

**Proyecto: Sistema de apoyo comunitario de cuidados para la embarazada y el recién nacido en el Departamento de Caazapá – Paraguay, BID/JPO**

**TÉRMINOS DE REFERENCIA**

**CONSULTORÍA: SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS**

**COMPONENTE 3: DISEMINACIÓN.-**

**CONTRATACION DE CONSULTOR**

**1. ANTECEDENTES**

Los indicadores socioeconómicos de Paraguay muestran progresos en los últimos años. Entre el 2003 y 2010 el Producto Interno Bruto (PIB) aumentó en un 35,6%<sup>1</sup>, la pobreza general disminuyó 9,6 puntos porcentuales (44,3% en 2003 a 34,7% en 2010), mientras que la pobreza extrema sólo disminuyó 0,7 puntos porcentuales (20,1% en 2003 a 19,4% en 2010). En relación a los indicadores de salud, en el mismo periodo, la razón de mortalidad materna y las tasas de mortalidad infantil, menores de 5 años y neonatal disminuyeron en 73,3%, 3,1%, 4,6% y 0,1%<sup>2</sup>, respectivamente. Igualmente, mejoraron los indicadores de fecundidad y esperanza de vida al nacer (la tasa global de fecundidad disminuyó 0,6 punto porcentual y la esperanza de vida al nacer subió 1,5 años)<sup>3</sup>. A pesar de los avances, si se desagregan estos datos, persisten desigualdades entre los diferentes grupos de poblaciones y entre las regiones.

Caazapá es uno de los 17 Departamentos en que está dividido políticamente el país y cuenta con una población total de 151.349 personas<sup>4</sup>. Es una de las regiones con índices de pobreza (48,10%) y de mortalidad materna (156.62 por 100.000 nacidos vivos<sup>5</sup>) superior al promedio país del país. Aunque la tasa de mortalidad infantil (16 por 1.000 nacidos vivos) está por bajo del promedio nacional (18 por 1.000 nacidos vivos) sigue siendo alta y en el 2008 registraba tasas de desnutrición para los niños de 0 a 2 años de 24.8%, superior al promedio nacional (20.21%)<sup>6</sup>. La población que cuenta con algún tipo de seguro médico es de tan solo 11,6% (el promedio del país es de 25,5%) y la población restante queda bajo responsabilidad del MSPyBS. Aunque el MSPyBS tiene una red de servicios de diferente complejidad en el departamento, está subutilizada<sup>7</sup>. Por ejemplo, el índice de ocupación de camas es aún más baja que el promedio nacional (36,7%, mientras que el promedio es 46%).

Los altos índices de mortalidad materna e infantil, en la región, se relacionan con la falta de acceso oportuno y adecuado a los servicios de salud. Según informes del CIRD<sup>8</sup>, entre las razones de la falta de acceso en el departamento se señalan: i) la limitación geográfica, debido a escasa infraestructura vial, lo que a su vez implica altos

<sup>1</sup> Fuente: Banco Central del Paraguay, PIB en guaraníes a precios constantes de 1994, incluyendo las Binacionales.

<sup>2</sup> Fuente: Departamento de Bioestadística del MSP y BS. Razón de mortalidad materna x 100.000 N.V.: 100,8 (2010) y 174,1(2003), tasa de mortalidad infantil x 1.000 N.V.: 16,3(2010) y 19,4(2003), tasa mortalidad < a 5 años: 19,31(2010) y 23,9(2003) y tasa mortalidad neonatal: 11,7 (2010) y 11,8(2003).

<sup>3</sup> Fuente: Estimación y Proyección de la Población, DGEEC (2000-2010).

<sup>4</sup> Año 2011. Datos del Dpto. de Bioestadística del MSPyBS en base a Proyección de la población por sexo y grupos de edad, según departamentos, 2000-2020, DGEEC (2000-2020).

<sup>5</sup> El promedio nacional de mortalidad materna es de 125.29 por cada 100000 nacidos vivos.

<sup>6</sup> Datos de "La Infancia Cuenta Paraguay, CDIA OBSERVA, 2011.

<sup>7</sup> La oferta de servicios del MSPyBS es: 1 Hospital Regional, 1 Hospital Distrital, 8 Centros de Salud, 12 Puestos de Salud y 46 USFs.

<sup>8</sup> Desde hace 5 años el CIRD ha trabajado en la región y desarrollando Planes Locales de Salud, en donde se identifican la problemática señalada.

costos de acceso a los servicios; y ii) una deficiente articulación de los servicios, lo que no permite que haya continuidad de la atención entre los distintos niveles, ya que carece de sistemas de: información, referencia y contra referencia, comunicaciones y transporte de emergencias.

Caazapá cuenta con 10 distritos, cada uno con un Consejo Local de Salud (CLS). Los Consejos Locales de Salud (CLS) se crearon por la Ley 1032/96 y forman parte de la política de Descentralización del MSPyB. Cuentan con el marco legal e institucional necesario para administrar fondos públicos y privados y están presididos por una Mesa Directiva, integrada por un presidente, cargo ejercido por el representante de la Municipalidad, un vicepresidente y tres miembros electos en la primera reunión general. Los CLS cuentan con personería jurídica, como entidades sin fines de lucro. Todos estos Consejos han firmado Acuerdos de Descentralización con el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS), en virtud del cual reciben transferencias de recursos de parte del MSPyBS, destinados a solventar el funcionamiento de los programas y servicios de salud a nivel local, en un esquema de participación público-privado.

Si bien existen las bases necesarias para un trabajo participativo, articulado y conjunto entre las autoridades locales, la comunidad y los servicios de salud del MSPyBS, en torno a los Consejos de Salud, existe una debilidad de la gestión pública local para construir mecanismos inclusivos efectivos para la participación. En la práctica, la mayoría de los Consejos Locales de Salud no cuentan con planes específicos orientados a la salud materna y del recién nacido, ni estructura organizativa e instrumentos de gestión administrativa y financiera necesarios para llevarlos a la práctica. Esto en parte se debe al escaso compromiso de las autoridades locales (Municipales y Departamentales), de la ciudadanía, así como las propias embarazadas, y sus familias en el cuidado del embarazo y el recién nacido.

Para contribuir a revertir esta situación, el CIRD está implementando en el Departamento de Caazapá un Proyecto de Cooperación Técnica con el financiamiento del Fondo Especial Japonés para la reducción de la Pobreza administrado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), (Cooperación Técnica No Reembolsable No. ATN/JO-13477-PR) con el objetivo de desarrollar un Sistema de Apoyo Comunitario de Cuidados para la Embarazada y el Recién Nacido, vinculado al sistema de salud, con el fin de mejorar las condiciones de salud materna e infantil, en los diez municipios del Departamento de Caazapá. Los objetivos específicos son: (i) fortalecer al nivel local y regional para diseñar, implementar y monitorear un sistema de apoyo comunitario de cuidados para la embarazada y el recién nacido; (ii) articular el Sistema de Apoyo Comunitario al sistema de referencia y contra referencia de la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS); (iii) diseminar la experiencia de Caazapá en otros departamentos del país. El Proyecto está estructurado en 3 componentes, uno por cada objetivo específico.

En el marco del objetivo específico (iii), que se traduce en el componente 3 del proyecto, la actividad 1 contempla la sistematización de experiencias, para lo cual se requiere documentar las soluciones innovadoras exitosas que se desarrollan en el marco del proyecto, específicamente lo relacionado al fondo local, el plan específico de cuidados a la embarazada y el recién nacido, entre otros. A ese efecto, se requiere la contratación de un especialista para la ejecución de la actividad respectiva.

## **2. OBJETIVOS DE LA CONSULTORÍA**

Documentar y sistematizar las soluciones innovadoras exitosas que se desarrollan en el marco del proyecto, identificando buenas prácticas y lecciones aprendidas, específicamente lo relacionado al comité de cuidados a la embarazada y el recién nacido, el plan específico de cuidados a la embarazada y el recién nacido, el fondo local, y la articulación del sistema de apoyo comunitario con la RISS (Red Integrada de Servicios de Salud) de Caazapá.

## **3. ACTIVIDADES**

Durante el periodo de la consultoría, el consultor realizará las siguientes actividades:

- Elaboración de un plan de trabajo y una propuesta metodológica detallada de la sistematización, en coordinación con el Coordinador General del Proyecto, el cual deberá ser presentado a los 15 días de iniciada la consultoría. Para ello, se deberán definir los mecanismos que servirán para responder a las preguntas claves de la sistematización que se muestran en el Anexo No. 1.
- Ejecución del Plan de Trabajo para la sistematización, en coordinación con el Coordinador General del Proyecto, los Coordinadores de Componentes y organizaciones contrapartes y beneficiarias del Proyecto.
- Recopilación de información primaria y secundaria respecto a los procesos y actividades desarrolladas.
- Realizar un taller de validación / presentación de resultados.
- Elaboración de un documento de sistematización según lo establecido en el plan de trabajo, el cual refleje todo el proceso de implementación del Proyecto en Caazapá.
- Proponer actividades de difusión de los resultados de la sistematización,
- Otras actividades que sean requeridas relacionadas con el tema.

## **4. DURACIÓN**

Duración: 5 meses

## **5. PERFIL REQUERIDO**

- a. Profesional universitario en alguna disciplina de las ciencias sociales u otras ramas afines (exigido)
- b. Preferentemente con Posgrado y/o Diplomados en temas relacionados a la consultoría, con una duración mínima de 80 horas.
- c. Experiencia profesional general mínima de tres (3) años. (exigido)
- d. Disponibilidad de movilidad propia (exigido)
- e. Experiencia específica en sistematización de proyectos comunitarios, preferentemente en salud.
- f. Experiencia específica en procesos de levantamiento y procesamiento de información primaria y técnicas de investigación cualitativa y cuantitativa.

## 6. PRODUCTOS

El consultor entregará los siguientes productos:

- Producto 1: Plan de Trabajo y Diseño metodológico detallado (que incluya marco teórico, hipótesis de sistematización, estrategias, instrumentos para la recolección de información y cronograma): a los 15 días de firmado el contrato
- Producto 2: Informe de avance de la información recopilada *in situ*, junto con un análisis inicial de la información primaria y secundaria : 60 días de firmado el contrato
- Producto 3: Borrador de los documento de Sistematización, el cual incluye informe del taller de presentación de resultados preliminares: 120 días de firmado el contrato
- Producto 4: Documento final de Sistematización, incluyendo las sugerencias y observaciones que surgieren del taller de resultados finales: 150 días de firmado el contrato

Los informes y productos serán entregados en copia impresa y copia digital y deberán ser aprobados por el Coordinador General del Proyecto.

## 7. CRONOGRAMA

- a. El cronograma se ajustará en base al plan de trabajo elaborado del proyecto.

## 8. COSTOS Y DESEMBOLSOS

1. El costo previsto de la consultoría es de Gs. 36.000.000.- (Guaraníes treinta y seis millones).

La forma y cronograma de pago: El precio total convenido será cancelado en moneda nacional previa presentación y aprobación de los productos en la siguiente proporción::

- Producto 1: Plan de Trabajo y Diseño metodológico detallado: 20%
- Producto 2: Primer informe de avance dónde se presente la información recogida en campo junto con un análisis inicial de la información primaria y secundaria relevada en el proceso: 30%
- Producto 3: Borrador de documento de sistematización: 20%
- Producto 4: Documento final,: 30%

El Proyecto asumirá los gastos relacionados con las visitas de campo que sean necesarias, en base al reglamento respectivo.

## 9. SUPERVISIÓN

- a. El consultor trabajará en coordinación y supervisión del Coordinador General del Proyecto.

### Anexo I

#### **PREGUNTAS QUE DEBE RESPONDER LA SISTEMATIZACION**

##### **1. Del Proyecto:**

- a. ¿Se cumplieron los objetivos del Proyecto? ¿Qué explica el cumplimiento o el no cumplimiento de los objetivos?
- b. ¿Cuáles fueron los conceptos y los supuestos sobre los cuales se basó el proyecto en su diseño y su acción inicial?
- c. ¿Cuáles son los impactos que el Proyecto buscaba alcanzar?
- d. ¿Cómo se diseñaron las propuestas técnicas aplicadas?
- e. ¿Quiénes intervinieron en la elección y diseño de las propuestas técnicas que se aplicaron?

##### **2. De las instituciones socias / beneficiarias / contrapartes:**

- a. ¿Porqué se trabajó con los actores públicos elegidos: Gobernación, Municipalidades, Consejo Regional de Salud, Consejos Locales de Salud, VIa. Región Sanitaria, Establecimientos de Salud?
- b. ¿Qué fortalezas y debilidades ha generado al proyecto trabajar con dichos actores?
- c. ¿Cuáles son los aprendizajes que han obtenido estos actores en el desarrollo del Proyecto?
- d. ¿Cómo se han fortalecido estos actores en sus capacidades para generar, promover y/ o liderar proyectos de salud comunitaria?
- e. ¿Cuáles fueron las expectativas de los diversos actores al iniciarse el Proyecto?
- f. ¿Sienten dichos actores que sus expectativas han quedado satisfechas?
- g. ¿Qué conceptos sobre participación comunitaria en la atención a la embarazada y al recién nacido, tenían los diferentes al iniciarse el Proyecto?
- h. ¿Qué conceptos tienen los mismos actores en esta etapa del proyecto?

##### **3. De la sostenibilidad:**

- a. ¿Las intervenciones del proyecto pueden sostenerse sin aporte del proyecto? ¿qué factores contribuyen a la autosostenibilidad y cuáles no?
- b. ¿De qué manera el Proyecto ha contribuido a mejorar las políticas locales y regionales?
- c. ¿El aporte del Proyecto es percibido favorablemente por la población?
- d. ¿Qué otras redes, grupos o movimientos se ven fortalecidos a propósito de las acciones del proyecto?

- e. ¿Considera que la información generada es suficiente y/o adecuada para soportar intervenciones futuras?

**4. Lecciones aprendidas:**

- a. Cuáles son las lecciones aprendidas que deja el proyecto, entre otros aspectos, en lo relacionado a:
  - i. Incidencia en políticas públicas respecto a participación comunitaria y de autoridades locales en materia de salud de la embarazada y el recién nacido?
  - ii. Conceptualización y/o rol de la comunidad y autoridades locales en relación a la salud de la embarazada y el recién nacido.
  - iii. Capacidades de los actores públicos y privados para generar y ejecutar proyectos orientados al cuidado de la embarazada y el recién nacido.
  - iv. Diseño e implementación participativa de acciones para mejorar la salud de la embarazada y el recién nacido.
  - v. Alianzas institucionales.
  - vi. Financiamiento comunitario de las acciones planificadas e implementadas.
  - vii. Transversalización del enfoque de género.
  - viii. Eficiencia en la realización de actividades compartidas/complementarias.
  - ix. Comunicación con diferentes públicos
  - x. Movilización de recursos