

# Programa de Supervivencia Infantil y Materna de Alto Paraná y Canindeyú 2014-2019



**UNICEF PARAGUAY**

**Consultoría para la Evaluación de procesos del Programa de supervivencia infantil y materna de Alto Paraná y Canindeyú 2014-2019. LRPS-9134651- 2017**

**Informe Final**

Versión con revisión.

Paraguay

Mayo 2018

# Evaluación de procesos del Programa de supervivencia infantil y materna de Alto Paraná y Canindeyú 2014-2019



---

## Equipo Evaluador:

Econ. Diego Martínez  
Econ. Ana Lucía Badillo  
Econ. Luis Castro  
Econ. Tathiana Borja  
Econ. Sonila Tomini  
Soc. Ana Lucía Torres  
Econ. Sergio Legal

## Contenido

|  |     |
|--|-----|
| Resumen Ejecutivo.....   | 8   |
| 1. Objeto de evaluación .....                                  | 15  |
| 1.1. Contexto Histórico .....                                  | 15  |
| 1.2. Actores .....   | 16  |
| 1.3. Descripción del programa objeto de evaluación .....       | 17  |
| 1.3.1. Datos .....   | 21  |
| 1.4. Teoría de cambio esperada.....                            | 24  |
| 1.4.1. Cadena de resultados esperada.....                      | 25  |
| 2. Propósito de la evaluación, objetivo (s) y alcance .....    | 28  |
| 2.1. Propósito de la evaluación.....                           | 28  |
| 2.2. Principios de la evaluación.....                          | 29  |
| 2.3. Objetivo (s).....   | 29  |
| 2.4. Alcance .....   | 30  |
| 2.4.1. Plazo de la evaluación .....                            | 31  |
| 3. Metodología de evaluación .....                             | 31  |
| 3.1. Recolección de datos .....                                | 33  |
| 3.1.1. Entrevistas y grupos focales.....                       | 33  |
| 3.1.2. Revisión documental.....                                | 36  |
| 3.1.3. Encuesta a funcionarios .....                           | 38  |
| 3.2. Análisis de datos .....                                   | 39  |
| 3.3. Limitaciones .....  | 41  |
| 4. Hallazgos .....   | 41  |
| 4.1. Relevancia/Pertinencia .....                              | 42  |
| 4.2. Eficacia .....  | 59  |
| 12.1. Eficiencia .....   | 70  |
| 12.2. Sostenibilidad.....                                      | 79  |
| 12.3. Equidad y Género.....                                    | 82  |
| 12.4. Resultados de la encuesta (funcionarios públicos).....   | 89  |
| 13. Buenas Prácticas Identificadas.....                        | 101 |
| 14. Lecciones aprendidas.....                                  | 104 |
| 15. Conclusiones .....   | 104 |
| 16. Recomendaciones.....                                       | 111 |
| Bibliografía .....   | 117 |
| Anexos.....  | 119 |
| Anexo 1: Términos de Referencia consultoría de evaluación..... | 119 |

Anexo 2: Ejes conceptuales del Modelo de Maternidad Segura y Centrada en la Familia implementado en Argentina ..... 138

Anexo 3: Listado de preguntas conforme con cada criterio de la evaluación ..... 138

Anexo 4: Documentos recibidos por parte del equipo de Unicef..... 141

Anexo 5: Matriz de evaluación documental ..... 141

Anexo 6: Enfoque de presupuesto por resultados, descripción del alcance..... 145

Anexo 7: Matriz de evaluación ..... 148

Anexo 8: Número y porcentaje de participantes del levantamiento de campo por género..... 149

Anexo 9: Instrumento cualitativo de entrevistas a profundidad ..... 151

Anexo 10: Guía de los grupos focales con madres y padres..... 153

Anexo 11: Encuesta para servidores públicos ..... 155

## Índice de gráficos

|  |    |
|--|----|
| <i>Gráfico 1: Estructura orgánica de Unicef</i> .....  | 16 |
| Gráfico 2: Distritos de intervención del Programa .....  | 18 |
| Gráfico 3: Localización geográfica Departamento Alto Paraná .....                                  | 18 |
| Gráfico 4: Distritos donde interviene el Programa en el Dep. Alto Paraná .....                     | 19 |
| Gráfico 5: Localización geográfica Departamento Canindeyú .....                                    | 19 |
| Gráfico 6: Distritos donde interviene el Programa en el Dep. Canindeyú .....                       | 19 |
| Gráfico 7: Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos.....                              | 21 |
| Gráfico 8: Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos.....                                | 22 |
| Gráfico 9: Indicadores de mortalidad materno - infantil Departamento de Alto Paraná.....           | 22 |
| Gráfico 10: Indicadores de mortalidad materno - infantil por Regiones Sanitarias - Canindeyú ..... | 23 |
| Gráfico 11: Cuadro comparativo - Indicadores de mortalidad materno – infantil .....                | 23 |
| Gráfico 12: Cuadro Comparativo - Indicador de morbilidad de bajo peso al nacer (< 2500 gramos) ..  | 24 |
| Gráfico 13: Orden lógico de la cadena de resultados .....  | 26 |
| Gráfico 14: Cadena de resultados Maternidad .....  | 26 |
| Gráfico 15: Cadena de resultados atención neonatal y desarrollo infantil .....                     | 27 |
| Gráfico 16: Fuentes de información para entrevistas a profundidad.....                             | 34 |
| Gráfico 17: Estándares e indicadores en atención materna y perinatal.....                          | 53 |
| Gráfico 18: Ejemplo de productos como resultado de la implementación del programa .....            | 55 |
| Gráfico 19: Porcentaje de Población indígena sobre población total de Paraguay.....                | 58 |
| Gráfico 20: Estructura orgánica y funcional para la Gestión y Administración del Programa.....     | 59 |
| Gráfico 21: Puntaje total de la evaluación por evaluador .....                                     | 73 |
| Gráfico 22: Orden lógico de la cadena de resultados .....  | 74 |
| Gráfico 23: Porcentaje de Respuesta a la Encuesta por Departamento.....                            | 90 |
| Gráfico 24: Cargo de los Informantes .....   | 90 |
| Gráfico 25: Conocimiento de objetivos y metas .....  | 91 |
| <i>Gráfico 26: Percepción de la participación de los padres</i> .....                              | 93 |
| <i>Gráfico 27: Principales causas de mortalidad neonatal</i> .....                                 | 94 |
| <i>Gráfico 28: Importancia de 5 elementos claves del programa</i> .....                            | 95 |
| <i>Gráfico 29: Preguntas de Evaluación de prácticas operacionales mínimas</i> .....                | 97 |
| Gráfico 30: Sugerencias y grado de relevancia para el éxito futuro del programa .....              | 98 |

## Índice de tablas

|   |     |
|---|-----|
| Tabla 1: Resultados por Proyecto .....  | 20  |
| Tabla 2: Departamentos y distritos objetos de evaluación .....  | 31  |
| Tabla 3: Estructura de la matriz de evaluación .....  | 32  |
| Tabla 4: Tipo de levantamiento de información cualitativa .....   | 33  |
| Tabla 5: USF para grupos focales .....  | 35  |
| Tabla 6: Criterios de evaluación documental .....   | 37  |
| Tabla 7: Porcentaje de importancia por fase del programa .....  | 37  |
| Tabla 9: Características de los objetivos de los proyectos.....   | 42  |
| Tabla 10: Resultados de los proyectos por sección del documento del diseño del programa.....                  | 43  |
| Tabla 11: Normativa en los que se alinea el programa.....   | 45  |
| Tabla 12: Presupuesto General por rubros y años según semestres.....  | 70  |
| Tabla 13: Detalle del gasto del semestre del 6to informe   Tabla 14: Tabla de ejecución<br>presupuestaria del | 71  |
| Tabla 15: Puntaje de la evaluación documental por evaluador .....   | 73  |
| Tabla 16: Puntaje de la evaluación documental por evaluador .....   | 75  |
| Tabla 3: Matriz de evaluación .....   | 148 |

## Lista de acrónimos

|        |  |
|--------|--|
| CAP    | Conocimiento, Actitudes y Prácticas  |
| CONE   | Condiciones obstétricas y neonatales de la Red Integrada de Servicios de Salud |
| EBI    | Entidad Binacional Itaipú  |
| HMIRS  | Hospital Materno Infantil Ramón Sardá  |
| INAN   | Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición                                 |
| MJT    | Ministerio de Justicia y Trabajo   |
| MSCF   | Maternidades Seguras y Centradas en la Familia                                 |
| MSPyBS | Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay                     |
| OPS    | Organización Panamericana de la Salud  |
| PANI   | Programa Alimentario Nutricional Integral                                      |
| RISS   | Red Integrada de Servicios de Salud  |
| ToRs   | Términos de Referencia   |
| UNICEF | Fondo de las Naciones Unidas para la infancia                                  |
| USAID  | Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional                 |
| USF    | Unidad de Salud Familiar   |

## Resumen Ejecutivo



El presente informe contiene la “Evaluación de procesos del Programa de supervivencia infantil y materna de Alto Paraná y Canindeyú 2014-2019”, financiado por la Entidad Binacional Itaipú y ejecutado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) con sede en Paraguay, en coordinación con el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS).

El Programa de Supervivencia Infantil y Materna de Alto Paraná y Canindeyú tuvo inicio después de que se acordó impulsar un Programa de Cooperación entre UNICEF y la Entidad Binacional Itaipú (EBI) y tiene un horizonte de ejecución hasta el 2019. Su objetivo es contribuir a mejorar la situación de salud, nutrición y protección de los niños, niñas y mujeres embarazadas de los Departamentos de Alto Paraná y Canindeyú. El Programa consta de tres Proyectos: el primero se lo denomina NACER y su objetivo es la reducción de la mortalidad materna y neonatal; el segundo es el proyecto CRECER con la reducción de la desnutrición en la niñez vulnerable y el tercero se lo nombra PRIMERA INFANCIA en la que su actividad principal es la asistencia a la niñez en los primeros años de vida.

En este contexto, las partes convinieron hacer un análisis del programa a mitad de su implementación mediante una evaluación formativa, considerando que los procesos son un aspecto significativo del diseño de la intervención. El objetivo de la evaluación fue realizar un análisis sistemático de la gestión operativa del Programa que permita valorar si dicha gestión cumple con lo necesario para el logro de las metas y objetivos mediante un análisis puntual de los procesos que el Programa lleva a cabo, además de identificar fortalezas y debilidades de los procesos y a partir de ello proveer recomendaciones encaminadas a la mejora del Programa.

Con respecto a la metodología de evaluación, ésta buscó responder a las preguntas de evaluación planteadas con base a los criterios de relevancia/pertinencia, eficacia, eficiencia, sostenibilidad y equidad de género. La evaluación se realizó en dos fases; la primera consistió en la revisión documental que había desarrollado el programa a lo largo de los años de ejecución con el fin de entender la lógica y forma de implementación del programa. La segunda fase se basó en una visita de campo en la cual se levantó información con instrumentos cuantitativos y cualitativos como fue una encuesta online a funcionarios públicos, grupos focales con madres y padres de familia y entrevistas a profundidad con actores clave a nivel central y subnacional. Todos los instrumentos hicieron énfasis en el conocimiento de los resultados y los bienes y servicios del programa.

En base a los insumos que consideró la evaluación y a lo establecido en los términos de referencia, el equipo técnico considera que el programa tiene un alto nivel de relevancia. El mismo se ajusta a los

objetivos y prioridades de política pública del país desde un enfoque de derechos y se ejecuta en territorios que han tenido altas tasas de mortalidad materna y neonatal. Así mismo, ha cumplido un importante rol sensibilizando a los tomadores de decisión a nivel nacional y en los territorios de implementación, sobre la importancia de reducir la tasa de mortalidad materna y neonatal.

En este contexto, existe un importante reconocimiento para UNICEF, como facilitador en la provisión de los insumos, el equipamiento y la infraestructura que son necesarios para la reducción de la tasa de mortalidad materna y neonatal. Sin embargo, referente al diseño e implementación del programa, no se ha logrado a lo largo del periodo de ejecución, levantar información sistemática sobre los productos y resultados deseados, determinar si las actividades previstas han sido suficientes para lograr los resultados, ni recopilar datos sobre indicadores desagregados al menor nivel en territorio, elementos necesarios para un monitoreo eficiente de los resultados intermedios y finales

Es necesario además fortalecer las prácticas y aplicación de la aproximación de Maternidad Segura y Centrada en la Familia en el territorio. Existe un importante espacio para el empoderamiento del equipo médico tanto de las USF como de los hospitales, así como también de las autoridades locales del MSPyBS para que se pueda implementar de manera efectiva y con una visión sostenible el modelo de MSCF.

Por otro lado, para la discusión de la expansión del programa a otros territorios, es necesario establecer criterios de priorización de estos, con el fin de definir ex ante, una estrategia de implementación: instituciones que van a ser consideradas para entregar capacitaciones, equipamiento e infraestructura que se requiere.

Con respecto al criterio de sostenibilidad, si bien UNICEF presenta un posicionamiento, experticia y capacidad técnica reconocida en el país, existe la percepción de que las instituciones públicas no podrían continuar con el mismo, sin el acompañamiento de UNICEF.

A continuación, se presenta un detalle de los hallazgos por cada criterio de evaluación:

#### **Sobre la relevancia del programa**

El programa es relevante y pertinente pues se ajusta a los objetivos nacionales de política pública, así como a la problemática del territorio. En este contexto, si bien la estrategia de implementación es

conocida a nivel central, a nivel del territorio (en departamentos y distritos) no sucede lo mismo. No existe claridad entre el personal de USF y hospitales sobre la forma de implementación y organización del programa, más allá de la entrega de capacitaciones, insumos e infraestructura.

En relación a lo anterior, existe una valoración positiva del rol de UNICEF como apoyo técnico para la ejecución del programa y como administrador del mismo. En los grupos focales se pudo evidenciar además que las madres dan una valoración positiva a las obstetras de las USF porque realizan un trabajo personalizado en el control del embarazo; sin embargo, no tienen la misma percepción de los hospitales cuando se realiza el parto.

A pesar de la estrategia de implementación, dentro de la planificación inicial del programa no se consideró particularidades que a nivel territorial están presentes. En el caso de Canindeyú, por ejemplo, las empíricas tienen una importancia relativa, sobre todo en las mujeres indígenas en Curuguaty. En este caso no ha existido una estrategia diferenciada para el trabajo con ellas. Otro factor que influye en la gestión e implementación del programa es la alta tasa de madres adolescentes embarazadas sobre todo por el entorno en el que viven el periodo de embarazo. En este caso, a pesar de la complejidad de la temática, no se ha identificado que existe un abordaje especializado.

#### **Sobre la eficacia del programa**

En este criterio, se evaluó el progreso que ha tenido el programa con respecto al logro de los productos y resultados deseados, así como la eficacia de las partes que han implementado las actividades del programa. En términos generales, la evaluación recoge que han existido cambios importantes que el programa ha generado en los años que ha venido ejecutándose para los beneficiarios y para el personal médico. Las capacitaciones a médicos y obstetras son bien valoradas debido a que se nota la diferencia sobre todo a decir de los usuarios del programa.

El programa identifica con claridad los responsables de las entidades involucradas en la administración, implementación y monitoreo del programa con sus respectivas funciones para el seguimiento en cada uno de los proyectos, sin embargo, con respecto a los productos y resultados esperados, no existe una descripción detallada de la implementación del programa en el territorio

No existe evidencia de que el programa cuenta con un sistema de información sobre los productos y los resultados que se han generado. En este contexto, el programa tiene que tomar en cuenta que los informes semestrales que se realiza deben incluir número de beneficiarios atendidos, cumplimiento

de metas, número de atenciones realizadas entre otros indicadores de monitoreo ya que es la única manera de cumplir y validar que los resultados deseados se alcancen.

Con respecto a la implementación del MSCF todavía existe trabajo por realizar sobre todo con el personal médico. En el caso de las capacitaciones, por ejemplo, no existe un paquete estandarizado de lo que cada persona debe cumplir de acuerdo a su perfil. Esto implica que la capacidad del personal a cargo de la implementación del programa, para capacitar a otros territorios y expandir el programa, no es homogénea.

La iniciativa MSCF es un proceso complejo, multidimensional y dinámico para proveer atención materna y neonatal segura, calificada e individualizada y, por tanto, conlleva varios retos. Si bien existe acuerdo y compromiso con la transformación de los hospitales en la dirección de la iniciativa de MSCF, y que los entrevistados mostraron genuinos deseos de cambio, las principales barreras para su implementación están dadas por la falta de equipamiento, insumos e infraestructura adecuada, así como por la sobrecarga laboral del personal de salud. Adicionalmente, otro desafío para la implementación de esta iniciativa es el cambio de cultura organizacional que debe darse en los hospitales, sobre todo, la sensibilización de médicos y enfermeras, de mayor trayectoria profesional que son reacios a cambios.

Los resultados obtenidos de la visita de campo a través de las entrevistas a profundidad muestran que la iniciativa MSCF se encuentra en una etapa inicial de implementación, puesto que las prácticas recomendadas por la iniciativa no se cumplen sistemáticamente en el quehacer diario. Adicionalmente, el seguimiento y monitoreo de dichas prácticas es escaso, por lo que, no es posible medir avances.

### **Sobre la eficiencia del programa**

Es necesario desarrollar de manera conjunta con los actores, la identificación de una cadena de valor que incluya los insumos necesarios para la producción de servicios mínimos estandarizados. Con la información disponible, no es posible medir la producción de servicios del programa ni evaluar el logro de resultados. Este ejercicio deberá identificar la responsabilidad de los demás actores participantes en la provisión de los recursos necesarios para la implementación del mismo.

En lo referente al presupuesto, si bien el programa identifica lo que va a ser ejecutado por año y por actividad, el mismo no relaciona los resultados del programa. Hay que considerar que la acción del presupuesto y del diseño de la política pública, va más allá de la provisión de los insumos. El énfasis debe darse a los bienes y servicios a los cuales accede la población objetivo. Si el presupuesto refleja los productos que se generan, es posible tener un sistema de indicadores que relacionan la cadena de resultados propuesta con los productos que se esperan. El objetivo, es propender a que el proceso de diseño de la política pública considere al presupuesto como un instrumento de apoyo en el logro de resultados y de impactos.

Los comités para analizar los casos de mortalidad materna y/o neonatal han sido una fortaleza del programa. Sin embargo, hay debilidad en la retroalimentación al personal en territorio sobre los resultados y áreas de mejora.

#### **Sobre la sostenibilidad del programa**

En relación a la sostenibilidad, existe un consenso general de que sin el programa los beneficios de este no se mantendrían, sobre todo en infraestructura y equipamiento. El MSPyBS considera que no tendría la capacidad institucional de poder ejecutar el programa sobre todo en la gestión operacional, administrativa y financiera.

Una debilidad que puede afectar a la sostenibilidad del programa es la rotación del personal médico. En este caso es especialmente crítico, la rotación de los directores de hospitales que se llevan el conocimiento de aplicación del modelo MSCF afectando la continuidad del mismo por la falta de conocimiento y concientización. La capacidad de toma de decisiones de los nuevos funcionarios se ve afectada por no contar con el conocimiento y habilidades en el manejo del modelo MSCF

La mayor fortaleza es que los actores muestran confianza en el trabajo de UNICEF tanto como asesor técnico, así como ejecutor del presupuesto

#### **Sobre equidad y género**

El programa ha generado un cambio de pensamiento en los padres desde su implementación. A decir de las madres en los grupos focales, los padres si bien no participan en su totalidad, ya tienen más conciencia de que es un proceso en la que su participación es importante por lo que su asistencia a

los controles se ha incrementado. El momento del parto todavía es un trabajo en proceso porque la mayoría de padres no quieren participar, sumando el desconocimiento o rechazo del equipo médico a realizar iniciativas que generarían más equidad de género.

Con respecto a la aplicación de la iniciativa de Maternidad Segura y Centrada en la Familia, es necesario fortalecerla porque hay varias razones que se mencionan por lo cual no se puede aplicar. Estas son falta de infraestructura (quirófanos, salas neonatales), de equipamiento de esterilización para los padres o acompañantes, rechazo del personal médico por la falta de información acerca de la iniciativa, entre otras.

## 1. Objeto de evaluación

### 1.1. Contexto Histórico

En septiembre de 2013, luego de la iniciativa conjunta de UNICEF y USAID, Paraguay suscribió a la Declaración de Panamá: “Una promesa renovada para las Américas”. En el mismo año el Presidente de la República del Paraguay, con el apoyo de UNICEF, firmó la Declaración Nacional denominada: “20 Compromisos para mejorar la Situación de la Niñez y de la Adolescencia en el Paraguay”.

En el caso de Paraguay, la tasa de mortalidad materna a nivel nacional se ha reducido de 164 a 89 por cada 100.000 nacidos vivos en el período 2000 a 2011 pero sigue siendo una de las más altas de América Latina. Las principales causas de la mortalidad materna son las lesiones de parto (45%), las malformaciones congénitas (24%) y las infecciones de los recién nacidos (12%). Estas cifras nacionales esconden importantes inequidades según ubicación geográfica, etnia, niveles educativos y económicos de la población.

Las diferencias entre regiones son notorias; por ejemplo, en el caso de la mortalidad materna los rangos oscilan entre 414 defunciones por cada cien mil nacidos vivos en Alto Paraná y cero defunciones maternas en Misiones. En el caso de Alto Paraná ocupa el onceavo puesto en el país con la tasa de mortalidad materna con 86 por cien mil nacidos vivos, mientras que Canindeyú ocupa el noveno lugar con 96,4 por 100.000. Con respecto a la mortalidad neonatal, Alto Paraná ocupa el tercer lugar con 17,3 por 1.000 nacidos vivos mientras que Canindeyú se encuentra en el sexto lugar con 12,5 por 1.000. (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2016).

Las razones que explicarían las altas tasas de mortalidad materna y neonatal incluyen entre otras: la insuficiente cobertura de servicios, la alta fragmentación del sistema de salud, el débil funcionamiento de la red de atención obstétrica y neonatal, la insuficiente capacidad instalada y muy especialmente el manejo inadecuado de los casos por el personal de salud.

Como resultado de esta situación y de los compromisos asumidos por el Gobierno de Paraguay, el Ministerio de Salud Pública con asistencia de UNICEF, decide implementar desde el año 2014, un conjunto de acciones para Reducir las Tasas de Mortalidad Materna y Neonatal. El resultado de este proceso se manifiesta en una alianza entre UNICEF y la Entidad Binacional Itaipú (EBI) para la

implementación de un Programa de Cooperación denominado Programa de Supervivencia Infantil y Materna focalizado en los Departamentos de Alto Paraná y Canindeyú para el periodo 2014-2019.

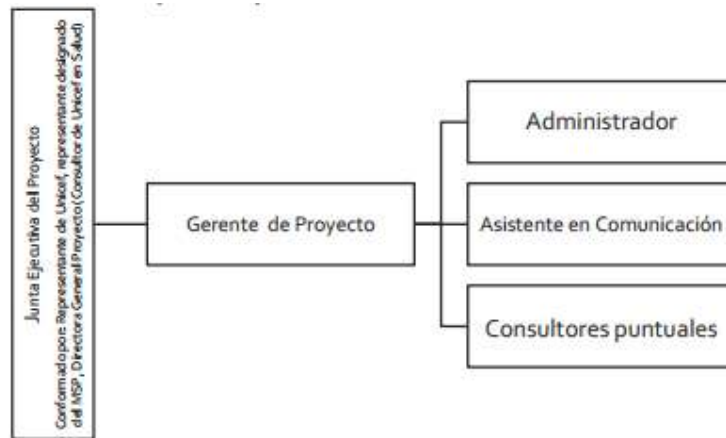
## 1.2. Actores

Desde el diseño del programa se identificó los actores involucrados y sus responsabilidades que a lo largo del periodo de ejecución del programa iban a tener. Los roles asignados van desde la gestión, financiamiento, implementación, seguimiento, monitoreo, entre otros especialmente a Unicef, Itaipú y Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. En tal sentido, a continuación, se expone por cada institución los roles específicos asignados a lo largo de la ejecución del programa:

- **Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)**

Responsable de la ejecución del Programa de Cooperación y de cada uno de los tres Proyectos que lo conforman. Para esto, UNICEF conformó una estructura orgánica y funcional para la Gestión y Administración del Programa de Cooperación que se esquematizó de la siguiente manera:

Gráfico 1: Estructura orgánica de Unicef



Fuente: (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - Paraguay, 2014)

La responsabilidad de gerenciamiento que tenía Unicef corresponde a conducir los procesos de planificación, monitoreo, asistencia técnica nacional y local, acompañamiento en terreno y la coordinación general de las actividades definidas en los tres proyectos



La parte administrativa también está bajo responsabilidad de Unicef para la compra de bienes estrictamente necesarios, la contratación de servicios, el reclutamiento y gerenciamiento de las personas afectadas al equipo de conducción del Programa y a los consultores necesarios para el desarrollo de actividades específicas detalladas en cada uno de los proyectos. La responsabilidad por la gestión de adquisición de equipamientos mínimos y esenciales necesarios para el fortalecimiento de las maternidades y del sistema de gestión de la información de los servicios de salud identificados y pertenecientes en todos los casos a la Red del MSPyBS está a cargo del Unicef.

Con respecto a la responsabilidad de administración financiera, Unicef a través de la Unidad de Gestión del Proyecto tiene el rol de elaborar el presupuesto, administrar los recursos y rendir cuentas de desembolsos acorde al cronograma fijado en el Plan Financiero, en el tiempo y en la forma convenida en el acuerdo de cooperación.

- **Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS)**

El MSPyBS mantiene la responsabilidad técnica en conjunto con Unicef, sobre todo para que el contenido del Programa esté basado en evidencias científicas y preserven los aspectos de equidad, igualdad de género e interculturalidad.

- **Entidad Binacional Itaipú (EBI)**

El rol de la EBI fue el proveer los recursos necesarios para financiar las actividades del Programa, de acuerdo con la composición de los tres proyectos, el presupuesto y cronograma de desembolso establecidos en este documento de Programa y en los subsiguientes PAT (Planes Anuales de Trabajo). Si bien la responsabilidad administrativa financiera estaba al mando de Unicef, EBI tiene el rol de monitorear de las actividades del proyecto dando seguimiento al uso de los recursos que ella haya aportado para su financiamiento.

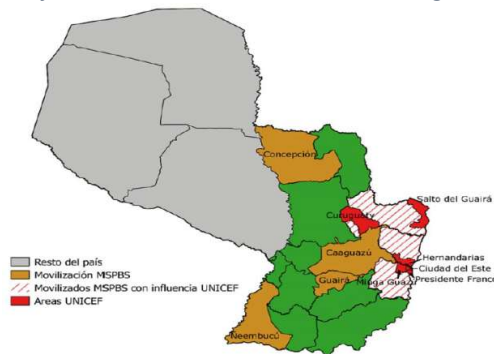
### **1.3. Descripción del programa objeto de evaluación**

Como se mencionó, el Programa de Supervivencia y Desarrollo Infantil nace de la necesidad de reducir las altas tasas de mortalidad materna y neonatal que Paraguay mantenía en el 2012<sup>1</sup>.

La finalidad del programa es promover que los derechos de todos los niños, niñas y mujeres en el Paraguay sean reconocidos, promovidos, realizados y protegidos, por una sociedad y un Estado que sean democráticos y respetuosos de la diversidad cultural, sin exclusión social, discriminación o inequidades causadas por razones geográficas, étnicas, culturales, económicas, religiosas y políticas.

Con respecto al objetivo, fue contribuir a mejorar la situación de salud, nutrición y protección de los niños y madres específicamente vulnerables de los distritos de Ciudad del Este, Saltos del Guairá, Hernandarias, Minga Guazú, Pte. Franco y Curuguaty pertenecientes a las zonas de influencia de la Entidad Binacional Itaipú (EBI) con especial atención a las comunidades indígenas ubicadas en estos distritos como se presenta en el gráfico siguiente (Escobar, 2014):

Gráfico 2: Distritos de intervención del Programa



Fuente: (Escobar, 2014)

Los departamentos de Alto Paraná y Canindeyú donde se realizó la intervención se encuentran a 350 y 380 km de distancia respectivamente de Asunción. El proceso incluyó además un trabajo de sensibilización y capacitación con el personal del Ministerio de Salud en Asunción.

- El departamento de Alto Paraná está ubicado en la región Oriental de Paraguay. En éste el Programa interviene en 4 distritos que son: Ciudad del Este (capital departamental), Hernandarias, Presidente Franco y Minga Guazú.

Gráfico 3: Localización geográfica Departamento Alto Paraná

<sup>1</sup> Paraguay 2012; Tasa de Mortalidad Neonatal: 10.7 por mil nacidos vivos. Razón de Mortalidad Materna: 81.9 por cien mil nacidos vivos. Fuente: Ministerio de Salud. Informe de Gobierno 2014 sobre cumplimiento de los Objetivos del Milenio



Gráfico 4: Distritos donde interviene el Programa en el Dep. Alto Paraná

D. Ciudad del Este



D. Minga Guazú



D. Hernandarias



D. Presidente Franco



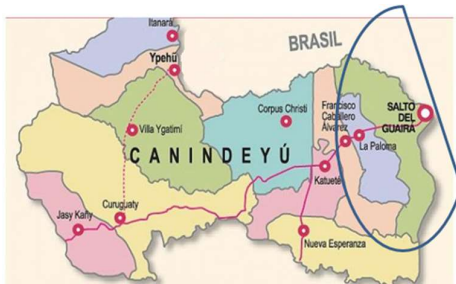
- El otro departamento donde opera el programa es Canindeyú que está ubicado en el centro este de la región oriental del país. Aquí el programa ha focalizado sus intervenciones en dos Distritos. El primero es la capital departamental Salto del Guaira y el segundo es Curuguaty.

Gráfico 5: Localización geográfica Departamento Canindeyú



Gráfico 6: Distritos donde interviene el Programa en el Dep. Canindeyú

D. Salto de Guaira



D. Curuguaty



En los seis distritos se ha priorizado en cada uno, una Red Integrada de Servicios de Salud en los que se aplican normas y criterios en salud materna-neonatal y primera infancia para implementar la Iniciativa Maternidades Seguras y Centradas en la Familia (MSCF), con un enfoque intercultural y de género. La aplicación del modelo MSCF implica cambios en los servicios tanto en el aspecto físico como en la forma de atención de estos.<sup>2</sup>

Como parte de éste diseño, el Programa ha llevado a cabo entre otras, la siguientes actividades: el desarrollo de los servicios de salud, la capacitación de recursos humanos institucionales y comunitarios, la comunicación social para el desarrollo, el equipamiento esencial de las maternidades de los servicios de salud, la dotación de canastillas –Kit maternidad para el recién nacido, el fomento a la participación social de las autoridades y Consejos Locales de Salud , el apoyo al involucramiento de empresas del sector privado entre otros. Estas actividades han buscado fortalecer la demanda oportuna, mejorar la oferta de servicios de salud, dotando a las comunidades de Maternidades Seguras (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - Paraguay, 2014).

El Programa consta de tres Proyectos:

1. Proyecto NACER: su objetivo es reducir la mortalidad materna y neonatal;
2. Proyecto CRECER: su objetivo es reducir la desnutrición en la niñez vulnerable y poblaciones indígenas y;
3. Proyecto Primera Infancia: su objetivo es dar asistencia a la niñez en los primeros años de vida.

En cada uno de los proyectos se cuenta con resultados que se vienen trabajando desde el inicio del programa. Los mismos guardan coherencia con la aproximación utilizada<sup>3</sup> como se presenta a continuación:

*Tabla 1: Resultados por Proyecto*

| Nombre | Resultado Proyecto |
|--------|--------------------|
|--------|--------------------|

<sup>2</sup> A modo de referencia en el Anexo 2, se presenta un cuadro con los ejes conceptuales incluidos en la implementación del programa en Argentina. El programa en el caso de Paraguay toma como referencia la implementación realizada en Argentina en base a los resultados obtenidos. En la fase de preparación de este, técnicos y funcionarios de Paraguay viajaron a Argentina a conocer la experiencia en la aplicación del modelo de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia.

<sup>3</sup> Como se ha explicado, el modelo replica la experiencia de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia de Argentina, por lo que los resultados del programa están enfocados en esta línea.

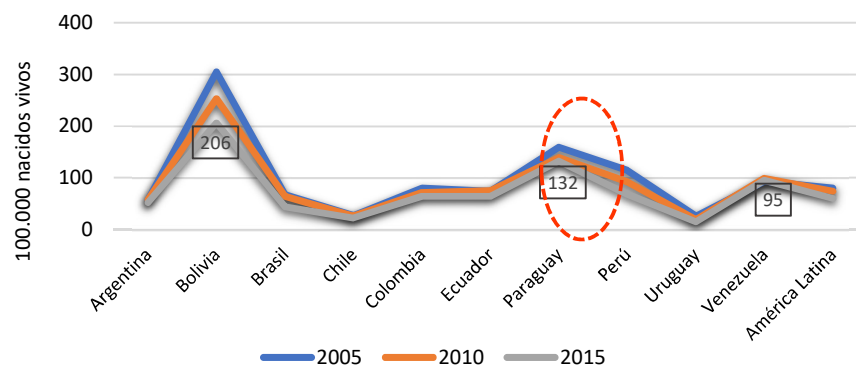
|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| <b>Proyecto Nacer</b>            | <p>Se fortalece el compromiso político, la rendición de cuentas y la capacidad local para analizar, legislar, planificar y asignar recursos para la promoción de la salud materna y neonatal en los Dptos. de Alto Paraná y Canindeyú</p> <p>Condiciones obstétricas y neonatales de la Red Integrada de Servicios de Salud (CONE) mejoradas con el uso equitativo de intervenciones de Salud Materno Infantil de gran repercusión.</p> <p>Modelo de Análisis y Monitoreo definido por el nivel Central instalado en los establecimientos de salud de los distritos del proyecto</p> <p>Mejorado el acceso y aumentada la demanda de las embarazadas a los servicios de salud, promoviendo las conductas saludables para su autocuidado y del recién nacido</p> |
| <b>Proyecto Crecer</b>           | <p>Quedan fortalecidos los servicios de salud del primer nivel de atención, los hospitales distritales y hospitales regionales de la zona del Proyecto para la captación y atención de niños y embarazadas desnutridas y para la vigilancia del desarrollo.</p>   |
| <b>Proyecto Primera Infancia</b> | <p>Visibilizada la primera infancia y elevada su calidad de vida mediante la promoción y protección de su identidad civil, así como la difusión y cumplimiento de los derechos del niño.</p> <p>Respuesta mejorada a la protección y crianza del niño en su entorno familiar</p>  |

Fuente: (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2014)

### 1.3.1. Datos

En Paraguay, la razón de mortalidad materna y la tasa de mortalidad infantil es la más alta de Latinoamérica después de Bolivia con 132 por 100.000 nacidos vivos y 29 por 1.000 nacidos vivos respectivamente para el año 2015 como se puede apreciar en los gráficos presentados a continuación. A nivel país, cada tres días se reporta una muerte materna, el 10% de estas defunciones ocurren en adolescentes embarazadas; en tanto que cada día fallecen cuatro bebés menores de 28 días, tres de ellos (75%) por causas prevenibles. (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay, 2015)

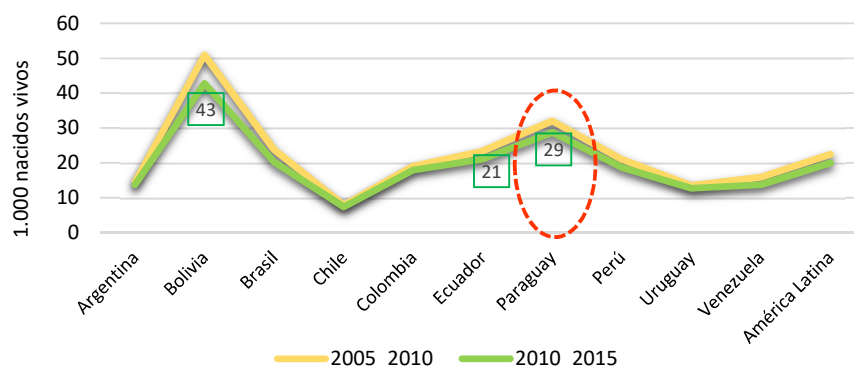
Gráfico 7: Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos



Fuente: (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2018)

Elaboración: Equipo Consultor

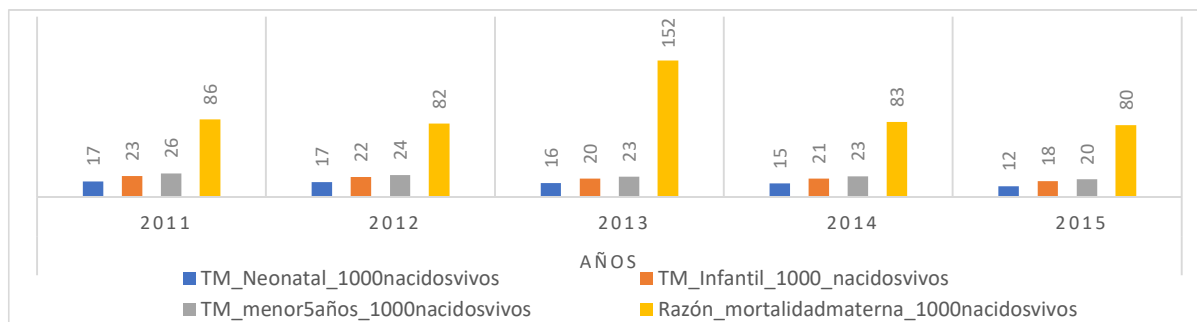
Gráfico 8: Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos



Fuente: (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2018)  
Elaboración: Equipo Consultor

Para el Departamento de Alto Paraná, como muestra el gráfico siguiente, la tasa de mortalidad neonatal, la tasa de mortalidad en menores de 5 años y la tasa de mortalidad infantil, han disminuido desde el año 2011. En el caso de la tasa de mortalidad materna existe un cambio en la tendencia porque aumenta de 81,5 en el 2012 a 151,6 en el 2013 para descender en el siguiente año 2014 a 83,10. De acuerdo con la explicación recibida tanto por el equipo técnico de UNICEF como por los responsables del Ministerio de Salud, este incremento corresponde a una búsqueda activa de casos que se realizó ese año.

Gráfico 9: Indicadores de mortalidad materno - infantil Departamento de Alto Paraná

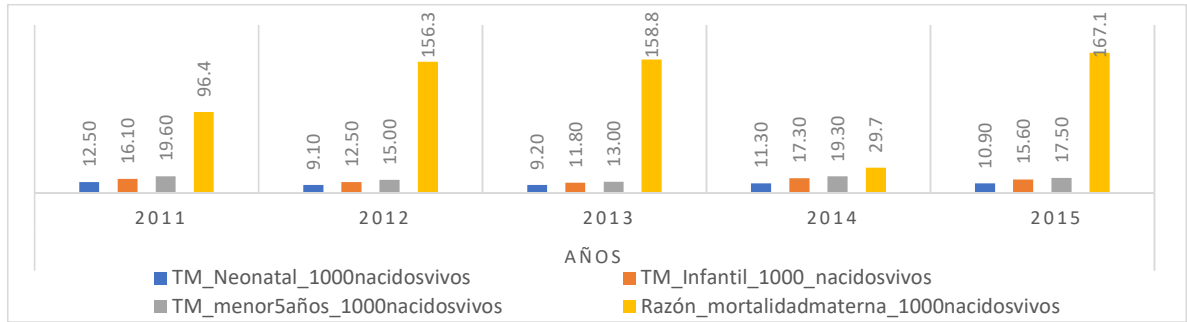


Fuente: Dirección General de Información Estratégica en Salud - Dirección de Estadísticas en Salud - Indicadores Básicos de Salud - Paraguay 2013, 2015, 2016.  
Elaboración: Equipo Consultor

En el caso del Departamento de Canindeyú por el contrario, las tasas de mortalidad neonatal, infantil y de menores de 5 años crecen durante el mismo período. Por ejemplo, la tasa de mortalidad neonatal

en el 2013 fue de 9,20 por 1.000 nacidos vivos mientras que en el 2014 sube a 11,3 por cada mil. Lo mismo sucede con la tasa de mortalidad infantil y de menores de 5 años que entre el 2013 y 2014 suben de 11,8 a 17,3 y de 13 a 19,3 respectivamente.

Gráfico 10: Indicadores de mortalidad materno - infantil por Regiones Sanitarias - Canindeyú

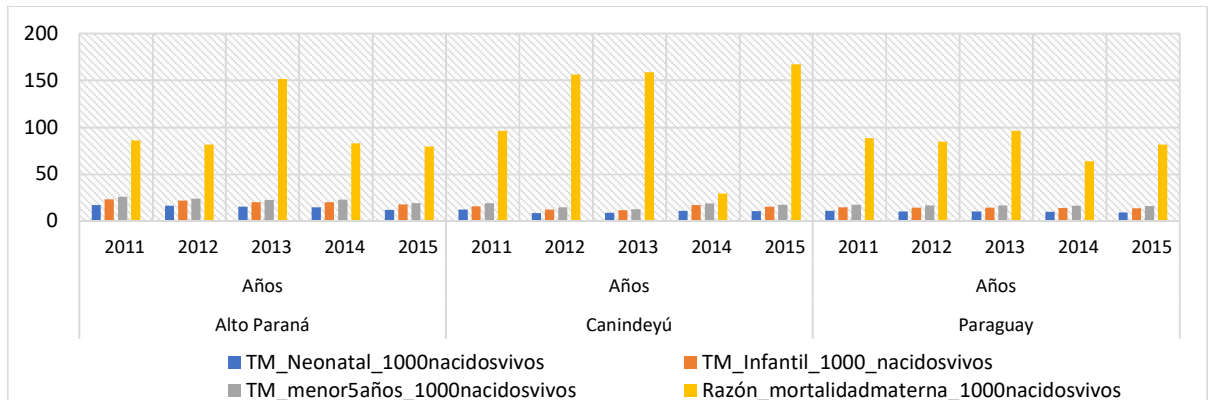


Fuente: Dirección General de Información Estratégica en Salud - Dirección de Estadísticas en Salud - Indicadores Básicos de Salud - Paraguay 2013, 2015, 2016.

Elaboración: Equipo Consultor

En el gráfico comparativo que se presenta a continuación se observa que, con relación a las tasas de mortalidad, Alto Paraná tiene niveles más altos (en las tasas de mortalidad neonatal, de menores de 5 años e infantil) con respecto a Canindeyú y al promedio nacional del país. En lo que se refiere a la razón de mortalidad materna, se tiene que Canindeyú tiene los valores más elevados.

Gráfico 11: Cuadro comparativo - Indicadores de mortalidad materno – infantil



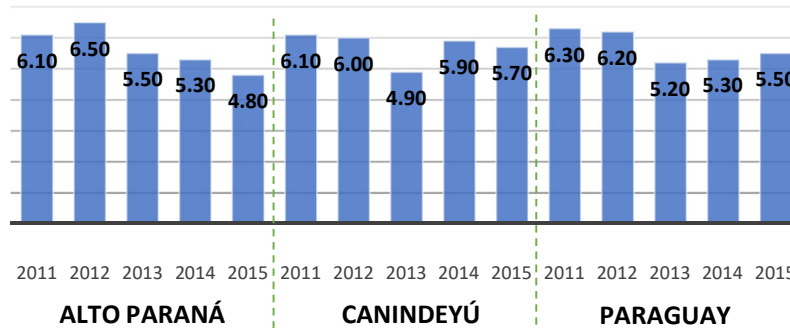
Fuente: Dirección General de Información Estratégica en Salud - Dirección de Estadísticas en Salud - Indicadores Básicos de Salud - Paraguay 2013, 2015, 2016.

Elaboración: Equipo Consultor

El indicador de morbilidad (recién nacidos con bajo peso al nacer) (< 2500 gramos), oscila entre 5% y 6%, el Departamento de Alto Paraná. Por otro lado, Canindeyú, los valores son menores. Para el año

de 2015, es de 5,7. La reducción más importante se ha dado en el Alto Paraná. En los dos casos, las cifras son similares a los indicadores nacionales.

Gráfico 12: Cuadro Comparativo - Indicador de morbilidad de bajo peso al nacer (< 2500 gramos)



Fuente: Dirección General de Información Estratégica en Salud - Dirección de Estadísticas en Salud - Indicadores Básicos de Salud - Paraguay 2013, 2015, 2016.

Elaboración: Equipo Consultor

#### 1.4. Teoría de cambio esperada

Conceptualmente la teoría del cambio busca entender cómo las actividades producen una sucesión de resultados que favorecen a lograr los impactos finales previstos. En tal sentido, el proceso de análisis de la evaluación hace especial énfasis en el modelo lógico que se plantea, así como en las actividades y productos (bienes y servicios), que del mismo se derivan.

Esta aproximación puede diseñarse para cualquier nivel de intervención sobre todo cuando los objetivos y las actividades de esta intervención pueden identificarse y planificarse con anterioridad y cuando tal intervención se adapta a problemas nuevos y a las decisiones de los beneficiarios y ejecutores. (Rogers, 2014)

El objetivo principal es incorporar la lógica causal del proceso y de los resultados del programa, por lo que esto, implica que se tome en cuenta la secuencia de eventos de la intervención, los supuestos asumidos y los posibles caminos que pueden llevar al objetivo previamente planteado. (Gertler, Martínez, Premand, Rawlings, & Vermeersch, 2011)



Los supuestos pueden plantearse según el programa. En términos generales, los supuestos incluyen el compromiso político, la existencia de sinergias institucionales, el fortalecimiento de las instituciones públicas en los sectores relacionados. Además, se puede plantear supuestos a mediano y largo plazo como, por ejemplo, los cambios de comportamiento de la población, instituciones que implementan políticas públicas de forma eficiente y coordinada, y el empoderamiento de grupos vulnerables. (Naciones Unidas, 2017)

En este sentido se puede argumentar que, establecer una aproximación a la teoría de cambio esperado al inicio de la evaluación, permite establecer un marco referencial para la definición de actividades y productos y su relación con los resultados. Esto puede orientar a los posibles cambios para las propuestas de nuevas acciones sobre las que se enmarca el programa.

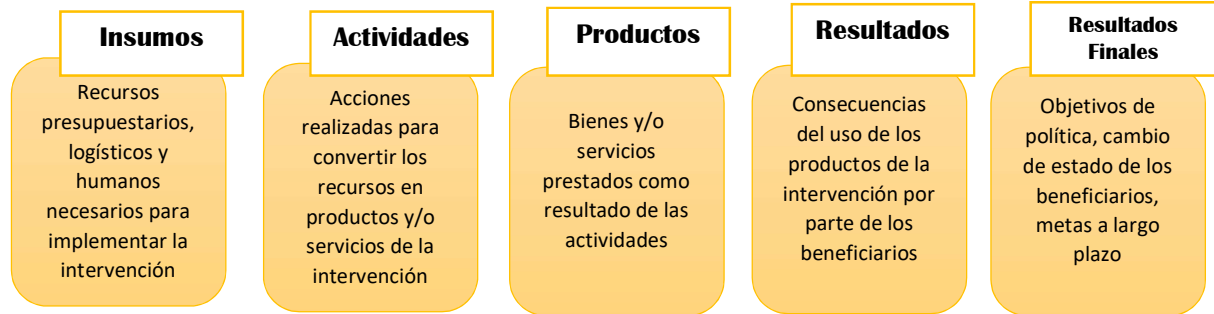
#### **1.4.1. Cadena de resultados esperada**

Una representación esquemática de la teoría del cambio es la cadena de resultados. Este es un proceso que busca presentar de manera ordenada una secuencia lógica de insumos, actividades y productos que son efecto de una intervención y que a su vez desembocan en resultados sobre los beneficiarios y en el cumplimiento de los objetivos de la política. (Gertler, Martínez, Premand, Rawlings, & Vermeersch, 2011)

Una forma lógica de establecer una cadena de resultados es considerar que los componentes se dividen en dos sub conjuntos tomando cuenta, los actores que influyen en cada uno de ellos. La primera parte de la cadena depende de la entidad ejecutora de la política y está relacionada a los insumos (que son todos los recursos empleados), a las actividades (que son las acciones concretas de la intervención), y a los productos (que son los que se miden en bienes o servicios producidos por estas acciones). Por otro lado, el segundo parte de la cadena depende de los beneficiarios de la intervención.

Con respecto a los resultados, son el producto de lo que los beneficiarios logran a partir de lo entregado por el ejecutor. Los resultados finales de la intervención son los objetivos de la política medidos por el cambio de situación de los beneficiarios junto con las metas alcanzadas a largo plazo y gran escala.

Gráfico 13: Orden lógico de la cadena de resultados



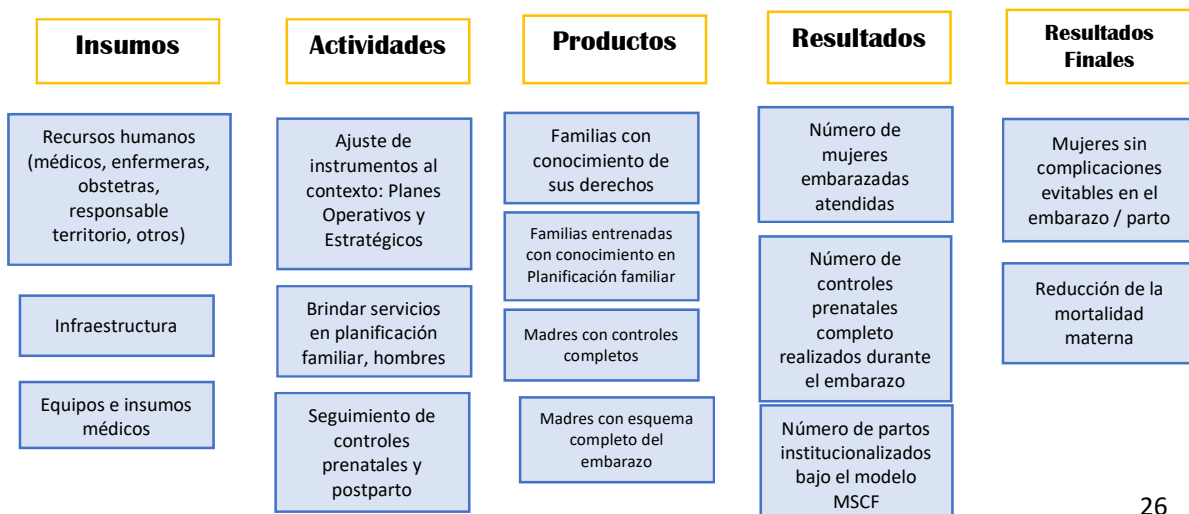
Elaboración: Equipo consultor

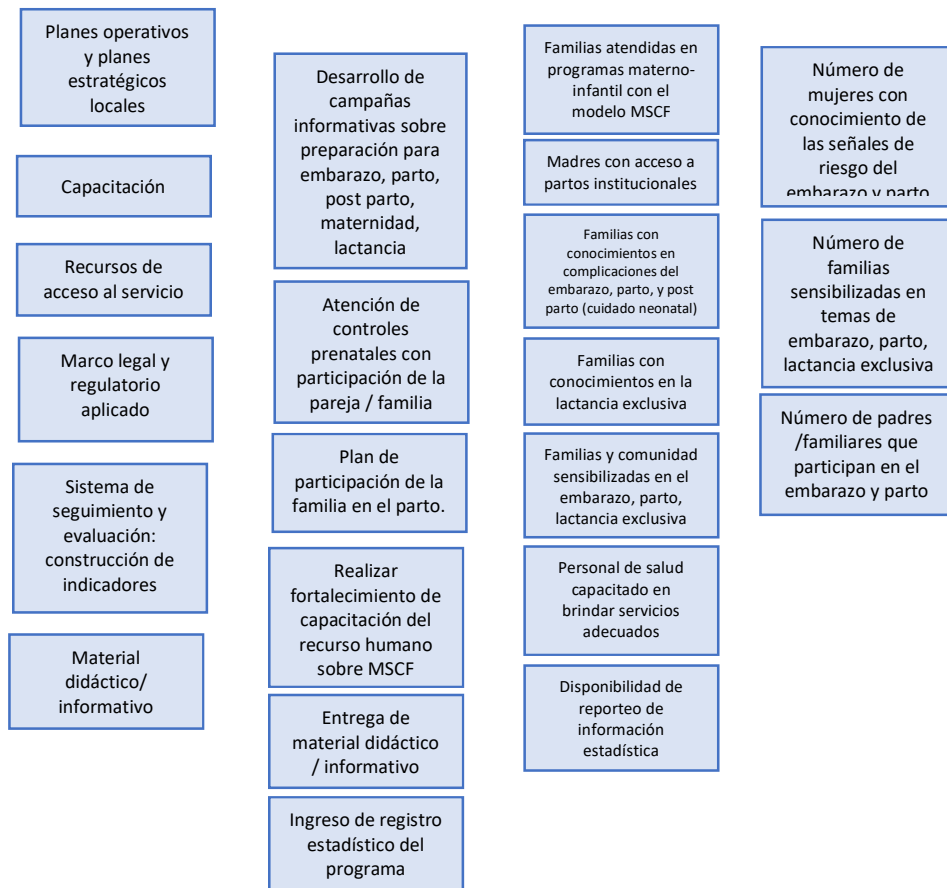
Para el caso de estudio de la presente evaluación, de la revisión documental realizada, así como de las reuniones de coordinación mantenidas, no existe evidencia de que el programa cuente explícitamente con una cadena de resultados.

En este contexto, dada la aproximación metodológica utilizada y considerando las necesidades de evaluación, el equipo técnico de consultoría en base a la revisión documental de los servicios de atención en los que interviene el programa, de sus diseños y forma de organización, así como de la visita de campo realizada, ha planteado a priori, una cadena de resultados para la intervención en maternidad y otra para desarrollo infantil que abarca los tres proyectos que mantiene el programa.

El presente ejercicio en el contexto del presente documento es únicamente referencial para el análisis y por tanto no constituye en sí, un ejercicio validado para la identificación de las cadenas de resultados de los programas. En este sentido, sirve de base para el proceso de evaluación, pero un trabajo de análisis y validación adicional es necesario por parte de los actores del programa.

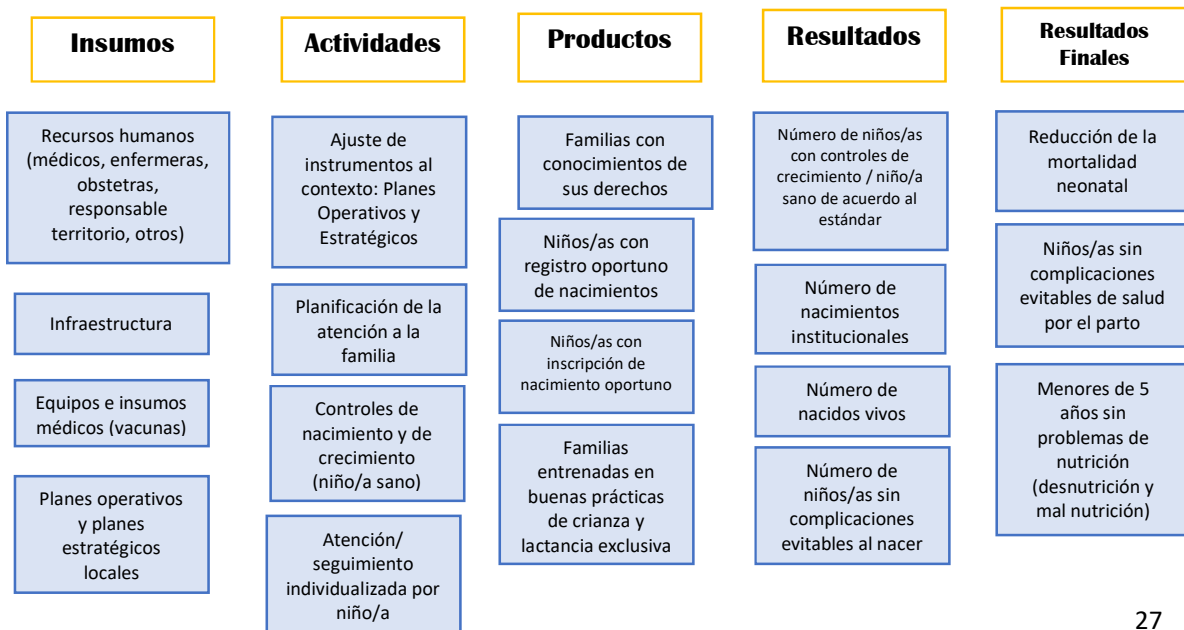
Gráfico 14: Cadena de resultados Maternidad

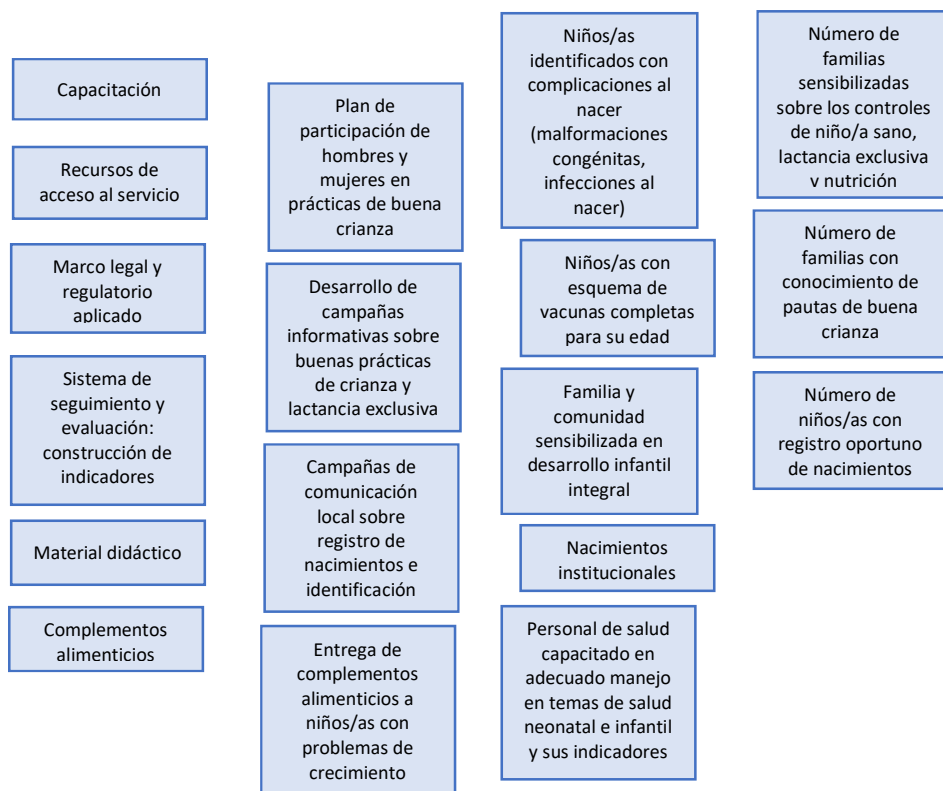




Elaboración: Equipo Consultor

Gráfico 15: Cadena de resultados atención neonatal y desarrollo infantil





Elaboración: Equipo Consultor

## 2. Propósito de la evaluación, objetivo (s) y alcance

### 2.1. Propósito de la evaluación

UNICEF como organización responsable de la ejecución del Programa de Cooperación y de cada uno de los tres Proyectos que lo conforman, ha considerado que la evaluación es una parte integral de la ejecución de las actividades de cooperación técnica. En tal sentido, esta evaluación es parte del componente programático y tiene como propósito el aprendizaje organizacional y el apoyo a la planificación futura.

Con la realización de esta evaluación específica, UNICEF pretende, por un lado; ampliar su aprendizaje organizacional a través del estudio y reflexión sobre la práctica y contribuir en la misma línea con los gobiernos centrales y locales y por otro lado apoyar a la toma de decisiones en relación a los programas en ejecución y orientar/reorientar la planificación de cara a posibles cooperaciones futuras con el donante Itaipú u otros.

## **2.2. Principios de la evaluación**

La evaluación incluyó según lo que mencionan los ToRs, los niveles de integridad y respeto de las creencias, usos y costumbres de los entornos sociales y culturales; de los derechos humanos y la igualdad de género.

Los principios con los que se realizó el estudio fueron la independencia sobre todo con las instituciones involucradas, la imparcialidad como equipo evaluador, credibilidad en el recogimiento de datos y procesamiento. Además, se utilizó formularios de consentimiento informado<sup>4</sup> en las entrevistas a profundidad y en los participantes de los grupos focales.

## **2.3. Objetivo (s)**

El objetivo general de la evaluación fue proporcionar una evaluación externa, independiente y objetiva, de los procesos y resultados a mitad del período de ejecución de Programa de Supervivencia Infantil y Materna de Alto Paraná y Canindeyú 2014-2019, a través del análisis de los proyectos Nacer, Crecer y Primera Infancia, que permita reorientar o fortalecer las estrategias planteadas a futuro, asegurar la sostenibilidad, y determinar en qué medida las acciones desarrolladas han contribuido a alcanzar los resultados previstos.

Los criterios principales que se propusieron para la evaluación son; la relevancia/pertinencia, eficiencia, la eficacia y la efectividad, sostenibilidad de los procesos aplicados y de las estrategias que se emplean en base principalmente a los procesos de capacitación, promoción de la salud y dotación de equipamientos que son los rubros de mayor inversión que el programa ha ejecutado.

En base a estos criterios de evaluación, objetivos específicos fueron los siguientes<sup>5</sup>:

---

<sup>4</sup> Es un acuerdo voluntario de un individuo, o su representante autorizado, con la capacidad de otorgar consentimiento, y que hace ejercicio de su voluntad de elegir libremente, sin ningún incentivo o cualquier forma de coacción o coerción, para participar en la investigación.

<sup>5</sup> El listado de preguntas no exhaustivo conforme con cada criterio de la evaluación se encuentran en el Anexo 3

- Determinar si el conjunto de actuaciones del programa se ha alineado con las políticas y estrategias regionales, han respondido adecuadamente a las necesidades del sector y la población objetivo, han sido pertinentes, y se han basado en diagnósticos adecuados. (PERTINENCIA)
- Determinar si el diseño del proyecto, las modalidades de ejecución y los procesos de implementación puestos en práctica fueron los más adecuados para la consecución de los resultados deseados y el fortalecimiento de las capacidades en las dos regiones. (EFICIENCIA)
- Determinar si las diferentes acciones han obtenido los resultados de desarrollo previstos para la población objetivo, y si estos han sido relevantes y sostenibles en el tiempo. (EFICACIA y SOSTENIBILIDAD)
- Identificar y documentar las lecciones aprendidas y recomendaciones de cara a asegurar la continuidad y sostenibilidad del programa, su adopción como política pública, así como las posibilidades de expansión del programa a otros contextos y territorios. (LECCIONES APRENDIDAS, SOSTENIBILIDAD Y TRANSFERENCIA).

Recogiendo lo que los ToRs señalan, los resultados serán empleados para fortalecer o rectificar estrategias o procesos empleados hasta ahora, principalmente determinar si el programa ha añadido una cuota de valor en las zonas de implementación que pueda ser replicado a nivel nacional o de otras regiones. Para poder continuar con este programa de cooperación, es necesario evaluar los cambios en la organización de la estructura, los procesos que fueron necesarios para su implementación y los cambios en las habilidades y las capacidades institucionales generados por la influencia de las diferentes intervenciones de educación, la práctica y la maduración temporal de las instituciones participantes.

Todo este conocimiento levantado ayudará también a mejorar la planificación del Programa, a una reingeniería de procesos y realizar una devolución al gobierno nacional, las regiones con las que se trabajó y trabaja, los servicios de salud que asisten a los recién nacidos y sus familias, y el resto de la organización de UNICEF (CO, LACRO y HQ).

#### **2.4. Alcance**

La ubicación del objeto de evaluación es el lugar de implementación y ejecución del programa con sus tres proyectos. Esta evaluación estaba prevista en el programa de cooperación Itaipú – UNICEF, a realizarse en el segundo semestre el año 2017.

La evaluación se realizó en los Departamentos de Alto Paraná y Canindeyú y en los seis distritos priorizados dentro del diseño del programa<sup>6</sup>. Adicionalmente como parte de la evaluación, se mantuvo reuniones con el equipo de Unicef y el nivel central del Ministerio de Salud Pública (MSPyBS) y de ITAIPU en Asunción.

*Tabla 2: Departamentos y distritos objetos de evaluación*

| Departamento | Distrito  |
|--------------|---|
| Asunción     | Oficinas de Unicef y de MSPyBS Central                              |
| Alto Paraná  | Ciudad del Este<br>Hernandarias<br>Presidente Franco<br>Minga Guazú |
| Canindeyú    | Salto del Guairá<br>Curuguaty                                       |

#### **2.4.1. Plazo de la evaluación**

En consideración de lo establecido en los Términos de Referencia (ToRs)<sup>7</sup>, el programa tiene una duración de cinco años desde agosto 2014 hasta agosto 2019. La evaluación cubre el periodo transcurrido entre agosto 2014 y agosto 2015.

Según el contrato suscrito, la evaluación se realiza a partir de diciembre de 2017 hasta abril de 2018. Sin embargo, se realizó una extensión del contrato hasta mayo del 2018.

### **3. Metodología de evaluación**

La metodología se basó en las preguntas y criterios establecidos en los Términos de Referencia y desarrollados en el Producto 1 durante la primera etapa del proceso de evaluación. La metodología propuesta en dicho informe se encuentra en el Anexo 6.

La evaluación tuvo cuatro etapas: inicio (preparación), recopilación de información cuantitativa y cualitativa, análisis de datos y elaboración de reporte, y por último reuniones de presentación y

---

<sup>6</sup> De acuerdo con lo establecido en los ToRs

<sup>7</sup> En el Anexo 1 se puede encontrar los Términos de Referencia de la evaluación.

validación con los actores involucrados tanto del Ministerio de Salud y Bienestar Social como de ITAIPU y de Unicef.

El objetivo de la primera etapa fue consolidar el enfoque metodológico, valorar los métodos para la evaluación del programa considerando la información disponible, hacer la selección del número de encuestas que se iban a hacer a los funcionarios públicos que estaban relacionados con la ejecución del programa, definir el número de grupos focales y entrevistas a profundidad que se iban a hacer en terreno, definir fuentes de información e iniciar la planificación de los instrumentos a utilizar en la recolección de datos. Esta fase incluyó la realización de dos reuniones con el equipo técnico de Unicef y el equipo técnico de consultoría. La metodología se resume en la matriz de evaluación (Ver Anexo 7).

Sobre esta base, la oficina de Unicef en Paraguay aprobó las visitas de campo que se iban a realizar incluyendo los sitios y el número de grupos focales a realizar. Se definieron así mismo las personas a las cuales se iban a realizar entrevistas a profundidad tanto en Asunción como en Curuguaty y Alto Paraná.

La matriz de evaluación que se implementó durante la evaluación, tuvo el fin contar con elementos que garanticen: 1) Una variedad de fuentes que faciliten una adecuada triangulación utilizando información cualitativa y cuantitativa; 2) Una diversidad de herramientas de recolección de datos y de información; y 3) Establecer, en base a la información disponible, recomendaciones para mejorar la implementación del programa.

*Tabla 3: Estructura de la matriz de evaluación*

| Criterios de evaluación   | Temas/preguntas   | Preguntas específicas   | Fuentes de información; modalidades de recolección  | Tipo de                        |
|---|---|---|---|--------------------------------|
| Resultados, Relevancia, Eficiencia, Efectividad, Sostenibilidad | Criterios de evaluación (resultados, relevancia, eficiencia, efectividad, | Preguntas específicas tomadas de los Términos de Referencia, así como | UNICEF, representantes de los gobiernos nacional, departamental y distrital, usuarios/as, | Tipo de instrumento utilizado. |



| Criterios de evaluación | Temas/preguntas  | Preguntas específicas  | Fuentes de información; modalidades de recolección   | Tipo |
|-------------------------|--|--|--|------|
|                         | sostenibilidad) así como cualquier otro aspecto específico identificado durante la fase inicial. | asuntos/temas adicionales que surjan del análisis documental, entrevistas e indicadores disponibles. | informantes claves, etc.,<br>Análisis documental.<br>Entrevistas semiestructuradas.<br>Encuestas |      |

### 3.1. Recolección de datos

Entre el 7 de marzo y el 13 de marzo de 2018, cinco<sup>8</sup> integrantes del equipo de evaluación realizaron grupos focales y entrevistaron a personas que han sido parte del proyecto desde las instituciones públicas. Las entrevistas a profundidad se realizaron en Alto Paraná, Curuguaty y Asunción en el Ministerio de Salud y Bienestar Social y en Itaipu. Se realizaron así mismo los grupos focales, en los lugares que fueron discutidos y aprobados por la oficina de Unicef en Paraguay.

#### 3.1.1. Entrevistas y grupos focales

En la etapa de levantamiento de información, el equipo técnico realizó 49 entrevistas a profundidad y 5 grupos focales, tanto en Asunción como en las zonas de implementación del proyecto. La distribución se realizó de acuerdo al siguiente cuadro<sup>9</sup>:

Tabla 4: Tipo de levantamiento de información cualitativa

| Departamento | Distrito | Tipo de levantamiento      |                          |           |         |
|--------------|----------|----------------------------|--------------------------|-----------|---------|
|              |          | Grupo focal                | Entrevista a profundidad |           |         |
|              |          | Madres y padres de familia | Hospitales*              | MSP y BS* | ITAIPU* |
|              |          |                            |                          |           |         |

<sup>8</sup> El equipo incluyó un consultor local como apoyo para la realización del trabajo.

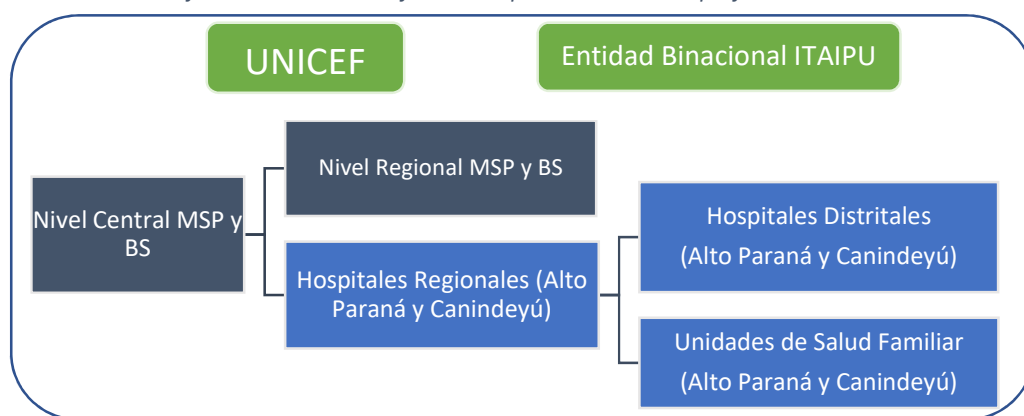
<sup>9</sup> En el Anexo 7 se encuentra un detalle del número y porcentaje de participantes de los grupos focales y entrevistas a profundidad desagregado por género.

|              |                   |          |           |           |
|--------------|-------------------|----------|-----------|-----------|
| Asunción     |                   |          | 15        | 2         |
|              | Ciudad del Este   |          | 4         | 4         |
|              | Hernandarias      | 2        | 3         | 2         |
| Alto Paraná  | Presidente Franco |          | 6         | 2         |
|              | Minga Guazú       | 1        | 2         |           |
|              | Salto del Guairá  | 1        | 3         | 2         |
| Canindeyú    | Curuguaty         | 1        | 4         |           |
| <b>Total</b> |                   | <b>5</b> | <b>22</b> | <b>25</b> |

El formato utilizado fueron las entrevistas semiestructuradas, con algunas variaciones en función del tema y del funcionario a quien se realizaba la entrevista. Las mismas fueron aplicadas a las personas relacionados con la ejecución del programa tanto a nivel central como en el territorio. En el levantamiento de la información se hizo especial énfasis en el levantamiento de información de los responsables en Unidades de Salud Familiar y en los hospitales.

Como muestra el gráfico siguiente, las entrevistas se realizaron a funcionarios del MSP y BS y de la EBI, que se encuentran vinculados o tiene participación directa en el programa y los proyectos. Las mismas se efectuaron tanto en nivel central, como en el nivel regional y a nivel distrital.

Gráfico 16: Fuentes de información para entrevistas a profundidad



Elaboración : Equipo consultor

El objetivo principal de este instrumento<sup>10</sup> fue evaluar el conocimiento de quienes implementan el programa, de las diferentes fases del programa, tanto la de preparación como la de implementación

<sup>10</sup> Las preguntas de evaluación del instrumento se pueden encontrar en el Anexo No 8

en el territorio. Se exploró, además, la aplicación del enfoque de género durante la implementación y la sostenibilidad del proceso, desde su percepción.

En el caso de las madres usuarias de los servicios se hicieron grupos focales centrados en el efecto de las intervenciones del programa en la vida de los participantes (mujeres en periodo de gestación, las madres y padres de niños y niñas menores de cinco años ) y en su conocimiento y acceso a los servicios previstos. En el caso de madres menores de edad, los facilitadores realizaron un trabajo adicional para indagar sobre su contexto y sobre el acceso a los servicios sobre todo de las Unidades de Salud Familiar.

Para llevar a cabo se utilizó una guía de indagación<sup>11</sup> que constaba de una exploración inicial de los participantes y la evaluación general del programa con sus tres proyectos que lo integran. Para el levantamiento de estos, el equipo de Unicef propuso ocho lugares de aplicación. El equipo técnico de evaluación, considerando el alcance de la misma y la agenda establecida para la realización de la visita de campo, sugirió que en dos ciudades se realice únicamente un grupo focal, con lo cual el número total de grupos focales a realizarse sería de seis. La selección de territorios para los grupos focales sería la siguiente<sup>12</sup>:

*Tabla 5: USF para grupos focales*

| Lugares de aplicación | USF               |
|-----------------------|-------------------|
| Ciudad del Este       | USF Santa Ana     |
| Hernandarias          | USF San Francisco |
| Presidente Franco     | USF Codeco        |
| Minga Guazú           | USF Comuneros     |
| Salto del Guairá      | USF Colonia       |
| Curuguaty             | USF Fortuna       |

Elaboración: Equipo consultor

Sin embargo, una vez se realizó la visita a los territorios seleccionados, el equipo evaluador tuvo dificultades ya que, en algunos casos, no se había confirmado la convocatoria, por lo que la conformación del grupo se hizo el momento en que se llegó a las Unidades de Salud Familiar<sup>13</sup>.

<sup>11</sup> La guía de los grupos focales con madres y padres se puede encontrar en el Anexo No 9

<sup>12</sup> La misma buscó representatividad en los dos departamentos. Se hizo énfasis en incluir población indígena (USF Fortuna), población rural y población urbana, para contrastar las diferentes percepciones.

<sup>13</sup> En el caso del grupo focal de la USF de Hernandarias, en el día programado para el levantamiento de la información, se había organizado un encuentro de madres de la zona pertenecientes a varias USFs en el Hospital

Todas las particularidades de la visita de campo fueron comunicadas oportunamente al responsable técnico de UNICEF. En todos los casos, el equipo técnico de evaluación buscó mantener la independencia de criterios en relación con el proceso de evaluación.

### **3.1.2. Revisión documental**

La lista completa de los materiales utilizados consta en el Anexo 4. Se analizaron como parte del proceso, los documentos del proyecto, los documentos e informes institucionales de UNICEF, informes de avance y presupuestarios de los proyectos, fuentes secundarios (políticas públicas, marco normativo, publicaciones de UNICEF y/o de sus socios y aliados en Maternidad Segura y Centrada en la Familia), así como estudios e informes elaborados por participantes, socios ejecutores, aliados estratégicos (incluyendo todos los niveles de gobierno), profesionales de UNICEF e informantes externos sobre todo para la evaluación de la situación (CONE). El análisis documental se realizó durante las distintas etapas de la evaluación. En el caso de los documentos propios del proyecto, Para esto metodológicamente, se optó por utilizar una matriz de evaluación<sup>14</sup> de la documentación del proyecto.

La misma se organiza para cada una de las fases del ciclo de proyectos: diagnóstico y diseño, presupuesto, implementación, monitoreo y evaluación.

Se realizaron revisiones independientes por cada uno de los evaluadores<sup>15</sup> por separado. Para establecer una medida comparable, se definió una matriz de calificación de acuerdo con cada ítem de análisis. A continuación, se presenta los valores de los ponderadores y las definiciones del Nivel de Cumplimiento de los requisitos de calidad de los documentos revisados<sup>16</sup>.

---

Distrital, por lo que, se pudieron realizar dos grupos focales en este distrito. Dado que las madres venían de varias USFs, se pudo garantizar que la selección de las participantes sea aleatoria y voluntaria. En el caso del grupo focal de Ciudad del Este en la USF Santa Ana no se realizó porque no hubo la convocatoria y en el caso de la USF Codeco ocurrió lo mismo. En los dos casos, sin embargo, se optó por llevar a cabo entrevistas a profundidad al personal que atendía. Con respecto a los grupos focales del Departamento de Canindeyú se realizaron los dos que se habían planificado en las USF.

<sup>14</sup> El formato de la matriz utilizada se puede encontrar en el Anexo No 5

<sup>15</sup> El equipo técnico tiene tres evaluadores independientes: Econ. Diego Martínez, Econ. Ana Lucía Badillo y Econ. Luis Castro.

<sup>16</sup> El proceso de definición de las calificaciones es discrecional y corresponde a un esfuerzo del equipo técnico por contar con una medida comparable. Para el mismo se utilizó prácticas usualmente utilizadas para la construcción de indicadores.

*Tabla 6: Criterios de evaluación documental*

| Ponderación | Nivel de cumplimiento | Definiciones del Nivel de Cumplimiento de los requisitos de calidad  |
|-------------|-----------------------|--|
| 0           | No cumple             | El proceso no está implementado, ni existe documentación de respaldo   |
| 0,2         | Insuficiente          | El proceso no está implementado y la documentación es parcial/ El proceso esta implementado parcialmente y no existe documentación     |
| 0,4         | Deficiente            | El proceso esta implementado parcialmente y la documentación es parcial/ El proceso no está implementado y cumple con la documentación |
| 0,6         | Regular               | El proceso esta implementado parcialmente y cumple con la documentación / El proceso esta implementado y no existe documentación       |
| 0,8         | Parcial               | El proceso esta implementado y la documentación es parcial   |
| 1           | Cumple                | El proceso esta implementado y cumple con la documentación   |

Elaboración: Equipo consultor

En consistencia con lo anterior, con base a una discusión técnica del equipo consultor, se asignó un ponderador<sup>17</sup> a las cuatro fases del proyecto como se presenta a continuación:

*Tabla 7: Porcentaje de importancia por fase del programa*

| Fase del Proyecto      | Importancia |
|------------------------|-------------|
| Diagnóstico y Diseño   | 30,0%       |
| Presupuesto            | 20,0%       |
| Implementación         | 20,0%       |
| Monitoreo y Evaluación | 30,0%       |

Elaboración: Equipo consultor

A partir de esto y como se explicó, la evaluación documental que se realizó fue elaborada por los tres evaluadores por separado<sup>18</sup>. Lo que se obtuvo fue una calificación de la revisión documental por cada fase del programa y una global que está ponderada con la importancia asignada por el ponderador.

<sup>17</sup> Este porcentaje puede ser discutido y modificado si la contraparte lo cree técnicamente pertinente.

<sup>18</sup> Desde una aproximación operativa y conceptual, los documentos en el sector público son fundamentales para el concepto transparencia y de democracia. La información documentada apoya el trato justo e igual de los ciudadanos. Los ciudadanos tienen derecho a esperar que habrá pruebas documentales confiables y precisas de las decisiones y acciones del gobierno. En este contexto, los documentos que los programas generan, más allá de las percepciones que se creen alrededor de los mismos, deben reflejar la concepción, los avances y los resultados de estos.

### **3.1.3. Encuesta a funcionarios**

Con el fin de poder diagnosticar el nivel de conocimiento del programa y sus objetivos, se realizó una encuesta a los operadores de salud involucrados. En este marco, esta sección plantea los parámetros metodológicos sugeridos para la operación de recolección y análisis de la encuesta. La encuesta al igual que las entrevistas a profundidad, buscaron evaluar el conocimiento de los funcionarios responsables de la implementación del programa, de las actividades, bienes y servicios que deben ser provistos por los mismos.

La herramienta utilizada para la recolección de información de la encuesta fue una boleta en formato web<sup>19</sup> compuesta de 4 secciones, para un total de 15 preguntas<sup>20</sup>.

Los objetivos principales de este ejercicio son:

- Diagnosticar el nivel de conocimiento del personal con el objetivo principal de los proyectos y los indicadores meta, conforme el área de trabajo de los funcionarios públicos.
- Evaluar el nivel de conocimiento del personal sobre las prácticas operacionales del programa.
- Estimar el grado de satisfacción con los procesos, presupuesto y respuesta de la ciudadanía al proyecto.
- Recoger las principales sugerencias con referencia a las prácticas operacionales y metas de los proyectos.
- Generar una base de datos depurada y consistente.
- Analizar los resultados de la encuesta a la luz del manual operacional del programa y las metas alcanzadas por el mismo.

#### **Diseño muestral sugerido**

El diseño estadístico provee la necesidad de especificar una variable pivote de diseño a partir de la cual se construye el diseño muestral y metodología de recolección de la muestra y obtención de resultados. En el caso de la presente encuesta, la unidad de estudio y unidad primaria muestral lo

---

<sup>19</sup> La solicitud de usar este tipo de formato fue sugerida por UNICEF para que los funcionarios puedan acceder desde sus teléfonos inteligentes. Se sugirió así mismo que el tiempo de llenado sea corto para no interrumpir las actividades de los funcionarios.

<sup>20</sup> El instrumento de la encuesta puede encontrarse en el Anexo No 10

constituye el nivel de conocimiento de cada uno de los funcionarios públicos para cada uno de los proyectos en evaluación.

Sin embargo, no se conoce a priori el nivel de conocimiento, por lo que se procede a operativizar este concepto mediante el uso de un barrido por lista. De esta manera se ofrece una vía correcta para inferir en cada caso la conexión de los servidores públicos con la institucionalidad diseñada por la intervención.

Dado que la lista de los servidores públicos que intervienen en el programa es muy corta, se procede a realizar la encuesta a cada uno de ellos.

### **3.2. Análisis de datos**

El Equipo de Evaluación, una vez se realizó la primera revisión documental, consideró necesario utilizar varias fuentes de información, que buscaron contrastar los objetivos de diseño del programa con su implementación efectiva en el territorio. Se buscó identificar elementos que permitan reorientar o fortalecer las estrategias planteadas a futuro, asegurar la sostenibilidad, y determinar en qué medida las acciones desarrolladas han contribuido a alcanzar los resultados previstos.

Para esto la revisión y la triangulación de distintas fuentes de información buscó determinar si existía un conocimiento en los responsables de implementación del programa en los distintos niveles (nacional, departamental y distrital), sobre los objetivos y resultados que se esperaban del mismo, así como de sus estrategias de implementación. Se verificó si estas estrategias conducían a resultados efectivos identificables (positivos y negativos). Se contrastó además, si los participantes o informantes clave y resultados documentados llegaban a conclusiones similares desde distintas perspectivas.

Las fuentes de información para el análisis y la triangulación incluyeron: aportes de grupos focales con madres y padres usuarios del programa, entrevistas a profundidad con responsables institucionales de la implementación del programa en tres niveles (nacional, departamental y distrital), análisis de documentación y la encuesta a funcionarios públicos relacionados al programa.

Así mismo, el EE mantuvo talleres de presentación de los resultados preliminares tanto con autoridades y técnicos del Ministerio de Salud y Bienestar Social como con ITAIPU y el equipo responsable de Unicef Paraguay.

Las diferentes fuentes de información garantizaron insumos diversos y complementarios para la triangulación y el análisis. Las fuentes de información utilizadas durante el análisis fueron las siguientes

- Documentación escrita, incluyendo documento de proyecto, informes de avance, presupuestos, Planes Operativos Anuales, evaluaciones realizadas como parte del ejercicio de implementación; estudios referenciales y evaluaciones centradas sobre todo en Maternidad Segura y Centrada en la Familia. Documentación de fuentes secundarias externas como políticas del país, marco normativo o revisión de fuentes estadísticas oficiales. La información de la revisión documental, se recogió en la matriz de evaluación que se levantó, lo que permitió al equipo evaluador, identificar las áreas con menor información y que requerían de información complementaria a recogerse, a través de otros instrumentos.
- Las entrevistas proporcionaron perspectivas diversas sobre el cómo se habían alcanzado los resultados. Permitieron además evaluar el conocimiento de los objetivos del programa y del modelo aplicado por parte de los implementadores así como la construcción de percepciones sobre la pertinencia de la intervención así como su sostenibilidad.
- Con los grupos focales, se concentró en los resultados finales del programa, en los cuales se esperaban transformaciones sobre todo en el conocimiento y en el acceso a los servicios en mejores condiciones. En estos grupos, se recogió información cualitativa sobre los cambios que habían ocurrido y su apreciación sobre la relevancia de los mismos para sus vidas. Se indagó además, si los usuarios consideraban que el programa y sus acciones, eran pertinentes para su realidad y para su territorio.
- En el caso de las técnicas cuantitativas, se revisaron fuentes secundarias para verificar la evolución de las variables de impacto del programa y se aplicó una encuesta para evaluar el conocimiento de los funcionarios responsables de implementación en el territorio<sup>21</sup>. Este instrumento se basó en el documento y los manuales del proyecto y buscó, mediante un cuestionario cerrado, evaluar el conocimiento y prácticas de implementación del proyecto.

En todos los instrumentos se hizo especial énfasis en el conocimiento de los resultados y los bienes y servicios del programa. Se indagó así mismo la construcción de la información a partir de estos elementos

---

<sup>21</sup> La aplicación de la encuesta y la selección del personal en donde se levantaría (universo), se decidió en conjunto con la oficina de UNICEF Paraguay.



### 3.3. Limitaciones

El presente ejercicio, así como el diseño de los instrumentos de evaluación se asienta fuertemente en la revisión de los documentos que han sido enviados por parte del equipo técnico de UNICEF. En el proceso de evaluación documental, se han identificado limitaciones en relación con los informes de seguimiento y evaluación del proyecto, sobre todo en la generación de información cuantitativa e información del presupuesto. Estas limitaciones han sido consideradas en el diseño de instrumentos, por lo que existe un importante énfasis en la utilización de instrumentos cualitativos.

Por otro lado, y durante el proceso de levantamiento de información en el campo, se hicieron ajustes en relación al número de grupos focales y su ubicación. A criterio del equipo evaluador, no se espera que estos cambios, sean fuente para la generación de sesgos de evaluación.

## 4. Hallazgos

Con el fin de presentar los hallazgos, esta sección está basado en dos fuentes de información; la primera recoge los resultados de la revisión documental, la cual refleja cómo el Programa fue (re) diseñado en sus diferentes etapas, incluyendo la etapa de ejecución. Esta fuente de información hace énfasis en la información generada, tanto para la construcción de indicadores, como para la ejecución del presupuesto. Como se explicó en la aproximación metodológica y en la presentación de los instrumentos, de la revisión documental se obtuvo un índice numérico por cada uno de los evaluadores del equipo de consultoría. A esto se considera el diseño de la política con una perspectiva de “arriba a abajo<sup>22</sup>”.

La segunda fuente de información es de los resultados del trabajo de campo realizado en los departamentos de Canindeyú y Alto Paraná, mediante la aplicación de instrumentos cualitativos. Esta parte circunscribe la perspectiva de los actores en relación con la implementación del programa y su alcance. Aquí se incorporan las percepciones levantadas en entrevistas a profundidad a los actores claves y de los grupos focales a madres y/o padres. Esta parte que contiene cada hallazgo busca que los entrevistados y los participantes en grupos focales se transformen en informantes fuente para

---

<sup>22</sup> El tipo de políticas concebidas e instrumentadas “desde arriba” se denominan así porque son diseñadas por técnicos y funcionarios en oficinas ministeriales, en base a planteamientos teóricos e información secundaria, pero sin un involucramiento real con las problemáticas propias del terreno en el cual han de ser ejecutadas. (Diez, Gutierrez, & Pazzi, 2013)

mejorar la implementación del programa generando una perspectiva “desde abajo<sup>23</sup>”. (Diez, Gutierrez, & Pazzi, 2013)

#### 4.1. Relevancia/Pertinencia

Como se explicó anteriormente, el programa no cuenta con una cadena de resultados (modelo lógico) explícitamente detallada. Si bien este hallazgo está incluido en la categoría de eficiencia, como parte del presente documento, el equipo técnico desarrolló una cadena que ha servido de marco de referencia en el análisis y evaluación.

##### **Hallazgo 1**

***El programa y los proyectos identifican sus objetivos. Sin embargo, tiene una debilidad al presentar de manera clara y coherente, el objetivo de PRIMERA INFANCIA.***

Dentro del programa se encuentran los proyectos NACER y CRECER, los cuales tienen identificados sus objetivos generales (también llamados fines u objetivos de impacto) de manera clara. Se establece además el cambio esperado, así como también los objetivos a nivel de resultados.

Esto no sucede para el proyecto de PRIMERA INFANCIA. La definición del objetivo “Asistencia a la niñez en los primeros años de vida” se acerca más a la descripción de una actividad o un producto que a la definición de un objetivo del proyecto. El mismo, no permite identificar un resultado esperado, una variable de cambio ni el período para que ese cambio se realice.

El ejercicio de plantear objetivos que incluya el cambio esperado se realiza de manera más comprensiva, con la identificación y validación de una cadena de valor. La misma debe permitir la identificación de insumos, actividades, productos que son necesarios para la implementación hasta llegar a los resultados intermedios y al resultado final que va a traducirse en un objetivo.

*Tabla 8: Características de los objetivos de los proyectos*

| Objetivo del Proyecto  | Cambio Esperado | Resultado |
|--|-----------------|-----------|
| <b>Proyecto NACER: reducción de la mortalidad materna y neonatal</b> | Si              | Si        |

---

<sup>23</sup> Las políticas más actuales o recientes presentan una perspectiva “desde abajo” que implica que incorporan en todo el proceso a los actores del territorio, de tal forma que los mismos se transforman en sujetos creadores de la política pública y simultáneamente en objeto de la misma. (Diez, Gutierrez, & Pazzi, 2013)

|  |    |    |
|--|----|----|
| <b>Proyecto CRECER: reducción de la desnutrición en la niñez vulnerable</b>          | Sí | Sí |
| <b>Proyecto PRIMERA INFANCIA: asistencia a la niñez en los primeros años de vida</b> | No | No |

Elaboración: Equipo Consultor

En relación con la revisión documental, los resultados esperados se presentan con diferencias en el documento del diseño. Así, en la de sección de resultados esperados del programa por proyectos (A) se detallan 2 resultados para el proyecto CRECER y 3 resultados para el proyecto PRIMERA INFANCIA. Por otro lado, en la sección donde detalla las actividades por resultados (B) se establece 3 para el proyecto CRECER y 2 para el proyecto PRIMERA INFANCIA. A continuación, se presenta un cuadro con las diferencias.

*Tabla 9: Resultados de los proyectos por sección del documento del diseño del programa*  
Resultados sección (A) Resultados sección (B)

PROYECTO 1 NACER:

**1) Se ha fortalecido el compromiso político y la capacidad local para el cuidado de la salud materna-neonatal**

**2) 80 % de los servicios de salud acreditan como Maternidades Seguras;**

**3) Los Servicios de Salud y el Nivel Central del MSPyBS realizan monitoreo continuo de calidad empleando la metodología MORES (Monitoreo de Resultados para la Equidad con énfasis en los cuellos de botella de los determinantes de los problemas detectados);**

**4) Mejora la demanda oportuna de las embarazadas y recién nacidos a los servicios de salud mediante la promoción de la importancia del control prenatal, la atención institucional del parto y del Recién Nacido.**

Incluye los mismos 4 resultados con sus actividades detalladas para cada uno

PROYECTO 2 CRECER:

**1) Quedan fortalecidas las USF y toda la RISS (Red Integrada de Servicios de Salud) para la captación de niños y embarazadas con desnutrición.**

**2) Las comunidades conocen los derechos a alimentación complementaria y mejora la adherencia al PANI (Programa Alimentario Nacional Integral);**

Aumenta un tercer resultado con sus actividades correspondientes:

3) Sistema de Análisis y Monitoreo de Resultados (MoRES) del Programa Alimentario Nutricional Integral implementado.

### PROYECTO 3 PRIMERA INFANCIA:

**1) Mejora la capacidad local para ofrecer acceso a sistemas de protección del niño y de la niña, que previenen la violencia, abandono y crianza inadecuada;**

Elimina el tercer resultado y por ende no incluye el detalle de las actividades:

**2) Respuesta mejorada a la protección y crianza del niño en su entorno familiar y;**

3) Se fortalece el registro de nacimiento en la RISS.

**3) Se fortalece el registro de nacimiento en la RISS.**

Elaboración: Equipo Consultor

#### **Hallazgo 2**

***Los implementadores y los usuarios no conocen todos los objetivos del programa.***

Con respecto al conocimiento de los objetivos del programa de los actores involucrados, en el levantamiento de campo se pudo apreciar que la gran mayoría de entrevistados saben que el objetivo principal es la reducción de la mortalidad materna y neonatal. En los relatos de los responsables en USF, hospitales y Ministerio de Salud, existe coincidencia. Sin embargo, existe poco conocimiento de la acción del programa en nutrición y desarrollo infantil.

*"...justamente era apuntar a una disminución de las muertes maternas y neonatales, sobre todas las cosas, apuntando también a la seguridad del niño y de la madre desde la primera consulta prenatal, pasando por la nutrición, inclusive que es un aspecto muy importante de nuestros pacientes, hasta la resolución del embarazo y el nacimiento del niño y los primeros cuidados..."*. Asunción / Directora de la DGPS - MSP

*"...desde este gobierno en el año 2013, ellos comenzaron a fortalecer más en conjunto con UNICEF, justamente por el tema de cero muertes evitables ya sea materno-infantiles, ellos vinieron desde que inició este proyecto, estuvieron con nosotros en el hospital y el apoyo siempre fue constante..."*. Región Sanitaria / Director del Hospital Regional Ciudad del Este.

*"Es disminuir la mortalidad neonatal y materna. La forma de intervenir es realizando cursos para que todos nosotros los profesionales ya sean médicos, licenciadas y todos los que estamos en contacto con las madres y con los niños y podamos tener conocimiento sobre lo que puede aportar la lactancia en la disminución de la mortalidad..."*. Hernandarias / Encargada de la sala de Neonatología.

*"[...] el objetivo del programa UNICEF era de hacer el primer contacto del niño piel a piel con la madre, el programa fue diseñado para disminuir la muerte materna e infantil, y para apoyar el apego precoz, la lactancia materna..."*. Salto de Guaira / Pediatra de Guardia Hospital Regional Salto del Guaira.

#### **Hallazgo 3**

***Los objetivos del programa se ajustan a los objetivos de política pública del país***

Como lo muestra la tabla siguiente, el programa y sus proyectos se articulan con varias Leyes, Planes, Códigos y compromisos presidenciales que amparan la implementación de la iniciativa. Es importante que la legislación ampare el acceso a los derechos que tienen las madres, padres, familias embarazadas y los niños/as desde el primer día de gestación. La normativa de Paraguay promueve estos derechos desde su Constitución hasta la última Ley N° 7550 de agosto de 2017 en la que se extiende el permiso de reposo de las madres y los padres garantizando a las trabajadoras el derecho a usar el permiso por maternidad, que abarca desde el periodo prenatal, el nacimiento y el postnatal con el objetivo de permitir que la gravidez, el parto, la recuperación y el reposo de la madre tras el parto aseguren su función procreadora sin comprometer su estabilidad económica y laboral. (Diario Ultima Hora, 2017)

El programa y los proyectos se articula con las siguientes leyes y normativa:

*Tabla 10: Normativa en los que se alinea el programa*

| Normativa   | Descripción  |
|---|--|
| <p>CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DE PARAGUAY</p> <p>Fecha de publicación: 20-06-1992</p>   | <p><b>Artículo 61</b> - De la planificación familiar y de la salud materno infantil: El Estado reconoce el derecho de las personas a decidir libre y responsablemente el número y la frecuencia del nacimiento de sus hijos, así como a recibir, en coordinación con los organismos pertinentes educación, orientación científica y servicios adecuados, en la materia. Se establecerán planes especiales de salud reproductiva y salud materno infantil para la población de escasos recursos.</p> <p><b>Art.15.</b>- Las personas por nacer tienen derecho a ser protegidos por el Estado, en su vida y en su salud, desde su concepción.</p>  |
| <p>LEY N° 836 DE CODIGO SANITARIO</p> <p>Fecha de Promulgación: 04-12-1980<br/>Fecha de Publicación: 15-12-1980</p>                                     | <p><b>Art.16.</b>- Durante la gestación la protección de la salud comprenderá a la madre y al ser en gestación como unidad biológica.</p> <p><b>Art.21.</b>- Es obligación y derecho de los progenitores el cuidado de su salud y la de su hijo desde el inicio de la gestación.</p> <p><b>Art.22.</b>- El Estado por su parte, protegerá y asistirá sanitariamente al niño desde su concepción hasta la mayoría de edad.</p> <p><b>Art.23.</b>- Es responsabilidad de los establecimientos que presten atención obstétrica y pediátrica la identificación, el cuidado, la seguridad y la custodia del recién nacido mientras dure la internación de la madre o del lactante.</p>                                    |
| <p>LEY N° 1.478 DE COMERCIALIZACIÓN DE SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA</p> <p>Fecha de Promulgación: 08-11-1999<br/>Fecha de Publicación: 11-11-1999</p> | <p><b>Artículo 10.</b>- Los materiales informativos y educativos impresos, auditivos o visuales, acerca de la alimentación infantil (lactancia materna exclusiva)</p> <p><b>Artículo 16.</b>- Los centros asistenciales del país, las gobernaciones y las municipalidades deberán adoptar las acciones necesarias para fomentar y proteger la lactancia materna, poniendo en práctica los principios de la presente ley y proporcionando a los agentes de salud las informaciones necesarias y adecuadas.</p> <p><b>Artículo 18.</b>- Los agentes de salud deberán capacitarse permanentemente, apoyar, fomentar y proteger la lactancia materna, a fin de eliminar todas las prácticas que dificulten la misma.</p> |

**Eje estratégico 1.** Reducción de pobreza y desarrollo social: Dignidad, bienestar, libertades y oportunidades para todas las personas, con enfoque intercultural, intergeneracional y de género.

**Estrategia 1.1:** Desarrollo social equitativo

**Objetivos:**

- Plan Nacional de Desarrollo de Paraguay 2030
- Universalizar el acceso al derecho a la identidad de las personas en el país.
  - **Reducir en 90% la desnutrición crónica infantil** (porcentaje de niños y niñas <5 años con retardo de altura para la edad), con énfasis en grupos vulnerables.
  - **Reducir en 75% la mortalidad materna** (muertes/100.000 nacidos vivos).
  - **Reducir en 70% la mortalidad neonatal e infantil** (muertes/1.000 nacidos vivos), con énfasis en grupos vulnerables.
  - Universalizar la educación preescolar.

PLAN NACIONAL DE DESARROLLO INTEGRAL DE LA PRIMERA INFANCIA

Fecha de publicación: Julio 2011

LEY N° 4.313 DE ASEGURAMIENTO PRESUPUESTARIO DE LOS PROGRAMAS DE SALUD REPRODUCTIVA

Fecha de Promulgación: 13-05-2011  
Fecha de Publicación: 18-05-2011

LEY N° 4.698 DE LA GARANTÍA NUTRICIONAL EN LA PRIMERA INFANCIA.

Fecha de promulgación: 16 - 08 - 2012

20 COMPROMISOS PARA MEJORAR LA SITUACIÓN DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

Fecha de promulgación: agosto 2013

LEY N° 7550 DE PROMOCIÓN, PROTECCIÓN DE LA MATERNIDAD Y APOYO A LA LACTANCIA MATERNA

Fecha de publicación: 8 - 08 - 2017

Se consideran fundamentales los controles prenatales de las embarazadas; la atención al parto; la salud del recién nacido; la alimentación y nutrición mediante la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, como mínimo. La salud, alimentación, nutrición de la madre. La vigilancia del crecimiento y del desarrollo. La asistencia pediátrica y las vacunaciones (derecho a la salud materno-infantil). El vínculo madre-hijo y la estimulación infantil. El trato y el ambiente familiar afectuoso, y la expresión infantil y su motricidad. También, es fundamental el nombre y registro del recién nacido. El certificado de nacido vivo emitido por el centro asistencial, y la inscripción en el Registro Civil.

**Art.3.-** Toda mujer tiene derecho a recibir en forma gratuita el Kit de Parto y los insumos de Planificación Familiar, de acuerdo con su elección voluntaria e informada.

**Art.1.-** Garantizar la prevención, asistencia y control de la desnutrición de todos los niños y niñas menores de cinco años, así como de las mujeres embarazadas a partir del tercer mes de gestación hasta los primeros seis meses después del parto, que se encuentren en situación de pobreza, bajo peso, desnutrición o cualquier situación de vulnerabilidad nutricional en toda la República del Paraguay

**6.** Disminuir la mortalidad materno-infantil, especialmente la mortalidad neonatal, aumentando la inversión de manera focalizada en las áreas de mayor mortalidad, la extensión de la gratuidad y el fortalecimiento de las Redes Integradas de los Servicios de Salud.

**16.** Primera Infancia: Implementar efectiva y articuladamente el Plan de Primera Infancia, para ofrecer salud, nutrición, protección y educación en las primeras edades de la vida.

**Art.4.-** Se garantiza a las trabajadoras el derecho a usufructuar el permiso por maternidad, que abarca desde el periodo prenatal, el nacimiento y el postnatal, a fin de permitir que, la gravidez, el parto, la recuperación y el reposo de la madre tras el parto, aseguren su función procreadora sin comprometer su estabilidad económica y laboral.

**Art.14.-** el padre tendrá derecho a un permiso remunerado con cargo al empleador durante catorce ( 14) días corridos e ininterrumpidos en caso de nacimiento del niño o niña, el que podrá utilizar desde el momento del parto.

Fuente: Elaboración propia en base a (Convención Nacional Constituyente, 1992), (Legislación Paraguaya, 1980), (Congreso de la Nación Paraguaya, 1999), (Presidencia de la República de Paraguay y Unicef - Paraguay, 2011), (Congreso de la Nación Paraguaya, 2011), (Congreso de la Nación Paraguaya, 2012), (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2013) , (Presidencia de la República de Paraguay, 2017)

De las entrevistas a profundidad en el MSP y BS se coteja además que el programa está alineado con los lineamientos de política pública del país:

*"...Si se alinean en toda nuestra área porque la prioridad que nosotros tenemos es desarrollar las habilidades en lo que es el personal en el componente de la promoción de la salud es darle una herramienta a un referente a las unidades de salud de la familia, porque a ellos son los que trabajan en comunidades, ellos son los actores sociales y los líderes que para nosotros tiene una gran fortaleza y han logrado el objetivo de este proyecto...". Asunción / Directora General Promoción y Salud MSPYBS.*

"...El Ministerio de salud y los objetivos de la Unicef creo que está yendo paralelamente porque los dos tienen un objetivo común el bienestar de las embarazadas [...] El plan de la unidad de salud a la familia tiene una guía de trabajo y eso se ajusta a lo que es del objetivo de la Unicef, es decir, lo que pide el programa de Unicef con el protocolo del Ministerio de salud van paralelos a los objetivos..." Curuguay / Director Hospital Distrital.

"...Se ajusta, de hecho, nosotros utilizando ese mismo trabajo de las dos regiones, para otras regiones que no están dentro del proyecto, a las regiones que estamos bajando..." Directora MSP y BS.

#### **Hallazgo 4**

**La estrategia de implementación que tuvo el diseño del Programa en el territorio es conocida más a nivel central que en el subnacional.**

La estrategia central del programa que se encuentra definida en el documento de diseño es el apoyo a intervenciones con enfoque intercultural, de igualdad de género y de derechos de la mujer y del niño. Otras estrategias que se incluyen para la ejecución del programa son:

|   |
|---|
| a. Compromiso político del más alto nivel que involucre a las autoridades del Gobierno Nacional y gobiernos subnacionales;  |
| b. Fortalecimiento del entorno político y social;   |
| c. Enfoque de ciclo de vida;  |
| d. Desarrollo de la capacidad institucional del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS), de la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS) y del Ministerio de Justicia y Trabajo (MJT); |
| e. Información, comunicación social para el desarrollo y participación de la comunidad;   |
| f. Planificación y gestión basada en resultados. (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2016)  |

En general en el MSP y BS, la mayoría de las personas entrevistadas, conocen la estrategia porque han estado participando desde un inicio en el diseño y ejecución del programa. Sin embargo, no ocurre lo mismo con el personal que trabaja en territorio como médicos u obstetras de hospitales o USFs. Estos últimos no tienen un conocimiento de las estrategias utilizadas<sup>24</sup> y mencionan como estrategia del programa, a las tareas en las que han participado.

"...fue buena la estrategia, porque se inició desde la base, se inició desde la abogacía, entonces se llegó a tener el apoyo inclusive de la gente departamental, la autoridad de cada región sanitaria entonces ahí empezaba el apoyo para el proyecto se puede llevar a cabo...". Asunción / Directora de la DGPS – MSPyBS.

<sup>24</sup>Esto se da sobre todo por la rotación del personal. No todos han participado en el programa desde su inicio

*"...Se hizo una investigación que tenía que ser la base para implementación de las acciones, se hizo un sondeo rápido que se llama sondeo rápido para evaluar los conocimientos de la población respecto a la salud materna infantil en el marco de Nacer, Crecer y Primera Infancia en Alto Paraná y Canindeyú...". Asunción /Directora General Promoción y Salud MSPyBS.*

*"...Abarca más a la familia, entonces vimos que durante la consulta lo que me refiere algunas UFS que ya vieron interés en la familia, no sólo que la madre viene embarazada hacer su control prenatal y ahora tenemos acompañamiento familiar y posterior a eso tienen un seguimiento de todo el desarrollo de su hijo que recién nació, tiene un seguimiento no sólo en la parte de salud sino también en la inclusión social...". Salto del Guaira, Hospital Regional.*

#### **Hallazgo 5**

***El programa y los proyectos identifican parcialmente los cambios esperados con los plazos respectivos y la población beneficiaria***

El programa y los proyectos en los documentos tienen identificados indicadores de impacto y de resultados que describen los cambios esperados y sus plazos. Para los indicadores de impacto las metas se establecen para el 2018, y para los indicadores de resultados se establecen metas anuales desde el 2014 hasta el 2018. Si bien se cuenta con los indicadores de impacto de los proyectos, solo el proyecto NACER cuenta con datos de línea base y ninguno de los indicadores de resultados cuentan con línea base.

Con respecto a la población beneficiaria, el programa la describe brevemente, sin embargo, no delimita ni cuantifica su población objetivo.

Durante la realización de la presente evaluación y una vez revisadas las fuentes de información primaria y secundaria, no fue posible levantar información adicional. No existe evidencia de que el programa levante sistemáticamente información adicional, sobre todo de los indicadores de resultados.

#### **Hallazgo 6**

***El diseño del programa y los proyectos no se encuentra basado en un conjunto actualizado y exhaustivo de evidencias***



La sección de diagnóstico del programa en el documento de diseño es reducida. Si bien presenta un análisis de las causas/determinantes de la mortalidad materna e infantil, este necesitaría ser más exhaustivo, y contar con un análisis de riesgos y necesidades.

Con respecto a las evidencias, si bien el Programa fue diseñado con base a intervenciones de UNICEF en otros países (i. e Argentina) no presenta un caso sistematizado como evidencia de éxito, ni incluye estudios empíricos de respaldo en relación a la decisión de incluir las actividades y los productos.

Por otro lado, los datos de mortalidad materna y neonatal que sirven para la justificación del programa no especifican las fuentes de información utilizadas ni el año al que corresponden. Al comparar los datos de mortalidad presentados con las estadísticas oficiales del MSP y BS (Indicadores Básicos de Salud 2013) se puede observar que los datos de mortalidad corresponden a cifras del año 2011, que serían las estadísticas más actualizadas posibles al momento del diseño del programa.

En lo referente a la desnutrición infantil y primera infancia el diagnóstico es limitado. No se presentan datos de desnutrición para ningún departamento, ni sus determinantes, y para primera infancia no se cuenta con ningún indicador ni análisis.

#### ***Hallazgo 7***

***En la fase de monitoreo y evaluación hay una deficiente utilización sistemática de la información de monitoreo y evaluación del programa y los proyectos para actualizar/modificar el diseño del programa y efectuar ajustes en la ejecución***

De la revisión documental no se puede observar que la información de monitoreo, línea base y evaluación hayan servido para actualizar/modificar el diseño original del programa. No existe, por ejemplo, un documento de proyecto actualizado después del levantamiento de las líneas bases de las CONE y CAP.

*"...En lo que respecta a monitoreo y evaluación es algo como quien dice la pata rota de la mesa para nosotros, es sumamente importante que lo podamos hacer, porque es lo que nos ayudaría a ver y a definir cuales sería el rumbo que tendríamos que tomar con respecto, las decisiones que tendríamos que tomar qué línea como mejoramos, por eso, tampoco contamos con los recursos humanos para poder hacer desde el ministerio la evaluación...". Asunción / Directora de la DGPS – MSPyBS*

Más adelante se describe lo que el sistema de Información Georeferenciada permite realizar en el territorio.

De las visitas realizadas sobre todos a las USF y los hospitales, se desprende que la información sobre los resultados del programa medida en productos y bienes y servicios provistos, es limitada

### **Hallazgo 8**

***Las personas entrevistadas reconocen la importancia del programa en proveer infraestructura, equipamiento y capacitación. Existe un sesgo hacia el reconocimiento del programa como proveedor de insumos.***

Con la revisión de los informes semestrales del programa, se puede verificar que los insumos que más trascienden en la ejecución del programa son la capacitación, la dotación de infraestructura y la de equipamiento. Este hecho es consistente con las percepciones encontradas en las entrevistas a profundidad realizadas. Es clara la relación del programa, con la dotación de infraestructura y equipamiento sobre todo en los hospitales.

*"...unas de las más importantes son los albergues que se pudo llevar a cabo mediante el proyecto [...] eso por ejemplo para nosotros fue fundamental porque como ven las instancias del país hacen que estos pacientes pueden tener acceso fácil en un momento una emergencia...". Asunción / Directora de la DGPS - MSPyBS*

*"...era necesario mejorar la dotación de equipamientos porque estamos hablando de equipamientos obsoletos, instrumentales con vida útil cumplida, entonces como hablábamos de calidad del recurso humano también se sentía motivado al ver que se iba acompañando en todos los procesos, [...] por ejemplo: camas de parto se tuvo que adecuar la sala de parto que era urgente hacerlo, entonces eso motivaba no solamente al prestador sino también al usuario final, el proyecto fue determinante porque nosotros como ministerio Tenemos muchos problemas de orden presupuestario para el mantenimiento, para adquisiciones de este tipo instrumental..." Asunción / Directora de la Dirección Nacional de Obstetricia - MSP Y BS.*

*"...Dentro de las actividades eran fortalecer los servicios de salud y dentro de ese fortalecimiento estaba el equipamiento de los servicios de salud y justamente la capacitación del funcionario es decir el personal de salud que está a cargo del servicio, entonces se llevaron actividades de capacitación". Asunción / Director Interino de la Dirección Nutrición de Programas Alimentarios*

*"...Por ejemplo, el traje de anti shock, sé que en un caso se pudo utilizar y se pudo salvar a la paciente, el equipo de ecógrafo, yo sí utilice en varias oportunidades, el equipo de ecosonido también creo que se donaron, y cuando no podía escuchar el latido utilizaba de estos equipos para constatar vitalidad o realizar ecografía, la cama que es más cómoda para la paciente, es más eficaz para hacer el trabajo de parto [...] con el ecógrafo, por ejemplo, se evita el hecho de que no haya un lugar donde conseguir una ecografía, porque acá en Franco hay un solo lugar en donde se hacen ecografías, todos tienen que irse a Ciudad del Este a conseguir ecografías...".* Presidente Franco / Jefe de Ginecología y Obstetricia Hospital Presidente Franco

*"...lo que nos ayudó a equiparnos, nosotros no teníamos un área código rojo, ahora contamos con el área de código rojo gracias a Unicef que nos entregó los equipamientos para los riesgos de la mujer embarazada, que sí, varias veces llegamos a utilizar, gracias a eso, porque también se diseñó como una estructura regional de la forma de derivar al paciente y en sí varias madres se salvaron..."* Presidente Franco / Director Distrital Hospital Presidente Franco.

Más allá del reconocimiento de los objetivos del programa y de los insumos provisto por el mismo, no se mencionan, en las entrevistas a profundidad los productos o los resultados intermedios esperados.

#### **Hallazgo 9**

***La implementación tiene una valoración positiva, sobre todo entre las madres y obstetras de la USF, lo cual es fundamental para el mejoramiento del servicio de atención de controles pre-natales.***

De la visita de campo se pudo constatar, que las obstetras cumplen un rol central, sobre todo cuando se trata de que los productos planificados como iniciativa del programa, se cumplan. La importancia de estos actores se da porque son los que tienen la mayor cercanía con la mujer embarazada o la que ya es madre. Esto ha generado relaciones de confianza sobre todo en las USF. Esta percepción fue consistente en todos los grupos focales levantados.

En los grupos focales realizados las madres mencionaron que la confianza la depositan en la obstetra porque les ayudan en todo lo que necesitan o en lo que no tienen conocimiento; se trata de una relación más horizontal y personalizada. Varias madres mencionaron que preferirían que los nacimientos se hagan en las USF con las obstetras.

*Al momento del parto en el hospital yo tuve una mala experiencia porque tuve a la una de la mañana dolor hasta las 8:00 de la mañana ningún doctor o doctora me atendieron y así amanecí con dolor y no me pusieron nada de remedios, de mi parte yo dije nunca más voy allá por el dolor que pase y ya tuve sangrado y aun así no me atendieron en el hospital. Saltos del Guairá / Grupo Focal Departamento de Canindeyú /USF Colonia.*

*[...] En la Unidad de salud se atiende más rápido que en el hospital Curuguaty..."*

*[...] no se sienten cómodas en el hospital por el trato porque espero mucho, casi la gente se muere ahí. Dicen que a veces se muere la criatura o la madre. Curuguaty / Grupo Focal Departamento de Canindeyú / USF Fortuna*

*“...Es el primer problema que yo tenía porque no había buena atención, es el primer problema que se venía mi cabeza y por eso empecé a llorar y me desesperé porque tenía que ir muy temprano y hay veces hay Muchos pacientes y eso me pasó embarazos anteriores y después vine y ahora sí está muy bien. Cuando llegó el último caso de mi embarazo le dije a mi marido que Todo cambió y es mejor, y ese era mi miedo por eso espero 4 meses para venir y ahora hice todos mis análisis. Y el lunes va a ser la última consulta con la licenciada.” Hernandarias / Grupo focal Departamento Alto Paraná.*

*La atención, una a veces venía temprano 3 de la madrugada a sacar turno y entregaban todo mal, a veces tenía el turno número 2 y entraba al último, te retan o te dicen cosas por eso yo no quería venir trataban mal. Ya tuve mi bebé hace 10 días pero la primera vez que yo vine me sorprendió la buena atención, porque yo nunca vine acá al hospital, mi prima que vive 7 cuadras de acá me dijo: “No quieres venir atenderte acá a tu bebé buenísimo atención que te atienden acá muy bien porque y bastantes brasileras que realmente te atiende muy bien”, pero un día me sentí mal y vine y ahí me atendieron muy bien todas las enfermeras, encima yo no estoy fichada acá y en otros hospitales no me quisieron atender porque no estoy fichada. Porque lo primero que te preguntan ¿estoy fichada?, y ahí no te van a hacer caso porque no estás fichada Y acá igualmente no están las fichas. Esto es lo que valoré mucho y por eso tuve que venir a tener a mi niño acá y los obstetras aquí son un amor me trataron bien y eso me hicieron sentir muy bien y con el hospital no se compara. Hernandarias / Grupo focal Departamento Alto Paraná.*

*“...En donde yo voy a ser el puesto San Ramón prefiero tener consulta ahí que acá sinceramente porque ahí te da facilidad y hasta ahora ellos te notan y automáticamente te manda para hacer análisis ahí por ejemplo es buenísima atención que te hace yo, ahí es donde me voy a hacer las consultas prenatales, pediátrico, dan remedios te ponen suero. Cada comunidad tiene su puesto de hospital. No es necesario ir como acá a las 6 de la madrugada porque vos llegas y te atiende, si llegas a las 8:00, 11 o 3 de la tarde ellos te atienden y hago control prenatal en mi barrio y me va súper bien porque acá me queda lejos allá me tratan súper bien todo, hay remedios...”Hernandarias / Grupo focal Departamento Alto Paraná.*

A nivel central del MSPyBS también están conscientes de que las obstetras son fundamentales para que los objetivos del programa se logren cumplir.

*[...] “dentro de todos los módulos que tenemos incluimos la parte de humanización porque nosotros hemos visto y se sabe que el ministerio de salud tiene los mejores profesionales, pero el problema está en la calidad atención, la calidez de la atención. Trabaja mucho porque las enfermeras, obstetras tienen que captar pacientes y si no es agradable no va a captar pacientes, o embarazadas en este caso. Se trabaja mucho con ellas para que sean, para que tener una atención, especialmente para la familia”. Asunción / Directora MSP y BS - INEPEO.*

*“Las obstetras son fundamentales para que podamos nosotros realmente cumplir; lo que son ellas, son las que hacen el prenatal, las que están en contacto, ellas son las que llevan el trabajo de parto, acompañan el trabajo de parto”. Asunción / Directora de la DGPS – MSPyBS.*

En los hospitales también existe la percepción de que el mayor trabajo se debe hacer en las USF que son las que están más cerca de las mujeres embarazadas.

*“...sugerir algo, yo no sé si ese proyecto puede irse a las USF o tratar de capacitar más a las USF porque las USF están a lado de la casa de la mamá o de la embarazada que está en problemas, o de la embarazada que no puede llegar al hospital, entonces yo creo que esa gente tiene que estar capacitada para poder asistir a esa mamá o para poder derivarles a un servicio mayor, pero el que no sabe entonces ya no puede hacer muchas cosas...” Presidente Franco / Jefe Pediatría.*

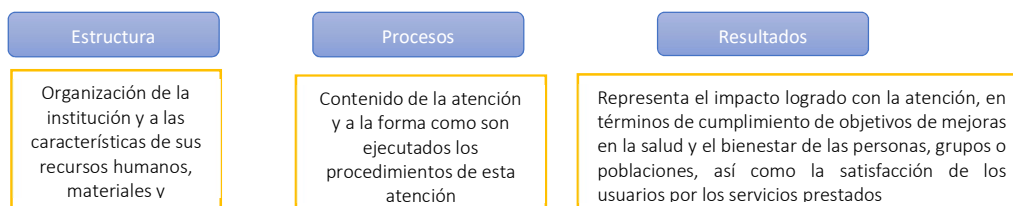
### **Hallazgo 10**

***Es necesario definir un proceso para el uso de los registros levantados en el marco del presente programa.***

La iniciativa de UNICEF buscó hacer un levantamiento del estado de los recursos disponibles (infraestructura, equipos e insumos) en los hospitales en donde se ejecutaba el programa, y compararlos con los estándares existentes para ese tipo de servicios. A partir de esta información cuantitativa, era posible establecer las brechas y coordinar acciones planificadas.

En este contexto el 2014, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, con la cooperación técnica y el apoyo de UNICEF y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) elaboraron el documento normativo que definía los estándares e indicadores de calidad en la atención materna y perinatal considerando la estructura, el proceso y los resultados al que se lo denominó; “Mejoramiento continuo de la calidad de atención materno neonatal. Guía para la organización de los Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE) en la Red Integrada de Servicios de Salud”.

*Gráfico 17: Estándares e indicadores en atención materna y perinatal*



Fuente: (Escobar, 2014)

Elaboración: Equipo Consultor

Para esto se implementó la estrategia CONE que se asienta en el supuesto de que, una proporción de mujeres embarazadas, parturientas y recién nacidos desarrollarán complicaciones obstétricas y

neonatales que en su mayoría no pueden ser prevenidas y por lo tanto necesitan cuidados obstétricos y neonatales esenciales rápidos y de calidad para salvar sus vidas y prevenir morbilidad a largo plazo.

Los CONE son un conjunto de atenciones a las cuales deben tener acceso todas las mujeres embarazadas, puérperas y los recién nacidos, y son fundamentales para salvar las vidas de madres y recién nacidos. Estos cuidados esenciales implican actividades que están relacionadas con la identificación, atención, seguimiento y cuidado en el proceso de la gestación, parto, puerperio y recién nacida/o, de acuerdo al nivel de complejidad de los establecimientos de salud y de acuerdo al rol que cumplen en el sistema de salud local.

Si bien se realizó este levantamiento de línea base, no existe evidencia de que haya un monitoreo que permita contar con una actualización permanente para de esta manera, ajustar la provisión de bienes y servicios, con la demanda efectiva según la población que atienden.

La percepción de los entrevistados es que, si bien el programa les ha ayudado en la dotación de bienes y servicios, todavía tienen necesidades, sobre todo, de equipamiento e infraestructura básicas para que los objetivos se alcancen. Adicionalmente, en la práctica y según las entrevistas, la línea base del CONE se la uso en un inicio y al no tener un monitoreo y actualización, el programa se convierte en un proveedor de la demanda de lo que los directores de hospitales solicitan.

Se desconoce, en las unidades de atención, la forma en que se priorizó y se realizó la distribución de recursos<sup>25</sup>.

*“... porque me veíamos que teníamos muchos inconvenientes en la calidad de la atención y no en la cantidad de la tensión de los controles prenatales donde no había cabida, no había en la parte patológica y ahora hay una buena atención para el CONE que tiene que ver con el cuidado obstétrico y que es para la gerencia de los servicios de salud con una autoevaluación y unos estándares que tiene que ver con seguridad de los pacientes, en los anteriores protocolos CONE era unos documentos que se encargaban de poner el nivel de atención, es decir, estructura del servicio, la atención obstétrica que tiene que tener cada servicio en sus diferentes niveles con una estructura básica en equipamientos e insumos. Pero también esté CONE se lleva de la mano atención y que específicamente nosotros le colocamos como estándares completos y con calidad”. Asución / Coordinadora del Comité Nacional de Vigilancia de la mortalidad materna y neonatal - MSP Y BS*

*“... Yo creo que no llegó todo, de lo que nosotros habíamos pedido tal vez porque nosotros no somos del hospital cabecera entonces va al hospital regional y ellos se encargan de distribuir como ellos les parece que sea más conveniente”. Hernandarias / Sala de Neonatología*

---

<sup>25</sup> De acuerdo a las reuniones de coordinación mantenidas, ésta es una responsabilidad del MSP y BS y no de UNICEF. Sin embargo, en las unidades de atención no existe claridad de la forma en que se realiza la priorización.

*“... Bueno en mi área yo creo que tratamos de hacer todo lo posible, tenemos los insumos, tenemos las jeringas, las vacunas, la servocuna, tenemos todo para el recibimiento, en cuánto les estaba comentando, de repente hay unos neonatos que no salen bien y necesitan terapia, en estos últimos tiempos está colapsadísimo, no tenemos dónde derivar al paciente y hace unos meses una compañera necesito una vez y no consiguió y eso nos dificulta...” Saltos del Guaira / Pediatra de Guardia Hospital Regional Salto del Guaira.*

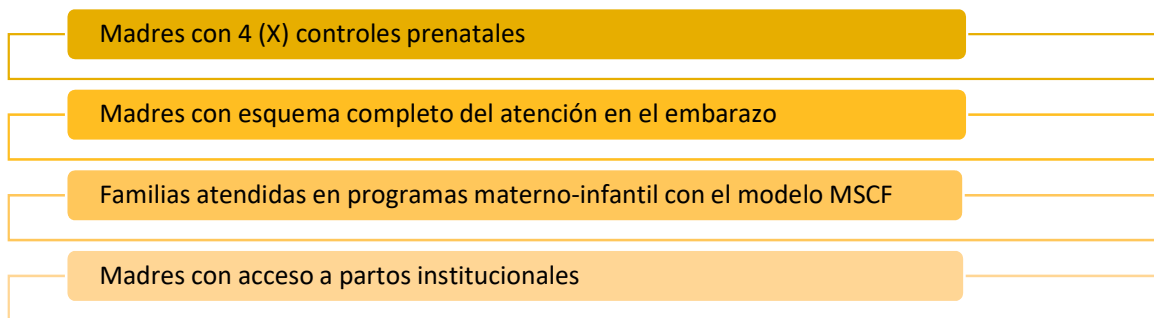
*“... ahora si tuvimos mucha ayuda para la inauguración de esta sala de neonatología, pero sigue faltando por ejemplo más equipos que otra cosa, por ejemplo, nuestra sala de recepción, no tenemos una servocuna para el bebé, nosotros le recibimos a nuestro bebé con una estufita, hasta cierto punto la estufa puede calentar al bebé, pero también puede sobrecalentar, quemar, muchísimas cosas pueden pasar, entonces nuestros bebés no tienen tampoco aparte de una buena asistencia primaria...” Presidente Franco / Jefe de Pediatría.*

### **Hallazgo 11**

***La evidencia encontrada no permite identificar ni monitorear los productos. No es posible levantar información de la producción de estos.***

Como se ha presentado en el documento, el programa no cuenta con una cadena de resultados validada. Esto implica que a pesar de que existe una definición de insumos, actividades y productos, esta no esté necesariamente asociada a los resultados esperados mediante una relación causa. Como se planteó en la parte conceptual, se menciona que los productos son los bienes y/o servicios prestados como resultado de las actividades. En la cadena de valor levantada para el programa por el equipo técnico, con base a la revisión documental, las reuniones de coordinación y la visita de campo, se considera como productos en el área de maternidad, los siguientes:

*Gráfico 18: Ejemplo de productos como resultado de la implementación del programa*



Elaboración: Equipo Consultor

De acuerdo con la documentación con la que cuenta, en el último Plan Operativo Anual (POA 2017), se detallan los productos por cada resultado que se quiere alcanzar como se presenta a continuación:

**Resultado 2 del proyecto: Condiciones obstétricas y neonatales de la RISS de Alto Paraná y Canindeyú mejoradas**

PRODUCTO 2.1 Al menos 4 hospitales inician el proceso de Maternidad Segura y Centrada en la Familia ( según Guía del Manual)  
PRODUCTO 2.2 Al menos 70 % de los recursos humanos de cada Hospital están capacitados en los módulos prioritarios y Pautas de Maternidad Sin Riesgos definidos por la Dirección de Programas: Código Rojo, emergencias obstétricas, ABR, AIEPI neonatal, Preparación Psico profilaxis del parto, Calidad de Control Prenatal, Normas de SSR etc.  
PRODUCTO 2.3 Al menos 60 % de recién nacido en parto domiciliario reciben control dentro de las 48 horas después del nacimiento  
PRODUCTO 2.4 Al 80 % de embarazadas con primer control antes de los 4 meses, 4 controles prenatales y partos institucionales  
PROGRAMA LACTANCIA  
PRODUCTO 2.5 Al menos un hospital Acredita como SSAM  
PROGRAMA PREVENCIÓN VIH SIDA –PROGRAMA PREVENCIÓN DEFECTOS CONGENITOS  
PRODUCTO 2.6 Todos los Hospitales Regionales y distritales y las USF cuentan con personal capacitado, insumos y medicamentos para la prevención de la transmisión vertical VIH –SIDA.  
PRODUCTOS 2.7 Todos los Hospitales Regionales y distritales y las USF cuentan con personal capacitado, insumos para la aplicación del test del piecito y otros de screening neonatal.  
PROGRAMA PREVENCIÓN INFECCIONES NOSOCOMIALES  
PRODUCTO 2.8 Todos los hospitales regionales y distritales cuentan con comité de prevención de infecciones y programa propio de prevención de infecciones nosocomiales, personal capacitado en bioseguridad e higiene hospitalaria, personal capacitado en lavado de manos, equipos e insumos

Fuente: (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2017)

Los productos son los bienes y servicios a los cuales accede la población objetivo del programa. En este caso, es claro que los productos 2.3. y 2.4 cumplen con esta condición. En los otros casos, los productos se acercan más a la noción insumo (e.g. Recursos Humanos capacitados) o actividad (e.g. comité de prevención de enfermedades implementado).

En este contexto a pesar de que el POA 2017 cuenta con los productos detallados del programa (e.g 2.3 y 2,4), al momento de preguntar en territorio sobre la identificación y monitoreo de estos, no se encuentra evidencia de que se esté cumpliendo en la práctica. Por lo que, no es posible realizar el seguimiento a la producción de estos bienes y servicios en el territorio.

En las visitas tanto a USF como a los hospitales, se evidencia además que los paquetes de servicios no son estándar. Más allá de los controles prenatales por parte de las enfermeras obstetras, no se aplica un esquema estandarizado de exámenes, no existe un esquema estandarizado de charlas de acuerdo a la temporalidad del embarazo, ni tampoco existe un esquema para la entrega de material impreso a las madres embarazadas. En todos los casos, no existe un registro continuo de esta producción<sup>26</sup>.

Se debe considerar que el Sistema de Información Georeferenciada (SIG) puede ser una herramienta esencial para el monitoreo de los productos. Sin embargo, los actores entrevistados mencionan que hay muchas dificultades tecnológicas con este sistema, y existe la percepción de que su función es solo para ubicarle a la madre.

*“...Yo soy enamorada por georeferencia, el día en que georeferencia esté bien cargada los datos evitaríamos del 100% de las muertes fetales, neonatales y materna porque el*

<sup>26</sup> Cuando se describen los productos, bienes y servicios, es necesario detallar el esquema completo a los cuales la madre embarazada debería acceder. La medición debe realizarse sobre este esquema completo.



*acompañamiento sería continuo, el déficit de georeferencia no funciona porque no están cargados mis datos. [...] Muchos explican que es el proceso tecnológico porque una mano hace uno, otra mano hace otra y nadie completa información. Ante todo, la responsabilidad y la impunidad. La impunidad a la parte central que no me sanciona porque no hago mi trabajo formal yo digo que la obstetra que no carga, médico que no carga, el analista que no cargo debe ser sancionada porque es un instrumento valiosísimo para que esto funcione..."* Hernandarias / Directora Hospital Distrital Hernandarias.

*"... La georeferencia estamos realmente mal porque una obstetra tiene que cargar lo que capta, no tenemos equipo en cada servicio, yo por ejemplo me mudé acá en este lugar, yo compre los cables de internet y cuando puedo entro y cargo, pero por ejemplo yo tengo un compañero que entra y carga pero no es suficiente porque por ejemplo consultorio prenatal tiene que cargar su embarazada de tal parte tiene tal cosa tal cosa, en los consultorios no tenemos informatizado ellos hacen manual y van sumando van sumando y es el retraso que tenemos para ir cargando en el georeferencia..."* Hernandarias / Encargada del Departamento de Obstetricia Hospital.

### **Hallazgo 12**

***La evidencia sugiere que no hay priorización en el territorio. No se aplicó una prelación de asignación de recursos lo que hace que se perciba al programa como un espacio para realizar demandas puntuales.***

El documento menciona que si existió un mecanismo de priorización de territorios para la ejecución del programa. Lo que se incluye es lo siguiente:

*Si bien las acciones de capacitación, comunicación social y abogacía están dirigidas a todo el departamento, se priorizarán los distritos con mayor población, con mayor número de nacimientos y con mayor número de población vulnerable como son los distritos de Ciudad del Este, Saltos del Guairá, Hernandarias, Minga Guazú, Pte. Franco y Curuguaty pertenecientes a las zonas de influencia de la EBI.*

En este caso, hay que mencionar que, si bien existen criterios de priorización del programa, esta debe establecer el mecanismo de aplicación, así como las fuentes utilizadas (línea base levantada previamente). En este caso, las fuentes citadas, son las tasas de mortalidad materna y neonatal por distrito. En las entrevistas realizadas se menciona que posteriormente se levantó el CONE y que éste buscó ser la línea base para verificar la demanda que existía en los hospitales y USFs.

*"... en aquella oportunidad no se hizo en relación escrito en el proyecto, no se hizo ningún relevamiento de datos, pero posteriormente si, igual por las movilizaciones nacionales se tenía identificados los lugares que tenía, que eran más necesarias la priorización [...] Si, hay cosas que se resolvieron sobre la marcha, pero básicamente se hizo el CONE como para priorizar y ver qué se podría entregar a la región las más vulnerables..."* Asunción / Directora de la DGPS - MSP

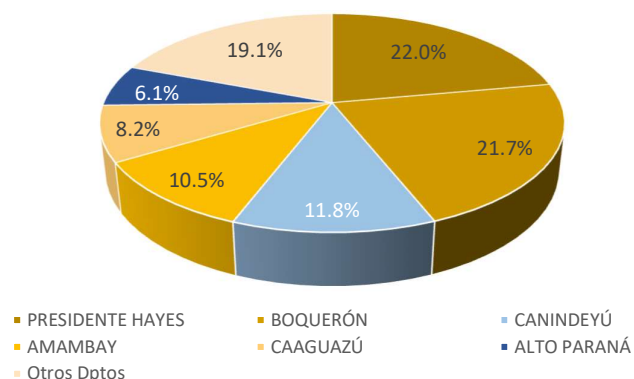
"... si yo soy partidaria de, de focalizar de, priorizar y que sean nuestras estrategias y nuestros programas efectivos en un lugar que nosotros podamos dar como modelo porque si abarcamos mucho ningún lado prende, el problema muchas veces no es el programa, no es la estrategia, sino que es que hemos abarcado mucho y no hemos logrado realmente llegar efectivamente a los actores..." Asunción / Asesora Gabinete - MSP Y BS.

### **Hallazgo 13**

**Canindeyú, con alta población indígena, altas tasas de mortalidad neonatal y alta presencia de parteras empíricas, no cuenta con una estrategia diferenciada de implementación.**

Como parte de los términos de referencia de la presente evaluación, se incluyó el tema de la igualdad de género sobre todo con énfasis en la población indígena. Esto, en consideración de que la ejecución del programa se encuentra dentro de dos departamentos con altas tasas de población indígena. Canindeyú ocupa el tercer puesto con 11,8% de población indígena, mientras que Alto Paraná ocupa el sexto lugar con 6,1% sobre la población total de Paraguay que era un poco más de 117 mil, según el último Censo poblacional del 2012.

Gráfico 19: Porcentaje de Población indígena sobre población total de Paraguay



Fuente: (Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos, 2012)

De la revisión documental realizada, en el objetivo del Proyecto 2: CRECER se menciona que se quiere reducir la desnutrición en la niñez vulnerable y poblaciones indígenas. Sin embargo, no se incluye productos ni resultados específicamente enfocados para la población indígena. La única tarea que contiene en el POA 2017 es llevar a cabo en Canindeyú un Acuerdo con la comunidad Tekoha Poty de

Puerto Adela para formar multiplicadores para fomentar la lactancia materna e identificar señales de peligro en el embarazo.

A pesar de estar latente en el objetivo de este proyecto, no se identifica problemas o necesidades especiales en temas de género de la población indígena en salud materno infantil, nutrición y primera infancia. En este sentido ni en los grupos focales ni en las entrevistas a profundidad realizadas, se encontró evidencia de que existan adaptaciones culturales de los servicios para la atención a población indígena. En el caso de Canindeyú, a pesar de que existe una alta presencia de parteras empíricas que atienden a la población indígena, no existe evidencia de que se hayan realizado estrategias especializadas por parte del programa ni por las unidades de salud.

Es necesario tomar en consideración las particularidades del territorio donde se va a ejecutar la iniciativa ya que esto responde a un modelo con pertinencia cultural.

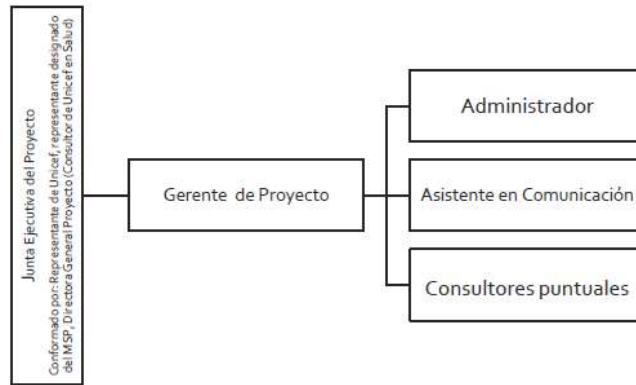
## **4.2. Eficacia**

### ***Hallazgo 14***

***El programa identifica los responsables institucionales para el seguimiento en cada uno de los proyectos con claridad y define las funciones y responsabilidades de las entidades involucradas en la administración, implementación y monitoreo del programa.***

Comenzando desde el documento de diseño del programa, Unicef como institución encargada de la ejecución del programa presenta un esquema de la estructura orgánica y funcional para la gestión y administración del Programa de Cooperación como se muestra a continuación:

*Gráfico 20: Estructura orgánica y funcional para la Gestión y Administración del Programa*



Fuente: (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - Paraguay, 2014)

Unicef además de ser responsable de la implementación de los tres proyectos que componen el Programa de Cooperación, tiene la responsabilidad técnica, de gerenciamiento, el manejo administrativo y el manejo administrativo financiero para asegurar la obtención de los resultados previstos.

Adicionalmente, se encuentran definidas las responsabilidades de las partes que son corresponsables del programa como ITAIPU Binacional. En este caso se menciona que es la institución encargada de proveer los recursos necesarios para financiar las actividades del Programa y el monitoreo de las actividades para dar seguimiento al uso de los recursos que hayan aportado para su financiamiento. Por otro lado, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y el Ministerio de Justicia y Trabajo son las contrapartes institucionales del programa que son partícipes de una parte de la responsabilidad técnica.

Con respecto al Plan Operativo anual del programa se incluye el responsable de ejecución a nivel de actividad. En la mayoría de los casos menciona el nombre y apellido de este, lo que resulta eficaz para que el seguimiento en el cumplimiento de las actividades se lleve a cabo de acuerdo a la planificación.

En los Planes estratégicos por Distrito donde está presente el programa, también se incluye en términos generales las instituciones ejecutoras que son las responsables de las diferentes actividades que incluye el plan de trabajo. Los responsables que se detalla en este documento son: el director del Hospital, el personal de las USF, Subconsejos de Salud, organizaciones comunitarias, etc.

### **Hallazgo 15**

***El programa y los proyectos no tienen un Plan de Monitoreo y Evaluación claro, bien estructurado y que incluya presupuesto. Si bien se realiza informes de forma periódica estos no incluyen información detallada como: número de beneficiarios, cumplimiento de metas, etc.***

Con base a la revisión documental, la calificación promedio que asigna el equipo evaluador a este indicador es de 0,53. Lo que se define en el documento de diseño del programa, es un plan de monitoreo y evaluación, pero éste no es detallado. Si bien existen metas con tiempos definidos, no existe una descripción de los indicadores, fórmulas de cálculo, fichas metodológicas, fuentes de información con las que se calcularon o se calcularán los indicadores, periodicidad del cálculo, responsables de la recolección, procesamiento y análisis de la información.

No existe así mismo, un plan de evaluación con los informes esperados ni los plazos en los que esperan esos informes. Como resultado de lo anterior, no se ha encontrado evidencia de la existencia de reportes ni mecanismos de generación de alertas sobre la implementación del programa<sup>27</sup>.

Los informes semestrales que ha recibido el equipo de evaluación son de tipo descriptivo de las actividades realizadas, los servicios y bienes entregados y presentan la ejecución presupuestaria del monto total del proyecto que se han realizado en el periodo de reporte. No reportan el cumplimiento de las metas de resultados, ni el avance en los indicadores de impacto (mortalidad materna, neonatal, etc.).

Asimismo, no presentan la ejecución presupuestaria a nivel de proyectos, ni a nivel de actividades. Además, los informes no presentan alertas de monitoreo. Por ejemplo, de la revisión de estos informes, no se puede observar la generación de una alerta en relación con el incremento de la mortalidad materna entre el año 2014-2015, que pasó del 29.7 a 167 muertes por cada 100.000 nacidos vivos en el departamento de Canindeyú. (Dirección General de Información Estratégica en Salud, 2013,2015,2016),

## **Hallazgo 16**

---

<sup>27</sup> Esta evidencia, se refiere a documentos estandarizados o a protocolos escritos para la resolución de problemas.

***Aún existen limitaciones de infraestructura importantes para la implementación del modelo.***

Dentro del POA 2017, registra como inversión física en infraestructura: refacciones de consultorios de control prenatal, arreglos a las salas de parto, arreglos en salas de neonatología, arreglos en las salas de atención inmediata, arreglos en las salas de internación de maternidad. Estos cambios se realizan conforme al modelo MSCF y se complementan con la Instalación de albergues maternos.

En el levantamiento de campo se pudo constatar que, si bien el programa ha invertido en todos los ítems, existe aún una demanda insatisfecha, sobre todo en las USF. Por otro lado, el personal responsable en los hospitales menciona, que aún existe un déficit para poder implementar el modelo de MSCF. Esta es una de las restricciones por la cual no se puede cumplir con los principios que plantea la iniciativa.

Si bien el programa cuenta con la línea base del CONE, no existe evidencia de que el programa posea un inventario histórico de lo que se ha entregado en las instituciones de salud en todos los niveles. No existe evidencia tampoco de que se haya socializado el mecanismo escogido para realizar la prelación en la asignación de recursos. Esto ha dado paso a que se perciba al programa, como un espacio para realizar demandas puntuales. Durante la realización de levantamiento de campo, las unidades solicitaron al equipo evaluador: la adecuación de infraestructura de la sala de partos, una ambulancia, una nueva servo cuna, un carro 4x4, y sillas para la espera en USFs.

*“...nosotros tenemos más de 100.000 habitantes, pero nuestra demografía acá es pequeña, pero se extiende a varios kilómetros y lugares realmente inaccesibles. Ayer justamente estuvimos en un asentamiento llamado Península, queda aproximadamente a 65 km de acá, por un camino de tierra, y esos lugares cuando llueve es difícil de movilizarse, muchas veces vienen esos pacientes y no tienen como regresar a su casa o el cuidado que tienen que seguir, les dificulta justamente por el tema de la distancia, en el caso que tendríamos ese albergue, la verdad es que podríamos sostenerle ahí por lo menos por el momento del tratamiento [...] Está dentro del folleto abrir el mamá canguro y pediatría pero ya no tenemos infraestructura...”*  
*Presidente Franco / Director Distrital Hospital Presidente Franco.*

*Sobre el albergue en Presidente Franco. “...Hay demanda, porque hay veces que vienen muchas madres que vienen acá, nosotros tenemos comunidades indígenas, bastantes que ellos no tienen ningún familiar acá, y cuando viene, por ejemplo, y todavía no están en trabajo de parto, no tienen a dónde irse, ni como irse, en esos casos, por ejemplo...”*

*Puede ser infraestructura, por ejemplo, es muy poca la cantidad de camas que tenemos, nosotros solamente tenemos 12 camas, debemos ampliar nuestra Urgencia Ginecológica, porque ahí solamente tenemos una camilla, y a veces se está inspeccionando una embarazada y llega otra con pérdida de líquido, con sangrado, no tenemos dónde ponerle, como mínimo*

*deberíamos tener 3 camillas, es la urgencia, y también nuestras camas es muy poco para la población de Franco, 12 camas es muy poco para nosotros. Presidente Franco / Obstetra.*

### **Hallazgo 17**

#### **El MSPyBS requiere de un mayor número de personal médico en el territorio.**

La definición de una cadena de resultados ya sea en el momento del diseño del programa (lo que es deseable) o una vez el mismo se encuentre en ejecución, permite no sólo identificar los bienes y servicios que se piensan dar como parte de la implementación del mismo, sino los insumos que son necesarios para que el programa se pueda ejecutar. En el caso específico de este programa, la ejecución es compartida con el Ministerio de Salud quien es el responsable del recurso humano tanto en las USF como en los Hospitales. De las entrevistas realizadas sobre todo en territorio, se desprende que existen brechas en relación con el número de profesionales disponibles. Existe la percepción de que más profesionales son necesarios para poder atender a este grupo de población.

*"...una obstetra tiene que hacer acá urgencia, parto, cesaría, registrar, hacer el puerperio, lactancia y todo lo que puede hacer un obstetra..." Hernandarias / Encargada del Departamento de Obstetricia Hospital.*

*"...Queremos que manden en recursos humanos, la necesidad siempre va a aparecer de la población de Canindeyú es un departamento que está creciendo cada vez más el tema de consultas y está aumentando cada año...". Saltos del Guaira / Encargado Hospital Región Sanitaria.*

*"...Creo que la infraestructura y falta de personal aquí en el hospital distrital de Hernandarias, es lo que falto, porque tenemos mucha afluencia de usuarios y una obstetra por guardia no tiene la oportunidad de brindar esos servicios porque no solamente es asistir el parto es cuidar de 3 a 5 embarazadas más las consultas más los problemas que están en el servicio es imposible para una obstetra de hacer con su trabajo...". Hernandaria / Obstetra de Guardia.*

*"...recursos humanos es fundamental para nosotros porque es un ideal que nosotros tenemos, inclusive aquí mismo desde el Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición (INAN) el número de supervisores es insuficiente para nosotros a la hora de hacer el trabajo, porque nosotros también tenemos que supervisar los servicios anualmente y no podemos llegar a todos los servicios y ni si quiera a las cabeceras distritales [...] es la falta de recursos humanos porque es un programa que demanda muchas actividades; en el servicio de salud una sola persona lleva los programas del ministerio..." Asunción / Director Interino de la Dirección Nutrición de Programas Alimentarios /Nutricionista / Unidad Programática Proyectos.*

*"...causas de muerte neonatal; ahí es donde todavía nos falta mucho [...] Yo creo que faltan más profesionales para esa área porque el recibimiento lo realiza la enfermera circulante, después viene el médico..."Hernandarias / Directora Hospital Distrital Hernandarias.*

*"... yo tengo deficiencia de recursos humanos y aumentó la demanda de la gente que acude a los servicios a los que vos te vayas yo creo que hayas visto que el hospital está lleno y a veces el mismo servicio de internado obliga a la gente a interactuar a los pacientes con sus familiares y eso hace que se vuelva muy dificultoso y genera estrés y el personal de salud no está contento porque él cree que se le sobre exige...". Asunción / Director de Salud Sexual y Reproductiva MSPyBS.*

*"...aparte de todo eso Recursos Humanos, pero que nos contempla la UNICEF, pero sí, hace falta, acá por ejemplo solamente hay una obstetra que es la que se encarga de la sala, la que se encarga de la urgencia, la que entra hacer el parto, a veces la ginecóloga entra con la obstetra y ya no hay nadie en la urgencia quien atienda..." Presidente Franco / Obstetra.*

Para que un análisis de este tipo se realice y se puedan identificar correctamente brechas, es necesario cotejar los recursos disponibles por unidad (RRHH, insumos, equipamiento), con relación a un estándar definido. En el caso de que exista una brecha en el número de profesionales, los bienes y servicios no se podrían ejecutar en su totalidad pues se altera la función de producción<sup>28</sup>. El levantamiento de una cadena de resultados validada permitiría identificar ese déficit e identificarlo como un riesgo para el programa. En el caso del CONE, no proveería de la información necesaria sobre el recurso humano necesario para que los servicios del programa se ejecuten.

#### **Hallazgo 18**

##### ***Existe un alto grado de rotación en el personal de salud, sobre todo en los hospitales.***

Como se mencionó en el resultado anterior, el recurso humano es un insumo central que permite la realización de los servicios y el logro de resultados para la reducción de la tasa de mortalidad materna y neonatal. Este es un rol del MSPyBS que debe dotar de manera priorizada y focalizada, el recurso humano en las zonas en donde el programa se está ejecutando.

Tanto en los grupos focales como en las entrevistas a profundidad que se realizó a nivel central y en territorio a nivel regional y distrital, se mencionó que un problema que presenta el programa es la alta rotación de personal. Si se considera que uno de los componentes más importantes del programa es la capacitación que se brinda al personal de las unidades de salud (médicos, obstetras, entre otros) y que este es un mecanismo para que el personal adquiera nuevas experiencias, habilidades y conocimientos, la rotación del recurso humano puede afectar el logro de resultados de la propia capacitación y del programa.

---

<sup>28</sup> Se entiende que, para producir un número determinado de bienes y servicios, se necesita una combinación de recursos. El estándar define qué recursos son necesarios para cumplir con las atenciones a la población. La combinación de estos recursos es la función de producción (e.g. 1 médico, 1 enfermera, Insumo a, Insumo b, Equipamiento A, Equipamiento B)



En este sentido, el programa (Unicef y MSPyBS) tiene que implementar incentivos que garanticen el compromiso para reducir la rotación del personal o identificar estrategias que incluyan la rotación como un riesgo a ser atendido. En este caso el desarrollar manuales de entrenamiento o desarrollar métodos de aplicación y difusión de la capacitación que ha recibido el personal, podría permitir que estos conocimiento y habilidades, se transfieran a otros profesionales del entorno en el que labora para que de esta manera se cumpla el objetivo final del programa.

A continuación, se presenta citas que a decir de los entrevistados se evidencia esto como un problema y una debilidad que mantiene el programa.

*“...queremos una calidad con respecto personal humano ahí sale la idea del tener un equipo de capacitadores en el hospital y el apoyo sería si todo esto que brinda la Unicef para que se mantenga largo plazo justamente sería ayudarnos en esa capacitación de estos profesionales te vuelvo a decir estamos haciendo referencia en Alto Paraná en la creación de equipos de capacitadores y ya que somos primeros en eso me gustaría un apoyo en eso por nuestra parte lo estamos haciendo y queremos que este equipo de capacitadores se mueva para todos lados...”* Hernandarias / Directora Hospital Distrital Hernandarias.

*“...Yo creo que hay dificultad en su implementación, el problema principal se basa en que pueden cambiarte los recursos humanos y los servicios funcionan diferente a lo que funciona ahí, uno de los detalles técnicos es que en otros países el médico generalmente trabaja toda la semana, entonces hay que tener una población que te permite trabajar más, en el área de salud acá tenemos por horario y por días entonces tus rotaciones de personal son muy altas y para trabajar en un solo hospital probablemente debe estar un mes consensado para que todos hayan visto la metodología...”* Asunción / Director de Salud Sexual y Reproductiva MSPyBS.

#### **Hallazgo 19**

***La evidencia sugiere que el trabajo con médicos y enfermeras ha sido menor. Ellos tienen menos conocimiento del programa y del modelo MSCF. Su criterio es que no han sido tomados en cuenta y que existen “otras prioridades” en la selección de personal para las capacitaciones.***

El Plan Operativo Anual del 2017, describe los productos que se desean alcanzar y las actividades que se van a llevar a cabo. La actividad que más está presente es la capacitación. Sin embargo, la información provista no especifica al personal que debe estar dirigida. Solo presenta en términos generales los siguientes ítems por cada capacitación:

5. Número de talleres o cursos a realizarse
6. Cantidad de participantes (que va desde 10 a 40 personas)

7. Hora/ Días del curso
8. Lugar
9. Localidad
10. Fecha probable de inicio
11. Presupuesto Itaipu
12. Responsable de ejecutar la actividad

| Taller de capacitación en asistencia neonatal inmediata; recepción y reanimación cardiopulmonar neonatal. ABR para hospitales y USF |                      |                 |
|---|----------------------|-----------------|
| Cantidad Participantes  | Hora/ Días del curso | Lugar           |
| 15 personas por grupo   | 8:00 a 15:00 horas   | Cada hospital   |
| 30 personas de usf  |                      | Salón UNE (usf) |

De acuerdo con el diseño del programa, el rol de UNICEF es el de proveer la capacitación en los términos establecidos por el programa. Sin embargo, sobre todo dentro de los hospitales, existe la percepción de que los procesos de selección para la capacitación no han considerado a médicos y enfermeras

En el levantamiento de campo se pudo verificar además que nivel de conocimiento en los diferentes temas de capacitación no es homogéneo sobre todo entre los distintos profesionales en los hospitales. Aquí los mismos profesionales mencionan que la rotación de personal que existe sobre todo en los hospitales ha afectado. Esto genera que el personal nuevo no tenga conocimiento y no pueda aplicar lo que el programa plantea.

*"...muchas veces hay muchos cursos en los que unos van a un curso y otros van a otro y no todos pueden participar todos los cursos [...] siempre nos preguntamos a quién se debe mandar a este curso, a quién crees tú, que falta enviar a una capacitación sobre este tema, se solicita a Unicef de ahí se elige a las personas que se van a llevar al curso..." Hernandarias / Encargada del Departamento de Obstetricia Hospital.*

*"ahora me toca participar a mi..., es la primera oportunidad que voy a tener..." Hernandarias / Enfermera y Obstetra de Guardia.*

Así mismo, a pesar de que la capacitación ha sido realizada, no se ha encontrado evidencia de que existan mecanismos de réplica o capacitación en cascada tanto en las USFs como en los hospitales. En una entrevista a una asistente de USF se pudo evidenciar que la obstetra es la que ha asistido a las capacitaciones. Aún no ha existido un proceso de capacitación dentro de la Unidad.

*¿A ti te capacitaron, o fue a la obstetra? **Más a la obstetra.***

*¿Y ella ha compartido los conocimientos, los temas en que se capacitó, te ha comentado un poquitito el tema? **No, no todavía.** Visita domiciliaria y vacunación Alto Paraná*

*"...escuché que se iba a realizar, me anoté y asistí, no es que fui convocada para la charla, pero fui de voluntaria. Pero después de eso sé que hubo muchas capacitaciones que de aquí por lo*

*menos mandaban nombres de los médicos u obstetras, pero en el cual digamos que no estaba mi nombre, entonces ya no participe más en el resto que hubo, yo llamaba a preguntar cuándo va a salir mi nombre, y en el siguiente y en el siguiente y nunca hubo siguiente, entonces me quedé esperando..."* Presidente Franco / Médico de guardia.

#### **Hallazgo 20**

***La capacidad del personal a cargo de la implementación del programa para capacitar a otros territorios y expandir el programa no es homogénea.***

Como resultado de la inexistencia de una estrategia sistemática para replicar las capacitaciones que hasta el momento han sido realizadas, y de la ausencia de un proceso sostenido de evaluación, el escalamiento (a otros departamentos o a nivel nacional), requeriría de la definición de una estrategia. De la visita al campo, se puede establecer, que el mismo requerirá de la realización y registro de evaluaciones. En este momento, no existe evidencia de que se tenga una base de datos a nivel de persona, con el perfil del participante y las capacitaciones a las que ha accedido.

Como resultado de lo anterior y de las entrevistas a profundidad realizadas, se puede establecer que hay personal que ha participado desde un inicio en las capacitaciones y otro personal que solo ha asistido a una o dos capacitaciones.

*"... muchas veces depende mucho del personal si está capacitado o no, muchas veces el personal que fue capacitado fue transferido a las otras áreas entonces ahí tenemos la dificultad..."* Asunción / Dirección en los Programas de Salud – Departamento de Estadística.

*"... Es algo que estamos tratando de mejorar con los compañeros, eso es otro problema por la falta de recursos humanos, entonces por la falta de recursos humanos tenemos una sobrecarga del personal de salud, y también la parte de tener un espacio para un acompañamiento..."* Saltos del Guairá / Hospital Regional.

*"...Ahora al personal de enfermería sí les molestaba que yo meta al familiar y me preguntaban por qué y yo les decía, es bueno que estén acá, pero había algunos que me decían acá no se permite, pero no, el familiar debe estar presente. Ellos son gente antigua, no son gente joven, porque la gente joven estamos cumpliendo con los nuevos parámetros, porque anteriormente no se hacía esto que estamos practicando..."* Presidente Franco / Médico de guardia.

#### **Hallazgo 21**

***El programa ha enfrentado dificultades en el diseño y riesgos en la ejecución sobre todo de obras de infraestructura (albergues, ampliaciones). No existe evidencia sobre la aplicación de un plan de contingencia.***

La consideración de los riesgos en el diseño de un programa es un ejercicio que permite reconocer los problemas a los que se puede enfrentar la ejecución del mismo, sobre todo en obras de infraestructura. Estos problemas (riesgos), pueden ser de tipo operacional y técnico. Una adecuada estrategia de gestión de riesgos y buen control de la misma hace posible disminuirlos, tomando decisiones asertivas.

En este sentido, el programa no presenta evidencia de que se cuenta con un Plan de Contingencia o de gestión del riesgo o de su aplicación. Al realizar las entrevistas a profundidad a los actores, se puede evidenciar que han existido dificultades que se han ido resolviendo sobre la marcha:

*“... Estos tiempos hubo muchos cambios entonces de cambio en cambio y seguimos así, espero que ya no, porque los cambios a veces son para bien, pero generalmente hay discontinuidad en los procesos...”* Presidente Franco / Jefe de Ginecología y Obstetricia Hospital Presidente Franco.

*“...Como creo que se empezó este proyecto es lo que se debe realizar. Insistir un poco más en la programación de los actores regionales que en esta última parte en este último proyecto ya se integró, pero cuando iniciamos fue una planificación más de mí, desde el nivel central y posteriormente empezaron a hacerse las llegadas a las regiones sanitarias...”*. Asunción /Directora de la DGPS - MSP.

*“...Dos tipos de problemas, problema de los catastros, que no se pudo empezar porque no estaba a nombre del ministerio entonces no podemos construir en ese terreno y por otro lado cuando uno planifica una remodelación se encuentra con otro tipo de problemas, eso es lo que yo presencié...”* Asunción / Fiscalizador programa de ITAIPU.

*“...desde que yo asumí como hace 4 meses, tratamos justamente de resurgir o de rearmar todo lo de esa estructura, nosotros no teníamos un área de neonatología, ni si quiera pediatría existía en este hospital que es supuestamente materno infantil, gracias a la Doctora Eliza que ella también se movilizó un poquitito, ella es la pediatra que tenemos, abrimos un área de neonatología, en donde tenemos un acompañamiento diferenciado, con respecto a todos los otros pacientitos...”* Presidente Franco/Director Distrital Hospital Presidente Franco.

En el caso de la construcción de albergues especialmente, estos problemas han implicado retrasos importantes en la ejecución de las obras.

## **Hallazgo 22**

***El programa ha generado cambios importantes en la atención perinatal, a través de la implementación de prácticas seguras, cambios en la cultura organizacional y garantía de derechos de la mujer, recién nacido y la familia.***

*"...la preparación para el momento del parto y durante el embarazo y en cuánto a la alimentación, todo para ellos es cosa nueva, porque eso antes a ellos no les llegaba. En nuestra comunidad, gracias a ITAIPU, ellos reciben muchísimos beneficios y es algo que nosotros no recibíamos porque no existían esos programas, entonces se puede decir que la información que manejan las madres ahora ya no las complica tanto...". Curuguaty / Jefa Obstetricia Hospital Regional.*

*"... Yo creo que la concienciación, de los profesionales, el cambio de actitud, el compromiso que ellos asumen.*

*Y con médicos, por ejemplo. Es un poquito más recio, pero ahora ellos están involucrados como cualquier otro grupo de profesionales de hecho que las capacitaciones en principio eran solamente dirigidas para enfermeras y ahora los médicos están solicitando participar en las capacitaciones..." Asunción / Directora MSP y BS - INEPEO*

*"...Antes estaba estipulado que, en las salas de maternidad, haya una sala aparte donde el recién nacido pueda ser evaluado, por los pediatras. Ahora no, él bebe debe ser evaluado ahí, al lado de su madre, sin tener que llevarle a otro lugar, separarle de su madre, dejarle al lado de su madre, separarle lo menos posible y hacerlo todo ahí, antes era como que aislarle más al neonato y aislarle más a la madre. Si, si vos te fijás en nuestras salas, cambio, ya no existe la sala de examen de recién nacido, evaluación de recién nacido. Hoy día se le hace ahí mismo, al ladito de la cama de la mamá en una cunita...". Región Sanitaria / Director del Hospital Regional Ciudad del Este*

*"...Encargada del Hospital Distrital Hernandarias. El año anterior 2016 nosotros teníamos 543 partos hasta junio y 246 con cesárea con más capacitaciones aumentado para la fecha de hoy pero el hospital se caracteriza por mayor índice de parto vaginal que cesárea. El 2017 hasta finalizar hemos tenido 965 partos normales en relación con la cesárea 158 eso ya nos muestra la capacidad como fuimos instruida y mejorado con los partos y hasta hoy día tenemos desde el mes de enero hasta hoy 82 cesáreas y 500 partos normales. Con eso demostramos que con las capacitaciones son fructíferas e hizo un buen trabajo la Unicef con nosotros en el hospital...". Hernandarias / Directora Hospital Distrital Hernandarias.*

*"...En este programa lo que hay que valorar también es en la infraestructura qué ha brindado la gente de Unicef y con la gente de Itaipú y también las capacitaciones porque gracias a esas capacitaciones se ha mejorado bastante para el buen manejo de las embarazadas y también para los recién nacidos, y creo que en eso se tiene que seguir invirtiendo...". Curuguaty / Director Hospital Distrital.*

*"...El cambio más importante es que ellos tienen ya una atención en el servicio que ellos también tienen que tener una mirada en los determinantes sociales, y que son parte del sector social clave de la comunidad para que se puedan construir estos planes donde puedan dar sugerencias y se involucren en los determinantes sociales ya que anteriormente no se tenía esta mirada...". Asunción / Directora General Promoción y Salud MSPYBS.*

*"...para que los profesionales tomen ya conciencia de tratar a las personas, no solamente como una enferma, sino que sea una familia, porque eso es lo que siempre se llevó muy separada y a raíz de eso para mí, eso es lo que da más énfasis este programa...". Región Sanitaria / Jefe de Obstetricia Región Sanitaria.*

*"... La mujer está excelente ya responde para sus otros hijos y está en una actividad normal ellas mismas ya solicitan y acompañan más un parto vaginal. Anteriormente era por el miedo*

*que querían si o si la cesárea porque tenían miedo a la muerte o tenían miedo a otros factores...”. Hernandarias / Directora Hospital Distrital.*

*“... Yo veo que ha incrementado el número de pacientes que concurren ya los hospitales porque antes eran más con parteras y sus cosas y ahora la gente concurre más a sus controles...”.  
Hernandarias / Encargada de la sala de Neonatología.*

### **12.1. Eficiencia**

#### **Hallazgo 23**

***El presupuesto del programa se detalla por año y por actividad sin embargo no se identifica presupuesto por productos (entrega de bienes y servicios)***

De la revisión, en el documento del diseño del programa se puede constatar que se incluye el presupuesto por rubro y por actividad de manera semestral desde el 2014 hasta el 2018. Por ejemplo, para el rubro de pasajes - viáticos – combustible se detalla una actividad, mientras que para el rubro de capacitación y adiestramiento y monitoreo social se detalla siete actividades las cuales presentan el presupuesto inicial asignado de manera semestral durante la ejecución del programa.

Si bien el presupuesto inicial se detalla por actividad, el mismo no se relaciona los resultados del programa. Es necesario además considerar que la acción del presupuesto y del diseño de la política pública, va más allá de la provisión de los insumos que se requieren para la realización de un servicio, sino que, por el contrario, el énfasis se da a los bienes y servicios a los cuales accede la población objetivo.

Si el presupuesto refleja los productos que se generan, es posible tener un sistema de indicadores que relacionan la cadena de resultados propuesta con los productos que se esperan. El objetivo, es propender a que el proceso de diseño de la política pública considere al presupuesto como un instrumento de apoyo en el logro de resultados y de impactos.

*Tabla 11: Presupuesto General por rubros y años según semestres*

| PROGRAMA DE COOPERACION PARA LA SUPERVIVENCIA Y DESARROLLO INFANTIL DE ALTO PARANA Y CANINDEYU 2014-2018 |  |                 |                  |                 |                  |                 |                  |                 |                  |                 |                  |                  |        |
|--|--|-----------------|------------------|-----------------|------------------|-----------------|------------------|-----------------|------------------|-----------------|------------------|------------------|--------|
| Proyectos : 1) Nacer , 2) Crecer y 3) Primera Infancia   |  |                 |                  |                 |                  |                 |                  |                 |                  |                 |                  |                  |        |
| RUBROS   | DESCRIPCION RESUMEN  | 2014            |                  | 2015            |                  | 2016            |                  | 2017            |                  | 2018            |                  | TOTAL POR RUBROS |        |
|  |  | PRIMER SEMESTRE | SEGUNDO SEMESTRE | PRIMER SEMESTRE | SEGUNDO SEMESTRE | PRIMER SEMESTRE | SEGUNDO SEMESTRE | PRIMER SEMESTRE | SEGUNDO SEMESTRE | PRIMER SEMESTRE | SEGUNDO SEMESTRE |                  |        |
| 1. PASAJES - VIATICOS COMBUSTIBLE  | 1.1 Viajes para abogacia ,actos de Lanzamiento.Reuniones de Seguimiento de Compromisos .                                   | 3,000           | 5,000            | 5,000           | 5,000            | 5,000           | 5,000            | 5,000           | 5,000            | 5,000           | 5,000            | 48,000           |        |
|  | <b>Subtotal semestral</b>  | <b>3,000</b>    | <b>5,000</b>     | <b>5,000</b>    | <b>5,000</b>     | <b>5,000</b>    | <b>5,000</b>     | <b>5,000</b>    | <b>5,000</b>     | <b>5,000</b>    | <b>5,000</b>     | <b>5,000</b>     |        |
|  | <b>Subtotal anual</b>  | <b>8,000</b>    |                  | <b>10,000</b>   |                  | <b>10,000</b>   |                  | <b>10,000</b>   |                  | <b>10,000</b>   |                  | <b>48,000</b>    |        |
| 2. CAPACITACION Y ADIESTRAMIENTO Y MONITOREO SOCIAL  | 2.1 Cursos de capacitación en Normas y Protocolos, metodología Mores, Calidad y Auditoria para personal de salud           | 10,000          | 10,000           | 9,488           | 14,538           | 9,635           | 15,000           | 10,000          | 10,000           | 10,000          | 9,404            | 108,065          |        |
|  | 2.2 Cursos de Capacitación para Promotores de Salud y empíricas  |                 | 7,500            | 7,500           | 7,500            | 7,500           | 7,000            | 5,000           | 5,000            | 5,000           |                  | 52,000           |        |
|  | 2.3 Capacitación Internacional de directores hospitales seleccionados en Brasil o Argentina (8 referentes por tres días )  |                 | 8,000            |                 | 8,000            |                 |                  |                 |                  |                 |                  |                  | 16,000 |
|  | 2.4 Jornadas deCapacitación , análisis y de seguimiento mensual de los determinantes y cuellos de botella de la situación. |                 | 5,000            | 5,000           | 5,000            | 5,000           | 5,000            | 5,000           | 5,000            | 5,000           | 5,000            | 45,000           |        |
|  | 2.5 Producción y distribución de materiales de formación   |                 | 9,133            | 10,000          | 10,000           | 10,000          | 9,555            | 9,636           | 9,623            | 9,786           | 4,000            | 81,733           |        |
|  | 2.6 Soporte de la implementación ,mantenimiento tecnológico de plataforma e learnig y tutoria docente                      |                 | 15,000           | 5,000           |                  |                 |                  |                 |                  |                 |                  |                  | 20,000 |
|  | 2.7 Tutoria docente para capacitación e learnig  |                 | 5,000            | 10,000          | 10,000           | 10,000          | 10,000           | 10,000          | 10,000           | 10,000          | 5,000            | 80,000           |        |
|  | <b>Subtotal semestral</b>  | <b>10,000</b>   | <b>39,633</b>    | <b>46,988</b>   | <b>55,038</b>    | <b>42,135</b>   | <b>46,555</b>    | <b>39,636</b>   | <b>39,623</b>    | <b>39,786</b>   | <b>23,404</b>    |                  |        |
|  | <b>Subtotal anual</b>  | <b>69,633</b>   |                  | <b>102,026</b>  |                  | <b>86,690</b>   |                  | <b>79,259</b>   |                  | <b>63,190</b>   |                  | <b>402,798</b>   |        |

Fuente: (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - Paraguay, 2014)

## Hallazgo 24

**El programa no identifica el monto de ejecución ni de reprogramación del presupuesto para la actividad Ai para el año n sobre monto programado, ni el porcentaje de avance en relación con el avance programado.**

En muchos casos, a pesar de que el modelo lógico este bien planteado, las actividades no se cumplen entre otras razones, porque no existe presupuesto disponible para la realización de estas. Cuando esto sucede, es importante reprogramar los presupuestos de las actividades y productos que no se han logrado ejecutar, para identificar las brechas de financiamiento existentes con relación a las actividades y productos que se requerían.

Los documentos que deberían incluir esta reprogramación presupuestaria son los informes semestrales de monitoreo. En la revisión realizada y en las reuniones de coordinación mantenidas, no existe evidencia de que se reporte la ejecución presupuestaria de las actividades realizadas. En este caso, con la información disponible, no es posible identificar el avance con respecto a la planificación. Lo único que los informes contienen es el gasto del semestre por rubros generales y la tabla de ejecución presupuestaria del periodo como se presenta a continuación:

Tabla 12: Detalle del gasto del semestre del 6to informe del

Tabla 13: Tabla de ejecución presupuestaria semestre del 6to informe

| DETALLE   | MONTOS USD |
|---|------------|
| COMUNICACIÓN SOCIAL, MATERIALES DE CAPACITACION Y PROMOCION DE LA SALUD | 31.475.79  |
| EQUIPAMIENTOS PARA HOSPITALES   | 87.594.35  |
| ASISTENCIA TECNICA CAPACITACION EN SERVICIO MONITOREO DEL PROYECTO      | 30.347.07  |
| TOTAL RENDIDO   | 149.417.21 |

| DETALLE                                    | MONTOS USD |
|--|------------|
| a. MONTO TOTAL DEPOSITADO                  | 156.795    |
| b. MONTO DESCONTADO NUEVA YORK             | 7466.43    |
| c. MONTO DISPONIBLE (A-B)                  | 149.328,57 |
| d. SALDO DEL DESEMBOLSO ANTERIOR           | 87.40      |
| e. TOTAL DISPONIBLE PARA EL SEMESTRE (C+D) | 149.415.97 |
| f. MONTO RENDIDO                           | 149.417.21 |
| g. % GLOBAL DE EJECUCION                   | 100%       |

Fuente: (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2017)

La recomendación al igual que en el hallazgo anterior, es que es necesario que la realización del presupuesto o la reprogramación tenga como centro a los resultados del programa, más que el gasto que se requiere para la ejecución. Este ejercicio garantizaría definir los recursos necesarios por actividad, para alcanzar los resultados finales (resultados de impacto). Esto implica identificar actividades y productos a nivel de detalle.

De manera complementaria, dentro de la metodología de evaluación, consta la revisión de los documentos del programa e informes internos. El equipo técnico optó por realizar una matriz de evaluación, la cual contiene los criterios de evaluación, indicadores, nivel de cumplimiento, puntaje y observaciones en las diferentes fases del programa como son: el diagnóstico y diseño, el presupuesto, la implementación, el monitoreo y evaluación.

Como se explicó, cada evaluador asignó de acuerdo con la revisión realizada, un valor para el nivel de cumplimiento a cada indicador<sup>29</sup>. La base del análisis son los documentos que fueron provistos por el equipo de UNICEF<sup>30</sup> sobre el programa.

Sobre esta base, el equipo consultor asignó un ponderador<sup>31</sup> de acuerdo con la importancia de cada fase del programa. La evaluación se realizó de manera independiente por cada uno de los tres evaluadores que formaron parte del equipo técnico. A partir de esto se obtuvo una calificación de la revisión documental por cada fase del programa (diagnóstico y diseño, presupuesto, implementación, monitoreo y evaluación) y un índice global (agregado) que están en base a la ponderación asignada (30%, 20%, 20%, 30% respectivamente) de la importancia de cada fase.

<sup>29</sup> Los indicadores evaluados se encuentran en el Anexo 5

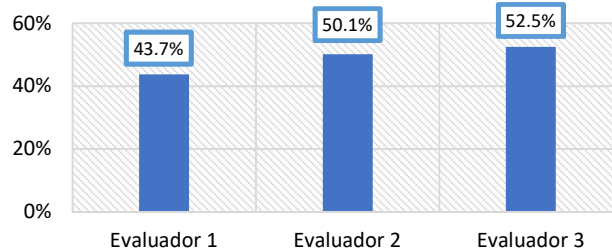
<sup>30</sup> El detalle de documentos recibidos por Unicef se encuentra en el Anexo 4

<sup>31</sup> Este porcentaje puede ser discutido y modificado si la contraparte lo cree técnicamente pertinente. De ser el caso, cada categoría puede tener un valor de ponderador igual.



A continuación, se presenta el puntaje total obtenido por evaluador. En promedio, la evaluación de la revisión documental es de 48,75% (sobre 100) lo que indica el nivel de cumplimiento del contenido de los documentos<sup>32</sup>.

Gráfico 21: Puntaje total de la evaluación por evaluador



Elaboración: Equipo Consultor

En términos generales, de las cuatro etapas evaluadas la que presenta baja puntuación es la del presupuesto como se aprecia en la siguiente tabla.

Tabla 14: Puntaje de la evaluación documental por evaluador

| Etapa Programa            | Importancia (1) | Evaluador 1    |                      | Evaluador 2    |                      | Evaluador 3    |                      |
|---------------------------|-----------------|----------------|----------------------|----------------|----------------------|----------------|----------------------|
|                           |                 | Puntaje Bruto* | Puntaje obtenido (2) | Puntaje Bruto* | Puntaje obtenido (2) | Puntaje Bruto* | Puntaje obtenido (2) |
| Diagnóstico y Diseño      | 30,00%          | 66,00%         | 19,80%               | 64,00%         | 19,20%               | 74,00%         | 22,20%               |
| <b>Presupuesto</b>        | <b>20,00%</b>   | <b>25,00%</b>  | <b>5,00%</b>         | <b>27,50%</b>  | <b>5,50%</b>         | <b>30,00%</b>  | <b>6,00%</b>         |
| Implementación            | 20,00%          | 34,44%         | 6,89%                | 44,44%         | 8,89%                | 38,89%         | 7,78%                |
| Monitoreo y Evaluación    | 30,00%          | 40,00%         | 12,00%               | 55,00%         | 16,50%               | 55,00%         | 16,50%               |
| <b>Puntaje Evaluación</b> |                 | <b>43,69%</b>  |                      | <b>50,09%</b>  |                      | <b>52,48%</b>  |                      |

\* Es el porcentaje calificado sobre 100 que se le asignó individualmente a cada indicador evaluado

(1) Es el porcentaje de importancia de cada etapa del programa asignado por el equipo evaluador

(2) Es el puntaje que se obtiene tomando en cuenta el porcentaje de importancia (1) de cada etapa del proyecto

Elaboración: Equipo Consultor

Los principales indicadores que se incluyen en la categoría “presupuesto”, son los siguiente: detalle del presupuesto por actividad y/o productos por cada año; el monto ejecutado sobre el programado; el monto reprogramado sobre el programado y; el porcentaje del avance programado. En general, estos últimos no se encuentran disponibles de la revisión documental realizada.

La otra etapa del programa que presenta una calificación baja es la de implementación. Los indicadores que tienen un bajo puntaje son los siguiente: que no se identifica parámetros y nivel de

<sup>32</sup> En el Anexo 5, se encuentra la matriz de calificación de cada uno de los evaluadores.

servicio brindado a los beneficiarios; que no es posible identificar el nivel de satisfacción de los beneficiarios con la intervención y; que no se logra identificar los supuestos utilizados.

### **Hallazgo 25**

***Es necesario desarrollar de manera conjunta con los actores, la identificación de una cadena de valor que incluya los insumos necesarios para la producción de servicios mínimos estandarizados. Con la información disponible, no es posible medir la producción de servicios del programa.***

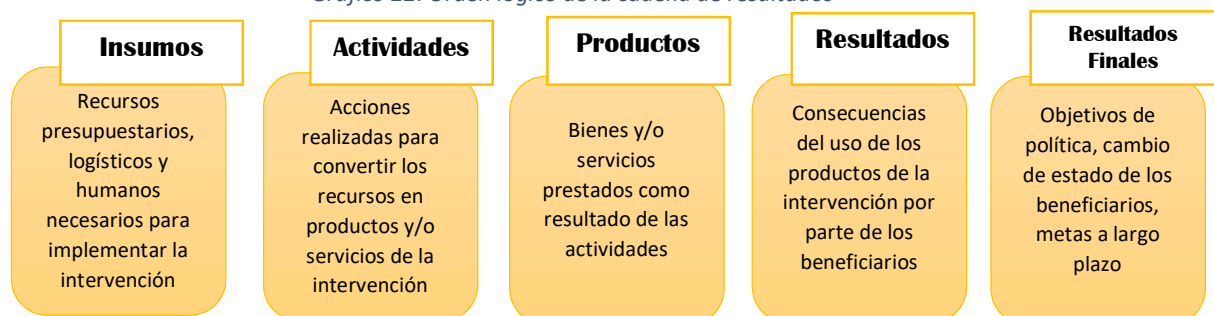
Como se ha explicado en el documento, el programa no cuenta con un diagnóstico exhaustivo que describa las causas y efectos de los problemas identificados de manera explícita. En este sentido a pesar de que se basa en un marco de referencia internacional, no cuenta con una cadena de resultados y un modelo lógico adaptado. Esto conlleva a que no exista el detalle suficiente, a nivel de actividades y productos. Como se ha argumentado, las actividades descritas en el programa se agrupan alrededor de resultados; algunas de ellas corresponden a productos y otras a tareas. No existe un análisis detallado de los productos (bienes y servicios) del programa.

El documento de diseño del programa plantea indicadores de resultados para cada proyecto con la meta para cada año en el periodo de ejecución. Sin embargo, esto no es suficiente para identificar la teoría de cambio que se intenta lograr con el programa (a través de sus productos).

En este contexto es importante que, si el programa planifica realizar otra intervención o fortalecer la actual, se plantee la construcción y validación de una teoría de cambio mediante una cadena de resultados en la que se visibilice los insumos, actividades y sobre todo productos mediante los cuales el programa quiere lograr resultados positivos en el aporte de la reducción de la mortalidad materna y neonatal en los Departamentos de Canindeyú y Alto Paraná.

A continuación, se presenta (a modo de ejemplo) una aproximación al orden lógico que debería tener la cadena de resultados que debe ser diseñada e implementada:

*Gráfico 22: Orden lógico de la cadena de resultados*



Elaboración: Equipo consultor

### **Hallazgo 26**

***En la revisión documental no es posible identificar parámetros y el nivel de satisfacción de los beneficiarios con la intervención***

En ninguno de los documentos recibidos del equipo de Unicef se constata que se haya implementado algún mecanismo de medición de la satisfacción de los beneficiarios con el programa. Considerando que el diseño del programa se hace en función de los usuarios del mismo, es importante monitorear y valorar sus percepciones y satisfacción con la implementación del mismo.

A continuación, se presenta el puntaje de la revisión documental que se asigna a la implementación, en la que los indicadores que tienen un bajo puntaje son los siguientes: no se identifica parámetros y nivel de servicio brindado a los beneficiarios; no es posible identificar el nivel de satisfacción de los beneficiarios con la intervención y; que no se logra identificar los supuestos utilizados.

*Tabla 15: Puntaje de la evaluación documental por evaluador*

| Etapa Programa            | Evaluador 1     |                | Evaluador 2          |                | Evaluador 3          |                |                      |
|---------------------------|-----------------|----------------|----------------------|----------------|----------------------|----------------|----------------------|
|                           | Importancia (1) | Puntaje Bruto* | Puntaje obtenido (2) | Puntaje Bruto* | Puntaje obtenido (2) | Puntaje Bruto* | Puntaje obtenido (2) |
| Diagnóstico y Diseño      | 30,00%          | 66,00%         | 19,80%               | 64,00%         | 19,20%               | 74,00%         | 22,20%               |
| Presupuesto               | 20,00%          | 25,00%         | 5,00%                | 27,50%         | 5,50%                | 30,00%         | 6,00%                |
| <b>Implementación</b>     | <b>20,00%</b>   | <b>34,44%</b>  | <b>6,89%</b>         | <b>44,44%</b>  | <b>8,89%</b>         | <b>38,89%</b>  | <b>7,78%</b>         |
| Monitoreo y Evaluación    | 30,00%          | 40,00%         | 12,00%               | 55,00%         | 16,50%               | 55,00%         | 16,50%               |
| <b>Puntaje Evaluación</b> |                 | <b>43,69%</b>  |                      | <b>50,09%</b>  |                      | <b>52,48%</b>  |                      |

\* Es el porcentaje calificado sobre 100 que se le asigno individualmente a cada indicador evaluado

(1) Es el porcentaje de importancia de cada etapa del programa asignado por el equipo evaluador

(2) Es el puntaje que se obtiene tomando en cuenta el porcentaje de importancia (1) de cada etapa del proyecto

Elaboración: Equipo Consultor

### **Hallazgo 27**

***Si bien las madres asisten a los controles, no existen mecanismos para identificar madres embarazadas en el territorio. Esto implica que no es posible prever los recursos que se necesitan para un período de tiempo.***

Tanto en la etapa de revisión documental como en la visita en el territorio, no se encontró evidencia de que el programa o el Ministerio de Salud cuenten con información sistematizada sobre el número de mujeres embarazadas en el territorio. Esta información es importante para definir la demanda potencial, así como los insumos necesarios para brindar los bienes y servicios programas (en la lógica de una cadena de resultados).

En los informes semestrales de monitoreo del programa, se menciona la implementación del Sistema de Información Georeferenciado (SIG). Con el levantamiento de campo se indagó sobre el tipo de información que se puede extraer, su calidad y oportunidad. En general existe una percepción positiva en relación al sistema. El mismo puede convertirse en la fuente más importante para el seguimiento a la madre embarazada. Sin embargo, está aún en un proceso de consolidación por lo que aún existen limitaciones para su uso.

***Sobre el Sistema de Información Georeferenciado:*** *Ese no sé, yo por lo menos no sé utilizar, no sé cómo cargar, pero acá hay unos departamentos de estadística, prácticamente ellos se encargan de todo lo que es la estadística de todo el personal. Hay otro servicio en dónde el médico debe cargar su propia productividad o cada uno, entonces algunos manejan, pero nosotros acá en nuestro departamento de estadística parece que funciona por lo que ellos cargan tanto lo que es de consultorio, lo que es tanto de atención de urgencia, lo que es tanto de sala, de las fichas, del ingreso, del egreso, las evoluciones y lo de consultorio para nosotros es en número de consultas prenatales. Presidente Franco / Jefe de Ginecología y Obstetricia.*

**Digamos en el tema de los controles, ¿si usted no va a un control se olvidó tuvo algún retraso, después le van a buscar usted en su casa o le llama para que venga al control?**

*“No”*

*“No”*

*“No, porque es más responsabilidad de los padres” (hombre)*

*“Un doctor no pierde el tiempo buscando al paciente”*

*“Nos dicen déjanos el número: Pero yo no sé para qué nos piden si nunca nos llama, aunque depende del análisis llaman. Por ejemplo, del Papanicolaou ese vale un mes ellos piden dejar tu número y te llaman y te dicen que ya están tus resultados para que vayas a retirar.”*

*“Sólo la ginecóloga deja el número cuando sale algo mal los resultados, pero si están bien los resultados no te llaman, no se preocupan.” Hernandarias / Grupo focal Departamento.*

A partir de lo anterior, se considera a este sistema como una oportunidad de mejora del programa siempre y cuando se potencie el mejoramiento tecnológico, la conexión y sobre todo el empoderamiento y la capacidad técnica del personal que estaría como responsable de cargar esta información.

## **Hallazgo 28**

***Los comités para analizar los casos de mortalidad materna y/o neonatal han sido una fortaleza del programa. Sin embargo, hay debilidad en la retroalimentación al personal en territorio sobre los resultados y áreas de mejora.***

Como resultado del programa, el POA 2017 describe que se quiere mejorar el sistema de información y que se construya una cultura de análisis de la información para monitoreo de la equidad en salud. Para esto se describe como producto: “que los seis distritos deben contar con comités de morbi mortalidad materna y neonatal y analizan 100% de las muertes, maternas y las neonatales seleccionadas”. (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia , Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2017).

Los Comités han sido efectivamente implementados y son conocidos por el personal de los hospitales. Los mismos funcionan a pesar de que durante la implementación del programa se realizaron cambios en su forma de funcionamiento<sup>33</sup>. Sin embargo, durante la visita de campo se evidenció que al interior de las unidades de salud (hospitales), no existen mecanismos sistemáticos para que los resultados de estas evaluaciones se traduzcan en un plan de mejoras sujeto a monitoreo. Los mecanismos de comunicación de los resultados y de análisis de los mismos en conjunto con los responsables de cada unidad, son débiles o inexistentes.

Esto hace que la información que se genera, no se canalice necesariamente, a un proceso de toma de decisiones en todos los niveles.

Lo que mencionó la Coordinadora del MSPyBS de los comités fue lo siguiente:

*“... Nosotros dividimos en dos períodos, en que el primer periodo es la parte inicial del comité. El comité realmente estuvo ya se ve levantado desde el 2000, Pero nunca se logró un fortalecimiento hasta hoy día porque es una debilidad el hecho de trabajar en equipo, ya que uno no se toma la parte del comité como parte de las funciones. Otro es que no hay personal remunerado esto implica tiempo, trabajo extra y para la jefa de comité, un compromiso porque se han visto y se han estado notando el tema de las muertes entonces ya se tomó como un compromiso y responsabilidad. Entonces cuesta al nivel local hacer ese conjunto de personas que te deben estar evaluando al colega y no solamente evaluando el cargo, este es un proceso de aprendizaje el cual nosotros las evaluaciones vamos a evaluar la debilidad del sistema o el proceso que falló y este análisis nos va a llevar a que otro evento parecido no se repita.*”

---

<sup>33</sup> La Coordinadora del Comité Nacional de Vigilancia de la mortalidad materna y neonatal del MSPyBS supo informar que en la actualidad la metodología ha cambiado. Este cambio se da principalmente en la manera en cómo se lleva. Este momento se espera a que el equipo médico del establecimiento donde ocurrió el evento presente su informe. Una vez que ellos identifican se reúnen con el nivel central del MSPyBS. Anteriormente se manejaba con una visita inmediata del nivel central a los establecimientos de salud. Durante el proceso se dieron cuenta que el proceso se percibía como una fiscalización del evento. El objetivo del MSPyBS ha sido identificar las causas prevenibles para que mediante una retroalimentación se mejore en futuras acciones

*Cuando ocurrió la muerte materna 2013, 2014 o 2015 íbamos a la siguiente semana, no tuvimos mucho impacto porque era como que no le damos tiempo a ellos a que ellos rebobinan lo que estaba ocurriendo y era como burla al niño y esas cosas eran las abruptas. Después dijimos vamos a rebobinar y ellos están como tomándole el hilo y nosotros ya nos enteramos y les damos tiempo para que ellos se sienten, analicen y para que ellos lo hagan y ya nos habíamos ido prácticamente a todas las regiones en estos dos años, entonces veamos qué tal lo hacen ahora ellos y después nosotros íbamos y era lo mismo. Una vez fuimos a la región y nos dijeron doctora ya no venga mejor convoquemos y ahí tiene otro sentido y esa fue nuestra experiencia porque cambió la idiosincrasia de nuestra población y es importante para ellos...”*  
Asunción / Coordinadora del Comité Nacional de Vigilancia de la mortalidad materna y neonatal - MSP Y BS.

*[...] por lo menos ahora las muertes se estudian, por lo menos hay conformado un comité que antes no existía [...] ahora el siguiente paso sería ya una vez que este afianzado el comité respecto a estudios, ver porque las recomendaciones no se dan, en temas que no se cumplen en el servicio [...] Están implementando una nueva estrategia que es la búsqueda de muertes maternas que tienen un mal reporte, búsqueda intencionada de muerte materna [...] hasta el año pasado viajábamos a la región de sanitarias hacer el estudio de las muertes maternas...”*  
Asunción / Directora de la DGPS / MSPyBS.

Por otro lado, el personal de los establecimientos de salud, mencionan que conforman este comité cuando estos sucesos ocurren y que, en el mismo, se analizan las falencias y las causas prevenibles.

*“...se realizó un Comité de análisis de muerte neonatal tanto a nivel regional... nosotros analizamos con eso; pero no hay una comunicación y elevamos un informe y enviamos a la región. La región tampoco viene y nos reunimos con ellos para poder decir bueno hay este problema desde nuestro punto de vista, no vienen y no dicen bueno es real o no es real esto pasó, entonces no hay una retroalimentación en ese sentido...”*. Región Sanitaria / Becario MSCF Pediatra.

*“...Sí normalmente agarramos el cuadro clínico y lo analizamos, antes creo que no teníamos la misma capacidad como después del curso que nos dieron justamente ya hay ciertos puntos que nos ayudan a ver mejor dónde están nuestras fallas, pero de todos modos llegamos a ver un caso clínico...”*. Presidente Franco / Director Distrital Hospital Presidente Franco.

*“...Los comités de los hospitales de las UFS hacen su estudio de la causa que hubo y se evalúa a un comité regional que damos la información, pero siempre es el tema de falta de recurso humano para llegar a un diálogo y la intención de saber dónde se equivocó y que podemos mejorar y que podemos haber hecho para evitar esa muerte...”*. Salto del Guaira / Hospital Saltos del Guairá.

*“...Nosotros actualmente en el hospital tenemos un comité de vigilancia específicamente de muerte materna y neonatal y en ese comité nosotros analizamos cuál fue la causa, entonces ese comité se encarga de dar el informe correspondiente al Ministerio de salud y después hacer seguimiento en ese caso...”*. Curuguaty / Director Hospital Distrital.

*“...Sí, hay un informe, luego les entregan acá y ellos tienen que hacerles saber a sus funcionarios, dentro de todo por lo menos los que están a las cabezas conocen, y el involucrado también tiene conocimiento...”*. Asunción / Directora MSP y BS - INEPEO

*"...Esa es la falencia, yo creo que se tenía que hacer eso porque no es muy frecuente, pretendemos algún evento, creo que podríamos comenzar en ver que falló, ver que pasó y que hacer, ya sea en pediatría, en ginecología, o las dos juntas...". Salto del Guaira / Pediatra de Guardia Hospital Regional Salto del Guaira.*

*"...por ejemplo si quiero pedir un informe sobre crecimiento y desarrollo de ella, tengo que hacer una nota solicitando que me traigan no es que ellos cada mes me vienen a traer o algo por el estilo, entonces nosotros no tenemos un control, el que tiene un control es la región..."*  
*Presidente Franco / Director Distrital Hospital Presidente Franco.*

## **12.2. Sostenibilidad**

### **Hallazgo 29**

***Existe un consenso general de que sin el programa los beneficios de este no se mantendrían, sobre todo en infraestructura y equipamiento. El MSPyBS considera que no tendría la capacidad institucional de poder ejecutar el programa sobre todo en la gestión operacional, administrativa y financiera.***

Como se presentó en los hallazgos de relevancia y pertinencia del programa, la infraestructura es uno de los insumos que es más visible en el territorio, a decir de los entrevistados. Existe la percepción general tanto en el Ministerio como en ITAIPU, que el tiempo de ejecución con el programa es más rápido que con el Ministerio de Salud Pública.

Por este motivo mencionan que, si el programa no existiese, las capacitaciones se podrían seguir implementado porque el conocimiento ya existe en el personal de salud. Sin embargo, existe una percepción general de que, en el caso de la infraestructura y el equipamiento, no se podría sostener sin la participación de UNICEF.

*"...las fortalezas que nosotros tuvimos desde que estamos con el proyecto, se pudieron fortalecer con las capacitaciones porque si bien también a nivel local uno de los problemas que nosotros encontramos con el Ministerio de Salud, es que hay muchos cambios del personal y a nosotros no nos da tampoco la posibilidad de estar constantemente capacitados con nuestros*

recursos; a través del proyecto se logró hacer esas capacitaciones...". Asunción / Director Interino de la Dirección Nutrición de Programas Alimentarios - INAN

"... por ejemplo cuando hay alguna capacitación y todo eso sí es que no hay una autorización del jefe regional APS regional de la unidad de salud de la familia ellos no van, por ejemplo, o sea que con una invitación nuestra nada más no van, o si de que vamos a hacer diseñar un programa nosotros tenemos que pedir autorización a la región para que ellos puedan participar con nosotros y así desarrollar un programa y luego evalúan otra vez en la región..." Presidente Franco / Director Distrital Hospital Presidente Franco / Alto Paraná.

"... No, no, no. Imposible, seguramente las atenciones mínimas se darán, pero con el programa, esos cuidados, esas capacitaciones, esa conciencia, no [...] tenemos un poco más de rapidez en la ejecución de la, la respuesta que da Unicef, para mí es más rápida de la que da el ministerio [...]

también hay figuras legales que se hacen que sea más fácil trabajar con la Unicef, que con el ministerio. El ministerio tiene que tener un presupuesto aprobado para recibir el dinero, como un crédito presupuestario, eso va al congreso y en eso perdemos un año más..." Asunción / Fiscalizador Programa de ITAIPU.

"... te soy sincero, es un poco difícil, dentro de los cursos de capacitación tenemos nuestra encargada tanto de pediatría como de ginecología que van a los cursos y de a poquito se van transmitiendo a los otros compañeros tanto se da la labor del staff médico, pero, cumplir a cabalidad, yo creo que aún no sinceramente..." Presidente Franco / Director Distrital Hospital Presidente Franco.

### **Hallazgo 30**

**Los actores muestran confianza en el trabajo de UNICEF tanto como asesor técnico, así como ejecutor del presupuesto.**

El rol que cumple Unicef, como organismo de apoyo técnico y administrador, ha apoyado efectivamente que se alcancen resultados. La confianza que tienen los actores del programa es alta. En general se percibe a UNICEF como un actor fundamental y estratégico a nivel central y en el territorio.

"... la importancia de las charlas y son fortalezas que nos dan y la otra parte es que recibimos mucho apoyo de la Itaipú y la Unicef en cuanto a infraestructura...". Curuguaty / Director Hospital Distrital.

"... gracias a Itaipú, Unicef y el Ministerio nos están apoyando está haciendo un nuevo puesto de salud y es donado por el Ministerio de Agricultura el predio de una hectárea..." Minga Guazú / Obstetra Hospital Distrital.

"... desde que los compañeros de UNICEF nos vinieron a dar un apoyo casi constante para no decir constante y yo no sabría decirte a ciencia cierta, pero desde este gobierno en el año 2013, ellos comenzaron a fortalecer más en conjunto con UNICEF, justamente por el tema de cero muertes evitables ya sea materno-infantiles, ellos vinieron desde que inició este proyecto [...]"



*yo veo que cuando hay un curso de capacitación que va a evaluar o realizar UNICEF con Itaipú, siempre los compañeros acuden en masa porque se aprende y en realidad los que salen beneficiados son los usuarios, que llegan al hospital, a ellos les debemos y para eso estamos..."* Región Sanitaria / Director del Hospital Regional Ciudad del Este.

*"... desde que empezó el programa yo veo que se fortaleció bastante, porque gracias a la UNICEF, nos apoyaron con vehículos, para poder hacer la supervisión de llegar a lugares más alejados..."* Presidente Franco / Técnica del Programa PANI de la Región Hospital Presidente Franco.

### **Hallazgo 31**

#### **No se asocia al programa con ITAIPU en el territorio.**

En consistencia con lo anterior, existe una alta asociación del programa con Unicef y con el Ministerio de Salud como ejecutor. A pesar del rol fundamental de ITAIPU como financiador, su rol se muestra invisible para los responsables de la ejecución del programa. En general los funcionarios responsables en USFs y hospitales asocian el programa, las capacitaciones, los albergues, los equipos y los insumos, a un rol activo por parte de UNICEF.

*"...En este programa lo que hay que valorar también es en la infraestructura qué ha brindado la gente de Unicef con la gente de Itaipú y también las capacitaciones porque gracias a esas capacitaciones se ha mejorado bastante para el buen manejo de las embarazadas y también para los recién nacidos, y creo que en eso se tiene que seguir invirtiendo..."* Curuguaty / Director Hospital Distrital.

### **Hallazgo 32**

#### **Un riesgo que tiene el programa es la alta tasa de madres adolescentes embarazadas. Por el entorno en el que viven el embarazo, no tienen acceso a la información completa del programa (MSCF, lactancia, controles mínimos, entre otros)**

En todos los grupos focales se pudo evidenciar la presencia de embarazos en madres adolescentes. En relación con lo anterior y entre las participantes, hay la percepción en las mujeres, de que luego de los 25 años, ya esta tarde para ser madre. Así mismo en las entrevistas a profundidad, se identifica la preocupación por este grupo de edad. Existe el criterio, de que por su contexto, no se acepta el embarazo. Esta sería una de las principales razones para que no se hagan los controles y exámenes necesarios.

*"...la verdad es que el problema grande con la lactancia materna es que nosotros tenemos un alto porcentaje de mujeres adolescentes embarazadas que no necesariamente su embarazo es*

*deseado, entonces en 9 meses, uno yo creo que en el prenatal no le va tampoco a convencer a una adolescente 13 o 14 años de que dé mamar a su bebé, incluso ni siquiera está preparada, entonces no tiene leche, no tiene pezón o no quiere dar de mamar, porque acá nuestros bebés, o sea, nuestras embarazadas se quedan hasta 48 o 72 horas, y se intenta mucho, pero hay mucho rechazo por ese lado...” Presidente Franco / Jefe Pediatría.*

*“...Algunos pacientes no ven la importancia, por ejemplo, tenemos pacientes muy jóvenes, que tienen un embarazo precoz (adolescentes) y tratamos de ir a ellas porque no tienen la madurez psicológica necesaria como para enfrentar eso, ya de por sí hay un choque psicológico por el hecho de quedar embarazada y ahí está el otro de la sociedad, que dicen ¡mira! Se embarazó, entonces todo eso le afecta al paciente, y venir a un control a veces les cuesta, pero nosotros siempre tratamos de ir y hacer el control ahí el domicilio...” Presidente Franco / Doctor USF Codeco.*

### **Hallazgo 33**

***El alto grado de rotación del personal de salud, sobre todo en los hospitales no permite fortalecer la implementación del modelo de MSCF.***

Como se presentó en la categoría de eficacia, la alta rotación de personal sobre todo en los hospitales regionales y distritales se convierte en una debilidad del programa. Cuando se incorpora un nuevo profesional, se pierde el conocimiento que tenía su antecesor. Este conocimiento incluye la estrategia de implementación del programa, la gestión de sus objetivos y recursos, el manejo del modelo planteado y los conocimientos de las diferentes capacitaciones recibidas. Dado el alcance y complejidad del modelo, esto es especialmente crítico en la aplicación del modelo MSCF, donde se puede generar un retraso en los procesos de implementación y expansión.

Otro factor que se ve afectado con esta rotación de personal, es la capacidad de gerenciar el hospital bajo la iniciativa que el programa está enfocado, en especial si esto se da a nivel de director del hospital.

¿Tú crees que, si el proyecto se acaba, las actividades en general continúen, las que se están trabajando?

*“...Sí, yo creo que sí, no sé si a este nivel, con respecto a la supervisión es de lo que yo he visto, creo que no habido mucha diferencia, depende mucho de cada institución, estamos con muchos cambios, ya sea de directores de personal, hay que empezar todo de nuevo, enseñar, justamente este año es un año de elecciones, seguramente vamos a tener nuevos directivos y ahí empezar de nuevo, explicar todo lo que es, pero nosotros siempre estuvimos ya apoyando...” Presidente Franco / Técnica del Programa PANI de la Región Hospital Presidente Franco.*

### **12.3. Equidad y Género**

#### **Hallazgo 34**

***Existe poca evidencia de la aplicación de la iniciativa de Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF). Hay una mayor participación de los padres en los controles, pero el acompañamiento durante el parto es un proceso en trabajo.***

En el POA 2017 del programa menciona que las capacitaciones siguen el Manual de MSCF. Como se ha explicado, el programa en sus documentos no tiene una cadena de valor explícita, que defina la teoría de cambio.

En este contexto, el equipo técnico de evaluación no recibió ningún documento de la aplicación o el ajuste del modelo a Paraguay. En este caso, luego de las reuniones de coordinación mantenidas, se asume que la implementación se basa en el documento de Argentina publicado en el año 2012. El mismo fue realizado por el Ministerio de Salud de Argentina y Unicef y se menciona que esta iniciativa fue desarrollada por más de 35 años, por el equipo de salud del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá (HMIRS) de Buenos Aires como un cambio de paradigma. (Fondo de las Naciones Unidas para la infancia, 2012)

En este, se menciona que la iniciativa MSCF tiene una cultura organizacional que reconoce a los padres y a la familia, junto al equipo de salud, como protagonistas de la atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido y define la seguridad de la atención como una de sus prioridades. La misma, estimula el respeto y la protección de los derechos de la mujer y del bebé por parte del equipo de salud, promueve la participación y la colaboración del padre, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y el recién nacido.

Para esto, implementa prácticas seguras y de probada efectividad, y fortalece otras iniciativas, como la iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño, que promueve fuertemente la lactancia materna.

A partir de su implementación se busca promover una atención humanizada, centrada en los derechos de la madre y el niño, que contribuya a mejorar la calidad de atención y reducir la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal.

En el caso donde se ejecuta el programa, tanto en las entrevistas a profundidad como en los grupos focales con madres y/o padres se evidencia que esta iniciativa ha tenido hitos importantes de

implementación. Las capacitaciones promueven la participación del padre en el embarazo. Así mismo, la decisión de crear infraestructura especializada (albergues para las madres) y la dotación de equipos, se guían en la aproximación de MSCF.

Si bien la mayoría de entrevistados manifestaron su acuerdo y compromiso con la transformación de los hospitales en la dirección de la iniciativa de MSCF, ellos a su vez señalan que las principales limitaciones para su implementación están dadas por la falta de equipamiento e infraestructura adecuada para atender el parto, así como la sobrecarga laboral del personal de salud que no le permite tener el rendimiento esperado. Así mismo, otro desafío para la implementación de esta iniciativa es la sensibilización de médicos y enfermeras, sobre todo los de mayor trayectoria profesional y edad, que son reacios a cambios. Finalmente, es importante mencionar que, la doble práctica médica en Paraguay puede estar influyendo en la poca adherencia de médicos a la iniciativa de MSCF, pues la prioridad no necesariamente se encuentra en mejorar la atención en sistema público (varios entrevistados a nivel central y grupos de madres mencionaron esto como un problema; por ejemplo, las madres comentaron haber sido enviadas a sacar ecografías en prácticas privadas). No obstante, esta situación no es particular de Paraguay, sino que está ampliamente presente en la mayoría de los países de América Latina.

**¿El tema de que tal vez en el parto pueda acompañarle el padre para entrar a la sala?** *“... No, te soy sincero solo me gusta llevar visitas después, nuestra área de parto es más chico que esta pieza, por espacio físico, tenemos proyectos de ampliar justamente nuestro quirófano y en uno de la sala del quirófano hacer nuestra sala de parto, y ahí en donde está la sala de parto hacer nuestra recepción del recién nacido, a partir de ahí llevarlo a lo que es neonatología...”*  
*Presidente Franco / Director Distrital Hospital Presidente Franco.*

Por otro lado, sobre todo en el trabajo en los grupos focales, se evidencia la necesidad de fortalecer los mecanismos de sensibilización del enfoque en el territorio.

Los principales comentarios alrededor de esta iniciativa fueron los siguientes:

*“... no es muy común que le acompaña los maridos a las embarazadas al hospital...”* Grupo Focal Departamento de Canindeyú, Curuguaty, USF Fortuna

*“... en el momento del parto es quizás que todavía tengamos algunas debilidades por el tema de la infraestructura misma y por el tema de cambiar un poco los conceptos de la persona de que hace en el momento del parto eso es todavía una deuda”.* Región Sanitaria / Encargada del Departamento Programa de Salud de la Décima Región Sanitaria.

*“... se hacía capacitaciones y yo me siento a escuchar cómo es la maternidad segura, pero me da sueño, me cansa, no estoy concentrado, Entonces no llega la estrategia, y eso es lo que es equipo técnico está trabajando para modificar y ver cómo podemos hacer para que sea más útil y que después se pueda aplicar. [...] a mí me preocupa la bajada del modelo de maternidad centrada en la familia es buscar una metodología efectiva para bajar el modelo, porque si no, no vamos a llegar a nuestra gente y no vamos a poder, como te digo, es un cambio de chip”.*

*“...Cambiar la metodología de las capacitaciones, primero, luego hay que lograr el compromiso de los gerentes de los hospitales porque ya se habló con gerentes regionales, que se hizo buena abogacía, pero también hay que hablar con los gerentes de los hospitales, como para que ellos estén comprometidos...” Asunción / Directora de la DGPS – MSP.*

*“...No es demasiado programable el tiempo que se puede agendar, de tal manera que no tenemos ni tiempo de hablar con nadie y nos queda decir a los familiares que esperen ahí y nosotros hacemos nuestro trabajo. [...] estamos ahí apretados en el espacio físico del quirófano, porque igual la sala de partos está aquí y un mismo paciente con peritonitis, un accidentado va a pasar por aquí, el mismo baleado con arma de fuego va a entrar por ahí, hay gente que está entrando, hay otros que están saliendo y viniendo, y el hecho de estar ahí con familiares afuera, va a molestar, va a ser difícil todo eso para los profesionales...” Región Sanitaria / Director del Hospital Regional Ciudad del Este.*

*“...Es poco difícil debido a nuestra cultura, del tipo de paciente que nosotros recibimos de la zona norte que son las comunidades indígenas y que ellos son muy tímidos muchas veces llegan solos. [...] Nos faltaría es más la educación a las usuarias y a sus familiares ya en el prenatal que ellos tengan preparado, la noción que ellos pueden ir acompañando que ellos pueden involucrarse en el procedimiento, pero estar preparado porque muchas veces busca involucrar ya en el momento del procedimiento y ya es difícil porque ellos se asustan...” Hernandarias / Encargada del Departamento de Obstetricia Hospital.*

*“...en la Maternidad Segura hasta el barrendero tiene que saber, nosotros siempre dijimos, hasta el guardia tiene que saber que a la embarazada él primero tiene que saber a dónde guiarle, entonces se tiene que hacer varias capacitaciones...” Presidente Franco / Jefe de Pediatría.*

### **Hallazgo 35**

***El criterio generalizado de la poca participación del hombre es su falta de tiempo debido a obligaciones laborales.***

Como se mencionó anteriormente, hace falta un trabajo mayor de sensibilización en los hogares que forman parte de la población objetivo. En los grupos focales se evidencia que aún prevalece el concepto de que el padre tiene que ir a trabajar y la madre cuidar de sus hijos.

La evidencia sugiere que se debe promocionar la participación y la colaboración de los padres, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y su hijo o hija durante el embarazo, el parto y el puerperio porque empodera a la familia y tiene beneficios agregados, ya que estimula la

participación de la pareja y de la familia en la satisfacción de las necesidades de la mujer en cada etapa del embarazo y luego del parto.

*“... los maridos no las acompañan porque están trabajando...”*

*“...Sí, en la charla de cómo el marido le debe de tratar a la mujer. Escuché por la radio la importancia de que los maridos acompañan a los controles...”.* Madres del Grupo Focal Departamento de Canindeyú, Curuguaty, USF Fortuna.

*[...] primera vez que vino fue con su suegra porque ella escuchó en la radio cuando yo dije que tiene que ser acompañada si el marido no está debe estar acompañada por alguien. Esta es una señora que siempre le acompaña su nuera. Por ejemplo, ella es su hija, ella siempre le acompaña porque el esposo está en su trabajo y ella es la responsable. Por ejemplo, en el caso de ella viene con su marido porque ellos tuvieron tres tratamientos juntos en pareja porque nosotros le visitamos y le hicimos firmar un acta, si ella no viene para el tratamiento con su pareja y eso nosotros documentamos porque muchas veces la gente no viene con su pareja para su tratamiento [...]*

*“...Cuando es embarazo de adolescente el marido debe acompañarle Porque debe escuchar la importancia de que quiere decir un control prenatal de cómo debe de ser tratada a las embarazadas Entonces el hombre tiene que respetar tiene que dormir bien no maltratar darle de comer y dormir ahora y todo eso debe ellos saber, ¿dónde escuchan eso? En la radio...”* Curuguaty / Jefa Obstetricia Hospital Regional.

### **Hallazgo 36**

***La zona de influencia del programa presenta altas tasas de población indígena por lo que la inclusión del enfoque de interculturalidad dentro de las actividades de los tres proyectos, debe ser implementado.***

En primera instancia, se debe entender que significa interculturalidad. De manera conceptual y de acuerdo a la aproximación del Ministerio de Educación del Perú, en la práctica, significa “entre culturas”, pero no simplemente un contacto entre culturas, sino un intercambio que se establece en términos equitativos y en condiciones de igualdad. Este es un proceso permanente de relación, comunicación y aprendizaje entre personas, grupos, conocimientos, valores y tradiciones distintas, orientada a generar, construir y propiciar un respeto mutuo, y a un desarrollo pleno de las capacidades de los individuos, por encima de sus diferencias culturales y sociales. (Ministerio de Educación, 2005)

Dentro del programa se ha identificado que existe, sobre todo en Canindeyú, una alta presencia de población indígena. Sin embargo, durante la realización de grupos focales y en las entrevistas a

profundidad, no se ha evidenciado que exista una estrategia diferenciada o la aplicación de un enfoque intercultural en los servicios del programa, de manera sistemática.

En este contexto dada la prioridad del programa en el trabajo con obstetras y las USF, es necesario la coordinación entre el MSPyBS y Unicef para incluir en las zonas con población indígena, el trabajo con las empíricas (partera). Este es un problema visible en los grupos focales y entrevistas a profundidad que identifican un rol importante de las mismas, en el cuidado y atención de las madres embarazadas.

Incluir la interculturalidad en el programa plantea el reto de generar un espacio de negociación y de traducción donde las desigualdades sociales, económicas y políticas, y las relaciones y los conflictos de poder de la sociedad no son mantenidos ocultos sino reconocidos y confrontados. (Ministerio de Educación, 2005).

En tal sentido, este trabajo es necesario para alcanzar el resultado final del programa que es reducir la muerte materna y neonatal, en población indígena.

*¿Y practicas aquí de empíricas, todavía se dan? ¿y es bastante el porcentaje?*

*No, no es bastante, pero sí. Yo creo que estoy hace un año, desde febrero, yo estaba en otro territorio, allá solo vi uno, pero ya acá, durante este año ya vi unos diez por lo menos, no es demasiado, pero si por lo menos una por mes es lo que vienen. “. Saltos del Guairá / Jefa Pediatría hospital regional.*

*¿Hay muchas complicaciones, por ejemplo, que lleguen ya en lo último, que no pudieron identificar?*

*“...El día de ayer llegó una que estaba con empírica y ya llegó prácticamente con el bebé que ya no tenía signos...”. Salto del Guaira /Jefa Obstetricia Hospital Regional.*

*“...Ahora, desde este proyecto acá nosotros podemos ver que sí hubo mejoría en respecto de que los nacimientos que se están realizando se hacen ahora en los hospitales. Hace gran número de años anteriores de que las mujeres tenía solamente con empíricas ha disminuido bastante...” “...es tratar de mejorar lo que más nos digan los casos que muchas veces es los controles prenatales en el que tenemos más problemas, otro caso también es la malformación congénita o debido al parto de las empíricas que llegan con un cuadro de asfixia...”. Curuguay / Director Hospital Distrital.*

*¿El tema de las empíricas, ahí no habido intervención ni del programa ni del estado como lo ven ustedes?*

*Ahí es un tema que tiene que ver con la cultura de la gente y que ya hicimos varios diálogos con las personas empíricas, pero no hay un comprometimiento de la parte de ellas. Mejoró mucho Después de eso con la ayuda del albergue y la casa materna, porque muchísimas veces lo embarazadas y a su control en la USF y venía al hospital y digamos que faltaba una semana para este parto no tenía las condiciones para volver...”. Salto del Guaira / Hospital Región Sanitaria.*

*“...Cierta población se sigue haciendo atender con partera, tenemos todavía un porcentaje de partos domiciliarios, nosotros lo que hicimos fue que las parteras puedan acceder a nuestro hospital y se comenzó a capacitar también a las parteras, porque vemos ahí hay un problema, todavía hay mujeres que se hacen atender con parteras, entonces tuvimos que ir al punto principal que son las parteras...”. Minga Guazú / Hospital Minga Guazú.*

### **Hallazgo 37**

#### ***Es necesario fortalecer el trabajo de sensibilización en temas de género.***

La iniciativa del MSCF es un cambio de paradigma para todos los actores que en ella participan. Dentro de los 5 ejes que en ella se incluyen, está el promover la participación y la colaboración del padre, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y el recién nacido. Entre los diez pasos a seguir para la implementación se encuentra el cuarto y quinto que menciona que se debe priorizar la internación conjunta madre-Hijo sanas con la participación de la familia y facilitar la inclusión de la madre, el padre y el resto de la familia en la internación neonatal, respectivamente.

Si bien el manual de esta iniciativa plantea los pasos a seguir, su implementación en los territorios plantea retos operativos. En el caso de la visita de campo realizada, se evidencia que algunos médicos y enfermeras no están de acuerdo con la implementación del modelo. En varias entrevistas a profundidad, se mencionó que es incómodo para el personal de salud y para la madre incluir a más gente en el parto por restricciones de infraestructura y de equipamiento de esterilización.

Por otro lado, en los grupos focales, las madres mencionan que están de acuerdo en que el padre o la familia participe en el proceso de gestación con el acompañamiento a los controles. Sin embargo, no mencionan lo mismo para el momento del parto ya que consideran que es difícil, porque los hombres no quieren entrar o en otros casos señalan que no tenían conocimiento de que los padres o la persona de confianza puede acceder a la sala de parto.

Si bien hay casos que en que tanto el embarazo como el parto se han dado de acuerdo a lo establecido en los manuales de MCSF, en la visita de campo se evidencia que existe aún necesidad de fortalecer el trabajo de sensibilización. Cabe indicar que la participación del padre genera más seguridad a la



madre en su periodo de gestación y la toma de conciencia de lo que ser madre conlleva, mientras que involucrarse en el desarrollo del niño/a esta demostrado que conduce a resultados positivos futuros.

En este contexto a continuación se presenta lo que se dijo en las entrevistas a profundidad y grupos focales sobre este tema:

*"... Eso está pegando acá con mucha fuerza en el país tienen una entidad de la equidad de género cómo está trabajando mucho también como institución en ese tema...". Asunción /-Fiscalizador Programa de ITAIPU*

*"... el tema de género es realmente complicado porque no tenemos educación con enfoque de género y cuando a nosotros nos llegan a un servicio de salud y nosotros en los servicios de salud podemos dar enfoques de género, pero los usuarios y usuarias también tienen que tener ese enfoque y yo creo que deberíamos de trabajar desde el ministerio de educación...". Asunción /Directora de la DGPS - MSPyBS*

*"...Ahora los padres están interesando más, viendo con la esposa para su control, anteriormente parecía que tenían vergüenza llegar al hospital, pero ahora están participando más los padres...". Salto del Guaira / Encargada del Programa PANI*

*"... en el área de neonatología, se ve que la mamá es la que está más incorporada, ella está entra y sale, al papá nosotros tenemos que decirle, mira aquí está tu hijo, acá está tu bebé, el trata de participar, esto se hace así, nos regimos todavía por una comunidad muy machista, entonces la mamá es la que tiene que estar con los hijos y el padre no se incorpora mucho...". Región Sanitaria / Becario MSCF Pediatra.*

*"... con la alegría que hay varios varones que ya están acompañando en el control prenatal y más todavía con la cuestión está de la estimulación temprana, vemos en algunas comunidades, en algunas unidades de salud familiar, en donde realmente se empoderaron de ese programa, hay varones participando de esa actividad...". Región Sanitaria / Departamento Programa de salud de la décima Región Sanitaria.*

#### **12.4. Resultados de la encuesta (funcionarios públicos)**

Sobre la base del instrumento que fue diseñado, se coordinó con el equipo técnico de UNICEF el levantamiento del mismo, entre los funcionarios responsables del proceso de implementación. El universo total de análisis, proporcionado por UNICEF, fue de 46 funcionarios. Recapitulando el proceso de recolección de datos, el día 9 de marzo de 2018 se lanzó el primer email con el link y petición de llenado de la encuesta. Posteriormente se lanzaron recordatorios de llenado de la información el 23 de marzo y 6 de abril.

La encuesta y metodología propuesta en el apartado A ha sido aplicada con éxito a 12 personas, entre funcionarios de planta central, personal de los hospitales y obstetras de unidades familiares.

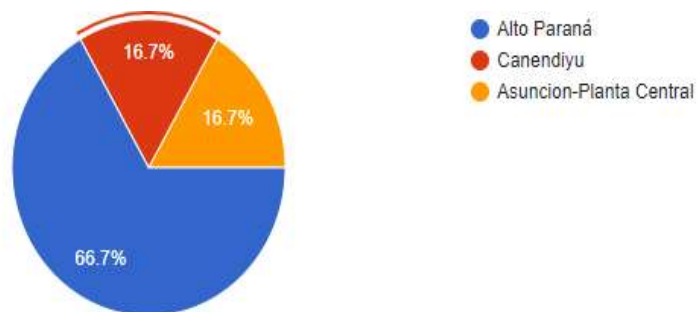
Lastimosamente, el nivel de colaboración y respuesta pese a los distintos recordatorios tanto equipo consultor como de Unicef apenas ha llegado a una tasa de respuesta del 26.1%.

En base a la información obtenida se presentan los resultados más importantes.

### Sección A: Información General

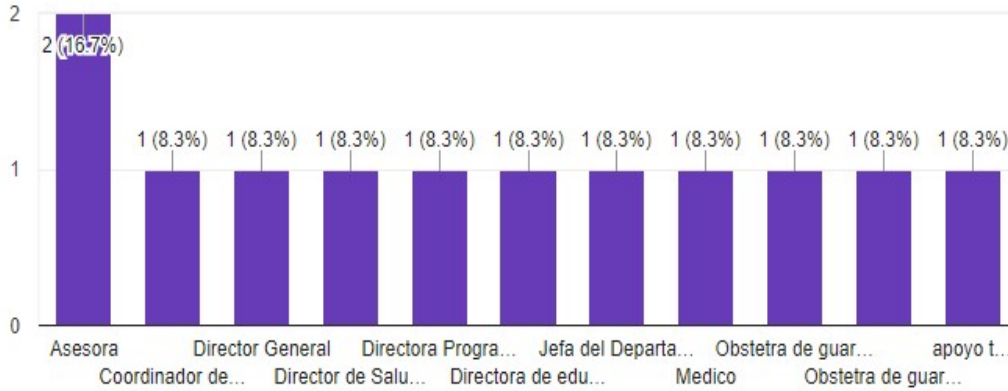
La primera sección de identificación nos permite conocer el perfil del informante. El departamento con mayor número de respuestas es Alto Paraná, seguido de manera equitativa por Canindeyú y Asunción.

Gráfico 23: Porcentaje de Respuesta a la Encuesta por Departamento



La composición de respuesta de los funcionarios es variada. La encuesta cuenta casi con al menos una respuesta entre asesores, directores de hospital, obstetras de hospital y de las unidades familiares. Todos los informantes se encuentran en el rango de edad 34 a 58 años: el 83% son mujeres; todos cuentan con título universitario y 58% de ellos con maestría. Esta diversidad de cargos al menos permitirá conocer tener una visión de todos los niveles acerca del programa.

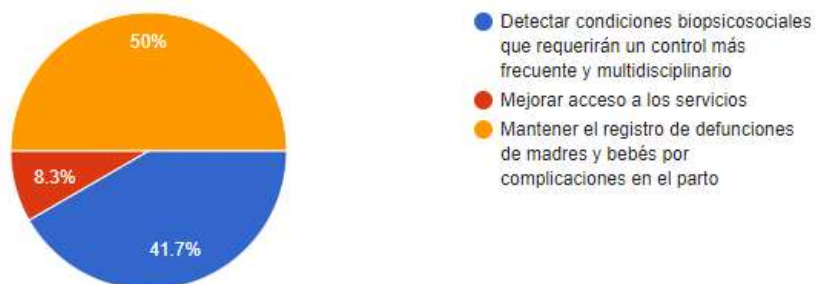
Gráfico 24: Cargo de los Informantes



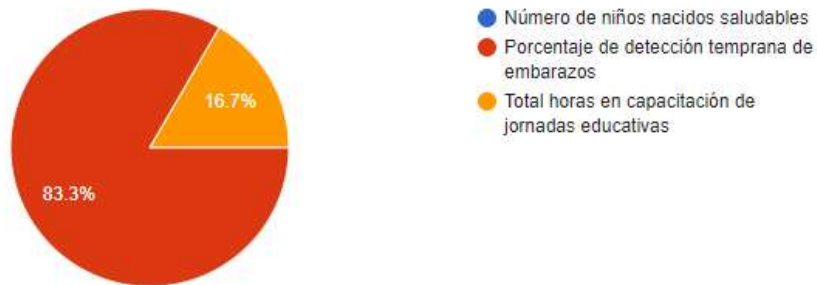
### Sección B: Conocimiento de los objetivos y metas del programa

Esta sección nos permite conocer el conocimiento global de los objetivos y metas del programa. El gráfico siguiente muestra que el 50% de los entrevistados conoce con certeza el objetivo principal e identifica cuáles no son objetivos del programa. Esto no ocurre en el caso de los indicadores de monitoreo planteados en las fichas de diseño del programa (b), ningún entrevistado identificó al indicador número de niños nacidos saludables como indicador de monitoreo. Esto tiene implicaciones operacionales, ya que los obstetras de campo, así como sus directas no conocen que en base a este indicador sus prácticas pueden ser potencialmente monitoreadas, evaluadas e insertadas en proceso de mejora continua. Caso opuesto ocurre con los indicadores de impacto, el 75% de los entrevistados identifica con claridad que el reducir la tasa de mortalidad neonatal es el impacto principal que se busca con la intervención.

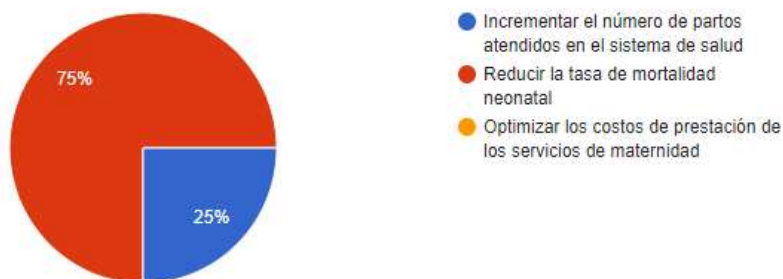
Gráfico 25: Conocimiento de objetivos y metas



(a)



(b)



(c)

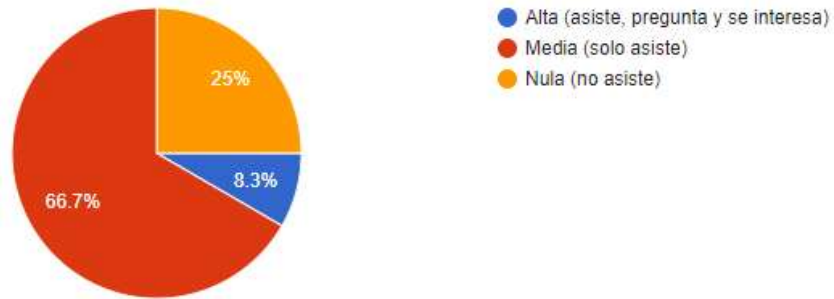
A partir de estas 3 respuestas se construye el indicador de conocimiento global de los objetivos y metas del programa (100% a 90% conocimiento total, 89% a 75% conocimiento bueno, 74% a 60% conocimiento regular, menos de 60% conocimiento deficiente) con un resultado de 66.7% lo que refleja que entre los funcionarios entrevistados el conocimiento como tal de objetivos e indicadores es regular.

### Sección C: Percepción acerca del programa y sus prácticas

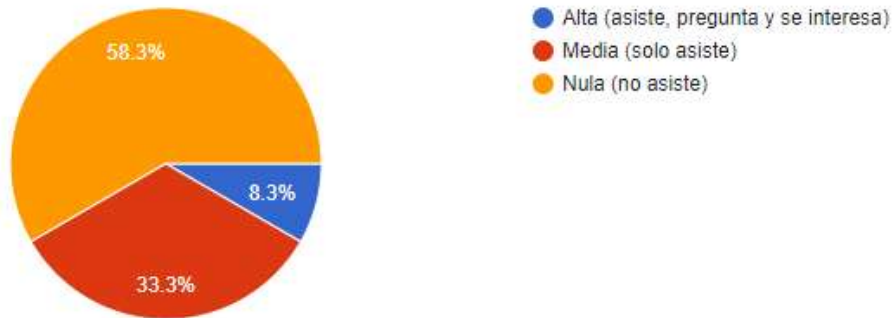
Esta sección nos permite conocer el grado de participación de los padres a lo largo del período de embarazo de las madres e identificar cuáles son las causas que considera el staff principal en el caso de la mortalidad infantil.

En el primer caso, el gráfico (a) muestra que el 66.7% de los entrevistados reconoce que los padres participan en un nivel medio de los controles prenatales. Esta cifra baja en el caso ya del parto donde el 58.3% de los entrevistados reconoce que la participación de los padres es nula. (b). Este valor se incrementa en el cuidado y asistencia a los controles del niño donde el 66.7% de los entrevistados reconoce que la participación de los padres es media.

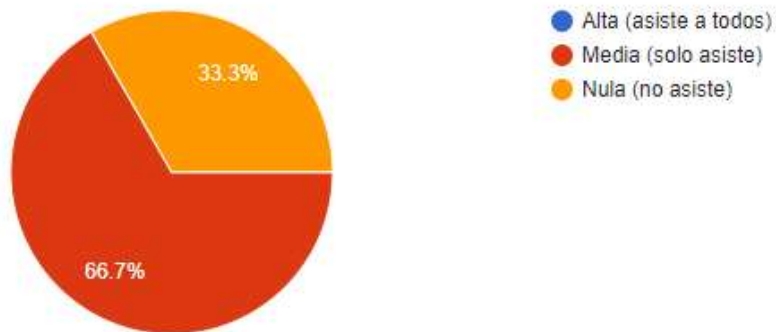
Gráfico 26: Percepción de la participación de los padres



(a) Controles prenatales



(b) parto



(c) controles niño sano

A partir de estas 3 respuestas se construye el indicador de percepción de la participación de los padres (100% a 90% participación total, 89% a 75% participación buena, 74% a 60% participación regular, menos de 60% participación deficiente) con un resultado de 33.3% lo que refleja que los funcionarios entrevistados reconocen que este es un punto aún a trabajar de manera fuerte por el programa.

Los entrevistados identifican como la causa principal de la mortalidad neonatal la falta de seguimiento al embarazo y a los controles prenatales Si a esta respuesta la juntamos con la observación realizada en campo, vemos que el sistema de información georreferenciado y el seguimiento caso a caso busca atacar esta problemática. Sin embargo, dos grandes riesgos amenazan el uso de esta tecnología de apoyo en campo. El primero es la conectividad en áreas rurales, lo cual limita al sistema y hace que no sea de respuesta inmediata. La segunda es que las unidades familiares recién están en el proceso de salir a barrer campo y enlistar a las madres para brindar este seguimiento individualizado. El resto de las razones proporcionadas tiene casi el mismo nivel de respuesta entre los entrevistados.

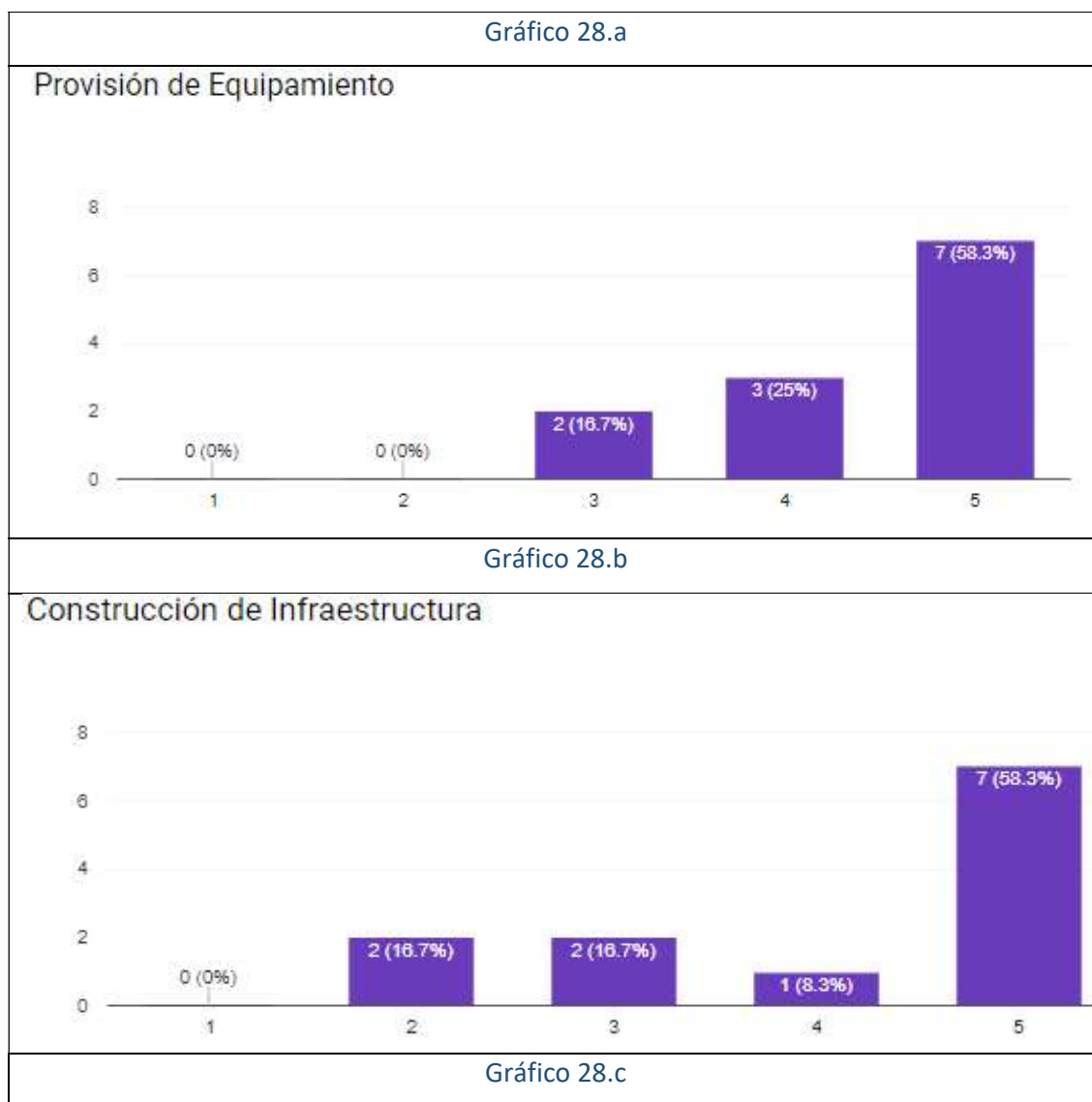
Gráfico 27: Principales causas de mortalidad neonatal



#### Sección D: Conocimiento y relevancia de las principales prácticas operacionales

Esta sección nos presenta dos subsecciones. En un primer momento se consulta a los entrevistados sobre la importancia de distintos componentes de programa en sus tareas diarias y sobre todo en la atención prenatal, parto y seguimiento a los bebés e infantes. En este caso, al menos el 50% de los entrevistados identifican a la infraestructura, equipamiento, el modelo centrado en la familia y los talleres con madres como prioritario, es decir se considera que estas intervenciones han sido vitales para el programa. Los resultados por grado de importancia se presentan en los gráficos siguientes

Gráfico 28: Importancia de 5 elementos claves del programa



### Capacitación en el modelo de atención centrado en la familia

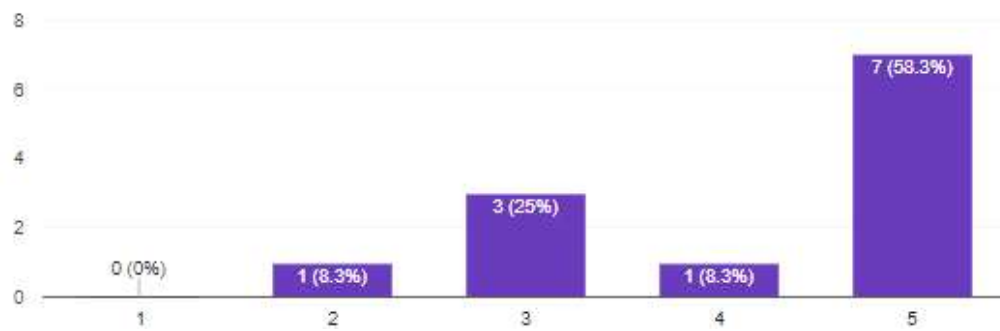


Gráfico 28.d

### Entrega de material gráfico y de diseño para el apoyo a los hogares

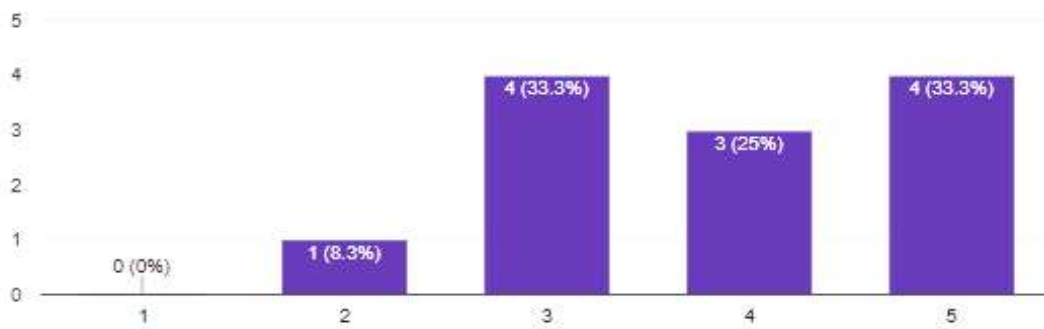
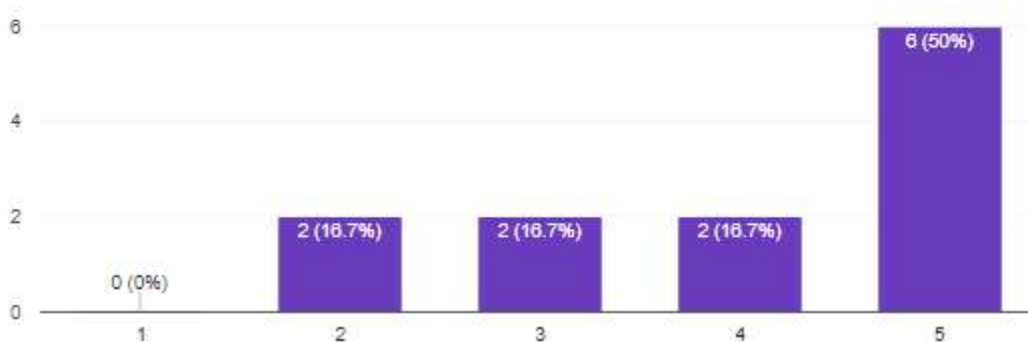


Gráfico 28.e

### Talleres de socialización de resultados

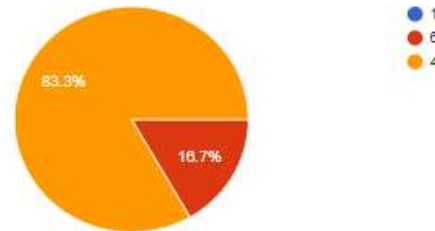




En un segundo momento, consultamos sobre dos prácticas operacionales mínimas del programa. En este caso encontramos que al menos el 80% de los entrevistados las identifica con claridad. El gráfico siguiente muestra los resultados individuales de las preguntas.

*Gráfico 29: Preguntas de Evaluación de prácticas operacionales mínimas*

El número de consultas mínimo recomendable en mujeres que no presentan factores de riesgo es:



Cuál de las siguientes acciones implica el parto intercultural:



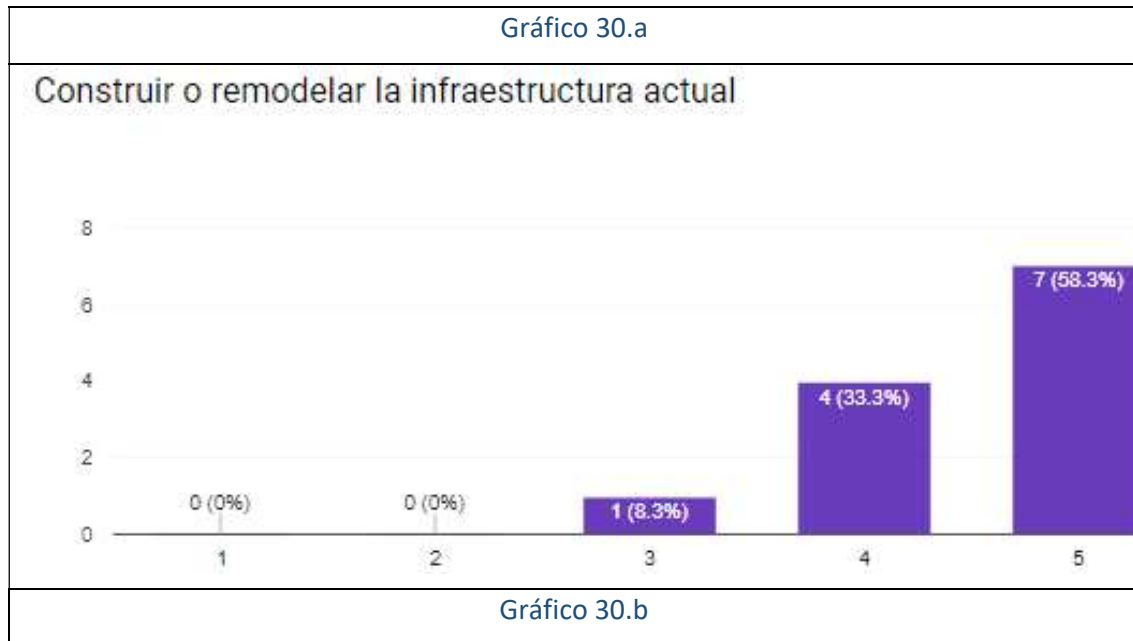
A partir de estas 2 respuestas se construye el indicador de conocimiento global de las prácticas mínimas del programa (100% a 90% conocimiento total, 89% a 75% conocimiento bueno, 74% a 60% conocimiento regular, menos de 60% conocimiento deficiente) con un resultado de 93.8% lo que refleja que entre los funcionarios entrevistados el conocimiento de prácticas mínimas es alto.

### **Sección E: Sugerencias para la mejora del programa**

La sección consta de dos momentos. En el primer momento se proporciona una lista de sugerencias para las cuales se pide identificar su nivel de importancia en el futuro para el éxito del programa. Entre los entrevistados el 92% de ellos identifican de manera clara que la mejora de los procesos de recolección de información, historias clínicas y datos es el principal componente que el programa a futuro debe atacar a fin de que sus beneficios perduren en el tiempo. Cabe notar que en este componente el programa no intervino. Para el caso de la infraestructura y el equipamiento, acciones

que sí tuvo el programa, el 53% y 83%, respectivamente, de los entrevistados lo identifican como vital. El gráfico siguiente recoge todas las respuestas para las acciones planteadas como sugerencias.

Gráfico 30: *Sugerencias y grado de relevancia para el éxito futuro del programa*



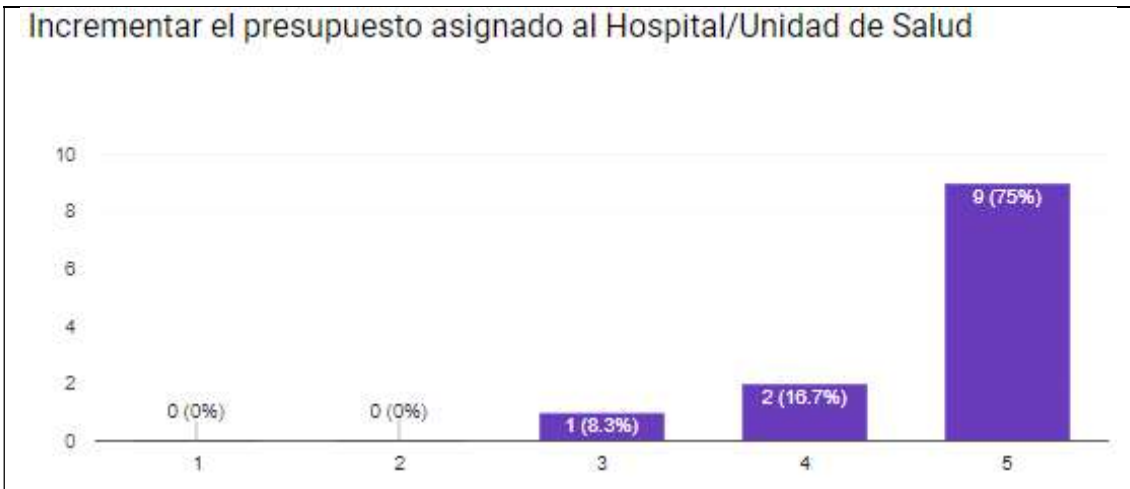


Gráfico 30.c

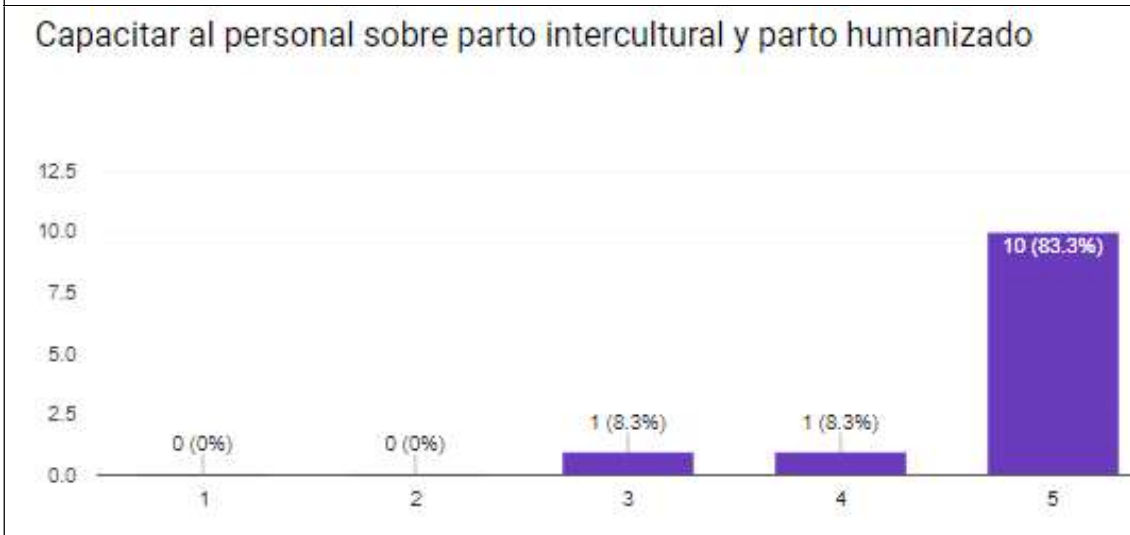


Gráfico 30.d

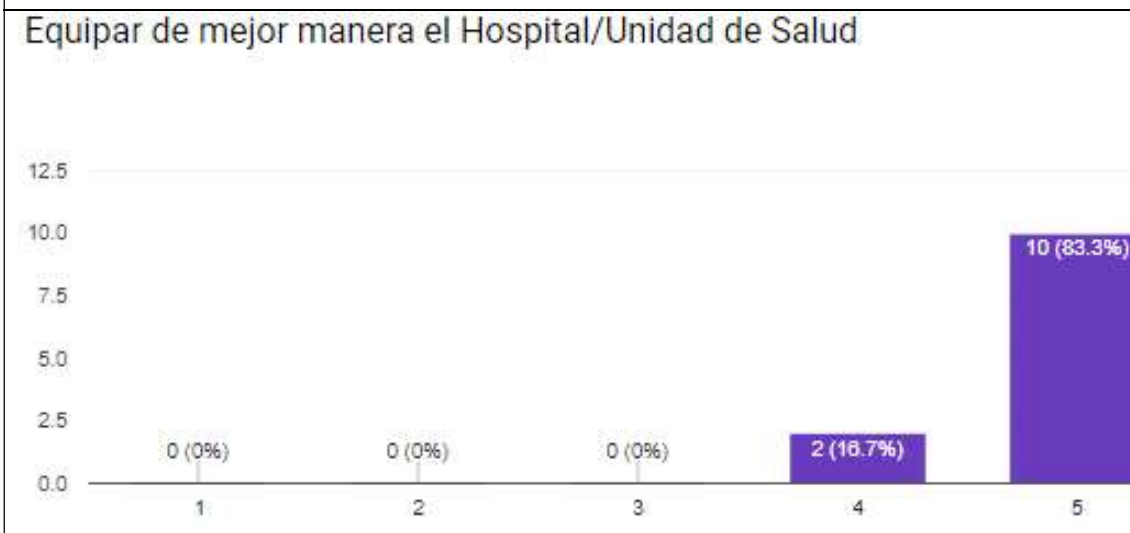


Gráfico 30.e

### Mejorar los procesos de recolección de información, historia clínicas y datos

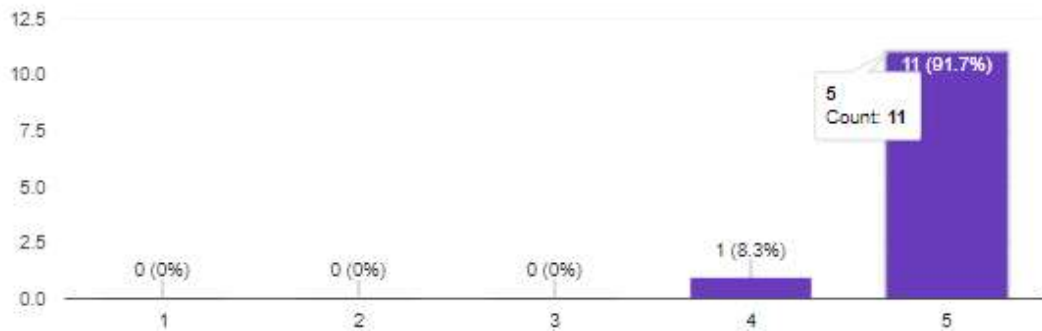


Gráfico 30.f

### Brindar más capacitaciones a las madres sobre nutrición y cuidados durante el embarazo a las madres

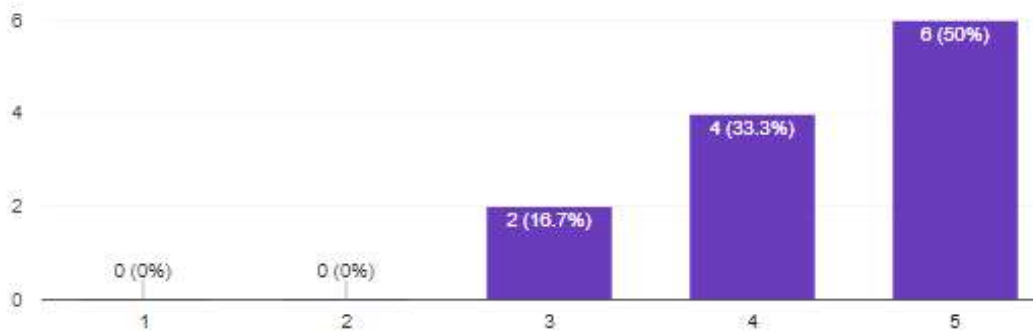
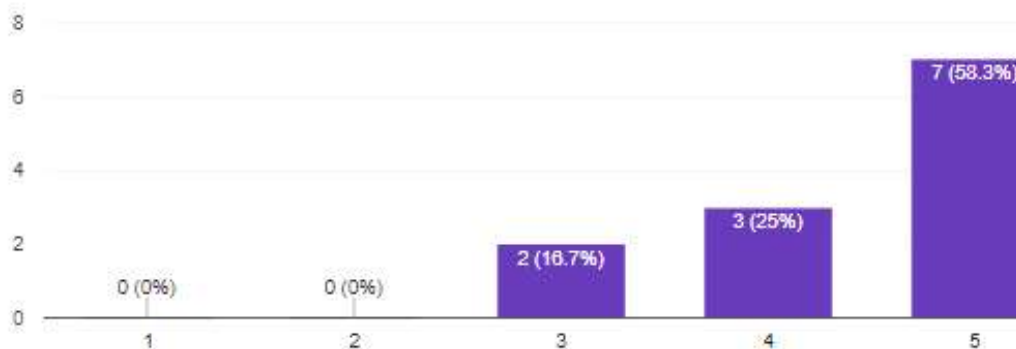


Gráfico 30.g

### Brindar más capacitaciones a las madres sobre nutrición y cuidado de sus hijos recién nacidos



De manera adicional, en la base de datos se proveen como sugerencias adicionales de cada uno de los entrevistados de manera abierta. Cabe señalar que estas sugerencias en su mayoría coinciden con las categorías planteadas.

Como se puede observar, los resultados de la encuesta coinciden con los hallazgos recogidos en los instrumentos cualitativos (entrevistas a profundidad y grupos focales). Esto a pesar de que la respuesta fue baja<sup>34</sup>, provee de información que valida los instrumentos aplicados.

### **13. Buenas Prácticas Identificadas**

Esta sección del documento contiene las oportunidades que el programa ha tenido a lo largo de su implementación. Si bien algunas de ellas no estaban contempladas en el diseño, en la práctica se han realizado y han traído beneficios sobre todo para la población que accede a los servicios.

*Utilización del teléfono celular (WhatsApp) como herramienta de seguimiento y monitoreo de los usuarios*

Cuando se realizó tanto las entrevistas a profundidad como los grupos focales se constató que las obstetras utilizan la herramienta de comunicación WhatsApp con los pacientes de la comunidad que asisten a las USF. También ocurre lo mismo con las autoridades de los hospitales que tienen creados grupos en WhatsApp para estar en conocimiento de sucesos que ocurran en su territorio (ej. Derivaciones por complicaciones).

En este contexto, a continuación, se presenta citado lo que mencionaron los actores que fueron entrevistados sobre este tema:

*“...Yo creo que nos falta mucho en la parte de cultura porque ya casi en todos los lugares ha llegado a la parte de informática y los celulares, las USF se manejan así, porque te digo porque nosotros estamos organizando una actividad para mañana y cada una de las Obstetras de la USF tienen a su embarazada, ellos llaman a informarle sobre que tiene que ir a sus controles, sus análisis y yo creo que en un futuro se puede fortalecer la parte de comunicación porque de a poco vamos a ir educando a ellos. Y es un trabajo de largo plazo...” Hernández / Encargada del Departamento de Obstetricia Hospital.*

---

<sup>34</sup> El equipo técnico de UNICEF fue informado del nivel de respuesta y del día de cierre del link de acceso a la encuesta. De ser necesario y si se considera importante, se puede operativizar nuevamente el link de acceso para subir el porcentaje de respuesta.

*“...Hice un grupo de WhatsApp con 15 chicas y ellas se envían mensajes de que te tienes que aplicar la vacuna y entre ellas mismas se ayudan...”. Hernandarias / Obstetra de Guardia.*

*A los que usan les enviamos mensajes y los que no usan hacemos lo posible de llegar a su casa. Los envíos, ¿ustedes lo hacen desde su celular particular? Si, si. Minga Guazú / Visita domiciliaria y vacunación.*

*Es mucho más llevadero quizás para hacer el tema monitoreo 1-1. Por más que sea una mujer rural, mínimamente tiene un teléfono celular, el que tiene menos aplicativos, pero lo tiene, entonces en este mismo momento pensando, es el teléfono celular. Región Sanitaria / Encargada del Departamento Programa de Salud de la Décima Región Sanitaria.*

*En cuanto a la remisión de pacientes, tenemos un grupo de WhatsApp dentro del hospital con todas las Unidades de Salud, integre al Director, la Obstetricia, la Jefa de Enfermería, Epidemiólogo, Educación, todos los programas. Entonces en ese grupo ellos envían siempre sus mensajes, su consulta, estamos enviando una paciente para... y nosotros ya le encaminamos, ese es el trabajo que hacemos con ellos. Presidente Franco / Obstetra.*

Como se puede verificar es una oportunidad que el programa tiene que considerar para mejorar las estrategias de comunicación sobre todo con los beneficiarios.

*El club de madres se identifica como una práctica que ayuda a tener nuevos conocimientos sobre su embarazo o la manera de criar a su hijo/a*

Con la realización, en especial de los grupos focales, se reveló que cuando se hace los clubs de madres se tiene acceso a información importante que les sirve para llevar un embarazo, parto y crianza del hijo/a de mejor manera, inclusive en madres que ya han tenido hijos previamente. Además, aseguran que antes de que el programa exista, la mortalidad materna y neonatal se veía como un gran problema por la falta de información de complicaciones en mujer embarazada y en los niños/as.

*Los clubs de madres: Ellas vienen, la verdad es que es muy bueno los clubes por lo que ellos se conocen como se hablan entre ellos, se pregunta cómo está su embarazo, acerca del bebé, así, es bueno. Presidente Franco / Obstetra USF Codeco.*

*Los albergues representan una oportunidad para garantizar un servicio integral, sobre todo para las usuarias que viven alejado de los hospitales.*

Los albergues maternos se describen como un hito muy importante del programa para población que no pertenece al territorio cercano del hospital. Los mismos garantizan que al disponer de este servicio, se reducen las barreras de entrada al servicio (las usuarias no van a incurrir en gastos adicionales)

Cabe mencionar que, si bien ha tenido una buena acogida este servicio dentro del programa, hay que fortalecer las acciones no relacionadas a la dotación de infraestructura (de responsabilidad del programa) como es la alimentación, la atención profesional, entre otros.

*"...unas de las más importantes son los albergues que se pudo llevar a cabo mediante el proyecto [...] eso por ejemplo para nosotros fue fundamental porque como ven las instancias del país hacen que estos pacientes pueden tener acceso fácil en un momento una emergencia..."* Asunción / Directora de la DGPS – MSPyBS.

*"... El programa ha ayudado bastante, mediante el proyecto tenemos el albergue para embarazadas que vienen de los distritos lejanos para que se vayan quedando en el albergue de embarazadas para adolescentes..."* Hernandarias / Encargada del Departamento de Obstetricia Hospital.

*La difusión por radio emisora es una buena práctica que se encontró en el territorio de Curuguaty, ya que las madres del grupo focal habían escuchado la mayoría del conocimiento que manejaban mediante este medio de comunicación*

Se considera como una buena práctica identificada porque en una USF ubicado a las afueras del distrito de Curuguaty la radiodifusión había tenido impacto en las madres con las que se realizó el grupo focal. Si bien el programa si contempló en un periodo de tiempo la radiodifusión, la obstetra de esta USF, creo un programa de radio, para que las mujeres embarazadas tengan acceso a información sobre diferentes etapas del embarazo, parto, postparto y crianza del niño/a.

***¿Creen ustedes en base a su experiencia creen que las mamás sobre todas las mamás jóvenes están preparadas?*** Yo creo que sí porque acá por ejemplo todos entran a la escuela, al colegio y le enseñan también les dan charlas por la radio entonces ya conocen todo.

***¿Qué información les contaron en la radio y qué información tenían antes de escuchar la radio?***

*Traducción del guaraní: Dice que ha escuchado en la radio cuáles son tratamientos que seguir para el embarazo, cuando hay que ir, los controles, los estudios, y si tenía alguna enfermedad era una promoción para que vayan al control. También el trato a los niños cuando les da gripe u otra enfermedad. Grupo Focal Departamento de Canindeyú, Curuguaty, USF Fortuna*

## **14. Lecciones aprendidas**

El programa ha cumplido un importante rol, sensibilizando tanto a los responsables de la política pública a nivel central como a los ejecutores de la misma en el territorio. La evidencia sugiere que éste trabajo, junto con la decisión del Gobierno del Paraguay de incluir la temática en la agenda han llevado a que, la reducción de la tasa de mortalidad materna y neonatal sea una prioridad tanto a nivel nacional como en el territorio. En varias entrevistas, se valoró positivamente este cambio en la actitud de los responsables de proveer los servicios a madres y niños, tanto en el embarazo como en el parto. Existe coincidencia en considerar, que no es aceptable tener muertes prevenibles de madres o niños durante el parto. Los entrevistados reconocen, que cada vez que eso sucede ahora, pasa a ser un problema que requiere de decisiones, tanto para los responsables de las unidades de salud, como para las autoridades.

Los actores a nivel de planta central han reconocido así mismo la oportunidad del programa para que sea ampliado a otros territorios. Como se ha presentado, existe una valoración positiva del rol de UNICEF en el actual proceso por lo existe una opción a ser evaluada por las partes, en las acciones futuras en relación a las políticas para la reducción de la tasa de mortalidad materna y neonatal.

## **15. Conclusiones**



En base a los insumos que consideró la evaluación y a lo establecido en los términos de referencia, el equipo técnico considera que el programa tiene un alto nivel de relevancia. El mismo se ajusta a los objetivos y prioridades de política pública del país desde un enfoque de derechos y se ejecuta en territorios que han tenido altas tasas de mortalidad materna y neonatal. Así mismo, ha cumplido un importante rol sensibilizando a los tomadores de decisión a nivel nacional y en los territorios de implementación, sobre la importancia de reducir la tasa de mortalidad materna y neonatal.

En este contexto, existe un importante reconocimiento para el mismo y para UNICEF, como facilitador en la provisión de los insumos, el equipamiento y la infraestructura que son necesarios, para la reducción de la tasa de mortalidad materna y neonatal.

Sin embargo, de lo anterior, el diseño e implementación del programa no ha permitido a lo largo del periodo de ejecución, constatar el progreso de los productos y resultados deseados, determinar si las actividades previstas han sido suficientes para lograr los resultados, ni recopilar datos sobre indicadores desagregados al menor nivel en territorio, que son elementos necesarios para realizar el monitoreo de los resultados intermedios y finales.

Es necesario además fortalecer las prácticas y aplicación de la aproximación de MSCF en el territorio. Existe un importante espacio para el empoderamiento del equipo médico tanto de las USF como de los hospitales, así como también de las autoridades locales del MSPyBS para que se pueda implementar de manera efectiva y con una visión sostenible el modelo de Maternidad Segura y Centrada en la Familia.

Por otro lado, para la discusión de la expansión del programa a otros territorios, es necesario establecer criterios de priorización de territorios en los que se va a ejecutar el programa y definir ex ante, una estrategia de implementación; es decir, instituciones que van a ser consideradas para entregar capacitaciones, equipamiento e infraestructura requerida mediante un plan de capacitación a ser implementado; por ejemplo.

Con respecto al criterio de sostenibilidad, si bien UNICEF presenta un posicionamiento, experticia y capacidad técnica reconocida en el país, esto no permite impulsar la ejecución del programa por sí solo, ya que a decir de las instituciones públicas no podrían continuar con el mismo, sin el acompañamiento de UNICEF.

El detalle de las conclusiones por cada criterio se presenta a continuación y están estructuradas en base a las preguntas de la evaluación.

### **Sobre la relevancia del programa**

El programa es relevante y pertinente pues se ajusta a los objetivos nacionales de política pública, así como a la problemática del territorio. En este contexto, si bien la estrategia de implementación es conocida a nivel central, a nivel del territorio (en departamentos y distritos) no sucede lo mismo. No existe claridad entre el personal de USF y hospitales sobre la forma de implementación y organización del programa, más allá de la entrega de capacitaciones, insumos e infraestructura.

En relación a lo anterior, existe una valoración positiva del rol de UNICEF como apoyo técnico para la ejecución del programa y como administrador del mismo. En los grupos focales se pudo evidenciar además que las madres dan una valoración positiva a las obstetras de las USF porque realizan un trabajo personalizado en el control del embarazo; sin embargo, no tienen la misma percepción de los hospitales cuando se realiza el parto.

A pesar de la estrategia de implementación, dentro de la planificación inicial del programa no se consideró particularidades que a nivel territorial están presentes. En el caso de Canindeyú, por ejemplo, las empíricas tienen una importancia relativa, sobre todo en las mujeres indígenas en Curuguaty. En este caso no ha existido una estrategia diferenciada para el trabajo con ellas. Otro factor que influye en la gestión e implementación del programa es la alta tasa de madres adolescentes embarazadas sobre todo por el entorno en el que viven el periodo de embarazo. En este caso, a pesar de la complejidad de la temática, no se ha identificado que existe un abordaje especializado.

### **Sobre la eficacia del programa**

En este criterio, se evaluó el progreso que ha tenido el programa con respecto al logro de los productos y resultados deseados, así como la eficacia de las partes que han implementado las actividades del programa. En términos generales, la evaluación recoge que han existido cambios importantes que el programa ha generado en los años que ha venido ejecutándose para los beneficiarios y para el personal médico. Las capacitaciones a médicos y obstetras son bien valoradas debido a que se nota la diferencia sobre todo a decir de los usuarios del programa.

El programa identifica con claridad los responsables de las entidades involucradas en la administración, implementación y monitoreo del programa con sus respectivas funciones para el seguimiento en cada uno de los proyectos, sin embargo, con respecto a los productos y resultados esperados, no existe una descripción detallada de la implementación del programa en el territorio. Así mismo, no están definidos todos los insumos y los responsables por la provisión de los mismos.

En lo concerniente a los recursos humanos, existe una percepción general tanto en las USF como en los hospitales, que existe un déficit que dificulta la implementación del programa. Si bien esta no es responsabilidad de UNICEF, afecta la implementación del programa de acuerdo al modelo propuesto. A esto se junta el problema de la alta rotación del personal que causa que no exista una continuidad de lo que el programa plantea.

Dada esta dificultad en la implementación del programa, la ejecución del presupuesto describe en su mayoría, la compra de insumos de responsabilidad de UNICEF (capacitaciones, insumos médicos, equipamiento o infraestructura). Si bien en la descripción del POA, existe actividades con costos identificados, no ha sido posible monitorear durante el proceso de evaluación, la ejecución de las mismas ni los resultados relacionados.

No existe evidencia de que el programa cuenta con un sistema de información sobre los productos y los resultados que se han generado. En este contexto, el programa tiene que tomar en cuenta que los informes semestrales que se realiza deben incluir número de beneficiarios atendidos, cumplimiento de metas, número de atenciones realizadas entre otros indicadores de monitoreo ya que es la única manera de cumplir y validar que los resultados deseados se alcancen.

Con respecto a la implementación del MSCF todavía existe trabajo por realizar sobre todo con el personal médico. En el caso de las capacitaciones, por ejemplo, no existe un paquete estandarizado de lo que cada persona debe cumplir de acuerdo a su perfil. Esto implica que la capacidad del personal a cargo de la implementación del programa, para capacitar a otros territorios y expandir el programa, no es homogénea.

La iniciativa MSCF es un proceso complejo, multidimensional y dinámico para proveer atención materna y neonatal segura, calificada e individualizada y, por tanto, conlleva varios retos. Si bien existe acuerdo y compromiso con la transformación de los hospitales en la dirección de la iniciativa de MSCF, y que los entrevistados mostraron genuinos deseos de cambio, las principales barreras para su

implementación están dadas por la falta de equipamiento, insumos e infraestructura adecuada, así como por la sobrecarga laboral del personal de salud. Adicionalmente, otro desafío para la implementación de esta iniciativa es el cambio de cultura organizacional que debe darse en los hospitales, sobre todo, la sensibilización de médicos y enfermeras, de mayor trayectoria profesional que son reacios a cambios.

Los resultados obtenidos de la visita de campo a través de las entrevistas a profundidad muestran que la iniciativa MSCF se encuentra en una etapa inicial de implementación, puesto que las prácticas recomendadas por la iniciativa no se cumplen sistemáticamente en el quehacer diario. Adicionalmente, el seguimiento y monitoreo de dichas prácticas es escaso, por lo que, no es posible medir avances.

El programa ha enfrentado dificultades en el diseño y riesgos en la ejecución sobre todo de obras de infraestructura como albergues o ampliaciones y no existe evidencia sobre la aplicación de un plan de contingencia.

#### **Sobre la eficiencia del programa**

Es necesario desarrollar de manera conjunta con los actores, la identificación de una cadena de valor que incluya los insumos necesarios para la producción de servicios mínimos estandarizados. Con la información disponible, no es posible medir la producción de servicios del programa ni evaluar el logro de resultados. Este ejercicio deberá identificar la responsabilidad de los demás actores participantes en la provisión de los recursos necesarios para la implementación del mismo.

En lo referente al presupuesto, como se presentó anteriormente, si bien el programa identifica lo que va a ser ejecutado por año y por actividad, el mismo no relaciona los resultados del programa. Hay que considerar que la acción del presupuesto y del diseño de la política pública, va más allá de la provisión de los insumos. El énfasis debe darse a los bienes y servicios a los cuales accede la población objetivo. Si el presupuesto refleja los productos que se generan, es posible tener un sistema de indicadores que relacionan la cadena de resultados propuesta con los productos que se esperan. El objetivo, es propender a que el proceso de diseño de la política pública considere al presupuesto como un instrumento de apoyo en el logro de resultados y de impactos.

Los comités para analizar los casos de mortalidad materna y/o neonatal han sido una fortaleza del programa. Sin embargo, hay debilidad en la retroalimentación al personal en territorio sobre los resultados y áreas de mejora.

#### **Sobre la sostenibilidad del programa**

En relación a la sostenibilidad, existe un consenso general de que sin el programa los beneficios de este no se mantendrían, sobre todo en infraestructura y equipamiento. El MSPyBS considera que no tendría la capacidad institucional de poder ejecutar el programa sobre todo en la gestión operacional, administrativa y financiera.

Una debilidad que puede afectar a la sostenibilidad del programa es la rotación del personal médico. En este caso es especialmente crítico, la rotación de los directores de hospitales que se llevan el conocimiento de aplicación del modelo MSCF afectando la continuidad del mismo por la falta de conocimiento y concientización. La capacidad de toma de decisiones de los nuevos funcionarios se ve afectada por no contar con el conocimiento y habilidades en el manejo del modelo MSCF

La mayor fortaleza es que los actores muestran confianza en el trabajo de UNICEF tanto como asesor técnico, así como ejecutor del presupuesto

#### **Sobre equidad y género**

El programa ha generado un cambio de pensamiento de origen cultural en los padres desde su implementación ya que, a decir de las madres en los grupos focales, los padres si bien no participan en su totalidad, ya tienen más conciencia de que es un proceso en la que su participación es importante por lo que su asistencia a los controles se ha incrementado. En el momento del parto todavía es un trabajo en proceso porque se menciona que tanto las madres que van a dar a luz como los padres no quieren participar, sumando el desconocimiento o rechazo del equipo médico a realizar iniciativas que generarían más equidad de género.

Con respecto a la aplicación de la iniciativa de Maternidad Segura y Centrada en la Familia, es necesario fortalecerla porque hay varias razones que se mencionan por lo cual no se puede aplicar. Estas son falta de infraestructura (quirófanos, salas neonatales), de equipamiento de esterilización

para los padres o acompañantes, rechazo del personal médico por la falta de información acerca de la iniciativa, entre otras.

## 16. Recomendaciones

A partir de la información levantada, tanto en la revisión documental como en la visita de campo y como resultado de los hallazgos que han sido identificados como parte del presente documento, a continuación, se presentan un conjunto de recomendaciones que, a criterio del equipo evaluador, son posibles de ser implementadas en el tiempo de ejecución, que le queda al programa. Así mismo, se incluyen recomendaciones que pueden ser tomadas en cuenta por el Ministerio de Salud, Itaipú y Unicef para mejorar la sostenibilidad del programa.

- i) Se sugiere que se construya una cadena de resultados que explique la teoría de cambio esperada detrás de la implementación del proyecto. Si bien existe elementos conceptuales que guían el programa, en este momento no es posible establecer la relación de causa- efecto entre las acciones y los resultados que se esperan.

Este proceso permitiría además identificar las brechas (déficits), en insumos, acciones y productos. En este sentido, el programa ha enfocado su acción en la dotación de insumos y en este contexto, es necesario transparentar las responsabilidades institucionales de todos los participantes, para dotar al programa de los recursos (humanos, de infraestructura, de equipamiento), que, como parte de la cadena, sean necesarios. Es importante el rol del Ministerio de Salud y Bienestar Social en la construcción de la cadena de resultados y en la dotación de los insumos que ésta demanda.

Este último punto, es especialmente importante en el territorio. Es necesario contar con mecanismos sistemáticos e institucionalizados, para la identificación de déficits en los insumos del programa. Este proceso debe incluir, la definición de los responsables institucionales.

Especial énfasis en el proceso de identificación y validación de la cadena de resultados, debe darse en la definición de los productos del mismo. Como se ha evidenciado tanto en la revisión documental, de información y en la visita de campo, este momento a pesar de que existe una definición de las actividades esperadas, no existe evidencia de que se den servicios estandarizados en las unidades de salud. Así mismo, a pesar del esfuerzo del programa en la implementación de la aproximación MSCF, no existe evidencia de que la misma se aplique de manera sistemática.

El proceso de definición detallada de productos requerirá de una discusión conceptual y la utilización de evidencia empírica para poder establecer una relación de causalidad entre el diseño del programa

y los resultados esperados del mismo. Se requiere además de la identificación completa de los insumos que se requieren para cada producto identificado y los responsables de su provisión.

- ii) El proceso de definición, estandarización y validación de los productos deseados por el programa, requiere establecer además un sistema de indicadores para el seguimiento y monitoreo. Este momento, no existe evidencia de que sea posible, medir la producción del programa de acuerdo a su diseño. Como se ha explicado, la relación de causalidad (teoría de cambio), no se puede establecer si no existen estos elementos de diseño y de información.

Con productos definidos (e.g. de acuerdo a la cadena de resultados sugerida), se puede medir efectivamente si los mismos están siendo provistos. Por otro lado, se puede incluir como parte del sistema de seguimiento, indicadores sobre los insumos.

Así mismo, en base al trabajo de construcción de un sistema de seguimiento y monitoreo, se sugiere desarrollar protocolos para la presentación de resultados y para su uso en la toma de decisiones, tanto a nivel central como en el territorio.

- iii) En relación a lo anterior y en base a los productos definidos, se sugiere fortalecer el trabajo de comunicación (edu comunicación) a nivel de las madres embarazadas para que conozcan los servicios que deben recibir desde el inicio de la gestación. Es importante que sepan que servicios deben recibir desde el inicio del proceso de gestación. Se sugiere además mejorar la aplicación y comunicación de los protocolos de atención existentes.

- iv) El sistema de información georeferenciada aparece como un instrumento de base para la construcción de un sistema de seguimiento y monitoreo al programa. Sin embargo, un trabajo de equipo para la definición de los contenidos de un sistema de seguimiento y monitoreo es necesario. Entre otros elementos se necesita establecer están: i) tipo de información de entrada; ii) frecuencia de entrada, mecanismos de entrada y de la validación de la misma; iii) mecanismos de validación de la información y de la base de datos; iv) indicadores a ser incluidos como parte del sistema de indicadores; v) fichas metodológicas para la construcción de indicadores; vi) definición del responsable de la generación y validación de los indicadores vii) sistema de reportes incluyendo referencia por nivel (nacional, departamental, distrital) y responsable de generación de validación ; viii) niveles de aprobación y de toma de decisiones.



- v) En relación con lo anterior, es especialmente crítico, la generación de información a nivel de USF. En este caso, la discusión deberá incluir los mecanismos de levantamiento de información y control de calidad de esta. Se sugiere así mismo, diseñar reportes de información que mejoren la toma de decisiones (e.g. fortalecer el cumplimiento de los 4 controles de embarazo) a este nivel.

El presupuesto, no presenta el detalle de los insumos y productos del programa. No presenta los cambios realizados en cada categoría (reprogramación) por lo que no es posible establecer los efectos en los resultados. Se sugiere, definir durante la discusión de la cadena de resultados, formatos para la presentación del presupuesto en relación con los resultados esperados.

- vi) Es necesario definir un plan de evaluación en base a la información que se puede generar. La definición de un sistema de seguimiento y monitoreo a partir de la cadena de resultados que sea validada provee la oportunidad para un plan de evaluación en varios niveles. Dada la importancia del programa en el marco de la política pública, este plan deberá generar insumos que apoyen la sostenibilidad de este.

Con respecto a las recomendaciones para una mejora del programa en sí, se sugiere las siguientes consideraciones:

- vii) En la visita de campo, se pudo identificar que existe poca articulación entre los hospitales y las USFs, lo que implica la duplicación de esfuerzos y deficiencias en la calidad de atención materno y neonatal. Por tanto, **se sugiere que el programa juegue un rol facilitador entre los distintos niveles de salud para mejorar la coordinación y articulación de la Red Integrada de Servicios de Salud en la zona de influencia del proyecto.**

- viii) De la visita de campo realizada, existe una percepción positiva sobre los Comités de Vigilancia, como un mecanismo para la identificación de las causas de mortalidad materna y neonatal. Su utilización puede ser potenciada como parte del sistema de evaluación. En este caso, **se sugiere desarrollar protocolos para la presentación de resultados y para su uso en la toma de decisiones, tanto a nivel central como en el territorio.** En este momento, si bien el Comité se reúne y prepara un documento, no existen mecanismos sistemáticos para el uso y difusión de resultados en los distintos niveles de toma de decisión.

- ix) El programa ha realizado un esfuerzo importante en la realización de los procesos de capacitación para los responsables en el territorio. En este caso, **se sugiere implementar un sistema para fortalecer el registro de capacitaciones realizadas por cada persona de acuerdo con cada perfil.**

Para contar con la base estadística de las capacitaciones se sugiere al menos incluir la siguiente información:

|  |  |
|--|--|
| Nombre del taller  |  |
| Nombre participante  |  |
| No de identificación                                       |  |
| Cargo en la institución en la que trabaja                  |  |
| Profesión  |  |
| Años de experiencia  |  |
| Nivel de educación   |  |
| Nombre de la institución en la que trabaja                 |  |
| Distrito al que pertenece la institución donde trabaja     |  |
| Departamento al que pertenece la institución donde trabaja |  |
| Correo electrónico   |  |
| Firma  |  |
| Completó el taller   |  |
| Evaluación   |  |

Con la información anterior de los asistentes a las capacitaciones se puede consolidar en una base que con indicadores de monitoreo y evaluación. Se recomienda además **revisar y evaluar los mecanismos de capacitación utilizados incluyendo el sitio donde se realiza la capacitación ya que, a decir de los entrevistados, cuando se realizan fueran de los hospitales o USF es más complicado asistir.** Muchos entrevistados sugerían que se realice en el mismo sitio de trabajo para que la misma sea más eficiente. Asimismo, los entrevistados sugirieron gestionar con universidades y centros de formación de personal médico, de obstetricia y de enfermería, la implementación de módulos de capacitación en el modelo de MSCF. Los entrevistados estiman que se lograría un mayor impacto, si se capacitaría desde el inicio a los nuevos profesionales del sector salud en el modelo de MSCF.

- x) El programa en su diseño contempla la actividad “Capacitar a líderes, promotores y parteras empíricas de la comunidad”. Sin embargo, de la revisión de informes y visita de campo, no existe evidencia de que se haya realizado dicha actividad. Se sugiere, por tanto, establecer una estrategia especializada para trabajar con las parteras empíricas, especialmente, considerando que, si bien la mayoría de los partos se realizan en hospitales, varias madres de los grupos focales expresaron su confianza y preferencia de atención por una partera empírica.

- xi) **Se sugiere fortalecer el plan de comunicación del programa.** Dada la importancia para la sostenibilidad de este, se recomienda partir de la cadena de resultados para crear los mensajes de comunicación, tanto para actores internos y externos. La intervención de **MCSF, es compleja ya que abarca varios componentes con bases ético-políticas; por tanto, requiere el entendimiento en lenguaje accesible, de la estrategia y los productos del programa.** Este entendimiento debe darse primero entre los actores internos (obstetras, médicos, enfermeras) y luego con la población objetivo. La comunicación debe incluir el abordaje de los resultados intermedios y finales del programa, de manera que queden claros tanto para los responsables de las unidades, como para los usuarios del mismo.
- xii) En el proceso de levantamiento de campo, se identificaron buenas prácticas entre los ejecutores del programa (e.g. uso de WhatsApp entre los hospitales y las obstetras, uso de la radio en algunas comunidades indígenas). **Se recomienda la sistematización de estas buenas prácticas para su aplicación en el programa o en la expansión del mismo.** El proceso deberá identificar la acción, con sus ventajas, desventajas y mecanismos para que pueda ser replicado. Así mismo, se deberá revisar cómo estas buenas prácticas se pueden alinear para el apoyo al cumplimiento de los objetivos del programa. La revisión puede incluir además buenas prácticas del propio MSyBS.
- xiii) Se recomienda incluir un módulo de capacitación para los directores de hospitales que se base en gerencia de hospitales que no necesariamente está en línea con el área médica sino en la mejora de administración y gestión en sus labores encomendadas. Dado el contexto del programa, se sugiere que el módulo de capacitación se centre en los mecanismos de gestión y administración relacionados a la implementación del modelo MSCF. Se sugiere así mismo, que se desarrolle material impreso para el apoyo en la gestión y administración del modelo MSCF enfocado en la gerencia del mismo.
- xiv) Se sugiere que, en conjunto con el MSPyBS, se identifique una estrategia para reducir la rotación del personal relacionado al programa, en los territorios que son prioritarios para la ejecución del programa. Esta estrategia deberá hacer especial énfasis en los directores de hospital por su rol y responsabilidad en la implementación del MSCF.
- xv) Se sugiere que se incorpore en el programa, una estrategia diferenciada para el trabajo con madres adolescentes dada sus condiciones de contexto y sus decisiones (plan de vida). Esta estrategia deberá considerar los elementos tanto a nivel de la USF como de los hospitales.



## Bibliografía

- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2018). Bases de datos y publicaciones estadísticas. Obtenido de [http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB\\_CEPALSTAT/estadisticasIndicadores.asp?idioma=e](http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/estadisticasIndicadores.asp?idioma=e)
- Congreso de la Nación Paraguaya. (1999). Ley N° 1478. De la comercialización de Sucedáneos de la Leche materna . Asunción.
- Congreso de la Nación Paraguaya. (2011). Ley N° 4313. De aseguramiento presupuestario de los programas de salud reproductiva y de aprovisionamiento del Kit de partos del MSP yBS. Asunción.
- Congreso de la Nación Paraguaya. (2012). Ley N° 4698. De garantía nutricional en la primera infancia. Asunción.
- Convención Nacional Constituyente. (1992). Constitución de la República de Paraguay. Asunción .
- Diario Ultima Hora. (Agosto de 2017). Ejecutivo reglamenta la Ley que extiende el permiso de maternidad. Obtenido de <http://www.ultimahora.com/ejecutivo-reglamenta-la-ley-que-extiende-el-permiso-maternidad-n1101024.html>
- Diez, J., Gutierrez, R. R., & Pazzi, A. (Noviembre de 2013). ¿De arriba hacia abajo o de abajo hacia arriba?. Un análisis crítico de la planificación del desarrollo en América Latina. Obtenido de <https://revistas.ucm.es/index.php/GEOP/article/download/41460/43570>
- Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos. (2012). Censo Nacional de Población y Viviendas.
- Dirección General de Información Estratégica en Salud. (2013,2015,2016). Indicadores Básicos de Salud. Paraguay: Dirección de Estadísticas en Salud.
- Escobar, R. (2014). Instrumento de Evaluación de Aplicación de los Cuidados Obstétricos y Neonatales Escenciales (CONE).
- Escobar, R. (2014). Instrumento de Evaluación de la Aplicación de los Cuidados Obstétricos y Neonatales Escenciales. Paraguay.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - Paraguay. (2014). Programa de Cooperación para la Supervivencia y Desarrollo Infantil.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia , Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2017). Plan Operativo 2017. Asunción.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2012). Maternidad Segura Centrada en la Familia (MSCF) con enfoque intercultural. Buenos Aires, Argentina.

- Fondo de las Naciones Unidas para la infancia. (2012). Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF) con enfoque Intercultural. Conceptualización e implementación del modelo. Buenos Aires: Dolores Giménez.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2013). 20 Compromisos para mejorar la situación de la niñez y adolescencia. Asunción.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2014). Primer Informe. Programa de Supervivencia y Desarrollo Infantil.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2016). Evaluación impacto del proyecto Conocimiento, Actitudes y Prácticas (CAP) en a las zonas de influencia de la Entidad Binacional Itaipú. Línea Base. Asunción, Paraguay.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2017). Sexto informe de implementación del Programa de Supervivencia Infantil. Asunción.
- Gertler, P., Martínez, S., Premand, P., Rawlings, L., & Vermeersch, C. (2011). La Evaluación de Impacto en la práctica. Washington: Banco Mundial.
- Legislación Paraguaya. (1980). Ley N° 836. Código Sanitario. Asunción: Diógenes.
- Ministerio de Educación. (2005). La interculturalidad en la educación. Lima, Perú: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay. (2015). LUEGO DE 20 AÑOS: Paraguay se levanta para trabajar en la disminución de la mortalidad materna y del recién nacido. Obtenido de <http://www.mspbs.gov.py/luego-de-20-anos-paraguay-se-levanta-para-trabajar-en-la-disminucion-de-la-mortalidad-materna-y-del-recien-nacido-mediante-movilizacion-nacional/>
- Naciones Unidas. (2017). Marco de asistencia de las Naciones Unidas para el desarrollo (MANUD) 2018 - 2022. Rep. Dominicana.
- Presidencia de la República de Paraguay. (2017). Ley N° 7550. Promoción, Protección de la Maternidad, y Apoyo a la Lactancia Materna. Asunción.
- Presidencia de la República de Paraguay y Unicef - Paraguay. (2011). Plan Nacional de Desarrollo Integral para la Primera Infancia. Asunción.
- Rogers, P. (2014). Síntesis metodológicas: La Teoría del Cambio. Florencia, Italia: Centro de Investigaciones Innocenti de UNICEF.

## Anexos

### Anexo 1: Términos de Referencia consultoría de evaluación

#### EVALUACION DE PROCESOS DEL PROGRAMA DE SUPERVIVENCIA INFANTIL Y MATERNA DE ALTO PARANA Y CANENDIYU 2014-2019

##### TERMINOS DE REFERENCIA

###### 1. INTRODUCCION

---

Los presentes Términos de Referencia han sido elaborados en línea con las políticas y guías de Evaluación de UNICEF<sup>35</sup> y los Estándares de Evaluación del Sistema de Naciones Unidas<sup>36</sup>. Siguiendo dichas directrices, la evaluación del Programa de Supervivencia Infantil y Materna de Alto Paraná y Canindeyú 2014-2019, analizará los procesos y resultados a mitad de período de ejecución, integrando la perspectiva de género y derechos humanos tanto en cada una de las áreas de análisis como en la metodología a emplear.

###### 2. ANTECEDENTES

---

En el año 2010 UNICEF y USAID hicieron un llamado a la acción sobre la supervivencia infantil dando paso a un nuevo movimiento mundial bajo la consigna: “Una promesa renovada”. En septiembre de 2013 Paraguay suscribió a la Declaración de Panamá: “Una promesa renovada para las Américas”, en el mismo año el Presidente de la República del Paraguay Don Horacio Cartes, con el apoyo de UNICEF, firmó la Declaración Nacional denominada: “20 Compromisos para mejorar la Situación de la Niñez y de la Adolescencia en el Paraguay”. En este contexto se acordó impulsar un Programa de Cooperación entre UNICEF y la Entidad Binacional Itaipú (EBI) bajo el nombre de PROGRAMA DE SUPERVIVENCIA INFANTIL Y MATERNA DE ALTO PARANA Y CANENDIYU 2014-2019. El objetivo general del programa es: Contribuir a mejorar la situación de salud, nutrición y protección de los niños y madres específicamente vulnerables de los distritos de Ciudad del Este, Saltos del Guairá, Hernandarias, Minga Guazú, Pte. Franco y Curuguaty pertenecientes a las zonas de influencia de la EBI; con especial atención a las comunidades indígenas ubicadas en estos distritos.

Paraguay ha logrado avances en la reducción de la mortalidad materna, infantil y menores de 5 años, pero aún sigue enfrentando desafíos principalmente en relación a las altas tasas de mortalidad materna y neonatal.

---

<sup>35</sup> Se sugiere consultar la página de la Global Evaluation Reports Oversight System (GEROS) disponible en : <https://intranet.unicef.org/epp/evalsite.nsf/8e1ddc662803020785256ede00706595/b6b7a59b5bb7b285852577e4006f7338?OpenDocument>

<sup>36</sup> Las normas y estándares de evaluación del Grupo de Evaluación de Naciones Unidas (UNEG por sus siglas en inglés) se encuentran disponibles en español en el siguiente vínculo: <http://www.unevaluation.org/document/detail/1914>

En el año 2011 la razón de mortalidad materna registrada fue de 89 por cada 100.000 nacidos vivos y la neonatal de 11 defunciones por cada 1000 nacidos vivos. Esta última ha permanecido estable y sin mayores mejorías en los últimos 20 años. Las principales causas de la mortalidad son las lesiones del parto (45%), malformaciones congénitas (24%) y las infecciones del recién nacido (12%)<sup>37</sup>. Estas tasas nacionales esconden importantes inequidades según ubicación geográfica, etnia, niveles educativos y económicos de la población; en efecto las diferencias entre regiones son muy notorias, en el caso de la mortalidad materna<sup>38</sup>, como ejemplo, los rangos oscilan entre 414 defunciones por cada cien mil nacidos vivos en Alto Paraguay y cero defunciones maternas en Misiones. Los seis departamentos que detentan las tasas más altas de mortalidad materna en Paraguay son Alto Paraguay, Ñeembucú, Caazapá, Pte. Hayes, San Pedro y Guairá. En lo que respecta a la Mortalidad Neonatal<sup>39</sup> los departamentos con mayores valores son Concepción, Ñeembucú, Alto Paraná, Alto Paraguay, Guairá y Canindeyú. Ante este escenario y en cumplimiento de compromisos asumidos por el Paraguay, como la Declaración de Panamá: “Una promesa renovada para las Américas”, suscrita en 2013, “20 Compromisos del Gobierno para mejorar la Situación de la Niñez y de la Adolescencia en el Paraguay”, el Ministerio de Salud con la asistencia de UNICEF decide implementar desde mediados de 2014 una Movilización Nacional para Reducir las altas tasas de Mortalidad Materna y Neonatal.

En ese contexto Unicef y la Entidad Binacional Itaipú (EBI) establecen una alianza para la implementación de un Programa de Cooperación denominado PROGRAMA DE SUPERVIVENCIA INFANTIL Y MATERNA DE ALTO PARANA Y CANENDIYU 2014-2019, diseñado para ser ejecutado en dos departamentos más excluidos del país

Al inicio del Proyecto la situación en las áreas de intervención se reflejan en el cuadro siguiente:

| <b>MAPEO DE LA MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL SEGÚN ÁREAS DE COBERTURA DE LA ENTIDAD BINACIONAL ITAIPÚ. POSICIÓN EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN DEL PAÍS</b> |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <b>ENTIDAD BINACIONAL ITAIPU</b>  |  |   |  |
| <b>DEPARTAMENTO</b>   | <b>ALTO PARANA</b>                         | <b>CANINDEYÚ</b>                            | <b>MEDIA PAÍS</b>                          |
| MORTALIDAD NEONATAL   | 3er lugar<br>17.3 por mil                  | 6° lugar<br>12.5 por mil                    | <b>11 POR MIL<br/>NACIDOS VIVOS</b>        |
| MORTALIDAD MATERNA  | 11° lugar<br>86 por cien mil nacidos vivos | 9° lugar<br>96.4 por cien mil nacidos vivos | <b>89 POR CIENTO MIL<br/>NACIDOS VIVOS</b> |

Estas cifras se justifican por varios determinantes sociales como: cobertura insuficiente de servicios, alta fragmentación del sistema de salud, débil funcionamiento de la red de atención obstétrica y neonatal, insuficiente capacidad instalada y muy especialmente el manejo inadecuado de los casos por el personal de salud. A nivel comunitario los determinantes

<sup>37</sup> UNICEF. Situación del Derecho a la Salud Materna, Infantil y Adolescente en Paraguay 2013.

<sup>38</sup> Muerte materna es el “fallecimiento de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de este, independientemente de la duración y sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su atención pero no por causas accidentales o incidentales”. La muerte materna tiene profundas consecuencias sociales y económicas porque: 1. Reduce la supervivencia de los/as recién nacidos/as. 2. Disminuye el desempeño escolar de niños y niñas sobrevivientes y huérfana/os. 3. Representa una pérdida de los ingresos familiares y de la productividad económica.

<sup>39</sup> **Características de la muerte neonatal:** Se define como muerte neonatal aquella “ocurrida desde el nacimiento hasta los 27 días posteriores al mismo”. La mortalidad neonatal es un indicador de las condiciones del embarazo y parto en la población y está relacionado con el estado socio económico, la oportunidad, el acceso y la calidad de atención de los servicios de salud.



principales tienen que ver con el desconocimiento de sus derechos, la pobreza, la ignorancia, dificultades en el acceso a los servicios de salud más cercanos y otros determinantes que retrasan la búsqueda oportuna de atención en servicios de salud.

Como estrategia central del programa de cooperación se estableció dar apoyo a intervenciones con enfoque intercultural, de igualdad de género y de derechos de la mujer y del niño, asimismo se incluyen otras estrategias como: a) Compromiso político del más alto nivel que involucre a las autoridades del Gobierno Nacional y gobiernos subnacionales; b) Fortalecimiento del entorno político y social; 3) Enfoque en el ciclo de vida; 4) Fortalecimiento de la capacidad institucional del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) y del Ministerio de Justicia y Trabajo (MJT); 5) Información, comunicación social para el desarrollo y participación de la comunidad; 6) Planificación y gestión basada en resultados.

El Programa consta de tres Proyectos: 1) Proyecto NACER: reducción de la mortalidad materna y neonatal; 2) Proyecto CRECER: reducción de la desnutrición en la niñez vulnerable y poblaciones indígenas y; 3) Proyecto PRIMERA INFANCIA: asistencia a la niñez en los primeros años de vida.

El objetivo es analizar las dimensiones del programa en su integralidad, determinando si estos tres proyectos aportan valor agregado con relación a las estrategias ejecutadas en forma regular por el Ministerio de Salud de Paraguay. La misma tendrá carácter externo e independiente y será llevada a cabo de manera objetiva, imparcial, abierta y participativa, en base a evidencia verificada empíricamente que sea válida y confiable; teniendo en cuenta que el desarrollo e implementación del programa es la instalación y etapa inicial del mismo. Para pasar a una etapa avanzada es necesario evaluar los cambios en la organización de la estructura, los procesos que fueron necesarios para la implementación de los proyectos y los cambios en las habilidades, las capacidades y la cultura organizacional generados por la influencia de la educación, la práctica y la maduración temporal de los equipos de salud.

Las partes han decidido que a mitad de la implementación se lleve a cabo una evaluación formativa que permita una mejor comprensión de lo que se está logrando y para identificar cómo se puede mejorar el programa.

Considerando que los procesos son un aspecto significativo del diseño de la intervención y que las partes han acordado hacer un análisis del programa a mitad de su implementación<sup>40</sup>, se propone realizar una evaluación formativa que permita una mejor comprensión de lo que se está logrando y para identificar cómo se puede mejorar el programa, más específicamente una evaluación de procesos que pueda contribuir a mejorar el diseño y desempeño del programa en curso.

Todo este conocimiento ayudará a definir el valor agregado de estas intervenciones, mejorar la planificación del Programa de UNICEF, y realizar una devolución al gobierno nacional, las

---

<sup>40</sup> El programa tiene una duración de 5 años desde agosto 2014 hasta agosto de 2019. La presente evaluación cubriría el periodo transcurrido entre agosto 2014 y agosto de 2017.

regiones con las que se trabajó y trabaja, los servicios de salud que asisten a los recién nacidos y sus familias, y el resto de la organización de UNICEF (CO, LACRO y HQ).

### **3. PROPÓSITO DE LA EVALUACIÓN**

---

UNICEF considera la evaluación como una parte integral de la ejecución de las actividades de cooperación técnica. Las evaluaciones del componente programático tienen como propósito el aprendizaje organizacional y el apoyo a la planificación futura. En síntesis, con la realización de esta evaluación específica, UNICEF pretende:

1. Ampliar su aprendizaje organizacional a través del estudio y reflexión sobre la práctica y contribuir en la misma línea con los gobiernos centrales y locales.
2. Apoyar la toma de decisiones en relación a los programas en ejecución y orientar/reorientar la planificación de cara a posibles cooperaciones futuras con el donante Itaipu u otros.

Los destinatarios y/o usuarios de esta evaluación serán: UNICEF en Paraguay, UNICEF HQ y LACRO, las instituciones contrapartes nacionales y distritales, organizaciones multilaterales del sector salud, e instituciones académicas

### **4. CRITERIOS Y PREGUNTAS DE LA EVALUACIÓN**

---

El objetivo general de la evaluación es: proporcionar una evaluación externa independiente y objetiva, de los procesos y resultados a mitad del período de ejecución de Programa de Supervivencia Infantil y Materna de Alto Paraná y Canindeyú 2014-2019, a través del análisis de los proyectos NACER, CRECER y PRIMERA INFANCIA, que permita reorientar o fortalecer las estrategias planteadas a futuro, asegurar la sostenibilidad, y determinar en qué medida las acciones desarrolladas han contribuido a alcanzar los resultados previstos.

Los criterios principales que se propone en esta evaluación son evaluación de la **relevancia/pertinencia**, **eficiencia**, la **eficacia** y la **efectividad**, **sostenibilidad** de los procesos aplicados y de las estrategias que se emplean.

Especialmente se solicita evaluación de los procesos de capacitación y promoción de la salud y dotación de equipamientos que son los rubros de mayor inversión.

En base a estos criterios de evaluación, se plantean los siguientes objetivos específicos:

- Determinar si el conjunto de actuaciones del programa se han alineado con las políticas y estrategias regionales, han respondido adecuadamente a las necesidades del sector y la población objetivo, han sido pertinentes, y se han basado en diagnósticos adecuados. (PERTINENCIA)
- Determinar si el diseño del proyecto, las modalidades de ejecución y los procesos de implementación puestos en práctica fueron los más adecuados para la consecución de

los resultados deseados y el fortalecimiento de las capacidades en las dos regiones. (EFICIENCIA)

- Determinar si las diferentes acciones han obtenido los resultados de desarrollo previstos para la población objetivo, y si estos han sido relevantes y sostenibles en el tiempo. (EFICACIA y SOSTENIBILIDAD)
- Identificar y documentar las lecciones aprendidas y recomendaciones de cara a asegurar la continuidad y sostenibilidad del programa, su adopción como política pública, así como las posibilidades de expansión del programa a otros contextos y territorios. (LECCIONES APRENDIDAS, SOSTENIBILIDAD Y TRANSFERENCIA).

Los resultados serán empleados para fortalecer o rectificar estrategias o procesos empleados hasta ahora, principalmente determinar si el programa ha añadido una cuota de valor en las zonas de implementación que pueda ser replicado a nivel nacional o de otras regiones. Para poder continuar con este programa de cooperación, es necesario evaluar los cambios en la organización de la estructura, los procesos que fueron necesarios para su implementación y los cambios en las habilidades y las capacidades institucionales generados por la influencia de las diferentes intervenciones de educación, la práctica y la maduración temporal de las instituciones participantes.

Todo este conocimiento ayudará también a mejorar la planificación del Programa, a una reingeniería de procesos y realizar una devolución al gobierno nacional, las regiones con las que se trabajó y trabaja, los servicios de salud que asisten a los recién nacidos y sus familias, y el resto de la organización de UNICEF (CO, LACRO y HQ).

Los informantes principales serán los funcionarios de salud de ambas regiones, así como las contrapartes implementadoras que trabajaron con UNICEF en este periodo: ADRA Y CIRD. UNICEF promoverá toda la información disponible y facilitará los contactos institucionales que se requieran.

**A continuación un listado de preguntas no exhaustivo conforme con cada criterio de la evaluación:**

Relevancia:

1. ¿Los objetivos del proyecto son coherentes con las necesidades y prioridades globales de los beneficiarios? ¿Son apropiados los objetivos de la intervención y su diseño?
2. ¿Los indicadores seleccionados han sido (y/o seguirán siendo) pertinentes y suficientemente específicos para medir los resultados? ¿ha sido factible recopilar datos sobre estos indicadores y/o indicadores para el monitoreo?

Eficacia:

1. ¿Se pudo constatar el progreso o no hacia el logro de los productos y resultados deseados?
2. ¿Cuál ha sido la eficacia de las partes en la implementación de las actividades del programa, la interacción entre éstas y los beneficiarios y sus percepciones?
3. ¿Se ha podido evidenciar la presencia de efectos previstos y/o secundarios?

#### Eficiencia:

1. ¿Se pudo determinar si las actividades previstas han sido suficientes (en cantidad y calidad) para lograr los resultados intermedios?
2. ¿Cómo ha sido la utilización de los fondos en comparación con las expectativas iniciales? ¿Se logró identificar espacios de mejora en la eficiencia y en la relación costo beneficio? En caso afirmativo, ¿cuáles han sido esos espacios?

#### Sostenibilidad:

1. A esta altura de la implementación ¿ha sido posible determinar la probabilidad de la continuidad de los beneficios de la intervención?
2. ¿Cómo afecta el entorno externo a las operaciones internas del programa? ¿Los supuestos originalmente identificados siguen siendo válidos? y ¿se incluyen estrategias para reducir el impacto de los riesgos identificados.
3. ¿Se han evidenciado fortalezas y debilidades del programa, tipos de problemas de implementación hasta este momento de la implementación? y de ser así ¿cuál ha sido el abordaje correspondiente?
4. ¿Se pudo identificar aspectos inesperados y no previstos en la planificación del programa?

#### Equidad y Género:

1. ¿En qué grado la intervención está alineada y contribuye a las políticas y estrategias nacionales sobre igualdad de género? ¿Los resultados de la intervención logrados hasta ahora contribuyen a reducir las desigualdades de género?
2. ¿Los procesos han contribuido a la promoción del principio de inclusión, la incorporación del enfoque de género y el empoderamiento de la mujer, además de garantizar que los hombres, las mujeres y los grupos tradicionalmente marginados participen en los procesos de planificación, seguimiento y evaluación?

### **5. ALCANCE DE LA EVALUACIÓN**

---

El objeto de estudio son los tres proyectos: 1) Proyecto NACER: reducción de la mortalidad materna y neonatal; 2) Proyecto CRECER: reducción de la desnutrición en la niñez vulnerable y poblaciones indígenas y; 3) Proyecto PRIMERA INFANCIA: asistencia a la niñez en los primeros años de vida. Esta evaluación está prevista en el programa de cooperación Itaipú – UNICEF, a realizarse en el segundo semestre el año 2017, en los seis distritos que comprende el proyecto, ubicados en Alto Paraná y Canindeyú, distantes a 350 y 380 Km. aproximadamente de Asunción, lugar donde se asienta la coordinación nacional del Proyecto.

### **6. OBJETIVO GENERAL**

---

Realizar un análisis sistemático de la gestión operativa del Programa que permita valorar si dicha gestión cumple con lo necesario para el logro de las metas y objetivos del mismo. Así como hacer recomendaciones que permitan la introducción de mejoras.

Contar con un análisis puntual de los procesos que el Programa lleva a cabo así como con una descripción de los mecanismos de coordinación que realiza para lograr el cumplimiento de sus objetivos. Además, identificar fortalezas y debilidades de los procesos y a partir de ello, proveer recomendaciones encaminadas a la mejora del Programa.

## **7. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

---

- Evaluar la efectividad de las acciones desarrolladas para mejorar el desempeño de las dos Regiones Sanitarias en áreas de salud materna y neonatal (implementación de la Movilización Nacional y otros proyectos)
- Conocer la efectividad de los servicios entregados por los Proyectos en los titulares directos del Programa (Regiones Sanitarias y Hospitales Distritales).

Evaluar la pertinencia de los servicios, a través de un análisis de la calidad de los servicios y la conformidad por parte de los titulares, así como también algunos aspectos vinculados a la gestión de los Proyectos.

- Evaluar la eficiencia del Programa, a través de un análisis del desempeño a nivel de la entidad ejecutora del nivel Central del MSP y de la Coordinación Regional. Para ello se describirá la gestión operativa del Programa mediante sus procesos, en los distintos niveles de desagregación geográfica donde se lleva a cabo.
- Identificar y analizar los problemas o limitantes, tanto normativos como operativos, que obstaculizan la pertinente, eficaz, y eficiente implementación del Programa, así como las fortalezas y buenas prácticas que mejoran el alcance de logros en el mediano y largo plazo del programa en su conjunto.
- Elaborar una Teoría de cambio para cada de los proyectos.
- Identificar lecciones aprendidas
- Elaborar recomendaciones generales y específicas que el Programa pueda implementar, tanto a nivel normativo como operativo.

## **8. LIMITANTES DE LA EVALUACIÓN**

---

Las posibles limitantes a la evaluación serían:

### **1. Obtención de información de estadísticas vitales:**

Una de las limitantes principales tiene que ver con la obtención de información cuantitativa a nivel local, en especial la información de morbimortalidad desagregada por distritos del proyecto. También la existencia de discrepancias entre los datos manejados por el nivel regional y central. De todas maneras existen fuentes secundarias a las que se pueden acceder: Línea de base relevada para un componente del Programa, datos de los municipios, de las regiones sanitarias y una Encuesta Permanente de Hogares que por primera vez es

representativa de todos los Departamentos de Paraguay, que si bien no llega a distritos contribuye a reflejar mejor las disparidades regionales que pueden resultar en un proxy.

**2. Disponibilidad del personal local y del nivel central para las entrevistas:** En todo caso es posible obtener un mapeo de los recursos de nivel local y una nómina del personal destacado en la zona de parte de la autoridad central. Es importante no obstante garantizar la confidencialidad al momento de las entrevistas.

## **9. PRODUCTOS ESPERADOS**

---

Para el logro de sus objetivos la evaluación de procesos deberá contener el desarrollo de las siguientes secciones:

### **Producto 1:**

Documento Inicial conteniendo: Descripción del Programa, Diseño metodológico propuesto, plan y cronograma de trabajos, y estructura detallada del Informe final (tabla de contenidos).

### **Producto 2:**

Informe preliminar de los hallazgos y resultados obtenidos conforme al compromiso asumido en el ítem 1 precedente. Incluido un Resumen ejecutivo.

### **Producto 3:**

Informe final estructurado, impreso y en digital aprobado por el Equipo de UNICEF Paraguay y presentación formal del mismo al MSP y BS , UNICEF y a ITAIPU Incluido un resumen ejecutivo.

## **10. FUENTES DE INFORMACIÓN**

---

Los datos que se utilizarán para llevar a cabo el proceso de evaluación provendrán de diferentes fuentes que se detallan a continuación:

1. Estrategia de levantamiento de información propuesta por la consultoría a través de técnicas cualitativas tales como la observación directa, entrevistas estructuradas y semi-estructuradas, focus-groups y la aplicación de cuestionarios, entre otros instrumentos que la consultoría considere pertinente, incluyendo técnicas de análisis cuantitativo. Se sugiere seleccionar una muestra de profesionales en los tres niveles de actuación del Proyecto: Nivel Central<sup>41</sup>, Nivel Regional<sup>42</sup> y Nivel Distrital<sup>43</sup> para la recolección de datos cuantitativos a través de encuestas. Se sugiere un cuestionario semiestructurado, con preguntas cerradas y abiertas. El objetivo es explorar y dimensionar los cambios percibidos por los titulares respecto a su situación actual y conocer el nivel de conformidad con las prestaciones de los Proyectos. Para complementar esta información se podrían realizar un trabajo cualitativo en los 6 distritos utilizando la técnica de las entrevistas

---

<sup>41</sup> Dirección de Programas de Salud, INEPEO, PRONASIDA.

<sup>42</sup> Director y Staff Regional de Alto Paraná y Canindeyú.

<sup>43</sup> Ciudad del Este. Minga Guazú, Presidente Franco, Hernandarias, Curuguaty y Salto del Guaira

personales y grupos focales. Las entrevistas serán a informantes claves para explorar entre los técnicos en condiciones de proveer testimonios relevantes acerca de los proyectos implementados y sus actividades, sus dificultades y oportunidades, y los aspectos que mantendrían y modificarían, entre otros.

Finalmente se espera que el trabajo de evaluación en terreno se complemente con análisis de fuentes secundarias (documentos del Programa<sup>44</sup>), para contar con información sobre los aspectos vinculados a la gestión del Programa, tanto en el nivel central UNICEF y MSPBS, como en los niveles regionales de ejecución.

2. Las entrevistas dirigidas a los responsables del programa por parte de la Entidad Binacional Itaipú en su carácter de donante y del Ministerio de Salud Pública como contraparte principal, a los actores clave que participaron en el programa, a funcionarios regionales, beneficiarios, fundamentalmente aquellos que se desempeñan en áreas que se encuentran directamente involucradas en la aplicación de los proyectos.
3. Reuniones y trabajo conjunto con autoridades, especialistas y/o referentes de UNICEF que actuaron en las diferentes instancias que comprende la aplicación del programa.

## **11. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

---

Tal como lo establece la Norma 6 relativa a Ética de las Normas y estándares de evaluación del Grupo de Evaluación de las Naciones Unidas (2016) <sup>45</sup>: *“Las evaluaciones deben realizarse con los más altos niveles de integridad y respeto de las creencias, usos y costumbres de los entornos sociales y culturales en las que se lleven a cabo; de los derechos humanos y la igualdad de género; y del principio de no ocasionar daños que rige la asistencia humanitaria. Los evaluadores deben respetar el derecho de las instituciones y personas a proporcionar información de manera confidencial y garantizar que, en el caso de información sensible, no pueda rastrearse la fuente, y han de contrastar los planteamientos que se incluyen en el informe con las personas a quienes se atribuye la información. Los evaluadores deben obtener el consentimiento informado de las personas que aportan información confidencial a fin de utilizar dicha información”.*

Cuando se descubran pruebas de infracciones, estas deberán comunicarse con discreción a un órgano competente (por ejemplo, la oficina de auditoría o investigación correspondiente).

Si se llegaran a entrevistar menores de edad, presentar consentimientos informados diferenciados en donde tendría que firmar la autorización el padre o tutor o alguna autoridad facultada para ello. Adicionalmente deberá estar aprobado por un comité de ética integrada por representantes de la oficina de UNICEF.

## **12. PRESUPUESTO**

---

El equipo consultor deberá presentar un presupuesto donde se incluya todo tipo de gastos: impuestos, seguros, viajes, y cualquier otro gasto que genere el trabajo

---

<sup>44</sup> Documento del Proyecto, Informe de Movilización Nacional, Informes Semestrales al Donante, Documentos Administrativos del Área de Operaciones de UNICEF Paraguay, Datos Estadísticos de Mortalidad y Servicios Prestados, preliminares aportados por las Regiones Sanitarias.

<sup>45</sup> <http://www.unevaluation.org/document/detail/1914>

de consultoría. La contratación será por el valor global. Los pagos se efectuarán contra aprobación de productos por parte de UNICEF siguiendo el siguiente calendario de entrega de productos y pagos correspondiente:

| Productos                            | Fecha de entrega   | % de Pago | Fecha de Pago   |
|--------------------------------------|--|-----------|---|
| <b>Contra entrega del Producto 1</b> | Fecha: Dentro de los quince (15) días calendarios posteriores a la firma del contrato. | 30%       | Dentro de los 10 días calendarios posteriores a la entrega del Producto 1 debidamente aprobado.   |
| <b>Contra entrega del Producto 2</b> | Fecha: 30 días calendarios posteriores a la aprobación del Producto 1.                 | 30 %      | Dentro de los 10 días calendarios posteriores a la entrega del Producto 2 debidamente aprobado.   |
| <b>Contra entrega del Producto 3</b> | Fecha: 15 días corridos posteriores a la aprobación del Producto 2.                    | 40%       | Dentro de los 15 días calendarios posteriores a la entrega del Producto 3 (que incluye 5 días hábiles para la revisión por parte de la Oficina de Regional de UNICEF) y la incorporación de observaciones y aprobación final. |

#### OBSERVACIONES:

- Todos los productos serán analizados en un plazo no mayor a diez (10) días calendarios<sup>46</sup> por un comité revisor a ser creado para el efecto y que tendrá a su cargo dar su retroalimentación y aprobación.
- Los honorarios no incluyen pasajes y viáticos, estos costos deben ser incluidos en el presupuesto.

### 13. COORDINACIÓN Y LUGAR DE TRABAJO

---

La consultoría coordinará su trabajo con el Gerente de Programas de UNICEF y la Coordinadora General del Programa Itaipú. El Oficial de Políticas Sociales y M&E de UNICEF acompañará el proceso brindando apoyo técnico. La consultoría será a tiempo completo con dedicación exclusiva con excepción del ejercicio de la docencia.

La consultoría desarrollará sus actividades en sus propias utilizando sus equipos e insumos. Eventualmente podrá desarrollar actividades en las oficinas de UNICEF. De igual manera se halla prevista la realización de reuniones periódicas de seguimiento.

### 14. PERFIL REQUERIDO:

---

La consultoría requiere de un equipo cuyo investigador/a principal que posea como mínimo el siguiente perfil:

<sup>46</sup> Excepción hecha de los 5 días hábiles en los cuales la Oficina Regional revisará el informe y hará sus respectivas



- Grado de licenciatura en ciencias sociales o económicas, estudios de posgrado (preferentemente doctorado) en Ciencias Sociales, Sociología, Economía o Ciencias de la Salud. Formación especializada en salud y política públicas.
- Formación especializada en áreas como planificación y o evaluación
- Experiencia no menor a cinco años en conducción de equipos de evaluación o evaluador de programas y o proyectos en el campo de salud y o nutrición
- Contar con experiencia específica de trabajos de Planificación y Evaluación en el área de salud y o nutrición en la región. Sera valorado contar con alguna experiencia en trabajos similares realizados en Paraguay.
- Excelente manejo del español,

Tal como lo establece la Norma 8 acerca de Derechos humanos e igualdad de género, se salvaguardar por que los valores y principios de los derechos humanos y la igualdad de género, reconocidos universalmente, sean integrados en todas las etapas de la evaluación. Los evaluadores y los coordinadores de la evaluación tienen la responsabilidad de velar por que esos valores se respeten, atiendan y promuevan, apuntalando así el compromiso con el principio de «no dejar a nadie atrás».

## **15. PRESENTACION Y RECEPCION DE PROPUESTAS**

---

Las propuestas deberán enviarse **en dos sobres cerrados incluyendo la documentación siguiente en papel y en formato electrónico:**

**Sobre 1:**

1. Antecedentes Institucionales y/o CV de los integrantes del equipo evaluador
2. Propuesta técnica

**Sobre 2:**

3. Propuesta económica,

Las propuestas deberán llegar antes 29-09-2017

A la atención de UNICEF Paraguay [parconcursospy@unicef.org](mailto:parconcursospy@unicef.org)

**No se admitirán ofertas que no lleguen por correo electrónico, ni ofertas incompletas**

Dado el número potencial de candidaturas, UNICEF Paraguay solo contactará con candidatos/as preseleccionados.

Cualquier consulta sobre el proceso pueden contactar a través de correo electrónico a: [y/o aosorio@unicef.org](mailto:aosorio@unicef.org) , [savalos@unicef.org](mailto:savalos@unicef.org) , [cfrutos@unicef.org](mailto:cfrutos@unicef.org) .

## 16. CONDICIONES GENERALES

---

1. Además de lo hasta aquí establecido en los presentes Términos de Referencia la consultoría podrá, de acuerdo con su experiencia, ampliar o aportar elementos adicionales que fortalezcan a la evaluación, debiendo cumplir como mínimo los puntos solicitados, sin costo alguno para las partes que impulsan el Programa.
2. La totalidad de la información generada para la realización de este proyecto es propiedad de las partes que impulsan el Programa por lo que la consultoría no tiene derecho alguno para su disseminación, publicación o utilización.
3. La consultoría tendrá responsabilidad por discrepancias, errores u omisiones de los trabajos que presente, durante la vigencia del contrato.
4. En caso de presentarse cualquiera de las condiciones citadas en el punto anterior, será obligación de la consultoría realizar los trabajos necesarios para corregir, modificar, sustituir o complementar la parte o las partes del trabajo a que haya lugar, sin que esto implique un costo adicional para las partes que impulsan el Programa, lo cual se deberá llevar a cabo durante la vigencia del contrato. De lo contrario se aplicarán las cláusulas correspondientes del contrato suscrito.
5. Las partes que impulsan el Programa serán responsables de resguardar los productos establecidos en los presentes Términos de Referencia del contrato.

## 17. ANEXOS

---

### 17.1 CRITERIOS DE SELECCIÓN

| <b>Criterios a valorar:</b>                            | <b>Puntuación máxima</b> |
|--|--------------------------|
| Propuesta Técnica                                      | <b>50%</b>               |
| Propuesta Económica                                    | <b>20%</b>               |
| CV   | <b>30%</b>               |
| - <b>Formación general</b>                             | 5%                       |
| - <b>Formación específica investigación y salud</b>    | 10%                      |
| - <b>Experiencia específica en investigación salud</b> | 15%                      |
| <b>TOTAL</b>   | <b>100%</b>              |

### 17.2 DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS PROCESOS DEL PROGRAMA

En la descripción y análisis se deben considerar los siguientes temas a tratar:

1. Descripción detallada de las actividades, los componentes y los actores que integran el desarrollo del proceso.

2. Determinar los límites del proceso y su articulación con otros.
3. Insumos y recursos: determinar si los insumos y los recursos disponibles son suficientes y adecuados para el funcionamiento del proceso.
  - a. Tiempo: ¿el tiempo en que se realiza el proceso es el adecuado y acorde a lo planificado?
  - b. Personal: ¿el personal es suficiente, tiene el perfil y cuenta con la capacitación para realizar sus funciones?
  - c. Recursos financieros: ¿los recursos financieros son suficientes para la operación del proceso?
  - d. Infraestructura: ¿se cuenta con la infraestructura o capacidad instalada suficiente para llevar a cabo el proceso?
4. Productos: ¿los productos del proceso sirven de insumo para ejecutar el proceso subsecuente?
5. Sistemas de información: ¿Los sistemas de información en las distintas etapas del Programa funcionan como una fuente de información para los sistemas de monitoreo a nivel central y para los ejecutores?
6. Coordinación: ¿la coordinación entre los actores, órdenes de gobierno o dependencias involucradas es adecuada para la implementación del proceso?
7. Evaluar la pertinencia del proceso en el contexto y condiciones en que se desarrolla.
8. Identificar las características relacionadas con la importancia estratégica del proceso.
9. La existencia de mecanismos para conocer la satisfacción de los beneficiarios respecto de los bienes y servicios que ofrece el programa.

Además, se deberá analizar el grado de consolidación operativa del Programa, considerando elementos como: 1) si existen documentos que normen los procesos; 2) si son del conocimiento de todos los operadores los procesos que están documentados; 3) si los procesos están estandarizados, es decir son utilizados por todas la instancias ejecutoras; 4) si se cuenta con un sistema de monitoreo e indicadores de gestión que retroalimenten los procesos operativos que desarrollan los operadores; 5) si se cuenta con mecanismos para la implementación sistemática de mejoras.

La descripción de los procesos del Programa deberá acompañarse de flujogramas para cada uno de los procesos analizados, y éstos se presentarán en Anexo.

### 17.3 HALLAZGOS Y RESULTADOS

En este componente, el proveedor debe realizar una valoración global de la operación del Programa, de acuerdo con los alcances definidos para la evaluación. Todos los hallazgos e identificación de resultados deben sustentarse con base en información derivada de los estudios de caso. Los hallazgos y resultados no necesariamente deben estar vinculados con un proceso en particular, sino que se espera que este análisis también pueda mostrar, de

manera general, aspectos relevantes que intervienen en la operación y cumplimiento de los objetivos del Programa evaluado. Además, deberá señalarse en qué medida la gestión operativa del Programa contribuye al logro de sus objetivos.

Asimismo, se deben señalar 1) los principales problemas detectados en la normatividad, 2) cuellos de botella, 3) las áreas de oportunidad, así como 4) las buenas prácticas detectadas en la operación del Programa con la finalidad de elaborar propuestas de mejora en la gestión.

También, se deben indicar las amenazas y fortalezas externas del Programa que se identificaron en la evaluación, con la finalidad de ponerlas a consideración de los responsables del Programa.

#### 17.4 RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES

En este apartado la consultoría debe exponer una síntesis de los resultados encontrados y resaltar los aspectos susceptibles de mejora que se consideran más relevantes para mejorar la gestión del Programa y para el cumplimiento de sus objetivos.

Asimismo, como resultado del análisis global o específico de la gestión operativa, debe realizar recomendaciones a nivel de procesos y a nivel del Programa. Todas las recomendaciones y conclusiones deben formularse con base en los datos contenidos en los estudios de caso. El objetivo final de las recomendaciones es proporcionar líneas y estrategias de acción articuladas para la mejora de la operación del Programa.

Las recomendaciones deben contar con las siguientes características:

- Derivarse de los principales resultados de la evaluación.
  - Incluir un mecanismo de implementación, que considere los siguientes elementos:
  - Breve análisis de la viabilidad de la implementación.
  - Principal(es) responsable(s) de la implementación.
  - Breve análisis de los efectos potenciales que puede implicar la implementación, tanto en la operación del Programa como en el logro de los objetivos del mismo.
  - La comparación entre la situación actual y el resultado que se espera obtener con la implementación de la recomendación.
- 
- Estar categorizadas en dos líneas de acción estratégicas: a) consolidación o, b) reingeniería de procesos.
  - Presentar, de acuerdo con el alcance de la evaluación, una propuesta para fortalecer el sistema de monitoreo de gestión.

#### 17.5 SISTEMA DE EVALUACIÓN Y MONITOREO E INDICADORES DEL PROYECTO

## Indicadores de desempeño

### INDICADORES DE GESTION:

1. % de ejecución de actividades previstas en el PAT (Plan Anual de Trabajo) para cada año.
2. % de ejecución de presupuesto asignado para cada año

| PROYECTO NACER  |      |      |      |      |      |
|---|------|------|------|------|------|
| Indicadores de desempeño y eficiencia del Programa : Proyecto Nacer   | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| 1. % de gobiernos departamentales y municipales firman compromisos.   | 50%  | 70%  | 100% | 100% | 100% |
| 2. % de distritos con políticas de visitas domiciliarias para recién nacidos (primera semana de vida) implementadas   | 10%  | 50%  | 60%  | 70%  | 80%  |
| 3. % de distritos supervisan habitualmente los progresos con matrices comunes   | 15%  | 40%  | 60%  | 70%  | 80%  |
| 4. % distritos que controlan regularmente los cuellos de botella relacionados con las intervenciones e incorporan soluciones a sus planes.                              | 15%  | 40%  | 60%  | 70%  | 80%  |
| a. % de personal capacitado en Pautas de Maternidad Sin Riesgos.  | 30%  | 60%  | 70%  | 75%  | 80%  |
| 5. % de servicios acreditados con Estándares de Maternidad Segura   | 20%  | 40%  | 50%  | 75%  | 80%  |
| 6. % de servicios de salud con transporte garantizados para referencia.   | 50%  | 80%  | 80%  | 80%  | 80%  |
| 7. % de mujeres embarazadas con acceso a prevención y tratamiento del VIH.  | 50%  | 80%  | 80%  | 80%  | 80%  |
| 8. % de embarazadas con primer control antes de los 4 meses, 4 controles prenatales y partos institucionales.   | 50%  | 60%  | 70%  | 80%  | 80%  |
| 9. % de servicios aplican Test piecito  | 50%  | 60%  | 70%  | 80%  | 100% |
| 10. % de recién nacidos en parto domiciliario reciben control dentro de las 48 horas después del nacimiento   | 10%  | 30%  | 50%  | 60%  | 60%  |
| 11. % de Servicios de Salud aplican la Metodología de Análisis y Monitoreo para la Equidad (MoRES) y controlan los cuellos de botella relacionados a las intervenciones | 20%  | 30%  | 50%  | 80%  | 100  |
| 12. % de muertes maternas y neonatales con auditoria  | 60%  | 80%  | 100% | 100% | 100% |
| 13. % de servicios con familias acogedora de la embarazada funcionando  | Cero | 20%  | 40%  | 50%  | 60%  |
| 14. % de embarazadas y familias con conocimientos de señales de riesgo del Embarazo y Pautas de Buena Crianza   | 5 %  | 20%  | 40%  | 60%  | 70%  |

| Proyecto Crecer  |            |      |      |      |      |
|--|------------|------|------|------|------|
| Indicadores de desempeño y eficiencia del Programa : Proyecto Crecer | 2014       | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| 1. % de incremento de niños desnutridos en seguimiento               | 10%        | 20%  | 30%  | 40%  | 50%  |
| 2. % de tasa de adherencia de niños desnutridos al Programa PANI     | 50%        | 55%  | 60%  | 65%  | 70%  |
| 3. % personas que conocen y preparan adecuadamente la leche          | Línea base |      |      |      | 80%  |
| 4. % comunidades que conocen el PANI y su derecho al mismo.          | 50%        | 55%  | 60%  | 60%  | 60%  |

|    |  |            |     |     |     |      |
|----|--|------------|-----|-----|-----|------|
| 5. | % de USF y servicios de salud conocen y aplican la metodología (MoRES) | 10%        | 30% | 50% | 80% | 80%  |
| 6. | Sistema Informático para Monitoreo del PANI implementado               |            |     |     |     | 100% |
| 7. | % de servicios de salud con equipamiento informático esencial          | Línea base |     |     |     | 50%  |
| 8. | % de incremento de niños desnutridos en seguimiento                    | Línea base | 20% | 30% | 40% | 50%  |

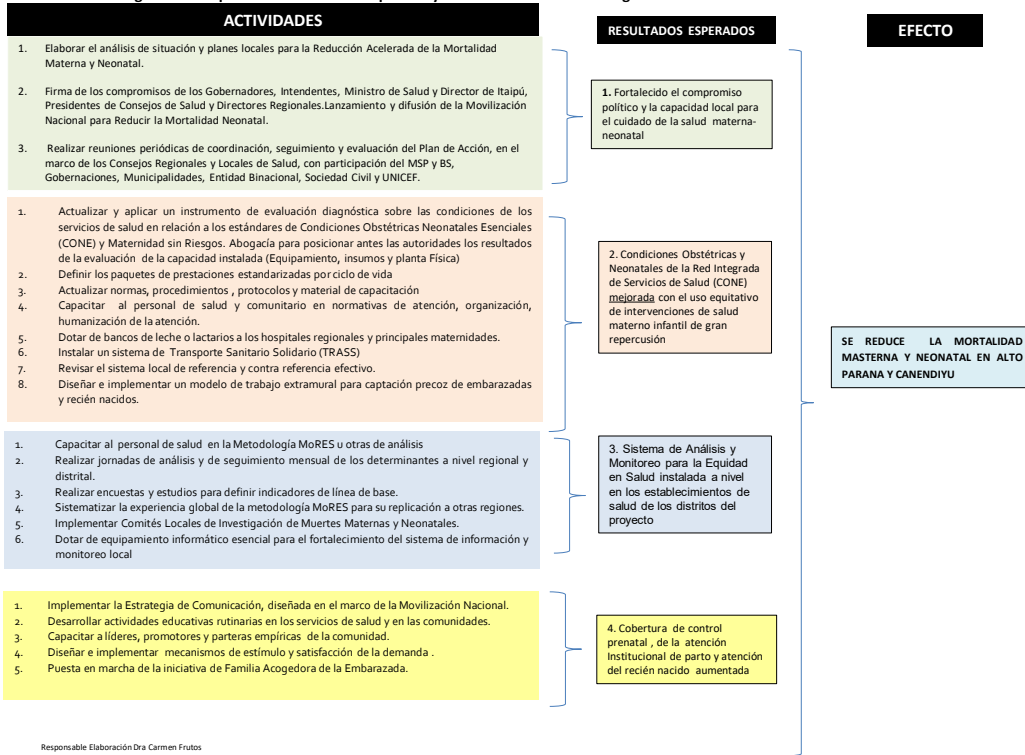
| Proyecto primera Infancia   |      |      |      |      |      |
|---|------|------|------|------|------|
| Indicadores de desempeño y eficiencia del Programa : Proyecto Crecer  | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| % de gobiernos locales cuentan con análisis de situación y plan de primera infancia.  | Base | 30%  | 40%  | 50%  | 50%  |
| % de servicios de salud disponen de servicio de registro universal y gratuito de nacimientos con oficinas unificadas de Registros de nacimientos y de identificaciones. | 50%  | 70%  | 100% |      | 100% |
| % de los servicios de salud implementan el Programa de Primera Infancia , realizan control de desarrollo y enseñan pautas de crianza saludables                         | Base | 30%  | 50%  | 60%  | 70%  |
| % de promotores Tekoporá y otros capacitados.   | 10%  | 30%  | 50%  | 60%  | 70%  |

### Seguimiento del Programa y sus Proyectos

- Las supervisiones y el monitoreo en terreno serán mensuales.
- Trimestralmente se realizarán actividades de evaluación a nivel político (autoridades locales y nacionales) y evaluaciones de carácter técnico y administrativos.
- En la primera quincena de cada año que finaliza se realizará la evaluación anual del Plan Operativo Anual (POA) y confeccionará el POA para el año siguiente.
- Los indicadores de seguimiento serán los establecidos en la hoja de ruta de actividades.
- Los indicadores de resultados serán evaluados en base a los indicadores establecidos por el Programa para cada año.
- Se realizará una evaluación de medio tiempo (2017) y una final en el segundo semestre de 2018
- Todas las estructuras de gestión serán oficializadas a través de instrumentos administrativos de respaldo. UNICEF acompañará este proceso y será parte del Grupo de Apoyo Técnico del Proyecto (GAP).
- La Dirección Responsable de la Coordinación General del Proyecto a Nivel Central será designado por el Ministro de Salud. Teniendo en cuenta la diversidad de Direcciones Normativas involucradas, se promocionará la conformación de un Grupo de Apoyo Técnico del Proyecto (GAP) compuesto por los Directores Regionales de los Dptos. de Alto Paraná y Canindeyú, Dirección de Programas , Dirección de Salud del Niño y el Adolescente , Dirección de Planificación, Dirección de Recursos Humanos, Dirección de Atención Primaria de la Salud, Dirección de Insumos Estratégicos y la Dirección de Recursos Físicos Este comité supervisará y apoyará la ejecución de la marcha del proyecto y rendirá cuentas al Ministro de Salud mensualmente.

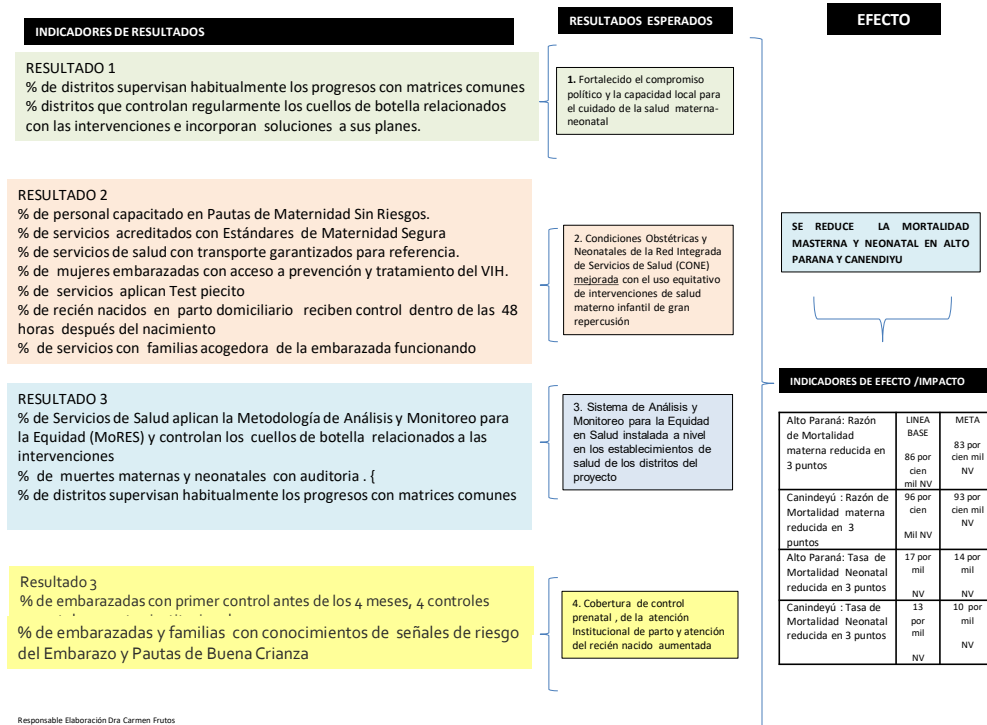
## 17.6 MODELOS LÓGICOS DE LOS PROYECTOS

**Programa de Supervivencia Infantil Itaipu -Proyecto Nacer estructurado según Teoría de Cambio**



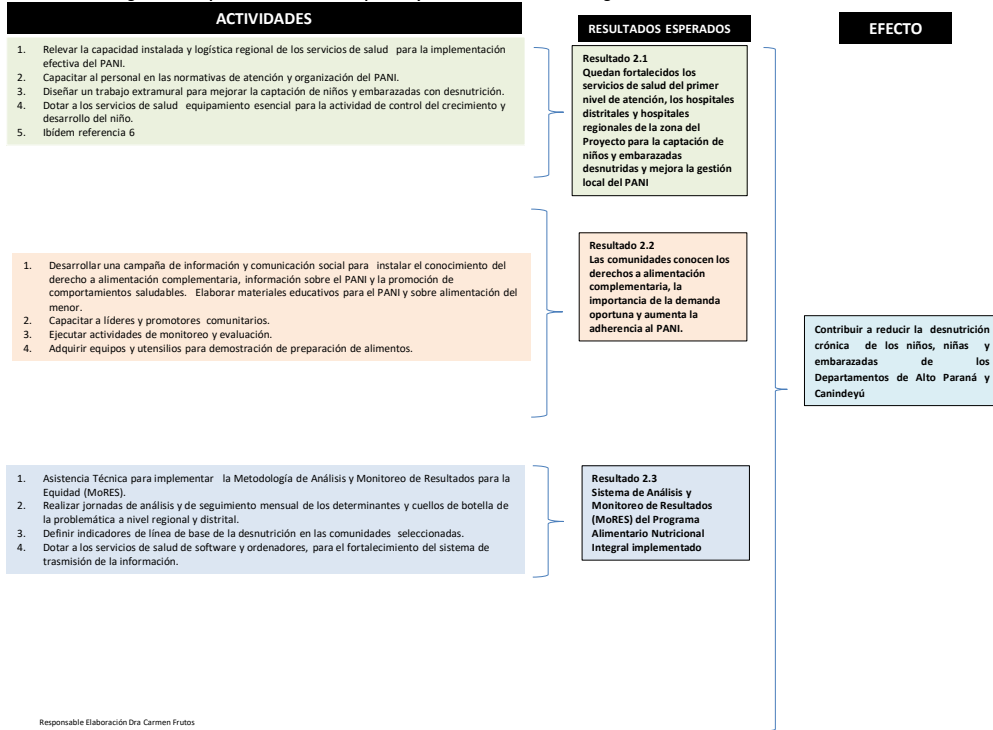
Responsable Elaboración Dra Carmen Frutos

**INDICADORES PROYECTO NACER**

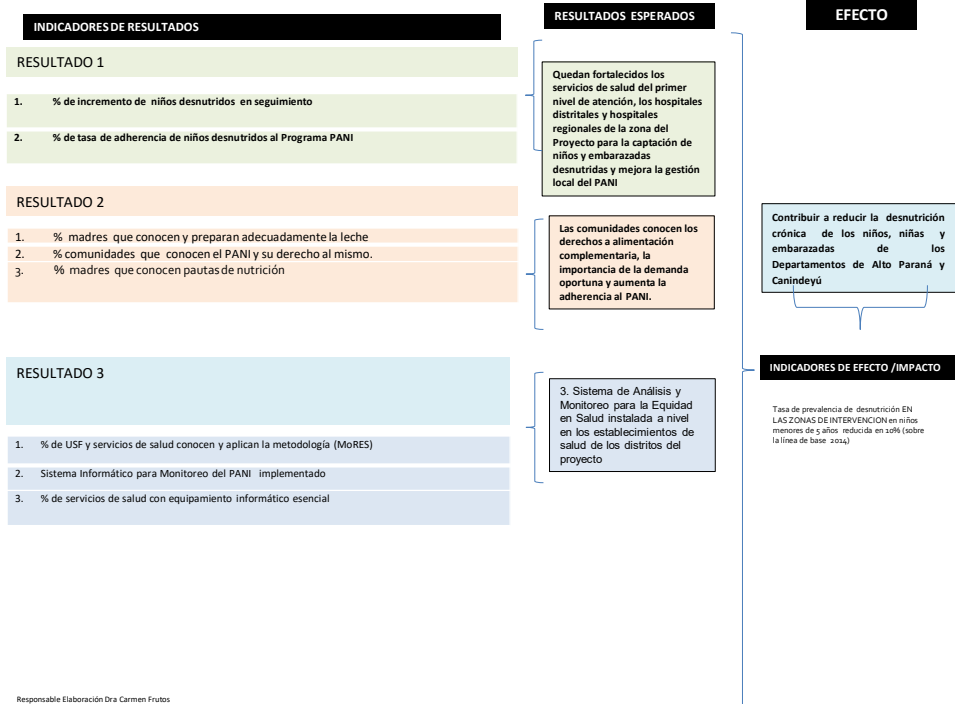


Responsable Elaboración Dra Carmen Frutos

Programa de Supervivencia Infantil Itaipu -Proyecto Crecer estructurado según Teoría de Cambio

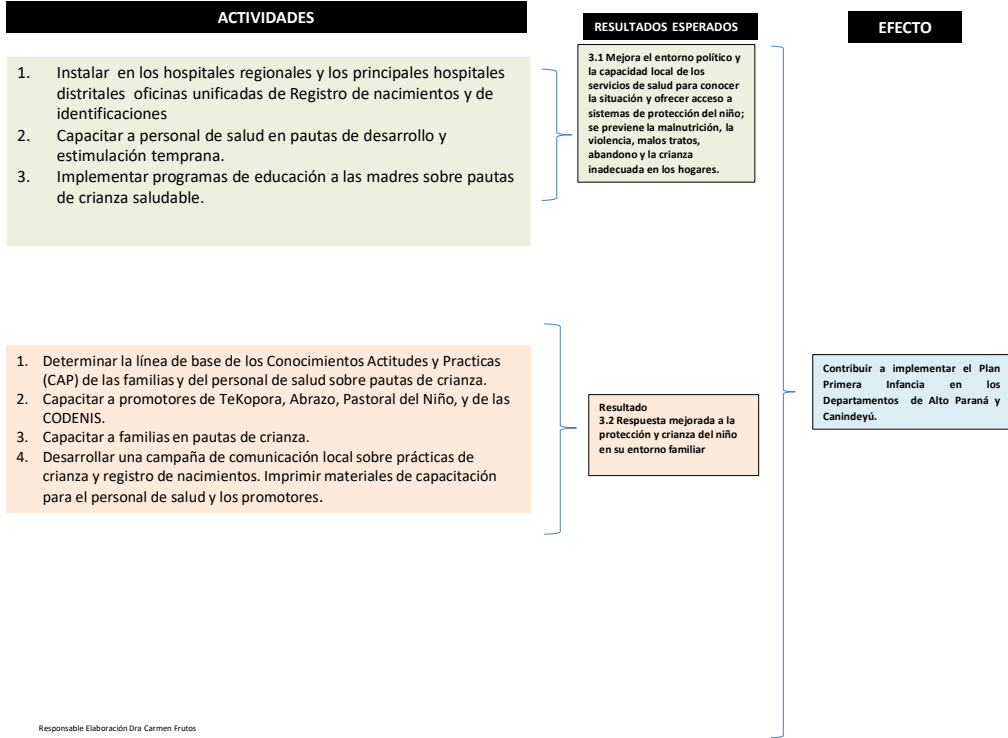


INDICADORES PROYECTO CRECER

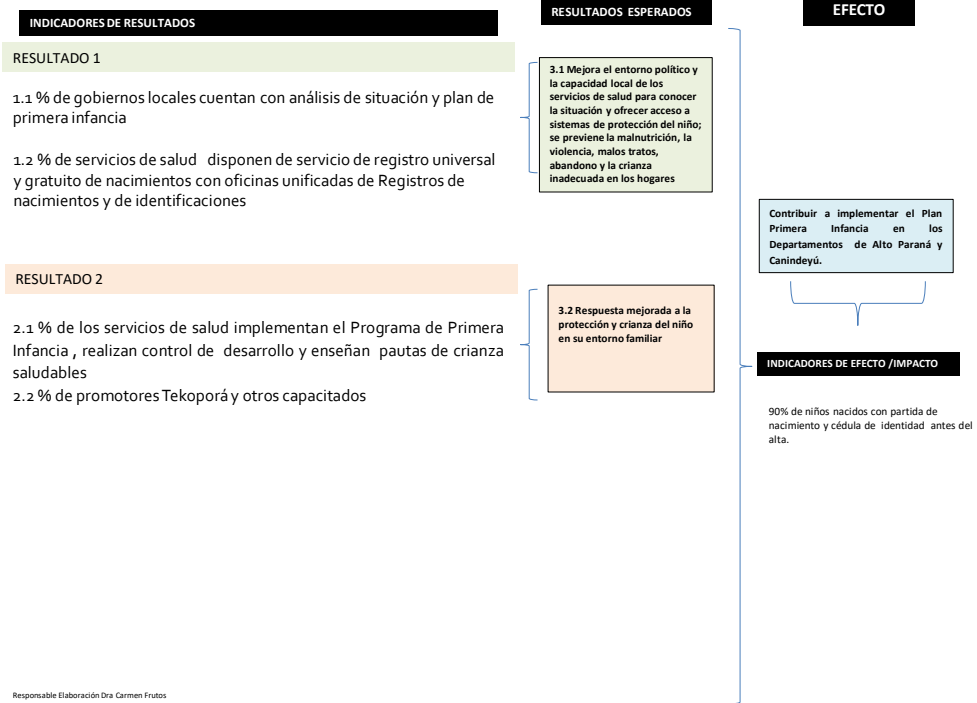




Programa de Supervivencia Infantil Itaipu -Proyecto PRIMERA INFANCIA estructurado según Teoría de Cambio



INDICADORES PROYECTO PRIMERA INFANCIA



**Anexo 2: Ejes conceptuales del Modelo de Maternidad Segura y Centrada en la Familia implementado en Argentina**

| <b>Eje conceptual</b>  | <b>Principios</b>   | <b>Resultados esperados</b>   |
|--|---|---|
| Cultura organizacional centrada en la familia y en la seguridad de la atención.  | Es coherente con el pensamiento universal vigente: Medicina centrada en él o la paciente (y su familia) y su seguridad.                             | Las autoridades y el equipo de salud de la maternidad están convencidos y comprometidos con la adopción del modelo MSCF y lo establecen como una de sus prioridades.  |
|  | Es un cambio de paradigma. Suma lo humanístico al progreso tecnológico.   |   |
|  | Asume y comprende que el reaccionar y actuar responsablemente frente al error médico favorece el cambio de paradigma.                               |   |
|  | Tiene avales nacionales y de organismos internacionales.  |   |
| Protección de los derechos de la madre, el padre y su hijo o hija  | No es objeto de controversia y se alinea con el concepto de derechos humanos.   | El equipo de salud conoce e informa a todas las mujeres que se asisten en la institución sobre sus derechos y los de su hijo o hija.  |
|  | Enfrenta la inequidad y la discriminación.  |   |
|  | Admite publicidad en el marco de la ética.  |   |
| Promoción de la participación y la colaboración de los padres, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y su hijo o hija durante el embarazo, el parto y el puerperio | Empodera a la familia y tiene beneficios agregados.   | La familia asume un papel protagónico en el cuidado de su hijo/a; las autoridades de la maternidad se comprometen a generar los medios necesarios para permitir la permanencia continua de la madre junto a su hijo o hija, y los miembros de la comunidad son convocados a involucrarse y a participar en actividades de voluntariado. |
|  | Es gratificante para todos los agentes de salud.  |   |
|  | Posibilita el compromiso y la participación comunitaria.  |   |
| Uso de prácticas efectivas y seguras   | Sus intervenciones son beneficiosas y basadas en la evidencia.  | El equipo de salud adopta prácticas efectivas y seguras y desalienta el uso de aquellas que no mostraron efectividad o son riesgosas para la madre o el niño/a.   |
|  | Es un ejemplo de la búsqueda de la calidad continua.  |   |
|  | Es costo-beneficiosa, replicable y segura.  |   |
|  | Contribuye al cumplimiento de los ODM.  |   |
|  | Sus resultados pueden ser cuantificados   |   |
| Fortalecimiento de otras iniciativas   | Es abarcativo e incluyente de todas las propuestas complementarias y específico del contexto sociocultural de la comunidad en la que se implementa. | La institución fortalece las prácticas de promoción y mantenimiento de la lactancia materna y propone estrategias de promoción y asistencia conforme a su contexto sociocultural.   |

Fuente y elaboración: Adaptación de (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2012)

**Anexo 3: Listado de preguntas conforme con cada criterio de la evaluación**

**Relevancia:**

1. ¿Los objetivos del proyecto son coherentes con las necesidades y prioridades globales de los beneficiarios? ¿Son apropiados los objetivos de la intervención y su diseño?
2. ¿Los indicadores seleccionados han sido (y/o seguirán siendo) pertinentes y suficientemente específicos para medir los resultados? ¿ha sido factible recopilar datos sobre estos indicadores y/o indicadores para el monitoreo?

**Eficacia:**

1. ¿Se pudo constatar el progreso o no hacia el logro de los productos y resultados deseados?
2. ¿Cuál ha sido la eficacia de las partes en la implementación de las actividades del programa, la interacción entre éstas y los beneficiarios y sus percepciones?
3. ¿Se ha podido evidenciar la presencia de efectos previstos y/o secundarios?

**Eficiencia:**

1. ¿Se pudo determinar si las actividades previstas han sido suficientes (en cantidad y calidad) para lograr los resultados intermedios?
2. ¿Cómo ha sido la utilización de los fondos en comparación con las expectativas iniciales? ¿Se logró identificar espacios de mejora en la eficiencia y en la relación costo beneficio? En caso afirmativo, ¿cuáles han sido esos espacios?

**Sostenibilidad:**

1. A esta altura de la implementación ¿ha sido posible determinar la probabilidad de la continuidad de los beneficios de la intervención?
2. ¿Cómo afecta el entorno externo a las operaciones internas del programa? ¿Los supuestos originalmente identificados siguen siendo válidos? y ¿se incluyen estrategias para reducir el impacto de los riesgos identificados.
3. ¿Se han evidenciado fortalezas y debilidades del programa, tipos de problemas de implementación hasta este momento de la implementación? y de ser así ¿cuál ha sido el abordaje correspondiente?
4. ¿Se pudo identificar aspectos inesperados y no previstos en la planificación del programa?

**Equidad y Género:**

1. ¿En qué grado la intervención está alineada y contribuye a las políticas y estrategias nacionales sobre igualdad de género? ¿Los resultados de la intervención logrados hasta ahora contribuyen a reducir las desigualdades de género?

2. ¿Los procesos han contribuido a la promoción del principio de inclusión, la incorporación del enfoque de género y el empoderamiento de la mujer, además de garantizar que los hombres, las mujeres y los grupos tradicionalmente marginados participen en los procesos de planificación, seguimiento y evaluación?

#### Anexo 4: Documentos recibidos por parte del equipo de Unicef

| INFORMES ENTREGADOS EL 20 /12/2017 |                                       |  |                               |
|------------------------------------|---------------------------------------|--|-------------------------------|
| ID                                 | Informe                               | Proyecto   | Periodo del Reporte           |
| 1                                  | Primer informe                        | Programa de supervivencia y desarrollo infantil de Alto Paraná y Canindeyú   | Septiembre 2014- Febrero 2015 |
| 2                                  | Segundo informe                       |  | Marzo 2015 - Noviembre 2015   |
| 3                                  | Tercer informe                        |  | Enero 2016 - Junio 2016       |
| 4                                  | Cuarto informe                        |  | Julio 2016 - Diciembre 2016   |
| 5                                  | Quinto informe                        |  | Enero 2017-Junio 2017         |
| INFORMES ENTREGADOS EL 24 /01/2018 |                                       |  |                               |
| ID                                 | Informe                               | Proyecto   | Periodo del Reporte           |
| 1                                  | Implementación                        | MoviliZación para la reducción de la mortalidad materna y neonatal en el Paraguay  | Octubre 2013 a junio 2015     |
| 2                                  | Presentación PPT                      | Salud y Nutrición / Salud Materna y Neonatal / Prioridades Comunicacionales  |                               |
| 3                                  | Plan Operativo 2017                   | Proyecto ITAIPU I Supervivencia infantil y materna 2014-2019<br>Proyecto ITAIPU II Cero muertes evitables 2017-2018  |                               |
| 4                                  | Oficio                                | PRO/2015/101 (Entrega de resultados de estudio de las CONE en las zonas de proyecto)   | 21 de Octubre 2015            |
| 5                                  | Estudio línea base                    | Evaluación impacto del proyecto Conocimiento, Actitudes y Prácticas (CAP) en los Distritos de Ciudad del Este, Salto del Guairá, Hernandarias, Minga Guazú, Pte. Franco y Curuguaty pertenecientes a las zonas de influencia de la Entidad Binacional Itaipú (EBI) | abr-16                        |
| 6                                  | Guía CONE, MSP y BS                   | Guía para la organización de los cuidados obstétricos neonatales esenciales (CONE) en la red integrada de servicios de salud   | sep-15                        |
| 7                                  | Línea de base del componente neonatal | Evaluación de estándares de desempeño para brindar Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE) en el Hospital Regional de Ciudad del Este, Alto Paraná   | 6 de mayo 2015                |
| 8                                  |                                       | Evaluación de estándares de desempeño para brindar Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE) en el Hospital Distrital de Hernandarias, Alto Paraná   | Marzo, 2015                   |
| 9                                  |                                       | Evaluación de estándares de desempeño para brindar Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE) en el Hospital Distrital de Presidente Franco (HDPF), Alto Paraná   | Abril, 2015                   |
| 10                                 | Instrumento                           | INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DE LOS CUIDADOS OBSTÉTRICOS Y NEONATALES ESENCIALES (CONE)  | Agosto, 2014                  |
| 11                                 | Manual                                | Normas de Cuidados Preconcepcional, Prenatal, Parto, Nacimiento Y Puerperio, Seguros e Inclusivos  | sep-15                        |
| 12                                 | Plan Estratégico Distrital            | Plan Estratégico Distrital Materno Infantil Curuguaty  | 2016/2017                     |
| 13                                 |                                       | Plan Estratégico Distrital Materno Infantil Presidente Franco  |                               |
| 14                                 |                                       | Plan Estratégico Distrital Materno Infantil Salto de Guairá  |                               |
| 15                                 | Programa                              | PROGRAMA DE COOPERACION PARA LA SUPERVIVENCIA Y DESARROLLO INFANTIL. Para mejorar la situación de la niñez en los Dptos. de Alto Paraná y Canindeyú  | 17 de febrero de 2013         |
| 16                                 | CONE A- Resumen Canindeyú             | Resumen de Grado de Cumplimiento de cada uno de los Estandares que componen el CONE_ A Canindeyú   |                               |
| 17                                 | CONE A- A- Resumen Paraná             | Resumen de Grado de Cumplimiento de cada uno de los Estandares que componen el CONE_ A Paraná  |                               |

#### Anexo 5: Matriz de evaluación documental

| EVALUADOR            |                          |   | Evaluador 1           |         | Evaluador 2           |         | Evaluador 3           |         | Promedio |
|----------------------|--------------------------|---|-----------------------|---------|-----------------------|---------|-----------------------|---------|----------|
| Fase                 | Criterio Evaluación      | Indicador   | Nivel de cumplimiento | Puntaje | Nivel de cumplimiento | Puntaje | Nivel de cumplimiento | Puntaje |          |
| Diagnóstico y Diseño | Relevancia/Pertinencia   | ¿Tienen el programa y los proyectos identificados sus objetivos de manera clara?<br>Detalle:<br>¿Se identifican objetivos en relación con una población objetivo y un cambio esperado?  | Deficiente            | 0,40    | Cumple                | 1,00    | Parcial               | 0,80    | 0,73     |
|                      | Relevancia/Pertinencia   | ¿Los objetivos del programa, se ajustan a los objetivos de política pública del país y de los acuerdos internacionales?   | Cumple                | 1,00    | Cumple                | 1,00    | Cumple                | 1,00    | 1,00     |
|                      | Relevancia/Pertinencia   | Tienen el programa y los proyectos identificados sus objetivos de manera coherente (aproximación conceptual)<br>Detalle:<br>¿Se identifican los objetivos en relación con un modelo lógico de intervención que incluya un camino crítico y un modelo prescriptivo para la acción de la política pública?  | Regular               | 0,60    | Parcial               | 0,80    | Deficiente            | 0,40    | 0,60     |
|                      | Relevancia/Pertinencia   | Tienen el programa y los proyectos identificados los cambios esperados en la/s variables/s en relación a esos objetivos<br>Detalle:<br>¿Se identifica una meta de cambio en relación a la variable objetivo?  | Regular               | 0,60    | Regular               | 0,60    | Regular               | 0,60    | 0,60     |
|                      | Relevancia/Pertinencia   | Tiene el programa y los proyectos identificados los plazos en que se espera ese cambio<br>Detalle:<br>¿Identifica el proyecto el plazo en que se espera cumplir con el cambio?  | Cumple                | 1,00    | Cumple                | 0,80    | Regular               | 0,60    | 0,80     |
|                      | Relevancia/Pertinencia   | Tienen el programa y los proyectos identificada la población donde se espera ese cambio<br>Detalle:<br>¿Se identifica una población específica y limitada?  | Regular               | 0,60    | Regular               | 0,60    | Regular               | 0,60    | 0,60     |
|                      | Relevancia/Pertinencia   | ¿Están el programa y los proyectos diseñados sobre la base de un conjunto actualizado y exhaustivo de evidencias (análisis de problemas, causas y efectos; análisis de riesgos y vulnerabilidades; análisis de necesidades; evaluaciones previas; y uso de estadísticas de fuentes oficiales lo más actualizadas posible)?  | Regular               | 0,60    | Regular               | 0,60    | Regular               | 0,60    | 0,60     |
|                      | Relevancia/Pertinencia   | ¿El programa y los proyectos se corresponden/son coherentes con las necesidades del sector y de la población objetivo?  | Parcial               | 0,80    | Parcial               | 0,80    | Parcial               | 0,80    | 0,80     |
|                      | Coherencia e Integración | ¿Complementan el programa y los proyectos a otras políticas públicas en su ámbito de interés (salud materno-infantil, nutrición y desarrollo infantil), por lo que, se evitan duplicaciones e ineficiencias?  | Regular               | 0,60    | Parcial               | 0,80    | Parcial               | 0,80    | 0,73     |
|                      | Equidad y género         | ¿La igualdad de género y las necesidades especiales de las personas vulnerables, en particular de la población indígena, se tienen en cuenta en el diseño y la implementación del programa y los proyectos?<br>Detalle:<br>¿Están diseñados el programa y los proyectos para promover la igualdad de género y asegurar la inclusión de grupos vulnerables, en especial la inclusión de la población indígena? | Deficiente            | 0,40    | Deficiente            | 0,40    | Insuficiente          | 0,20    | 0,33     |

|                    |   |  |              |         |              |            |              |      |      |
|--------------------|---|--|--------------|---------|--------------|------------|--------------|------|------|
| Presupuest<br>o    | Eficacia  | Tiene el proyecto presupuesto completo para el año 1   | Regular      | 0,60    | Parcial      | 0,80       | Parcial      | 0,80 | 0,73 |
|                    | Eficacia  | Tiene el presupuesto identificadas actividades y productos   | Regular      | 0,60    | Regular      | 0,60       | Regular      | 0,60 | 0,60 |
|                    | Eficacia  | Tiene la actividad A presupuesto para el año n   | Regular      | 0,60    | Parcial      | 0,80       | Regular      | 0,60 | 0,67 |
|                    | Eficacia  | Monto de la actividad A <sub>i</sub> en el presupuesto para el año n   | No cumple    | 0,00    | No cumple    | 0,00       | No cumple    | 0,00 | 0,00 |
|                    | Eficacia  | Monto de ejecución del presupuesto para la actividad A <sub>i</sub> para el año n sobre monto programado   | No cumple    | 0,00    | No cumple    | 0,00       | No cumple    | 0,00 | 0,00 |
|                    | Eficacia  | Monto de reprogramación de la actividad A <sub>i</sub> para el año n sobre monto programado  | No cumple    | 0,00    | No cumple    | 0,00       | No cumple    | 0,00 | 0,00 |
|                    | Eficacia  | Porcentaje de avance en relación al avance programado en A <sub>i</sub><br>Detalle:<br>¿Los bienes, servicios y productos han sido entregados en la cantidad y tiempo requerido?   | Insuficiente | 0,20    | Insuficiente | 0,20       | Insuficiente | 0,20 | 0,20 |
|                    | Eficacia  | Monto de reprogramación de la actividad A <sub>i</sub> para el final del proyecto sobre monto programado para el final del proyecto  | No cumple    | 0,00    | No cumple    | 0,00       | No cumple    | 0,00 | 0,00 |
| Implement<br>ación | Equidad y género  | ¿Existe evidencia de que el programa contribuye a las estrategias de igualdad de género a nivel nacional?  | Insuficiente | 0,20    | Insuficiente | 0,20       | Insuficiente | 0,20 | 0,20 |
|                    | Equidad y género  | ¿El programa ha permitido incluir con efectividad criterios de género durante su proceso de implementación? ¿Qué lecciones aprendidas existen de este proceso?   | No cumple    | 0,00    | No cumple    | 0,00       | Cumple       | 1,00 | 0,33 |
|                    | Eficacia  | Tiene el proyecto un responsable institucional para el seguimiento en cada uno de los proyectos y del programa?<br>Detalle:<br>¿Existen responsables institucionales para la toma de decisiones? ¿Existen procesos para la toma de decisiones y asignación de recursos?  | Parcial      | 0,80    | Parcial      | 0,80       | Parcial      | 0,80 | 0,80 |
|                    | Eficacia  | Tiene el programa y los proyectos, mecanismos de relacionamiento institucional y responsables para la toma de decisiones.  | Regular      | 0,60    | Parcial      | 0,80       | Parcial      | 0,80 | 0,73 |
|                    | Eficacia  | ¿Existen guías o manuales operativos para la implementación, en los que se definen las funciones y las responsabilidades de las entidades involucradas en la administración, implementación y monitoreo del programa y los proyectos?  | Deficiente   | 0,40    | Regular      | 0,60       | Cumple       | 1,00 | 0,67 |
|                    | Eficacia  | ¿Tienen las actividades y productos del proyecto, coherencia con el modelo lógico planteado?   | Regular      | 0,60    | Parcial      | 0,80       | Regular      | 0,60 | 0,67 |
|                    | Relevancia/Pertinencia  | Tiene el proyecto indicadores de cumplimiento del cambio esperado en relación con la variable seleccionada   | Parcial      | 0,80    | Insuficiente | 0,20       | Regular      | 0,60 | 0,53 |
|                    | Eficacia  | ¿Cuentan el programa y los proyectos con registros administrativos completos, confiables y de calidad?   | Deficiente   | 0,40    | Insuficiente | 0,20       | Deficiente   | 0,40 | 0,33 |
|                    | Eficacia  | Porcentaje de cumplimiento del cambio esperado en relación con la variable seleccionada  | Insuficiente | 0,20    | Deficiente   | 0,40       | Deficiente   | 0,40 | 0,33 |
|                    | Eficacia  | ¿Existe capacidad institucional para llevar a cabo o supervisar las tareas relacionadas con la ejecución y seguimiento del programa y los proyectos?   | No cumple    | 0,00    | No cumple    | 0,00       | Cumple       | 1,00 | 0,33 |
|                    | Eficacia  | ¿Es posible identificar parámetros y nivel de servicio brindado a los beneficiarios?   | No cumple    | 0,00    | No cumple    | 0,00       | No cumple    | 0,00 | 0,00 |
|                    | Eficacia  | ¿Es posible identificar nivel de satisfacción de los beneficiarios con la intervención?  | No cumple    | 0,00    | No cumple    | 0,00       | No cumple    | 0,00 | 0,00 |
|                    | Sostenibilidad  | ¿Existe suficiente personal en las entidades involucradas en el programa y los proyectos, y tiene la capacitación adecuada (habilidades técnicas y de gerencia) para llevar a cabo negociaciones de alto-nivel, diseñar programas y realizar las actividades de monitoreo y evaluación, después de finalizada la intervención? | Parcial      | 0,80    | Parcial      | 0,80       | Regular      | 0,60 | 0,73 |
|                    | Sostenibilidad  | ¿Es posible identificar la continuidad de los beneficios?  | Insuficiente | 0,20    | Insuficiente | 0,20       | Insuficiente | 0,20 | 0,20 |
|                    | Sostenibilidad  | ¿Se logran identificar los supuestos utilizados y siguen siendo válidos?   | No cumple    | 0,00    | No cumple    | 0,00       | No cumple    | 0,00 | 0,00 |
|                    | Sostenibilidad  | ¿Se ha identificado estrategias, acciones o mecanismos sistematizados de decisión para la reducción de riesgos en la implementación del proyecto?  | Insuficiente | 0,20    | Regular      | 0,60       | No cumple    | 0,00 | 0,27 |
|                    | Sostenibilidad  | ¿Han existido riesgos no contemplados? ¿Cuáles han sido los mecanismos de decisión para resolverlos?   | Insuficiente | 0,20    | Regular      | 0,60       | No cumple    | 0,00 | 0,27 |
| Participación      | ¿Existen procesos institucionalizados que garanticen que todos los actores pertinentes estén bien informados, se los consulte y, cuando sea necesario, puedan participar en la ejecución y el seguimiento del programa y los proyectos? | Parcial  | 0,80         | Parcial | 0,80         | Deficiente | 0,40         | 0,67 |      |

|                        |                        |  |            |      |            |      |            |      |      |
|------------------------|------------------------|--|------------|------|------------|------|------------|------|------|
| Monitoreo y Evaluación | Eficacia               | ¿Ha sido factible recopilar datos para todos los indicadores del programa y los proyectos con la periodicidad y oportunidad requerida?   | Deficiente | 0,40 | Deficiente | 0,40 | Deficiente | 0,40 | 0,40 |
|                        | Eficacia               | ¿Tiene el programa y los proyectos un Plan de Monitoreo y Evaluación claro, bien estructurado y con presupuesto, y cumple con él?  | Deficiente | 0,40 | Regular    | 0,60 | Regular    | 0,60 | 0,53 |
|                        | Eficacia               | ¿Se realizan informes de monitoreo de forma periódica y con puntualidad (por ejemplo, reportes del número de beneficiarios, cumplimiento de metas, presupuesto ejecutado detallado)?                               | Deficiente | 0,40 | Regular    | 0,60 | Regular    | 0,60 | 0,53 |
|                        | Relevancia/Pertinencia | ¿Se utiliza sistemáticamente la información de monitoreo y evaluación del programa y los proyectos para actualizar/modificar el diseño del programa, efectuar ajustes en la ejecución y planificar el presupuesto? | Deficiente | 0,40 | Regular    | 0,60 | Regular    | 0,60 | 0,53 |



## **Anexo 6: Enfoque de presupuesto por resultados, descripción del alcance.**

Entendiendo que la implementación de la política pública, conlleva un proceso de decisión por parte de una autoridad o un responsable, es posible argumentar que la consolidación de la misma, en actividades y productos, requiere de varios elementos que la vuelvan viable: i) apoyo de los responsables y tomadores de decisión; ii) un marco legal que favorezca su implementación; iii) una aproximación conceptual (modelo lógico) que permita identificar a priori, los objetivos y resultados que se esperan de la acción de la política pública (actividades y productos) así como la población a ser atendida; iv) financiamiento disponible para financiar las actividades que se requieren por el tiempo que se requiere y; v) un equipo técnico responsable de su implementación<sup>47</sup> que tenga la habilidad de implementar el modelo lógico<sup>48</sup> como fue planteado.

La realización de este ejercicio en muchos casos se enfrenta a las limitaciones de las estructuras institucionales y al propio ejercicio de la administración pública. En este contexto, una opción posible es utilizar la aproximación de presupuesto basado en resultados como el medio para mejorar la manera mediante la que los gobiernos gestionan sus recursos, con el fin de consolidar su desarrollo social y económico, y proveer mejores servicios a la población. En este caso, la realización del presupuesto pasa a centrarse en los resultados del mismo, más que en el gasto que se requieren para su ejecución (Jácome-Friscione). En el contexto de la evaluación, la utilización de un marco de este tipo permite incluir elementos del presupuesto, como parte de la lógica de implementación del programa.,

Esta aproximación, genera así mismo un sistema de indicadores que permite relacionar el modelo lógico propuesto con los productos que se esperan implementar, el presupuesto que se requiere para la realización de esas actividades (y productos) y los resultados de que de las mismas se derivan. El objetivo, es propender a que el proceso de diseño de la política pública considere al propuesto como un instrumento de apoyo en el logro de resultados y de impactos. Esto implica que el proceso de diseño e implementación de la misma (política pública) tenga unas características particulares que permitan que esta relación exista.

Siguiendo la aproximación utilizada para el caso peruano<sup>49</sup>, se presentan a continuación un resumen de los pasos sugeridos para la aplicación e implementación de esta aproximación como mecanismo de evaluación y de diseño de política pública.

### **Esquema general de presupuesto por resultados (caso Perú)**

---

<sup>47</sup> Este ejercicio busca identificar condiciones que consideran como necesarias para la implementación de una política pública

<sup>48</sup> Se puede entender al modelo lógico como el marco de referencia para el diseño de la política pública. En este documento, se entenderá que el mismo se acerca a la concepción de una cadena de valor, y que por tanto es posible identificar insumos, productos y resultados.

<sup>49</sup> La siguiente sección se ha preparado en base al trabajo del equipo técnico responsable de la implementación del presupuesto por resultados en el caso del Perú. La misma, se realizó desde el Ministerio de Finanzas de ese país y se aplicó para el mejoramiento de resultados en desnutrición crónica. El equipo técnico de consultoría, ha participado en reuniones de coordinación con el equipo técnico responsable de Perú.



Fuente y elaboración: Luis Cordero (2010)

El proceso parte por una fase de diagnóstico que incluye un modelo conceptual o determinantes (que en este caso corresponde al PROGRAMA DE SUPERVIVENCIA INFANTIL Y MATERNA DE ALTO PARANA Y CANENDIYU 2014-2019.)<sup>50</sup>, para el problema que se quiere resolver (e.g. reducción de la mortalidad infantil o reducción de la desnutrición crónica). A partir del mismo, se desarrolla por un lado un modelo explicativo (e.g. Si el proceso de parto no se realiza siguiendo un protocolo, aumenta el riesgo asociado al mismo).

Esta fase requiere además de la identificación de un camino causal crítico, a partir del cual se reconocen las actividades y productos que pueden ser parte de la acción de la política pública. A partir de estos elementos, es posible identificar actividades y productos para la política pública (e.g. el Estado, desarrolla protocolos de atención en salud para la atención de parto, o reducción de desnutrición crónica).

A partir de un modelo lógico que incluya un modelo prescriptivo, es posible identificar resultados y productos que se deberán generar desde la acción de la política pública.

#### Ejemplo de planteamiento de un resultado para el caso de Perú (caso desnutrición crónica)

Formulación del **resultado final** [considere los cuatro elementos]:

Reducir en ocho puntos la prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años al finalizar el 2011

<sup>50</sup> Por el tipo de diseño, cada proyecto (NACER, CRECER y PRIMERA INFANCIA) deberán contar con elementos particulares de diseño. El programa como tal deberá además tener una visión integradora así como mecanismos instrumentales que apoyen este proceso.

Con esta información (modelo lógico y resultados esperados) es posible identificar actividades y productos para ser implementados como parte de la política pública

Este ejercicio permite definir los recursos necesarios por actividad, para alcanzar los resultados finales (resultados de impacto). Esto implica que el modelo lógico sea capaz de identificar el cambio que se espera con la realización de estas actividades. Es necesario además considerar que la acción del presupuesto y del diseño de la política pública, va más allá de la provisión de los insumos que se requieren para la realización de un servicio, si no que, por el contrario, el énfasis se da a los productos que de la ejecución del presupuesto se derivan

Esta aproximación promueve que el sistema de seguimiento y evaluación incluya elementos del presupuesto como parte del mismo. Así mismo, el presupuesto pasa a convertirse en un instrumento en el logro de resultados. En los casos en que no se utiliza la aproximación explícitamente, la aplicación de este tipo de revisiones a partir de esta aproximación permite identificar las brechas de financiamiento existentes en relación a las actividades y productos requeridos. En muchos casos, a pesar de que el modelo lógico está bien planteado, las actividades no se cumplen porque no existe presupuesto disponible para la realización de las mismas. En el caso de una evaluación formativa en los plazos que están establecidos para el Programa en Paraguay, permite identificar a priori espacios de mejora tanto en el modelo (o los modelos lógicos), así como en los recursos que los mismos requieren. Esto implica necesariamente evaluar las estructuras institucionales y su rol en la implementación de los modelos lógicos, en la toma de decisiones y en la asignación de recursos.

De lo anterior, es posible identificar tanto indicadores en más de un nivel (de resultados, de impacto, de monitoreo) y validar la pertinencia de los mismos en relación a lo que se quiere medir y al proceso de toma de decisiones.

## Anexo 7: Matriz de evaluación

Tabla 16: Matriz de evaluación

| Criterios de evaluación                                   | Temas/preguntas  | Preguntas específicas   | Fuentes de información; modalidades de recolección  | Tipo                         |
|---|--|---|---|------------------------------|
| Pertinencia, Eficacia, Eficiencia, Sostenibilidad, Género | Consistencia del PROGRAMA DE SUPERVIVENCIA INFANTIL Y MATERNA DE ALTO PARANA Y CANENDIYU 2014-2019 (Incluye proyecto Nacer, Crecer y Primera Infancia). con la política pública                          | <p>¿Se diseñó el proyecto aplicando una teoría de cambio?</p> <p>¿Se pueden identificar los resultados, servicios y objetivos del programa?</p> <p>¿Son esos objetivos y esos resultados coherentes con la política pública del país?</p> <p>¿Se cuenta con información sobre el logro o no de los resultados?</p>  | Revisión documental. Revisión marco normativo local y convenios internacionales. Revisión de los documentos de proyecto e informes internos | Cualitativo                  |
| Eficacia, Eficiencia, Sostenibilidad, Género              | Revisión de la institucionalización y aplicación sistemática de los procesos (protocolos) entre funcionarios (aplicación modelo lógico). Identificación y conocimiento de bienes, servicios y productos. | <p>¿Se conocen los resultados esperados del programa en el territorio?</p> <p>¿Se han identificado estrategias de implementación que apoyen el logro de esos resultados?</p> <p>¿Conocen todos los responsables tanto los objetivos, como los resultados y las estrategias de implementación?</p> <p>¿Se han aplicado criterios de género en la implementación?</p> | Entrevistas a profundidad con responsables en instituciones públicas participantes y responsables de programa y de proyectos                | Cualitativo                  |
| Eficacia, Eficiencia,                                     | Revisión de consistencia de modelo lógico (ajuste y preparación de modelos de teoría del cambio)   | ¿Existen experiencias similares en la región de donde se puedan extraer elementos aplicables para mejorar el logro de resultados en el programa?  | Revisión bibliográfica de experiencias similares (a nivel regional)<br>Revisión documental (fuentes secundarias)                            | Cualitativo                  |
| Eficacia, eficiencia                                      | Conocimiento de los componentes,   | ¿Conocen todos los responsables en el   | Encuesta a funcionarios en los tres niveles para  | Cualitativo/<br>Cuantitativo |

|  |  |   |   |             |
|--|--|---|---|-------------|
|  | objetivos, resultados, indicadores y estrategias de implementación del programa.                               | nivel distrital, departamental y nacional tanto los objetivos, como los resultados y las estrategias de implementación?<br><br>¿Se conocen los indicadores de resultados?   | evaluar la aplicación de las acciones de política pública en su contexto y la percepción sobre la pertinencia del programa. Se explorará además la aplicación del enfoque de género durante la implementación |             |
| <b>Pertinencia, sostenibilidad, género</b> | Revisión de las percepciones de los usuarios de los proyectos  | ¿Conocen los usuarios los bienes y servicios que son parte del programa?<br>¿Sienten los usuarios del programa, que el mismo ha permitido cambios en su bienestar?<br>¿Siente los usuarios, que el programa se ajusta a sus condiciones y a las condiciones del territorio?                                   | Grupos focales con usuarios (en distritos) de los proyectos (NACER, CRECER y Primera Infancia). Se explorará además la aplicación del enfoque de género durante el acceso a los servicios del programa.       | Cualitativo |
| <b>Eficiencia, eficacia</b>                | Revisión de sistemas de seguimiento y evaluación: indicadores finales, indicadores intermedios y línea de base | ¿Tiene el programa un sistema de indicadores de resultados?<br>¿Tiene el programa, indicadores de impacto identificados?<br>¿Genera el programa información permanente y verificable?<br>¿Tiene el programa información de línea base?<br>¿Identifica el programa el cumplimiento o incumplimiento de metas ? | Revisión documental y bibliográfica para revisar la consistencia de indicadores   | Cualitativa |

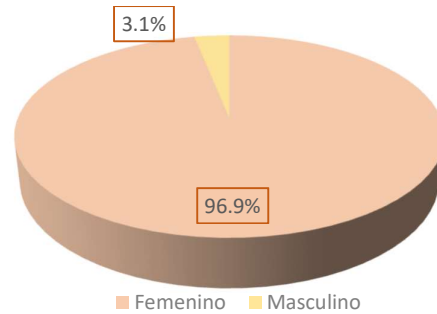
Elaboración: Equipo consultor

## Anexo 8: Número y porcentaje de participantes del levantamiento de campo por género

### Grupos focales

**a. Porcentaje del total de participantes de los grupos focales por género**

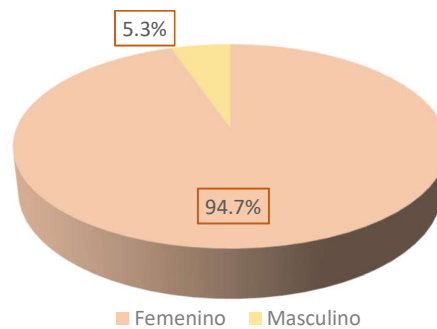
De manera general, el total de la asistencia a los diferentes grupos focales que se llevaron a cabo en Alto Paraná y Canindeyú fueron 32 participantes de los cuales el 97% fue mujeres y el 3% fueron hombres



Elaboración: Equipo consultor

**b. Porcentaje del total de participantes de los grupos focales del Departamento de Alto Paraná por género**

De los tres grupos focales, dos se llevaron a cabo en Hernandarias y uno en Minga Guazú. Del total de participantes, el 94,7% representaron a mujeres, mientras que un marginal 5,3% representó a hombres de un total de 19 personas que asistieron.

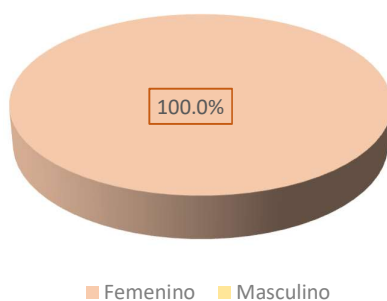


Elaboración: Equipo consultor

**c. Porcentaje del total de participantes de los grupos focales del Departamento de Canindeyú por género**

De la misma manera, en Canindeyú se realizó dos grupos focales en USF, uno en Curuguaty y otro en Saltos del Guaira. De un total de 13 participantes, el 100% fueron mujeres. Se les preguntó sobre la

participación del padre sin embargo respondieron que por trabajo no pueden participar en la mayoría de las actividades que tiene que ver con el embarazo o el desarrollo y crecimiento del niño/s

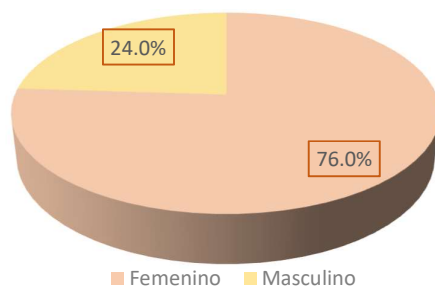


Elaboración: Equipo consultor

### **Entrevistas a profundidad**

#### **a. Porcentaje del total de informantes de las entrevistas a profundidad por género**

De las 50 entrevistas a profundidad que se realizaron en los dos departamentos en la que se ejecuta el programa y en el nivel central (Asunción), el 76% correspondía a mujeres mientras que el 24% fue un informante hombre.



### **Anexo 9: Instrumento cualitativo de entrevistas a profundidad**

#### **GUÍA ENTREVISTA A PROFUNDIDAD RESPONSABLE DISTRITO**

1. Introducción
  - a. Presentación
  - b. Explicación del mecanismo de la entrevista

#### **EXPLORACIÓN INICIAL**

2. ¿Usted trabaja en relación con el Programa de Supervivencia Infantil y Materna de Alto Paraná y Canindeyú, me puede contar qué conoce de sus objetivos y para qué fue diseñado?
3. ¿En relación con el programa mencionado, conoce Usted en dónde se encuentra implementado?

4. ¿Sabe usted qué grupo de atención de la población atiende el Programa de Supervivencia Infantil y Materna de Alto Paraná y Canindeyú?
5. ¿Cuál considera que es el cambio más importante que ha realizado el Programa de Supervivencia Infantil y Materna?

#### **EVALUACIÓN IMPLEMENTACIÓN PROCESOS**

6. Cuando el programa se implementó ¿Qué cambios normativos (incluyendo cambios a manuales) se realizaron o se fortalecieron?
7. En relación con los cambios, ¿cree usted que estos (normas y manuales), se están implementando en las unidades de atención en relación con el programa?
8. Si no es así, cuál cree que es el elemento más importante de cumplir para que estas normas, manuales y procedimientos se implementen en las unidades de salud.
9. En relación con la implementación del programa, conoce Usted las actividades más importantes que han sido desarrolladas. Podría describir las actividades que usted conoce.
10. Cree usted que, si el programa no existiese, las actividades que usted conoce se sigan implementando en el futuro.
11. Cree usted que las actividades que están siendo ejecutadas por el programa, ayudan a la reducción de la mortalidad materna y la mortalidad neonatal.
12. Cree usted que el diseño del programa puede ser replicado en otras zonas del país por parte de los responsables locales y que se tendrían resultados similares.
13. Cree que el personal a cargo de la implementación del programa en las unidades de salud puede entrenar o capacitar a pares en otros territorios para expandir el programa.

#### **MECANISMOS DE EVALUACIÓN**

14. Cuando existen casos de mortalidad materna o neonatal, se hace un seguimiento para identificar las causas prevenibles del mismo.
15. Se utiliza esta información para mejorar la implementación del programa en las zonas en donde actualmente se encuentra.
16. Qué rol cumple su institución en ese seguimiento.
17. De ser el caso y una vez se cuenta con los resultados, cómo se informa al personal en las unidades de salud sobre los resultados y las áreas de mejora.
18. Cómo ha ayudado el programa en el mejoramiento de estas condiciones.

#### **EVALUACIÓN DE GENERO**

19. En relación con los problemas de género, ¿Cuáles son a su criterio los mayores retos tanto en el personal de las unidades de salud, como en las familias a las que atiende el programa?



## Anexo 10: Guía de los grupos focales con madres y padres

### GUÍA DE INDAGACIÓN PARA APLICACIÓN EN MADRES Y PADRES DE FAMILIA

#### 1. INTRODUCCIÓN

- a. Presentación: Aquí se realizará una explicación de los objetivos de la evaluación y cómo la participación de las madres y padres de familia puede apoyar procesos de mejora en la acción de la política pública.
- b. Explicación del mecanismo de sesión: Aquí se explicará cómo se llevará a cabo la sesión

#### 2. EXPLORACIÓN INICIAL

- Todos ustedes tienen algo en común: están embarazadas o han tenido hijos en los últimos 5 años. Hoy queremos hablar sobre su experiencia en su embarazo y maternidad o paternidad.
- ¿Consideran que cuando se enteraron de que estaban embarazadas estaban preparadas?
- ¿Tenían información de lo que debían hacer en los 9 meses de embarazo?
- ¿Consideran ustedes que el periodo del embarazo fue tranquilo? o ¿Se presentaron complicaciones con su salud en relación con el embarazo? ¿Me pueden comentar sus experiencias de qué les pasó?

#### 3. EVALUACIÓN GENERAL DEL PROGRAMA

##### a. NACER

- ¿Conozco para qué sirven los controles prenatales? ¿Para qué sirven?
- ¿Acudieron a los controles prenatales? ¿Con qué frecuencia asistió? si no asistió ¿Cuál fue la principal razón?
- ¿Cuándo se siente mal en el embarazo a quién le cuenta primero del problema? ¿Quién le ayuda a decidir qué hacer si hay una complicación?
- Si contó con el apoyo de alguien más: ¿Le dieron algún consejo y solucionaron el problema? O ¿Tuvieron que asistir a una Unidad de Salud Familiar para que le atiendan?
- ¿Qué tan lejos queda la Unidad de Salud? ¿Es un problema para usted llegar a la Unidad de Salud?
- Cuando van a los controles prenatales ¿Se sienten bien atendidas/os en la unidad de salud? ¿Cuánto es el tiempo de espera para que le atiendan?
- En los controles prenatales ¿quién le acompaña?
- En los controles prenatales ¿Le informaron las señales de inicio de la labor de parto?
- ¿Tuvo información en material impreso sobre el embarazo / parto?
- ¿Tengo o tuve un plan para mi parto? ¿Fue normal o cesárea?
- ¿Le explicaron por qué es importante que participe su esposo en el parto?
- ¿Encuentro alguna diferencia en el parto (si tuvo hijos anteriormente) ahora que antes?
- ¿En el parto estuvo presente el padre? ¿Cuál fue la razón por la que no estuvo presente?
- ¿Cuándo nació su bebé en qué tiempo lo acercaron a Usted?

##### b. CRECER

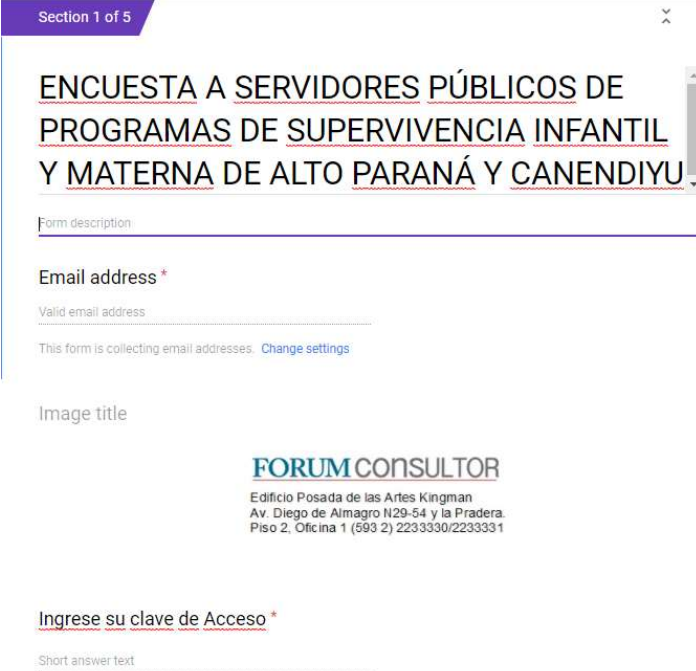
- Después del nacimiento ¿En qué tiempo inició el período de lactancia con su bebé?
- ¿Cuándo nació el bebé le dieron información sobre la lactancia?
- ¿Cuándo nació el bebé le informaron sobre los futuros controles? ¿En los controles que le hacen a su niño/a?
- Tiene dificultades para ir a los controles de su hijo/a? ¿Cuál es el principal problema?
- ¿Le han entregado trípticos o guías sobre la alimentación para su hijo/a?
- ¿Ha recibido productos para alimentación de su bebé?
- ¿Ha escuchado en programas radiales temas relacionados a los cuidados del embarazo, identificación de señales de alarma en la embarazada y recién nacido u otros temas?

**c. PRIMERA INFANCIA**

- ¿Tienen partida de nacimiento y cédula de identidad sus hijos/as? ¿Cuáles son los principales problemas que tienen para obtener estos documentos?
- ¿Consideran que sus hijos tienen todo lo que necesitan para su edad? ¿Por qué?
- ¿Quién está a cargo prioritariamente de su hijo?
- En otro grupo me dijeron que en nuestro país son las mujeres las que se responsabilizan prioritariamente de los hijos ¿Ustedes están de acuerdo con esta afirmación? ¿Están de acuerdo con que así sea? ¿Por qué?

## Anexo 11: Encuesta para servidores públicos

La herramienta mínima sugerida de recolección de información de la encuesta es una boleta estilo web (física solamente en caso de no contar con herramientas TIC para su acceso) compuesta de 4 secciones, para un total de 15 preguntas. A continuación, se detallan los componentes de cada sección.



The image shows a screenshot of a web-based survey form. At the top left, it says 'Section 1 of 5'. The main title of the survey is 'ENCUESTA A SERVIDORES PÚBLICOS DE PROGRAMAS DE SUPERVIVENCIA INFANTIL Y MATERNA DE ALTO PARANÁ Y CANENDIYU'. Below the title, there is a 'Form description' field. The first question is 'Email address \*', with a sub-label 'Valid email address' and a note 'This form is collecting email addresses. Change settings'. Below this is an 'Image title' field. The image shows the logo for 'FORUM CONSULTOR' with the address: 'Edificio Posada de las Artes Kingman, Av. Diego de Almagro N29-54 y la Pradera, Piso 2, Oficina 1 (593 2) 2233330/2233331'. The next question is 'Ingrese su clave de Acceso \*', with a sub-label 'Short answer text'.

**Figura 1 Inicio de la Encuesta**

**Sección A: Información general.** Esta sección recoge la localización geográfica a detalle, el proyecto en el cual interviene el funcionario, su cargo, edad y nivel de escolaridad máximo alcanzado.

Section 2 of 6

## Sección A: Información General

Description (optional)

1. Seleccione su departamento \*

1. Alto Paraná
2. Canendiyú
3. Asuncion-Planta Central

2. Nombre Hospital o Unidad de Salud \*

Short answer text

3. Nombre de su cargo \*

Short answer text

Edad \*

Short answer text

Sexo \*

1. Hombre
2. Mujer

Su nivel máximo estudios es: \*

1. Primaria
2. Secundaria
3. Superior No Univeristaria
4. Superior Universitaria
5. Maestría
6. Doctorado-PhD

**Figura 2 Información General**

**Sección B: Conocimiento de los objetivos y metas del proyecto.** Esta sección consulta a través de 3 preguntas de opción múltiple (3 opciones) el nivel de conocimiento del funcionario de los objetivos y metas de resultado de los proyectos. La idea es poder construir un indicador de conocimiento global del proyecto, de objetivos y de metas. Las opciones múltiples son proporcionadas de tal manera que

solo una de ellas se alinea de manera adecuada con el objetivo-meta, una de ellas parcialmente y la otra no tiene relación con el proyecto.

The image shows a screenshot of a survey interface. At the top left, it says 'Section 3 of 6'. The main title is 'Sección B: Conocimiento de los objetivos y metas'. Below the title is a placeholder for a description: 'Description (optional)'. There are three questions, each with three radio button options:

7. Cuál de estos NO es un objetivo de la atención prenatal, según el programa \*

- Detectar condiciones biopsicosociales que requerirán un control más frecuente y multidisciplinario
- Mejorar acceso a los servicios
- Mantener el registro de defunciones de madres y bebés por complicaciones en el parto

8. Cuál de estos SI es un indicador de monitoreo programa \*

- Número de niños nacidos saludables
- Porcentaje de detección temprana de embarazos
- Total horas en capacitación de jornadas educativas

9. En el programa y de acuerdo al manual de operaciones, la atención \*

- Incrementar el número de partos atendidos en el sistema de salud
- Reducir la tasa de mortalidad neonatal
- Optimizar los costos de prestación de los servicios de maternidad

**Figura 3 Conocimiento objetivos y metas**

**Sección C: Percepción acerca del programa y sus prácticas.** Esta sección consulta a través de 4 preguntas de opción múltiple (3 opciones) el nivel de percepción de la participación del padre en la etapa de gestación de la madre; y la percepción de los entrevistados acerca de las razones tras la mortalidad neonatal.

## Sección C: Percepción acerca del programa y

10. Según su criterio y debido al programa, la participación del padre en los \*

- Alta (asiste, pregunta y se interesa)
- Media (solo asiste)
- Nula (no asiste)

11. Según su criterio y debido al programa, la participación del padre el parto \*

- Alta (asiste, pregunta y se interesa)
- Media (solo asiste)
- Nula (no asiste)

12. Según su criterio y debido al programa, la participación del padre en el \*

- Alta (asiste a todos)
- Media (solo asiste)
- Nula (no asiste)

13. En su criterio, la principal causa de mortalidad neonatal es: \*

1. Atención tardía en el parto
2. Falta de seguimiento y controles prenatales
3. Falta de prácticas saludables durante el parto
4. Complicaciones ajenas a la madre
5. Falta de equipamiento e instrumentales adecuadas para atender los partos en las unidades de salud
6. No sabe/No responde

**Sección D: Conocimiento y relevancia de las principales prácticas operacionales.** Esta sección consulta a través de 2 preguntas de opción múltiple (3 opciones) el nivel de conocimiento del funcionario con las principales prácticas operacionales de los proyectos, conforme el manual operacional de cada uno. De manera similar a la sección anterior, se busca construir un indicador de

conocimiento de prácticas del proyecto. Las opciones múltiples son proporcionadas de tal manera que solo una de ellas se alinea de manera adecuada con la práctica en evaluación, una de ellas parcialmente y la otra no tiene relación con el proyecto. A la par, se consulta sobre la percepción de usuarios acerca de distintas acciones que tuvo el programa, y su relevancia.

Section 5 of 6

## Sección D: Conocimiento y relevancia de las

Description (optional)

14. De la siguiente lista de actividades, califique el grado de importancia que

1-No es relevante / 5-Altamente relevante

i. Provisión de Equipamiento \*

|                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

ii. Construcción de Infraestructura \*

|                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

iii. Capacitación en el modelo de atención centrado en la familia \*

|                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

iv. Entrega de material gráfico y de diseño para el apoyo a los hogares \*

|                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

v. Talleres de socialización de resultados \*

1      2      3      4      5

15. El número de consultas mínimo recomendable en mujeres que no \*

1

6

4

16.Cuál de las siguientes acciones implica el parto intercultural: \*

El médico debe asegurarse que solamente el personal clínico participe

Aceptar un número limitado de miembros de la familia o comunidad indígena

Mejorar habilidades para comunicarse en el idioma nativo de la mujer y persona acompañante

**Figura 4 Conocimiento prácticas operacionales**

**Sección E: Sugerencias para la mejora.** Esta sección consta de una pregunta de opción múltiple, con posibilidad de selección de una sola opción, donde se pide evaluar cuál debería ser la mejora que de manera urgente necesita cada proyecto a fin de mejorar su eficiencia y eficacia. Las opciones brindadas al funcionario son obtenidas en base a los documentos del proyecto, mediante la identificación de cuellos de botella o potenciales problemas que pudiesen estar atentando contra la consecución de las metas de cada proyecto.



## Sección E: Sugerencias para la mejora del

Description (optional)

17. De la siguiente lista de acciones, califique el grado de relevancia que usted

1-No es relevante / 5-Altamente relevante.

(i) Construir o remodelar la infraestructura actual \*

|                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

(ii) Incrementar el presupuesto asignado al Hospital/Unidad de Salud \*

|                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

(iii) Capacitar al personal sobre parto intercultural y parto humanizado \*

|                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

(iv) Equipar de mejor manera el Hospital/Unidad de Salud \*

|                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

(v) Mejorar los procesos de recolección de información, historia clínicas y \*

|                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

(vi) Brindar más capacitaciones a las madres sobre nutrición y cuidados \*

|                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

(vii) Brindar más capacitaciones a las madres sobre nutrición y cuidado de \*

|                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

¿Qué sugerencias haría usted al programa para su mejora en el tiempo? \*

Long answer text

---

**Figura 5 Sugerencias**