

**ACUERDO DE COLABORACIÓN ENTRE LA AGENCIA VASCA DE
COOPERACIÓN PARA EL DESARROLLO Y LA FUNDACIÓN VICENTE
FERRER PARA LA FINANCIACIÓN DEL PROGRAMA DE MEJORA DE LA
SALUD REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES DE LA REGIÓN DE
KALYANDURG EN EL DISTRITO DE ANANTAPUR**

En Anantanpur, a 17 de Marzo de 2012

REUNIDOS

El Lehendakari, Patxi López, Presidente de la Agencia Vasca de Cooperación para el Desarrollo.

La Sra. Ana Ferrer Presidenta de la Fundación Vicente Ferrer

INTERVIENEN

El primero, en nombre y representación de la Administración de la Comunidad Autónoma de Euskadi.

La segunda, en nombre y representación de la Fundación Vicente Ferrer.

EXPONEN

Primero.- Este acuerdo de colaboración se concretará en un convenio que tiene como objetivo contribuir a disminuir la mortalidad y morbilidad maternal en el distrito de Anantapur.

Segundo.- La Fundación Vicente Ferrer (FVF) surge en 1996 en España para dar soporte específico y constante a la labor de Rural Development Trust y Woman Development Trust (RDT/WDT) en la India, garantizándole autonomía y continuidad, y para sensibilizar a la población española de la posibilidad de transformación de la zona de Anantapur. Así pues, la FVF tiene como única contraparte local a RDT/WDT, y con ella realiza e implementa todos los proyectos en los que trabaja en el distrito de Anantapur, en el Estado de Andhra Pradesh.

El enfoque de trabajo con la población más desfavorecida ha sentado las bases de un Programa de Desarrollo integral que aborda proyectos para garantizar las necesidades básicas de la población beneficiaria, pero también incide en potenciar sus capacidades para que se puedan hacer responsables de su propio desarrollo como personas y de su comunidad. Los ámbitos de intervención en los que RDT/WDT desarrolla actuaciones, integrados en este Proyecto de Desarrollo Integral, se estructuran en seis sectores diferenciados: educación, personas con discapacidad, mujer, vivienda, ecología y sanidad. Transversalmente, se integra la perspectiva de género y la sostenibilidad medioambiental en todos los sectores de actuación.

Tercero.- En La India rige un sistema de castas y subcastas en torno al cual se organiza la sociedad, en el que cada una de ellas ocupa un lugar determinado en la estructura social, con sus propios comportamientos, reglas de conducta y creencias. La pertenencia a una casta viene determinada por nacimiento y es inamovible, y existe una clara correlación entre casta y clase social. La población sujeto de RDT/WDT son las personas más desfavorecidas de la sociedad, que en La India se identifica rígidamente con las personas sin casta o dálits (intocables), a quienes están reservados los trabajos más impuros y que ocupan las capas más bajas de la sociedad, y las castas más humildes, como son las Scheduled Casts (SC) (castas desfavorecidas) y las Scheduled Tribes (ST) (grupos tribales).

Cuarta- La Agencia Vasca de Cooperación para el Desarrollo tiene como objetivo contribuir a la lucha contra la pobreza y la promoción del desarrollo humano mediante proyectos de cooperación al desarrollo que apuesten por la transformación social e India es un ámbito geográfico prioritario de actuación. El Programa Integral de la Fundación Vicente Ferrer cumple con los enfoques transversales planteados en el Plan Estratégico y Director de Cooperación al Desarrollo del Gobierno Vasco en materia de **Capacidades Locales, Participación y Organización**. También recoge los enfoques de la cooperación vasca en relación con la **Equidad de Género** y de **Derechos Humanos**. La FVF a través de su Delegación en Euskadi ha facilitado en los últimos años, diversos proyectos en el sector de agroecología, que han contado apoyo del **Gobierno Vasco**. La FVF tienen vigentes convenios de colaboración con otras administraciones públicas de rango autonómico, y con el Gobierno Español, a través de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID).

Quinta.- Este acuerdo supone el comienzo de una alianza para establecer una estrategia conjunta de intervención en el sector salud. Las futuras actividades se diseñarán con el objetivo de capacitar a la población, potenciando sus liderazgos; superando perspectivas asistencialistas para potenciar el desarrollo de la población a través de la acción de las personas beneficiarias del

proyecto, organizas a través de sus comunidades. Así, en las comunidades donde se efectúan proyectos, se crea el CDC (Comité de Desarrollo de la Comunidad), que asume un rol activo en la implementación de los proyectos, así como en la gestión de la comunidad.

El aislamiento de las comunidades es otro factor que condiciona el acceso a la salud, por lo que el futuro convenio apoyará la atención sanitaria primaria a través de los órganos de gestión comunal mediante la formación de mujeres para ser CHW (Community Health Worker – Trabajadora de Salud de la Comunidad) de la aldea para recibir formación sanitaria continuada por parte de RDT/WDT, y desarrollar tareas de atención primaria, así como de sensibilización. Los casos que revisten más gravedad y que no pueden ser atendidos por las CHW son derivados a los y las HO (Health Organizer – Organizadores/as de salud), que son personas tituladas en enfermería que ejercen como tal y también realizan tareas de coordinación y supervisión de las CHW de un conjunto de aldeas (15-25). Finalmente, existe una red de clínicas rurales, con un/a médico y un/a enfermero/a como personal fijo, que pueden acoger y tratar aquellos casos que requieran de un tratamiento más complicado o incluso un ingreso breve.

De esta manera, a través de esta red de asistencia rural, se pretende contribuir a dar cobertura a comunidades rurales alejadas, detectando antes las posibles enfermedades y evitando complicaciones fruto de un tratamiento tardío vinculándose a la Red de Hospitales ya construido por IRFT/WDT: el Hospital de Kalyandurg, donde se realiza el proyecto aquí propuesto, el Hospital de Bathalapalli y el Hospital de Kanekal. Los centros especializados son el Hospital Pediátrico, el Hospital para personas portadoras del Sida y el Hospital de Planificación Familiar. Estos hospitales generales han marcado un antes y un después en la situación de la atención sanitaria en el distrito de Anantapur. Son hospitales con un personal médico de calidad, con unas infraestructuras dignas, y sobre todo, accesibles para las capas más pobres de la población. A través de un sistema de pago en función de la casta o los ingresos, aquellas personas más humildes pueden acceder a un hospital que proporciona unos buenos cuidados médicos.

Sexta.- El derecho a la salud se configura en el ámbito mundial como el derecho de todo ser humano de tener acceso a un sistema sanitario público y de calidad. En el caso de las mujeres, el derecho a la salud debe incluir el derecho a un embarazo, un parto y un postparto seguro. Sin embargo, según datos de las Naciones Unidas, teniendo en cuenta los niveles de fecundidad y mortalidad actuales, 1 de cada 55 mujeres en India corre el riesgo de morir por causas relacionadas con la maternidad. Además, el 61% de las muertes maternas se producen entre mujeres pertenecientes a las Scheduled Casts, las Scheduled Tribes y otras castas desfavorecidas. Según informes del Banco Mundial, la mayor parte de estas muertes pueden prevenirse y son causadas, entre otras, por una falta de atención adecuada durante el embarazo y el parto, y por unos servicios inapropiados para la detección y tratamiento de las enfermedades y/o complicaciones que puedan surgir.

Esto se debe a diferentes motivos. La discriminación que sufre la mujer en India provoca que sus necesidades no sean observadas, estando ellas menos nutridas. No existe una cultura de acudir al médico para seguir y tratar los embarazos y postpartos, y en muchas ocasiones acuden a los hospitales cuando presentan un cuadro grave de complicaciones, que podrían haber sido fácilmente evitables con un seguimiento y/o tratamiento a tiempo. A este hecho se debe sumar un conjunto de creencias culturales contraproducentes en lo que a salud sexual y reproductiva se refiere. Éste además es un tema tabú, que las mujeres no comparten con nadie por motivo de vergüenza, hecho que agrava más la situación.

A estos factores se debe sumar las características propias del sistema sanitario público indio. Éste es precario, y se encuentra en unas condiciones extremadamente deficientes. El Gobierno, para paliar esta situación, ha incentivado la creación de centros privados. Sin embargo estos centros, si bien se encuentran mejor equipados y con un personal formado, tienen unos precios prohibitivos para la población de las Scheduled Casts, Scheduled Tribes y otras castas desfavorecidas, que ven como su situación social determina negativamente una vez más su vida, llevando incluso a la muerte.

Séptima.- Este proyecto tiene prevista su actuación en el distrito de Anantapur, estado de Andhra Pradesh, India, y más concretamente en la población de Kalyandurg y en las 265 poblaciones que se encuentran dentro del radio de 60km alrededor del hospital implicado en el proyecto.

Estas 265 comunidades rurales se encuentran repartidas en 7 diferentes áreas de la región de Kalyandurg: Kundurpi, Kambadur, Atmakur, Brahmasamudram, Settur, Beluguppa y Kalyandurg.

El distrito de Anantapur y concretamente la región de Kalyandurg, limita al oeste con el estado de Karnataka por lo que es posible que la población de las comunidades más cercanas del estado contiguo pueda desplazarse también al hospital de Kalyandurg.

Octava.- Consideramos como personas beneficiarias directas a todas aquellas mujeres habitantes de la región de Kalyandurg, sobre todo pertenecientes a las Sheduled Casts, Scheduled Tribes y otras castas desfavorecidas que, por un lado, van a poder acceder a una atención sanitaria ginecológica de calidad a través de los servicios del Hospital de Kalyandurg y, por otro, serán asistidas, informadas y concienciadas a través de las CHW (Comunity Health Workers - Trabajadora de Salud de la Comunidad). El proyecto está destinado principalmente a la población de la región de Kalyandurg pero el hospital ofrece los servicios médicos independientemente del lugar de residencia del paciente, por lo que más mujeres del distrito de Anantapur o de los distritos limítrofes podrían ser tratadas en el hospital.

La región de Kalyandurg tiene una población aproximada de 290.000 personas, con unas 140.000 mujeres de las cuales se estima en 50.000 las que están en edad reproductiva. De éstas, unas 15.000 mujeres pertenecerían a las castas desfavorecidas, las cuales serían la población objetivo de este proyecto.

A modo orientativo, según datos del hospital de Kalyandurg entre 2008 y 2010 se realizaron 102.363 visitas al departamento de ginecología y 14.700 mujeres fueron hospitalizadas.

CLÁUSULAS

PRIMERA.- Objeto del Acuerdo de Colaboración

El presente acuerdo, tiene como objeto potenciar el proyecto que se presenta se enmarca dentro del Programa de Desarrollo Integral de RDT/WDT, y concretamente en el Sector de Sanidad, a través del cual se pretende mejorar la salud maternal en la fase prenatal, de alumbramiento y postnatal en el distrito de Anantapur.

Por un lado se pretende facilitar el acceso de las mujeres embarazadas a unos servicios sanitarios ginecológicos asequibles y de calidad a través de los recursos del Hospital de Kalyandurg de RDT/WDT. Por el otro, se pretende concienciar y capacitar a las mujeres de la región de Kalyandurg sobre la importancia en el uso de buenas prácticas en relación con la salud reproductiva y sexual mediante la red de asistencia rural que RDT/WDT ha desarrollado en esta zona.

Los servicios sanitarios ginecológicos se garantizan a través de la adquisición de los materiales necesarios (materiales quirúrgicos, medicamentos y otros) para la consecución de un servicio de atención ginecológica de calidad. A su vez, y para la consecución de este mismo objetivo, se asegura una correcta atención médica ginecológica a través del suficiente personal sanitario. Este personal local, además, ve mejorados sus conocimientos a través de la presencia y traspaso de conocimientos llevada a cabo por ginecólogos/as españoles que se desplazan periódicamente desde España al Hospital de Kalyandurg para formar al personal local.

La segunda línea de actuación de este proyecto se refiere a la concienciación de las mujeres de la región sobre la importancia en el uso de buenas prácticas en la salud sexual y reproductiva.

Para la consecución de este objetivo, se usa la red de asistencia rural de RDT/WDT. En particular, la figura de las CHW (Community Health Workers - Trabajadora de Salud de la Comunidad), que desarrollan sus tareas en las comunidades rurales. En el marco de este proyecto, se organizan una serie de capacitaciones en las que participan las CHW para la correcta adquisición de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva, así como mecanismos para su correcta trasmisión a las mujeres en cuyas comunidades trabajan.

Finalmente, se realizarán talleres de sensibilización en los que participarán 1.000 mujeres embarazadas, detallando prácticas saludables para el correcto desarrollo del embarazo. Asimismo, se proporcionará suficiente información para la correcta superación de creencias tradicionales contraproducentes.

SEGUNDA.– Objetivo Específico y Resultados esperados.

Objetivo Específico:

Mejorada la salud reproductiva de las mujeres de la región de Kalyandurg

Resultado 1.1:

Mejorado el acceso a servicios ginecológicos asequibles y de calidad a través de los recursos del hospital de Kalyandurg y de la red de asistencia rural.

Resultado 1.2:

Mejorados los conocimientos sobre prácticas saludables en relación con la salud reproductiva y sexual de las mujeres de la región de Kalyandurg.

TERCERA.– Periodo de ejecución de las actividades.

El periodo de ejecución de las actividades será de 24 meses, a contar desde la aprobación del convenio.

CUARTA.- Aportaciones presupuestarias de las partes.

La aportación prevista de la Agencia Vasca de Cooperación para el futuro convenio asciende a la cantidad de 100.000 euros, desglosados en los cuadros presupuestarios que se anexan.

QUINTA.- Comisión Mixta de Seguimiento.

1. Al objeto de garantizar el seguimiento, la realización y la coordinación en el desarrollo de las actividades previstas, se constituirá una comisión mixta de seguimiento para el futuro convenio.

2. De manera ordinaria la comisión mixta será convocada al menos una vez en el periodo de ejecución del convenio y de forma extraordinaria cuando las personas miembro de la Comisión Mixta de Seguimiento lo estimen oportuno para evaluar el impacto de las actuaciones financiadas.

SEXTA.- Vigencia.-

El presente acuerdo entrará en vigor en la fecha de la firma del mismo.

En prueba de conformidad y aceptación con cuanto queda expresado, las partes firman el presente documento, por duplicado ejemplar, en el lugar y fecha indicados en el encabezamiento.

Fdo. Lehendakari Patxi López

Presidente Agencia Vasca

Cooperación para el Desarrollo

Fdo. Ana Ferrer

de Presidenta Fundación Vicente Ferrer

ANEXO:

Presupuesto – por partidas y cofinanciadores

Partidas	Gobierno Vasco	FVF	RDT/WDT	Población beneficiaria	Otras aportaciones	Total
COSTES DIRECTOS						
A.1 Compra de terrenos o edificios						
A.2. Construcción						
A.3. Compra, transporte de equipos y material			7.539,76			7.539,76
A.4. Coste de personal local	56.083,55		1.822,89	47.370,99	87.340,84	192.618,27
A.5. Coste de personal expatriado		1.100,00				1.100,00
A.6. Fondo Rotatorio						
A.7. Costes de funcionamiento	43.916,45		33.619,93	30.358,72	307.502,21	415.397,31
TOTAL COSTES DIRECTOS	100.000,00	1.100,00	42.982,58	77.729,71	394.843,05	616.655,34
COSTES INDIRECTOS						
Costes de formulación, seguimiento y justificación		20.056,00				20.056,00
TOTAL COSTES INDIRECTOS	0,00	20.056,00	0,00	0,00	0,00	20.056,00
TOTAL GENERAL	100.000,00	21.156,00	42.982,58	77.729,71	394.843,05	636.711,34
	15,71%	3,32%	6,75%	12,21%	62,01%	100,00%

ANEXO II:

Resultados previstos, indicadores y actividades:

Resultado 1:

La mejora del acceso a servicios ginecológicos asequibles y de calidad a través de los recursos del hospital de Kalyandurg y de la red de asistencia rural se comprobará a través de la consecución de los siguientes parámetros:

- Garantía de suministro de medicamentos y de recursos materiales necesarios para la atención de los servicios ginecológicos;
- Por lo menos 5.682 partos habrán sido llevados a cabo por personal cualificado en el hospital de Kalyandurg, incluyendo entre un 15 y un 20% de partos por cesárea;
- Un equipo de 4 médicos españoles habrán traspasado conocimientos, formado y realizado acompañamientos al personal sanitario local sobre temas de salud reproductiva y sexual en el Hospital de Kalyandurg.

Las actividades vinculadas a la obtención de este resultado serán las siguientes:

- Recepción y Registro de las mujeres en fase prenatal para las visitas diarias;
- Realización de chequeos ginecológicos: cada mujer debería poder realizarse entre 8 y 10 chequeos durante el embarazo para garantizar su seguridad;
- Asistencia a partos y partos por cesárea. En todos los partos como mínimo se dispone de un médico ginecólogo, 1 anestesista, 2 enfermeras y 1 comadrona;
- Provisión de nutrición a las madres intervenidas por cesárea e ingresadas por tanto durante unos días en el hospital (5-6 días);
- Seguimiento y servicios postnatales: chequeos durante los tres meses siguientes al parto y se incentiva a las madres para que desde entonces visiten los servicios ginecológicos del hospital como mínimo una vez al año.
- Traspaso de conocimientos, formación y acompañamiento de personal médico profesionales español al personal médico local del hospital de Kalyandurg: durante un periodo de unas tres semanas aproximadamente 4

médicos españoles voluntarios altamente cualificados liderados por el Dr. Gonzalo Lázaro Martín y procedentes de prestigiosos hospitales españoles como el Hospital Clínic de Barcelona viajaran al hospital de Kalyandurg para realizar tareas de traspaso de conocimientos, talleres de formación y acompañamiento a los médicos ginecólogos indios residentes en el hospital.

- Suministro de materiales para las estancias de las enfermeros/as residentes del hospital de Kalyandurg: debido también a los horarios que realizan durante las 24 horas del día, desde la organización se decidió ofrecer alojamiento al conjunto de enfermeras del hospital en la residencia de enfermeras.

Resultado 2:

La mejora de los conocimientos sobre prácticas saludables con relación a la salud reproductiva y sexual de las mujeres de la región de Kalyandurg se comprobará a través de la consecución de los siguientes parámetros:

- Al finalizar el proyecto, todas las mujeres que realizan sus chequeos en el hospital habrán recibido consejos saludables para el buen desarrollo del embarazo por parte del personal cualificado;
- Un total de 1.000 mujeres embarazadas y 25 CHW (Community Health Workers - Trabajadora de Salud de la Comunidad) habrán asistido a los talleres de concienciación realizados en el Hospital de Kalyandurg;
- Las 229 CHW y 9 HO ((Health Organizer – Organizadores/as de salud) habrán realizado tareas de concienciación durante los 12 meses de duración del proyecto en 265 comunidades rurales.

Las actividades vinculadas a la obtención de este resultado serán las siguientes:

- Realización de 4 talleres de formación / capacitación en el hospital de Kalyandurg para 250 madres embarazadas y 6 CHW cada uno;
- Realización de tareas de sensibilización y concienciación llevadas a cabo por ginecólogos/as, enfermeros/as y trabajadores/as sociales en el hospital de Kalyandurg;
- Realización de tareas de sensibilización y concienciación en 265 comunidades de la región de Kalyandurg.