado un 30% por cada año y de la misma forma que el precio también ha rozado máximos de 24\$/ quintal.

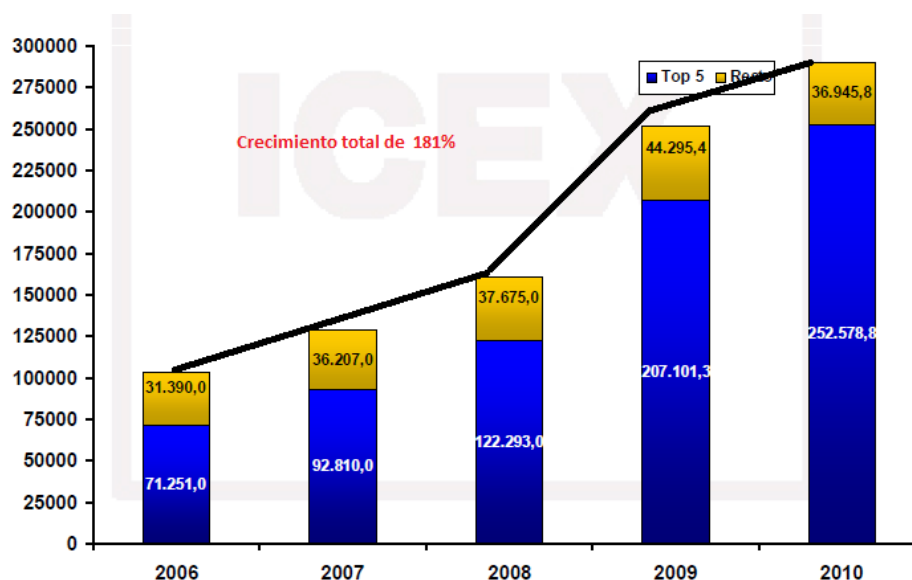
Por ello, el gobierno está creando nuevas explotaciones que hagan menos dependiente a Etiopía de las importaciones de cemento, las cuales esperan proporciones en torno a 4 millones de toneladas de cemento para el consumo nacional.

El acero supone otro de los componentes ligados a la construcción que han visto incrementado su uso y por tanto su demanda. Se dedica al acero en torno a 70 empresas que emplean a 5.500 trabajadores. Esta industria la podemos dividir en tres segmentos:

- Fabricación de derivados de acero, que se utilizan como materia prima en otras industrias.
- Fabricación y/o ensamblado de componentes de ingeniería, utilizados en la fabricación de otros productos
- Fabricación de productos acabados de acero, como herramientas...

Etiopía importa grandes cantidades de hierro y acero de países como India, Turquía, Emiratos Árabes, o China (es esta última la que más ha aumentado) las cuales han experimentado un crecimiento de más del 150% en apenas 5 años (de 2006 a 2010).

Figura 12: Evolución de la importación de hierro y acero entre 2006 y 2010



Fuente: ICEX, 2011

Sector Terciario.

El sector terciario supone alrededor del 40% del PIB según cifras del Banco Central de Etiopía. Esta cifra ha ido creciendo paulatinamente a lo largo de los últimos años. Cabe destacar que la balanza de servicios etíope está bastante saneada y genera superávit, y es una de las principales fuentes de ingresos las líneas aéreas etíopes el transporte marítimo y en menor medida el turismo.

Las telecomunicaciones en Etiopía están reguladas por la Agencia de Telecomunicaciones de Etiopía (ETA) que lleva a cabo sus funciones bajo las instrucciones del Ministerio de Comunicaciones y Tecnología de la Información. La ETA supervisa el funcionamiento del único operador del país: la Corporación de Telecomunicaciones de Etiopía (ETC), aunque se han iniciado pasos hacia la privatización de una parte de la ETC con la introducción en 2010 de France Telecom en la gestión.

ETC suministra todos los servicios: redes fijas locales, servicios móviles, servicios de internet y datos. Las telecomunicaciones, es un sector que ha crecido de forma notable, ya que desde el año 2003 al 2010 se paso de 105.000 líneas fijas a 900.000 y de 51.000 suscripciones de telefonía móvil a siete millones

Tabla 5: Evolución líneas fijas y móviles entre 2003 y 2010

AÑO	2003	2010
LÍNEAS FIJAS	105.000	900.000
LÍNEAS MÓVILES	51.000	7.000.000

Fuente: ICEX, 2011

Pese a este incremento, las infraestructuras son deficientes y por ello ofrecen un servicio de poca calidad, afrontando problemas como:

- Cobertura insuficiente para los servicios móviles.
- Falta de líneas fijas.
- Ausencia de infraestructuras.
- Deficiencias en las conexiones a internet.

- Mala calidad del servicio de voz.

No obstante el gobierno tiene programadas medidas entre 2011-2014 que permitan mejorar la calidad de los servicios existentes.

La deficiencia de las infraestructuras del transporte es el principal obstáculo para el desarrollo y crecimiento económico del país. Entre los distintos medios de transporte sigue destacando el terrestre por carretera y la forma tradicional de trasladarse es a pie o por medio de animales de tiro y carga entre las zonas rurales. Y sólo en caso de largas distancias se opta por el vehículo, en caso de que se tenga acceso a uno.

El transporte por carretera es el predominante con aproximadamente el 95% del movimiento interurbano motorizado de personas y mercancías, la relación es de 30 km de carretera por cada 1000km² (una de las más bajas de África), y con un porcentaje del 30% las que se encuentran asfaltadas y en buen estado, todo ello tras iniciarse un programa de desarrollo de carreteras (1997-2002).

Por otro lado, se estima que en 2009 la cifra de vehículos por cada mil habitantes era de 4.8, cifra que se sitúa muy por debajo de la de otros países africanos como Kenia con 18 y Zimbabwe con 27.2 En cuanto al transporte ferroviario cabe destacar que sólo existe una única línea de ferrocarril que cuenta con 850 km, y cuya capacidad y seguridad son deficientes debido al estado en que se encuentra. Transporta al 2.6% de los pasajeros y el 3.8% de las mercancías del tráfico total del país y tanto el gobierno de Etiopía como el de Yibuti son propietarios conjuntos, pese a que desde 2006 concedieron la explotación de la línea a una empresa sudafricana.

Etiopía se quedó sin acceso al mar tras la guerra con Eritrea (hasta el año 1998 hacia uso del puertos de Assab situado en este territorio), por lo que encontrar un puerto fue una tarea prioritaria para dar entrada y salida a las importaciones y exportaciones. En el año 2002 se firmó entre los gobiernos de Etiopía y Yibuti un acuerdo para operar desde el puerto de este último a través de la empresa pública etíope “Maritime and Transit Service Enterprise” junto con Ethiopian Shipping Lines. Con esta solución se estimuló la creación de proyectos de mejora de las carreteras que dan acceso al puerto.

El avance más significativo del transporte aéreo es la iniciativa de apertura del transporte de

mercancías a inversores extranjeros sin límite de capacidad además de permitir a nacionales etíopes ofrecer servicios de charting con aviones de capacidad superior a 20 viajeros. Los vuelos comerciales conectan a Etiopía con 50 destinos de todo el mundo, ciudades europeas como Bruselas, París, Frankfurt o Londres en EEUU destaca Washington, en Asia encontramos destinos como Beijing o Hong Kong y por último el resto de ciudades africanas. En cuanto al transporte aéreo de mercancías, se usa principalmente para productos delicados tales como la flor cortada o alimentos, lo que supone en muchos casos el encarecimiento del producto considerablemente por el uso de este medio.

El turismo es el sector de la economía etíope que ofrece un mayor potencial de crecimiento, dada la riqueza en monumentos históricos y parajes naturales del país como: El monte de Dashan; El valle del Omo; Lagos del valle de Rift; Parque nacional Nechisar; La ciudad de Awasa; Museo del Instituto de estudios etíopes; La Catedral de San Jorge; El Mausoleo de Menelik...

La guerra con Eritrea a finales de los 90 afectó negativamente al sector pero gracias a los esfuerzos de inversión en la infraestructura turística tanto por parte del gobierno como de la iniciativa privada, la imagen del país en el exterior mejoró, hecho que hizo que se incrementara el número de visitantes al país. Los datos más actualizados que se han publicado corresponden a 2005, año en el que los ingresos por turismo superaron los 130 millones de dólares, y el número de visitantes fue de 227.000, lo que supuso un incremento de un 23,5%

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y CULTURALES

La población total de Etiopía es de más de 85 millones de habitantes posicionándose como el segundo país más poblado del África Subsahariana después de Nigeria.

Esta cifra supone un crecimiento anual medio del 2,9% y teniendo en cuenta los datos entre 2010 y 2011 un crecimiento del 3,19%. Si atendemos a una distribución poblacional por sexo y edad obtenemos una pirámide poblacional progresiva caracterizada por una tasa de natalidad y mortalidad elevada donde la mayor parte de la población es joven.

En la franja de 0-14 años de edad está concentrada el 46,3% de la población y en la de 15-64 el 51% dejando un 2,7% a las persona con 65 años o más. En todas las franjas de edad el número de mujeres es superior al de hombres y quedan constatadas las expectativas de vida

de la población etíope de 56,19 años de media y con un 58,81 en el caso de las mujeres. Sin embargo, pese a esta esperanza de vida y debido al escaso número de personas longevas encontramos un país con una media de edad de tan solo 17 años.

Tabla 6: Datos sobre la población

Población	>85M
Media de edad del país	17 años
Esperanza de vida	56,19
Tasa de natalidad	42,99
Tasa de mortalidad	11,04
Tasa mortalidad infantil	77,12
Tasa fertilidad	6,02

Fuente: Elaboración propia a partir de ICEX y BM

En todo momento estamos hablando de una población que está creciendo a un ritmo alto debido en parte a la alta tasa de natalidad que es de un 42,99‰ cifra que aunque parece muy elevada en comparación con la media de países europeos donde oscila entre 8 y 11 nacimientos por cada 1.000, ha descendido levemente desde el año 2009 en el que alcanzó 43,66‰.

Además cuenta con una alta tasa de fertilidad 6,02 hijos por cada mujer en edad fértil, que lo sitúa en el séptimo país en el mundo con una tasa de fertilidad alta.

Otro factor que también ha influido en el crecimiento es la disminución de la tasa de mortalidad que en 2003 era del 20,17‰ mientras que en 2011 fue 11,04‰. Esta cifra aproxima a Etiopía a países desarrollados donde los valores fluctúan entre 7,5 y 10 como es el caso de España que tiene una tasa de mortalidad de 8,8. El descenso de la mortalidad en Etiopía se debe en parte a la disminución de la incidencia de una de sus grandes lacras, el VIH cuya tasa de incidencia en adultos es del 2,10% según datos del 2010 lo que supone 980.000 habitantes infectados y 67.000 muertes al año debidas a esta enfermedad. Aún así la cifra de muertes ocasionadas por el VIH ha ido disminuyendo por la mejora de los accesos a fármacos para tratar dicha enfermedad.

Si bien la tasa de mortalidad a cerca a este país a los países desarrollados, se aleja cuando tenemos en cuenta la cifra de su tasa de mortalidad infantil, con una media entre niños y niñas del 77,12‰.

Tabla 7: Datos de calidad de vida

Esperanza de vida	56,9
Incidencia VIH	2,10
IDH	0,363
Índice de pobreza	0,562
PIB cápita	390\$

Fuente: Banco Mundial y OMS, 2011

Aunque ha descendido la mortalidad infantil sigue siendo tanto en Etiopía como en muchos de los países de su entorno uno de los peores datos demográficos a tener en cuenta.

Asimismo, en los últimos años, ha aumentado considerablemente el acceso de la población a los servicios básicos, lo que ha conducido a la mejora de sus indicadores socio-económicos y disminuye el número de personas que viven en la pobreza, y la mortalidad infantil y materna. Uno de los indicadores de referencia que nos aproxima a la realidad del país es el Índice de Desarrollo Humano (IDH), elaborado por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) que utiliza los parámetros de salud, educación y la riqueza.

El país con mejor valoración del mundo es Noruega con un IDH 0.963 y el peor el Congo con 0,286, Etiopía más próximo a este último país ocupa la posición 174 con un IDH de 0,363. La cifra del IDH de Etiopía no resulta ninguna sorpresa cuando analizamos los componentes de este indicador: un índice de pobreza muy bajo con 0,562 que unido a un PIB per cápita convertido a dólares americanos 390\$ y finalmente pese a que se ha conseguido una escolarización primaria básica del 89%, con una proporción niñas/ niños de 0,93/1, el porcentaje que alcanza estudios secundario y superiores es muy bajo.

Por otro lado, las deficiencias nutricionales de la población condicionadas por la inseguridad alimentaria, las sequías y la insuficiencia del consumo alimenticio ayudan a la proliferación de más enfermedades. El acceso al suministro de agua potable (pozos, albercas o fuentes) ha mejorado en los últimos años aunque existen diferencias entre unas zonas y otras que pueden oscilar entre 34% y 66%. En materia de salud se ha ampliado la cobertura a los servicios básicos de salud pero existen grandes deficiencias en el servicio sanitario que impiden una cobertura sanitaria total e igualitaria.

Algunos aspectos culturales que podemos resaltar son, que las dos religiones predominantes son Cristianismo y el Islam, con el 43% de la población son cristianos ortodoxos, el 33,9% musulmanes, y el 18% cristianos protestantes, con el resto después de una diversidad de otras religiones. Además los etíopes se rigen por otro calendario, el juliano, que esta formado por 12 meses de 30 días y un decimotercero llamado Pagume de cinco o seis días que supone la transición al nuevo año.

PESTEL

Para conocer el aspectos relevantes del macroentorno de ATA, debemos analizar los factores generales del entorno, para ello haremos uso del marco PESTEL, que clasifica las influencias del entorno en seis grandes categorías : política, económica, social, tecnológica, ecológicas, y legales.

Políticos:

Estabilidad política aparente, pese a los conflictos internos entre las distintas regiones del país y con algunas zonas fronterizas como Eritrea.

Se ha reforzado la posición estratégica de Etiopía en el Cuerno de África incrementando las relaciones con otros países como EEUU, Reino Unido o China. Con este último se tiene una estrecha relación por la cercanía entre los dos partidos que gobiernan sendos países.

Económicos

Nivel de desarrollo bajo, consecuencia de la estructura productiva del país, en muchos casos **deficiente en infraestructuras y en recursos humanos**, que se manifiesta en la escasa renta per cápita 390\$ y que sitúa a Etiopía entre uno de los países menos desarrollados (país con ingresos bajos) en el que es necesaria la ayuda exterior.

Estructura económica poco competitiva. Etiopía está inmersa en un proceso de transición de una economía centralizada y proteccionista a una economía de mercado, por lo que muchos sectores no están liberalizados.

Hay **crecimiento económico en el país**, aunque **basado únicamente en la inversión pública**, especialmente en el sector hidroeléctrico, que impide el desarrollo del sector privado. Además,

la base de la economía se sustenta en el sector primario como motor de desarrollo del resto de sectores.

Déficit comercial a pesar del incremento de las exportaciones en los últimos años. Se exportan productos que tienen escaso valor como el café o la flor cortada, pero depende de las importaciones de casi todos los productos, especialmente con el crecimiento económico experimentado.

Incremento de la inflación tras una reducción drástica de ésta del 65% en el 2007. Este incremento se debe en gran parte a los precios internacionales del petróleo, producto del que depende, y al incremento de la oferta monetaria.

Deuda externa en ascenso, tras la condonación de la mayor parte de la deuda que tenía con el Banco Mundial, el FMI y otros acreedores, esta ha vuelto a superar los 6.000 millones de dólares debido a los préstamos multilaterales.

Inversión extranjera escasa, pero en ascenso. El país ha iniciado planes de privatización de empresas públicas e incentivos para atraer la inversión privada, mediante el GTP (*Growth and Transformation Plan*) en el que el Estado controla el desarrollo del desarrollo privado. Existen actividades reservadas exclusivamente para el gobierno, actividades de inversión en las que empresas extranjeras pueden colaborar con el gobierno etíope y actividades de inversión reservadas exclusivamente para etíopes.

Sociales

Niveles de pobreza y desarrollo reflejados en un bajo IDH (puesto 174 de 187) debido a una educación que tan solo alcanza una cobertura alta en educación primaria al igual que la sanidad. A estos problemas se suman otras dificultades añadidas como la malnutrición o la alta mortalidad infantil.

Tecnológicos

Métodos tradicionales en el principal sector de la economía, mientras el resto de sectores dependen de la importación mayor parte de maquinaria, instrumentos, y bienes de capital, en general debido a que no existe inversión en el sector tecnológico.

Ecológicos

Los factores meteorológicos, especialmente las sequías, condicionan las cosechas y por tanto la producción y el bienestar socioeconómico del país al depender su economía sobre todo del sector agrario, no solo porque genera mayor ocupación y peso en el PIB sino porque también de éste depende la salud y nutrición de la población. Por otro lado no existe un control de los vertidos que producen las industrias en el país, lo que ocasiona filtraciones y acumulación de residuos que van a parar ríos y que contaminan unos recursos hídricos, que aunque mal gestionados, son la principal fuente de agua de los etíopes.

Legales

Los organismos internacionales continúan haciendo denuncias por violación de los derechos humanos, especialmente contra aquellos que se oponen a las directrices del gobierno que se encuentra en el poder. La legislación medioambiental en materia residuos, emisiones, usos de recursos naturales, o cualquier tipo contaminación es escasa por lo que el uso de buenas prácticas en manos de aquellos que poseen la industrias, en su mayoría, el gobierno.

Análisis del sector

Es necesario hacer un análisis del sector no lucrativo o tercer sector, ya que la forma jurídica de ATA es una asociación. Aunque previamente ya se ha hecho mención al concepto de **Tercer Sector, Economía Social, o Sector no lucrativo** en este punto se va a delimitar su dimensión atendiendo a los diferentes enfoques con el fin de establecer una visión aproximada del número de organizaciones similares a ATA y los rasgos definitorios que las caracterizan.

Evolución del tercer sector en España

La configuración actual del tercer sector y sus características definitorias son consecuencia de un largo camino recorrido durante varias etapas a lo largo de la historia española que se pueden resumir de la siguiente manera.

Época franquista. La época franquista fue el escenario histórico previo al Estado de Bienestar en España en el que coexistían los principales instrumentos para ofertar los servicios de bienestar social. El gasto público en servicios sociales fue de carácter residual por lo que la capacidad de maniobra estaba aún más limitada. Una parte de los fondos, procedía de las aportaciones del Estado y la Seguridad Social, mientras que otra derivaba de actividades de ocio y loterías.

El Tercer Sector, entonces estaba dividido en dos amplios grupos:

Grupo religioso, conexo mayoritariamente a la iglesia Católica cuyo concepto del bienestar social se basaba en la caridad cristiana.

Grupo laico, subdividido en dos grupos:

- **El conservador**, estaba ligado a las clases dominantes y al aparato político donde estaban integradas las grandes corporaciones de derecho publico como la ONCE.
- **El democrático** estaba integrado por aquellas asociaciones y cooperativas y fue reprimido y controlado por el régimen mediante una regulación restrictiva.

Era democrática. Podemos diferenciar dos fases la primera desde la reinstauración de la democracia hasta finales de los ochenta y la segunda fase iniciada a finales de los ochenta.

La primera fase, se caracteriza, de un lado, por la aparición de necesidades sociales, y la voluntad política de satisfacerlas en términos financieros, de regulación mediante leyes de servicios sociales, así como de empleo público y a nivel nacional y regional.

Las primeras limitaciones con las que se toparon fueron básicamente económicas, pero también legislativas, de las redes públicas de servicios de bienestar social, con escasa capacidad de respuesta, o de actuación tardía. Todos estos impedimentos facilitan el crecimiento del Tercer Sector que crece en pocos años a pasos agigantados gracias en parte a la articulación de respuestas marcadas por el **voluntarismo y la innovación socio-institucional** pero que a mediados de los noventa se estabiliza.

El subgrupo conservador experimentó una profunda reconversión y reestructuración interna en el que las entidades de carácter laico o bien desaparecieron, como el caso de la Sección Femenina de la Falange, o bien como la ONCE y Cruz Roja se reconvirtieron e incorporaron nuevos valores y comportamientos democráticos, de manera más acentuada en el caso de la ONCE. Por otro lado, el grupo religioso también atenuó su carácter, como es el caso de Cáritas que se mostró más proclive al cambio.

La segunda fase se caracteriza por la actitud de los poderes públicos hacia el bienestar social en general, y hacia el Tercer Sector en particular que cambió significativamente. Empezó una crisis económica y las primeras política presupuestaria restrictiva, en la que se apuesta por la flexibilizar y privatizar gran parte de los servicios debido a las dificultades financieras del país.

Las estrategias para recurrir a las organizaciones del tercer sector (sector privado) eran la de creación de empleo, la de implantación de nuevos servicios y la de racionalizar recursos financieros haciendo uso del voluntariado y donaciones. El resultado fue un crecimiento espectacular de las entidades del Tercer Sector, (asociaciones, fundaciones, entidades no lucrativas singulares, Cáritas, ONCE, Cruz Roja y cooperativas de trabajo asociado fundamentalmente), cuya naturaleza e incremento son definidos y condicionados por el sector público que se convirtió en su principal cliente y regulador.

Finalmente durante esta fase se llevan a cabo las primeras normas reguladoras de variados aspectos directamente relacionados o afines al Tercer Sector en los servicios de bienestar social: ley de fundaciones (estatal y autonómicas), de asociaciones estatal y ciertas autonómicas, de voluntariado, marcos fiscales nuevos, institucionalización de órganos consultivos-Consejo de ONGs, de fundaciones, de la Economía Social. (Monzón Campos, J.C, 2003)

Los dos enfoques del Tercer Sector

En la comprensión y definición del Tercer Sector (TS) existen principalmente dos enfoques, tradicionalmente: el de la **Economía Social** (tradición europea continental), en el que lo importante es la dimensión democrática de las organizaciones y la producción para el mercado de bienes sociales; y el enfoque de Sector No Lucrativo (de tradición anglosajona) en el que se destaca la importancia de la no distribución de beneficios por parte de las entidades, así como la importancia del voluntariado.

La principal diferencia entre ellos reside en la noción de no lucratividad de las organizaciones del TS, que puede ser entendida desde dos perspectivas diferentes:

Las entidades se considerarán sin fines de lucro (*not for profit organizations*) cuando persigan fines orientados a satisfacer las necesidades sociales, es decir, cuando el objetivo de prestar servicios a los socios o a la colectividad prevalezca por encima del lucro.

Las entidades tendrán un carácter no lucrativo (*non-profit organizations*) cuando en virtud de sus reglas constitutivas tengan prohibido distribuir los beneficios obtenidos entre las personas que las controlan o son sus propietarias legítimas.

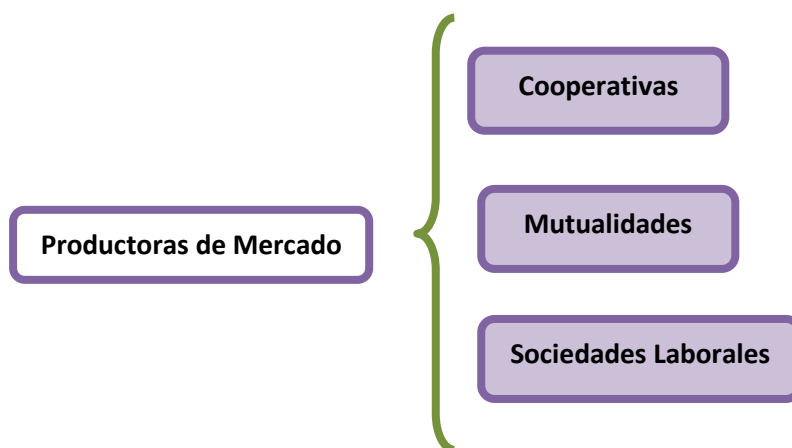
El enfoque de la Economía Social

Según este enfoque, se entiende el **Tercer Sector** en un sentido amplio como un ámbito que abarca al “conjunto de entidades no pertenecientes al sector público que, con funcionamiento y gestión democráticos e igualdad de derechos y deberes de los socios, practican un régimen especial de propiedad y distribución de las ganancias, empleando los excedentes de ejercicio para el crecimiento de la entidad y la mejora de los servicios a los socios y a la sociedad”(García Cebrián, I.; Marcuello Servós, C, CIRIEC, 2007)

Dentro de la Economía Social se observan dos grandes grupos de entidades:

Las productoras de mercado privadas. Se trata de empresas creadas para satisfacer necesidades de sus socios a través del mercado (por ejemplo, produciendo bienes y servicios). Son, además, empresas con organización democrática y con distribución de beneficios no vinculada al capital aportado por el socio. Estamos hablando, sobre todo, de cooperativas, mutualidades, sociedades laborales...

Figura 13: Estructura productoras de mercado

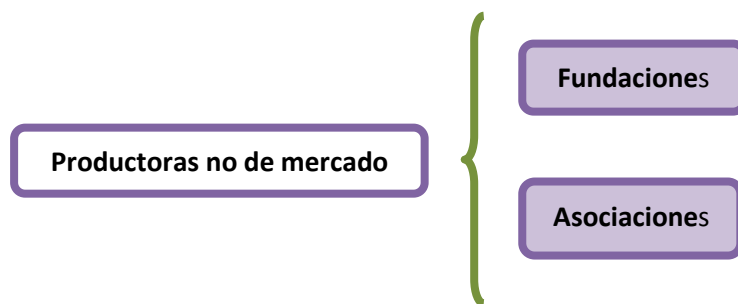


Fuente: elaboración propia a partir de EDIS, 2010

- ❖ Las productoras no de mercado privadas. En su mayoría son asociaciones y fundaciones, aunque también son entidades con otras formas jurídicas, cuya producción se suministra mayoritariamente de forma gratuita o a precios económicamente no significativos. La idea básica de los autores que defienden este enfoque es que en el espacio del Tercer Sector vienen a coincidir el sector No Lucrativo y la Economía Social. Este último término, en la

práctica, se utiliza como sinónimo de Tercer Sector, mientras que el sector No Lucrativo sería una parte del mismo. Es decir, desde el enfoque de la Economía Social, forman parte del Tercer Sector tanto las entidades *non-for profit* como las *non profit*.

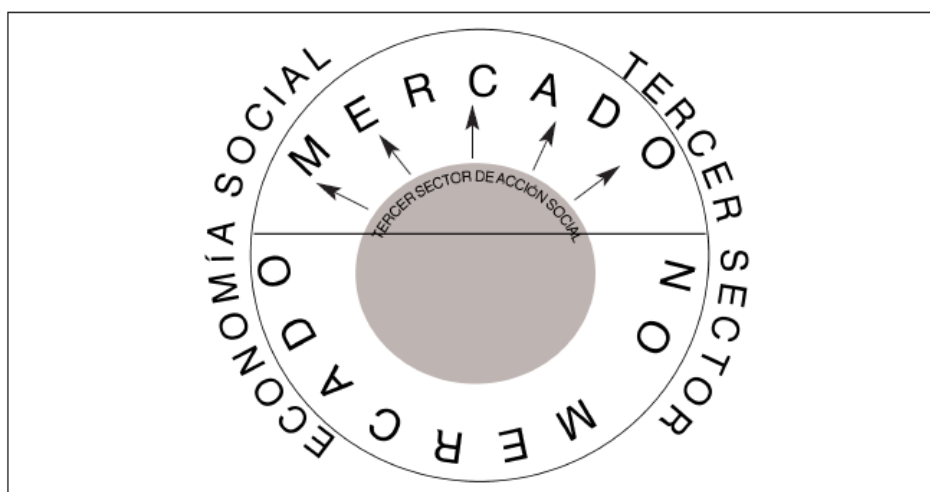
Figura 14: Estructura productoras no de mercado



Fuente: elaboración propia a partir de EDIS, 2010

Figura 15: Estructura Del Tercer Sector

LA ECONOMÍA SOCIAL Y EL TERCER SECTOR DE ACCIÓN SOCIAL



Fuente: El Tercer Sector no lucrativo en el Mediterráneo, CIRIEC, 2003,

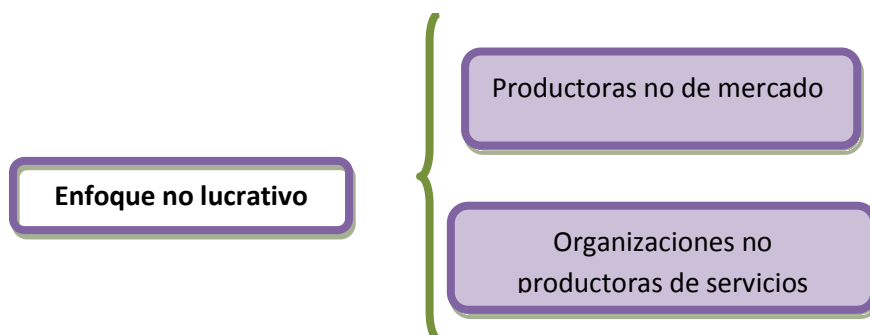
El enfoque No Lucrativo

El enfoque No Lucrativo pone el acento en la segunda de las perspectivas de la no lucratividad, es decir, exige a las organizaciones del TS que no se hayan creado con el objetivo principal de generar beneficios ni de obtener una rentabilidad financiera y que no puedan repartir beneficios entre sus miembros.

Además, mientras en la concepción de la Economía Social el TS se concibe como una alternativa entre el sector capitalista y el sector público, en la perspectiva del Sector No Lucrativo el TS es el ámbito que se comprende entre el mercado y el Estado. De alguna manera el (enfoque) sector No Lucrativo contempla a las personas como receptoras de ayuda mientras que la Economía Social (lo hace) como agentes activos.

Quienes defienden el enfoque No Lucrativo encuentran que el de la Economía Social da demasiada importancia a la dimensión económica del TS, olvidando con ello, o al menos infravalorando, su dimensión socio-política: su capacidad de expresión y desarrollo de la sociedad civil, de participación cívica, de defensa de los derechos sociales, etc. Para ellos, el TS engloba a otro tipo de organizaciones que claramente quedan fuera de la Economía Social: las organizaciones que no tienen por finalidad servir a los hogares, es decir, que no desarrollan una actividad productiva (no prestan servicios) sino que tienen una función representativa, reivindicativa y defensora de derechos. Por lo tanto, según este enfoque, el TS estaría formado por una parte de las entidades que componen la Economía Social (productoras no de mercado privado de carácter no lucrativo) más otro tipo de organizaciones no productoras de servicios y que quedan claramente fuera de la Economía Social. (EDIS, 2010)

Figura 16: Estructura en el enfoque no lucrativo



Fuente: elaboración propia a partir de EDIS, 2010

Figura 17: Comparativa entre el enfoque de la economía social y enfoque no lucrativo

<u>Comparativa entre ambos enfoques</u>	
<u>ECONOMIA SOCIAL</u>	<u>NO LUCRATIVO</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Sentido finalista de la organización. • Alternativa entre sector capitalista y sector público. • Diferenciación entre 2 tipos de entidades: Productoras de mercado Productoras de no mercado • Economía social = Tercer Sector • Sector no lucrativo como parte del tercer sector. 	<ul style="list-style-type: none"> • No generación de beneficios • Alternativa entre el Mercado y el Estado. • Personas como receptoras. • Tercer Sector integrado por: Productoras de no mercado Organizaciones no productoras de servicios.

Fuente: elaboración propia

Clasificación:

Existen diferentes formas de clasificación del Tercer sector entre las que destacan aquellas que se refieren a la forma jurídica que tengan las organizaciones o el ámbito de actuación que.

En relación con la forma jurídico-institucional de estas organizaciones, encontramos una primera clasificación que muestra las principales.

- Asociaciones.
- Corporaciones de derecho público.
- Fundaciones.
- Otras instituciones de ayuda social. En este último grupo se incluyen a las también denominadas entidades singulares: Cáritas, Cruz Roja, secciones especializadas de partidos políticos y sindicatos y unidades de acción social empresarial.

Otros autores incluyen además otras formas jurídicas como federaciones, *clubs* deportivos, cooperativas, mutualidades por que consideran todo el abanico de organizaciones del sector no lucrativo.

Características comunes

Las organizaciones no lucrativas, para ser consideradas como tales, presentan cinco características:

a) Son organizaciones.

Para ser organizaciones, las instituciones deben poseer una estructura interna, estabilidad en sus objetivos, límites organizativos y un documento de constitución. Según esta definición, la formalidad (tener algún estatus legal) de la agrupación no es requisito para que sea considerada organización.

b) Son privadas.

Las instituciones deben tener existencia separada de los poderes públicos, es decir, no deben estar sujetas estructuralmente a organismos públicos y no deben ejercer ninguna potestad pública. Tampoco pueden ser una unidad instrumental del gobierno ni tienen que realizar actividades que se sufraguen en forma integrada con las finanzas gubernamentales. No obstante, las instituciones pueden recibir ingresos o aportes públicos, o pueden tener funcionarios públicos entre sus directivos

c) No distribuyen utilidades entre los miembros.

Se considera sin fines de lucro a las instituciones que no distribuyen los beneficios generados entre sus titulares o administradores. Dicho de otra manera, no están guiadas por un interés comercial. Señalar, además, que estas entidades pueden acumular excedentes en un ejercicio determinado, empero, éste debe ser reinvertido en la misión básica de la entidad.

d) Son autónomas.

Esta característica alude al hecho de que las organizaciones controlan sus propias actividades, poseen procedimientos propios de gobierno interno y disfrutan de un grado significativo de autonomía.

e) Son voluntarias

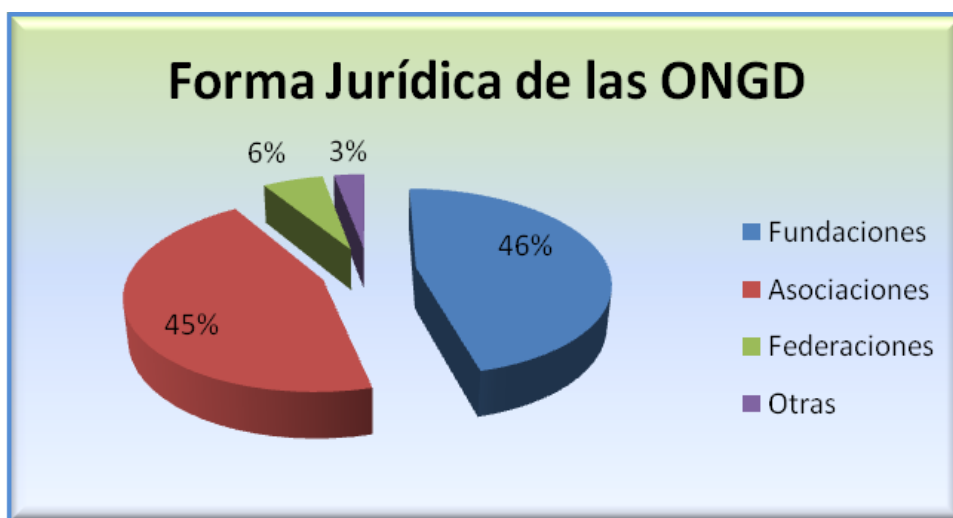
Esta condición se refiere a que la participación, membresía y contribución de tiempo o dinero a este tipo de institución, no debe ser obligatoria o estipulada por ley.”

Estructura y tamaño del Tercer Sector

Para realizar el estudio de la estructura del Tercer Sector nos basaremos en el enfoque de la Economía Social, concretamente en las productoras de no mercado, reducidas al mundo de las Organizaciones No Gubernamentales con sus principales formas jurídicas, enmarcado en el contexto de aquéllas que tienen como objetivo la cooperación y desarrollo.

Atendiendo a las principales formas jurídicas de las **Organizaciones No Gubernamentales de Desarrollo (ONGD)** predominan las fundaciones (46%) y asociaciones (45%) sobre las federaciones (6%) y otras formas jurídicas específicas (3%). Dentro de la categoría otras se incluyen aquellas que no ostentan ninguna de las formas jurídicas anteriores como es el caso de Cáritas, Cruz Roja Española y Comisión General Justicia y Paz.

Figura 18: Formas jurídicas de las ONGD



Fuente: elaboración propia a partir de CONGDE 2009

Respecto al tamaño de cada una de las organizaciones, se han seguido los criterios de clasificación del sector empresarial:

- **Grandes:** organizaciones con más de 250 personas contratadas o que cuentan con un volumen de ingresos superior a 50 millones de euros.

- **Medianas-grandes:** organizaciones que ocupan a menos de 250 personas y cuyo volumen de ingresos anual no supera los 50 millones de euros.
- **Medianas:** organizaciones que ocupan a menos de 50 personas y cuyos ingresos anuales no exceden de 10 millones de euros.
- **Pequeñas (microempresas):** organizaciones que ocupan a menos de 10 personas y cuya cifra de ingresos anual no excede de 2 millones de euros.

La mitad de ellas son medianas, lo que significa que disponen de un volumen de fondos de entre 2 y 10 millones de euros y su plantilla está integrada de 10 a 50 trabajadores/as. Del resto, el 22% son ONGD pequeñas, el 18% medianas-grandes dejando un espacio del 10% a aquellas organizaciones más grandes. .

Tabla 8: Peso de las ONGD por tamaño

Tamaño de las ONGD	
Grandes	10,10%
Medianas y grandes	18%
Medianas	49,40%
Pequeñas	22,50%

Fuente: elaboración propia a partir de CONGDE, 2009

En relación con el campo de actuación o sector encontramos diferentes áreas, aunque en muchas ocasiones una sola organización diversifica sus acciones en varias:

- Educación e investigación.
- Sanidad.
- Servicios sociales.
- Infancia.
- Derechos de la mujer
- Adopciones
- Medio ambiente.
- Desarrollo y vivienda.

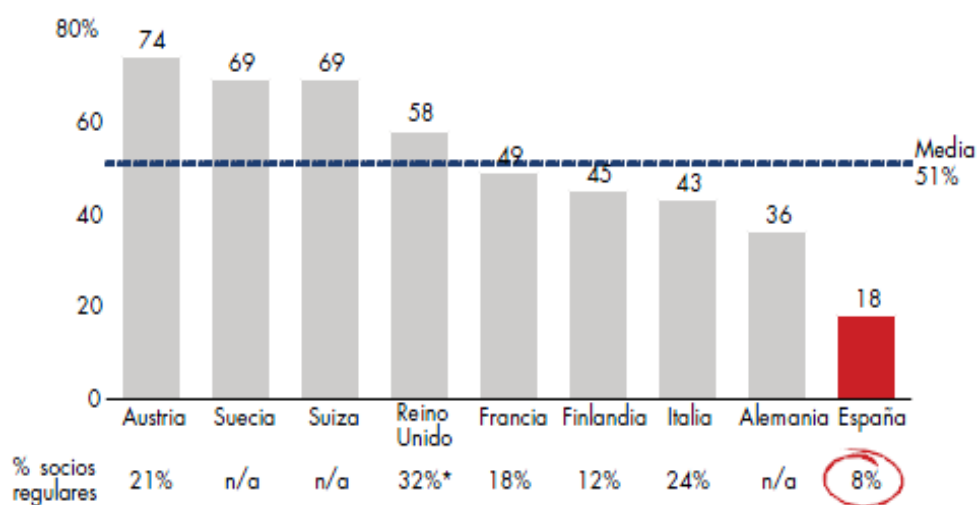
- Asesoramiento legal y políticas.
- Intermediarios filantrópicos y promoción del voluntariado.
- Actividades internacionales.
- Religión.
- Infraestructuras
- Otras organizaciones no clasificadas.

Público por la causa, perfil del donante.

En este punto examinaremos el perfil de los socios de una ONG así como el papel que desempeñan dentro de cada una de éstas. Se considera socio de una ONG a aquella persona que realiza aportaciones económicas regulares, desarrollando de esta manera un vínculo duradero con la entidad y con vocación de permanencia.

Además, también podemos tener en cuenta a los donantes puntuales, que son aquellos que realizan contribuciones económicas de forma esporádica. Teniendo en cuenta la suma de ambos, estaríamos hablando de al menos 7 millones de personas de las que más de la mitad serían sólo socios puntuales frente a los socios regulares. Si realizamos una comparativa de la población donante con otros países, considerando sólo a los socios los cuales aportan una cantidad de forma regular, España quedaría a la cola de todos ellos con un 8% de la población.

Figura 19: Proporción población donante en países europeos, 2010

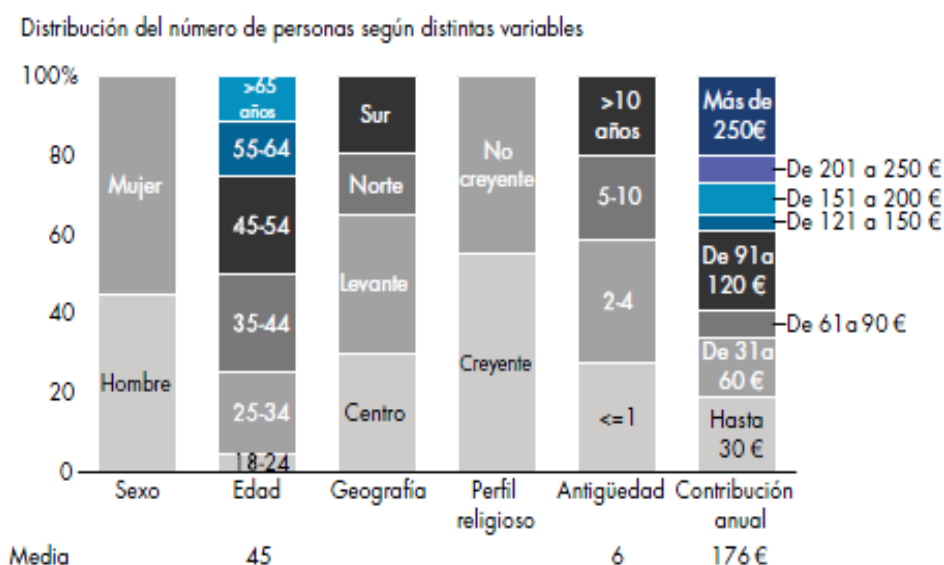


Fuente: Los socios de las ONG, Bain & Company, 2012

El perfil del socio regular en España es el de una persona adulta, y por sexos, las mujeres son ligeramente más solidarias (55%) que los hombres (45%), la mitad de todos ellos son personas con menos de 45 años. En cuanto a la antigüedad de los socios destaca el número de ellos que lleva menos de un año colaborando con una ONG, junto a aquéllos que llevan entre 2 y 4 años que suponen el 60% del total. Esto se debe en parte, al proceso de expansión que sufrieron las ONGs durante el periodo comprendido entre 2001 y 2008 que dio lugar a más organizaciones y también a un incremento del número de socios. Aunque la media de permanencia de los socios es de seis años, existe un 40% de ellos que colabora con la ONG entre 5 y 10 años. Los motivos que impulsan a los españoles a iniciar una colaboración con una ONG son diversos pero destacan:

- La solidaridad hacia los demás (52%).
- Justicia (29%).
- Satisfacción personal (19%).

Figura 20: Perfil del socio de las ONG en España



Fuente: Los socios de las ONG, Bain & Company, 2012

En cuanto a la contribución económica que realizan los socios cabe destacar que la media es de 180€ al año aunque existen muchas diferencias según el tipo de socio. Por zonas geográficas observamos que: la zona sur (Extremadura, Andalucía y Canarias) realiza

contribuciones medias más elevadas que el resto, seguidas de la zona centro (Castilla y León, Castilla la Mancha y Madrid), la zona norte (Galicia, Cantabria, Asturias, País Vasco, Navarra y La Rioja) y en último lugar Levante (Cataluña, Valencia, Murcia y Baleares). Sin embargo, en la zona centro hay mayor número de donantes que en la zona sur. Otro dato a tener en cuenta es que, pese a la mala situación económica, se han mantenido el número de socios, aunque en muchos casos ha disminuido el número de aportaciones o se han realizado las mismas aportaciones pero de forma más fraccionada. También es importante decir que existe mayor compromiso y fidelidad por parte de aquellos socios que llevan más tiempo colaborando y que las ONGs más grandes pierden más socios que las pequeñas (Bain & Company, 2012).

La financiación de las ONG.

Tabla 9: Origen de los fondos de las ONG entre 2005 y 2010

Origen de los fondos	2005	2007	2008	2010
Fondos privados	57%	54%	60%	67%
Fondos públicos	43%	45%	40%	33%

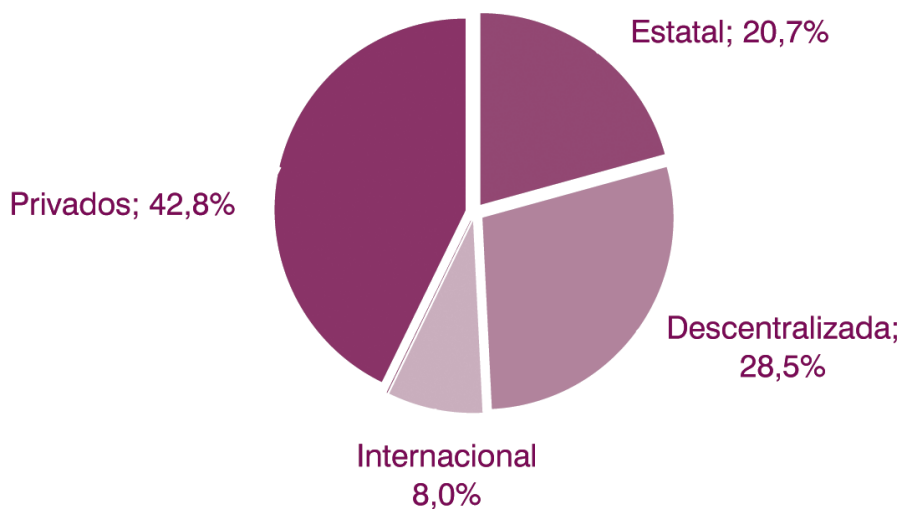
Fuente: elaboración propia a partir de CONGDE, 2009

Una primera distinción del tipo de recursos económicos que utilizan las ONGs es según su origen: público o privado. Siempre han prevalecido los fondos privados frente a los públicos, pero aquellas organizaciones de menor tamaño han tenido una dependencia mayor de los ingresos públicos; no obstante, en los últimos años han aumentado las diferencias entre ambos fondos en decremento de aquéllos de origen público. La principal causa de esta disminución es la crisis económica que afronta el país y que ha afectado de forma drástica a los recursos de las ONGs.

El ejemplo más claro y que nos aproxima a la realidad actual, lo encontramos en la disminución del presupuesto destinado a cooperación internacional al desarrollo que disminuirá más de un 65% afectando a sus principales partidas como son la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) y la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECID) cuyo presupuesto será reducido un 71,2%. De estos fondos una parte importante se destinaba a las ONGs, y además estos recortes se producen tras dos años previos de disminución del presupuesto por parte del gobierno predecesor que sumaron 800 millones menos.

El desglose de los fondos públicos atiende a si son de origen nacional, autonómico (descentralizado) o internacional (procedente de organizaciones internacionales como el FMI, la ONU, UE, Banco Mundial...). En la actualidad tiene un peso similar la ayuda procedente de los gobiernos autonómicos y entidades locales (ayuntamientos, diputaciones...) y la estatal aunque es la internacional la de menor peso, pese a que en 2005 la ayuda autonómica era ligeramente superior a la estatal.

Figura 21: Desglose de fondos públicos



Fuente: CONGDE, 2009

Los ingresos públicos que obtienen las ONG les llegan principalmente en forma de subvenciones de todo tipo, como subvenciones de capital o de explotación que se conceden por estar vinculadas a algún tipo de proyecto. Aunque también encontramos convenios, conciertos o cheques-servicios (Codorniu Montserrat, J, 2004).

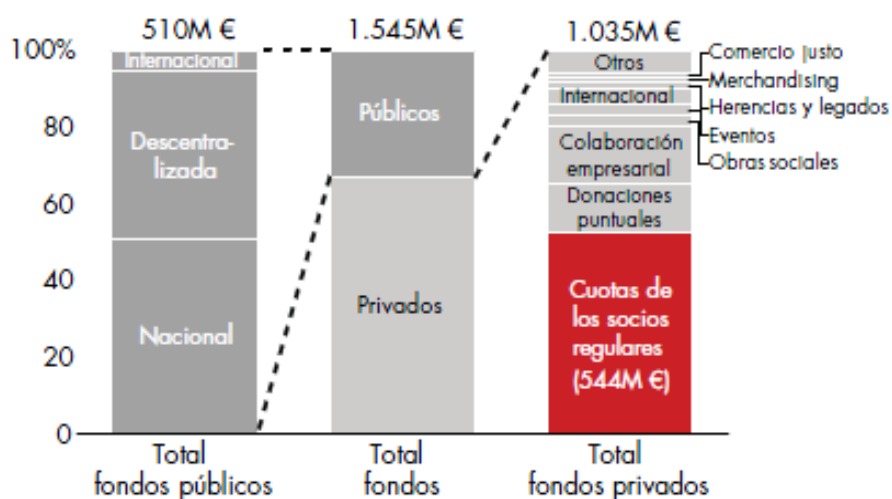
En cuanto a los fondos privados existe mayor variedad según su origen, aunque el pilar fundamental que los sostiene son las aportaciones de los socios. Pese a que han disminuido en 100 millones las aportaciones de los socios entre 2008 y 2010, su peso relativo se ha incrementado como consecuencia del drástico descenso de los fondos públicos.

Dentro de las formas de financiación privada encontramos:

Cuotas de los socios. Son la principal fuente de financiación de las ONG y se realizan para apoyar las actividades que realizan las organizaciones.

Donaciones puntuales. Con este tipo de aportaciones existe menos compromiso al no prolongarse la relación entre donante y organización receptora. En algunos casos se producen por campañas de emergencia.

Figura 22: Origen de los fondos y formas de financiación, 2010



Fuente: Los socios de las ONG, Bain & Company, 2012

Colaboración con otras ONL. Algunas organizaciones colaboran con otras para conseguir fines comunes, o beneficiarse de aquellas ventajas de las que goza la otra organización como pueden ser aportando recursos económicos, comunicación, experiencia o infraestructuras.

Colaboración empresarial. Las empresas cada vez están más interesadas y concienciadas con los fines sociales por ello inician colaboraciones realizando donaciones que suelen ir acompañadas de publicidad. Generalmente se trata de ONG grandes y reconocidas y la colaboración tiene siempre un doble objetivo, ser socialmente responsable y comunicar este hecho a sus clientes (Mecenazgo o patrocinio)

Obras sociales. Se trata de fundaciones creadas normalmente en el seno de una entidad financiera que financian programas sociales, educativos, científicos, de exclusión social,

pobreza... Al estar constituidas dentro de una entidad financiera disponen de un volumen presupuestario mucho más elevado que el de cualquier otra fundación o asociación.

Comercio justo. Es una forma alternativa de comercio promovida en la mayoría de casos por organizaciones no gubernamentales que promueven una relación comercial voluntaria y justa entre productores y consumidores. Es favorable a la libertad de comercio en iguales condiciones es decir abolir las restricciones discriminatorias a productos provenientes de países en desarrollo, desde materia prima a manufacturas o tecnología. Así se evita la discriminación y el proteccionismo. Intenta también evitar las grandes diferencias entre el precio que pagan por un producto los consumidores del primer mundo y el dinero que se les paga a sus productores en el tercer mundo, además de evitar la explotación de los trabajadores.

Merchandising. Venta de algún producto en el que aparezca la imagen de la organización como por ejemplo calendarios, bolígrafos, llaveros, tarjetas de felicitaciones de Navidad con los que se obtengan otra fuente de ingresos.

Eventos. Incluyen actividades, cenas, exposiciones, carreras solidarias y todo tipo de eventos con fines solidarios para recaudar fondos para algún fin concreto o para obtener recursos económicos para las ONL.

Herencias y legados

Para cualquier organización no lucrativa resulta fundamental diversificar sus Fuentes de ingresos para garantizar su independencia y autonomía con el de cumplir con sus fines.

Destino de los fondos

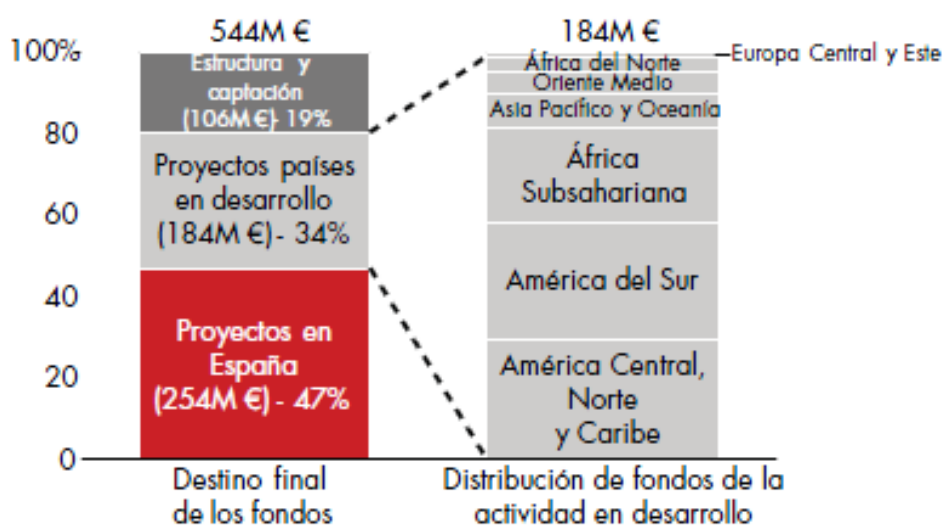
Los fondos recaudados por las ONG van destinados a distintos fines en función de los proyectos que tengan en marcha cada organización. Algunas organizaciones tienen un solo proyecto en marcha, aunque es habitual que una misma organización esté inmersa en más de una actividad, esto ocurre especialmente si la ONG tiene un tamaño (en cuanto a volumen de ingresos) que se lo permita.

Si consideramos fondos a aquellos que provienen exclusivamente de las aportaciones de los socios, un 34% de los mismos se destinaron en 2010 a proyectos en países en desarrollo

frente a un 47% a proyectos en España y un 19% para otro tipo de proyectos. En cuanto al destino geográfico de los proyectos en países en desarrollo prevalecen América Central, Norte y Caribe, seguidos de América del Sur y África Subsahariana. (Bain & Company, 2012)

La proporción de los fondos destinados a:

Figura 23: Destino de los fondos según finalidad y geografía, 2010



Fuente: Los socios de las ONG, Bain & Company,

Las áreas de actuación de las ONG a las que más recursos de los socios se destinan son las actividades socio-sanitarias (44%), seguidas de la infancia (23%), cooperación internacional (18%) y otras actividades como sensibilización social (15%).

Estructura de las cuentas de una ONG

Dentro de las cuentas anuales de una ONG existen algunos rasgos comunes debido al origen de sus recursos económicos y al uso que se hace de estos, con algunas diferencias según el volumen de ingresos que tenga cada una, la capacidad de actuación o el número de instalaciones que posea...

Tabla 10 Estructura del balance de situación de las ONG

ANC	5%-35%	PN	60%-90%
		PNC	10%-30%
AC	65%-95%	PC	

Fuente: Elaboración propia

El líneas generales el balance de situación de una ONG se caracteriza por un peso relevante del Activo Corriente (AC) que oscila entre el 65-95% frente al Activo no Corriente (ANC) que tiene un peso inferior 5-35%. Este aspecto se debe a que las ONG no disponen de grandes cantidades de inmovilizado material o intangible a diferencia de las empresas, que es la partida de mayor peso dentro del Activo no corriente. La principal razón por la que el Activo corriente es notable dentro del Activo de debe a la tendencia a disponer de sus recursos de la forma más líquida posible, esto es, en forma de efectivo. Por otro lado dentro del Patrimonio Neto (PN) y Pasivo encontramos una situación similar a la del Activo, ya que, la masa más relevante es el Patrimonio neto con un proporción sobre el total, que puede fluctuar entre 60-90% dejando una espacio de entre el 10-30% al pasivo corriente (PC) y no corriente (PNC), con mayor presencia el pasivo corriente frente al no corriente.

La clasificación de los gastos e ingresos que tiene una ONG nos aporta información muy valiosa en cuanto al uso que hacen de los recursos de que disponen, así como el origen de los recursos económicos de que disponen. De la misma forma que ocurre con el balance de situación, dentro de la estructura de la cuenta de pérdidas y ganancias también existirán diferencia entre unas organizaciones y otras pero en términos generales podemos establecer rasgos comunes:

- El importe neto de ingresos tiene dos partidas como pilares, como son las cuotas de los socios y las subvenciones y donaciones, que en algunos casos es superior una a la otra y viceversa. En función del tamaño de la organización, existe mayor dependencia de las subvenciones y por tanto del sector público.
- Dentro de los gastos, sobresalen los de explotación y la partida a la que se destinan más recursos es gasto de personal seguida por otros gastos de explotación y aprovisionamientos.

- Ingresos y gastos financieros apenas tienen relevancia dentro de los ingresos y gastos totales.

Cabe destacar que la **diferencia de presupuestos y la forma de obtención de ingresos son factores determinantes en la estructura de la cuentas** de una organización y que entre asociaciones y fundaciones existe mayor dependencia del sector público (subvenciones) por parte de las primeras que las segundas.

De alguna forma, **la estructura de las cuentas anuales** más allá de aportarnos información sobre el destino de los gastos y origen de los ingresos **nos proporcionan información sobre el modelo de gestión de los recursos económicos de la organización** y el grado de responsabilidad de la organización en función del uso que se hace de éstos.

Los recursos humanos de las ONGD.

Los recursos humanos con los que cuentan las ONG pueden dividirse entre personal asalariado y voluntario. Dentro de las ONG prevalece el número de personal voluntario frente al asalariado aunque se experimenta un descenso dentro del grupo de asalariados consecuencia de la disminución de los recursos económicos de las organizaciones.

El perfil de los recursos humanos de las ONGD refleja que la proporción de mujeres es mayor que la de hombres tanto si hablamos de personal remunerado como voluntario, no obstante este porcentaje se invierte en cuanto a puestos de responsabilidad. Además en torno al 50% del personal (voluntario o remunerado) son personas jóvenes de entre 25 y 44 años. Las principales tareas de los voluntarios son: administración y gestión, campañas de sensibilización, captación de fondos, comunicación, traducción, documentación o comercio justo. Todas ellas una dedicación media de entre 1 y 4 horas semanales.

En cuanto al voluntariado a nivel internacional continúa creciendo el interés en participar en campos de trabajo o proyectos de sensibilización para conocer la realidad de cada país. Los requisitos que se exigen para el voluntariado son simples y no requieren cualificación en la mayoría de los casos : compromiso con la ONG, conocimiento del país al que se va a viajar (formación específica por parte de la propia ONG), ser mayor de edad y en menor medida formación en cooperación y prevalecen las estancias de menos de tres meses siendo las

principales áreas de actuación proyectos de salud y atención medica y educación teniendo como principales destinatarios niños, personas mayores o discriminados..

3.2.2 Microentorno

El estudio del entorno más cercano de la asociación, es decir, el microentorno, se va a centrar en las relaciones que mantiene ésta con el resto de partes interesadas que se sitúan en su entorno. Entre todas ellas destaca Hospital de Gambo que es la base para que ATA pueda desarrollar su actividad, por ello explicaremos su funcionamiento, gestión y recursos con los que cuenta. Además la presencia de ATA en Gambo se explica por las dificultades que tiene el sector sanitario del país, que es el resultado en parte de las políticas de gestión ejercidas por el gobierno en materia de salud constituyendo éste otro grupo de interés dentro del entorno de la asociación.

El Hospital De Gambo

El Hospital Rural de Gambo se encuentra a 245 kilómetros al sureste de la capital del país, Addis Abeba, la cual se encuentra a 2.200 metros sobre el nivel del mar, rodeada de montañas pobladas de denso arbolado. Cerca discurre un pequeño río que tiene un caudal constante a lo largo de todo el año y del que se surte el Hospital y la Misión para sus necesidades.

Figura 24: Región del Hospital de Gambo



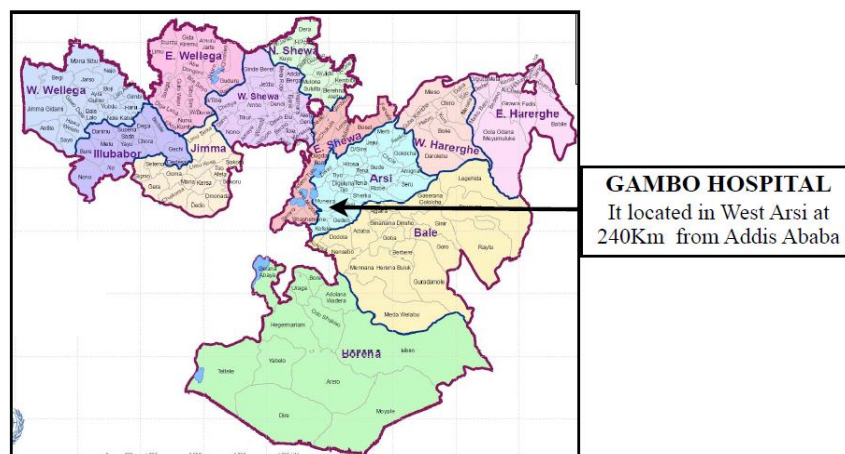
Fuente: Informe Hospital de Gambo, 2009

El hospital está situado a 18 kilómetros de la ciudad más cercana y se puede llegar a través de una desgastada carretera. Está situado al oeste de la provincia de Arsi, en el distrito de Kore.

Esta provincia tiene una población de 1.737.434, una densidad poblacional de 107 habitantes por km². En el oeste de Arsi solo hay dos hospitales, el Regional en Shashemane y el de Gambo, situados a 40 km de distancia. En cuanto a los centros de salud, hay dos a más de 40 km y otros dos a 20 km del Hospital de Gambo.

La misión de Gambo fue iniciada por los frailes capuchinos alrededor de 1922, los cuales pertenecían a la Sede Apostólica Vicariato de Harar. En 1975 los misioneros de la Consolata se hicieron cargo de los cuidados y más tarde en 1981 daban servicio a la nueva prefectura apostólica de Meki. Desde los primeros tiempos, los misioneros se encargaban de atender los numerosos casos de lepra que afectaban a mucha gente que se encontraba en las proximidades, por ello se consideró la posibilidad de crear un centro que atendieran a estos enfermos.

Figura 25: Localización exacta del Hospital de Rural de Gambo



Fuente: Informe Hospital de Gambo, 2009

En 1960 ya había una leprosería organizada, que prestaba atención a cerca de 40 familias alojadas en las chozas tradicionales, y más tarde en 1969 fueron construidas viviendas mejores con bloques de argamasa.

Gambo se convirtió en el centro de todas las actividades de control y supervisión en relación con el Programa Nacional de la lepra en la provincia de Arsi. Para el cuidado de la salud de

estas personas estuvieron presentes las Misioneras Médicas de María, que trabajaron ejemplarmente hasta 1977. Durante la década de 1980 la institución fue renovada y pasó de ser un centro de cuidados de enfermedades crónicas a un centro curativo y preventivo, también gracias a la introducción en 1984 del nuevo tratamiento para la lepra, que permitía la curación completa y el seguimiento de los pacientes en su ambulatorio más cercano, sin peligro para el resto de la población. La transformación concluyó en 1987, cuando el nuevo Hospital Rural general fue inaugurado oficialmente con 140 camas, el proceso tuvo éxito con el apoyo de CUAMM (Médicos con África), que desde 1985 hasta 1995 dio apoyo técnico y financiero. En 1989, la responsabilidad del Programa de Lepra fue asumida por el gobierno y Gambo se mantuvo como referencia para el diagnóstico y tratamiento.

Figura 26: Logo Hospital de Gambo



Fuente: Informe Hospital de Gambo. 2009

Hoy el hospital es considerado por el Ministerio de Salud como un hospital de distrito y se siguen las normas establecidas para estas instituciones, participa en todos los programas nacionales de control de la tuberculosis, la lepra, la prevención del VIH y el diagnóstico es uno de los puntos de vigilancia centinela permanente para la sistema nacional de vigilancia, TAR (tratamiento antirretroviral) y PTMI (Prevención de la transmisión madre a hijo) de servicios, centro de alimentación terapéutica para desnutrición aguda, la atención prenatal en todo el entorno del hospital (cerca de 85 mil personas) y el EPI (Expanded programa de Inmunización), con todas las campañas puntuales para casos de emergencia y las epidemias.

Cobertura del hospital

El hospital da atención a personas de 13 aldeas. Estos pueblos pertenecen a dos distritos, Arsi-Negele y Kore, estando el Hospital en la frontera entre los dos distritos.

Figura 27: Pabellón del Hospital de Gambo

Fuente: web ATA

Requisitos para ser beneficiario de los servicios del hospital:

- El único **requisito es estar enfermo**, tanto para acceder a consultas externas como para poder ser ingresado en el hospital.
- Los enfermos que acuden (tribus de la zona Oromo y Kambata) provienen de lugares en los que las personas viven en condiciones de extrema pobreza con una base alimenticia basada en los cereales de la zona. Pese a ello, **pagan una tasa mínima** de admisión en el caso de **los niños** (menores de 12 años), mientras que **los adultos pagan una tasa mayor**, aunque en ambos casos se incluye la medicación para el tratamiento ambulatorio. Por otro lado, **los enfermos de lepra no pagan** por los procedimientos que precisan, son la Asociación internacional de lucha contra la lepra (ILEP) y Organización Mundial de la Salud (OMS) las que se hacen cargo de todos los costes.

El hospital fomenta la integración de las personas que sufren secuelas de la lepra mediante su contratación para la realización de tareas dentro del recinto del hospital. Otra acción que desarrolló el hospital es el fomento de los estudios para las mujeres; para ello, se les exige a los médicos que sus esposas tengan un cierto nivel de estudios.

Descripción del Hospital de Gambo

El Hospital de Gambo, es un hospital general y rural que pertenece a los Misioneros de la Consolata y que está bajo la jurisdicción del Vicariato de Meki. El Hospital tiene una

distribución modular en forma de pabellones, y cuenta con 145 camas repartidas entre las áreas siguientes:

Tabla 11: Distribución de camas entre los distintos pabellones

PABELLONES	CAMAS 2009	CAMAS 2011
Lepra	30	46
Pediatría	36	30
Medicina interna	33	20
Tuberculosis	12	18
Maternidad	12	10
Cirugía	12	21
TOTAL	135	145

Fuente: elaboración propia a partir de, Informe de Gambo y memoria ATA 2011

Algunos aspectos a tener en cuenta en relación al uso que se hace de las camas del hospital, es la proporción destinada a niños, que en 2009 supuso un total de 35 camas, con una ocupación de 2 enfermos por cama.

En cuanto a las unidades de que dispone el hospital, destacamos la incorporación de elementos fundamentales para el tratamiento y diagnóstico de enfermedades como: la adquisición en 2009 de dos incubadoras adicionales, la constitución en 2005 del laboratorio de análisis clínicos y microbiología, las dos salas operatorias con las que cuenta actualmente el quirófano con equipo de esterilización por vapor.

Además desde 2009 la farmacia dispone de una oficina de dispensación de medicamentos en la consulta de externos, un gabinete de preparación de dosis unitarias para los pacientes ingresados, un laboratorio de formulación y preparación de medicamentos propios y un gran almacén de depósito de los envíos recibidos.

También se consiguió en 2009 inaugurar el gimnasio de rehabilitación cuya puesta en marcha ha sido posible en 2010-2011 al ser uno de los objetivos en los que más énfasis ha puesto ATA para cerrar el círculo de la cirugía reconstructiva por las secuelas de la lepra.

Tabla 12: Unidades dentro del Hospital

UNIDADES
Consulta de pacientes externos
Sala de rayos X y ecografías
Farmacia : punto de venta + laboratorio
Laboratorio clínico
Quirófano
Clínica antirretroviral
Área de tuberculosis
Taller de ortopedia técnica
Gimnasio de rehabilitación
Vestuario
Cocina, lavandería , almacén
Depósitos de cadáveres
Cuadra de caballos
Huerto propio
Casas de acogida

Fuente: elaboración propia a partir memoria ATA 2011

Las hermanas de focauld, han tenido cerca del hospital unas casa de acogida para pacientes enfermos que acudían al Hospital de Gambo y necesitaban cuidados diarios hasta su completa recuperación. Actualmente esta misma misión es realizada por la Consolata y se considera una accion vital para la completa recuperación de los pacientes.

Personal

El personal del Hospital de Gambo está compuesto en su mayoría por profesionales sanitario que se puede clasificar en: médicos, enfermeras/os, funcionarios de salud, auxiliares o asistentes, técnicos de laboratorio, técnicos de rayos x, farmacéuticos, técnicos de farmacia, y ayudantes. También cuenta con personal no sanitario que realiza tareas administrativas como gestión de ingresos y salidas del hospital o promotores de la salud. La evolución del staff sanitario desde el 2004 ha sido creciente, debido especialmente al incremento del número de enfermeras/os, no obstante el numero de doctores solo se ha incrementado en uno, hecho que hace más evidente la carencia de personal sanitario en esta región. Resulta necesario mencionar que del total de los médicos con los que cuenta el hospital, solo dos forman parte de la plantilla fija del hospital y el único cirujano general no siempre está presente.

A este hecho se debe añadir que si las carencias de profesionales sanitarios ya son extremas, se agudizan durante los periodos vacacionales. En 2009 había un total de 110 profesionales pero actualmente cuenta ya con 118.

Tabla 13: Evolución de los recursos humanos del Hospital de Gambo

PERSONAL	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Médicos	3	3	3	3	3	4
Enfermeras/os	12	13	13	13	16	20
Funcionarios de salud	1	1	1	1	0	0
Asistentes o auxiliares	3	3	3	3	2	1
Técnicos de laboratorio	3	3	3	4	4	4
Técnicos de rayos x	1	1	1	1	0	1
Farmacéuticos	0	0	0	0	1	2
Técnicos de farmacia	0	1	1	1	1	1
Ayudantes sanitarios	30	30	31	31	26	26
Administrativos	71	71	70	69	51	51
Total personal sanitario	53	55	56	57	53	59
Total personal	124	126	126	126	104	110
Proporción personal sanitario	43%	44%	44%	45%	51%	54%

Fuente: elaboración propia a partir del Informe de Gambo 2009

Consulta de pacientes externos:

Dentro del área de consulta de externos forman parte de las acciones habituales, los procedimientos de laboratorio para el diagnóstico, el servicio de radiología o las donaciones y transfusiones de sangre que a su vez son servicios que también se usan con los pacientes ingresados.

La asistencia sanitaria a los pacientes de consultas externas alcanzó la cifra de 35.632 durante el 2009, con una media de consultas diarias de 137 pacientes, de los cuales 22.497 fueron casos nuevos y 13.135 repetidores, siendo el número de mujeres atendidas (50,85%) superior al de hombres (49,15%). Haciendo una comparativa con el año anterior, el número de

pacientes totales atendidos, experimentó un descenso del 37,9%. Podría considerarse positivo el descenso de la cifra de pacientes externos, por el aumento de la prevención, o mejoras higiénicas, pero también se puede interpretar como la mayor incidencia de la desnutrición

como consecuencia de las hambrunas y el incremento de la mortalidad que junto a la pobreza de la población facilitan el descenso de la atención sanitaria.

Tabla 14: Evolución pacientes externos entre 2004 y 2009

Pacientes Externos	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Variación 2008-2009
Pacientes nuevos	32.172	25.879	30.349	29.435	26.762	22.497	-15,9
Repetidores	35.428	31.342	26.646	18.915	28.126	13.135	-53,3
Total pacientes	67.600	57.221	56.995	48.350	57.380	35.632	-37,9
Pacientes diarios	260	220	219	185	220	137	-37,9

Fuente: elaboración propia a partir del Informe de Gambo 2009

Entre las afecciones tratadas a los pacientes externos, que representan aproximadamente 22,5% del total de pacientes atendidos, destacan en cuanto a número de casos: las infecciones del tramo respiratorio superior, las infecciones de la piel, otras infecciones, bronquitis crónica, y las gastroenteritis especialmente en los menores de 2 años o las gastritis.

Tabla 15: Diagnósticos más frecuentes en consultas de estenos

DIAGNÓSTICOS	CASOS	PROPORCIÓN
Infecciones del tramo respiratorio superior	3.511	15,61%
Infecciones de la piel	3.205	14,25%
Otras infecciones	1.676	7,45%
Bronquitis crónica	1.641	7,29%
Gastroenteritis < 2 años	1.294	5,75%
Gastritis y duodenitis	996	4,43%

Fuente: elaboración propia a partir del Informe de Gambo 2009

Servicio de Radiología.

El servicio de radiología llevó a cabo en 2009 un total de 2.895 radiografías, un 14,3% más que el año anterior de las cuales solo el 22,3% se les realizó a pacientes ingresados. Entre las

radiografías destacan aquellas realizadas en el pecho, extremidades mientras que en ecografías destacan aquellas de carácter ginecológico y abdominal.

Laboratorio.

Ha habido un desarrollo en la actividad que realiza el laboratorio, ya que se dispone de un registro informatizado y algunos procedimientos están automatizados gracias a los nuevos equipos. Al mismo tiempo el sistema de información ha variado por lo que el rendimiento en años anteriores no es equiparable a los actuales.

Tabla 16: Número de procedimientos analizados en 2004 y 2009

Procedimientos	2004	2009
Nº de procedimientos a Pacientes externos	40.125	63.183
Nº de procedimientos a Pacientes internos	6.192	15.018
Total procedimientos	46.317	78.201

Fuente: elaboración propia a partir del Informe de Gambo 2009

La mayor parte de los procedimientos que lleva a cabo el hospital provienen de la actividad derivada de las consultas a pacientes externos y pese a que el incremento del número de procedimientos no es equiparable, por la incorporación de nuevos equipos, se observa el aumento abultado entre el periodo 2004-2009 con un promedio diario de 301 procedimientos (no incluido sábado y domingo). La variedad de los test que se realizan en el laboratorios es amplia: test para detectar parásitos, bacteriológicos, urinarios, deposiciones, test de embarazo...

Extracciones de sangre

Dentro del hospital es necesario disponer de sangre para poder realizar transfusiones por diversas causas como anemias crónicas, posoperatorios o la malaria. Para ello se incentiva la donación de sangre entre la población que en muchos casos es reticente a hacerlo, por las creencias entre los etíopes de la pérdida de vida por donarla. Antes de realizar cualquier transfusión de sangre se analiza previamente para descartar, VIH, sífilis, hepatitis B y hepatitis C. Los datos de transfusiones nos muestran que más del 75% de los donantes fueron hombres y que un 0,8% fue positivo en VIH y un 10% en hepatitis B y C.

Ingresos de pacientes

Dentro del área de ingresos del hospital destacan los servicios de cirugía (mayor y menor), la anestesia y obstetricia. Los pacientes que necesitan ingreso en el hospital, son destinados a distintas plantas, por ello atendiendo a la distribución de los ingresos encontramos que pediatría y maternidad son las plantas que más ingresos han recibido seguidos por cirugía.

En total fueron ingresados 4.046 pacientes en el año 2009. El diagnóstico durante el ingreso es muy variado destacando en primer lugar las gastroenteritis en menores de dos años y el parto normal, seguido por bronquitis, neumonías, tuberculosis, lepra, partos complicados, malaria..., siendo la proporción de mujeres ingresadas mayor (54,8%) que la de hombres con (45,2%)

Tabla 17: Número de ingresos por planta en 2004 y 2009

ADMISIONES POR PLANTA:	2004	2009
Medicina interna	661	324
Tuberculosis	102	205
Cirugía	209	450
Pediatría	2.721	2.172
Maternidad	661	774
Lepra	76	121
Total	4.430	4.046

Fuente: elaboración propia a partir del Informe de Gambo 2009

La **índice de ocupación**, nos indica el porcentaje de camas que han sido ocupadas por pacientes ingresados durante un periodo

$$\text{Índice de ocupación} = \frac{N^{\circ} \text{ de ingreso} \times \text{Estancia media}}{N^{\circ} \text{ de camas} \times N^{\circ} \text{ de días periodo}} \times 100$$

$$\text{Índice de ocupación} = \frac{4.046 \times 13}{135 \times 365} \times 100 = 107 \%$$

Se puede calcular de una forma sencilla teniendo en cuenta que la **estancia media** en el hospital durante el 2009 que fue de 13 días, un día menos que el año anterior. La estancia media nos indica el número de días que por término medio ha permanecido ingresado un paciente en el hospital durante un periodo de tiempo determinado, nos permite comparaciones entre hospitales e incluso, como es este caso, comparaciones entre unos años y otros. Como resultado se obtuvo una índice de ocupación de camas de 107% un 15,4% menos que el año pasado destacando con mayor peso la planta de cirugía donde el porcentaje fue de 179,38% seguida de tuberculosis y pediatría.

Tabla 18: Evolución de intervenciones de cirugía entre 2004 y 2009

	2.004	2.005	2.006	2.007	2.008	2.009
Cirugía mayor	344	904	1.517	823	772	704
Cirugía menor	890	782	689	617	1.023	966

Fuente: elaboración propia a partir del Informe de Gambo 2009

Cirugía.

El área de cirugía cuenta con un cirujano presente de forma permanente y el resto, especialistas voluntarios, acuden de forma regular. La actividad quirúrgica ha experimentado un incremento durante los últimos años al poder disponer el hospital de más personal para efectuar operaciones durante algunos periodos del año. Dentro de las dos categorías, cirugía mayor y menor encontramos que el número de intervenciones de esta última ha sido superior con 966 operaciones en 2009.

Entre las principales intervenciones de cirugía mayor son: tiroidectomía, prostatectomía, laparotomía, cesáreas, y osteotomías. Por otro lado en el caso de la cirugía menor las operaciones mayoritarias son: biopsias, incisiones por abscesos, escisión por quistes, cateterización...

Anestesia

En cuanto al tipo de anestesia, de 19 operaciones de cirugía mayor una se hizo con anestesia general con ketamina, otra con anestesia general con intubación, 5 con anestesia de bloqueo y 12 con anestesia espinal. De 5 operaciones menores, se realizaron 4 con anestesia local y 1 con anestesia espinal.

Obstetricia

Es la rama de la medicina que cuida la gestación, el parto y el período que abarca desde el parto hasta que la **mujer** vuelve al estado que tenía antes de la gestación. Los **controles prenatales** realizados por la obstetricia permiten cuidar la **salud** de la mujer y de su hijo para que el parto se realice con normalidad.

El número de partos atendidos en el Hospital de Gambo durante el 2009, un 21,6% menos que en 2008, fue de 482 de los cuales 431 fueron normales y 51 con dificultades. De entre los partos atendidos por dificultades 48 fueron por cesárea. Del total de partos atendidos, nacieron 528 niños de los cuales 71 tuvieron un bajo peso al nacer (13,4%) y se produjeron 68 abortos.

Tabla 19: Tipología de nacimientos

Tipo de nacimientos	2009
Nacimientos normales	431
Nacimientos anormales	51
Total nacimientos	482
Variación respecto 2008	-21,6
Cesáreas	48
Bebes peso normal	457
Bebes poco peso	71
Total bebes	528
Abortos	68

Fuente: elaboracion propia a partir del Informe de Gambo 2009

Otros servicios

El hospital incluye otros servicios como los prevención: educación para la salud, vacunación, atención prenatal, servicios de VIH/SIDA, programas de control de la tuberculosis, control de la lepra. Además cuenta con un taller de ortopedia.

Educación para la salud

La educación para la salud es una actividad importante tanto para los pacientes de consulta de externos como para aquellos que se encuentran ingresados en alguna planta del hospital.

Los temas de las lecciones son variados: higiene, nutrición tuberculosis, lepra, vacunas, diarrea, VIH, enfermedades de transmisión sexual, el embarazo, la atención prenatal y la malaria.

Durante el 2009 hubieron 117.503 participantes que supusieron un 18,7% menos que el año anterior y se realizaron un total de 455 sesiones.

Tabla 20: Participantes en programas de educación en 2008 y 2009

	2008	2009
Participantes	144.539	117.503
Sesiones	468	455

Fuente: elaboración propia a partir del Informe de Gambo 2009

Vacunación

El servicio de vacunación sigue el Expanded Program of Immunisation (EPI) de la UNICEF en 13 aldeas que corresponden los alrededores asignados al Hospital por el Ministerio de Salud. Los pueblos pertenecen a dos distritos, Arsi Negele y Kore, estando el Hospital en la frontera entre los dos distritos. De los 13 pueblos, 2 reciben el servicio en el Hospital, ya que están muy cerca (vacunación estático), y el resto lo recibirá en 12 centros periféricos (Extensión). Además, hay intensas campañas para vacunar a las mujeres en edad fértil, principalmente a través de la escuela que visita distintas aldeas. El programa de vacunación incluye también la vacuna contra el tétano en mujeres embarazadas y las mujeres en edad fértil (MEF, de 15 a 45 años de edad). Se vacunaron 1.811 mujeres embarazadas de las que al menos el 47,7% recibió dos dosis de vacuna antitetánica. Mientras que dentro de las mujeres en edad fértil fueron vacunadas 388 y el 69,6% recibió por lo menos dos dosis de vacuna antitetánica.

La atención prenatal

Durante el año 2009, 4.310 mujeres embarazadas recibieron atención prenatal (al menos una primera visita) en el Hospital de Gambo, una cifra muy inferior a la del 2008 con 4.919 visitas. Estas consultas permitieron detectar 1.165 casos de embarazos de riesgo. En un país donde la natalidad es alta y la mortalidad infantil también, resulta esencial la atención prenatal que deben recibir las madres durante todo el embarazo.

Servicio de VIH / SIDA

La atención a los pacientes con VIH y la prevención de la transmisión de esta infección está cogiendo fuerza en el país. El Programa para personas con VIH y asesoramiento con prueba (PIHCT) se lleva a cabo en todos los niveles y está muy bien aceptado, además el

asesoramiento y pruebas voluntarias (APV) cuenta con un consejero a tiempo completo, pero las solicita menos gente. A todos los pacientes antes de los test se les aconseja y posteriormente también, independientemente del resultado. Se pone especial énfasis en la Prevención de la transmisión materno-infantil (PTMI) que se realiza para todas las mujeres embarazadas así como también se les hace la prueba del VIH a todos los pacientes nuevos de tuberculosis diagnosticados, y de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

A todos los pacientes positivos se les examina o transfieren a la clínica de VIH, y se registran en cuidados crónicos por lo que se les atiende con regularidad y, cuando es necesario se da comienzo a un tratamiento antirretroviral (ART). El laboratorio lleva a cabo todas las pruebas necesarias para el seguimiento de estos pacientes, el diagnóstico de los niños se realiza por PCR en el laboratorio de referencia de la región de Oromia. Al final de 2009, 183 pacientes estaban en tratamiento y 870 inscritos para el seguimiento en el Clínica del VIH.

Tabla 21: Pacientes pre-ART y ART atendidos en 2009

	VIH (sin tratamiento ART)	ART (antirretroviral)
Niños < 18 meses	4	1
Niños 18-60 meses	24	3
Niños 5-14 años	46	7
Mujeres > 14 años	345	86
Mujeres embarazadas > 14	423	86
Total	870	183

Fuente: elaboración propia a partir del Informe de Gambo 2009

Programa de Control de la Tuberculosis.

El Hospital de Gambo participa en el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. Durante el 2009, a 6.044 personas se les tomó una muestra de esputo y fueron examinadas arrojando

un resultado de 1.987 casos nuevos y 83 pacientes de seguimiento. De los nuevos pacientes, 243 fueron positivos (12,23%), cifra superior a la del año anterior, y dentro de los pacientes en seguimiento de sólo el 2 (2,4%) fueron positivos.

Control de la Lepra.

Este Hospital es también el centro de referencia de Control de Lepra y tratamiento, en el oeste de la provincia de Arsi. Para este servicio el hospital cuenta con 30 camas cuya tasa de ocupación es 96,16%, algo inferior al año 2008 (114%). Los pacientes ingresados fueron 121, algo menos que el año pasado que fue de 147. La estancia media de un enfermo de lepra es muy superior a la calculada para cualquier enfermo del hospital con una duración de 87.02 días, aun así ha disminuido respecto al año anterior (85,6 días).

Las causas para la admisión de los enfermos de lepra son: reacciones y heridas de diversa índole, algunos casos necesitan cirugía para modificar los defectos o, sobre todo, para ayudar a la curación de las úlceras. La cirugía de los pacientes con la lepra ha progresado de forma extraordinaria debido a la llegada de voluntarios de ATA, en su mayoría Cirujanos Ortopédicos, que dedican especial atención a las lesiones de la lepra y está ayudando a muchos de los ellos con la cirugía reconstructiva, con un total de 19 intervenciones de cirugía mayor y 5 operaciones menores en 2009 de las cuales 13 se realizaron en varones y seis en mujeres.

Tabla 22: Tipología de intervención en pacientes de lepra.

Tipo de operación	2008	2009
Amputación	1	1
Cirugía ósea	0	4
Osteotomía	10	7
Transferencia del tendón posterior de la tibia	2	0
Reconstrucción mano (Zancolli)	5	0
Cirugía plástica	3	6
Laparotomía-colecistectomía	0	1
Operaciones menores	0	5
Total	21	24

Fuente: elaboración propia a partir del Informe de Gambo 2009

Taller de ortopedia

El taller de ortopedia durante años se ha dedicado a la producción y reparación de zapatos especial para cubrir las necesidades de los pacientes con lepra. Recientemente se ha actualizado con al producir prótesis y otros aparatos ortopédicos para todo tipo de pacientes, incluidos los de lepra. (Hospital de Gambo, 2009)

Tabla 23: Productos del taller de ortopedia.

Tipos	Producidos	Reparados
Sandalias	160	80
Zapatos	96	140
Protética	2	57
Ortopédicos	98	46
Muletas	0	58
Total	356	381

Fuente: elaboración propia a partir del Informe de Gambo 2009

El sistema sanitario etíope y sus políticas sanitarias

A continuación analizaremos el sistema sanitario etíope con el fin de mostrar las dificultades que arrastra. Comenzaremos por la estrategia seguida por el gobierno, la estructura del sistema sanitario, su financiación, la cobertura que ofrece a la población y finalmente los recursos humanos con los que cuenta.

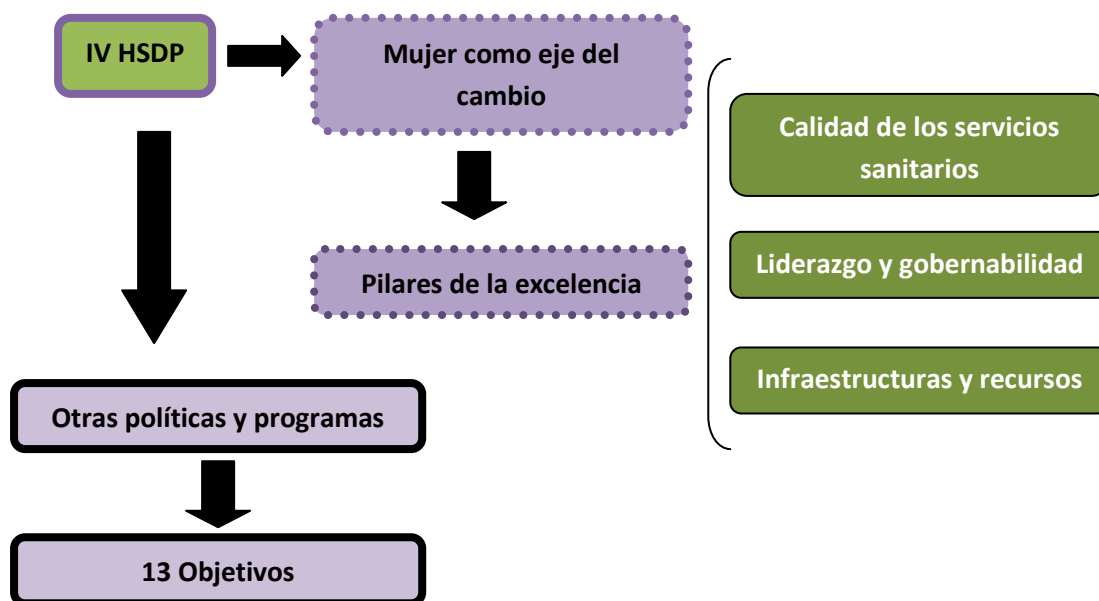
Estrategias de la política sanitaria

A principios de los noventa solo el 43% de la población tenía acceso a los servicios de salud modernos y además todos los agentes del sistema sanitario estaban colapsados. Para mitigar esta situación el gobierno empezó con una política sanitaria, con un compromiso hacia la descentralización y democratización enfocada en la promoción y prevención de la salud, así como el desarrollo de un nivel equitativo y aceptable de los servicios de salud para toda la población.

En respuesta a los problemas de salud existentes, Etiopía estableció un plan de desarrollo del sector, "Health Sector development Plan (HSDP) que incorporaba una estrategia para el sistema sanitario de 20 años mediante programas de 5. En 2011 terminó el HSDP III y se inició el HSDP IV que terminara en 2015, en el que la mujer ocupa el "centro de todas las actividades" y se le atribuye el rol de eje de cambio. Las tres líneas estratégicas del HSDP IV

son los llamados "pilares de excelencia" que irán enfocados a otros asuntos, así como se continuará con algunos de la fase anterior. En primer lugar, la calidad de los servicios sanitarios a todos los niveles, en segundo liderazgo y gobernabilidad que implica planificación, seguimiento y evaluación, formulación e implementación y desarrollo de un marco regulatorio basado en evidencias y una asignación eficiente de recursos. Y por último requiere de unas infraestructuras sanitarias y recursos humanos y materiales.

Figura 28: Esquema objetivos y políticas de salud en Etiopía



Fuente: elaboración propia a partir Informe de AHWO, 2010

El Plan se complementa con **otras políticas y programas** del país tales como: la política y estrategia para la prevención y control de VIH/SIDA, la política nacional de medicamentos, la política nacional sobre población, la política nacional de la mujer, la política y estrategia de desarrollo rural, la estrategia de supervivencia del niño, el programa nacional de nutrición, el

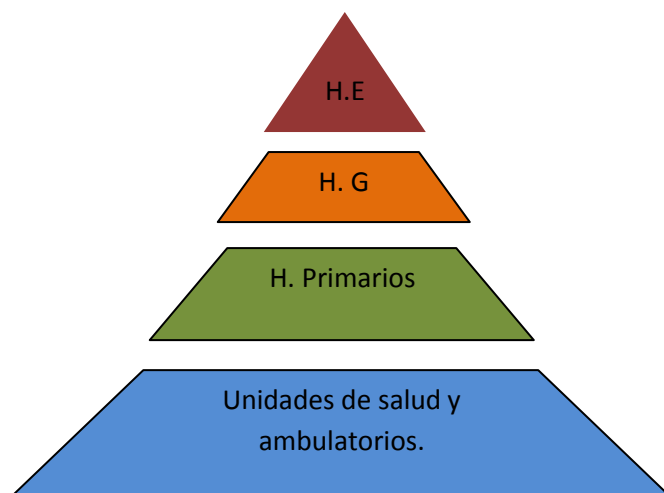
plan estratégico nacional de prevención, control y erradicación de la malaria, la estrategia de salud reproductiva, el programa de extensión de la salud, y la estrategia de desarrollo nacional

A su vez estas líneas, se concretan en 13 objetivos estratégicos: 1. Mejorar la salud. 2. Mejorar el acceso a los servicios. 3. Mejorar la apropiación de la comunidad. 4. Maximizar el uso de los recursos. 5. Mejorar la calidad de los servicios. 6. Fomentar la armonización y el alineamiento. 7. Mejorar el sistema regulatorio. 8. Mejorar la preparación y respuesta a emergencias. 9. Mejorar el suministro y los servicios farmacéuticos. 10. Mejorar la toma de decisión basada en evidencias. 11. Mejorar la infraestructura sanitaria. 12. Mejorar la movilización de recursos. 13. Mejorar el capital humano y el liderazgo. (AECID y Ministerio de finanzas y desarrollo económico de Etiopía, 2011)

Estructura del sistema sanitario

La atención sanitaria en un principio tuvo 6 niveles pero posteriormente se pasaron a cuatro: los centros de salud o ambulatorios que se situarían en el nivel de atención sanitaria más bajo, seguidos de los hospitales primarios, los hospitales generales y finalmente aquellos hospitales especializados, los cuales deberían dar cobertura a 25.000, 100.000, 1.000.000 y 5.000.000 respectivamente.

Figura 29: Estructura del sistema sanitario etíope



Fuente: elaboración propia a partir Informe de AHWO, 2010

La atención sanitaria la lleva a cabo el mayoritariamente el Estado, sin embargo el sector privado y las organizaciones no gubernamentales (ONG) desempeñan un papel importantes dentro del sector

Tabla 24: Instalaciones sanitarias atendiendo a su origen público o privado

Instalaciones	Públicos	Privados	Total
Hospitales	82	67	149
Centros de salud	1.332	11	1343
Clínicas y Unidades de Salud	1.517	1788	3305
Ambulatorios	12.488	-	12.488

Fuente: elaboración propia a partir Informe de AHWO, 2010

El aumento del sector privado de salud tanto con fines de lucro como sin fines de lucro ofrece una oportunidad de mejorar la cobertura de servicios de salud y su utilización. El HSDP reconoce la complementariedad entre los subsectores para proporcionar un servicio de salud óptimo. No obstante, **la mayor parte de los servicios públicos y privados se encuentran en zonas urbanas y la mayoría de la población vive en zonas rurales.** Procederemos a comparar mediante un sencillo “análisis de la competencia” las ONGs que operan en el país.

Financiación del sector salud

Los servicios de salud en Etiopía se financian a partir de cuatro fuentes:

Gobierno. el gobierno financia el sector salud a través del presupuesto anual. A nivel federal el sector se financia a través del Ministerio Federal de Salud y a nivel regional los gobiernos regionales ofrecen un bloque de subvenciones a las woredas que son las encargadas de asignar los recursos a las unidades de salud y ambulatorios.

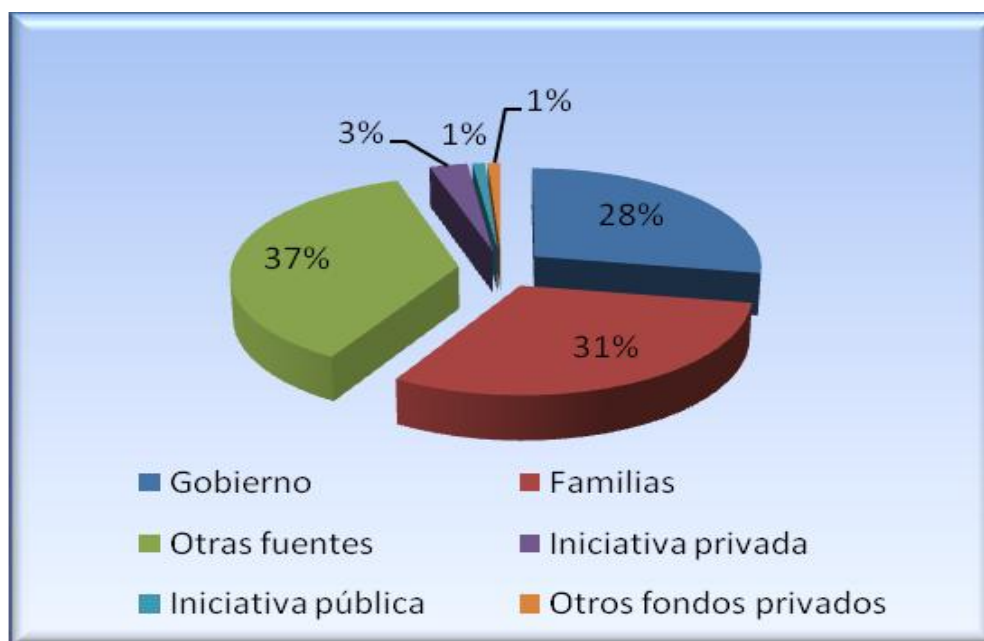
Los donantes multilaterales y bilaterales. Los recursos de los donantes fluyen a través del presupuesto del Ministerio de Finanzas y Desarrollo económico, los programas del Ministerio de Salud o el apoyo de un proyecto en el caso del que el donante administre y gaste los recursos. (Subvenciones y préstamos)

Las organizaciones no gubernamentales. Las ONG so otra fuente de fondos para el sector a través del apoyo a proyectos y prestación de servicios a hospitales de misiones y centros de salud o clínicas.

Las contribuciones privadas para ONG. Proviene de pagos extra a través de inversiones del sector privado en servicios de salud para hospitales privados, clínicas o farmacias.

Si tenemos en cuenta la evolución de la partida de las cuentas destinadas a salud obtenemos que entre 1999 y 2005 se incrementó el gasto en salud un 53% pasando de 356 millones de dólares a 522 millones lo que supone un crecimiento del gasto en salud per cápita que se sitúa en 7,14\$ de los cuales solo 2.2\$ provienen del Estado. Esta cifra queda lejos de alcanzar las metas de los objetivos de desarrollo del milenio (ODM) que con 15,41\$ per capita o los de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que exige 34\$.

Figura 30: Fuentes de financiación del sector sanitario.



Fuente: elaboración propia a partir Informe de AHWO, 2010

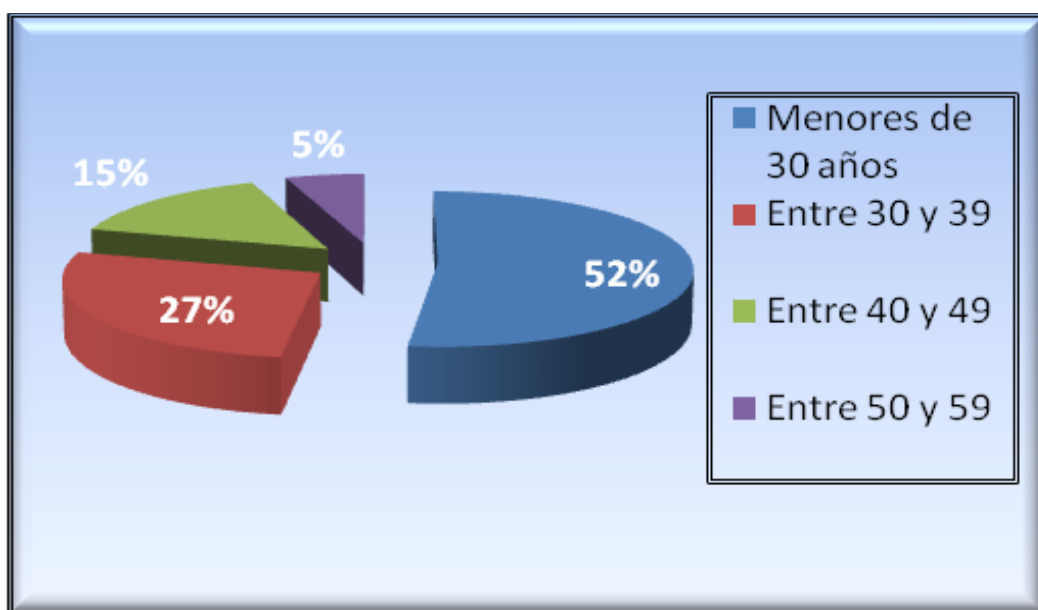
De una forma más clara se observa que el gasto en salud de Etiopía apenas llega al 5% del PIB .

Situación de los recursos humanos del sector salud

Los estudios de los recursos humanos del sector salud del año 2009 de todas las regiones del país muestran que más de la mitad de los profesionales sanitarios (55,6%) son hombres jóvenes con una edad media de 25 años. Casi todos con un nivel de estudios medio o alto.

Si se tiene en cuenta a todos los trabajadores de todo el sector la cifra se incrementa hasta 66.314, ya que incluye a los HEWS (promotores de salud) y a otro tipo de trabajadores que no requieren cualificación sanitaria media o alta. Esta cifra significa que hay zonas en las que la densidad de médicos, matronas y enfermeras es de 0,027, 0,018 y 0,26 por cada 1000 habitantes.

Figura 31: Estructura de los recursos sanitarios por edades.



Fuente: elaboración propia a partir Informe de AHWO, 2010

Tabla 25: Número de profesionales por categoría y densidad en 2009

Categoría Profesional	Nº en 2009	Densidad por cada 1000
Médicos	2.152	0,0272
Especialistas	1.001	0,0126
Funcionarios de salud	1.606	0,0205
Farmacéuticos	632	0,0081
Técnicos de farmacia	2.029	0,0258
Enfermeras	20.109	0,2576
Matronas	1.379	0,0176
Auxiliar de laboratorio	1.957	0,0249
Técnicos de laboratorio	866	0,0110
Profesionales de higiene	1.246	0,0159
Radiógrafos	169	0,0021
Auxiliares o asistentes	1.486	0,0189
Promotores (HEWS)	30.950	0,3943
Otros	1.733	0,0221
Total	66.314	0,8444

Fuente: elaboración propia a partir Informe de AHWO, 2010

Además también se muestra que solo hay alrededor de ocho médicos, enfermeras y matronas por cada 10.000 habitantes, lo cual es menos de la densidad media estimada y recomendada de 23 por cada 10.000 habitantes para cumplir con los ODM.

La proporción de los trabajadores del sector salud por cada 1.000 habitantes a nivel nacional es de 0,84 y muestra disparidad en diferentes partes del país, que van desde el nivel más bajo (0,47) en la región somalí hasta la más alta en la región de Harari (2,87). Se constata así, que las regiones con menos de cuatro millones de habitantes tienen una densidad superior a 1,6 mientras que en las regiones en las que se concentra la mayor parte de la población como las regiones Amhara, Oromia, y SNNPR que suman el 95% de la población total del país tienen cifras cercanas e inferiores a la media. A no ser que se hagan grandes esfuerzos en estas últimas regiones teniendo una visión realista será difícil alcanzar los ODM.

Tabla 26: Densidad de trabajadores por región en 2009

Región	Población	Trabajadores sanitarios	Densidad por cada 1000
Tigray	4.540.000	5.339	1,17
Afar	1.460.000	723	0,49
Amhara	17.800.00	13.730	0,77
Oromia	28.800.000	21.125	0,73
Somali	4.630.000	2.188	0,47
Benishangul.G	714.000	1.170	1.63
SNNPR	15.970.000	13.859	0,86
Gambela	334.000	618	1.850
Harari	193.000	555	2.876
Addis Abeba	2.860.000	6.386	2.233
Dire Dawa	361.000	621	1.720
Total Etiopia	78.030.000	66.314	0,84

Fuente: elaboración propia a partir Informe de AHWO, 2010

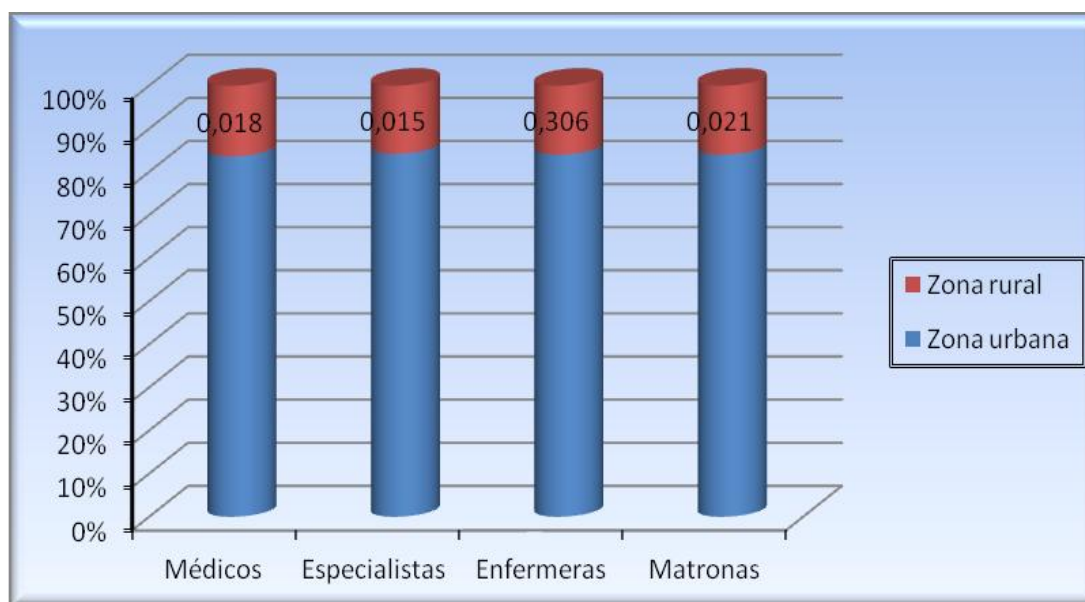
Además de las diferencias notables del personal del sector sanitario según las regiones hay que añadir que la distribución de estos es más acusada según hablemos de zonas rurales o urbanas. Siendo mayor la densidad en las zonas urbanas que en las rurales pese a que tan solo el 16% de la población vive en ciudades.

Concretamente en la capital Addis Abeba encontramos que de los 2.152 médicos generales y especialista y las 21.488 enfermeras y matronas, que son las profesiones sanitarias de mayor nivel de estudios, el 46% y 28% respectivamente trabajan en la capital. Estos datos dejan a pocos trabajadores altamente cualificados para las zonas rurales y en contraposición muchos trabajadores con escasa cualificación.

A parte de la relación que existe entre los profesionales altamente cualificados y las zonas en las que ejercen también existe relación entre el nivel de cualificación y el ejercicio de la profesión en un centro público o privado. Aunque el número de centros hospitalarios son públicos y por ello el 94% de los trabajadores del sector trabaja en ellos, existe cierta

tendencia de profesionales altamente cualificados como especialistas en dermatología, pediatría, ginecología y otorrinolaringólogos ejerzan en centros privados

Figura 32: Distribución urbana/rural de profesionales altamente cualificados.

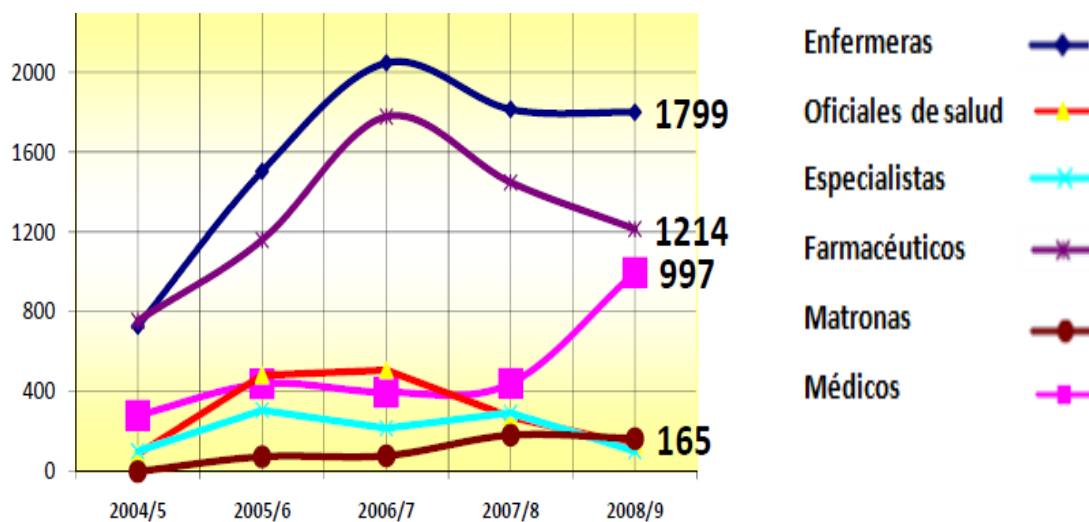


Fuente: elaboración propia a partir Informe de AHWO, 2010

Perfil y formación del personal sanitario

El HSDP se centra en mejorar a los profesionales sanitarios de primera línea, de bajo nivel y nivel medio, con el fin de dotar de personal de atención primaria. Además la formación de alto nivel también está dentro de sus objetivos para poder seguir atendiendo las necesidades de la población. Por otro lado el gobierno de Etiopía está implementando una estrategia para la expansión de la educación superior como parte de un programa de del Sector de la educación para el Desarrollo (PESD III) que promueve entre otras cosas la expansión de las universidades, las ciencias de la salud y las escuelas de medicina tanto públicas como privadas.

El número de escuelas de medicina de las universidades se incremento pasando de 3 en 2003 a 8 en 2009 de las cuales dos eran privados (Hayat y Bet) que representan las regiones pobladas más importantes. Además en los centros de estudios de ciencias de la salud también se imparte formación de nivel medio y cuentan en total con 48, de los cuales 25 son públicos y 23 privados.

Figura 33: Evolución en la formación de profesionales.

Fuente: AHWO, 2010

Como consecuencia de la expansión de los centros de formación de salud ha aumentado de forma significativa la producción de profesionales.

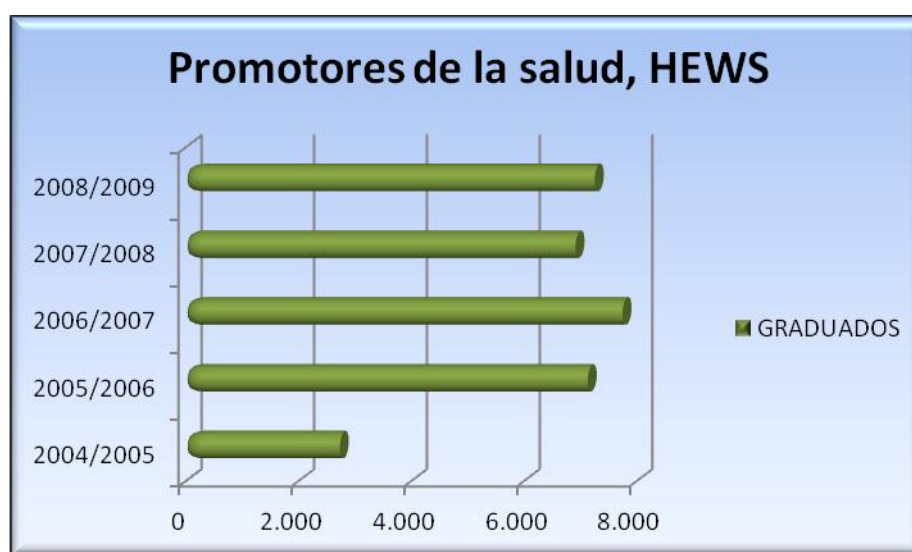
Nivel profesional alto. El número de médicos también inició un incremento en 2008-2009 en comparación con los años anteriores y durante el periodo 2004-2009 el número de graduados pasó de 70 a 261 mientras que el número de inscritos en las escuelas de medicina fue de 1.073 durante dicho periodo.

Nivel profesional medio. En cuanto a los niveles medios de formación destaca el inicio de un programa acelerado de formación que tendrá como objetivo la capacitación de 5.000 oficiales de salud a partir del 2010 con colaboración de 5 universidades y 21 centros hospitalarios de los que se esperan buenos resultados en los próximos años.

Nivel profesional bajo. Destacan los trabajadores de extensión (HEWS) o promotores de salud. El Programa de Extensión de la Salud (HEP) es un innovador servicio de salud programa de suministro que tiene por objeto la cobertura universal de atención primaria de salud. El programa da prioridad a la prevención y control de enfermedades

transmisibles con la participación activa de la comunidad, con el objetivo de proporcionar un acceso equitativo a los servicios de salud. El programa se basa en la expansión de la infraestructura de salud física y el desarrollo de un grupo de promotores de salud (HEWS) que presten atención curativa básica y los servicios preventivos de salud en cada comunidad rural.

Figura 34: Evolución de graduados en HEWS



Fuente: elaboración propia a partir Informe de AHWO, 2010

El gobierno estableció el objetivo de formar y desplegar a 30.000 HEWS en 15.000 kebeles y construir 15.000 ambulatorios en todos los kebeles rurales en 2009. El programa ha ido obteniendo buenos resultados logrando buenos resultados en materia de cobertura y con 12.488 ambulatorios construidos en zonas rurales.

Pese a los grandes esfuerzos por incrementar el número de profesionales del sector sanitario, incrementando las escuelas, universidades cada año disminuye el número de médicos (generales y especialistas) que ejerce en Etiopia. Las principales causas que se mantienen ante este hecho son:

- La baja calidad de la enseñanza, que anima a los graduados a buscar formación complementaria en otros países donde puedan enriquecerse profesionalmente.

- La fuga de cerebros, por razones económicas. Ya que los costes de la enseñanza pública posteriormente deben ser devueltos al Estado y los salarios de los médicos etíopes que no son altos se ven reducidos aun más y por ello buscan ejercer en otros países donde su profesión este mejor remunerada.

RESUMEN DEL SISTEMA SANITARIO

- El gasto en salud a penas representa el 5% del PIB del país.
- La grave escasez de profesionales sanitarios es la principal causa de inequidad del sistema.
- Escasez de profesionales sanitarios con niveles de estudios elevados.
- Promoción de los HEWS como estrategia para dar cobertura sanitaria.
- Concentración de los profesionales del sector y de los hospitales en zonas urbanas existiendo disparidad por regiones.
- Baja calidad de los estudios de formación.
- Brecha entre médicos formados y los que ejercen en el país.

Estudio de las partes interesadas

Las partes interesadas son aquellos grupos o individuos que dependen de una organización para alcanzar sus propias metas y de quien depende a su vez la organización. Las partes interesadas suelen incluir a las instituciones financieras, a los consumidores, proveedores, accionistas y en el caso de una ONG como ATA también podemos aplicar el concepto de partes interesadas, aunque con ligeras modificaciones al tratarse de una asociación.

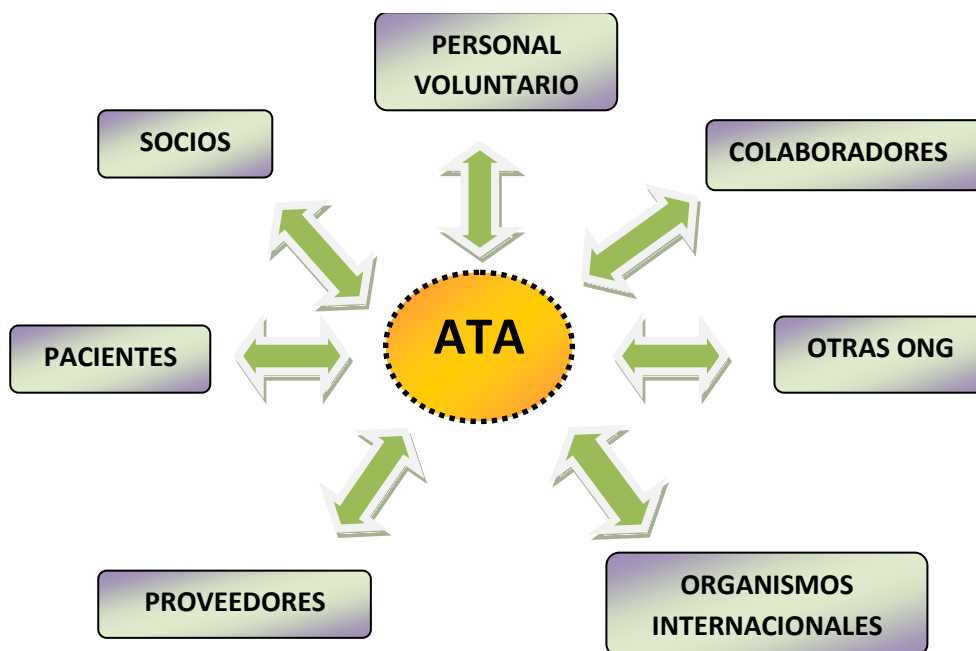
Partes interesadas contractuales:

Socios. En el caso de las ONG los clientes serian aquellas personas que deciden hacerse socias de ATA para que con la aportación de sus donaciones, la asociación pueda prestar los servicios para los cuales se ha constituido. El perfil de los socios de ATA son personas adultas con

recursos económicos, medios o altos que conocen bien la labor que desempeñan los profesionales voluntarios en el Hospital de Gambo, ya sea porque son/han sido profesionales del sector a tienen a alguna persona de su entorno más cercano que lo es/ha sido. El interés que tienen en que la asociación obtenga buenos resultados es alto. Además en el caso de los socios, no los simpatizantes (aquellos que colaboran esporádicamente) también cumplirían la función de accionistas dentro de la organización.

Personal voluntario. Todas aquellas personas que trabajan para ATA de forma permanente y altruista y aquel personal sanitario, médicos y enfermeras, que han prestado sus servicios de forma voluntaria. Siendo el principal activo de la organización y, sin duda, uno de los grupos de interés más cercanos a la asociación

Figura 35: Esquema partes interesadas de ATA



Fuente: elaboración propia

Consumidores: obviamente, son los pacientes que reciben los servicios y medicamentos que ATA aporta al Hospital de Gambo. Se ha advertido el aumento de pacientes que acuden al hospital de Gambo procedentes de localidades lejanas al extenderse el conocimiento de la presencia de cirujanos ortopédicos capaces de resolver patologías que no se trataban antes, hecho que obliga a acometer cirugías más extensas y complejas por el avanzado grado de las enfermedades a tratar.

Proveedores de medicamentos y material quirúrgico. Su única relación con ATA es el suministro del material quirúrgico no existiendo ningún interés especial por parte de estos por tratarse de una ONG. También incluimos en este grupo a los intermediarios necesarios para la adquisición de medicamentos que ponen en conexión a la asociación y a los proveedores.

Colaboradores. La variedad de las organizaciones que colaboran con ATA es muy diferente al igual que su grado de implicación e interés en la asociación.

El Hospital de Gambo es el principal colaborador de ATA, ya que pone a disposición todos sus recursos, personal, infraestructuras y material, durante las estancias de los profesionales en Etiopía. Su colaboración con ATA le ofrece por un lado el desahogo del *staff* del hospital sobrepasado por la escasez de profesionales altamente cualificados. Al mismo tiempo le permite formar a su plantilla en especialidades nuevas, y lo más importante ofrecer un mejor servicio a los pacientes, especialmente a aquellos que solo tienen la oportunidad de recibirlo cuando está la asociación allí.

Las Hermanas de Focauld y la misión, que acogen especialmente a los niños y sus familias, quienes tras su ingreso en el Hospital y una vez dados de alta, precisan de curas o visitas frecuentes y no pueden desplazarse con la periodicidad necesaria desde los lejanos lugares donde viven. Dirigen dos casas de acogida próximas al hospital y el poblado de los antiguos enfermos de lepra que han sido rechazados en sus comunidades de origen por el estigma que acompaña a esta enfermedad. Actualmente las casas de acogida son gestionadas por la misión que realiza también labores de educación en las escuelas.

Los hospitales españoles que facilitan la participación del personal sanitario en ATA mediante programas de cooperación como es el caso de los hospitales de la Comunidad Valenciana que son hasta ahora los que más facilidades han puesto, en parte también porque la asociación se

creó en torno al *Hospital Universitari i Politecnic La Fe de València* al que pertenece el presidente de la ATA.

Las Fundaciones/Asociaciones que han colaborado hasta la fecha lo han hecho aportando recursos económicos y dándose mutuamente publicidad para que más personas conozcan su labor y decidan implicarse también con la causa.

Fontilles, destaca entre todas las organizaciones colaboradoras, ya que es una potente asociación que lucha contra la lepra y que ha tenido un papel fundamental en los inicios de ATA, asesorándola con la cirugía reconstructiva y dándole respaldo económico. Pertenece a las coordinadoras de ONGs para el Desarrollo estatal y autonómico (de la Comunidad Valenciana) y a la Federación Internacional de lucha contra la lepra (ILEP).

Desde el principio existe una simbiosis entre Fontilles y ATA que colaboran conjuntamente ya que ATA mediante el Dr. Lorente ha operado en Fontilles, ha impartido cursos allí como el de podología tropical conjuntamente con otra universidad, realizó un estudio de campo en otras zonas de Etiopía junto algún miembro de Fontilles para hallar nuevos casos de lepra no diagnosticados y ha colaborado con ellos en otras zonas de África como Costa de Marfil.

Principalmente ATA ha puesto las manos y experiencia del Dr. Lorente para colaborar con Fontilles no solo en lepra sino también en otras enfermedades primo hermanas como cirugía de Burundi aunque los mecanismos de lesión sean distintos. Una de sus últimas colaboraciones más importantes ha sido la contratación de una Dra. de medicina física y RHB durante seis meses para poner en funcionamiento uno de los proyectos más ambiciosos de ATA, como es la rehabilitación de los enfermos sometidos a cirugía reconstructiva en el Hospital de Gambo, para el que era necesario poner en marcha un gimnasio.

Los Organismos públicos y las entidades financieras que han participado con ATA han sido ayuntamientos y grandes entidades financieras realizando pequeñas aportaciones en forma de subvenciones y donaciones cumpliendo de una forma u otra con algún fin social.

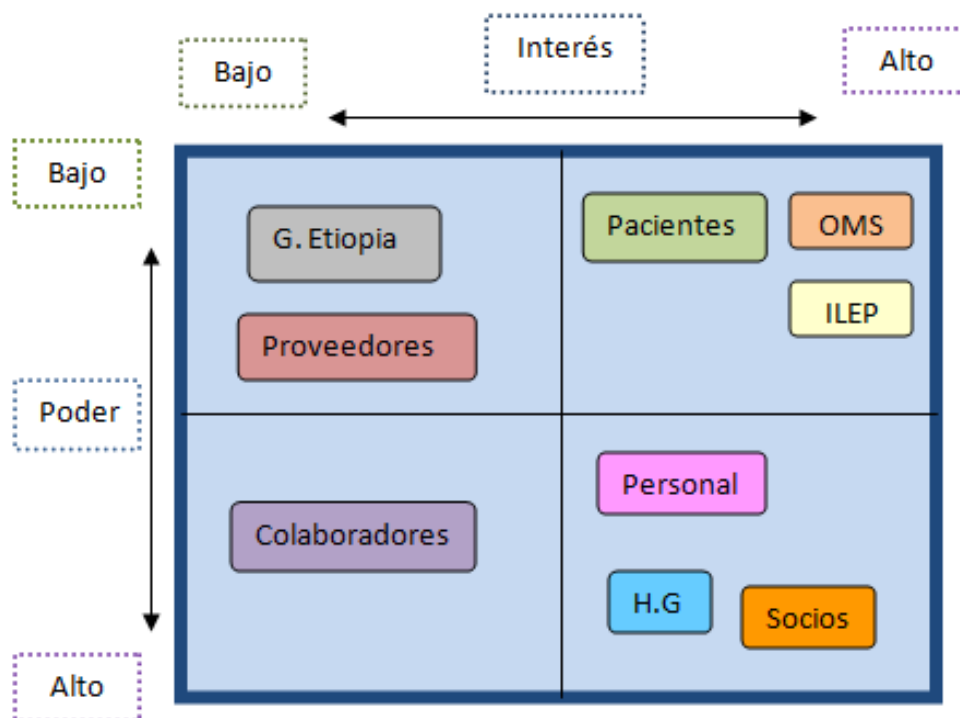
Partes interesadas de la comunidad:

- Organización mundial de la salud (OMS)
- Naciones unidas (NNUU)
- Gobierno de Etiopía

- Federación Internacional de lucha contra la lepra (ILEP)
- Fondo monetario internacional (FMI) y Banco mundial (BM)

Una forma sencilla de ilustrar las relación que tiene ATA con sus partes interesadas, la encontramos con la matriz interés/poder, en la que hemos mostrado algunas de las relaciones más significativas dentro de cada grupo. Los colaboradores de ATA, en su mayoría tiene un alto poder ya que la asociación depende de la facilidades que pongan los hospitales para conceder permisos a los voluntarios, o los fondos del resto de colaboradores para desarrollar su actividad. Sin embargo el Hospital de Gambo, pese a ser un colaborador goza de otra relación con la asociación, caracterizada por alto poder y alto interés junto con los socios y el personal voluntario. Por otro lado de forma general el vinculo que une a ATA con las partes interesadas de la comunidad viene caracterizado por bajo interés y poder con excepción de organismos como la OMS y la ILEP que realizan esfuerzos concretos dentro del hospital financiando a parte de los tratamientos de los pacientes. Estos últimos también estarían integrados en este cuadrante, ya que pese a que no tienen ningún poder, son los grandes interesados en que ATA siga desarrollando su actividad allí.

Figura 36: Matriz interés/poder de las partes interesadas



Fuente: elaboración propia

3.2.3 Otras ONG

La presencia del gran número de ONGs en Etiopia se debe a las carencias que tiene el sector salud del país, principalmente: escasez de profesionales sanitarios altamente cualificados, poca cobertura de los servicios sanitarios y una proporción de gasto en salud inferior a las necesidades de la población.

Se han analizado en puntos anteriores las partes interesadas con las que se relaciona ATA tanto en España como en Etiopia. En este punto vamos a realizar un análisis de la competencia adaptado al contexto en el que nos encontramos, que no es otro, que el de una asociación, que presta un servicio sin ningún ánimo de lucro. Como ATA existen en Etiopia otras muchas organizaciones no lucrativas que tienen fines similares pero que cuentan con otros mecanismos y recursos diferentes que les permiten una mejor o peor posición dentro del sector al desarrollar una estrategia u otra.

Comparativa de servicios o actividades

El ámbito de actuación de las ONGD es muy amplio pero se puede agrupar en las siguientes categorías.

Adopción internacional

La adopción internacional es un tipo de adopción por la cual una persona o una pareja se convierten en los portadores legales y permanentes de un niño o niña nacidos en otro país. Los padres adoptivos candidatos deben cumplir una serie de requisitos legales para la adopción, tanto en su país de residencia y como en el país de origen del niño.

Las leyes de diversos países varían en su voluntad de permitir adopciones internacionales. Algunos países, tales como China y Corea, tienen reglas y procedimientos relativamente establecidos para las adopciones internacionales, mientras que otros países la prohíben. Algunos países, notablemente muchas naciones africanas, han ampliado los requisitos de la residencia para los padres adoptivos que en efecto eliminan la mayoría de las adopciones internacionales. Etiopia ocupa el cuarto lugar por detrás de China, Rusia y Guatemala en adopciones de todo el mundo.

Educación

La educación es un principio ilustrado y derecho universal inalienable de todas las personas sin distinción, cuyo ejercicio ha de favorecer la consecución del bienestar material y del desarrollo humano integral en condiciones de libertad, dignidad, seguridad económica y acceso a las mismas oportunidades en todos los espacios de participación y desarrollo.

De acuerdo con la definición del principio de igualdad se relaciona y complementa directamente con el principio de no-discriminación, que en su desarrollo supone terminar con todas las barreras que implican un trato diferente (de exclusión, preferencia o distinción), basado en características personales como sexo, raza, religión, discapacidad, clase, edad, orientación sexual, etc., que tengan como efecto menoscabar o anular la igualdad de trato y oportunidades de las personas.

Supone promover el acceso a la educación básica de las personas y los grupos excluidos de este derecho, y reforzar la oferta educativa en aquellas etapas a las que los planes nacionales de países en desarrollo no suelen alcanzar y que es un derecho fundamental recogido en la Declaración Universal de los Derechos.

Infancia

Cuando el ámbito de actuación es la infancia, quiere decir que todas las actividades de cooperación van a ir destinadas a este segmento de la población. Los niños y niña son un objetivo claro por su vulnerabilidad y la ayuda hacia este colectivo se traduce en atención sanitaria para niños, envío de material educativo y ropa, inversión en orfanatos, apadrinamientos etc, con el fin de garantizar su bienestar y ofrecerles otras posibilidades mediante su formación pero garantizándoles en la mayoría de casos un hogar.

Salud

La salud es un componente del desarrollo y a la vez un condicionante de éste. La percepción que tengan de ella las personas, las familias y las comunidades es un buen indicador del grado de bienestar social que se ha alcanzado.

La cooperación en general, y en su vertiente sanitaria en particular, se ha convertido en una necesidad imperiosa e ineludible, no exenta de indignación ante las profundas desigualdades en el vivir, enfermar y morir existentes todavía en el año 2012. Solamente por nacer aquí o allí,

pertenecer a un determinado grupo social, vivir en un área rural o en la ciudad, ser emigrante, desplazado o refugiado, hombre o mujer, tener un color de piel, el riesgo de morir antes de cumplir un año se multiplica.

Además de la mejora global en las condiciones de vida, la inaccesibilidad a unos servicios de salud equipados y competentes es todavía, en muchos países, la diferencia entre la vida y la muerte. En este sentido la cooperación sanitaria invierte en proyectos de suministro de medicamentos, instrumental médico, suple las carencias del personal sanitario, construye hospitales y clínicas, se encarga del tratamiento de enfermedades infecciosas, fomenta la seguridad alimentaria, realiza trabajo de prevención de enfermedades y educación para la salud...

Infraestructuras

La construcción de infraestructuras es una de las áreas de actuación de la cooperación y desarrollo y se centra en acciones como la construcción de sistemas de mejora de abastecimiento de aguas, construcción de pozos de agua, construcción de escuelas, orfanatos, viviendas de acogida, hospitales y en general todo tipo de infraestructuras que necesiten en aquellos países donde no hay ni profesionales ni recursos para impulsar estos proyectos.

Ayuda humanitaria

La ayuda humanitaria es una forma de solidaridad o cooperación, generalmente destinada a las poblaciones pobres, o a las que han sufrido una crisis humanitaria, como la provocada por una catástrofe natural o una guerra. Debe seguir los Principios humanitarios de imparcialidad, neutralidad, humanidad e independencia operacional.

Tiene especial relevancia la acción humanitaria cuando se declaran situaciones de emergencia esta forma de ayuda responde a las necesidades básicas o de urgencia: hambre, hambruna, salud, reconstrucción de las infraestructuras tras un siniestro, educación, protección de la infancia y poblaciones desfavorecidas, construcción o saneamiento de las redes de agua, construcción de las redes de comunicación en la que se realizan envíos de alimentos de primera necesidad, ropa, mantas y otros productos. Normalmente se distingue la ayuda humanitaria de urgencia de la cooperación para el desarrollo en función del contexto y las necesidades de cada país. Esta ayuda puede ser económica o material: donación de materiales

y equipamientos de primera necesidad, envío de profesionales que intervienen directamente en el lugar, llamados cooperantes. En cuanto al origen de la ayuda humanitaria puede provenir de las ONG, los Estados, empresas y organismos internacionales como la ONU, OMS, o la UE.

Programas de sensibilización

Los programas de sensibilización se promueven para hacer partícipes a la sociedad de problemáticas que padecen algunas sociedades, injusticias sociales como la discriminación, la pobreza en algunos países, violación de derechos humanos u otras razones que normalmente van ligadas a la variedad de programas o ámbitos de actuación en los que participe cada ONG. El objetivo principal es sensibilizar a la población fomentando el respeto, luchar contra estereotipos, prejuicios y promover la toma de conciencia. La mayoría de ONG desarrollan estas prácticas en España y menos habitual es que su actividad principal sea esta en el país de destino de la ayuda.

Comercio justo

El **comercio justo** es una forma alternativa de comercio promovida por varias organizaciones no gubernamentales, por la Organización de las Naciones Unidas y por movimientos sociales y políticos (como el pacifismo y el ecologismo) que promueven una relación comercial voluntaria y justa entre productores y consumidores. Se basa en:

- Condiciones laborales y salarios adecuados para los productores del Sur, que les permitan vivir con dignidad.
- No explotación laboral infantil
- Igualdad entre hombres y mujeres: Ambos reciben un trato y una retribución económica equitativa.
- Respeto al medioambiente: Los artículos se fabrican a través de prácticas respetuosas con el entorno en el que se producen.

Por todo ello, el Comercio Justo es considerado como una herramienta de cooperación. El Comercio Justo constituye, además, un movimiento internacional formado por organizaciones del Sur y del Norte. Su objetivo es mejorar el acceso al mercado de los productores más desfavorecidos y cambiar las injustas reglas del comercio internacional que consolidan la pobreza y la desigualdad mundial.

Identificación de competencia

En Etiopía actúa un gran número de ONG y otras organizaciones procedentes de todas partes del mundo y que tienen como principal objetivo suplir aquellas carencias que padece la mayor parte de la población. Desde España la ayuda procede directamente de Universidades y todos sus institutos de investigación, Comunidades religiosas, Empresas y ONGD:

ONGDs: Abay, Adia, Addis-Galicia, ADRA-España, África Nos Mira, África Directo, Amigos de Silva, AMREF-España, Asociación cultural de abisinios para la cooperación (ACABCO), AFNE, balbalika, Cáritas- España, Cielo 133, Comité Internacional de Rescate – España, Cruz Roja Española, Cruz Roja Catalana, Equilibri, Etiopía Utopía, Etiopía Viva, Centre d'Iniciatives Solidàries, Fundació Cal-Pau, Fundació CANFRANC, Fundació El Alto, Fundació Haurralde, Fundació Homac, Fundació Lleida Solidaria, Fundació Pablo Horstman, FPSC, Global Infantil, Holystic Fisioterapia Pro-África, Infancia Solidaria, Ingeniería para la Cooperación, Intermón Oxfam, Implicadas no desenvolvemento, Jóvenes y Desarrollo, MAGMA, Madreselva, Manos Unidas, Mediterránea, Medicus Mundi, Médicos sin Fronteras, Nous Camins, Plan Internacional – España, Proyecto Visión, Red Deporte y Cooperación, SETEM.

Universidades

Universidades: Univ. de Alcalá de Henares, Universidad Autónoma de Madrid, Univ. Politécnica de Madrid, Univ. Complutense de Madrid, Univ. de Granada, Universidad Francisco de Vitoria, UniversidadJaume I de Castellón, Associació Catalana d'Universitats publiques, Univ. Politécnica de Cataluña, Univ. de Almería, Univ. de Valladolid, Univ. Europea de Madrid, Univ. de Cádiz, Univ. del País Vasco, Universidad Rovira u Virgili, Universitat de Girona, Universidad de Salamanca, Univ. de Oviedo. Institutos de investigación y otras entidades: CRESIB, FCSAI, Instituto de Salud Carlos III, Hospital Ramón y Cajal, CSIC, Fundación CTIC, INIA,

Organizaciones religiosas: Comunidad Misionera de San Pablo Apostol y María, Hermanas Franciscanas, Misioneros Combonianos, Misioneras Combonianas, Misioneros de la Consolata, Salesianos de Don Bosco, Salesianas de Don Bosco, Padres Blancos, Sacerdotes Diocesanos.

Empresas: Orero Trading SL, Seine Tech SL, Gaztandegi Dorrea SA., Goizper SL, Renfe

Competencia

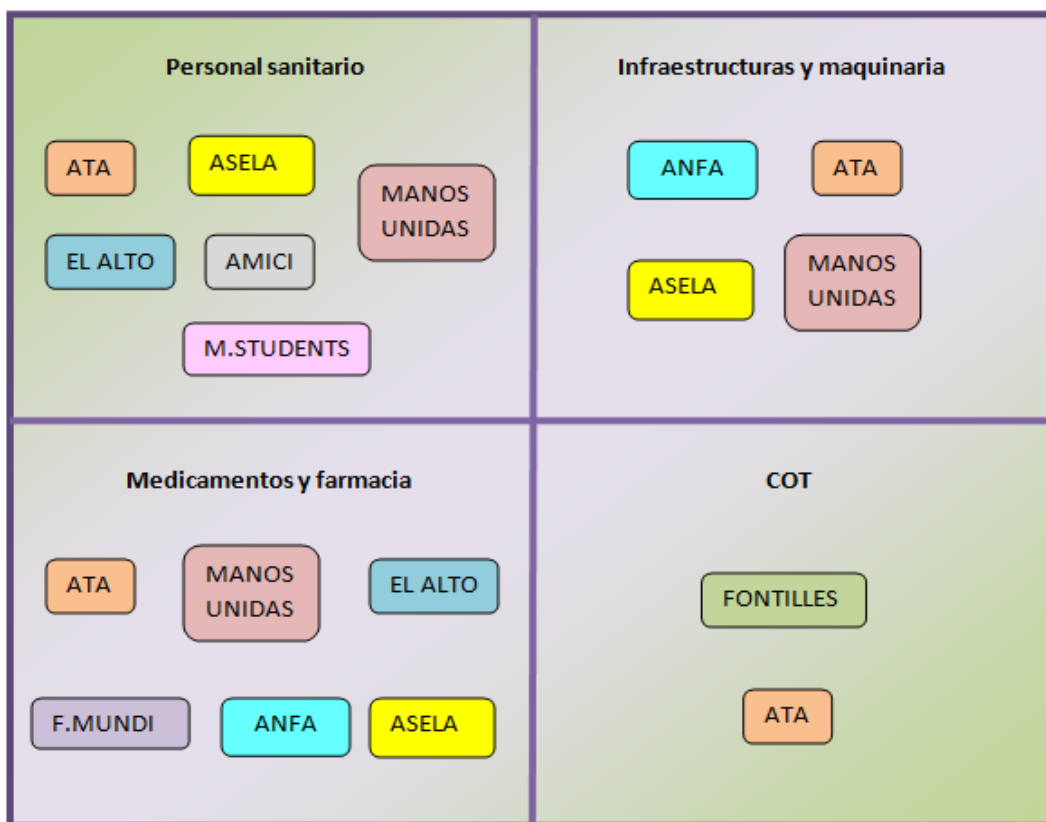
Nosotros hemos analizado el grupo de las ONGD, de la que se desprenden las siguientes características:

- El 80% de ellas destina sus recursos a en entre tres y cuatro ámbitos de actuación.
- Menos del 10% de las ONGD se centran en una única actividad.
- Infancia, ayuda humanitaria, infraestructuras y educación son las áreas más comunes en todas las ONGD.
- Dentro de infraestructuras destaca la construcción de escuelas, orfanatos y sistemas de abastecimiento de agua.
- La edad de las ONGD grandes es muy superior a la de las ONGD medianas y pequeñas cuya año de constitución es se sitúa entre 2001 y 2008.
- El ámbito de actuación salud se lleva a cabo por ONGD grandes que invierten en infraestructuras hospitalarias, material, y personal, mientras que pocas ONGD pequeñas destinan recursos a esta actividad y si lo hacen es de forma secundaria y en forma de envío de medicamentos.
- Solamente dos ONGD (SETEM y OXFAM) destinan una parte importante de su actividad al comercio justo.
- Las ONGD que actúan en Etiopia lo hacen también en otros países del mundo con otros programas y planes. Sin embargo menos ONGD que actúan en Etiopia también lo hacen en España.
- La formas jurídicas que más se repiten son: asociaciones y fundaciones aunque también hay organizaciones singulares como Caritas o Cruz Roja y federaciones de ONGD.
- Dentro de los domicilios sociales de las ONGD destacan aquellas que lo tienen establecido en La Comunidad de Madrid y Cataluña y otras tienen delegaciones en estas dos Comunidades Autónomas.
- Las zonas de actuación de los programas de cooperación en Etiopia se concentran en: Addis Abeba, Tigray, región Somali, Afar, Awasa, Wukro y Meki.

Por otro lado al margen de las organizaciones que operan en Etiopía encontramos otras, que trabajan en el mismo hospital que ATA y cuyo ámbito de actuación es el mismo ATA, la salud pero con variedades aportando médicos generales, especialistas, medicamentos invirtiendo en reformas del hospital:

- AMICI DI GAMBO (ITALIA), AMICI
- ARSI ZONE HEALTH DEPARTMENT, **ASELA** (ETIOPIA)
- ASSOCIACIZONE NUOVA FAMIGLIA (ITALIA) **ANFA**
- **MANOS UNIDAS** (ESPAÑA),
- MEDICAL STUDENTS OVERSEAS RELIEF (IRLANDA), **M.STUDENTS**
- FUNDACION FONTILLES (ESPAÑA), **FONTILLES**
- FARMACEUTICOS MUNDI (ESPAÑA), **F. MUNDI**
- FUNDACION EL ALTO (ESPAÑA), EL ALTO
- ATA (ESPAÑA)

Figura 37: Matriz comparativa de la competencia



Fuente: elaboración propia

De la matriz elaborada, se desprende que de las organizaciones que se pueden identificar como competencia de ATA (ya que han desarrollado y desarrollan su actividad en la misma región y mismo hospital) encontramos que sus aportaciones se diversifican es:

- Medicamentos y farmacia
- Personal sanitario
- Infraestructuras y maquinaria
- Cirugía Ortopédica y traumatología

La mayoría de ellas destina su actividad a la compra de material y medicamentos y personal sanitario de distintas ramas, así como la inversión en las infraestructuras del Hospital de Gambo que han mejorado gracias a la ampliación de pabellones y remodelación de infraestructuras. Sin embargo en Etiopía y en la región de Arsi no había hasta la llegada de ATA ninguna organización que destinara su actividad principal a la COT pese a la necesidad de un programa de cirugía reconstructiva por las secuelas de la lepra y otras enfermedades tan habituales en esta región.

En términos económicos hablaríamos de un nicho de mercado si el objetivo fuese maximizar el beneficio de la asociación, sin embargo en términos de la economía social es una necesidad que ATA esté presente en Etiopía para satisfacer una necesidad de la que no hay proveedores pero que su demanda social, por parte de la población autóctona y otros países colindantes, debe empujar al crecimiento de ATA o bien a la llegada de otras organizaciones con las que pueda colaborar para dar respuesta a esa necesidad.

En resumen, ATA dentro de su sector en Etiopía no tiene competencia si tenemos en cuenta la identificación de un servicio similar al suyo. No obstante, en España debe convivir con un sector muy amplio que dispone de mayores recursos que ATA, muchas de ellas son conocidas por toda la población (tienen imagen de marca), hecho que les permite tener ventaja competitiva frente al resto de ONGs, al ser reconocidas por un público potencial que se decanta por las grandes antes que por las pequeñas y medianas.

3.3.4 Amenazas y Oportunidades

AMENAZAS:

- La **mala situación económica global** está suponiendo una disminución considerable de las aportaciones que hace cada estado a su partida presupuestaria de cooperación y desarrollo. En el caso de España el recorte ha sido de un 65,4% para el 2012, lo que supone una reducción de más de 1500 millones de euros y el mayor recorte en cooperación y desarrollo en la historia de España. La disminución de esta partida se traduce en **menos subvenciones y ayudas al desarrollo**.
- Además de los recortes que supone este hecho para las propias ONG hay que añadirle las **bajas de los donantes particulares** como consecuencia de su situación económica particular, o la disminución de la cuantía de las aportaciones y que suponen una dificultad añadida en muchos casos para la viabilidad de los proyectos que tienen en marcha.
- **Etiopia** es un país que **no invierte en educación superior**, y el grado de escolarización disminuye conforme aumentan los niveles de educación. Esto ocasiona que el porcentaje de etíopes que estudian en la universidad sea muy bajo y por consiguiente que la tasa de médicos por habitante sea de las más bajas y haga necesaria la intervención de otros países por el **déficit de personal sanitario cualificado**. Las carencias de personal médico, su concentración en zonas urbanas, y la tendencia a salir del país dificultan las tareas de formación que lleva a cabo ATA en el Hospital Rural de Gambo.
- Los **conflictos entre las propias regiones de Etiopia** que han dado lugar en muchos casos a grupos armados, el federalismo étnico y la existencia de conflictos armados con las **zonas fronterizas con Eritrea y Sudan** por cuestiones que pertenecen al pasado pero que siguen provocando tensiones pueden desalentar a los profesionales voluntarios por el riesgo que implica.
- El **crecimiento económico del país**, basado en la inversión en sectores en los que se puede obtener grandes beneficios, pero que **no se traduce en disminución de la pobreza** ni en mejoras de las condiciones de vida, hace depender al país de la acción de organismos

internacionales y la actividad de las ONG que se encuentran desbordadas.

- Las **condiciones meteorológicas** de la zona llevan a situaciones **de sequía** con mucha frecuencia que conlleva a **malas cosechas** y consecuentemente a situaciones dramáticas de **hambruna** por la dependencia económica del sector primario, donde se hace necesaria la **ayuda humanitaria**.
- **Barreras al comercio**, que dificultan la entrada de productos procedentes del exterior pese a la dependencia de productos importados que tiene el país.
- **La falta de transparencia del Tercer Sector**, perjudicado por los casos de corrupción generan desconfianza entre los ciudadanos que en tiempos de crisis económica son su principal fuente de ingresos.

OPORTUNIDADES

- **Ligera apertura comercial pese al proteccionismo** del Estado.
- **Tenue fomento de la inversión extranjera** que fomentan el desarrollo del sector privado mediante modificaciones en las leyes.
- **Consideración de Etiopía como país prioritario de acción** para España y organismos multilaterales y bilaterales que financian proyectos indispensables para su desarrollo.
- **Condonación de la deuda externa, y la consideración de Etiopía como país de HIPC**. La condonación de la deuda del país le da la oportunidad al gobierno de invertir en aquellos sectores menos desarrollados.
- **El país ha experimentado un crecimiento económico** medio del 11,5% entre 2005 y 2010 pese a la mala situación económica global con una previsión de 8,5% para 2011 y 8% en los años subsiguientes.
- **El incremento de la demanda de la ciudadanía en asuntos sociales** se refleja con el aumento continuado del tercer sector durante la última década y que en épocas de crisis se resiste a abandonar la colaboración pese a la falta de dinero.
- **Nuevas formulas para diversificar los fondos de las ONG**.

3.3 Análisis interno.

El análisis interno que procedemos a iniciar, consistirá en el estudio detallado de la organización ATA, que incluirá su funcionamiento y gestión de los recursos de que dispone

como personal voluntario y fondos, para convertirlos en estancias, medicamentos y otros materiales. El fin que perseguimos en dicho análisis no es otro que determinar que aspectos de su actividad son debilidades y cuales son sus fortalezas para posteriormente corregir las primeras y mantener las segundas.

3.3.1 Operaciones

Las actividades que realiza ATA se basan en alcanzar sus principales objetivos:

- Dar apoyo a un staff que se encuentra desbordado, y con grandes carencias en algunas especialidades.
- Proveer de material quirúrgico y medicamentos al Hospital de Gambo.
- Establecer un programa de implantación y desarrollo de cirugía ortopédica.

Actividades principales en España

La asociación debe gestionar de una forma precisa el tiempo y los recursos de forma que se puedan satisfacer las necesidades de material del Hospital de Gambo, al mismo tiempo hacer una previsión del material que requerirán durante sus estancias, gestionar los envíos de material, organizar a los voluntarios y por último continuar con su labor de difusión y captación de voluntarios. Por esta razón ATA realiza una calendarización de todas sus actividades con un pequeño, margen de acción, especialmente en aquellas que tienen que ver con el marketing social y divulgativo ya que se deben ajustar a fechas disponibles de aquellos lugares en los que efectúan las conferencias variando la fechas inicial y final a los largo de un mes. En 2011 el calendario de actuación de ATA contó con cuatro meses de estancia larga, tres estancias cortas de un mes, ocho envíos de material y doce acciones de Marketing Social (MKS).

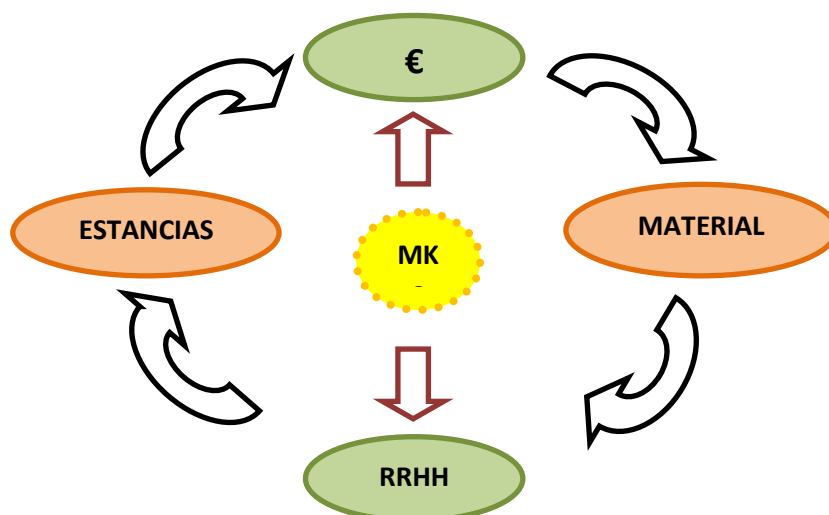
Tabla 27: Diagrama de actividades 2011

2011	EN	FB	MR	AB	MY	JN	JL	AG	ST	OT	NV	DB
Estancia largas	1	1	1	1								
Estancias cortas	0,5	0,5			1					0,5	0,5	
Envíos de material		1	1	1	1	1		1	1	1		
Acciones de MKS	3		2	1	1			1	1	1		2

Fuente: Elaboración propia a partir de memoria ATA 2011

Con el fin de dar apoyo al *staff* local de Gambo, ATA aporta médicos y enfermeras, por lo que la asociación necesita captar esos recursos humanos de una forma constante. De la misma forma, para poder realizar envíos de material necesita recursos económicos, que provienen generalmente de las aportaciones de socios y simpatizantes, captados previamente. Para conseguir esos dos recursos, pilares de la estructura de la asociación, ésta realiza de forma continua, acciones de marketing social que se convierten en el motor principal para conseguir esos dos recursos tan valiosos. Las acciones de captación de fondos y recursos se hacen en España pero también se ha colaborado con algunas acciones de prevención con carácter divulgativo en Etiopía.

Figura 38: Motor del funcionamiento de ATA



Fuente: elaboración propia

Actividades de ATA en el Hospital de Gambo

La forma de trabajar en el Hospital de Gambo se caracteriza por su intensidad y ritmo acelerado, con el fin de aprovechar al máximo las estancias, ya que los voluntarios afirman que el tiempo de espera entre un paciente y otro es inferior al de los hospitales españoles. El horario de trabajo habitual es de ocho de la mañana a una y media de la tarde y de tres a seis de lunes a viernes. Sin embargo los sábados por la mañana, se atienden urgencias y los especialistas en COT voluntarios aprovechan para pasar aquellas consultas que no se hayan conseguido atender durante la semana.

Consultas y tratamientos a pacientes externos.

Engloban todos los actos médicos realizados de forma ambulatoria, en un área de consultas para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento de un paciente, que hace uso exploración física. Durante las consultas externas de ATA se realiza la exploración del paciente y está presente algún miembro del hospital para ayudar en la comunicación medico-paciente. La comunicación dentro del hospital es entre los profesionales es en inglés, pero la población, en la mayoría de los casos analfabeta solo conoce el amhárico o su dialecto local, por esta razón es necesaria la presencia de algún miembro del *staff* para transmitir diagnósticos, dar las pautas para la recuperación o dar consuelo a las familias.

Intervenciones quirúrgicas.

Incluye la cirugía mayor y menor. Los pacientes intervenidos proceden de las urgencias o bien de intervenciones programadas tras una o varias consultas previas. La cirugía ortopédica tiene en su contra el largo periodo de curación que necesitan los pacientes, además de que la estancia media de los pacientes intervenidos es superior a la de otras patologías. Es por esta razón que durante las estancias de los equipos de ATA, el hospital se mantiene completo.

Control y seguimiento de pacientes intervenidos.

El seguimiento de los pacientes una vez intervenidos es muy complicado sino permanecen ingresados en el hospital, ya que la mayoría procede de zonas alejadas. Una alternativa para ellos es que se establezcan en las casas de acogida que se encuentran anexas al hospital, aunque la capacidad de estas supone un límite, por lo que muchos de ellos no realizan el tratamiento y seguimiento completo.

Otras actividades en las que participa ATA :

- **Potenciación del taller** de ortopedia técnica del Hospital, en el que se han seguido construyendo prótesis y ortesis en mayor número así como también se fabrican plantillas de caucho microporoso para todos los enfermos de lepra con afectación neurológica de los pies.
- **Colaboración con Fundación el Alto.** A su llegada a Etiopía en 2004, ATA detectó las carencias de la farmacia del Hospital por lo que inició un proyecto de colaboración con la fundación el Alto que se encargó del desarrollarlo de éste dotando a la farmacia de un sistema informático de gestión de stocks, formación de personal, estableciendo un lugar y sistema de almacenaje.

- **Proyecto gimnasio y rehabilitación.** Uno de los proyectos más ambiciosos de ATA en el que lleva colaborando desde hace tres años y que sin duda es una herramienta fundamental para mejorar la calidad de vida de los pacientes. El gimnasio está dotado de elementos como barras, espalderas que facilitan la musculación y la rotación de movimientos articulares. Los objetivos que se persiguen con la rehabilitación son: favorecer la consolidación de fracturas, tratamiento de la afectación de las partes blandas (edemas y hemorragias), disminuir los efectos de la inmovilización y evitar y prevenir complicaciones. El gimnasio tiene especial relevancia en el proceso de rehabilitación de pacientes con secuelas de lepra y aquellos con otras patologías que requieren COT.
- **Cooperación con las Hermanas de Foucauld.** Sin las dos casas de acogida, gestionadas por la Misión actualmente, los enfermos que precisan curas hasta su completa recuperación y sus familias no tendrían lugar en el que permanecer.
- **Participación en las campañas de vacunación.** En estas campañas los profesionales deben moverse por las aldeas para colaborar con la vacunación de la población rural.
- **Formación al *staff*.** La formación del *staff* local se produce todos los días al tomar nota y ser participes de las intervenciones, estar presentes en las consultas y hacer uso de la metodología de trabajo que se utiliza en España. Además ATA ha aportado material y libros de cirugía reconstructiva para que permanezcan en el Hospital de Gambo.

Grupos de interés para ATA

ATA lleva a cabo su labor en el Hospital de Gambo con atención preferente a dos grupos de enfermos:

- a) Niños que sufren secuelas de parálisis central o poliomielitis, malformaciones congénitas y osteomielitis, cuya anormal tasa de incidencia de esta última enfermedad viene determinada por las condiciones de falta de agua y de extrema pobreza en la que viven.
- b) Enfermos afectados de secuelas de lepra a los que la cirugía ortopédica reconstructiva puede aportar grandes beneficios al restablecer la movilidad y correcto uso de manos y equilibrar la musculatura de los pies y corregir las deformidades permanentes que sufren estos enfermos a causa de las úlceras crónicas que requieren en los casos

irreversibles, y ya muy evolucionados, la práctica de una amputación selectiva para evitar el fallecimiento de los pacientes por gangrena y permitir la colocación de una prótesis adecuada para caminar.

Enfermedades de interés

La lepra

La lepra es una enfermedad crónica causada por el bacilo *Mycobacterium leprae*. Las cifras oficiales muestran que hay más de 213 000 personas afectadas, principalmente en Asia y África, y que en 2008 se habían notificado aproximadamente 249.000 nuevos casos. El *M. leprae* se multiplica muy despacio y el periodo de incubación de la enfermedad es de unos cinco años. Los síntomas pueden tardar hasta 20 años en aparecer. La lepra no es muy infecciosa ya que se transmite por gotículas nasales y orales cuando hay un contacto estrecho y frecuente con casos no tratados. Si no se trata, la lepra puede causar lesiones progresivas y permanentes en la piel, los nervios, las extremidades y los ojos. El diagnóstico precoz y el tratamiento siguen siendo los elementos fundamentales para lograr que la enfermedad deje de ser un problema de salud pública, porque la lepra es una enfermedad curable y si se trata en las primeras fases, se evita la discapacidad.

Poliomielitis

La poliomielitis es una enfermedad muy contagiosa causada por un virus que invade el sistema nervioso y puede causar parálisis en cuestión de horas. El virus entra en el organismo por la boca y se multiplica en el intestino. Los síntomas iniciales son fiebre, cansancio, cefalea, vómitos, rigidez del cuello y dolores en los miembros.

Una de cada 200 infecciones produce una parálisis irreversible (generalmente de las piernas), y entre un 5% a 10% de estos casos fallecen por parálisis de los músculos respiratorios. La poliomielitis afecta sobre todo a los menores de 5 años y pese a que no tiene cura, es prevenible. Cuando se administra varias veces, la vacuna antipoliomielítica puede conferir una protección de por vida.

Osteomielitis

La osteomielitis es una infección del hueso causada por la bacteria *Staphylococcus aureus*. Dependiendo de la forma en la que el hueso se infecta y la edad de la persona, otros tipos de bacteria pueden causarla también. En los niños(as) y en los adolescentes, la osteomielitis generalmente afecta a los huesos largos de los brazos y de las piernas y las bacterias pueden infectar los huesos de varias maneras:

A través del torrente sanguíneo proveniente de otras áreas infectadas en el cuerpo. A este proceso se le conoce como osteomielitis hematógena y es la forma más común de contraer infecciones en los huesos.

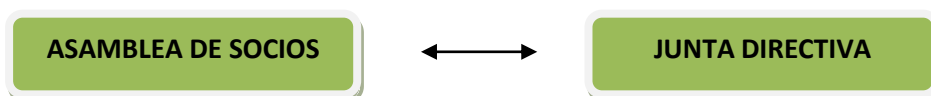
Por una infección directa, cuando la bacteria entra en los tejidos del cuerpo a través de una herida y viaja hasta el hueso (después de una lesión). Las fracturas abiertas son el tipo de lesiones que generalmente ocasionan la osteomielitis.

Un hueso también puede infectarse **cuando el riego sanguíneo al área del hueso se interrumpe**. Esto puede ocurrir en las personas mayores que sufren de arteriosclerosis, lo cual es un estrechamiento de los vasos sanguíneos o si hay una asociación con la diabetes. La mayor parte de las infecciones de este tipo ocurren en los dedos o en los pies.

3.3.2 Organización de Los Recursos.

Los recursos humanos de cualquier organización son generalmente el activo más valioso de una organización. En el caso de las ONG este recurso es si cabe más importante ya que se convierten en muchas cosas en el eje impulsor de las actividades que realiza la organización y que se realizan de manera altruista.

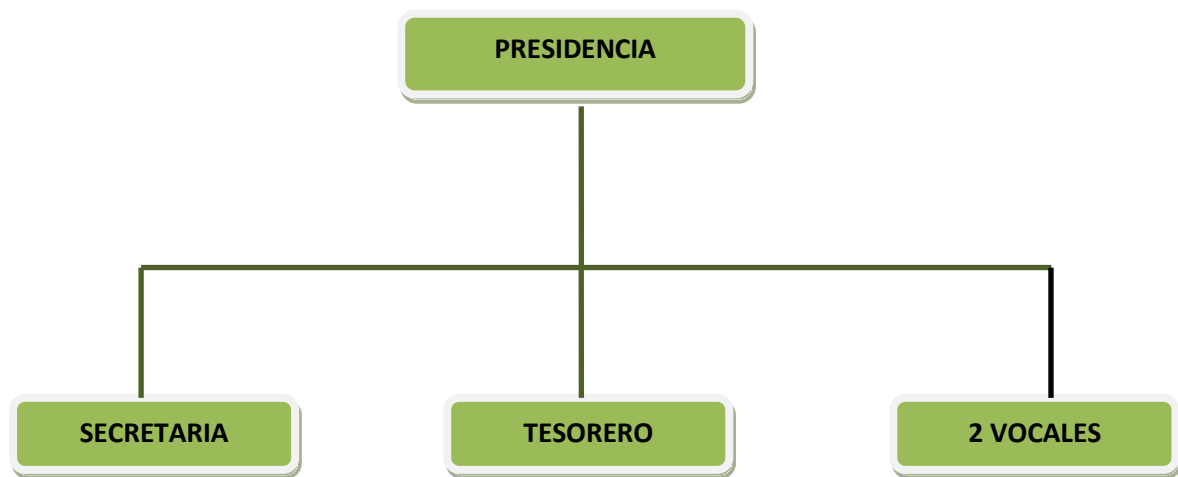
Figura 39: Relación mutua entre socios y junta directiva



Fuente: elaboración propia

En ATA el principal órgano está representado por la asamblea de socios que se reúne una vez al año para hacer balance de los resultados obtenidos durante el ejercicio, comunicarles las nuevas propuestas para el siguiente así conocer y compartir las propuestas de los propios socios. Por otro lado la junta directiva de la asociación está integrada por el presidente de la asociación, la secretaria, el tesorero y los vocales.

Figura 40: Organigrama de la junta directiva



Fuente: elaboración propia

Funciones de la junta directiva:

Al no disponer de personal asalariado para llevar a cabo las funciones de gestión, administración, difusión de las actividades, es el propio grupo que integra la junta directiva el que se encarga de desarrollar estas funciones:

Presidencia. La ejerce el fundador, el Dr. Francisco. J. Lorente, cirujano ortopédico (COT) con una dilatada experiencia como médico y en la cooperación y desarrollo. Desde su posición de presidente organiza las actividades principales de la asociación:

- Organización y preparación de los viajes a Etiopia.
- Evaluación de las necesidades de dotaciones del Hospitales, adquisición y envío.

- Labores de difusión de la asociación, conferencias, y presentaciones destinadas a las funciones básicas de captar profesionales dispuestos a colaborar con ATA.
- Obtención de recursos económicos.
- Captación de nuevos socios.
- Emisión de los recibos a de las cuotas de los socios.
- Preparación de la asamblea anual .

Secretaría. La ejerce M^a Jesús Sancho, abogada y por tanto sin perfil sanitario.

- Se organiza la actividad económica de la asociación.
- Realización de los informes económico anual

Tesorero. Este cargo lo ejerce Juan Manuel Mínguez Sanz, médico.

- Aporta los datos a incluir en el informe económico anual y colabora por tanto junto con la secretaria en los datos a presentar en la asamblea anual.

Vocales. Las vocalías están ejercidas por Carmen Blesa, enfermera especialista en traumatología y ortopedia del infantil (COT) y el Dr. Martí.

- Se mantiene el contacto por correo y email con los socios.
- Gestión de los envíos del material al Hospital de Gambo.

Voluntario/a. Participan entre otras en las labores administrativas de la asociación y por el tiempo que le dedican representan entre (1,6 y 1,69) como establece la normativa.

Participa en las siguientes actividades:

- Adquisición, preparación y envío de material sanitario.
- Elaboración de la contabilidad y presupuestos de la asociación.
- Preparación de los viajes y gestión burocrática.
- Correspondencia y contacto con los asociados.
- Difusión de la asociación con el fin de captar nuevos profesionales para ir a etiopia, nuevos socios y recaudar más recursos económicos para incrementar las posibilidades de ayuda.

Equipos médicos

Al año se intentar realizar tres o cuatro estancias cortas en el Hospital de Gambo, con una duración de un mes. En el caso de las estancias de más de un mes, se deben a que a través de otra asociación se ha contratado a un profesional para que lleve a cabo su labor durante un periodo superior al habitual, de la excedencia de un mes.

Perfil del personal voluntario:

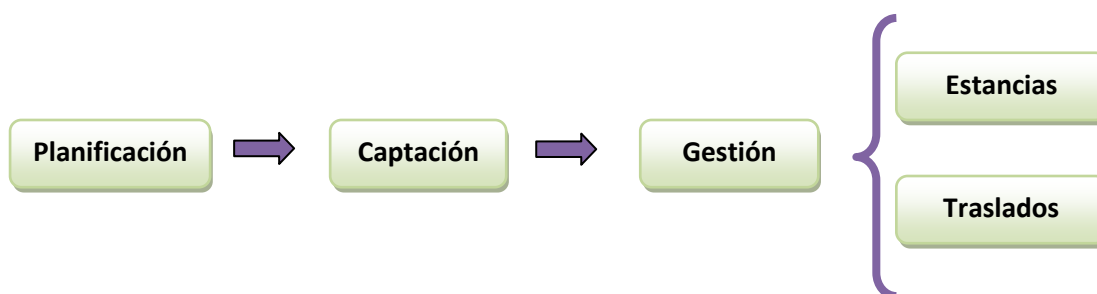
El perfil de los voluntarios que trabajan con ATA en el Hospital Rural de Gambo es exclusivamente de profesionales sanitarios, ya que es este el principal requisito para poder participar. Hasta la fecha han colaborado médicos y enfermeras procedentes de distintas especialidades destacando siempre con su mayor presencia los expertos en cirugía ortopédica y traumatología.

Tabla 28: Especialidades de médicos y enfermeras

	Especialidades de los médicos/as
→	Cirugía ortopédica y traumatología (COT)
	Medicina física y rehabilitación (RHB)
	Pediatría
	Anestesia
	Cirugía general
	Ginecología
	Oftalmología
	Medicina interna y digestiva
	Internos
	Especialidades de las enfermeras/os
	Enfermeras Instrumentistas
	Enfermeras infecciosos
→	Enfermera (COT)

Fuente: elaboración propia

Gestión de los recursos humanos. Incluye la planificación de los recursos humanos que se requerirán para cada estancia, la captación de éstos y la gestión de dichas estancias y el traslado hasta el hospital de Gambo.

Figura 41: Fases de la gestión de los recursos humanos

Fuente: elaboración propia

Planificación:

La junta directiva realiza una planificación de los recursos humanos que necesita para las estancias en Etiopía. La planificación se hace de forma previa al inicio de cada nuevo ejercicio teniendo en cuenta los objetivos marcados para el nuevo año. Cada año se planifican tres estancias cortas de un mes en la que participan entre cuatro y cinco profesionales que forman un equipo de trabajo de cirugía ortopédica y traumatología, u otra especialidad.

La tendencia sigue siendo que prevalezcan equipos integrados por médicos y enfermeras especialistas en COT, pero con algún profesional con otra especialidad. Sin embargo también ha habido equipos integrados por cirujanos generales, un anestesista y un ginecólogo como en septiembre de 2010, año en el que acudieron de forma previa y posterior dos equipos en los que prevalecían los especialistas en COT.

Para el año 2012 según se presentó en la reunión anual de los socios existe una planificación de dos equipos de cirugía ortopédica y un equipo de cirugía general y ginecología en el que se incluirán a especialistas en pediatría y medicina interna.

Captación:

La captación de profesionales voluntarios se realiza a través de las actividades de difusión de ATA en las que se explican tanto las experiencias de la asociación como las personales de otros profesionales que ya hayan realizado estancias.

En un inicio la captación de profesionales fue a nivel autonómico, dentro de la Comunidad Valenciana, pero actualmente los voluntarios proceden de Hospitales de diferentes comunidades autónomas como Cataluña, Galicia, Cantabria, Murcia y País Vasco.

Esto se debe a dos causas, por un lado el efecto contagio que produce que un profesional de otra comunidad participe con ATA y desee que más gente conozca su modelo de actuación y por otro lado el hecho de que las labores de difusión se hayan extendido a otras ciudades de España.

En muchos casos los futuros voluntarios manifiestan su interés en participar de forma directa en los actos de divulgación de la asociación y en otros mediante correo electrónico o llamadas telefónicas. A partir de ese momento se evalúa la posibilidad de incorporar a esa persona a un equipo.

Tabla 29: Principales hospitales y CCAA participantes

Hospitales	CC.AA
Hospital <i>Universitari i Politecnic, La Fe</i>	Comunidad valenciana
Hospital Dr. Peset	Comunidad valenciana
Hospital Arnau de Vilanova	Comunidad valenciana
Hospital Clínico	Comunidad valenciana
Hospital de Elda	Comunidad valenciana
Hospital de Valdecilla	Cantabria
Hospital de Ourense	Galicia
Hospital <i>Meixoeiro de Vigo</i>	Galicia
Hospital de Igualada	Cataluña
Hospital <i>Txagorritxu</i>	País vasco
Hospital, La Paz de Madrid	C. Madrid

Fuente: elaboración propia

Gestión del personal

La gestión del personal voluntario incluye: la gestión de las estancias y la gestión de los traslados.

La gestión de las estancias, consiste en la elección de las fechas disponibles que ofrece el Hospital de Gambo con la disponibilidad de los profesionales que van a participar. El Hospital de Gambo es el centro que pone a disposición todos sus recursos humanos, materiales e infraestructuras durante todo el mes para que los equipos de ATA los puedan usar, así como también el alojamiento dentro del recinto, por lo que los equipos se deben adaptar a estas fechas. Generalmente las fechas no varían mucho ya que una primera estancia se hace entre enero-febrero, otra en abril-mayo y la última en noviembre-diciembre. De esta forma se consigue dar una cobertura amplia durante todo el año.

Los médicos y enfermeras pueden participar mediante dos formas, con algunas variedades entre comunidades autónomas y hospitales:

- **Vacaciones.** Consiste en hacer uso del mes de vacaciones de cada enfermero o médico y destinarlo de forma íntegra a su estancia en Gambo.
- **Permisos.** En el caso de la Comunidad Valenciana a través de la Generalitat, se les concede un permiso de un mes retribuido para el personal que tiene plaza fija con dotación de sustitución, previa solicitud del permiso de cooperación. En el caso de los residentes se negocia a través de la comisión de docencia, quienes hasta el momento no han puesto objeciones por el enriquecimiento profesional que les aporta su participación.

La gestión de los traslados. Previamente a la salida de España todos los cooperantes deberán vacunarse para minimizar riesgos, de al menos: fiebre amarilla, poliomielitis, tifus, hepatitis A y B, meningitis, y de forma opcional para prevenir la malaria aunque no se han dado casos debido a la altitud a la que se encuentra el hospital.

La organización del viaje desde España a Etiopía, la lleva a cabo alguno de los miembros de la asociación que tenga asignada esta función o de forma conjunta.

Se tiende a buscar un viaje que sea compatible en cuanto a hora de llegada a Etiopía, aeropuerto de Addis Abeba, de forma que se evite hacer noche en la capital y simplemente sean recogidos y llevados desde la capital a Gambo por algún miembro de la Consolata. El origen del vuelo a Etiopía no es siempre el mismo, y parte de alguna ciudad Europea como Frankfurt a la que acuden los voluntarios desde cada una de sus ciudades de origen.

Una vez en el aeropuerto de Addis Abeba deberán mostrar su permiso o visado de cooperación en el caso de los que lo posean, o visado de estancia de un mes por vacaciones. Estos permisos son suficientes para entrar y salir del país durante un periodo máximo de hasta un mes. En el caso de las estancias superiores a un mes (estancias largas) se deberá renovar mensualmente.

Una vez en el Hospital de Gambo se alojará a todo el personal dentro del recinto del hospital donde se les proporcionará además desayuno comida y cena. Los gastos abonados por el alojamiento y servicio dentro del hospital son de 100€ aproximadamente (por cada cooperante) cantidad que deberá ser añadida a los gastos del viaje que son 1.000€ aproximadamente.

Estancias en 2011:

Las estancias son en su generalmente cortas, de un mes, durante el cual se procurará con el equipo disponible realizar el máximo de consultas e intervenciones atendiendo con carácter de urgencia las de mayor gravedad, así como aquellas que no se puedan realizar de no estar presente el equipo de ATA.

En cada equipo se intenta que al menos haya una persona con experiencia previa en Gambo para que ayude al resto de componentes a adaptarse y les explique el funcionamiento del Hospital.

Tabla 30: Programación estancias 2011

2011	EN	FB	MR	AB	MY	JN	JL	AG	ST	OT	NV	DB
Estancias largas	1	1	1	1								
Estancias cortas	0,5	0,5			1					0,5	0,5	

Fuente: elaboración propia

Estancia larga de enero a mayo

La puesta en marcha del gimnasio de Gambo fue el principal objetivo de la estancia más larga, seis meses, los dos últimos de 2010 y los cuatro primeros de 2011, junto con la formación de un nuevo fisioterapeuta contratado por el hospital.

La Dra. Marta López especialista en medicina física y RHB, ha participado entre otras cosas en la formación de un nuevo fisioterapeuta etíope que se integró posteriormente con el resto del equipo de cirugía ortopédica. El objetivo era que continuase con los pacientes intervenidos por los profesionales de ATA una vez dejaran Etiopía en febrero y que mantuviese el contacto con ellos por email para solucionar todas las dudas o complicaciones que pudieran surgir.

Por otra parte la ubicación del gimnasio en el pabellón de lepra ha marcado un hito en la integración con estos enfermos, ya que coinciden con otros enfermos durante el período de rehabilitación y poco a poco contribuirá a que el estigma que marca injustamente a los enfermos curados de lepra, pueda desaparecer en un futuro.

Estancia enero-febrero

El equipo contó con una de las doctoras, que ha realizado varias estancias en Gambo y que por tanto conoce bien el funcionamiento del Hospital. Su presencia en este equipo fue fundamental para poder formar al resto del grupo médico que procedía del Hospital de Ourense. Su estancia permitió un buen seguimiento de los pacientes que se habían intervenido en el mes de noviembre al que se sumaron otros nuevos que fueron tratados y operados. La doctora Belén Fernández, socia de ATA y veterana de Gambo, facilitó la inmediata adaptación del resto del grupo. Los resultados de la estancia fueron satisfactorios con más de treinta intervenciones y ciento catorce visitas y consultas externas.

Tabla 31: Miembros y especialidad del grupo enero-febrero


Nombre	Especialidad
Sra. Marta Rivas	Enfermera instrumentista
Dra. Belén Fernández	COT ★
Dr. Martín Bayón	Anestesiista
Dr. Antonio Fernández	COT

Fuente: elaboración propia

Segunda estancia: abril-mayo

La segunda estancia estuvo marcada por el envío de un equipo de cirugía ortopédica y traumatología procedentes en su mayoría del *Hospital Universitari i Politècnic La Fe de València* y un cirujano ortopédico procedente del Hospital de *Meixoeiro* de Vigo. Durante esta estancia los profesionales voluntarios de ATA destacaron el hecho de haber podido disponer de un quirófano diario, lo que permitió operar a un mayor número de enfermos, concretamente: cincuenta y dos enfermos de los cuales veinticinco fueron niños, diecinueve adultos y ocho intervenciones por secuelas de la lepra. Además se realizaron doscientas quince visitas de consulta externa/ambulatoria y cuatrocientas cincuenta y cuatro visitas y tratamientos a enfermos hospitalizados.

Tabla 32: Miembros y especialidad equipo abril-mayo

Nombre	Especialidad
Sra. Pilar Romero	Enfermera instrumentista
Dr. Juan Otero	COT
Dr. Juan Encarnación	Anestesiista
Dr. Rafael Vilar	COT
Dr. Francisco J. Lorente	COT 

Fuente: elaboración propia

Tercera estancia

Las cuatro semanas de intenso trabajo del tercer equipo enviado durante el 2011 se superó con evidente satisfacción al superar la cifra de mil enfermos tratados quirúrgicamente por los profesionales de ATA a lo largo de los ocho años de presencia en Etiopía. Se llevaron a cabo cuarenta y tres intervenciones de las cuales veinte pacientes fueron niños, dieciocho adultos y cinco por secuelas de la lepra. En cuanto a las visitas y tratamientos se hicieron un total de cuatrocientas cuarenta y tres de las cuales doscientas diecisiete fueron en consultas externas/ambulatorias y doscientas veintiseis para pacientes hospitalizados.

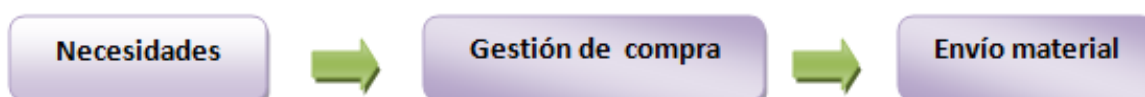
Tabla 33: Miembros y especialidad equipo noviembre

Nombre	Especialidad
Sra. Rosa M. Basas	Enfermera instrumentista
Sra. Carmen Blesa	Enfermera COT ★
Dra. Silvia Pérez	COT
Dr. Miguel A. Vilar	COT
Dr. Francisco J. Lorente	COT ★

Fuente: elaboración propia

Gestión del material

Incluye tres fases diferenciadas como son: una primera detección de las necesidades del Hospital de Gambo, seguidas por la gestión de compra del material, que incluye la búsqueda de proveedores, y finalmente el envío del material que supone la logística.

Figura 42: Fases gestión de material

Fuente: elaboración propia

Detección de necesidades:

ATA y el Hospital de Gambo se mantienen en contacto durante todo el año vía telefónica o correo electrónico (forma más habitual mediante). Esto permite mantener informada a la asociación de los problemas de abastecimiento de medicamentos o instrumental que pueda tener el hospital. Por un lado se realizan los envíos de material ante la detección de una necesidad por parte del hospital de Gambo, que ATA procurará suplir con un envío lo más inmediato posible. Por otro lado la asociación también realiza envíos de material teniendo en cuenta sus estancias, ya que probablemente debido a la naturaleza de las intervenciones que

se llevan a cabo, durante los periodos en los que permanecen en Etiopia necesiten consumir una cantidad superior de determinados materiales.

Gestión de compra:

Las compras de los medicamentos e instrumental médico que efectúa la asociación desde su inicio, se ha realizado a diferentes proveedores. La legislación española impide que las compras de cantidades elevadas de material medico sean realizadas de forma directa por la asociación y por ello es necesario el uso de intermediarios para la adquisición como: la fundación el Alto o Farmamundi. Por otro lado la elección del proveedor o proveedores depende de la tipología de material o medicamentos que se envíen (antibióticos, instrumental, gasas o apósitos). Dos ejemplos de intermediarios y proveedores de la asociación son:

Farmamundi. Es una organización no gubernamental de cooperación al desarrollo, acción humanitaria y de emergencia que realiza las siguientes funciones:

- Facilitar el acceso a medicamentos esenciales.
- Organizar profesionalmente la gestión y distribución de medicamentos, material y equipo sanitario.

Con este intermediario se agilizan muchos de los tramites como es la distribución del material una vez llega a su destino.

Normon: es una compañía que produce y comercializa gran variedad de productos farmacéuticos en gran cantidad de formas y presentaciones. En la actualidad, Normon es la compañía farmacéutica líder en producción de genéricos en España ya que su vademécum es el más amplio del mercado farmacéutico español, con más de 140 principios activos comercializados, lo que la sitúa a la vanguardia de este sector. Está presente en las áreas terapéuticas más importantes del mercado como cardiovascular, antiinfecciosos, antiulcerosos, medicamentos para el Sistema Nervioso, analgésicos y antiinflamatorios, antigotosos, antihistamínicos, hipolipemiantes, mucolíticos, antidiabéticos, anticancerígenos.

Cabe destacar que los intermediarios y proveedores fueron escogidas por la fiabilidad de los productos que comercializan, la variedad de cada uno de ellos y por su agilidad en la gestión de los envíos. Ambas organizaciones cobran una tasa por el suministro de los productos,

prestación de servicios de intermediación y no existe ningún trato preferente por tratarse de una ONG.

Envío de material:

El envío de material hasta el 2011 se había realizado de la siguiente forma, sin existir a priori ningún tipo de problemática. Una vez realizada la compra de material se elaboraban paquetes postales prioritarios con las dimensiones establecidas y con un peso de aproximadamente 15 kg. A su llegada a Etiopía eran recogidos por los miembros de la misión del hospital en Addis Abeba.

En 2011 se realizó un envío de antibiótico que fue retenido en Etiopía sin poder ser retirado por los miembros del Hospital de Gambo ya que se alegaba que no figuraba la información de los medicamentos en inglés. A raíz de este caso se han sucedido otros en los que también se han puesto impedimentos a la retirada de material como exigir otras tasas por su retirada, permisos de importación, o no reconocimiento de proveedores internacionales. Dichas acciones no tienen ninguna base cuando ya figuran en cada paquete enviado infinidad de documentos que acreditan el contenido, certificados de que se trata de una donación y que no generan pago y toda la información del proveedor.

Como consecuencia de las nuevas barreras para la entrada de material se optó por la adquisición del monitor de multifunción electrónico para anestesia y reanimación postoperatoria en Etiopía. La alternativa que baraja la asociación para la adquisición de material y medicamentos es decantarse por la opción de comprarlos en Etiopía, como realizaron con el monitor, aunque existen reticencias a efectuarlas en suelo etíope por el hecho de que se conoce que el calibrado de los componentes de los medicamentos, especialmente los antibióticos no es todo lo preciso que debiera ser y las consecuencias para los pacientes, especialmente niños pueden ser graves.

Los envíos de material durante el año 2011 se detallan a continuación:

Primer envío de material: Febrero

3700 unidades de apósitos vaselinados estériles

Segundo envío de material: Marzo

- 6 cajas de guantes estériles para cirugía: 360 pares
- 300 vendas gasa orilladas esterilizables
- 70 vendas algodón esterilizables
- 1 caja mascarillas quirúrgicas: 100 unidades
- 1 perforador de huesos manual
- 16 cables y terminales de bisturí eléctrico
- 250 suturas quirúrgicas
- 4 cajas cánulas estériles para vías venosas periféricas: 260 u.

Tercer envío de material: Febrero

- 10 pares zapatos ortopédicos para pies zambos
- 2 sistemas Denis Browne para tratamiento de pies zambos
- 30 unidades de pequeño instrumental quirúrgico
- 1 caja 200 vendas gasa orillada esterilizables
- 1 caja 100 cepillos estériles con jabón antiséptico
- 2 cajas mascarillas quirúrgicas: 200 unidades
- 150 manguitos estériles lámpara de quirófano
- 25 agujas de Kirschner para hueso
- 1 manguito de isquemia infantil
- 2 hojas sierras de hueso
- 1 hoja de sierra de yesos
- 10 pinzas quirúrgicas

Cuarto envío de material: Mayo

- 1 caja de apósitos estériles para cirugía: 1.200 u.
- 2 cajas mangos estériles de lámparas de quirófano: 200 u

Quinto envío de material: Junio

- 2 cajas de tapones punto de inyección luer lock 4.000 unidades

Sexto envío de material: Agosto

- 1 caja de batas quirúrgicas estériles 100 unidades

Séptimo envío de material: Septiembre

- 320 pares de guantes quirúrgicos estériles.
- 100 mascarillas quirúrgicas desechables
- 240 vendas de gasa orillada
- 120 vendas de algodón esterilizables
- 50 suturas quirúrgicas reabsorbible

Octavo envío de material: Octubre

- Antibióticos/Ácido clavulánico 5.200 viales de 1 gramo
- Adquisición en Etiopia de un monitor multifunción para anestesia y reparación de otro.

3.3.3 Marketing Social

Marketing social es *“el diseño, implementación y control de programas pensados para influir en la aceptación de ideas sociales, implicando consideraciones de planificación de productos, precio, comunicación, distribución e investigación de marketing”* (Kotler, 1971)

Las labores de marketing social que ha llevado a cabo ATA durante el 2011 han sido de muy diversa índole, pero teniendo como objetivo principal la comunicación con el público variado, enfocada a alcanzar tres fines:

- Captar personal sanitario.
- Captar socios.
- Acciones de carácter divulgativo y solidario.

Los **medios de comunicación** empleados han sido orales como conferencias y entrevistas de radio, en las que el hecho de relatar las experiencias en primera persona causan un mayor impacto en el público que las escucha y permiten a los ponentes interactuar con los oyentes.

No obstante la asociación ha contado con la presencia en prensa escrita mediante dos publicaciones.

El **público** al que se han dirigido las acciones ha sido esencialmente personal sanitario con el fin de despertar en ellos el interés de colaborar con la asociación aportando su experiencia profesional en próximas estancias. Sin embargo debido a las labores divulgativas y el compromiso solidario, también se ha dirigido mediante algunas acciones a un público joven y

también a un público adulto pero sin perfil sanitario. En este último caso el objetivo es que mediante la explicación de las acciones de ATA, sus principios y compromiso se anime más gente a colaborar aportando en la medida de los que se quiera recursos económicos o donaciones puntuales, sin las cuales la asociación no podría existir.

Tabla 34: Programación de actividades de marketing social 2011

2011	EN	FB	MR	AB	MY	JN	JL	AG	ST	OT	NV	DB
Acciones Marketing social	3		2	1	1			1	1	1		2

Fuente: elaboración propia

Las acciones de marketing social que tuvieron lugar durante el 2011 fueron:

Enero:

Conferencia en Ourense. El día 21 de enero de 2011 el Dr. Francisco J. Lorente, presidente de ATA, fue invitado por un grupo de médicos de Ourense para impartir una conferencia bajo el título: “Asociación Tamiru aduna : 7 años de un proyecto solidario para un hospital de Etiopía”.

El acto tuvo lugar en el salón de actos del Edificio Simeón de la Diputación Provincial de Ourense. Con una asistencia masiva que llenó el salón, a lo largo de una hora el Dr. Lorente compartió con el público asistente la experiencia de siete años del trabajo de todos los cooperantes de ATA en el Gambo General Rural Hospital.

El ambiente de atención, estuvo reforzado por la presencia de dos médicos orensanos que habían vivido con anterioridad la experiencia, al que se sumaba el equipo profesional que partiría de inmediato hacia Etiopía.

Publicación en prensa: en el mes de enero el periódico “La Región”, de Ourense publicó una crónica de prensa sobre la conferencia llevada a cabo el 21 de enero en la que se explicaban los temas tratados en la conferencia y la labor que realiza ATA. www.laregion.es

Figura 43: Publicación en prensa periódica "La Región"

Fuente: memoria ATA

Reunión anual: El día 29 de enero de 2011 se celebró la asamblea ATA en el Colegio de médicos de Valencia a la que acudió gran parte de los socios y simpatizantes. El presidente informó de todas las actividades desarrolladas a lo largo del pasado ejercicio. Se aprobaron las cuentas y se expusieron los objetivos para el año siguiente. Tras un interesante capítulo de ruegos y preguntas, y una vez concluida la asamblea, se realizó una comida en la que los socios pudieron conocerse mejor entre ellos y se intercambiaron impresiones entre los "veteranos de Gambo" y los asistentes.

Marzo:

Exposición en Igualada. El día 3 de marzo de 2011 ATA tuvo presencia en "El XXIII Curs de formació continuada en pediatria" invitados por el Dr. Marc Riera y la Dra. Carme Jou, coordinador y directora respectivamente de este, que tuvo lugar como cada año en *Hospital Consorci Sanitari de l'anoia*, en Igualada. Carmen Blesa enfermera y el Dr. Francisco J. Lorente cirujano ortopédico, ambos miembros veteranos y socios de ATA expusieron: "*La nostra experiència en ortopèdia infantil en un Hospital d' Etiopia*" ante un auditorio formado por profesionales sanitarios. A través de Rosa María Basas, enfermera instrumentista del citado hospital, socia y con mucha experiencia en Etiopia animó entre su entorno de trabajo a participar en la exposición, en la que los asistentes siguieron con gran atención las

explicaciones al poder conocer de cerca la realidad de los niños de esa región, los aspectos relacionados con la lepra, su diagnóstico precoz y las pautas de su tratamiento.



Reunión internacional Úlcera de Buruli, en Ginebra: El Dr. Francisco J. Lorente, presidente de A.T.A., asistió invitado por Fontilles a la reunión anual sobre la Úlcera de Buruli que se celebró del 28 al 30 de marzo en Ginebra, auspiciada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Su presencia allí sirvió para conocer los últimos avances científicos sobre esta enfermedad que azota especialmente a los países de la costa occidental de África y en la que se tuvo la oportunidad de valorar e intervenir a algunos pacientes en dos estancias previas llevadas a cabo en Costa de Marfil durante 2.008 y 2.009.

Durante esos días contactó con el Dr. Bofunga Imposo responsable médico del Hospital de Kimpese, República Democrática del Congo, para valorar la posibilidad de iniciar allí un programa de cirugía reconstructiva de las secuelas de dicha enfermedad utilizando a profesionales sanitarios con el mismo sistema que se lleva a cabo en ATA si existe la posibilidad de disponer de equipo médico.

Abril:

Charla en I.E.S de Manises. En el mes de abril con motivo de la semana de la solidaridad jornadas solidarias ATA realizó una charla en el instituto de Manises para jóvenes de entre 12 y 16 años sobre el trabajo humanitario y solidario en la que los estudiantes participaron haciendo preguntas al Dr. Lorente.

Mayo:

Carrera popular en Etiopia: Coincidiendo con la estancia en mayo de un equipo de cooperantes españoles de ATA, se realizó una carrera popular, con gran participación, en la que participaron junto con los jóvenes y responsables locales del poblado de Gambo. Bajo el lema **“DAR SANGRE ES DAR VIDA”** se concienció a adultos y niños sobre la importancia de la donación altruista de sangre. Fue un paso significativo para intentar acabar con la falsa creencia de que la sangre donada no se regenerará nunca y acortará la vida del donante, lo que en la práctica diaria dificulta mucho

Figura 44: Carrera infantil bajo el lema "Dar sangre es dar vida"



Fuente: web ATA

Agosto:

Publicación en prensa. El periódico *La Razón* el 24 de agosto destinó en su sección para la Comunidad Valenciana un espacio en el que se comentaba con una nota de prensa una entrevista realizada al Dr. Lorente sobre las acciones de ATA titulado con: *“Un lugar al que había que ir”*.

Figura 45: Nota de prensa en el periódico La Razón



Fuente: memoria ATA 2011

Septiembre:

Charla para la Falla “Els Antics”. En septiembre ATA realizó una charla para la Falla “Els Antics ” en la que se explicaron las acciones que desarrollan en la asociación, su funcionamiento y sus objetivos con motivo del “Dia de la Solidaritat”

Octubre:

Entrevista en la radio. En octubre la Radio Diabulus realizó una entrevista de 75 minutos en la que el Dr Lorente explico a los oyentes qué es la asociación, por qué se formó, cuál es su labor etc. Destacó la importancia de la labor humanitaria que efectúan con su presencia en Gambo, recibió las felicitaciones de muchos oyentes así como también respondió a sus preguntas.

Diciembre:

Conferencias en Castellón y Valencia. En Castellón mediante el “Curso de cooperación internacional al desarrollo: Implicación enfermería “ y en Valencia, en el Colegio de médicos se realizó una conferencia y un reportaje sobre la actividad de ATA publicado en la revista mensual del Ilustre Colegio de Médicos de Valencia y

3.3.4 Finanzas

En este punto se va a mostrar y explicar en primer lugar la situación económico-financiera de la asociación mediante el análisis de su situación patrimonial y la estructura de sus ingresos y gastos. Previo a todo este análisis se explicará la normativa fiscal por la que se rige la asociación y los derechos y obligaciones a los que se ve sometida.

Normativa

La Asociación se encuentra inscrita en el Registro General de Asociaciones de la *Conselleria de Justícia i Administracions Públiques de la Generalitat Valenciana* desde el 4 de octubre de 2004 y declarada de Utilidad Pública por el Ministerio del Interior desde el 12 de febrero de 2008. ATA presenta declaración del impuesto de sociedades de cada ejercicio durante los 20 primeros días del mes de julio posterior al cierre, con Base imponible cero por estar acogida al régimen de entidades sin fines lucrativos Título II Ley 49/2002

Para ser declarada de utilidad pública tenía que reunir una serie de requisitos, recogidos en el artículo 32 de la ley orgánica 1/2002, destacan:

- Ser asociación.
- Que sus fines tiendan a promover el interés general.
- Actividad de la asociación no restringida a beneficiar a sus asociados.
- Que los miembros de los órganos de representación que perciban retribuciones no lo hagan con cargo a fondos y subvenciones públicos. No obstante lo dispuesto en el párrafo anterior y en los términos y condiciones que se determinen en los estatutos, los mismos podrán recibir retribución adecuada por la realización de servicios diferentes a las funciones que les corresponden como miembros del órgano de representación (se admite la auto contratación)

- Contar con los medios personales y materiales adecuados y con la organización idónea para garantizar el cumplimiento de los fines estatutarios.
- Llevar los dos años anteriores a la solicitud constituidas e inscritas en el efectivo a sus afines estatutarios, ininterrumpidamente y concurriendo con todos los precedentes requisitos.

Beneficios:

La declaración de utilidad pública confiere una serie de derechos que establece el artículo 33 de la citada ley orgánica:

- a) Usar la mención de Utilidad pública en toda clase de documentos a continuación de su denominación
- b) Disfrutar de las exenciones y beneficios fiscales que las leyes reconozcan a favor de las mismas en los términos y condiciones previstos en la normativa vigente
- c) Disfrutar de beneficios económicos que las leyes establezcan a favor de las mismas
- d) Asistencia jurídica gratuita en los términos previstos en la legislación específica

Lo anterior se entiende sin perjuicio de la competencia de las CCAA para la declaración de utilidad pública a efectos de aplicar los beneficios que de ella se deriven, a las asociaciones que principalmente desarrollen sus funciones en su ámbito territorial, conforme al procedimiento que las propias CCAA determinen y con respeto a su propio ámbito de competencias (art 36. De la LO 1/2002)

Obligaciones:

Deberán rendir las cuentas anuales del ejercicio anterior en el plazo de los seis meses siguientes a su finalización y presentar una memoria descriptiva de las actividades realizadas durante el mismo ante el organismo encargado de verificar su constitución y de efectuar su inscripción en el registro correspondiente en el que quedaran depositadas. Dichas cuentas anuales deben expresar la imagen fiel del patrimonio de los resultados y de la situación financiera, así como el origen, cuantía destino y aplicación de los ingresos públicos percibidos. Además las asociaciones obligadas a formular cuentas anuales en modelo normal deberán adjuntar a las cuentas anuales un ejemplar de informe de los auditores.

Asimismo deberán facilitar a las administraciones públicas los informes que éstas requieran en relación con las actividades realizadas en cumplimiento de sus fines. (Ministerio del Interior, Registro nacional de asociaciones, 2007)

La estructura patrimonial:

Una primera aproximación al estudio de la estructura económico-financiera de ATA puede hacerse a través de lo que se conoce como análisis vertical. Se trata de la descomposición del Balance de situación en las masas patrimoniales principales y su posterior cálculo de porcentajes. De este modo será más sencillo observar las masas que mayor peso tienen en el Activo y en el Patrimonio Neto y Pasivo.

Tabla 35: Balance de situación 2011

ACTIVO	€	%	PATRIMONIO NETO Y PASIVO	€	%
ACTIVO NO CORRIENTE	0	0	PATRIMONIO NETO	19.926,06	100%
ACTIVO CORRIENTE	19.926,06	100%	PASIVO NO CORRIENTE	0	0
- Efectivo	19.926,06	100%	PASIVO CORRIENTE	0	0
TOTAL	19.926,06		TOTAL	19.926,06	

Fuente: elaboración propia a partir de las cuentas anuales 2011

Procedemos a la agrupación del Balance de situación en sus masas patrimoniales principales, las cuales representaremos como porcentaje sobre el total del Activo y Pasivo y Patrimonio neto. Lo más destacado de la estructura patrimonial de ATA es la ausencia de activo no corriente y pasivo no corriente, y como consecuencia ofrece una estructura patrimonial poco frecuente incluso para una ONG, que se ha mantenido desde su inicio variando solamente la cuantía, por lo que no procede comparativa entre 2010 y 2011. No obstante, dentro del sector al que pertenece, si bien no suman cero dichas partidas, si que tienen un porcentaje muy reducido en comparación con el resto de partidas, aunque ello dependerá de factores como el tamaño de la organización, volumen de ingresos, patrimonio y modelo de gestión.

Las principales causas que hacen que la configuración de la estructura patrimonial sea ésta, las encontramos en la inexistencia de inmovilizado (intangible y material) y ningún tipo de inversión inmobiliaria ni financiera, porque ATA no dispone de establecimiento ni local propio en el que ejerza su actividad, sino que hace uso del Hospital G. Rural de gambo. El Hospital

pone a disposición todos los recursos, infraestructuras y personal para que se desarrolle el proyecto de cooperación durante cada estancia.

Por lo que respecta a la estructura patrimonial de Pasivo y Patrimonio Neto, destacamos la importancia del Patrimonio Neto, que representa la totalidad de esta masa patrimonial y que ha tenido una tendencia creciente respecto al 2010, debido a los excedentes de años anteriores. Esto se observa teniendo en cuenta que el saldo inicial de 2011 es el final del año 2010 (18.553€) mientras que el saldo final del año 2011 es de (19.929,06€). En referencia a las deudas generales de la empresa, observamos que no hay, lo que muestra una estructura tradicional dentro de la asociación que no desea endeudarse para invertir, sino más bien utilizar sus recursos propios para financiarse.

Tabla 36: Estructura de los fondos propios 2011

FONDOS PROPIOS	SALDO INICIAL	ENTRADAS	SALIDAS	SALDO FINAL
Fondo social				
Reservas estatutarias				
Excedentes de ejercicios anteriores	14.168,88	4.384,36		18.553,24
Excedente del ejercicio	4.384,36	1.375,82	4.384,36	1.375,82
Total	18.553,24	5.760,18	4.384,36	19.929,06

Fuente: elaboración propia a partir de las cuentas anuales 2011

Como complemento al análisis vertical realizado, es muy útil y rápido calcular el Fondo de Maniobra. Esta variable nos informa sobre la situación de equilibrio financiero y por tanto permite determinar si la asociación está entre una situación de quiebra técnica o una situación de ociosidad. El fondo de maniobra se calcula como la diferencia entre Activo Corriente y Pasivo corriente y teniendo en cuenta la estructura ya mencionada obtenemos un fondo de maniobra positivo, hecho que implica que ATA tiene suficiente activo corriente para hacer frente a su obligaciones más inmediatas, luego en este sentido existe equilibrio económico

Fondo de maniobra₂₀₁₁ = 19.926,06

Fondo de maniobra₂₀₁₀ = 18.553,24

Aparentemente, la estructura patrimonial, no presenta una coherencia económico-financiera ya que únicamente hay dos partidas patrimoniales activo corriente y patrimonio neto lo que

hace suponer que la asociación no necesita una partida de patrimonio neto que constituya el 100% si no tiene ningún tipo de inmovilizado. Y de la misma forma tampoco sería necesario disponer de un activo corriente tan en forma de efectivo sino tiene deudas a corto plazo. No obstante, la estructura patrimonial es coherente con el modelo de gestión de la asociación.

Liquidez y endeudamiento de ATA

Tras haber realizado el análisis de la estructura patrimonial de la asociación conocemos a grandes rasgos el estado de liquidez de la asociación y su endeudamiento. A continuación hemos seleccionado algunos de los ratios que tienen sentido dada la estructura patrimonial de la asociación, que constatan la alta liquidez de la organización y su autofinanciación.

FONDO DE MANIOBRA SOBRE EL ACTIVO	FONDO DE MANIOBRA	19.926,06	1
	TOTAL ACTIVO	19.926,06	

El fondo de maniobra sobre el activo nos muestra la alta liquidez de la asociación que en caso de necesitar recursos económicos de forma urgente dispone de todo su patrimonio en forma de efectivo en distintas cuentas corrientes.

En cuanto al endeudamiento de la asociación, nos sirven para calcular el volumen de endeudamiento y su calidad así como la carga financiera que soporta. En el caso de ATA ya sabemos que no tienen ningún pasivo por lo que el ratio de endeudamiento reafirma lo comentado anteriormente.

RATIO ENDEUDAMIENTO	PASIVO TOTAL	0	0
	ACTIVO TOTAL	19.926,06	

Estructura de ingresos y gastos

Obtenida una visión genérica de la situación patrimonial de ATA a través de la información del Balance de Situación, nos centraremos en el análisis económico, el cual, desvelará como se han generado los resultados y como se podrían mejorar. En definitiva el análisis de la cuenta de Pérdidas y Ganancias nos permitirá evaluar cuestiones referidas a los distintos tipos de ingresos y gastos atendiendo a su naturaleza, o la mayor o menor incidencia de éstos sobre el resultado final obtenido.

Tabla 37: Cuenta de resultados 2011

CUENTA DE RESULTADOS	2011	2010
1. Ingresos de la entidad por la actividad propia	27.199,08	45.551,52
a) Cuotas de usuarios y afiliados	18.647,40	26.204,81
b) Ingresos de promociones, patrocinadores, y colaboradores	0	0
c) Subvenciones, donaciones y legados imputados al resultado del ejercicio afectas a la actividad propia	8.551,68	19.346,71
2. Ayudas monetarias y otros	-6.300	0,00
a) Ayudas monetarias	-6.300	0,00
6. Aprovisionamientos	-11.280,07	-22.049,64
9. Otros gastos de explotación	-8.371,01	-19.228,68
A) RESULTADOS DE EXPLOTACIÓN	1.248	4.273,2
14. Ingresos financieros	214,78	211,12
15. Gastos financieros	-86,96	-99,96
B) RESULTADO FINANCIERO	127,82	111,16
C) RESULTADO ANTES DE IMPUESTOS	1.375,82	4.384,36
D) RESULTADO DEL EJERCICIO	1.375,82	4.384,36

Fuente: elaboración propia a partir de las cuentas anuales 2011

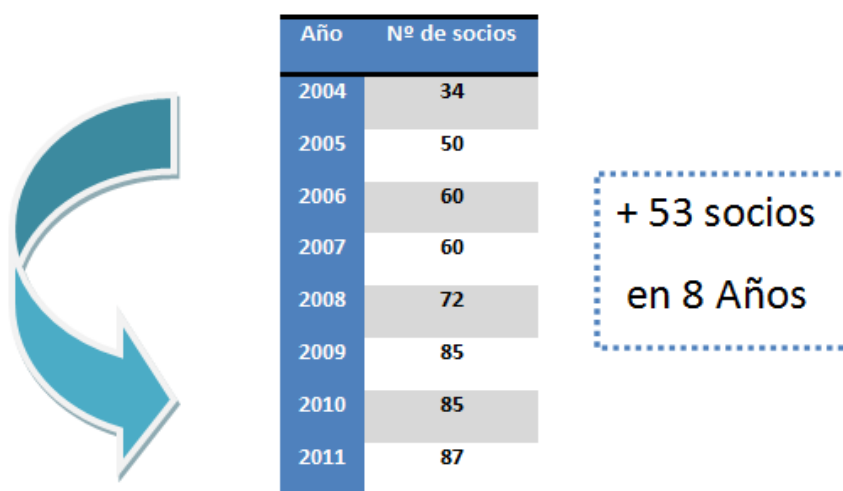
Los ingresos de la entidad por la actividad propia, están constituidos por las principales fuentes de financiación de ATA: las cuotas de los socios afiliados y donaciones, subvenciones y legados imputados al resultado del ejercicio afectas a la actividad propia. La cifra de esta partida para el 2011 es menor que la del 2010 debido a la disminución de los importes de las cuotas de los socios y a las subvenciones recibidas.

- **Socios afiliados.** Constituyen la base de los recursos económicos de la asociación donde los socios aportan 30€, 50€ u otra cantidad al año que pueden hacerse efectivas en 1, 2 o 3 cuotas. La naturaleza de los socios puede ser física o jurídica, pero hasta la fecha son solo personas físicas.

En 2011 las aportaciones de los socios fueron de 18.647,40€ cifra inferior a la del 2010 y que supone una disminución del 41% de su principal fuente de ingresos, pese al incremento progresivo del número de socios desde su constitución. La principal causa es,

que los socios prefieren mantener el compromiso de afiliación con ATA aunque disminuyendo sus aportaciones por las dificultades económicas.

Figura 46: Evolución número de socios



Fuente: elaboración propia a partir memorias ATA

- **Subvenciones, donaciones y legados.** Las subvenciones, están integradas por fondos que proceden de administraciones públicas y privadas, con carácter no periódico con el fin de constituir una ayuda financiera que suele comportar tener que cumplir con determinadas actividades de explotación. Mientras que las donaciones quedan definidas como una forma de adquirir el inmovilizado caracterizado por la recepción gratuita de un cierto bien, es decir, sin ninguna contraprestación. Tanto las subvenciones como las aportaciones de los socios se pueden efectuar mediante transferencia o ingresos a cuenta a cualquiera de estas tres entidades: Bankia, CAM o CaixaBank. La razón por la cual existen 3 cuentas es porque en algún momento las entidades han colaborado con la asociación previa presentación de un proyecto, colaboración que les ayuda a cumplir al mismo tiempo con sus intereses de actividades solidarias.

- **Bankia:** 2038 6159 91 6000025559
- **Caja de Ahorros del Mediterráneo:** 2090 6434 81 0200035182
- **Caixabank:** 2100 1463 17 0200155372

Tabla 38: Subvencione y ayudas recibidas

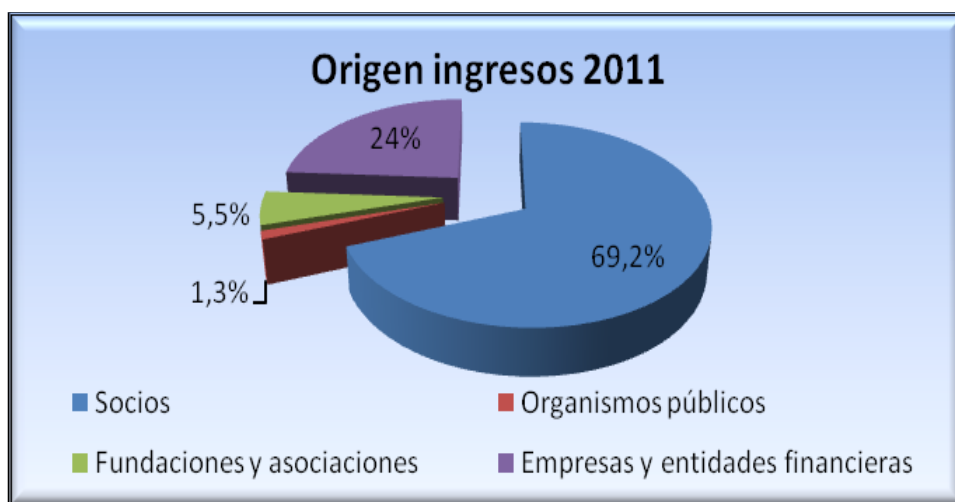
Entidades concedentes	Año de concesión	Periodo de aplicación	Importe concedido	Imputado a resultados hasta comienzo ejercicio	Imputado al resultado del ejercicio	Total imputado a resultados	Pendiente de imputar a resultados
<i>Fundacion Dasyc</i>	2.009	2010-2011	18.761,65	12.371,14	6.390,51	18.761,65	0,00
<i>Ajuda 0,7 Consell Solidari</i>	2.009	2010-2014	1.500	300	300	600	900
<i>Ajuda 0,7 Consell Solidari</i>	2.010	2010-2015	2.500	320,55	500	820,55	1.679,45
<i>Agricomex Política Agraria, S.L</i>	2.010	2010-2015	1.000	116,67	200	316,67	683,33
<i>Fundacion Dasyc</i>	2.011	2011-2016	1.472	0	269,87	269,87	1.202,13
<i>Ajuntament de Torrent (Fundación para el desarrollo de ACCI)</i>	2.011	2011-2016	360,08	0	6	6	354,08
<i>Caja de ahorros y pensiones de Barcelona(Obra social)</i>	2.011	2011-2016	6.000	0	750	750	5.250
<i>Caixabank S.A</i>	2.011	2011-2016	2.460	0	135,3	135,3	2.324,70
Total				13.108,36	8.551,68	21.660,04	12.393,69

Fuente: cuentas anuales ATA 2011

La cuantía de las subvenciones y donaciones concedidas en el ejercicio 2011 ascendió a 10.292,08€ y se imputaron al ejercicio 8.551,68€, menos de la mitad que el año anterior y cuya partida está formada por la aportación de: fundaciones, organismos públicos, entidades financieras y empresas.

- **La Fundación Dasyc** concedió en 2009, 18.761,65€ de los cuales en este ejercicio se han terminado de imputar. Además en el ejercicio de 2011 realizó otra aportación de 1.472€ de los que aún quedan pendientes 1.203,13€.
- Por parte de **organismos públicos** también ha recibido durante dos años consecutivos una pequeña ayuda del **Consell Solidari procedente de l’Ajuntament de Picanya** para la adquisición de medicamentos. *L’ajuntament de Picanya* destina desde 1994 el 0,7% de su presupuesto municipal a proyectos de cooperación y desarrollo que excluyan remuneración del personal. Así como también una pequeña ayuda por parte de *l’Ajuntament de Torrent*.
- En cuanto a las entidades financieras que recientemente han colaborado o siguen haciéndolo destaca en primer lugar la aportación de **“La obra social” de La Caixa** con 6.000 y posteriormente la ayuda de la nueva entidad financiera donde **La Caixa** está también incluida junto Banca Cívica. Dentro del pequeño grupo de aportaciones de empresas privadas ATA ha contado con la colaboración de **Agricomex S.L**

Figura 47: Origen ingresos en 2011



Fuente: cuentas anuales ATA 2011

La distribución de los ingresos según su origen otorga en 2011 un mayor peso a las aportaciones realizadas por los socios (69%), siendo esta la tendencia habitual desde el

momento de su constitución, seguidas por los importes aportados por las entidades financieras y empresas (24%) y finalmente las fundaciones y organismos públicos con una aportación del 5,5% y 1,3% respectivamente.

Sin embargo si se hace balance del origen de los fondos desde el momento de su constitución, ATA ha recibido mayor respaldo económico por parte de otras asociaciones y fundaciones de lo que se ve reflejado en 2011 y que sitúa a éstas en segunda posición por detrás de los socios. También se observa como las aportaciones de las entidades financieras y las de origen público son aun inferiores de los que se mostraba teniendo en cuenta solo el año 2011.

Figura 48: Estimación origen ingresos entre 2004 y 2011



Fuente: cuentas anuales ATA

Los gastos explotación están formados por: las ayudas monetarias, aprovisionamientos y otros gastos de explotación. Todos ellos han sido destinados en su totalidad a la actividad principal, fundamentalmente compra de medicamentos, material e instrumental quirúrgico y antibióticos. Incluido en el gasto de material encontramos el total de gastos de transporte hasta su llegada al Hospital Rural de Gambo. En este ejercicio también ha realizado otras acciones menos frecuentes como:

- Compra en Etiopía de un monitor multifunción para el Hospital de gambo, para anestesia.

- Reparación del monitor existente destinado al control de las constantes vitales en el postoperatorio inmediato lo que mejora la seguridad de la anestesia.

Como resultado de la minoración de los ingresos de la actividad con la suma de todos los gastos de explotación obtenemos un resultado de explotación positivo de 1.248€ cifra inferior a la del 2010 que fue de 4.273,2€.

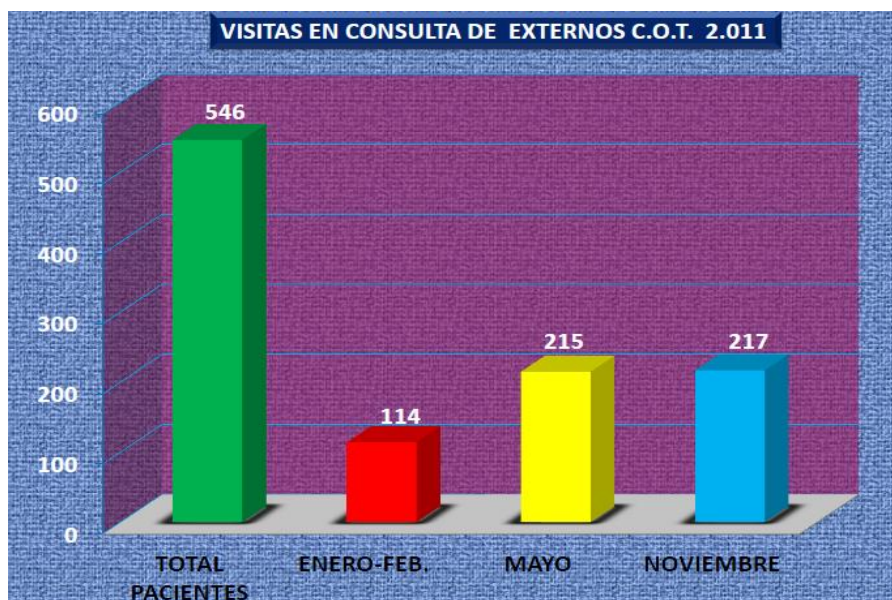
Los Ingresos financieros proceden de la Tarjeta ONG de Bankia que cede el 50% de los beneficios obtenidos por el uso en comercios a la ONG, que el cliente elija y que llevan en activo desde hace 5 años. De forma que por usar la tarjeta, el cliente contribuye con la asociación, y cuyo importe total ha sido de 214,78€ en 2011. Sin embargo todas las entidades financieras cobran su gastos de gestión y mantenimiento además de las comisiones bancarias por lo que dan origen a unos **gastos financieros** de 86,96€ arrojando un resultado financiero positivo de 127,82€ cifra levemente superior a la del 2010 con 111,16€.

Finalmente el **resultado antes de impuestos** y **resultado del ejercicio** coincide al no tener que pagar ningún impuesto por lo que el resultado de ATA fue de 1.375,82 en 2011 inferior respecto a 2010 que fue de 4.384€. Se entiende que el resultado sea inferior por la disminución considerable de las partidas que forman los ingresos de la asociación.

Relación entre los resultados económicos y resultados de las actividades

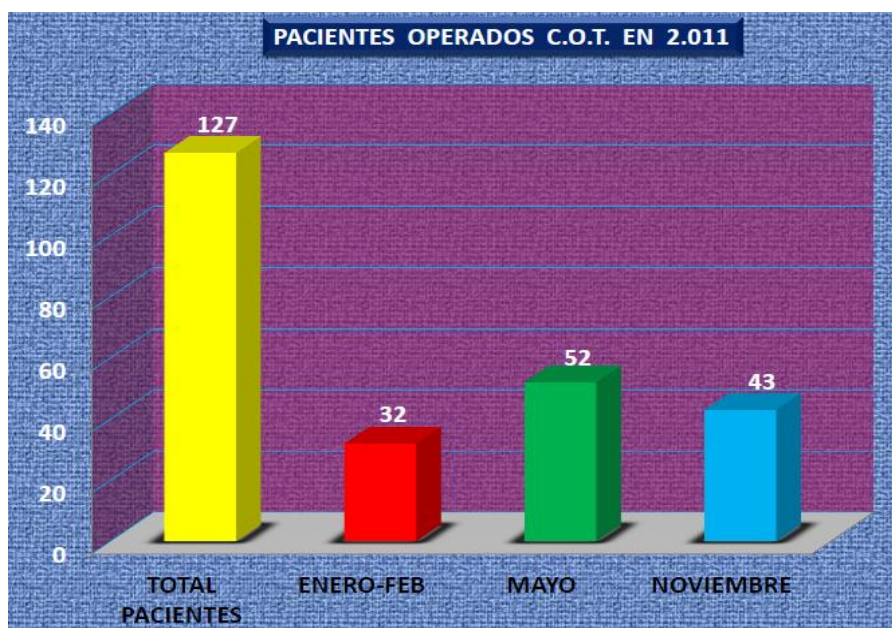
Los resultados económicos de ATA son relevantes en cuanto a que es necesario que la asociación disponga de los recursos mínimos que le permita desarrollar su actividad. Sin embargo no hay que olvidar que hablamos en todo momento de una ONG cuyo fin no es maximizar el beneficio económico sino maximizar el número de personas que se benefician por su labor. En este punto vamos a relacionar los recursos económicos de que ha dispuesto la asociación en 2011 y que han dado lugar a un resultado económico de **1.375€** con el número de personas que se han beneficiado de su acción.

De las tres estancias cortas de un mes por parte del equipo de ATA se beneficiaron 546 pacientes atendidos en consultas externas de cirugía ortopédica. Siendo menor el número de consultas durante el mes de enero-febrero con 114 y de casi el doble durante las dos estancias posteriores en mayo y noviembre.

Figura 49: Número de visitas en consultas externas COT por estancia en

Fuente: asamblea de socios ATA 2011

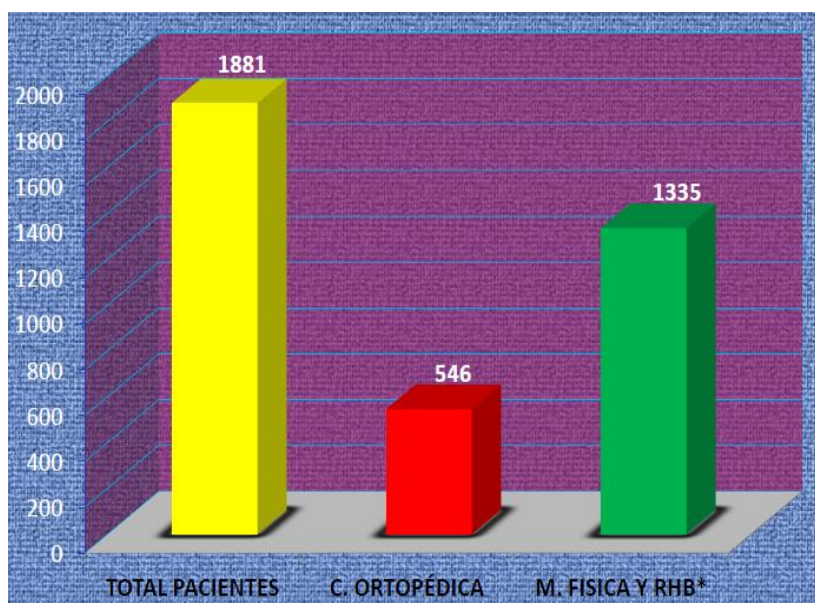
Como consecuencia de las visitas en consultas externas algunos casos derivaron en intervenciones quirúrgicas. Concretamente en se realizaron 127 intervenciones de cirugía ortopédica durante el año 2011 teniendo el mes de mayo el mayor numero de intervenciones, 52.

Figura 50: Número de pacientes operados, COT en 2011 por estancia

Fuente: asamblea de socios ATA 2011

Además del total de pacientes intervenidos y atendidos por C.O.T. durante el año 2011 se continuó con una labor comenzada años atrás la rehabilitación de los pacientes sometidos a intervenciones de COT, o aquellos que tienen secuelas de la lepra y/o han sufrido algún tipo de amputación y deben hacer uso de prótesis en alguna extremidad.

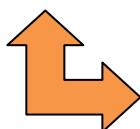
Figura 51: Número de visitas en consultas externas y tratamientos durante 2011



Fuente: asamblea socios 2011

Para conseguir un área de medicina física y rehabilitación, ATA proporcionó recursos para la financiación de un gimnasio, su equipamiento y durante este periodo y con la ayuda de otros colaboradores se consiguió la presencia de una especialista medicina física y RHB para que pusiese en marcha esta área del hospital así como formar durante su estancia de 6 meses a una fisioterapeuta. En total su labor ha beneficiado de forma directa a 1.335 pacientes de RHB que junto a los atendidos en consultas externas suman 1.881 pacientes.

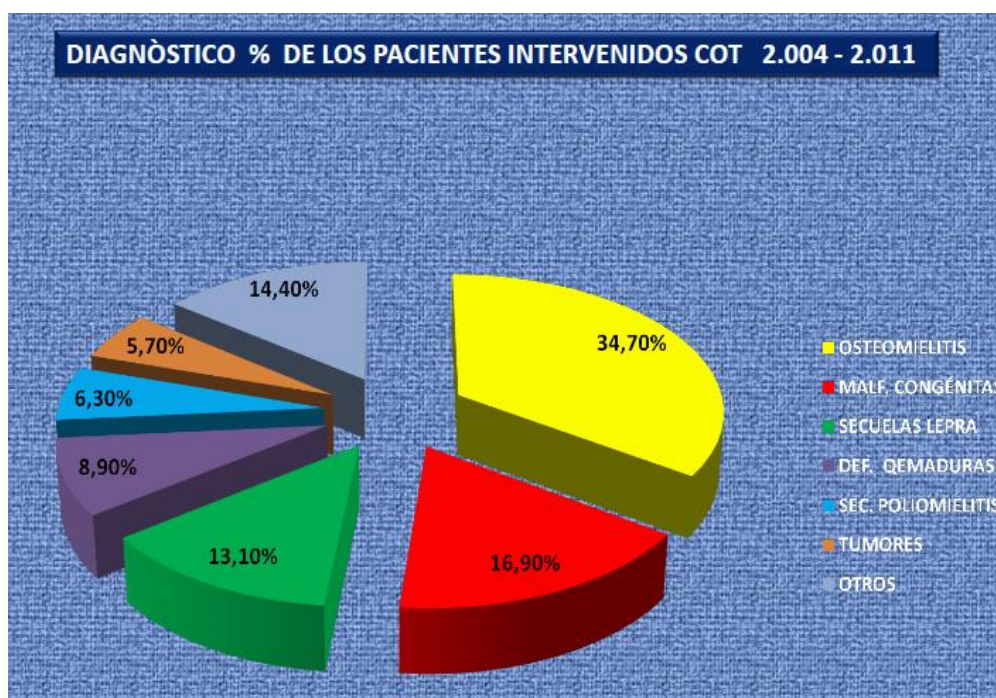
Recursos usados:	Número	Coste
Profesionales sanitarios	15 personas	0€
Total estancias	3+1	0€
Material e instrumental	8 envíos	25.951€



Beneficiarios: 2008
1.881 consultas y tratamientos
12 intervenciones cirugía menor
127 intervenciones (19 de lepra)
Estancia media 9,5 días
Total atención= 9,5*127=1.206
Otros beneficiarios.

El grupo de otros beneficiarios está compuesto por todas aquellas personas que se benefician de la estancia de ATA en Gambo. No se pueden cuantificar los beneficios obtenidos por los enfermos de del hospital que sin ser atendidos por los profesionales de ATA directamente, han recibido cuidados y curas con el material enviado, así como antibióticos, cuya totalidad se destina para ser utilizado en todas las áreas del hospital y para todos los enfermos que lo precisen en cualquier momento.

Si tenemos en cuenta los resultados obtenidos desde el inicio de la actividad de ATA en el Hospital de Gambo, encontramos que desde mayo del 2004 a noviembre de 2011 se habían intervenido 1.032 pacientes de los cuales 804 fueron de cirugía ortopédica y 228 de cirugía general y ginecológica. Atendiendo al diagnóstico de los pacientes intervenidos por COT se observa como la osteomieliti, las malformaciones congénitas y las secuelas dela lepra son las principales causas de intervención por el equipo de COT de ATA.

Figura 52: Diagnósticos más frecuentes en la intervenciones de COT

Fuente: asamblea de socios ATA

La valoración de los resultados obtenidos con la realización de las actividades y/o servicios:

- ❖ Se ha obtenido la **curación de la mayoría de los enfermos** tratados o su mejoría clínica y funcional.
- ❖ **Se ha restablecido la funcionalidad de los enfermos** que presentaban secuelas de poliomieltis, artritis o quemaduras especialmente niños y adolescentes.
- ❖ La **corrección de las deformidades congénitas** en los miembros inferiores, pies zambos, ha permitido una marcha normal y ha aportado mejores condiciones de vida a los niños intervenidos. Ha aumentado el número de pacientes tratados de esta afección al conocerse en toda la región e incluso en el país vecino de Djibuti, los excelentes resultados obtenidos en los pacientes intervenidos por ATA. La introducción de ortesis y calzado enviado desde España y la fabricación artesanal de otras nuevas han mejorado los resultados y aumentado el grado de cumplimiento de las pautas postoperatorias.

- ❖ La presencia de anestelistas en 3 equipos de ATA ha permitido una **cirugía más segura** y abordar otros procesos **de mayor riesgo y complejidad** así como también hacer descansar al técnico local. Además también **ha contribuido la adquisición de otro monitor** que aumenta la seguridad anestésica en el segundo quirófano. Mientras que **la reparación del otro monitor**, que estaba dañado, permite una vigilancia correcta durante el postoperatorio inmediato de los enfermos al tener sus constantes vitales monitorizadas hasta su recuperación post-anestésica previa a su traslado a sala.

- ❖ **La cirugía reconstructiva en las secuelas de la lepra ha seguido reportando beneficios importantes a los enfermos intervenidos**, a los que se suma los debidos al comienzo de las actividades del gimnasio. La presencia de la Dra. López, especialista en medicina física y rehabilitación y la implicación del Fisioterapeuta local contratado finalmente por el Hospital, ha consolidado su normal funcionamiento. Asimismo el seguimiento de la evolución de los pacientes intervenidos , vía Internet reportados por el fisioterapeuta periódicamente, ha mejorado notablemente la calidad de los resultados y la evitación de complicaciones o su tratamiento inmediato.

- ❖ Se ha proseguido **incrementando la dotación de material quirúrgico y los recursos para las curas** tanto en las salas y consultas de externos. Así como también la **adquisición y compra de antibióticos** ha sido factor básico para propiciar la curación de los pacientes que presentaban enfermedades infecciosas de todo tipo, pero especialmente las que afectan al aparato locomotor.

- ❖ El **envío de apósitos estériles vaselinados** ha permitido una **alta calidad en las curas de los enfermos** que sufren quemaduras, **niños** fundamentalmente, **así como enfermos de lepra** ulcerados, evitando sobreinfecciones y acelerando los periodos de cicatrización.

- ❖ El **envío de paños y batas quirúrgicas** de un solo uso, **ha permitido operar en condiciones óptimas de asepsia**, ya que dadas las limitaciones del sistema de esterilización del Hospital no siempre había disponibilidad en correctas condiciones de las convencionales, o cuando

las épocas de lluvias, la humedad ambiental no permite el secado de la ropa lavada hasta pasados varios días.

Análisis de los recursos y capacidades

Este análisis permitirá terminar de establecer los elementos esenciales de la asociación:

Recursos Umbral: aquellos necesarios para satisfacer las exigencias mínimas de los consumidores y por tanto seguir existiendo.

- El Hospital de Gambo que es el establecimiento donde lleva a cabo todas las actividades sanitarias.
- El capital humano formado por todo el personal médico voluntario, que participa con ATA.
- Los ingresos procedentes de las donaciones de los socios, sin los cuales ATA no podría llevar a cabo su actividad.

Competencias umbral: actividades y procesos necesarios para satisfacer las exigencias mínimas de los consumidores y por tanto seguir existiendo.

- Toda la atención sanitaria, la gestión de las compras de medicamentos, logística del personal y del material así como las gestiones administrativas internas .

Recursos únicos: son aquellos recursos que sostienen la ventaja competitiva y que los competidores tienen dificultades para imitar.

- Los socios, son una pieza fundamental en ATA, ya que pese a que se han producido algunas bajas a lo largo de los años siempre se ha incrementado el número de simpatizantes, hecho que ha otorgado estabilidad y confianza para ampliar de forma sostenible las acciones en las que ATA pueda colaborar. (fidelidad)
- La experiencia y la cualificación del personal sanitario son una pieza fundamental y sin duda uno de los recursos más valiosos con los que cuenta la ONG así como la capacidad de aprender más en su campo de una forma solidaria.

Competencias nucleares: actividades que sostienen la ventaja competitiva y los competidores tienen dificultades para imitar u obtener.

- Sistema de prestación de los servicios basado en las excedencias, permisos sin sueldo o vacaciones del personal sanitario, que decide implicarse, sirve para garantizar el principio más importante de ATA, que los esfuerzos económicos de sus socios aportando sus recursos económicos lleguen íntegramente a la población etíope que los necesita.

3.3.5 Fortalezas y Debilidades

FORTALEZAS

- **Crecimiento del personal sanitario**, tanto el etíope, que tiene la oportunidad de adquirir una formación completa y fuera de su alcance, como del personal voluntario que tiene la posibilidad de aprender con menos medios y enfrentarse a situaciones que ponen a prueba su capacidad como médicos y que les aporta un crecimiento profesional y personal.
- **La no posesión de instalaciones y la no remuneración del personal**, permiten evitar dos de los gastos de mayor peso en las cuentas de una ONG y permiten disponer de más recursos para cumplir con los objetivos con los que se ha creado.
- **Gestión ética y responsable de los recursos económicos**. Uno de los mensajes que la organización intenta remarcar constantemente en todos los eventos, conferencias y publicaciones es el carácter altruista de ATA y el compromiso con todos aquellos que deciden colaborar económicamente haciendo llegar el máximo de sus aportaciones a Gambo en forma de medicamentos e instrumental médico. Por lo tanto el no remunerar a nadie, ni despilfarrar recursos, se convierte uno de los mayores atractivos de ATA al ser informados todos los socios de forma constante del origen y cantidad de los fondos y del uso que se le dan.
- **Aumento del número de voluntarios**. La difusión de las acciones de ATA entre los profesionales sanitarios ha dado sus frutos tras 8 años. Por ello, en la actualidad la asociación cuenta con una lista de espera de voluntarios interesados en realizar estancias de un mes en Gambo, y por lo tanto una satisfacción por parte de la junta directiva que es

testigo del cumplimiento de las expectativas de los voluntarios, con el aumento de la demanda de colaboración con ATA.

- **Aumento del número de socios.** Desde su constitución la asociación ha incrementado el número de asociados que están comprometidos con la misión que desempeña, por este motivo y pese a que la situación económica no es favorable, a diferencia de las grandes ONG no se han producido a penas bajas. Este hecho se debe fundamentalmente a que la gran mayoría de los socios tiene un perfil de persona adulta, solvente y en muchos casos pertenece al entorno sanitario, lo que le hace estar más implicado con las acciones que lleva a cabo ATA.
- **Independencia del sector público.** Tras el análisis de las cuentas de la organización se detecta como el origen de la mayor parte de sus fondos, corresponde a las aportaciones de sus socios y a donaciones o subvenciones privadas. Esta situación, que en otro contexto económico podría considerarse desfavorable, actualmente resulta una ventaja competitiva frente a otras organizaciones que han dependido en exceso del sector público y verán reducidas su capacidad de acción.
- **El éxito de la acogida de ATA en Etiopía.** Se basa en gran medida en ofrecer un servicio que no existía en ningún hospital de la zona. Por lo que actualmente la población se desplaza desde zonas lejanas para poder ser atendidos por este hospital donde la población conoce los periodos en los cuales el equipo de ATA acudirá al Hospital General Rural de Gambo.

DEBILIDADES

- **Limitados por los recursos económicos.** Los recursos económicos de ATA han disminuido por una parte por la reducción de las aportaciones de los socios, y por otra debido a que pese a que ella no depende directamente de las ayudas económicas públicas sí lo hacen otras organizaciones colaboradoras que habían dado soporte económico a algunas acciones y ahora se ven perjudicadas por los ajustes económicos del Estado.

- **Concentración de múltiples tareas en una misma persona.** No existe una asignación definida de las actividades ya que varios miembros de la junta directiva realizan las mismas funciones.
- **Limitados por las instalaciones y el tiempo.** El Hospital de Gambo concede a ATA solo tres periodos de estancias cortas a los que ATA debe ajustarse, ya que durante ese tiempo gran parte de los recursos del hospital serán usados por los profesionales voluntarios para acciones de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) y el hospital dispondrán de menos recursos para otras intervenciones y consultas (coste de oportunidad). De alguna forma se interrumpe el funcionamiento habitual del centro, se incrementando el ritmo de trabajo, aumentando la estancia media de los enfermos, debido a que la recuperación de las intervenciones de COT es más larga por lo que hay más demanda de camas y mayor ocupación .
- **Limitados por la gestión del hospital.** La asociación no puede intervenir en la gestión del hospital (personal, medicamentos, pacientes) y debe procurar adaptarse a su forma de trabajar y costumbres.
- **No cuenta con el respaldo de una organización** lo suficientemente **grande e independiente del sector público** que le ayude a difundir entre mayor público su labor y que le proporciones el apoyo económico necesario que le permitiese crecer.
- **No hay estrategia de marketing social definida.** Las acciones de marketing que realiza la asociación son principalmente de carácter informativo o divulgativo en las que destacan las conferencias a un público del sector sanitario con el fin de atraer profesionales, más que captar socios y por tanto recursos económicos.
- **No hay uso de redes sociales dentro de las acciones de marketing.** Este hecho dificulta las tareas de difusión y promoción entre un público objetivo más amplio y de una forma más rápida.

CAPÍTULO 4

PROPUESTA DE MEJORA

4-PROPUESTA DE MEJORA

En este punto del proyecto se van a realizar una serie de propuestas para la asociación, con el fin de solucionar aquellos puntos en los que tiene dificultades, y al mismo tiempo propondremos algunas medidas que impulsen sus puntos fuertes. A continuación explicaremos detalladamente alguna de estas medidas y sus objetivos, que sin duda permitirán mejorar varios aspectos clave para ATA, así como el coste en el que incurrirá la asociación para activarlas.

4.1 Matriz CAME

La propuesta de mejora de la Asociación Tamiru Aduna comienza en este punto tras haber realizado en apartados anteriores el análisis externo e interno de la organización que han dado como resultado un conjunto de “Amenazas y Oportunidades” así como “Debilidades y Fortalezas” que podemos sintetizar con una matriz DAFO:

Tabla 39: Matriz DAFO

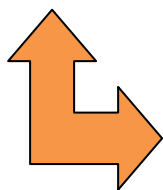
ANÁLISIS INTERNO	ANÁLISIS EXTERNO
<p data-bbox="416 495 576 521">FORTALEZAS</p> <ul data-bbox="228 551 770 1055" style="list-style-type: none"> • Crecimiento profesional y personal del personal sanitario voluntario y del staff de Gambo. • Gestión ética y responsable de los recursos como principal atractivo de adhesión. • Aumento del número de voluntarios. • Aumento del número de socios. • Independencia del sector público. • El éxito de la acogida de ATA en Etiopía atrae a más población. • La no posesión de instalaciones y la no remuneración del personal como fuente de ahorro. 	<p data-bbox="970 495 1190 521">OPORTUNIDADES</p> <ul data-bbox="794 551 1370 1122" style="list-style-type: none"> • Ligera apertura comercial y tenue fomento de la inversión. • Nuevas fórmulas para diversificar las fuentes de financiación de las ONG. • Crecimiento económico de Etiopía. • Consideración de Etiopía como país prioritario de acción para España y otros organismos multilaterales y bilaterales. • Condonación de la deuda externa, y la consideración de Etiopía como país HIPC. • El incremento de la demanda de la ciudadanía en asuntos sociales se refleja con el aumento continuado de ONGs durante la última de época.
<p data-bbox="416 1167 576 1193">DEBILIDADES</p> <ul data-bbox="228 1223 746 1653" style="list-style-type: none"> • Limitados por los recursos económicos. • Concentración de múltiples tareas en una misma persona dentro de la organización. • Limitados por las instalaciones y el tiempo. • Limitados por la gestión del hospital. • No hay estrategia de marketing social definida. • No hay uso de redes sociales dentro de las acciones de marketing. • No existen socios con forma jurídica. 	<p data-bbox="1007 1167 1153 1193">AMENAZAS</p> <ul data-bbox="794 1223 1370 1765" style="list-style-type: none"> • Mala situación económica a nivel global. • La falta de inversión en educación conlleva a déficit de personal sanitario cualificado. • Barreras a la entrada de productos dentro del país. • Los conflictos internos del país y con sus vecinos desalientan al voluntariado del sector, por concebirlo como un riesgo. • La base agraria de la economía, unido a las sequías, principal causa de hambrunas. • Incremento del número de bajas de las ONG y disminución de las aportaciones de los socios. • Falta de transparencia en el tercer sector genera desconfianza.

Fuente: elaboración propia

Los datos reflejados en la matriz DAFO nos van a servir para elaborar la matriz CAME que consiste en un análisis que nos permitirá Corregir las debilidades, Afrontar las amenazas y Mantener y Explotar al máximo las Fortalezas y Debilidades.

Corregir las Debilidades.

- Limitados por los recursos económicos.
- Concentración de múltiples tareas en una misma persona dentro de la organización
- Limitados por las instalaciones y el tiempo.
- Limitados por la gestión del hospital.
- No hay estrategia de marketing social definida.
- No hay uso de redes sociales dentro de las acciones de marketing.
- No existen socios con forma jurídica

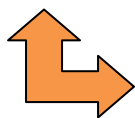


En este sentido la organización debe:

- **Diseñar un plan de Marketing** que le permita promocionarse y comunicarse con su entorno. Con ello se pretenderá un doble objetivo: aumentar la comunicación para que incrementen al mismo tiempo el número de socios y los recursos económicos.
- Hacer uso de las **redes sociales** como herramienta principal en la difusión de la organización. Recaudar de mayor número de personas aunque sea con aportaciones inferiores.
- **Negociar con el hospital** cualquier sugerencia de tiempo que tenga ATA, que no interceda en la política habitual del hospital ya que así se pueden enriquecer ambas partes, las cuales tienen intereses comunes.
- **Realizar una redistribución de las tareas y responsabilidades** que realizan los miembros de la junta directiva para que no se concentre en una misma persona tantas actividades.

Mantener las Fortalezas

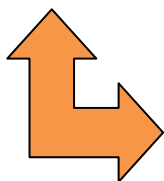
- Crecimiento profesional y personal del personal sanitario voluntario y del staff de Gambo.
- Gestión ética y responsable de los recursos como principal atractivo de adhesión.
- Aumento del número de voluntarios.
- Aumento del número de socios.
- Independencia del sector público.
- El éxito de la acogida de ATA en Etiopia atrae a más población.
- La no posesión de instalaciones y la inexistencia de remuneración del personal como fuente de ahorro.



- **Incrementar la participación de los profesionales** recopilando experiencias y anécdotas en la web o en blogs cuyo enlace figure en la web de ATA.
- **Aprovechar la fortaleza del estado de las cuentas** anuales para realizar una primera **inversión en un marketing social y responsable** con el que la asociación incrementará recursos y se difundirá.
- En caso de exceso de personal y recursos económicos **expandir ATA a otras zonas de África** en las que pueda hacer uso del mismo sistema en otro hospital donde exista carencia de recursos .

Afrontar las amenazas

- Mala situación económica a nivel global.
- Falta de inversión en educación conlleva a déficit de personal sanitario cualificado.
- Barreras a la entrada de productos dentro del país.
- Los conflictos internos del país y con sus vecinos desalientan al voluntariado del sector por concebirlo como un riesgo.
- La base agraria de la economía, unido a las sequías principal causa de hambrunas.
- Incremento del número de bajas de las ONG y disminución de las aportaciones de los socios.
- Falta de transparencia en el tercer sector genera desconfianza.



Campañas para captar fondos procedentes de un público objetivo más amplio, utilizando las redes sociales y la web.

Transmitir mensaje de tranquilidad sobre los conflictos que ocurren en el país explicados directamente por voluntarios que ya hayan acudido.

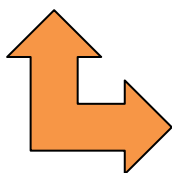
Búsqueda de **nuevas formas de colaboraciones con organizaciones** que no sean tan dependientes del sector público.

Mostrar una imagen clara de marca que diferencie ATA del resto de ONG.

Aplicar algún sistema de identificación de calidad que acredite la imagen transparente de ATA.

Explotar las oportunidades

- Ligera apertura comercial y tenue fomento de la inversión.
- Nuevas fórmulas para diversificar las fuentes de financiación de las ONG.
- Crecimiento económico del país.
- Consideración de Etiopía como país prioritario de acción para España y otros organismos multilaterales y bilaterales.
- Condonación de la deuda externa, y la consideración de Etiopía como país de HIPC
- El incremento de la demanda de la ciudadanía en asuntos sociales se refleja con el aumento continuado de ONG durante la última de época.



Búsqueda de colaboradores en Etiopía que posean recursos económicos.

Explotar todas las vías de financiación de proyectos por parte o **de organismos multilaterales o bilaterales** que puedan estar interesados en invertir en el proyecto de ATA en Etiopía.

Abrir el abanico de público objetivo para captar socios con otros perfiles.

Introducir otras variedades de voluntariado consistente en colaboraciones a distancia de otro tipo de profesionales que puedan colaborar en diseño de folletos, informáticos para el control de las redes sociales y para potenciar la web...

Tabla 40: Matriz CAME

CORREGIR	AFRONTAR
<p>Diseñar un plan de Marketing que le permita promocionarse y comunicarse con su entorno.</p> <p>Hacer uso de las redes sociales como herramienta principal en la difusión de la organización.</p> <p>Negociar con el hospital cualquier sugerencia de tiempo que tenga ATA que no interceda en la política habitual del.</p> <p>Realizar una redistribución de las tareas y responsabilidades que realizan los miembros de la junta directiva para que no se concentre en una misma persona tantas actividades.</p>	<p>Campañas para captar fondos procedentes de un público objetivo más amplio utilizando las redes sociales y la web.</p> <p>Transmitir mensaje de tranquilidad sobre los conflictos que ocurren en el país explicados directamente por voluntarios que ya hayan acudido.</p> <p>Búsqueda de nuevas formas de colaboraciones con organizaciones que no sean tan dependientes del sector público</p> <p>Mostrar una imagen clara de marca que diferencie ATA del resto de ONG.</p> <p>Aplicar algún sistema de identificación de calidad que acredite la imagen transparente de ATA.</p>
<p>MANTENER</p> <p>Incrementar la participación de los profesionales recopilando experiencias y anécdotas en la web o en blogs cuyo enlace figure en la web de ATA.</p> <p>Aprovechar la fortaleza del estado de las cuentas anuales para realizar una primera inversión en un marketing.</p> <p>En caso de exceso de personal y recursos económicos expandir ATA a otras zonas de África.</p>	<p>EXPLOTAR</p> <p>Búsqueda de colaboradores en Etiopía que posean recursos económicos.</p> <p>Explotar todas las vías de financiación de proyectos por parte o de organismos multilaterales o bilaterales que puedan estar interesados en invertir en el proyecto de ATA en Etiopía.</p> <p>Abrir el abanico de público objetivo para captar socios con otros perfiles.</p> <p>Introducir otras variedades de voluntariado consistente en colaboraciones a distancia.</p>

Fuente: elaboración propia

PROPUESTA DE MEJORA BASADA EN EL MARKETING SOCIAL

De todas las acciones que se han propuesto en la matriz CAME vamos a escoger aquellas que tienen un carácter prioritario, es decir, que resulten una solución para afrontar los posibles problemas de financiación que ATA puede empezar a notar en próximos ejercicios.

En todo momento se van a buscar fórmulas que supongan un coste mínimo para la asociación, que quiere seguir destinando gran parte de su presupuesto a la adquisición de material e instrumental médico, pero que está dispuesta a invertir en acciones de marketing social.

Es necesario elaborar un plan de marketing que permita a la asociación definir una estrategia de comunicación, que le ofrezca mayor difusión entre un público objetivo más amplio, haciendo uso de los avances de la tecnología de la información, de la mano de las redes sociales y la página web. Todo plan de marketing parte de un análisis externo e interno y una matriz DAFO. En el caso de ATA ese camino se ha realizado previamente y a continuación vamos a revisar todos los elementos del marketing mix con el fin de determinar aquellos que es posible mejorar:

El servicio

El servicio que presta ATA consiste en el apoyo al Hospital Rural de Gambo, en Etiopia, mediante un programa de cooperación de profesionales sanitarios que realizan estancias de un mes, y el envío periódico de material e instrumental médico, estableciendo un programa de cirugía ortopédica y reconstructiva, en el que los niños afectados a enfermedades como la poliomielitis y malformaciones congénitas junto a enfermos afectados de secuelas de la lepra serán grupos de interés. Para hallar el valor que tiene el servicio que presta ATA es necesario establecer los diferentes niveles de servicio: servicio esencial, servicio perceptible (diferenciación) y servicio incrementado.

El servicio esencial:

Servicio de cooperación sanitaria en el Hospital de Gambo todo ello con la finalidad de suplir las carencias de personal cualificado en la zona.

Servicio perceptible:

Personal. Los equipos de voluntarios están altamente cualificados perteneciendo a distintas especialidades aunque destacan aquellas relacionadas con la COT y además cuentan con mucha experiencia.

Gestión óptima de recursos. Evita el gasto en personal al ser todos voluntarios sin percepción de ningún tipo de remuneración por el servicio (**uso de vacaciones y permisos de cooperación**). Ahorro en el gasto de mantenimiento de local, infraestructuras, alquiler o gasto de suministros al llevar a cabo su acción en el hospital de Gambo. El máximo de recursos económicos se destina a la compra de material e instrumental médico

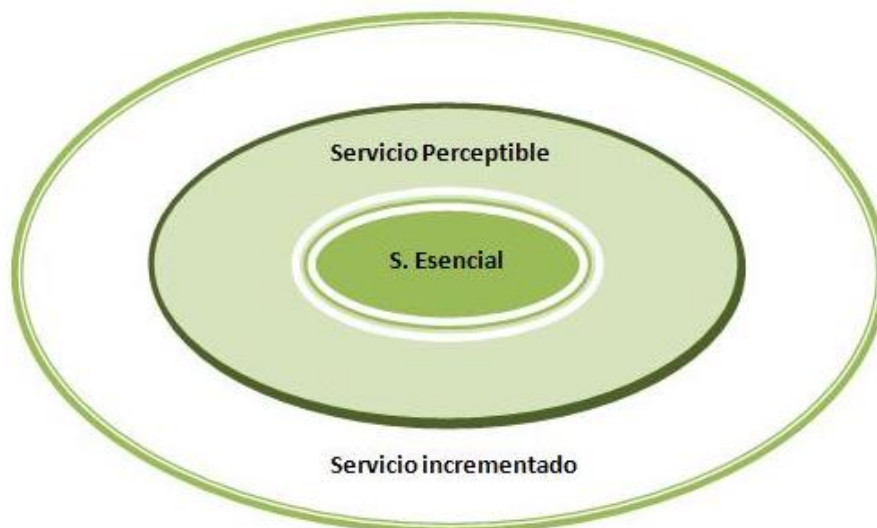
Servicio incrementado: excelencia

Especialización. No existen cirujanos ortopédicos en Etiopía y el hecho de proporcionar un servicio de COT a enfermedades que hasta la llegada de ATA se solucionaban de forma drástica a irreversible o tenían su peor desenlace, lo convierte en un servicio único en la zona.

La calidad del servicio prestado es muy alta. Se han ido introduciendo mejoras en la infraestructura del hospital que facilitan el trabajo dentro del recinto, además la adquisición de instrumental, medicamentos, y maquinaria hospitalaria ha facilitado la calidad del servicio que, se ve completada con la eficacia de los profesionales de ATA . El incremento de la calidad del servicio puede ser medido por la bajada del número de fallecimientos, la disminución de amputaciones efectuadas, o el número de intervenciones que facilitan la movilidad a enfermos con secuelas de la lepra que, sin duda aumenta su calidad de vida.

Responsabilidad, solidaridad e integridad son algunos de los valores que hacen diferente a ATA.

Una vez analizado el servicio de ATA, está definida la estructura de los distintos niveles de servicio, que es clara y que aportará gran valor a la hora de establecer los componentes de la marca, al tener diferenciados los componentes del servicio que incrementa su valor.

Figura 53: Niveles de servicio

Fuente: elaboración propia a partir de Marketing de servicios: un enfoque de integración del cliente a la empresa

El precio.

El precio que pagan los clientes (los socios) es variable, ya que cada uno escoge la cuantía y la periodicidad en la que desea hacer su contribución. Las cuotas de los socios pueden ser entendidas como donaciones a la asociación para dar apoyo a su actividad o como pago por la contraprestación de un servicio que presta la asociación, pero que son consumidos por terceros. El precio será una variable que tendrá que modificar si desea acercarse a un público más joven y con menos recursos incentivando las aportaciones económicas de escaso valor con mensajes como:

1€ para ti no es nada

1€ = a dos tasas de admisión en el hospital de Gambo

Distribución

El servicio de cooperación se produce gracias al traslado de todos los voluntarios desde España hasta Etiopía y el envío de material se produce en esta misma dirección, por lo que en este caso el proveedor del servicio se acerca al consumidor final asumiendo todos los costes que

esto conlleva debido a que a la inversa el servicio es inviable por el incremento de costes que supondría.

Comunicación

Es el elemento del marketing mix sobre el que vamos a trabajar, para alcanzar los objetivos que necesita ATA y se basa en comunicar, informando o persuadiendo para que los clientes escojan nuestra organización. El primer paso para promocionarse es saber a quién queremos comunicar y por qué. Las etapas que debemos seguir para el desarrollo de una comunicación efectiva son:

1. Identificación del público objetivo
2. Definición de los objetivos de comunicación
3. El diseño del mensaje
4. Selección de medios
5. Retroalimentación

1- Identificación del público objetivo

El **público objetivo** actual, sobre el que se enfocan las acciones de marketing social de ATA tiene un perfil de profesional sanitario. Esto se debe a que las acciones de marketing social que se han realizado se han dirigido a la captación de profesionales voluntarios mediante conferencias y charlas y muy pocas o ninguna, con un objetivo claro de captación de recursos económicos y nuevos socios. En este sentido, el éxito de ATA ha sido notable si tenemos en cuenta que dispone de un núcleo de socios sólido integrado por ochenta y siete personas sin haber realizado una estrategia clara para captar socios y que su incremento ha sido progresivo.

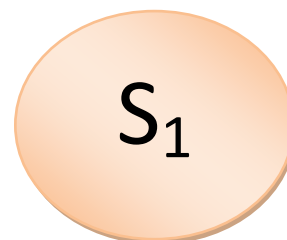
El aspecto más positivo del público objetivo actual es, que el hecho de pertenecer al mismo sector profesional incrementa el compromiso y la comprensión de las acciones que realiza ATA, asimismo se producen las siguientes peculiaridades entre algunos de ellos:

- El socio coincide con el voluntario
- Los miembros de la junta directiva son socio y a su vez voluntarios
- El socio tiene en su entorno familiar más cercano a una persona que pertenece al

sector sanitario o a un socio de ATA por el cual decide participar. En este caso, se produce el efecto contagio dentro de una misma unidad familiar o si se está interesado en colaborar con alguna ONG, al ser una decisión personal, se decide consultar dentro del entorno más cercano, la experiencia que otras personas tengan con las ONG en la que colaboran.

Podemos definir al público objetivo actual de ATA como:

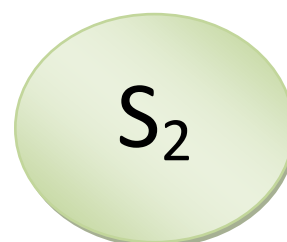
S₁: Personas adultas mayores de 35 años, solventes, que están vinculadas al sector sanitario de forma directa (profesionalmente) o indirecta (mediante un familiar o en torno cercano).



Sin embargo ATA debe ser consciente de la tónica económica actual, por la cual, debe seguir potenciando el mantenimiento de su público objetivo, que se mantendrá mediante las acciones de captación de voluntariado profesional (ya que han dado buenos resultados también para la incorporación de socios), pero al mismo tiempo se combinarán, con otras que permitan despertar el interés en un segmento más joven (preocupado por las injusticias sociales) e interesado en la colaboración mediante redes sociales y pagina web.

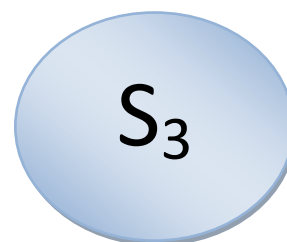
En este sentido al nuevo público objetivo de ATA se le debe incluir otros segmentos que le faciliten el alcance de sus objetivos. Un nuevo segmento tendrá las siguientes características:

- Edad: mayor de 23 años
- Recursos económicos: bajos-medio
- Profesión: cualquiera.



S₂: Personas jóvenes con uso habitual de redes sociales y otras habilidades informáticas, sin perfil profesional específico, pero con ganas de colaborar con ATA.

Así mismo existe otro grupo de interés que ATA debe considerar a la hora de centrar sus acciones de promoción, se trata de organizaciones privadas o públicas con las que pueda establecer un convenio de colaboración basado en el apoyo económico o la publicidad.



S₃: Organizaciones públicas y privadas que estén interesadas en realizar un convenio de colaboración con ATA.

2- Objetivos de la comunicación:

Una parte de las acciones de la comunicación de ATA van enfocadas a:

- Sensibilizar a las personas de los problemas que padecen países como Etiopía.
- Explicar las causas de las carencias de Etiopía y la importancia de la cooperación.
- Transmitir el enriquecimiento profesional y personal de cada voluntario.
- Incrementar la participación de los voluntarios.
- El valor del carácter solidario de cada acción.
- Informar sobre los resultados obtenidos durante los 8 años.

Al mismo tiempo requiere ampliar sus acciones de marketing más allá de la captación exclusiva de personal sanitario para:

- Incrementar el número de socios y donantes puntuales.
- Incrementar el número de simpatizantes.
- Diversificar sus fuentes de financiación.
- Difundirse entre mayor número de personas.
- Colaborar con otras organizaciones, universidades y empresas.
- Crear otra variedad de voluntariado.
- Aumentar sus fondos.

3- Diseño del mensaje

El mensaje que desea transmitir la asociación mediante la comunicación debe ser acorde con las características distintivas de ATA y los atributos que la caracterizan. Las características

definirán su capacidad de diferenciación las cuales deberán estar presentes en todas las formas de comunicación.

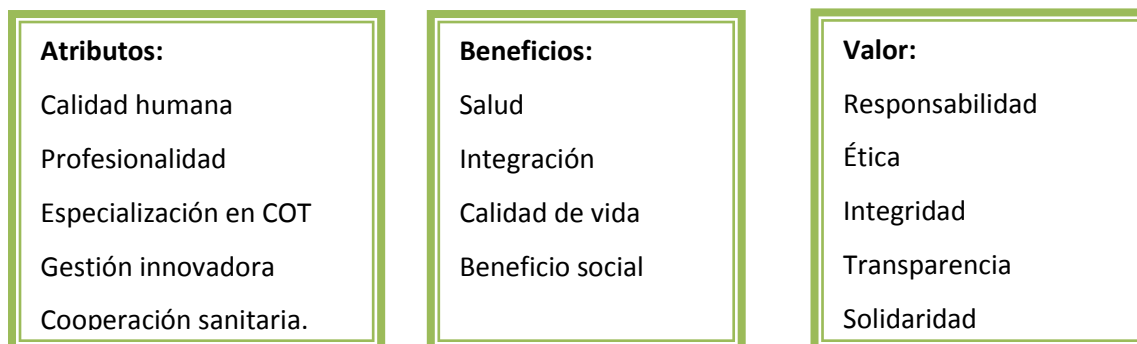
Elementos de la marca

Denominación. El motivo de la denominación de la asociación: “Asociación Tamiru Aduna – Amigos del Hospital Rural de Gambo” se debe a la forma jurídica que adopta la organización, al nombre y apellido del hijo menor del Dr. Lorente, y al nombre del hospital donde se lleva a cabo la cooperación en Etiopía.

El logo y las siglas. La marca de ATA se termina de completar con el logo escogido desde su inicio por la asociación, que incluye una imagen del perímetro del país etíope junto con las iniciales del nombre completo de la asociación, A (asociación), T (Tamiru), A (Aduna) que es un nombre corto y fácil de recordar para evitar la denominación completa de la organización. Estas siglas se utilizan indistintamente con o sin el logo para referirse a la asociación y reconocerla.



Otra propuesta de mejora que hacemos para ATA es completar la marca de la asociación para que los socios potenciales la perciban como una ONG con aspectos diferentes al resto y que son la principal causa por la que debe ser escogida entre todas. Por ello debemos definir unos atributos, beneficios y valores para completar la personalidad de la marca ATA. A continuación se muestran las características de la marca :

Figura 54: Características de la marca ATA

Personalidad. Personal sanitario especializado en COT que realiza una labor solidaria de cooperación sanitaria y ofrece su experiencia a cambio de participar en el beneficio social y calidad de vida de los pacientes bajo los valores de la integridad, responsabilidad, transparencia y ética.

Fuente: elaboración propia a partir de Marketing de servicios: un enfoque de integración del cliente a la empresa

Como un elemento más de la marca, para diferenciarse del resto se puede escoger una frase a modo de mensaje, que llame la atención y que transmita una idea que represente a la organización:

“Somos el resultado de mucha esperanza y de tu ilusión”

Con este mensaje se desea transmitir la filosofía y el espíritu altruista de la asociación y el sentimiento que albergará el futuro socio o simpatizante al escoger a ATA entre todas las ONG, que se traduce en el trabajo continuado e imparable de la asociación, motivado por un espíritu de ilusión permanente al ver cada día los resultados que se están consiguiendo. Es un mensaje directo que busca despertar el sentimiento más solidario de las personas y organizaciones haciéndolas formar parte de la asociación con la palabra “Somos” y remarcando la fórmula mágica que lo hace posible “tu ilusión”.

4- Selección de medios.

ATA ha decidido comunicarse con el mercado promocionando su actividad, persuadiendo a los posibles clientes (socios y simpatizantes) utilizando el mix promocional, que es la combinación específica de publicidad, venta personal, promoción de ventas y relaciones públicas que utiliza una empresa para alcanzar los objetivos de publicidad y de marketing. Por otro lado las herramientas de comunicación que cabe destacar del mix promocional son: marketing directo, publicidad y promoción de ventas. Los medios de comunicación que se van a usar en la promoción son tanto canales personales (boca-oído) como no personales en medios escritos (notas de prensa), ambientales (entrevistas de radio) internet, y eventos como conferencias y charlas. Con respecto a las herramientas del mix promocional se hará uso de las siguientes: publicidad, relaciones públicas y marketing directo, todas ellas presentes en las mejoras que se proponen a continuación.

La página web de ata

La página web actual de la asociación: <https://sites.google.com/site/atamiruata/>, dispone de una parte de los contenidos que necesita una página web para sacarle el máximo partido. La información que aparece sobre la asociación hace referencia a quienes son, los objetivos que persiguen, los colaboradores de Etiopía que son la Misión y el Hospital de Gambo. Los enlaces de interés a los que hacen referencia son: Afrol news, Hospital de Gambo, y Fontilles. También cuenta con un calendario a la derecha en el que se incluyen los eventos de cada mes y un menú de últimas noticias que en el que figuran las salidas de equipos, los resultados de las estancias...

Al margen de los estilismos, a una página web actualmente se le puede sacar mayor partido siempre que no se pretenda que sea una imagen estática de la asociación a modo de folleto informativo. La página web nos permite llegar a mayor número de personas independientemente del país en el que se encuentre la asociación, ofrece la posibilidad de darnos publicidad e informar de nuestras actividades a miles de personas que puedan estar interesadas. Toda la información que aparece en la web actual debe permanecer en ella, aunque se podrían mejorar algunos formatos de la información. Pero en este punto nos interesa exponer los puntos que podrían mejorarla:

- El **contenido de la web debería aparecer en al menos dos idiomas: castellano** para que pueda ser consultada por cualquier persona del territorio español y **en inglés** por ser la lengua más habitual en las relaciones internacionales. El inglés puede ser un factor crucial para ATA, ya que está inmersa en búsqueda de colaboraciones con otras organizaciones y puede que sea más sencillo que las encuentre fuera de las fronteras españolas que dentro, además de que es la segunda lengua oficial de Etiopía.
- Sería interesante establecer **varios niveles de acceso dentro** a la web: a nivel usuario habitual (socio) o consulta e incluso un tercero en el que pudieran acceder aquellos voluntarios de ATA que trabajaran para la asociación (como se explicará más adelante). Esto se puede conseguir de forma sencilla con wordpress y consiste en el registro de cada persona con un usuario y contraseña. Además de acceso a zonas restringidas de la web, aspecto que generará mayor interés entre los socios por ATA, que sabrán que constantemente se introduce información para ellos, permite comentar fotos de la galería, e incluso crear una submenú a modo de foro en el que intercambiar opiniones.
- **El medidor de visitas de la web se encuentra en la parte inferior** de ésta, por lo que resulta inapreciable para quien consulte la web. Debería localizarse en una posición de la pantalla inicial a un tamaño de letra mucho más grande que y que llamara la atención. De esta forma el usuario de internet sabría el número de visitas que ha recibido la web y por lo tanto su grado de difusión y popularidad entre la comunidad de internautas. Además **debería introducirse información sobre el número de visitas por ejemplo cada mes e incorporarlas en el menú de últimas noticias.**
- **Crear un menú de Boletines.** ATA debería elaborar boletines trimestrales sobre los acontecimientos recientes de la asociación, los próximos eventos, noticias del sector, resultados de la última estancia. Dichos deberían tener al menos una periodicidad trimestral o cuatrimestral y cuyo acceso durante el primer mes fuese restringido a socios y una vez transcurrido dicho mes, público. Al publicar los boletines informativos en la web evitamos costes de impresión y al mismo tiempo el socio es consciente de los esfuerzos de la asociación.

- Introducir un **menú de noticias**, en el que se incluyan noticias interesantes del sector, noticias de la asociación y noticias sobre los colaboradores.
- **Razones para colaborar.** Dentro de las páginas web en las que se ofrece algún tipo de colaboración económica se incluye una sección con los números de cuenta, o formulario a completar para hacerse socio etc. ATA cuenta con este submenú pero no con un mensaje claro de por qué se debe escoger ATA y no otra ONG. Ese mensaje es muy importante para cualquier socio potencial que si no tiene la decisión tomada previamente, porque le ha asesorado otra persona, puede declinar la opción de participar.

Por qué elegir ATA:

- Nuestra filosofía “maximizar el beneficio social con el menor coste”
- Ningún voluntario de ATA cobra por desarrollar su trabajo.
- Garantizamos que tu colaboración llega de forma íntegra.
- Todos los voluntarios se sufragan sus gastos de estancia y viaje.
- Trabajamos para curar, aliviar o consolar.
- Aportamos conocimiento.

Redes sociales.

La asociación no hace uso de ningún tipo de red social, hecho que limita de forma contundente su capacidad de difusión, comunicación y expansión. Por ello consideramos fundamental el uso de al menos una red social como punto de partida en este tipo de comunicación. Las redes sociales más conocidas y que mayores éxitos cosechan por su uso son: Facebook, twitter, youtube, badoo y google, aunque existe más como linkedin.

Para decidir la opción más adecuada vamos a analizar las posibilidades que ofrece Facebook y Twitter y una vez hecha la comparativa escogeremos la que más le interese a ATA.

Facebook, sigue siendo la red social más utilizada con casi un billón de usuarios activos, quienes la usan tienen en promedio unos ciento treinta amigos, y más de doscientos millones de visitas en



Facebook al día provienen de teléfonos móviles, así como el número de veces que se visitan su perfil tiene un promedio cuarenta veces al mes, y el tiempo de permanencia de cada usuario en Facebook es de 20 minutos al día.

Posibilidades de Facebook

Interactividad. Se pueden añadir vídeos, blogs, aplicaciones con otras redes, enviar mensajes a los fans, crear foros de debate con consumidores potenciales. Es importante escuchar lo que la red genera para después crear la respuesta adecuada en modo de acciones comerciales.

Bajo coste. Facebook es una herramienta gratuita con funcionalidades básicas, importantes en tiempos de crisis, pero necesita de una gestión profesional para no crear errores perjudiciales para su imagen.

Posicionamiento en buscadores. Los perfiles públicos son indexables por los motores de búsqueda como Google o Yahoo y eso aumenta la notoriedad de cualquier organización en Internet.

Imagen de marca. Los perfiles permiten a los usuarios de Facebook convertirse en fans y dar a conocer su interés a otras personas y amigos, es el típico “boca a boca” pero en formato online, lo que permite aumentar la difusión y conocimiento sobre su marca.

Alcance de la difusión. Si de los 87 socios de ATA consideramos que 40 tienen Facebook y se vinculan a la página de ATA, en muy poco tiempo solo con que esos 40 socios tengan una media de 130 usuarios conseguiremos que $130 \times 4 = 520$ lean un mensaje que haya publicado la asociación. Serán 520 socios o simpatizantes potenciales para ATA

Twitter, se sitúa en el segundo lugar de las redes sociales, se conoce como la red de los ciento cuarenta caracteres y tiene más de ciento veintisiete millones de usuarios y es sin duda una de las redes sociales más activa. Al menos el 13% de los usuarios en Internet usan Twitter, el 54% o sea más de la mitad usan esta red social desde un teléfono móvil, siendo el promedio de estadía por usuario es de 11 a 50 minutos

Posibilidades de Twitter:

Crear una red de seguidores, si contamos con una página de perfil atractiva, y hacemos una promoción adecuada de ésta, es posible captar un gran número de seguidores con los cuales posteriormente podremos comunicarnos e interactuar, y buscar su fidelización.

Promocionar productos o servicios. Una de las principales ventajas de tener una cuenta en Twitter, es que nos permite promocionar los servicios, aunque para que esta promoción sea efectiva, además de contar con un buen número de seguidores.

Lanzar promociones de ventas.

Anunciar futuros eventos. Una ventaja de Twitter utilizada con éxito por varias organizaciones es, que permite anunciar con facilidad y efectividad la aproximación de eventos que la empresa vaya a organizar, o en los que solamente vaya a participar.

Más efectivo que la publicidad. Si contamos con un buen número de seguidores, y hemos creado una buena relación con ellos, es muy probable que a nuestra comunicación se le preste mayor atención que a mensajes.

Facilidad para ser recomendado. Si publicamos un mensaje realmente interesante, sea cual sea su tipo es muy probable que nuestros seguidores lo compartan con otras personas, pudiendo incluso llegar a hacerse efectivo el marketing viral, y llegar así a un gran número de usuarios.

Mantener contacto con nuestros socios.

Comunicarnos con nuestros equipos de trabajo de forma instantánea.

Obtener retroalimentación. Podemos saber la opinión de más socios y simpatizantes mediante mensajes y sugerencias.

Analizar a la competencia.

Conocer nuevas preferencias de los socios. Si ATA desea consultar con los socios qué producto lanzar con su imagen para recaudar fondos puede consultarlos con Twitter.

Tras el análisis de las dos redes sociales escogemos la opción de Facebook porque:

- Consideramos que es la red más extendida entre los socios actuales y además es la más popular en cuanto a número de seguidores.
- El 75% de las empresas que usa redes sociales, tiene Facebook lo que supone obtener información de posibles colaboradores y de otras ONG.

- No existe límite de caracteres en Facebook luego hay posibilidad de explicar noticias o sugerencias con mayor precisión.
- **Twitter es un medio de comunicación, mientras que Facebook es un red social**, Facebook es más social permitiendo y valorando la exposición de aspectos relacionados con las emociones y la vertiente más personal de los usuarios, mientras que Twitter es un medio de comunicación en sí mismo, donde se comparten hechos
- En relación **al público objetivo**, Twitter cuenta con un público más homogéneo, con edades comprendidas entre los 20 y los 45 años y vinculados a la creatividad, las comunicaciones y las tecnologías de la información. **En Facebook el público es más heterogéneo**, no sólo en los rangos de edad, sino también en las necesidades e intereses expuestos.
- En términos de privacidad Facebook ha avanzado mucho dejando en manos del usuario la elección del grado de privacidad.
- Tanto Facebook como Twitter son gratuitas y ambas permitirían relacionar a ATA con los socios así como obtener información relevante sobre otras organizaciones.

Una vez escogida la red social elegiremos el modo de utilización para alcanzar el objetivo que queremos. El primer paso es crear una página de Facebook para ATA asociada a una cuenta personal de algún miembro de la junta directiva de ATA, por ejemplo, el Dr. Lorente. Una página Facebook le permitirá compartir sus actividades con los usuarios de Facebook y por lo tanto, mejorar la comunicación con sus socios y simpatizantes.

A partir de aquí se debe completar toda la información que pueda ser interesante para difundirse entre los usuarios. En líneas generales la misma información de la página web (logo, información de la asociación, objetivos, resultados, próximas estancias, noticias) solo que será más dinámica siempre que se haga un seguimiento frecuente para atender dudas, responder mensajes, seguir grupos y otras organizaciones que permitan a ATA obtener buenos resultados.

Las Características principales de una página Facebook son:

Las páginas en Facebook son visibles a todo el mundo Aún la gente que no tiene cuenta en Facebook puede ver el contenido de las páginas y al mismo tiempo este contenido puede ser

indexado por los buscadores (Google, Bing, etc). Mientras que el perfil de un usuario sólo puede ser visto por las personas autorizadas.

Las páginas en Facebook pueden tener un número ilimitado de fans.

(En el caso de los perfiles personales solo se permiten 5,000 “Amigos”.)

Los usuarios pueden unirse a tu Página en Facebook sin requerir confirmación.

(En el caso de los perfiles todos los requerimientos deben ser previamente aprobados)

Pueden mandar actualizaciones de contenido a todos tus fans

(Los perfiles de usuario solo pueden mandar mensajes de pocos destinatarios por vez.)

Acciones que tomará ATA:

- Informar a los socios de la existencia de la creación de una pagina de Facebook para ATA.
- Introducir mensajes en la página de forma continua para que se detecte el mantenimiento de la misma y llegue información variada a los fans y posibles seguidores.

Colaboración con organizaciones

Otra forma de comunicación que desea establecer ATA, es la que le ofrece a colaboración con el tercer segmento (organizaciones públicas o privadas) que pueden contribuir a mayor difusión y respaldo económico, ambos tipos de colaboración son perfectamente compatibles:

Colaboración económica. Se iniciará la búsqueda de organizaciones que colaboren con ATA con un perfil de entidad que tenga un interés en responsabilidad social corporativa. Algunas empresas factibles para este tipo de colaboración serían las cooperativas valencianas por dos razones:

- Han aguantado mejor la crisis económica, porque entre sus fines no está la obtención del máximo beneficio económico, hecho que implica, que durante el periodo de expansión económica no obtuvieron beneficios tan altos como otras organizaciones privadas, pero que en esta época de recesión su estructura les ha permitido mayor estabilidad.

- Por su modelo de gestión, que las incluye en el concepto amplio de Tercer Sector muy compatible con los principios de ATA y con la imagen que desea transmitir.
- ATA iniciaría contacto con dos grandes cooperativas dentro de la Comunidad Valenciana como son *Consum* y *Caixa Popular* para intentar establecer algún tipo de convenio de colaboración que al mismo tiempo se podría complementar con colaboración publicitaria.

Colaboración recíproca de publicidad. Para evitar la restricción de entrada en la asociación, de aquellas entidades que deseen colaborar con ATA, pero que por circunstancias económicas no puedan hacerlo, se ofrece este tipo de colaboración de publicidad recíproca.

Dentro de este grupo, ATA buscará cooperación con aquellas que le sirvan de intermediarias para ayudar a su difusión entre su segundo segmento (personas jóvenes), que es uno de los segmentos sobre los que ATA tiene mayores expectativas de éxito, por su creciente implicación en razones sociales. Asimismo también atenderá al segmento de los profesionales sanitarios. Dentro de la colaboración publicitaria nos centraremos en los siguientes grupos:

Hospitales. Además de las conferencias con carácter informativo enfocadas a la captación de personal sanitario, se propone para ATA incrementar la comunicación dentro de cada uno de los hospitales de los que procedan los voluntarios dejando folletos informativos y con carteles que incentiven la participación.

Universidades. La asociación desea colaborar con las universidades valencianas como paso inicial, especialmente con la UPV con la que espera obtener buenos resultados por el área de influencia amplia sobre la que podrá actuar.

Para ambas universidades se diseñará una campaña publicitaria durante todo el curso universitario que consistirá en el reparto de **folletos informativos** y **carteles** dentro de cada facultad que traten de sensibilizar a los estudiantes en la importancia de la cooperación sanitaria que efectúa ATA.

Los carteles a tamaño A3 y A2 se diseñarán e imprimirán y posteriormente se colgarán en los tabloneros de anuncios de todas las facultades, de la UPV y UV.

Los folletos tendrán una función informativa y permitirán a ATA darse a conocer, con preguntas como: ¿Quiénes somos? ¿Cómo contactar con nosotros? ¿Qué hacemos? ¿Por qué escoger ATA? Así como frases que sensibilicen al público potencial como: ¡Tú eliges cómo colaborar! o el mensaje de la asociación *“Somos el resultado de mucha esperanza y de tu ilusión”*

Figura 55: Prototipo folleto informativo ATA

<p style="text-align: center;">Asociación Tamiru Aduna</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>¿Quiénes somos?</p> <p>Somos una asociación sin ánimo de lucro, legalmente constituida y registrada con el número CV-01037468-V en el Registro de Asociaciones de la Conselleria de Justicia y Administraciones Públicas de la Generalitat Valenciana y declarada de Utilidad desde 2008.</p> <p>Nos creamos en el entorno del Hospital Infantil Universitario La Fe de Valencia, para apoyar las actividades socio-sanitarias del Hospital de Rural de Gambo , situado en el territorio de Arsi en el sudeste de Etiopía.</p> <p>¿Qué te ofrecemos?</p> <p>Te ofrecemos la oportunidad de colaborar en un proyecto en el que puedes aportar tu granito de arena de muchas formas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Voluntariado de profesionales sanitarios • Voluntariado 2.0 • Conviértete en socio • Hazte simpatizante • Convenio de colaboración con empresas. <p style="text-align: center;">¡Tú decides cómo colaborar!</p>	<p>¿Cómo contactar con nosotros?</p> <p>Puedes contactar con nosotros o informarte de las diferentes formas de colaboración a través de nuestra web y facebook, donde encontraras comentarios de otros socios que ya colaboran con ATA y desean compartir contigo sus experiencias, galería de imágenes de las últimas estancias, podrás hacer sugerencias informarte de los próximos eventos y si lo deseas participar de forma activa con ATA.</p> <p style="text-align: center;">¡¡¡¡BÚSCANOS EN FACEBOOK!!!!</p> <p style="text-align: center;">www.atamiruata.es atamiru.ata@gmail.es</p> <p style="text-align: center;">A.T.A</p> <p>¿Cómo trabajamos?</p> <p>Enviamos periódicamente material e instrumental médico al Hospital de Gambo.</p> <p>Realizamos estancias de un mes en el Hospital de Gambo mediante el uso de <u>profesionales sanitarios que se sufragan todos los gastos y que no son remunerados</u> en ningún caso por ATA. Para que no supongan coste los profesionales sanitarios, pueden solicitar permiso de cooperación o hacer uso de sus vacaciones.</p>	<div style="text-align: center;">  </div> <p>ATA facilita a los voluntarios asistencia logística y asesoramiento para el viaje.</p> <p>Tienen carácter preferente:</p> <p>Los niños con secuelas de parálisis central, poliomielitis, malformaciones congénitas y osteomielitis.</p> <p>Los enfermos afectados de secuelas de lepra a los que la cirugía ortopédica reconstructiva les aporta grandes beneficios.</p> <p>Motivos para colaborar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nuestra filosofía “maximizar el beneficio social con el menor coste” • Ningún voluntario de ATA cobra por desarrollar su trabajo. • Garantizamos que tu colaboración llega de forma íntegra. • Todos los voluntarios se sufragan sus gastos de estancia y viaje. • Trabajamos para curar, aliviar o consolar. • Aportamos conocimiento. <p style="text-align: center;"><i>“Somos el resultado de mucha esperanza y de tu ilusión”</i></p>
---	---	--

Fuente: elaboración propia

Figura 56: Prototipo de cartel ATA

Asociación Tamiru Aduna



¿Quiénes somos?

Somos una asociación sin ánimo de lucro, legalmente reconocida y registrada con el número CV1027024V en el Registro de Sociedades de la **Caja Costera de Aulesa y Comarca** (Reserva Pública de la Generalitat Valenciana y Declarada de Utilidad desde 2002).

Nos tenemos en el Centro del Hospital Infantil Universitario La Fe de Valencia, para apoyar las actividades asistenciales del Hospital de Fomento de **Reparación** en el Centro de **Reparación** en el edificio de **Reparación**.

¿Qué te ofrecemos?

Tenemos la oportunidad de colaborar en un proyecto en el que puedes aportar tu granito de arena de muchas formas:

- Voluntariado de personal sanitario.
- Voluntariado a distancia.
- Donación de cosas.
- Hacer compañía.
- Donación de colaboración con empresas.

¡Tú decides cómo colaborar!

¿Cómo contactar con nosotros?

Puedes contactar con nosotros e informarte de las diferentes formas de colaboración a través de nuestra web o Facebook, donde encontrarás documentos de información que te ayudarán con ATA y donde compartir contigo tus experiencias, galería de imágenes de las últimas acciones, podrás hacer sugerencias, informarte de las próximas acciones y si lo deseas participar de forma activa con ATA.

¡¡¡¡¡OCCIONES EN ACCIÓN!!!

www.asociacionata.com
<https://www.facebook.com/ataaduna>

ATA

¿Cómo trabajamos?

Brindamos periódicamente material e instrumental médico al Hospital de Benicàssim.

Realizamos acciones de un mes en el Hospital de Benicàssim mediante el uso de **profesionales sanitarios que se involucran** (tanto los médicos como los enfermeros) en ningún caso por ATA. Para que no supongan coste los profesionales sanitarios, pueden recibir permisos de suspensión o flexibilidad de sus horarios.

ATA presta a los voluntarios asistencia logística y asesoramiento personal.

Tienen carácter preferente:

Los niños con secuelas de parálisis cerebral, epilepsia, malformaciones congénitas y autismo.

Los enfermos afectados de secuelas de ictus a los que le surge un tipo de discapacidad que les impide realizar grandes desplazamientos.

Métodos para colaborar:

- Nuestra filosofía: "Maximizar el beneficio social con el menor coste".
- Ningún voluntario de ATA se crea por desarrollo su trabajo.
- Ser conscientes que tu colaboración llega de forma indirecta.
- Todos los voluntarios se cubren sus gastos de estancia y viaje.
- Trabajamos para sumar, alinear y conectar.
- Operamos en silencio.

"Somos el resultado de muchas acciones y de tu acción"





Fuente: elaboración propia

Conferencias y charlas, tendrían un mayor efecto al contar con la colaboración médicos y enfermeras que hayan colaborado y puedan explicar sus experiencias en primera persona, hecho que aumenta la credibilidad en el socio o simpatizante potencial.

Las conferencias se realizarían en ambas universidades y tendrían mayor trascendencia si contasen con dos colaboradores esenciales dentro de cada una de las universidades *Facultad de medicina* (UV) y Centro de Cooperación y proyectos de desarrollo en la (UPV). Con ambos centros se negociarían las fechas de las conferencias y se evaluaría el impacto en los asistentes mediante encuesta a su fin.

Las acciones de los folletos, carteles y conferencias permitirán informar a un número de trabajadores y estudiantes de ambas universidades, muy elevado.

Podemos observar la magnitud de la zona de influencia sobre la que actuaría la comunicación mediante los datos de la UPV para el curso 2011-2012:

- 13 facultades y escuelas con las que cuenta la UPV
- 36.187 alumnos de primer ciclo y segundo,
- 1.791, alumnos de doctorado,
- 2.843. personal docente ,

En ambas universidades se podría realizar una campaña publicitaria durante todo el año y en periodos puntuales como el inicio del curso y en periodo previo a la Navidad. La razón por la que se han escogido dichas fechas es porque durante el periodo de Navidad numerosos estudios afirman que las personas somos más solidarias. Por otro lado el inicio de curso se podría aprovechar para lanzar una campaña solidaria consistente en: donación voluntaria dentro de la matrícula online.

Casilla donación en la plataforma de matrícula

Una de las acciones más ambiciosas propuesta para obtener buenos resultados dentro de la comunidad universitaria (UPV), además de las campañas ya mencionadas, consistiría en permitir al alumnado realizar una donación en el momento de matricularse.

Este modo de actuación debería extenderse como otra vía de solidaridad por parte de la UPV y el resto de la comunidad universitaria hacia la cooperación. Ofrecer este servicio a las ONGs de la *Comunitat Valenciana*, de manera que el alumnado tuviese la posibilidad de contribuir de forma simbólica con la aportación de un euro en el momento de matricularse a la ONG que estuviesen inscritas.

Para que fuese efectiva esta opción primero habría que informar vía email a los estudiantes (aprovechando el mensaje de recordatorio de matrícula) de que dentro de la plantilla de matriculación habrá una nueva casilla que el alumno podrá marcar si desea realizar una transferencia de 1€ para ONG que escoja, de las cuales, recibirá información y los principales motivos que expongan las mismas para que sean escogidas.

Al marcar dicha opción la ONG escogida, recibiría la cantidad recaudada por la universidad mediante una transferencia al final del periodo de matrícula, a no ser que dicha transferencia pudiera hacerse de forma directa (según se negocie.)

Para conseguir esta opción lo primero sería que la UPV desarrollase esta opción de casilla solidaria en la plantilla de matriculación. En segundo lugar ofrecer este servicio a las ONGs de la *Comunitat Valenciana*, y que estas mediante solicitudes formales pudiesen inscribirse. Posteriormente haría una selección de aquellas que cumpliesen una serie de requisitos, que la UPV considerase imprescindibles para colaborar con las organizaciones, y en función de la puntuación alcanzada escogería a cinco de ellas.

Entre ambas partes establecerán un coste que las ONGs valorarán y que se estima reducido al repartirse entre todas las organizaciones que participarán a lo largo del programa. A cambio de dicho servicio la UPV sería incluida como colaboradora de todas ellas, hecho que mejoraría su imagen solidaria.

Esta propuesta de casilla no está destinada de forma exclusiva a la Asociación Tamiru Aduna, sino que, es una opción que consideramos posible para cualquier ONG siempre que desde la *Universitat Politècnica* se considere como apta.

Productos ATA

Consiste en la venta de productos de poco valor con los que la asociación pueda recaudar fondos al mismo tiempo que darse publicidad al estar la imagen de ATA (logo, siglas o denominación) presente en cada producto. Los productos deben ser prácticos y útiles para el cliente, para que éste tenga la oportunidad de mostrarlos o que los adquiera por hecho de tener un vínculo con la asociación. La selección de productos de ATA son: bolsa de compra, bolígrafo, llavero, chapa, gorro, calendario y funda para llevar documentos. En función de los resultados de venta que obtenga por la venta, modificará los productos y el precio de venta. Todos ellos estarán disponibles también en la página web de la asociación.

Voluntariado a distancia

Existen cada vez más personas, que desean contribuir en programas de voluntariado de organizaciones no lucrativas. En el caso de ATA para ser voluntarios se requiere un perfil profesional concreto, debido a que sus acciones en hospital de Gambo solo pueden ejecutarse por médicos y enfermeras.

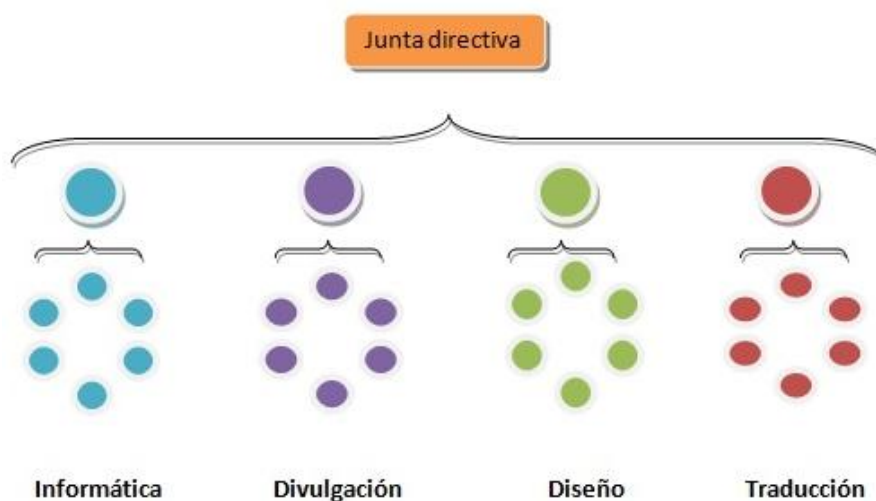
Sin embargo con las reformas propuestas aparece una nueva necesidad de profesionales dentro de la asociación, personas con conocimientos en otras disciplinas como diseño, informática o traducción.

La creación básica de la página de Facebook no requiere unos conocimientos elevados de informática y una vez confeccionada puede ser el principal medio para lanzar un mensaje de convocatoria para participar en un voluntariado a distancia.

Se trataría de organizar grupos con diferentes disciplinas creando la figura de un profesional responsable con experiencia en cada equipo, que se encargase de la supervisión y coordinación del mismo, quien en última instancia deberá informar a la junta directiva de las acciones que lleven a cabo. La junta directiva de ATA se reuniría vía telemática con los responsables de cada equipo y les propondrá los objetivos que desea la asociación, posteriormente los coordinadores transmitirán éstos a los miembros de su equipo que empezarán a aportar diferentes propuestas las cuales, posteriormente a través de los

coordinadores le llegarán nuevamente a la junta directiva, que dará el visto bueno o propondrá alguna modificación para que el equipo comience su trabajo.

Figura 57: Esque organización voluntariado a distancia



Fuente: elaboración propia.

Este voluntariado se realiza a distancia, desde cualquier lugar con acceso a internet y facilita la colaboración al no tener que desplazarse a ningún lugar físico. De esta forma los equipos aportarían conocimientos y experiencia que en general, no posee ningún miembro de la junta directiva, que son los encargados de realizar todas las funciones, y lo más importante ofrece la posibilidad de ahorro de fondos por parte de ATA que seguiría pudiéndolos destinar a su actividad principal. Los equipos serían los siguientes:

Traducción. Se encargaría de traducir los contenidos de la página web al inglés y a catalán/valenciano, así como también gran parte la información que apareciese en las redes sociales o los boletines trimestrales.

Diseño, participarían en el diseño de los folletos, carteles, boletines y parte del *merchandising* (chapas, calendarios, bolígrafos, gorras). Que incluirán la imagen de marca de ATA pero con distintos diseños.

Informática, es sin duda uno de los equipos más relevantes, especialmente para iniciar las propuestas de mejora del marketing promocional, ya que deberán encargarse de las modificaciones de la página web así como explotar las capacidades de difusión dentro de la red.

Divulgativo, por un lado se encargarán de mantener el papel activo de las redes sociales, difundiendo los mensajes que encargue la asociación, creando grupos, recogiendo los resultados de las distintas iniciativas así como también la función de hacer llegar carteles y folletos a los lugares que corresponda.

5- Retroalimentación

Es el último paso del desarrollo de una comunicación efectiva y se basa en el análisis de los efectos que ha tenido la comunicación (en todas sus formas) en el público objetivo. Nos interesará saber por ejemplo:

- Si dentro de la comunidad universitaria saben qué es ATA.
- Los elementos de la asociación que recuerdan. (logo, mensaje, objetivos...)
- Reacción de cada persona (opinión, conversión a simpatizante o socio, comunicación sobre ATA en su entorno cercano).

ERRORES EN LOS QUE ATA NO DEBE CAER CON SU PLAN DE PROMOCIÓN

- El mensaje debe sensibilizar al socio potencial pero no se debe hacer uso de palabras e imágenes agresivas.
- No debe olvidar que su organización es de carácter no lucrativo, por lo que todas sus acciones deberán escudarse en el valor de la cooperación social que realizan.
- Escoger bien a las organizaciones con las que se colabora, ya que de lo contrario puede ver dañada su imagen, por sacarle excesivo provecho a la colaboración con una ONG, o quitándole credibilidad a sus actuaciones al ser utilizada por la otra organización como herramienta para ganar clientes (establecer detalladamente los límites de la colaboración y los usos de publicidad que deben hacer cada parte)

4.2 Presupuesto

El presupuesto que necesitará ATA para aplicar la propuesta de mejora se basará en las dos acciones que le generarán coste: elaboración de productos propios con su imagen y la impresión de carteles y folletos para las facultades y hospitales.

Presupuesto necesario

Para crear un pequeño stock de “productos ATA” hemos contactado con dos empresas que elaboran productos de regalo de otras compañías, incluyendo sus distintivos de marca en los productos. La venta de productos por ATA tiene un carácter simbólico más que recaudatorio ya que se trata obtener mediante su venta un pequeña parte del valor del producto, más allá de su coste y que se pueda reinvertir en otras acciones de marketing.
























Ambas empresas ofrecen una gran variedad de productos publicitarios pero finalmente hemos escogido la segunda, “Regalopublicidad.com” porque:

- El coste final de los productos es inferior una vez añadidos los gastos de impresión.
- Los plazos de entrega son inferiores.
- Algunos de los productos que interesaban a ATA tenían un coste inferior.
- No añaden gastos de envío al superar la cantidad de 500€
- Ofrece un servicio urgente con previa consulta de fechas, aunque con coste añadido

Los productos seleccionados incluirán el logo de ATA (siempre que las dimensiones de los mismos lo permitan), las siglas y en algunos casos el mensaje de ATA. La selección de productos ha sido la siguiente: una bolsa con asas practica para hacer compras, bolígrafos de gel, funda portadora de documentos, un calendario con soporte, chapa con la imagen de ATA, llavero con moneda para el supermercado y gorro playero (muy útil para las estancias en Gambo).

Tabla 41: Presupuesto para productos ATA.

	Ref.	Producto	Cantidad	Tipo Imp.	Colores	Precio unit.	Total		
	37349	Bolsa style de non woven de 36x40 cm.	409 Ud.	Marcaje serigrafado	1	0.38 €	155.42 €		
	13247	Boligrafos Muller	500 Ud.	Serigrafia/Tampografia	1	0.23 €	116 €		
	13084	Portadocumentos Cord	500 Ud.	Serigrafia/Tampografia	1	0.57 €	286 €		
	19818	Calendarios en soporte transparente	500 Ud.	Impresion tampografia	1	0.77 €	385 €		
	22807	Chapas plastificadas todo color con Imperdible	250 Ud.	Fotolito	1	0.42 €	105 €		
	13657	Llavero Moneda Iberahop	500 Ud.	Serigrafia/Tampografia	1	0.4 €	201 €		
	15984	Gorro Playero Canvas Line	500 Ud.	Serigrafia	1	0.72 €	360 €		
							Base: 1608.42 €		
							IVA: 289.52 €		
							Total: 1897.94 €		

Fuente: web de regalopublicidad.com

La compra de los productos se realizará de forma escalonada teniendo en cuenta el ahorro en los gastos de transporte por importes de más de 500€ y con una previsión de al menos un mes para tenerlos antes de la fecha de cada evento, en el que se aprovechará para potenciar las ventas entre los asistentes. Además se incluirán los productos en el catalogo de la pagina web.

El presupuesto total de productos de *merchandising* de ATA asciende 1.608,42 (IVA excluido) al que se le aplicará un margen distinto según producto. El beneficio esperado por la venta de todo el material es de 3.505,08€ que se destinará a financiar otras actividades de marketing social como el coste de impresión de folletos y carteles.

Tabla 42: Estimación beneficio en función del coste

PRODUCTO	COSTE	PVP	Cantidad	Coste total	PVP* Q	Beneficio
Bolsa de compra	0,38	1,5€	409	155,42	613,5	458,08
Bolígrafo	0,23	1€	500	116	500	384
Funda	0,57	2€	500	286	1000	714
Calendario	0,77	2€	500	385	1000	615
Chapa	0,42	2€	250	105	500	395
Llavero	0,4	1€	500	201	500	299
Gorro	0,72	2€	500	360	1000	640
Total				1.608,42	5113,5	3.505,08€

Fuente: elaboración propia a partir de presupuesto

Además de los gastos en productos de publicidad, ATA deberá repartir carteles y folletos por las facultades de las distintas universidades, los hospitales de los que provengan los socios voluntarios así como entre el resto de futuros colaboradores. La empresa escogida es Printernet cuyos costes de impresión son: 1000 uds de folleto en formato tríptico por un total de 165€ y 1000 unidades de carteles tamaño A3 300€ (IVA excluido). El presupuesto necesario para dicha acción es: de 465€

Figura 58: Precios para folletos y carteles

b. Póster A3	100 Unidades	100€	<input type="button" value="Pedir"/>
Formato: A3	500 Unidades	145€	<input type="button" value="Pedir"/>
Papel: Estucado Brillo	1000 Unidades	160€	<input type="button" value="Pedir"/>
Gramaje: 100 gr.	2500 Unidades	240€	<input type="button" value="Pedir"/>
Tintas: color una cara (4+0t)	5000 Unidades	375€	<input type="button" value="Pedir"/>
Manipulado: Corte	10000 Unidades	620€	<input type="button" value="Pedir"/>
Descripción: Cantidades menores de 500 unidades se imprimen en digital			
a. Tríptico A4	250 Unidades	139€	<input type="button" value="Pedir"/>
Formato Abierto: 21 x 29,7 cm. (A4)	500 Unidades	158€	<input type="button" value="Pedir"/>
Formato Cerrado: 9,9 x 21 cm.	1000 Unidades	165€	<input type="button" value="Pedir"/>
Papel: Estucado Brillo	2500 Unidades	240€	<input type="button" value="Pedir"/>
Gramaje: 150 gr.	5000 Unidades	360€	<input type="button" value="Pedir"/>
Tintas: 4+4 (todo color dos caras)	10000 Unidades	580€	<input type="button" value="Pedir"/>
Acabado: Sin acabado			
Manipulado: 2 hendidos (trípticos)			
Descripción: Se entrega plegado. Cantidades menores a 500u. se imprimen en digital.			

Fuente pagina web printernet

El presupuesto total de en publicidad y productos para los próximos 12 meses ascenderá a 2.073,42€. Para la elaboración del presupuesto y el beneficio esperado por la venta de los productos de ATA, no hemos tenido en cuenta el IVA de ninguno de los ellos ya que ATA es una ONG declarada de utilidad pública y está exenta de IVA.

Tabla 43: Presupuesto total necesario

Productos	1608,42€
Publicidad	465€
Total	2.073,42€

Fuente: elaboración propia

Plan de implantación

Para la implantación de las líneas de mejora propuestas hemos representado cada una de las acciones en mediante el diagrama de Gantt que permite organizar las tareas por orden de inicio con así como la identificación de la tarea precedente.

- **Análisis de la situación de partida.**

Se comunicará a ATA los resultados de este proyecto y se establecerán aquellos puntos que se pueden conseguir durante el tiempo que resta hasta el fin de año teniendo en cuenta los recursos económicos que tenga disponibles.

- **Creación del Facebook de ATA.**

Medida que no implica coste y cuya elaboración no supone la inversión de mucho tiempo aunque se le debe destinar tiempo cada semana 3 o 4 días a su mantenimiento.

- **Búsqueda de voluntarios a distancia. los cuales habrá**

Medida que no implica coste. Una vez creada la página de Facebook esta misma puede ayudar a la propia asociación a buscar voluntarios que formen equipos de trabajo a distancia (informática, diseño, divulgación y traducción) mediante la ayuda de difusión de sus socios informados previamente de la creación de la pagina de esta red social y animándoles a participar en ella.

- **Selección de voluntarios.**

Entre el grupo de personas que estén interesadas en formar parte de los equipos se seleccionaran, grupos de máximo 5 personas y en caso de haber muchas más se

- **Modificación pagina web.**

Una vez, ATA cuente con sus equipos de voluntarios podrán ponerse a trabajar sobre la web y a diseñar las campañas de promoción en las universidades para final de año y e incluir los productos con la imagen de ATA que se quieran vender por la pagina web con fines recaudatorios.

- **Diseño y compra de productos:**

ATA una vez disponga de un grupo de diseño enviará a la empresa escogida los productos que desea adquirir para este ejercicio. Es relevante que los productos estén disponibles antes de los eventos como conferencias y reunión de socios en los que debe aprovechar para venderlos.

- **Promoción con carteles y folletos en universidades y hospitales**

Se basa en colgar en los hospitales y facultades mediante la colaboración de los voluntarios carteles y depositar folletos informativos en las fechas escogidas. En las facultades se realizara previamente a las conferencias y en los hospitales a partir de la estancia de noviembre.

- **Elaboración de boletines informativos.**

Se elaboraran de forma cuatrimestral boletines resumiendo la actividad de ATA que estarán disponibles para los socios en la web.

- **Reunión anual socios, fijación objetivos 2013**

Presentación resultados 2012 y fijación de objetivos para el 2013 incluyendo por primera vez objetivos de marketing social y exposición de los resultados de las acciones de marketing social llevadas a cabo meses antes.

Tabla 44: Diagrama de Gantt

	Fecha inicio	Fecha fin	S	D	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S
Análisis situación de partida	01/09/2012	15/09/2012	■												
Creación facebook ATA	15/09/2012	30/09/2012	■												
Búsqueda de voluntarios a distancia	30/09/2012	30/10/2012	■												
Mantenimiento redes sociales	01/11/2012	30/09/2013													
Selección de voluntarios y coofinadores	01/11/2012	15/11/2012													
Modificaciones página web	15/11/2012	30/12/2012													
Contacto con la UPY y UY para conferencias	15/11/2012	30/11/2012													
Promoción carteles UPY y UY	15/11/2012	30/12/2012													
Diseño y compra de productos ATA	15/11/2012	04/11/2012													
Conferencia ATA en la UPY diciembre	10/12/2012	21/12/2012													
Conferencia ATA en la UY diciembre	10/12/2012	21/12/2012													
Elaboración boletín diciembre	10/12/2012	30/12/2012													
Análisis de los resultados obtenidos	01/01/2013	20/01/2013													
Reunión anual socios, fijacion objetivos	01/01/2013	10/02/2013													
Mantenimiento página web	01/01/2013	30/09/2013													
Promoción carteles en los hospitales	01/01/2013	30/09/2013													
Búsqueda de colaboradores	01/01/2013	30/07/2013													
Promocion carteles UPY y UY	01/04/2013	15/04/2013													
Conferencia ATA en la UPY abril	01/04/2013	30/04/2013													
Conferencia ATA en la UY abril	01/04/2013	30/04/2013													
Elaboración boletín abril	01/04/2013	15/04/2013													
Diseño y compra de productos ATA	01/07/2013	01/09/2013													
Elaboración boletín agosto	01/08/2013	01/09/2013													
Promocion carteles UPY y UY	01/09/2013	15/09/2013													
Conferencia ATA en la UPY septiembre	01/09/2013	30/09/2013													
Conferencia ATA en la UY abril septiembre	01/09/2013	30/09/2013													

Fuente: elaboración propia

- **Búsqueda de organizaciones colaboradoras.**

Es la tarea que consideramos más tiempo le va a costar a la asociación por ello se ha establecido una búsqueda de siete meses.

- **Mantenimiento de la web y redes sociales.**

El mantenimiento de las dos herramientas ha de ser continuo para que ATA obtenga buenos resultados en la comunicación con todos los segmentos objetivo.

Todas las acciones mencionadas deberán combinarse con las conferencias y charlas enfocadas a la captación de profesionales, al mismo tiempo que se deberán tener en cuenta los periodos de estancia de los profesionales en el Hospital de Gambo.

4.3 Control

El control de los resultados de la implantación de la propuesta de mejora se realizará a través de diferentes herramientas:

- Con el diagrama de Gantt se comparará la ejecución de cada una de las actividades programadas para desarrollar el plan de comunicación. Si hay actividades que comienzan con anterioridad o posterioridad a lo que indica el diagrama, es posible que se modifiquen las que dependen de esa actividad.
- Se podrá observar el grado de alcance de la comunicación mediante el incremento de socios a lo largo del año. Al mismo tiempo conoceremos qué parte de los ingresos de la asociación provienen de los socios y qué parte de los simpatizantes o colaboradores.
- Mediante las redes sociales y la página web obtendremos otro tipo de resultados estadísticos como el número de visitas en la página web durante el mes/ año, así como número de seguidores en Facebook. Además a través de Facebook sabremos la cantidad de usuarios a los que les gustan las publicaciones de ATA en su página, y el perfil de cada uno de ellos. En función de dichos resultados ATA podrá optar por repetir con algunas acciones en la red o encontrar otras que le ayuden a difundirse.
- Otra forma de conocer el trabajo de los equipos voluntarios será a través del número de horas que destinan los miembros de cada equipo a colaborar con ATA y el grado de satisfacción de cada grupo con estos resultados. Para ello rellenarán mensualmente una plantilla en la que indiquen el tiempo empleado y su satisfacción.
- Otros datos cuantitativos que se obtendrán serán aquellos que procedan de la venta de los productos propios de ATA y que permitirán hacer modificaciones, sabiendo cuáles son los más vendidos entre los socios y simpatizantes.

CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES

5-CONCLUSIONES

Mediante este trabajo se han conseguido alcanzar todos los objetivos planteados al inicio. Se ha realizado un **estudio del entorno** de la asociación incluyendo el análisis del sector que ayuda a situar a ATA en el **contexto económico actual desfavorable**, que sin duda es un punto más tener en cuenta para emprender las líneas de mejora propuestas.

A través del análisis interno de la Asociación Tamiru Aduna, sabemos que realiza una **gestión de los recursos económicos sencilla pero eficaz**, ya que destina todos sus fondos a la adquisición de medicamentos e instrumental médico, sin que ninguno de sus miembros fijos y voluntarios reciba remuneración alguna. Este hecho junto a su **independencia del sector público** le ha ocasionado cierta holgura frente a otras ONGs. Sin embargo colabora con organizaciones que si que dependen del sector público hecho que le ha originado una disminución de sus fondos además de la disminución de las aportaciones de sus socios.

Por otro lado también se ha detectado que **no dispone de una estrategia de marketing social** efectiva y definida, pese a que los pilares de la asociación son el personal y los fondos, los cuales deben ser impulsados por el marketing social. Esta circunstancia, de que no existan actividades de marketing basadas en la comunicación más allá de las conferencias y charlas efectuadas a personal sanitario, se considera uno de los puntos más desfavorables para ATA que no utiliza una herramienta tan potente como la comunicación, para dar solución a algunos de sus problemas.

Teniendo en cuenta toda la información que proporcionan el análisis externo e interno se ha realizado una **propuesta de mejora ajustada a los principios de la asociación**, que no desea dejar de destinar la mayor parte de sus fondos a cumplir con sus objetivos. Por estos motivos las líneas de **mejora se centran en ampliar la comunicación** de ATA con su entorno, **con el público potencial** que tiene a su alcance y que no la conoce porque no sabe que existe.

Entre las líneas de mejora propuestas, destacamos **el voluntariado a distancia**, el cual, le permitirá iniciar su presencia en las redes sociales y mejorar los contenidos de la página web de forma que se mantenga actualizada toda la información y que se pueda difundir de forma rápida, así como conocer el perfil de los nuevos simpatizantes y socios de la asociación que hasta la fecha giran entorno al sector sanitario. **Diversificar sus fuentes de financiación** le

otorgará autosuficiencia y estabilidad, que puede conseguirlo mediante la venta de productos propios con un valor simbólico o colaborando con otras organizaciones con las que pueda darse publicidad o apoyo económico siempre que cumplan un perfil determinado.

Otro punto clave en la estrategia de marketing es la **diferenciación**. ATA no ha llevado a cabo ninguna acción para diferenciarse del resto de ONGs, y en la propuesta realizada, resulta indispensable que la asociación muestre aquellos atributos que la distinguen del resto de su sector, así como mostrarle a los socios y simpatizantes potenciales el trabajo continuo que realiza, que no es perceptible por el cliente, (socio o simpatizante) pero que es esencial para que la prestación del servicio tenga éxito.

Finalmente se le aconseja que invierta en dichas acciones en el próximo ejercicio, que sin duda le aportarán una mayor y mejor difusión y un incremento de fondos, que podrán ser transformados en beneficio social.

Personalmente, estoy satisfecha con este trabajo, ya que me ha permitido poner en práctica algunos de los conocimientos adquiridos durante la licenciatura, aspecto que valoro, porque me ha permitido alcanzar los objetivos iniciales de una carrera universitaria, Administración y Dirección de Empresas, que permite hacer uso de una gran variedad de materias como: gestión de recursos humanos, marketing de servicios o finanzas, en diferentes campos. Precisamente el área de la economía social y de las organizaciones no lucrativas, en el que se sitúa ATA, no está reñida con el desempeño de una función de gestión que permita alcanzar otra variedad de objetivos, cuantificables pero no económicos.

Bibliografía

- Monografías

AMAT, O. (2002): *Análisis económico-financiero*. Editorial Gestión 2000, Barcelona.

AQUILANO, N. J ; JACOBS. F. (2000): *Administración de producción y operaciones: manufactura y servicios*. Editorial McGraw- Hill, Santa Fe de Bogotá.

ARROYO, M.; PRAT, M. (1996): *Dirección financiera*. Editorial Deusto, Bilbao.

BUENO, E., MORCILLO, P. Y SALMADOR, M.P. (2006): *Dirección Estratégica, nuevas perspectivas teóricas*. Editorial Pirámide.

DAVID, F. (2008): *Conceptos de Administración Estratégica*. Editorial Pearson-Prentice Hall, México.

DE MIGUEL FERNÁNDEZ, E. (2005): *Introducción a la gestión: (management)*. Editorial UPV, Valencia.

DORNBUSCH R.; FISCHER S. ; STARTZ R. (2002): *Macroeconomía*. Editorial McGraw-Hill/Interamericana de España, Madrid.

ERRASTI, F. (1996): *Principios de gestión sanitaria*. Editorial Díaz de Santos, Madrid.

GRANT, R. (1996): *Dirección Estratégica, Conceptos, Técnicas y Aplicaciones*. Editorial Civitas, Madrid.

JEREZ RIESCO, J.L. (2000): *Comercio internacional*. Editorial ESIC, Madrid.

OLTRA CLIMENT, F (2008): *Dirección de Recursos Humanos*, Departamento de Organización de Empresas, Facultad de Administración de Empresas. Editorial de la UPV, Valencia.

RENDER, B. (2001): *Dirección de la producción: decisiones estratégicas*. Editorial Prentice Hall, Madrid.

TAMAMES , R.; G. HUERTA, B. (1999): *Estructura económica internacional*. Editorial Alianza, Madrid.

TAMAMES , R.; RUEDA, A. (2000): *Estructura económica de España*. Editorial Alianza. Madrid.

TAMAMES , R; M RIVAS D. ; VIDAL VILLA J. M. (2004): *Desarrollo sostenible y estructura económica mundial*. CIDEAL, Madrid.

ZEITHAML, V.A; JO BITNER M. (2000): *Marketing de servicios: un enfoque de integración del cliente a la empresa*. Editorial McGraw-Hill, México.

- Consultas electrónicas

AECID Y MINISTERIO DE FINANZAS Y DESARROLLO ECONÓMICO DE ETIOPÍA.(2011-2015) *“Marco de asociación Etiopía- España 2011-2015”*. [Documento en línea] Disponible en:

<http://www.aecid.es/es/donde-cooperamos/africasubсахariana/etiopia.html>[Consulta: 15/01/2012].

AECID Y CONGDE. (2012): *“Informe sobre la política de cooperación al desarrollo de las CCAA”*. [Documento en línea] Disponible en:

http://www.iepala.es/IMG/pdf/Informe_Politica_Cooperacion_de_Comunidades_Autonomas_2012-2.pdf. [Consulta: 20/01/2012].

AHWO, AFRICAN HEALTH WORK FORCE OBSERVATORY, (2010) *“Human Resources for Health Country Profile, Ethiopia”* [Documento en línea]. Disponible en:

http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/library/R045_AHWO_2010_Ethiopia_HRHProfile.pdf [Consulta: 24/05/2012].

ASOCIACIÓN TAMIRU ADUNA, (2012) [Documento en línea]. Disponible en:

<https://sites.google.com/site/atamiruata/>[Consulta: 23/11/2011].

AUMENTE GÓMEZ, P; NOGALES JURADO, M. OFICINA ECONÓMICA Y COMERCIAL DE ESPAÑA EN EL CAIRO, (2011): *“El sector de las infraestructuras en Etiopía”* [Documento en línea]. Disponible en:

<http://www.oficinascomerciales.es/icex/cma/contentTypes/common/records/mostrarDocumento/?doc=4527286> [Consulta: 15/12/2011].

AUMENTE, PABLO; NOGALES, MANUEL. OFICINA ECONÓMICA Y COMERCIAL DE ESPAÑA EN EL CAIRO (2011): "*El sector de la agricultura en Etiopía*" [Documento en línea]. Disponible en:

<http://www.oficinascomerciales.es/icex/cma/contentTypes/common/records/mostrarDocumento/?doc=4522855> [Consulta: 9/04/2012].

BANCO MUNDIAL, (2012): [Documento en línea], Disponible en:

<http://www.worldbank.org/en/country/ethiopia>

BAIN & COMPANY, (2012): "*Los socios de las ONG en España*" [Documento en línea], Disponible en:

http://www.somosasi.org/files/prensa/los_socios_de_las_ong_en_espana.pdf

[Consulta: 8/05/2012].

CONGES. CONSORCIO PARA LA GESTIÓN DE LA ECONOMÍA SOCIAL (2009): "*Economía social y sus elementos*". [Documento en línea]. Disponible en:

<http://www.consorcioconges.org/leer.php/864195> [Consulta: 25/01/2012].

CORDINADORA DE ONGDE. (2009): "Informe de la CONGDE sobre el sector de las ONGDE" [Documento en línea], Disponible en:

<http://www.informe2009.coordinadoraongd.org/uploads/informe2009.pdf>

[Consulta: 19/05/2012]

CORDINADORA DE ONGDE. (2012): "Informe sobre la política de cooperación al desarrollo" [Documento en línea], Disponible en:

http://www.iepala.es/IMG/pdf/Informe_Politica_Cooperacion_de_Comunidades_Autonomas_2012-2.pdf [Consulta: 08/06/2012]

EDIS, EQUIPO DE INVESTIGACIÓN SOCIOLOGICA S.A (2010): "*Anuario del Tercer Sector de acción social en España*" [Documento en línea], Disponible en:

http://www.fundacionluisvives.org/upload/31/64/ANUARIO_FLV_PDF_NAVEGABLE.pdf

[Consulta: 9/04/2012].

FAO, FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS (2012) [Documento en línea], Disponible en:

<http://www.fao.org/countryprofiles/index/en/?iso3=ETH>[Consulta: 15/06/2012].

HOSPITAL DE GAMBO, (2009): “Annual report, 2009.”[Documento en línea]. Disponible en:

<http://www.consolata.net/progetti/gambo/>

ICEX, Oficina Económica y Comercial de España en El Cairo, (2012): “*Situación política.*”[Documento en línea]. Disponible en:

http://www.oficinascomerciales.es/icex/cda/controller/pageOfecomes/0,5310,5280449_5296124_5287111_4010595_ET,00.html

[Consulta: 13/10/2011].

ICEX, Oficina Económica y Comercial de España en El Cairo, (2012): “*Estructura económica.*” [Documento en línea], Disponible en:

<http://www.oficinascomerciales.es/icex/cma/contentTypes/common/records/mostrarDocumento?doc=4010156>[Consulta: 20/10/2011]

ICEX, Oficina Económica y Comercial de España en El Cairo, (2012): “*Coyuntura político-económica*” [Documento en línea] Disponible en:

<http://www.oficinascomerciales.es/icex/cma/contentTypes/common/records/mostrarDocumento?doc=4010613> [Consulta: 13/12/2012].

LA GENERALITAT (2008-2011): *Plan director de la cooperación valenciana 2008-2011*. Valencia: Generalitat. Conselleria de Solidaridad y Ciudadanía. [Documento en línea]. Disponible en:

http://www.cic.gva.es/index.php?Itemid=46&id=54&option=com_content&task=view

[Consulta: 12/02/2012]

MENDIGUREN J. C; PÉREZ DE, E. E. (2008): *¿De qué hablamos cuando hablamos de Economía Social y. XI Jornadas de economía crítica*, pp. 5-26 Bilbao. [Documento en línea] Disponible en: http://www.ucm.es/info/ec/ecocri/cas/perez_etxezarreta_guridi.pdf]. [Consulta: 9/02/2012].

MINISTERIO DEL INTERIOR.REGISTRO NACIONAL DE ASOCIACIONES, (2007): “*Guía de asociaciones*” [Documento en línea], Disponible en:

<http://www.interior.gob.es/file/52/52981/52981.pdf>[Consulta: 26/02/2012].

MINISTERIO DE ASUNTOS EXTERIORES Y DE COOPERACIÓN, GOBIERNO DE ESPAÑA. (2009-2012): “*Plan director de la cooperacion española 2009-2012.*” [Documento en línea], [Consulta: 9/04/2012]. Disponible en:

http://www.aecid.es/galerias/publicaciones/descargas/libro1_PlanDirector_LR.pdf

[Consulta: 4/06/2012].

MONZÓN CAMPOS, J. L. ; DEMOUSTIE. D. (2003): *El Tercer Sector no lucrativ en el Mediterráneo, La Economía Social de no mercado*, Ciriec. [Documento en línea]. Disponible en:

<http://www.ciriec.es/mediterraneo1.pdf> [Consulta: 9/04/2012].

OFICINA ECONÓMICA Y COMERCIAL DE ESPAÑA EN EL CAIRO, (2011):”*Situación política*” [Documento en línea]. Disponible en:

<http://www.oficinascomerciales.es/icex/cma/contentTypes/common/records/mostrarDocumento/?doc=4010595> [Consulta: 04/01/2012].

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2009): “*Estadísticas sanitarias mundiales*” [Documento en línea], Disponible en: <http://www.who.int/countries/eth/es/>

[Consulta: 9/04/2012].

SIMON, F. EL PAÍS. (2012): “*Las relaciones con el jefe de la trama atrapan a Blasco en el fraude de las ONG*” [Documento en línea], Disponible en:

http://ccaa.elpais.com/ccaa/2012/06/12/valencia/1339528041_619380.html

[Consulta: 25/02/2012].

REVISTAS

BALAS LARA, M. (2008): “*El reto de la comunicación en el tercer sector no lucrativo*” DIALNET, Revista española del Tercer Sector, nº8, pp. 17-37.

CODORNIU MONTSERRAT, J. (2004): “*Las fuentes de financiación de las organizaciones no lucrativas de acción social*”. Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, nº 55, pp.121-140.

HERRANZ DE LA CASA, J.Mª (2007): *“La gestión de la comunicación como elemento generador de transparencia en las organizaciones no lucrativas”*. CIRIEC-ESPAÑA, Revista de economía pública, social y cooperativa, nº 57, pp.5-31.

GARCÍA CEBRIAN, L.; MARCUELLO SERVÓS, C. (2007): *“Eficiencia y captación de fondos en las organizaciones no gubernamentales para el desarrollo”* CIRIEC-España, Revista de Economía Publica, social y cooperativa, nº 58, pp. 221-249.

KOTLER, P. y. (1971). *Social marketing: an approach to planned social change. Journal of Marketing*,(35), pp. 3-12.

TEJEIRO BAREDA, J. (2008) *“Economía social: concepto y delimitación”* Colecciones Mediterráneo económico: Economía social. La economía social al servicio de las personas. Nº 6, pp.23-34.

Anexos

MEMORIA ATA 2011,

CUENTAS ATA 2011