



FORMULARIO DE SOLICITUD DE PROBITAS FUNDACIÓN PRIVADA

FASE 2: CONVOCATORIA DE SUBVENCIONES A PROYECTOS DE COOPERACIÓN AL DESARROLLO EN EL SECTOR DE LA SALUD 2017-2018

1.- Datos de la entidad solicitante

ENTIDAD SOLICITANTE:

NOMBRE DE LA ENTIDAD: PROSALUS

NIF/CIF: G78223872

Dirección completa de la entidad:

Calle: María Panés 4

Código postal: 28003 Ciudad: Madrid

Teléfonos: 91 5533591

Correo electrónico: prosalus@prosalus.es

RESPONSABLE DE LA ENTIDAD (*Presidente/a o Director/a*)

Nombre: Jose María Medina Rey

NIF: 30495286-T

Cargo: Director

RESPONSABLE TÉCNICO DEL PROYECTO (persona de contacto)

Nombre: María González López

Cargo: Responsable País-Bolivia, departamento de Cooperación

Teléfonos: 915533591

Correo electrónico: m.gonzalez@prosalus.es

SOCIO LOCAL:

Nombre: AYNISUYU

Fecha de constitución: 24/1/1996

Forma jurídica: Institución privada de desarrollo social

Identificación fiscal: 8170657

Dirección completa: Calle Moxos N° 1766 - Cochabamba

Estado/Provincia/Departamento, etc.: Cochabamba, Bolivia

Teléfono: 591 4 4560361

Correo electrónico: aynisuyu@supernet.com.bo

Persona responsable de la entidad: Josefina Márquez

Cargo: Directora

Persona responsable del proyecto que se presenta: Juan Carlos Sejas

Cargo: Responsable de Planificación

¿EXISTE ALGÚN CONVENIO DE COLABORACIÓN ENTRE LA ENTIDAD SOLICITANTE Y EL SOCIO LOCAL? : NO / X SI):

Se adjuntan convenios de colaboración en anexos



Describir la experiencia y capacidad operativa de la entidad solicitante y el socio local

- *Describir brevemente la experiencia de la entidad solicitante en la gestión de proyectos de cooperación internacional:*

Prosalus es una organización con 30 de años de experiencia (en Bolivia trabaja desde 1988) en cooperación internacional, que ha definido su estrategia de trabajo en torno al ejercicio efectivo del derecho a la salud, al agua y a la alimentación, entendiéndolo que son una amplia gama de factores socioeconómicos los que impiden dicho ejercicio. Para incidir en estos agentes determinantes, los procesos de desarrollo impulsados por Prosalus (generalmente en comunidades rurales y en situación de extrema pobreza) son intersectoriales y conjugan varias líneas de acción: gobernabilidad local a través del fortalecimiento de las organizaciones e instancias de vigilancia social para la exigibilidad de derechos y la participación de la población -mujeres y hombres- en la planificación del desarrollo local; acceso a agua y saneamiento; educación alimentaria y nutricional; articulación al sector público de salud para contribuir a la implementación de programas públicos específicos (Desnutrición Cero, política Salud Familiar Comunitaria Intercultural); promoción de la igualdad de género; y diversificación productiva para una dieta completa, promoviendo la gestión sostenible de los recursos naturales y las capacidades locales de resiliencia.

En estos años de experiencia ha ejecutado 380 proyectos y programas de desarrollo con financiaciones de la Agencia Española de Cooperación y más de 25 entidades descentralizadas, además de agentes privados de cooperación como Fundación La Caixa, Fundación Alimerka, Fundación Roviralta o los fondos de empleados del Gobierno Vasco y Kutxa.

Ver en Documentación administrativa (anexo 11) tabla con el detalle de proyectos realizados por Prosalus en los últimos 10 años en Bolivia, Perú y Mozambique.

Ver en el siguiente apartado el detalle de la experiencia conjunta con el socio local y en los Municipios de intervención de la presente propuesta

- *Describir brevemente la experiencia del socio local en la gestión de proyectos de cooperación internacional, así como su experiencia en la gestión conjunta de proyectos con la entidad solicitante.*

Aynisuyu es una organización boliviana constituida como Institución Privada de Desarrollo Social (IPDS) sin fines de lucro y sin afiliación política partidaria, con 20 años de trayectoria, cuya estrategia se articula en torno a tres programas: Salud, Soberanía Alimentaria y Derechos Humanos, estando los tres estrechamente relacionados, por lo que muchas de las intervenciones que promueven son intersectoriales y persiguen incidir en los determinantes sociales de la salud de la población que vive las dos regiones geográficas en las que ha desarrollado su trabajo, el Valle Alto y el Cono Sur de Cochabamba. Estos determinantes sociales son la situación de pobreza crónica, la falta de acceso a agua segura y saneamiento, la distancia de las comunidades a los centros de salud, la falta de información sobre las señales de peligro que ameritan atención urgente, la desconfianza de la población en los prestadores de salud institucionales y otras barreras culturales así como las desigualdades de género y la discriminación que viven cotidianamente las mujeres y las niñas

Ver en Documentación del socio local (anexos 2 y 4) experiencia institucional de Aynisuyu donde verificar su trayectoria tanto en el sector de actuación como en el área geográfica. Ver Plan Estratégico y Presentación Institucional Aynisuyu.

En sus 20 años de trayectoria Aynisuyu ha trabajado con financiación de diversos organismos internacionales de cooperación (Unión Europea, Agencia Española de Cooperación, JICA, Cooperación Española descentralizada) habiendo demostrado su solvencia para la correcta ejecución, gestión y justificación de los fondos.



Aynisuyu y Prosalus trabajan juntas desde 2008 en los Municipios de intervención del presente proyecto. Entre 2008 y 2015 se ejecutaron dos proyectos consecutivos de salud y seguridad alimentaria que perseguían la incidencia en determinantes sociales de la salud de las comunidades de Vila Vila y Alalay, desde un enfoque de derechos y fortalecimiento de capacidades. Así, se ha trabajado la diversificación productiva con enfoque agroecológico e incorporación de hábitos nutricionales e higiénicos saludables para la incidencia en el estado nutricional de toda la población pero en especial de niñas y niños menores de 5 años, el acceso a agua segura, la generación de condiciones de habitabilidad saludable (cocinas mejoradas, rellenos sanitarios, letrinas), la capacitación al sector salud y a los responsables comunitarios de salud en la metodología AIPE Nut, la conformación y apoyo a instancias sociales y de concertación (Comités locales de salud, Comités Municipales de Alimentación y Nutrición, apoyo a la participación de los comités de vigilancia en los DILOS) y el fortalecimiento de las organizaciones sociales mixtas y de mujeres para su participación en la definición de las políticas públicas locales de salud y soberanía alimentaria (siendo especialmente relevante el fomento de la participación de mujeres y hombres en la formulación de las Cartas Orgánicas de ambos municipios para la incorporación de los derechos a la salud, a la alimentación así como los enfoques de género e intercultural).

Por otro lado, desde 2007 Prosalus también acompaña a Aynisuyu en un programa de fortalecimiento de organizaciones de mujeres para la identificación de demandas transformadoras de género, salud y soberanía alimentaria e incidencia en presupuestos públicos para su financiación.

Por último, entre finales de 2014 y hasta la fecha se ha ejecutado el proyecto *Implementación de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural –SAFCI- con enfoque de género en Cochabamba, Bolivia* (incluidos Vila Vila y Alalay) que constituye el precedente al proyecto que ahora se presenta.

Así, desde 2015 Prosalus y Aynisuyu impulsan en los municipios de intervención un proyecto para promover la adecuada implementación de la Política SAFCI (Salud Familiar Comunitaria Intercultural), marco general del Sistema Nacional de Salud en Bolivia, que incorpora un nuevo paradigma de salud centrado en la familia y la comunidad, así como el enfoque intercultural, preventivo y de promoción basado en la incidencia en los determinantes sociales de la salud. Para superar las dificultades en la concreción de esta política pública a nivel local, el proyecto ha fortalecido las capacidades de todos los actores involucrados en los 2 componentes: Atención y Gestión compartida. Se ha trabajado en el fortalecimiento de las capacidades sociales/comunitarias para la participación activa y organizada en el modelo, el fortalecimiento de capacidades institucionales, sensibilizando al personal de los puestos y centros de salud sobre los principios SAFCI y de equidad de género en el acceso a la salud, así como reforzando sus capacidades para afrontar un trabajo con enfoque de promoción de la salud y determinantes sociales, no sólo en los centros de atención sino también en las comunidades, que incorpore las necesidades identificadas por la población; y, por último, en la promoción de espacios de concertación locales entre actores sociales y comunitarios, responsables públicos municipales y personal de salud.

Como principales logros, se ha conseguido una altísima motivación en el personal de salud y autoridades municipales por trabajar conjuntamente bajo las premisas del modelo, que se ha traducido en la dotación de recursos económicos desde las Alcaldías para contratación de personal especializado y equipamiento y, en la salida regular del personal de salud a las comunidades para realizar visitas domiciliarias, con un trabajo de atención y preventivo con las familias. Se ha obtenido un nivel de “carpetización” (registro de la situación de salud de la población en las carpetas familiares) del 100% de las familias, sistematizándose regularmente la información de diagnóstico y seguimiento al estado de salud y condiciones en relación a los determinantes sociales de la salud (acceso a agua segura, sistemas de saneamiento, acceso a alimentos en cantidad y calidad suficientes, viviendas saludables, nivel de ingresos, nivel educativo, etc), lo que permite orientar las acciones e inversiones desde los municipios a los



problemas identificados; y se ha avanzado en la conformación, dinamización y seguimiento de los Consejos Sociales de Salud Municipales, para la incidencia y seguimiento a las agendas de salud locales con participación de todos los actores implicados.

El proyecto que ahora se presenta a Fundación Probitas supondría una continuidad de la intervención señalada, apoyándose en los resultados descritos, pero con una focalización en la promoción del parto institucional, para lo que se hace imprescindible su adecuación intercultural.

- *¿Participa la entidad solicitante o el socio local en redes de asociaciones de cooperación al desarrollo o similares? Indicar cuáles.*

PROSALUS hace una apuesta importante por la generación de alianzas y el trabajo en red, por lo que participa activamente en diversos espacios de trabajo compartido con otras ONGD y organismos. Muestra de esta apuesta es el número de ámbitos de participación y por la intensidad de nuestra participación, Prosalus es miembro de:

Coordinadora de ONGD de España; ha sido miembro de la Junta de Gobierno en diferentes periodos, durante casi 15 años, habiendo ocupado la presidencia en el período 2006-2009. En la actualidad participa activamente en varios grupos de trabajo: género y desarrollo, educación para el desarrollo, comunicación, cooperación al desarrollo y financiación, transparencia y rendición de cuentas, seguimiento de políticas, grupo sectorial agua, agricultura y alimentación y seguimiento de políticas.

Red de ONGD de la Comunidad de Madrid, participando en los grupos de trabajo de proyectos y educación para el desarrollo. Durante 2005 y 2006 ocupó la vocalía de educación para el desarrollo en la Junta. Hasta mitad de 2004 ocupó una vocalía en el Consejo de Cooperación de la Comunidad de Madrid y entre 2012 y 2014 asume la vocalía de comunicación.

Coordinadora de ONGD de Euskadi – Delegación Gipuzkoa (de la que asumió la presidencia durante un trienio, y actualmente participa en los grupos de trabajo de proyectos y de comunicación)

Coordinadora de ONGD de Castilla-La Mancha (colaborando en el grupo de educación para el desarrollo)

Coordinadora de Castilla y León (participando en la Unidad Territorial de León de la Coordinadora).

A nivel de estudios, investigación e incidencia en consorcio con otras organizaciones, Prosalus viene trabajando desde 2002 junto con Médicos Mundi y Médicos del Mundo en la elaboración de los informes anuales sobre la salud en la Cooperación Española y Ayuda Humanitaria. Además, desde 2003 lidera la campaña “Derecho a la alimentación. Urgente”, que se ha consolidado como referente de la sociedad civil española y agentes de cooperación para la elaboración, desarrollo y consolidación de políticas públicas de cooperación al desarrollo y la lucha contra el hambre. Por último, entre 2011 y 2013 Prosalus también lideró la campaña “Determinantes Sociales de la Salud, comprendiendo que la Salud es un Derecho” con el objetivo de dar a conocer el contenido real del derecho humano a la salud y la influencia de los determinantes sociales en la creación de desigualdades evitables, injustas e innecesarias. En el marco de esta campaña se han generado insumos metodológicos y conceptuales que posibiliten a los diferentes agentes de la cooperación una actuación más integral en el sector salud, desde un enfoque de derechos.

El Aynisuyu está afiliado a la Asociación de Instituciones de Promoción y Educación (AIPE), red de organizaciones bolivianas de soberanía alimentaria.

2.- Datos generales del proyecto:

2.1.- Título del proyecto:

Promoción del parto institucional intercultural en el marco de la política pública Salud Familiar Comunitaria Intercultural en 2 Municipios interandinos quechuas de Bolivia

2.2.- Presupuesto total del proyecto (en euros):

73.643,43

2.3.- Presupuesto total solicitado a Probitas Fundación Privada:

Importe solicitado a Probitas Fundación Privada (en euros)	49.117,43
% solicitado a Probitas Fundación Privada sobre presupuesto total	66,86

2.4.- Otros financiadores del proyecto:

Nombre de los financiadores				
Importe solicitado por financiador (euros)				
% sobre presupuesto total				
Fecha de concesión de la subvención				

- La cofinanciación del proyecto proviene de Prosalus, del socio local Aynisuyu, de la población (alimentación para talleres) y de los dos gobiernos locales de los municipios de intervención (fondos comprometidos para equipamiento de las salas).

2.5.- Calendario planificado para la ejecución del proyecto:

Fecha prevista de inicio: 1/7/2017
 Fecha prevista de finalización: 30/6/2018
 Duración (en meses): 12 meses



2.6.- Beneficiarios

Núm. de beneficiarios directos: 4.022

De los cuales, nº de mujeres: 4.022 mujeres en edad fértil

De los cuales, nº de niños (< 15 años).

Las personas que directamente se beneficiarán del proyecto son las 4.022 mujeres en edad fértil que hay en ambos Municipios (800 en Alalay y 3.224 en Vila Vila) así como la potencial población infantil resultante de sus procesos reproductivos (la tasa de natalidad media en ambos Municipios es de 4 hijos).

Sin embargo como se explica más adelante la población con la que trabajará el proyecto directamente, tanto en procesos de sensibilización como de capacitación y movilización, asciende a 1.630 personas entre mujeres y hombres de base, secretarios comunales de salud, personal médico-sanitario y personal técnico de ambas Alcaldías.

Núm. de beneficiarios indirectos:

8.946 personas, el total de la población de ambos Municipios

Descripción de los beneficiarios directos:

La población que constituye los titulares de derechos del proyecto es en totalidad indígena originaria campesina quechua: mujeres, hombres, niñas y niños que viven en el área rural de una de las regiones más empobrecidas de Bolivia, el Cono Sur de Cochabamba. Las diferencias de orden social en esta población son prácticamente inexistentes, si bien las desigualdades de género persisten. La población total de los 2 municipios asciende a 8.946 personas, distribuidas en 62 comunidades y 2.236 familias, todas ellas mejorarán el ejercicio de su derecho a la salud con la implementación del proyecto.

Sin embargo, directamente participarán de las acciones del proyecto 1.630 personas, 798 mujeres (24 secretarías y 26 secretarios comunales de salud, 750 mujeres y 750 hombres de base comunal, 16 mujeres dirigentes y 14 hombres dirigentes de organizaciones de base, 2 mujeres y 2 hombres parteras/os y médicos tradicionales, y 6 mujeres y 6 hombres autoridades públicas de los comités locales y consejos sociales municipales de salud).

Respecto a la Alcaldía y sector público de salud, participarán directamente 34 personas: 12 trabajadoras y 18 trabajadores de los centros de salud (una media de 15 personas por municipio) y 2 alcaldes y 2 responsables de desarrollo humano de los Gobiernos Municipales.

Las autoridades públicas, personal de salud, secretarías/os comunales de salud (organizados en torno a comités locales), parteras/os y médicos tradicionales y dirigentes/as de organizaciones de base, se articularán en torno a los Consejos Municipales de Salud, espacios de concertación que se prevé seguir fortaleciendo.

Así, el proyecto incidirá en la Estructura Social, la Estatal y los Espacios de Deliberación de la SAFCI, con acciones específicas para la implementación de parto intercultural (institucionalizado), tanto en los establecimientos de salud de primer nivel, como en las comunidades.



2.7.- **Ámbito territorial**

País: Bolivia

Región o municipio: Municipios de Vila Vila y Alalay en la Región Cono Sur de Cochabamba (valles interandinos quechuas)

2.8. - **Sector de actuación en que se focaliza principalmente el proyecto** (subrayar máximo **dos de las opciones** siguientes):

- Atención primaria y hospitalaria
- Atención en salud materno-infantil
- Salud comunitaria (información, educación, comunicación) y prevención de las enfermedades prevalentes.
- Mejora del diagnóstico de enfermedades prevalentes.
- Control de enfermedades asociadas a la pobreza (*Malaria, SIDA, Chagas, Leishmaniasis, Oncocercosis, Tripanosomiasis, etc...*)
- Agua y saneamiento
- Nutrición y/o seguridad alimentaria
- Construcción / rehabilitación / equipamiento de centros sanitarios.

2.9.- **Objetivos del proyecto:**

2.9.1. **Objetivo general del proyecto (sólo 1):**

Reducir la tasa de mortalidad materno infantil en dos Municipios interandinos quechuas de Cochabamba, Bolivia.

2.9.2. Objetivo(s) específico(s) del proyecto (máximo 2)

Promover el parto institucional intercultural en el marco de la política pública de Salud Familiar Comunitaria Intercultural-SAFCI en 2 municipios interandinos quechuas de Bolivia (Vila Vila y Alalay)

2.10.- Resumen de los principales componentes/actividades:

Los tres componentes de trabajo sobre los que se articula la propuesta son:

-Fortalecimiento de las capacidades organizativas y comunitarias de la población para la participación efectiva en el modelo de gestión compartida de la salud de la SAFCI, identificando las barreras y demandas específicas de las mujeres para el seguimiento y atención institucional al parto intercultural.

-Fortalecimiento de las capacidades del personal de salud municipal para la incorporación de criterios de interculturalidad en la atención al parto en articulación con parteras tradicionales

-Fortalecidos espacios de deliberación, concertación, seguimiento y rendición de cuentas para la gestión compartida de la política SAFCI- (Centrado en la institucionalización del parto intercultural)

Y para ello las principales actividades serán:

- Talleres con organizaciones de mujeres de capacitación, sensibilización, identificación de barreras y construcción de propuestas
- Talleres de capacitación, sensibilización y acompañamiento en sus funciones a las autoridades comunales de salud
- Talleres de capacitación y sensibilización a personal de salud sobre principios de interculturalidad en la atención al parto
- Intercambio para conocer experiencias exitosas en la implementación del parto intercultural
- Acompañamiento a parteras tradicionales en su proceso de acreditación ante el Ministerio e incidencia en el municipio para su incorporación en centros de salud.
- Equipamiento de paritorios para su adecuación intercultural.
- Dinamización de los Consejos Municipales de Salud como espacios de deliberación e incidencia multiactor –Municipio, sector salud y sociedad civil- y acompañamiento a la participación en ellos de las organizaciones de mujeres para la incidencia por la institucionalización del parto intercultural con la consecuente dotación de recursos públicos

3.- Resumen ejecutivo del proyecto que se presenta:

Resumen narrativo del proyecto.

El proyecto pretende disminuir el alto grado de mortalidad materno infantil prevalente en los municipios de intervención, lo que requiere necesariamente elevar la cobertura del parto institucionalizado. A lo largo de un proceso impulsado conjuntamente por Prosalus y su socio local Aynisuyu en los municipios de intervención desde inicios de 2015 se ha contribuido a implementar la política pública SAFCI (Salud Familiar Comunitaria Intercultural), política marco de salud pública de Bolivia para el nivel primario.

En esta fase precedente se ha logrado avanzar en la adecuada implementación de la SAFCI, fundamentalmente en la conformación y acompañamiento de la estructura social que participa en la Gestión Compartida de esta política y en la sensibilización y formación del personal de salud para la incorporación de los principios de interculturalidad, prevención y promoción de la salud comunitaria en el componente de Atención. Con esta lógica, desde el proyecto se ha promovido, tal y como está previsto en la SAFCI, una identificación de la situación de salud (bajo el enfoque de determinantes sociales de la salud) de cada persona y familia, a través de un exhaustivo proceso de “carpetización” (el instrumento de levantamiento de información en las comunidades son las carpetas familiares cuyos datos se sistematizan y actualizan periódicamente en las visitas comunitarias que hace el personal de salud). Esta identificación permite además de tener información fehaciente de partida (línea de base), conocer y hacer seguimiento particularizado a cada familia y persona en función de su situación. Y, para el caso concreto del proyecto que ahora se presenta, tener conocimiento de los nuevos embarazos y trabajar la sensibilización focalizada en la importancia del parto institucional y acompañamiento a las mujeres en el proceso de gestación y parto.

A pesar de los logros obtenidos en la ejecución de esta política, quedan como principal reto eliminar las barreras que hacen que la opción elegida por las mujeres siga siendo el parto en el hogar -en el mejor de los casos acompañado de un/a partera tradicional-.

Para la superación de estas barreras, la política SAFCI prevé la asistencia institucional intercultural del parto, de forma que las mujeres tengan una atención con toda la calidad que la medicina académica puede ofrecer en este contexto pero con la calidez que ellas requieren según sus usos y costumbres y su especificidad indígena. Para ello, se precisa la adecuación de los paritorios de los centros y postas de salud para asimilarlos a los hogares de las familias campesinas quechuas, como equiparlos adecuadamente para que las mujeres puedan elegir la postura en la que realizar el trabajo de parto, así como el propio expulsivo, estar acompañadas del familiar que deseen, y de un/a partera tradicional. Todo ello sin renunciar al equipamiento y atención profesional que la medicina académica puede ofrecer tanto a la mujer como al neonato. En paralelo se requiere un profundo trabajo de sensibilización y capacitación al personal de salud en la aplicación de los principios de interculturalidad en la atención del proceso reproductivo, a las mujeres y sus familias sobre la importancia de acudir a los centros de salud para dar a luz y a los/as agentes comunitarios/as de salud para que incorporen la concienciación sobre el seguimiento al embarazo y la institucionalización del parto en su trabajo cotidiano en las comunidades. De la misma manera, se requiere profundizar con las mujeres en las causas por las que sigue habiendo resistencias a acudir al centro de salud y trabajar con ellas demandas y propuestas específicas a ser consideradas desde el sector público de salud. Estas demandas serán elevadas a las instancias de concertación multiactor –Consejos Sociales Municipales de Salud- que el sistema de Gestión Compartida de la SAFCI prevé, para ser incorporadas en los presupuestos públicos municipales.

Análisis de la problemática y justificación de la propuesta.

La mortalidad materna en Bolivia es la más alta de América Latina y, a pesar de que la media nacional descendió entre el año 2.000 y el 2011 de 187 a 160 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, la cifra sigue siendo inasumible. En el departamento de Cochabamba, en este mismo período la media departamental subió de 130 a 188 casos por cada 100.000 nacidos vivos (un 44%), situación que empeora en el área rural, donde los niveles de cobertura sanitaria del parto son los más bajos. Para el caso de los municipios de Alalay y Vila Vila la cobertura institucional del parto alcanza sólo 33% en Alalay y 47% en Vila Vila. El 60% de las mujeres que fallecieron en el parto (datos 2011) no tuvieron atención cualificada.

Entre los motivos que explicarían esta baja cobertura según la identificación realizada en ambas localidades con todos los actores implicados (personal de salud y organizaciones de mujeres fundamentalmente), se encuentra la desconfianza de las mujeres y sus familias a ser tratadas con respeto y calidez en los establecimientos sanitarios. La situación de pobreza de las comunidades y la condición indígena de las mujeres del área de cobertura conlleva una concepción y prácticas diferentes a las occidentales en el alumbramiento. Por estas mismas características han sido objeto de discriminación y abandono histórico institucional, lo que constituye también base de la desconfianza que sienten hacia el sistema público de salud.

Los establecimientos de salud no cuentan con un ambiente apropiado donde sus familiares -generalmente el esposo o la madre- también puedan descansar y acompañarles en el periodo que dure su parto y recuperación. Existen otros factores estructurales como la dispersión de las comunidades y la lejanía a las postas y/o centros de salud, aunque en la última década se han hecho muchos esfuerzos por ampliar la red de establecimientos de salud y dotarlos de personal relativamente estable, con lo que existirían los recursos de base para ofrecer una mayor cobertura institucional al parto si se consiguen superar barreras sociológicas tanto por el lado de las mujeres como por el lado del personal médico sanitario.

A través del proyecto se pretende atacar la elevada tasa de mortalidad materno infantil promoviendo la institucionalización más generalizada del parto, para lo que se pretende trasladar el ambiente de los hogares indígenas campesinos a los paritorios, sensibilizar a las familias (mujeres en edad fértil pero también hombres, dado que en muchas ocasiones son los propios maridos los que ofrecen mayores resistencias) y promover entre el personal médico sanitario académico prácticas interculturales en el seguimiento al embarazo y la atención al parto, en articulación con los/las parteras tradicionales, quienes deberán acreditarse y trabajar en los centros y postas de salud.

Adecuación y alineación del proyecto con políticas locales, estatales o internacionales en el ámbito de la salud.

La propuesta se alinea con el nuevo marco normativo emergente tras la aprobación de la CPE que reconoce el derecho de todos los bolivianos a la salud y profundiza en el reconocimiento de los derechos de las mujeres. La Agenda Patriótica 2025 (instrumento guía en la planificación del desarrollo en Bolivia) contempla entre sus 13 pilares uno específico de Salud y Educación, comprometiéndose con el ejercicio efectivo del derecho a la salud para todos y todas las bolivianas y apostando por un indicador del 100% de cobertura de servicios de atención de salud permanente y adecuada a las necesidades de la población, que combine el conocimiento científico moderno con la medicina tradicional. Por último, el Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020 del Ministerio de Salud y Deportes, aprobado por Resolución Ministerial 0889, que establece los lineamientos políticos, estratégicos y programáticos que guiarán el quehacer sanitario en el sistema de salud durante el periodo 2010-2020, reconfirma como marco sectorial el nuevo modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

El proyecto contribuirá inequívocamente a la ejecución de esta política marco de salud pública de Bolivia en el nivel primario, la política SAFCI. Esta política tiene como principal elemento innovador la incorporación de un paradigma de salud centrado en la familia y la comunidad, así como el enfoque intercultural -en articulación con la medicina tradicional-, preventivo y de promoción basado en la incidencia en los determinantes sociales de la salud. Así, no se concibe la Atención exclusivamente en los centros de salud de primer nivel, sino también en las comunidades, a las que se tiene que desplazar regularmente el personal de salud para realizar un trabajo de atención y, sobretodo, de prevención. Por otro lado, la política contempla un modelo de Gestión Compartida con elevada participación de las comunidades y agentes sociales en la identificación de trabas y propuestas de superación de las mismas para la adecuada implementación de la política. Sin embargo, pese a ser política pública marco, su implementación en el territorio nacional ha sido limitada por los insuficientes recursos técnicos y económicos específicos destinados desde el lado institucional, así como la persistencia de resistencias de la medicina académica a la incorporación de la interculturalidad y articulación con la medicina tradicional. En los 2 municipios en los que se ejecutará el proyecto se viene haciendo en fases anteriores un trabajo de capacitación, sensibilización y articulación para la concertación con todos los actores implicados: agentes municipales, personal del sector público de salud y organizaciones sociales. A pesar de lo logros, la cobertura del parto institucional sigue siendo baja y el nivel de mortalidad materno infantil muy alto, por lo que se requiere una acción específica que, sobre los logros alcanzados en la fase anterior, promueva la institucionalización del parto intercultural.

Además aunque su implementación ha sido todavía muy marginal, en reacción a las alarmantes cifras de mortalidad materno infantil, en 2016 se aprobó el Plan de Reducción Acelerada de la Morbilidad Materna, que entre sus estrategias fundamentales propone un trabajo junto a la comunidad para llegar a gestantes de las poblaciones excluidas y buscar mejorar el servicio, que haya calidad y calidez en la atención.



Participación de la población beneficiaria y/o los socios locales en la formulación, ejecución, y evaluación del proyecto.

Cualquier iniciativa a implementarse en la zona tiene que estar avalada y/o demandada por las organizaciones sociales y las Alcaldías. De esta forma desde la misma identificación se ha trabajado con la población y las autoridades locales, municipales y sanitarias, la definición de las acciones a ejecutar. En los espacios de reflexión y evaluación generados en la fase precedente, si bien se han valorado positivamente los logros obtenidos, también se ha identificado participativamente que la institucionalización del parto intercultural es un reto pendiente.

La participación de la población es clave para el éxito del proyecto, muy especialmente de las mujeres, ya que sólo identificando los problemas que ellas sienten en la atención del parto en los centros de salud y teniendo en cuenta sus demandas específicas, podrá aumentarse la cobertura del parto institucional. Es por ello que el proyecto incorpora no sólo espacios de capacitación sino también de construcción y elevación de demandas a los Municipios.

Además la población participará junto con los demás actores en los espacios de concertación multiactor, los Consejos Municipales de Salud, para hacer incidencia y seguimiento al nivel de implementación de las iniciativas propuestas y los presupuestos aprobados en relación a la SAFCI y el parto intercultural institucional.

Como se detalla más adelante también se promoverá una participación activa de los/las secretarías comunales de salud, considerados clave en el trabajo de promoción de la salud en las comunidades y sensibilización sobre la importancia del parto institucional.

A lo largo de la ejecución del proyecto se prevé realizar una sistematización de la experiencia en la que se recogerán las visiones de todos los actores, muy especialmente se tendrá en cuenta las valoraciones de las mujeres participantes.

Vinculación de las autoridades públicas y comunitarias a nivel local en el proyecto.

El proceso promueve la armonización entre los actores locales para la coparticipación en la SAFCI. Además de promover la participación de la población organizada en los espacios institucionalizados para ello en la dinámica política local (Cumbres Municipales para elaboración de POAs y sesiones de informes de ejecución de los mismos, Comités de Participación y Control Social) se fortalecerán otras instancias de participación social (Comités Locales de Salud) y las previstas para coordinar las acciones en torno a la SAFCI, como los Consejos Municipales de Salud conformados por autoridades municipales, organizativas y del sector de salud.

Además de los necesarios espacios de concertación, incidencia, seguimiento, rendición de cuentas y, en definitiva, gestión compartida, en los que participan autoridades públicas y comunitarias, el proyecto trabajará el fortalecimiento de capacidades tanto de los/as secretarios/as comunales de salud (autoridades comunitarias de salud) para motivar una mayor implicación en su trabajo cotidiano de promoción de la salud en las comunidades y mayor difusión de la necesidad para las mujeres y sus futuros hijos e hijas de acudir a los controles prenatales así como de tener un parto institucional. Los secretarios comunitarios de salud son actores clave en la generación de confianza, y para la difusión entre las mujeres gestantes y sus familias de la incorporación de los principios de interculturalidad en establecimientos de salud.

El proyecto también se articula con las autoridades públicas municipales para incidir en la dotación de recursos públicos para la sostenibilidad de la propuesta.

Explicar las perspectivas de viabilidad y sostenibilidad

- Sostenibilidad política, económica, sociocultural y técnica del proyecto una vez finalizada la ejecución. ¿Existe una estrategia de salida de la ONGD al finalizar el proyecto?

La sostenibilidad de la propuesta se apoya en primer lugar en el protagonismo que tiene la población en todo el proceso y en que apunta a sus demandas más prioritarias. Como se ha detallado, se promoverá la participación activa de la población –especialmente de las mujeres- y sus estructuras organizativas en la definición de demandas concretas y control social a la implementación del modelo de atención y gestión de la salud, así como en otros espacios de participación social institucionalizados en la dinámica local.

El fortalecimiento de capacidades locales para la adecuada implementación de la política SAFCI que se ha venido trabajando y la apuesta por los espacios deliberativos y de concertación entre actores, se considera otro puntal para la sostenibilidad del proyecto, teniendo en cuenta que se identificaban las limitaciones técnicas y el déficit de participación social en el modelo como uno de los escollos para la apropiada ejecución de la SAFCI.

Por otro lado, el proyecto contribuirá a implementar la política de salud troncal del sistema público boliviano, en esta fase que ahora se presenta de forma focalizada en la promoción del parto institucional, coadyuvando a que éste sea más inclusivo y equitativo e incorpore los principios de interculturalidad. Este alineamiento con las prioridades nacionales de Bolivia y municipales y, por tanto, con los marcos normativos y políticas públicas previstas a largo plazo (Agenda Patriótica 2015, Plan Nacional de Desarrollo, Política SAFCI, Plan de Reducción Acelerada de la Morbilidad Materna) se considera otro elemento clave para la sostenibilidad.

En este sentido, desde las instancias de participación social y concertación con sector público, se realizará incidencia para orientar la inversión pública local al sostenimiento económico del parto institucional intercultural, tal y como se establece en la normativa. En las intervenciones precedentes la participación e incidencia de la población organizada ha logrado que los Municipios aporten recursos para cubrir el personal requerido en centros de salud y reclame al Ministerio de Salud la parte que les corresponde según establece la política.

En cuanto a la necesaria implicación de las autoridades locales, el trabajo conjunto de Aynisuyu Prosalus ya fue demandado por las centrales campesinas y por las mismas Alcaldías en sus inicios y que, tras casi diez años de presencia, se ratifica la demanda para esta fase (ver en Anexos del proyecto cartas de demanda y/o apoyo). En este sentido, Aynisuyu con el apoyo de Prosalus ejerce un rol facilitador de procesos de desarrollo, prestando asistencia y acompañamiento a todos los actores implicados y fomentando su coordinación, concertación y sinergias (Organizaciones funcionales y campesina-de hombres y mujeres-, Gobierno Municipal, Centro Salud, otras ONG). Tras el trabajo previo realizado y el que se va a realizar con el proyecto, se prevé haya mejores condiciones para que la población se empodere y participe de manera informada en exigibilidad de sus derechos, incidiendo por el cumplimiento y ejecución de normas y presupuestos para la gestión compartida de la salud, interactuando de forma responsable con las autoridades municipales y personal de salud desde los Consejos Municipales de Salud.

Sobre la transferencia del proyecto, desde su misma concepción se orienta a que la población construya el proceso de su propio desarrollo y, en segundo lugar, a que las autoridades locales

(Municipio, sector salud) asuman la responsabilidad de la implementación de las acciones propuestas. Por ello, un eje importante es el fomento de una ciudadanía activa, que identifique las causas de su problemática y que trabaje por su resolución, al tiempo que proponga iniciativas a ser incluidas en el funcionamiento del sistema local de salud y en la normativa y planificaciones municipales, con la consiguiente dotación de recursos. De la misma manera, el proyecto apunta al fortalecimiento de capacidades de los profesionales de la salud locales para un servicio público de salud de cálido y de calidad con adecuación a los principios de la política troncal de salud del Estado boliviano.

Así que habrá una doble transferencia: a la población y los representantes sanitarios en la optimización de sus capacidades para la construcción de su desarrollo y a las instituciones públicas, a quien se transfiere la exigencia de responsabilizarse de sus competencias en ese desarrollo.

En cuanto al equipamiento adquirido, la propiedad y gestión se transferirá a los centros de salud. No se adquirirán ni terrenos ni inmuebles y para movilidad del equipo técnico del socio local se pondrán a disposición de esta etapa del proceso los vehículos adquiridos en fases anteriores.

- Posibilidades de replicación y de extensión de los resultados de esta acción a otras zonas del país o región.

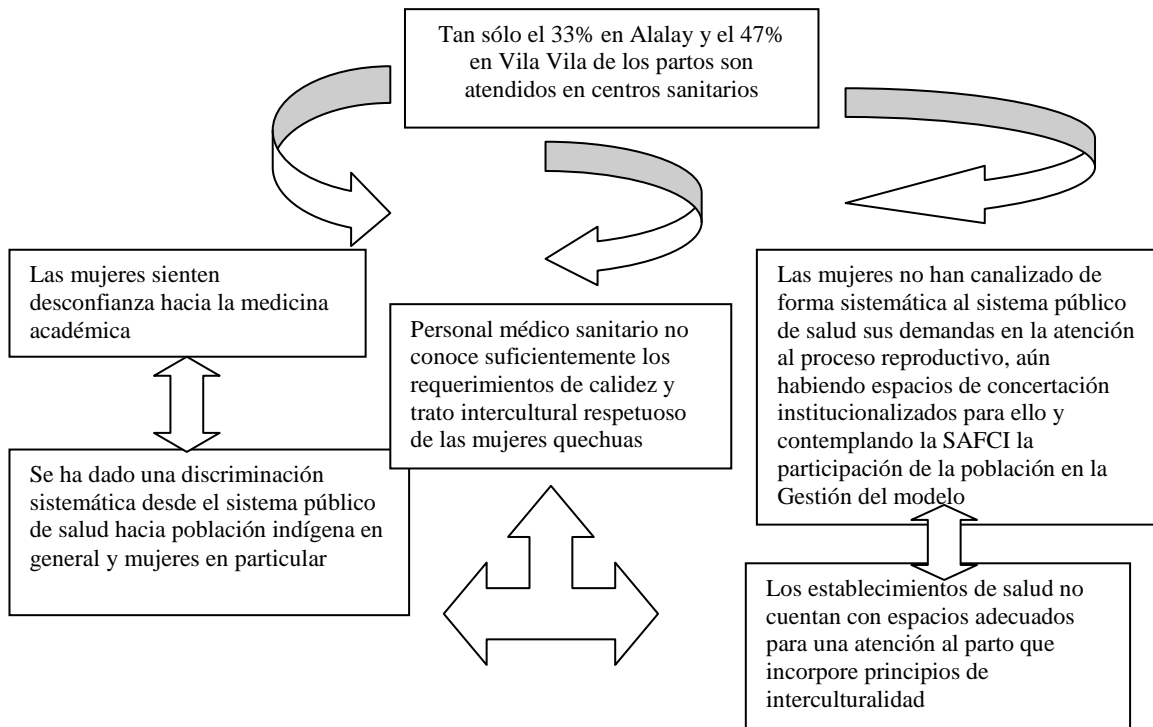
El proyecto tiene un elevado potencial de re-aplicabilidad en otros municipios en los que la limitada cobertura institucional del parto esté relacionada con una deficitaria implementación de la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural-SAFCI, y de sus enfoques de promoción, prevención e interculturalidad, así como gestión compartida entre titulares de derechos –población- y titulares de obligaciones –administración pública-, ya que tanto la participación de la población como la consideración desde el sector público de sus especificidades culturales e identitarias se consideran elementos clave tanto para la mejora de la promoción y atención sanitaria como para la generación de confianza de la población históricamente discriminada (la indígena campesina). En este sentido, para el proyecto que se presenta se ha previsto la realización de una sistematización para obtener aprendizajes sobre las barreras locales para la ampliación de la cobertura del parto institucional en el marco de la política SAFCI y las alternativas de superación, en aras de orientar acciones futuras y de considerar esta posible réplica del proceso a otros municipios.

4.- Diseño de la propuesta

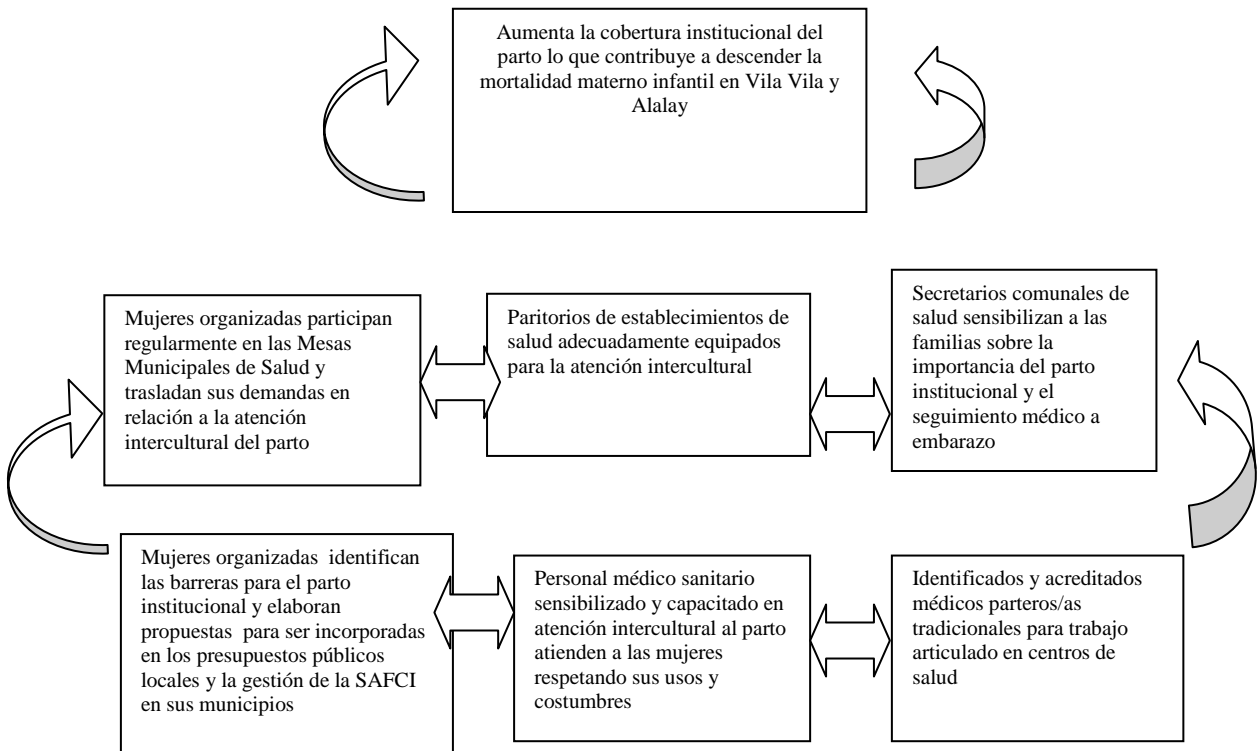
4.1 Análisis de la problemática: Árbol de problemas y soluciones

Se debe presentar, como continuación del punto 3, un árbol de problemas que recoja a modo de esquema las causas y efectos de los problemas que dan origen al proyecto así como el árbol de soluciones planteado como estrategia para revertir la situación de partida.

Árbol de problemas



Árbol de soluciones



4.2. Descripción resumida de la acción:

1: Matriz de Planificación del proyecto:

	Lógica de la intervención	Indicadores objetivamente verificables	Fuentes de Verificación	Hipótesis
OBJETIVO GENERAL	Reducir la tasa de mortalidad materno infantil en dos Municipios interandinos quechuas de Cochabamba, Bolivia.	Disminución de la tasa de mortalidad materno infantil	Datos de los Centros de Salud contrastados con estudios propios, SNIS	
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Promover el parto institucional intercultural en el marco de la política pública SAFCI en 2 municipios interandinos quechuas de Bolivia (Vila Vila y Alalay)	I1OE. Aumento del 30% de la cobertura del parto institucional intercultural en el área de intervención hasta la finalización del proyecto I2OE. El grado de satisfacción en relación a la calidad y calidez de las mujeres atendidas es del 80%	Datos de los Centros de Salud contrastados con estudios propios, SNIS Encuesta	Se mantiene apoyo institucional desde los Municipios a la política SAFCI
RESULTADOS ESPERADOS	R1 Fortalecidas las capacidades organizativas y comunitarias de la población para la participación efectiva en el modelo de gestión compartida de la salud de la SAFCI, identificando las barreras y demandas específicas de las mujeres para el seguimiento y atención institucional al parto intercultural.	I1R1: 50 autoridades comunales de salud sensibilizadas/os sobre la importancia del parto institucional intercultural para el ejercicio de sus funciones I2R1: 2 organizaciones municipales de mujeres capacitadas y sensibilizadas por el proyecto construyen y elevan demandas específicas a sus gobiernos municipales: 1 proyecto elaborado y presentado en cada municipio sobre parto intercultural para que sean incorporados en sus centros de salud en el año	Registros y actas reuniones, visitas familiares autoridades comunales de salud Propuestas, proyectos presentados. POAs municipales. Estatutos y Reglamentos, actas de reuniones Convenios, facturas de compra, informes y fotografías. Informes de visita,	Se mantiene motivación de los actores sociales y no hay cambios de coyuntura sustanciales que alteren agenda de las organizaciones Se mantiene motivación del personal de salud por cumplir con los principios de la

	<p>R2 Fortalecidas las capacidades del personal de salud municipal para la institucionalización del parto intercultural en articulación con parteras tradicionales</p> <p>R3 Fortalecidos espacios de deliberación y decisión para la gestión compartida de la salud familiar, comunitaria e intercultural -SAFCI- (Centrado en la institucionalización del parto intercultural)</p>	<p>2018</p> <p>I3R1: 11 comités locales de salud fortalecidos y con funcionamiento regular, con participación paritaria de mujeres.</p> <p>I1R2. 100% de salas de parto de centros y postas de salud adecuadas interculturalmente</p> <p>I2R2. 100% de mujeres gestantes reciben al menos dos visitas domiciliarias de seguimiento, de sensibilización de la importancia del parto institucional e información sobre la incorporación de los criterios de interculturalidad en establecimientos públicos de salud</p> <p>I3R2. Nº de parteras y médicos tradicionales acreditadas/os por el Ministerio de Salud en 2 centros de salud de 1er nivel municipales.</p> <p>I1R3. Consejos Sociales Municipales de Salud como instancias de deliberación y decisión funcionan regularmente con participación paritaria de mujeres en los 2 Municipios.</p> <p>I2R3. Aumentado al menos un 10% del presupuesto municipal de los POAs 2018 (respecto a 2017) destinado a la implementación de la SAFCI, del que al menos un 50% se destina a la promoción del parto institucional intercultural.</p>	<p>carpetas familiares</p> <p>Acreditaciones</p> <p>Estatutos y Reglamentos, resoluciones y actas de reuniones</p> <p>Documentos POAs</p>	<p>SAFCI</p> <p>Se mantiene el interés tanto en actores sociales como de salud y municipales por la implementación de la SAFCI y el parto intercultural institucional</p>
--	--	---	---	---

		Insumos	Costes	
ACTIVIDADES	<p>A1.1. Un taller por municipio con 15 representantes de organizaciones sociales y sectoriales, autoridades municipales y personal de salud para socializar y coordinar la ejecución del proyecto</p> <p>A1.2. 2 talleres participativos por municipio con 25 secretarios/as comunales de salud en cada uno para sensibilizar sobre la importancia de la institucionalización del parto intercultural en el marco de la implementación de SAFCI</p> <p>A1.3. 2 talleres de réplica comunal por comunidad por secretarios comunales de salud para sensibilizar a 15 familias de base por taller sobre la importancia de la institucionalización del parto intercultural en el marco de la implementación de SAFCI</p> <p>A1.4. 4 reuniones trimestrales de funcionamiento por Comité Local de Salud -CLS como instancias sociales de salud con participación paritaria.</p> <p>A1.5. 3 reuniones/taller cuatrimestrales de información, articulación y coordinación con el sistema municipal de salud en</p>	<p>Refrigerios</p> <p>Material de escritorio y educativo</p> <p>Honorarios consultor/a para la edición de 2 cartillas didácticas</p> <p>Impresión de 2 cartillas didácticas</p> <p>Alimentación</p> <p>Pasajes</p> <p>Honorarios consultores/facilitadores temáticos externos</p> <p>Maletines/bolsas y chalecos</p>	15.539,43	<p>Condiciones previas</p> <p>Se mantiene apoyo institucional desde los Municipios a la política SAFCI</p>

	<p>cada municipio</p> <p>A1.6. 2 talleres participativo por municipio con 10 lideresas de Centrales Regionales de mujeres para elaborar propuestas y proyectos que contribuyan al proceso de institucionalización del parto intercultural</p> <p>A1.7. Acompañamiento a representantes de organizaciones de mujeres en participación de Espacios de Participación y Control Social y Cumbres Municipales en 2 municipios para elevación de sus demandas y seguimiento de la SAFCI y el nivel de implementación del parto intercultural</p>			
	<p>A2.1. 2 talleres participativos por municipio con 15 personas de salud sobre criterios de interculturalidad y su importancia en el parto institucional y seguimiento al embarazo en el marco de la implementación SAFCI</p> <p>A2.2. Equipamiento de 11 salas para adecuación intercultural en la atención del parto en 2 municipios</p> <p>A2.3. 2 talleres e intercambio de experiencias con 12 participantes por municipio sobre articulación al sistema de salud municipal en el marco de SAFCI</p>	<p>Alimentación</p> <p>Material de escritorio y educativo</p> <p>Equipamiento de 11 salas adecuadas para la atención del parto intercultural</p> <p>Equipamiento de 11 ambientes para alojamiento temporal de acompañantes de pacientes articuladas a salas adecuadas para la atención del parto intercultural.</p> <p>Pasajes</p> <p>Gastos en trámites y valores para las acreditaciones</p> <p>Refrigerios</p>	<p>15.539,43</p>	

	<p>A2.4. Apoyo a la acreditación de 4 parteras/os y/o médicos tradicionales por el Ministerio de Salud.</p> <p>A2.5. 5 Reuniones bimestrales de coordinación entre equipo técnico del proyecto y médicos SAFCI en cada municipio</p> <p>A3.1. Apoyo a la realización de 3 reuniones trimestrales del Consejo Social Municipal de Salud al año por municipio con 20 participantes de los Comités Locales de Salud y Secretario/as comunales de salud</p> <p>A3.2. 1 viaje de intercambio de experiencias con 24 participantes de sector salud, organizaciones campesinas, gobiernos municipales y parteras/médicos tradicionales de 2 municipios sobre Adecuación de sala para atención de parto intercultural</p> <p>A3.3. Acompañamiento a 6 representantes de organizaciones de mujeres en participación de 3 Espacios de participación y control social y Cumbres municipales por municipio.</p> <p>Apoyo y seguimiento a todas las actividades y presencia permanente del equipo técnico en el área del proyecto.</p>	<p>Refrigerios Pasajes Alimentación Alojamiento</p> <p>Alquiler 2 viviendas para técnicos en el campo 1 Coordinador cuarto tiempo</p>	<p>1.764,00</p> <p>23.037,00</p>	
--	---	---	----------------------------------	--

		<p>1 Educador en Salud Publica y Comunitaria a tiempo completo</p> <p>1 Contador/administrador a medio tiempo</p> <p>Viáticos</p> <p>Transporte inter provincial y movilización en ciudad de técnicos del proyecto</p> <p>Gasolina uso vehículos y 1 motocicleta.</p> <p>Mantenimiento y reparación vehículos</p> <p>Seguros movilidades</p> <p>Seguros de vida contra accidentes</p> <p>Impuesto vehículos</p> <p>Ordenador</p> <p>Impresora</p> <p>2 Cámaras fotográficas digitales</p> <p>Material de escritorio</p> <p>Material de computación</p> <p>Mantenimiento y reparación equipos de computación</p> <p>Servicio legalización documentos</p> <p>Servicios de Courier</p> <p>Formularios de aporte Caja de Salud y de desafilaciones</p> <p>Chequera de Banco</p> <p>Personal en sede Prosalus</p>		
--	--	--	--	--

4.3. Cronograma

Se trata de un plan de acción orientativo, que deberá incluir una planificación mensual de las actividades del proyecto.

ACTIVIDADES		MES											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
RESULTADO 1													
1.1	Un taller por municipio con 15 representantes de organizaciones sociales y sectoriales, autoridades municipales y personal de salud para socializar y coordinar la ejecución del proyecto (1º mes)	■											
1.2	2 talleres participativos por municipio con 25 secretarios/as comunales de salud en cada uno (autoridades locales de salud) para sensibilizar sobre la importancia de la institucionalización del parto intercultural en el marco de la implementación del modelo SAFCI (2º y 7º meses)		■					■					
1.3	2 talleres de réplica comunal por comunidad por secretarios comunales de salud para sensibilizar a 15 familias de base por taller sobre la importancia de la institucionalización del parto intercultural en el marco de la implementación del modelo SAFCI			■					■				
1.4	4 reuniones trimestrales de funcionamiento por Comité Local de Salud-CLS (11 CLS: 6 en Alalay y 5 en Vila Vila) como instancias sociales de salud con participación paritaria, mínimo 40% mujeres (6 participantes promedio por reunión).			■			■			■			■
1.5	3 reuniones/taller cuatrimestrales de información, articulación y coordinación con el sistema municipal de salud con 10 participantes (SLIM municipal, centro de salud, Central Regional hombres, Central Regional mujeres, Consejo Social Municipal de Salud y Control Social Comunitario) en cada municipio			■				■					■
1.6	2 talleres participativo por municipio con 10 lideresas de Centrales Regionales de mujeres para identificar barreras y elaborar propuestas y proyectos que contribuyan al proceso de institucionalización del parto intercultural				■								
1.7	Acompañamiento a representantes de organizaciones de mujeres en participación de Espacios de Participación y Control Social y Cumbres Municipales en 2 municipios para elevación de sus demandas y seguimiento de la SAFCI y el nivel de implementación del parto intercultural					■					■		

4.4. Presupuesto global del proyecto:

Se debe presentar un presupuesto desglosado por partidas que incluya a todos los financiadores. Si se trata de un proyecto plurianual se deberá presentar también un presupuesto desglosado por años.

2: Presupuesto global del proyecto:

PARTIDAS	CONTRIBUCIONES EXTERNAS EN EFECTIVO (cash)				CONTRIBUCIONES LOCALES Y VALORIZACIÓN				Coste total
	PROBITAS	PROSALUS	Otros	Total	Aynisuyu	Población	Gobiernos locales	Total	
COSTES DIRECTOS									
A.I. Gastos de identificación y formulación	<i>PARTIDA SIN SUBVENCION</i>								
A.II. Terrenos e inmuebles	<i>PARTIDA SIN SUBVENCION</i>								
A.III. Construcción/rehabilitación									
A.IV. Equipos y suministros	9.700,00			9.700,43			4.521,00	4.521,00	14.221,43
A.V. Personal local (max. 20% del total solicitado a PROBITAS)	9.600,00			9.600,00	8.400,00			8.400,00	18.000,00
A.VI. Personal expatriado	<i>PARTIDA SIN SUBVENCION</i>	2.985,00		2.985,00					2.985,00
A.VII. Fondo rotatorio	<i>PARTIDA SIN SUBVENCION</i>								
A.VIII. Funcionamiento	25.317,00			25.317,00	780,00	7.500,00	160,00	8.440,00	33.757,00
A.IX. Viajes y estancias	<i>PARTIDA SIN SUBVENCION</i>								
A.X. Imprevistos	<i>PARTIDA SIN SUBVENCION</i>								
A.XI. Evaluación final externa (máx. 6% del total solicitado a PROBITAS)									
A.XII. Auditoría									
TOTAL COSTES DIRECTOS	44.617,43	2.985,00		47.602,43	9.180,00	7.500,00	4.681,00	21.361,00	68.963,43
Porcentaje sobre el total	64,70	4,33		69,03	13,31	10,88	6,79	30,97	100,00
COSTES INDIRECTOS									
Seguimiento, evaluación y gastos de gestión socio Local i ONG	4.500,00			4.500,00					4.500,00

TOTAL COSTES INDIRECTOS (máx. 10% del total solicitado a PROBITAS)	4.500,00			4.500,00					4.500,00
Porcentaje sobre el total	9,16			8,64					6,13
TOTAL EUROS	49.117,43	2.985,00	0,00	52.102,43	9.180,00	7.500,00	4.681,00	21.361,00	73.463,43

NOTAS: Las partidas en rojo **PARTIDA SIN SUBVENCION** no son subvencionables por Probitas Fundación Privada.

Probitas Fundación Privada financiará un **máximo del 80% del presupuesto total** del proyecto y hasta una cantidad de 50.000 € anuales

Se adjunta en anexo presupuesto detallado por actividades y partidas

4.5. Seguimiento y monitorización del proyecto:

Describir los instrumentos y métodos planificados para el seguimiento del Proyecto, mencionando a los responsables del mismo así como el cronograma de presentación de informes de seguimiento.

En una apuesta por la calidad y por potenciar el impacto y la eficiencia en sus actuaciones, Prosalus ha consolidado una metodología de trabajo basada en procesos de desarrollo de larga duración, para contar con una estrategia de intervención de mayor alcance, con resultados de desarrollo definidos –alineados con las estrategias de agenda global del desarrollo y las políticas locales- y en continua retroalimentación. Para ello, se establecen relaciones de horizontalidad y reflexión conjunta con los socios locales (ejecutores directos), con fluidez de comunicación y reuniones periódicas, tanto virtuales como presenciales aprovechando las visitas que Prosalus realiza a campo, en las que se reúne además de con la población que participa de los procesos de desarrollo que impulsa, con autoridades locales y dirigentes/as. En esta lógica de procesos, los proyectos constituyen unidades básicas de gestión (técnica y administrativa) y de seguimiento, pero respondiendo a planificaciones superiores y estableciendo mecanismos de transmisión de información y aprendizajes de una intervención a otra dentro de un mismo proceso.

En este sentido, como se ha comentado previamente para el proyecto que se presenta se ha previsto la realización de una sistematización para obtener aprendizajes sobre las barreras locales para la ampliación de la cobertura del parto institucional en el marco de la política SAFCI y las alternativas de superación, en aras de orientar acciones futuras y de considerar la posible réplica del proceso a otros municipios. Para ello, al inicio de la intervención se diseñará una matriz de análisis y los instrumentos de levantamiento de información ad hoc, a ser aplicados a lo largo de la ejecución.

A la aprobación de fondos, se firmará un acuerdo de colaboración entre Aynisuyu y Prosalus en el que se concretan las responsabilidades de cada parte. Además se firmarán convenios interinstitucionales de Aynisuyu con los centros de atención de primer nivel de los 2 municipios para establecer compromisos específicos de cara a la coordinación en la ejecución del proyecto y las líneas de acción previstas.

Por otro lado, Aynisuyu, a través de su equipo multidisciplinar, muy sólido y comprometido con el desarrollo rural además de conocedores de la cultura local y quechua-hablantes, tiene larga experiencia ejecutando proyectos similares (incluido las fases anteriores del proceso al que esta propuesta quiere consolidar).

Para el seguimiento del proyecto, los instrumentos base son la matriz de planificación y el presupuesto, con metas y costes establecidos en el horizonte de un año. A ellos se dará seguimiento continuo y su nivel de logro y ejecución serán insumos para los informes (el equipo ejecutor tendrá al menos reuniones mensuales de planificación y reporte). Así, se han previsto indicadores y fuentes de verificación, que acopiarán la información que alimentará el sistema para ser procesada. Con todas ellas, se generará un registro de datos que servirá para analizar el avance de resultados de desarrollo (para el caso superior de la matriz de planificación, se analizará la incidencia del proyecto en clave de contribución y no de atribución, dado que se asume que los logros son fruto de la confluencia de las acciones emprendidas tanto por el proyecto como por las políticas públicas).

Respecto al seguimiento de ejecución presupuestaria, Aynisuyu cuenta con un sistema contable validado para la rendición de cuentas mensual. Además, como puede verse en la documentación explicativa de la experiencia de Aynisuyu, el socio ha gestionado fondos de diversos agentes de cooperación españoles e internacionales, por lo que su sistema de control interno y administración es suficientemente flexible como para adaptarse a los diferentes requerimientos. Prosalus prestará acompañamiento permanente y cercano, para prevenir hipotéticas dificultades.

Desde el inicio de la colaboración interinstitucional Prosalus y Aynisuyu han hecho un análisis continuo sobre los aspectos estratégicos y operativos de los procesos que han impulsado conjuntamente (y que constituyen el antecedente a la presente propuesta), revisando durante la ejecución la evolución de los componentes, la pertinencia de darle continuidad y en qué términos precisos. El resultado de este proceso de reflexión se refleja en esta propuesta y se integra en el sistema de Planificación, Monitoreo y Evaluación de Aynisuyu, que permite identificar y procesar dificultades, aprendizajes y demandas, para el continuo reajuste y la actualización de estrategias concretas. Así, Aynisuyu cuenta con varios niveles de planificación: largo plazo (Plan Estratégico), mediano (programas de desarrollo) y corto plazo (proyectos y planes operativos anuales), estando los tres niveles articulados entre sí.

De acuerdo a la normativa de la convocatoria, una vez finalizado el proyecto, Prosalus elaborará y presentará las memorias técnica y económica, de acuerdo al modelo establecido por PROBITAS, que se presentará en los plazos correspondientes (3 meses después de la finalización del proyecto). La responsable del proyecto en España, María González, junto con el responsable de la organización local Aynisuyu, Juan Carlos Sejas, serán los encargados del seguimiento y justificación del proyecto.

4.6. Aspectos relevantes y comentarios acerca del proyecto no reflejados con anterioridad:

5.- Aceptación de las Bases

Mediante la cumplimentación del presente formulario, yo, D. José María Medina Rey, provisto de DNI número 30495286-T, actuando en nombre y representación de PROSALUS (la "**Entidad Solicitante**") acepto las bases de participación de la Convocatoria de Subvenciones a Proyectos de Cooperación al Desarrollo en el Sector de la Salud 2017-2018 a las que he tenido acceso a través de la página web www.fundacionprobitas.org.

6.- Documentación adjunta:

- **1: Matriz de marco lógico.**
- **2: Presupuesto detallado por partidas y financiadores previstos.**
- **3: Documentación administrativa (ver detalle).**

NOTA: Se pueden utilizar las plantillas que se adjuntan como modelos o bien emplear aquellas que considere la entidad siempre que se trate de un formato similar.

7.- Listado de anexos al proyecto: mapas, fotos, documentación, etc...

1. Mapa de la zona
2. Resumen política SAFCI
3. Agenda Patriótica 2025
4. Cartas avales y compromisos de participación de actores sociales e institucionales
5. Estudio Nacional de Mortalidad Materna
6. Fotografías
7. Acuerdos de colaboración con el socio local



3: Documentación administrativa:

Se deberá presentar la siguiente documentación administrativa.

1. NIF de la entidad.
2. Certificado firmado por un representante legal de la entidad junto con una copia de su DNI en el que conste la composición nominal de los miembros de la junta directiva u órgano de gobierno de la entidad, así como la fecha de su nombramiento.
3. Certificado firmado por un representante legal de la entidad en el que se haga constar el número de socios o colaboradores.
4. Copia del certificado de inscripción de la entidad en el registro correspondiente.
5. Copia de los estatutos debidamente legalizados y actualizados.
6. Copia del documento de reconocimiento de asociación de utilidad pública emitido por el Ministerio del Interior.
7. Certificado de encontrarse al corriente de pago de sus obligaciones fiscales y laborales.
8. Memoria de actividades del último ejercicio de la entidad.
9. Balance de situación y cuenta de resultados normalizados de los dos últimos ejercicios firmados por el representante legal de la entidad.
10. Presupuesto del ejercicio para el año de la convocatoria en curso.
11. Toda la documentación que la entidad considere necesaria para acreditar la capacidad de gestionar el proyecto.
12. Certificado firmado por un representante legal de la entidad comprometiéndose a aportar directamente o mediante terceros la diferencia entre el coste total del proyecto y el importe solicitado.

Las entidades seleccionadas se comprometen a aportar la documentación que PROBITAS les requiera a los efectos de evaluación del proyecto.

PROBITAS garantiza la confidencialidad de la documentación aportada por las entidades en el marco de la presente convocatoria.