



RESUMEN EJECUTIVO

Evaluación del convenio: 07-CO1-53 “FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA, CON ÉNFASIS EN SALUD MATERNO INFANTIL Y SEXUAL Y REPRODUCTIVA”



RESUMEN EJECUTIVO

El presente documento aspira a contener un resumen de resultados y conclusiones de la evaluación externa del convenio “Fortalecimiento de servicios de atención primaria, con énfasis en salud materno infantil y sexual y reproductiva” de la Agencia Española de Cooperación Internacional al Desarrollo (AECID), y ejecutado por Cruz Roja Española (CRE) con la contraparte Fundación Kuña Aty, considerando siempre la dificultad de sintetizar en apenas un espacio reducido los resultados de la evaluación de un Convenio complejo y con tantos matices.

Los objetivos principales de la evaluación final son:

- Efectuar un análisis general del Convenio en tres niveles complementarios: su preparación, el desempeño de las acciones programadas y los efectos generados.
- Proponer conclusiones, lecciones aprendidas y recomendaciones que se derivan de la experiencia.
- Generar procesos de aprendizaje en los diferentes grupos y entidades participantes en la iniciativa, incrementando sus capacidades para abordar en el futuro intervenciones de este tipo.
- Facilitar la rendición de cuentas con relación a la utilización de los recursos puestos a disposición del Convenio, así como acerca de los logros alcanzados.

El Convenio se presentó con el objetivo general de que Paraguay hubiera experimentado mejoras en sus indicadores básicos de salud de la población materno-infantil en los Distritos de Tavaí, Avaí y San Juan Nepomuceno (Caazapá), José Fassardi (Guairá), Bañados Norte y Sur (Asunción) y un asentamiento del Distrito de Mariano Roque Alonso (Central) y con el objetivo específico de que la población beneficiaria en dichos distritos cuente con más recursos, conocimientos y mejores hábitos preventivos para el mejoramiento de la salud materno infantil, sexual y reproductiva. De manera particular, la intervención se ha centrado en apoyar y acompañar la implementación de la Estrategia de Atención Primaria a la Salud (APS) en coordinación con la Dirección General de Atención Primaria a la Salud (APS) del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), contribuyendo de esta manera a las Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad.

Los resultados esperados fueron los siguientes:

- RE1: A la conclusión del proyecto se habrá conformado una red de facilitadores y agentes comunitarios de salud que disponen de la formación y los recursos técnicos necesarios para llevar a cabo labores de prevención y educación en salud materno infantil, sexual y reproductiva.
- RE2: A la conclusión del proyecto, se dispone de un mejor conocimiento sobre la problemática de salud materno-infantil en la zona de intervención.
- RE3: A la conclusión del proyecto, se habrá diseñado y puesto en práctica una estrategia debidamente contrastada para favorecer el acceso de la población indígena a los servicios de salud.
- RE4: A la conclusión del proyecto, se habrá diseñado y aplicado una campaña de comunicación-sensibilización en materia de salud materno-infantil, sexual y reproductiva.
- RE5.: A la conclusión del proyecto, las localidades abarcadas por el mismo habrán conformado estructuras comunitarias de salud.
- RE6: A la conclusión del proyecto, la red sanitaria habrá sido reforzada tanto en relación con su dotación de infraestructura y equipamiento como con el nivel de capacitación de del personal sanitario.

Inicialmente el Convenio fue formulado para reforzar los comités locales de salud –reconocidos legalmente, pero mínimamente desarrollados - implicando a los miembros de las comunidades de beneficiarios, a través de la

formación de promotores de salud que actuarían de forma completamente voluntaria. No obstante, las elecciones nacionales de 2008 provocaron un cambio radical de enfoque que implicó una imprescindible modificación en los planteamientos y las líneas de intervención del Convenio de manera que se orientara al apoyo hacia las nuevas políticas de salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, cambio de orientación que contó con el beneplácito expreso de la Oficina Técnica de Cooperación de la AECID en Paraguay. De este modo el Convenio se centró más en el apoyo a la creación de Unidades de Salud de la Familia (USF) y en el acompañamiento a la estrategia adoptada. La Unidad de Salud de la Familia es la estructura física y funcional en la que se desarrolla una parte importante de las actividades de la Atención Primaria, de manera coordinada, integral, continuada, permanente y con base en el trabajo en equipo de los profesionales que actúan en él

El Convenio se centró asimismo en otros ejes o componentes: investigación, comunicación y sensibilización, reforzamiento de la red de atención sanitaria, capacitación, organización comunitaria en torno al tema de la salud y trabajo específico con la población indígena ubicada en la zona de intervención. La intervención se ha concentrado en dos ámbitos geográficos bien delimitados: los departamentos de Caazapá y Guairá y los departamentos de Capital y de Central - Asunción y el distrito de Mariano Roque Alonso-.

Como organización española firmante del Convenio nos encontramos con CRUZ ROJA ESPAÑOLA, principal responsable en consecuencia de la formulación, gestión, ejecución y seguimiento. Y como socio local aparece la Fundación Kuña Aty, organización no gubernamental fundada hace más de quince años e integrada por mujeres y hombres que se han propuesto brindar el máximo de atención e información a otras mujeres, con el fin de que ellas puedan enfrentar sus problemas de familia, de pareja y salud.

¿Cuál es la valoración de la selección como socio local de la Fundación Kuña Aty? En un Convenio tan complejo y con tantos matices como este, en el que el apoyo y acompañamiento a una política pública es el eje fundamental y en el que la carga de trabajo con comunidades y personal del sistema de salud ha sido muy intensa, la elección no va tan desencaminada como en una primera aproximación se pudiera pensar. El papel de una contraparte local que tiene que trabajar con un Ministerio es realmente sensible: cualquier adscripción política o ideológica previa, cualquier posicionamiento impositivo, cualquier percepción de falta de solidez y de rigor devendrían en obstáculo insuperable no solamente para el desarrollo mismo de las actividades previstas sino para la propia consideración del Convenio como elemento de apoyo. Y en ese sentido Kuña Aty reúne todos los requerimientos necesarios. Es una organización dinámica y proactiva pero sin sesgos marcados, es muy respetada en su ámbito temático como referencia fundamental y es conocida tanto en las comunidades como en el nivel más institucional. Todas esas circunstancias han coadyuvado favorablemente al Convenio.

Evidentemente, también han existido debilidades. Precisamente por ser Kuña Aty una organización conocida en los ámbitos de la violencia de género, de la asistencia global a las mujeres y de la capacitación sobre esos mismos temas nucleares se advirtió cierta confusión en los inicios, dentro de las comunidades y los protagonistas, sobre la naturaleza y los contenidos de este Convenio. Pero no cabe duda de que ese conocimiento previo hacia Kuña Aty facilitó el acceso a los beneficiarios y contribuyó a generar confianza en los mismos, y también el perfil de la Fundación ayudó a generar una relación con las instituciones, dentro de lo complicado que siempre es la adaptación a sus particularidades y a sus ritmos, bastante fluida.

En todo caso, la gran contribución de la Fundación Kuña Aty al presente Convenio ha sido la introducción del tema de la violencia intrafamiliar y de género en la agenda de salud. Y es esa una contribución fundamental, considerando el precario contexto de Paraguay y el punto de partida tan necesitado de impulsos que caracteriza a este problema. En ese punto se fusionaron los objetivos estratégicos de Kuña Aty y los propios objetivos del Convenio, y puede decirse que los impactos en este sentido, aunque aún queda un larguísimo camino por recorrer, han sido enormes. Antes de

este Convenio, el problema de la violencia de género estaba ciertamente desvinculado de los protocolos y consideraciones sanitarias, cuando en la mayoría de los casos es el sistema de salud la primera puerta que desvela la existencia de este problema en tanto que un efecto fundamental de la violencia se concreta en su impacto en salud y en la necesidad de atención médica.

Avanzando hacia el análisis de la formulación, hay que subrayar que no estamos ante una evaluación al uso, tradicional (no se trata únicamente de acciones tangibles al modo de los proyectos clásicos sino de un apoyo y acompañamiento a una política pública, con todas las particularidades y adaptaciones que ello comporta). Y para mayor abundamiento, la formulación inicial está distanciada de lo que posteriormente se llevó a cabo: tuvo lugar en un momento y con unas circunstancias que a continuación, a partir del nuevo Gobierno de Fernando Lugo y de la definición y puesta en marcha de un nuevo modelo de atención primaria de salud, se revelaron obsoletas y superadas, de manera que –con acierto más que pleno– fue menester una adaptación y un cambio de enfoque. Por tanto, el documento de formulación no constituye la principal referencia para la evaluación. Lógicamente su estructura esencial (objetivos, resultados) no se ha podido modificar, pero incluso las propias orientaciones de esa estructura se ven alteradas de hecho, desde una perspectiva meramente de ortodoxia metodológica y obviando el necesario respeto procedimental, lo ideal hubiera sido adaptar la propia estructura, conciliándola con lo que realmente iba a ser el Convenio.

Los indicadores iniciales del Marco Lógico tampoco sirven. A la luz del enfoque finalmente adoptado no respondían al verdadero desarrollo que ha experimentado el Convenio. Tal era así que desde el propio Convenio se impulsó una nueva definición de indicadores, más sólidos y ajustados a lo que se pretende constatar y más representativos del verdadero nivel de consecución del Convenio

Con relación al seguimiento, la valoración respecto de la metodología y las herramientas utilizadas a la hora de abordar esta importante etapa del ciclo de proyecto es muy positiva. El seguimiento del Convenio por parte de Cruz Roja Española se ha realizado siempre con presencia de delegados en terreno. CRE cuenta con un manual de seguimiento de proyectos bastante completo, con un sistema que se desarrolla a partir de tres diferentes ámbitos o niveles interrelacionados entre sí: el departamento responsables del área en la sede central de Madrid (y la Dirección General por añadidura), la delegación en el terreno (aunque no esté dotada de entidad jurídica) y los técnicos contratados por el Convenio. Todas las disposiciones normativas en materia de seguimiento y justificación de Convenios se encuentran subsumidas en los propios manuales, muchas veces más rigurosos y completos inclusive, de la Cruz Roja, de manera que el respeto a ellas no ha constituido ninguna especial dificultad.

A la hora de articular este sistema es decisiva la interrelación entre los actores y la agilidad y fluidez en la comunicación. En este punto las comunicaciones se han desarrollado de forma sistemática y continuada y en todo momento ha existido una supervisión y un buen control. A ello ha contribuido la propia constitución de un Comité de Seguimiento del Convenio en Terreno, conformado por las principales instituciones involucradas (MSPyBS, OTC - AECID en Paraguay, Fundación Kuña Aty y Cruz Roja Española). Su actuación fue decisiva para la coordinación de la instancia interinstitucional y establecer los primeros espacios de alineación con las instancias ministeriales competentes, y también para poner de acuerdo a las autoridades en el tema relativo a la construcción del albergue y la elaboración de materiales y actividades.

La amplia variedad de acciones y de ámbitos no ha sido obstáculo para desarrollar un seguimiento efectivo, si bien la metodología ha sido distinta, en consonancia con las diferentes necesidades de monitoreo que requieren las diferentes acciones de acompañamiento, capacitación, elaboración de estudios y documentación, infraestructura, comunicación o refuerzo de la participación comunitaria. Tampoco la dispersión geográfica ha impedido que la supervisión y la circulación de información sean adecuadas. Al mismo tiempo, el propio control de AECID, siempre

también al tanto del desarrollo de las acciones y de los avances y particularidades de cada una de ellas, ha contribuido a que, en su conjunto, en todo momento se haya dispuesto de información actualizada y veraz sobre lo acontecido y a que se haya podido reaccionar con rapidez ante desviaciones y desajustes. El hecho de que en la ejecución se observe claramente una tendencia a mejor con relación a las etapas iniciales (y a la propia formulación) y de que los ajustes y modificaciones hayan contribuido positivamente es una buena muestra de que el sistema de seguimiento ha resultado eficaz y de que las decisiones de cambio se han tomado sobre bases sólidas y bien fundadas.

En cuanto a la gestión presupuestaria, tanto la metodología como los procedimientos de asignación de fondos se han caracterizado por su eficiencia y rigor, con una supervisión constante. Teniendo en cuenta que no se trató de una ejecución en absoluto sencilla, caracterizada por la necesidad de flexibilidad y adaptaciones tanto en contenidos como en plazos, tal y como venía dado por su carácter de acompañamiento a una política pública, resulta especialmente reseñable el esfuerzo que desde la administración, también financiera, del Convenio, se ha acometido, y el buen desempeño acreditado en este ámbito.

Sobre la transferencia y cierre, en el momento de realización de los trabajos de campo de la evaluación se estaba desarrollando precisamente el cierre del Convenio y cerrando la transferencia de los diferentes activos. En este punto todo se ha dispuesto conforme a las disposiciones del artículo II.6.1. de la Resolución de 24 de marzo de 2009, de la Presidencia de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo, por la que se aprueban las normas de seguimiento y justificación de proyectos y convenios de cooperación al desarrollo subvencionados a las organizaciones no gubernamentales de desarrollo.

Antes de proceder a resumir los resultados de aplicar el análisis de los criterios de evaluación, es menester apuntar que no son pocas las particularidades que concurren en la presente evaluación y que en buena medida implican cierta limitación y dificultades:

- El documento de formulación no sirve como referencia, como se ha comentado. Por un lado tenemos una lógica de intervención de referencia –inadecuada y obsoleta, como se ha comentado, pero a la que debe referenciarse la planificación e implementación de las acciones, y por otro tenemos la realidad práctica de lo que ha sido la base de actuación del Convenio: el acompañamiento a las acciones llevadas a cabo por el MSP y BS para la aplicación de un nuevo modelo de atención enfocado en la instalación de Unidades de Salud Familiares (USF's) y Equipos de Salud de la Familia (ESF's), lo que lleva a que el principal objetivo del Convenio haya sido contribuir al fortalecimiento del Ministerio y a la aplicación de la política pública que se apoya.
- Esto hace que buena parte del trabajo de campo lleve a poner la mirada en la instalación de las Unidades de Salud de la familia (USF's) y el desarrollo de sus actividades y a que constituya un desafío realmente notable el conseguir separar los efectos debidos a la política pública en sí de los efectos específicamente debidos a la acción del Convenio. De modo que se ha tenido que acometer no solamente el análisis de las condiciones de organización y de servicios ofrecidos en las Unidades de Salud Familiar (USF) y por los Equipos de Salud Familiar (ESF) para evaluar los efectos alcanzados por el modelo de intervención y sus ejes de acción - en los establecimientos de salud apoyados por el Convenio- sino que también un análisis que permita identificar las conexiones lógicas entre el objetivo general, los objetivos específicos, los componentes, y las actividades asociadas a cada componente, si estas conexiones han existido y en qué medida.
- La evaluación es acometida coincidiendo con el cierre de la ejecución del Convenio, cuando lo habitual es habilitar un pequeño espacio temporal que permita conceder cierta perspectiva a la hora de valorar, especialmente, la sostenibilidad o la permanencia en el tiempo de los impactos.

- Para más inri, hace apenas unos meses tuvo lugar un cambio de Gobierno en Paraguay, cambio que ha tenido una notable incidencia no solamente en la incertidumbre sobre el futuro de la nueva política de atención primaria sino en numerosos cambios en el organigrama del Ministerio. De tal manera que muchos de los responsables de la Dirección de APS y de otras direcciones durante la mayor parte del período de implementación ya no están en sus puestos, circunstancia que en ocasiones ha limitado el acceso a la comunicación, directa o inclusive indirecta, con ellos. Afortunadamente, varios responsables sí continúan en el MSP y BS, aunque sea en otros puestos, y se prestaron amablemente a entrevistarse con el equipo evaluador, y otros varios protagonistas también han accedido a tener el contacto a pesar de encontrarse inclusive fuera del Ministerio, en otros cometidos y espacios.
- Tratándose de un Convenio que acompaña y refuerza a una política pública, y considerando no ya solo el reciente cambio de Gobierno sino el hecho de que en 2013 habrá elecciones generales, resulta imposible determinar con certidumbre la sostenibilidad o grado de permanencia de esta política y, por asimilación, la sostenibilidad o grado de permanencia de muchos de los impactos y efectos de este Convenio. Si el nuevo modelo de APS desaparece, buena parte de los aportes del Convenio lo hacen con él.

Entrando ya en el análisis conforme a los criterios de evaluación, el eje central del Convenio ha sido el apoyo y acompañamiento a la política pública que define el nuevo modelo de atención primaria de salud. Por tanto, la primera valoración de la pertinencia pasa por determinar si efectivamente se han adecuado las acciones y componentes del Convenio a las políticas públicas definidas en los ámbitos sobre los que se ha incidido y las conclusiones no pueden ser más positivas. Desde el apoyo prestado por el Convenio se ha trabajado en el fortalecimiento de los 5 ejes estratégicos del nuevo modelo de atención primaria de salud, asumiendo lógicamente el MSPyBS el protagonismo de la implementación del modelo. Tanto los beneficiarios como el equipo técnico del proyecto han destacado que el trabajo mancomunado de instalación del modelo parte de cero, ya que incluso dentro del mismo Ministerio las orientaciones sobre cómo implementar la nueva política no eran muy claras. Con la implementación del Convenio, se logra también apuntalar el cumplimiento de la visión institucional del MSPyBS.

La inclusión de la violencia de género como una problemática de salud es un tema presente en la concepción de muchas acciones y es uno de los aspectos en los que se consagra más decididamente la pertinencia: desde su inclusión en las capacitaciones y sus temarios, a la elaboración de una guía práctica específica para la atención en casos de violencia, a su inclusión en la campaña de comunicación o a su presencia en los materiales de apoyo y las actividades de sensibilización y promoción. Todo ello ha derivado en una mayor conciencia en el Ministerio y en un compromiso hacia acciones concretas.

Con relación a la inclusión de un componente indígena, desde el Convenio se ha contribuido a establecer nuevos paradigmas para disminuir las inequidades existentes en el ámbito de la salud y parece muy clara la pertinencia de incluir a las comunidades indígenas a la luz del contexto y las particularidades.

Otro de los factores más destacados del Convenio es la Organización y fortalecimiento de los Aty, como forma de participación comunitaria. Todos los participantes y beneficiarios han destacado esta actuación como pertinente, ya que estas reuniones y son ínsitos al fortalecimiento global de las comunidades y mediante los mismos se dan a conocer los derechos y la forma de reclamarlos. Por añadidura, este es uno de los ejes de la política pública de salud con equidad –participación protagónica-, habiendo desarrollado el MSPyBS una mesa de Participación Protagónica para fortalecer el proceso participativo, mesa que el Convenio ha apoyado.

En cuanto a la pertinencia desde el punto de vista de las prioridades del financiador (AECID) el Convenio se enmarca dentro de las prioridades del Plan Director. La pertinencia geográfica, por su parte, se subraya en la medida en que se

responde a las priorizaciones tanto del financiador (AECID) como del MSPyBS, a la implantación progresiva del nuevo modelo y a la detección de necesidades más perentorias efectuadas desde las instituciones públicas.

Sí cabría en cierto sentido objetar constatar la evidente limitación de alcance y cobertura directa, pues el trabajo aportado por el Convenio únicamente se concentra directamente en unas 35 USF (cada una de ellas abarca a 3.500 personas, aproximadamente) de las 706 unidades que han sido instaladas por el Gobierno. Precisamente por eso se subraya más la pertinencia de las acciones orientadas a proporcionar metodologías y modelos susceptibles de utilización y de réplica que a aquellas que solamente inciden sobre la particularidad de unas unidades en un contexto específico e individual, y el Convenio, consciente de esta circunstancia, ha procurado desarrollar acciones globales cuyos impactos pudieran tener efecto en todas las unidades (como la creación de materiales didácticos –manuales, guías...- o de materiales de promoción y difusión).

Es pertinente que un Convenio desarrolle una labor de acompañamiento y apoyo a una política pública, sobre todo por cuanto que el Convenio ha cooperado a despolitizar la prestación de los servicios, ya que uno de los males que aqueja al sistema de salud, sobre todo en las zonas de extrema pobreza, es la utilización de aspectos del servicio como una forma de clientelismo. Los beneficiarios han recalado que el acompañamiento del equipo del proyecto ha sido de muy valioso aporte para la instalación del modelo, puesto que el mismo MSPYBS no tenía un procedimiento y una metodología predefinida para acometer esta puesta en marcha; en ese sentido, la metodología de trabajo fue muy participativa e inclusiva, incorporando a los beneficiarios y a personal del Ministerio en la definición de las actividades, los materiales y en la definición de temas y prioridades. De este modo, la alta pertinencia en el diseño de los manuales y las capacitaciones logró obtener los impactos deseados.

Es importante también constatar que si estamos hablando de un apoyo o acompañamiento a una política pública – como es el caso que nos ocupa- lo más pertinente es aportar conocimiento, expertise, metodologías, etc; es proporcionar modelos y referencias susceptibles de réplica; es generar impactos enriquecedores para la propia aplicación de la política y el nuevo modelo cuya implementación se acompaña. No es en ningún caso suplantarse o sustituir al propio Ministerio en contribuciones que en sí mismas no aportan ningún valor añadido especial y que se limitan, en última instancia, a una mera donación presupuestaria. De ahí que desde esta perspectiva (otra cosa es su valoración desde la perspectiva de “proyecto” en tanto acción concreta con incidencia en un ámbito geográfico determinado y para con relación a un número acotado de beneficiarios) sea necesario separar la valoración de la pertinencia de la dotación de equipamiento e infraestructura –con el matiz del albergue, que sí tiene un valor referencial en sí mismo puesto que se trata de definir un modelo susceptible de réplica y dejarlo completamente instalado y en funcionamiento - de la propia de la capacitación en lo que al componente seis del Convenio respecta. .

La metodología de formación en cascada, donde primero se forman los facilitadores, después estos forman a los equipos y por último estos expanden el conocimiento hacia la comunidad ha sido un acierto, tanto desde el punto de vista de los impactos como desde la pertinencia. También la metodología de acompañamiento a los agentes desarrollada por los facilitadores y el contenido de las capacitaciones han resultado de plena adecuación, con una adaptación plena a las necesidades y especificidades de los receptores. Y en el trabajo con las comunidades indígenas se adoptó una secuencia que resulta modélica: acceder al líder e implicarle; pedirle aprobación y consentimiento; no traer soluciones ya pensadas; involucrarles en la planificación y tener paciencia.

Una de las fortalezas más evidentes que se pueden subrayar del Convenio es la valoración con relación a la participación. Desde todas las perspectivas, tanto el manejo que desde la gestión y ejecución se ha hecho de este elemento como la implicación que se ha procurado de los actores resultan modélicos. Lo cual ha tenido una incidencia decisiva en forma de impactos positivos sobre resultados que de otra manera difícilmente hubieran podido sobresalir. Los beneficiarios, y de manera muy especial las propias instituciones y los profesionales de las unidades de salud, se

han sentido fuertemente implicados en todo momento, aspecto fundamental en aras al sentido de apropiación y a que en ningún caso se adopten soluciones más o menos impuestas.

El grado de participación del Ministerio y de sus diferentes instancias también ha sido intenso. Conscientes de que en el rol de acompañamiento resulta decisivo conceder la iniciativa y proporcionar espacio de propuesta al responsable último de la política que se quiere apoyar, en todo momento se han adoptado metodologías y enfoques participativos, constatándose la participación e involucración del MSP y BS en la definición de los temas de las capacitaciones, en la orientación de los manuales, en la priorización de ámbitos, en la búsqueda de estrategias conjuntas, en la construcción de infraestructuras o en el diseño de la campaña de comunicación. Todas las actividades acometidas por el Convenio han contado con un elevado nivel de participación de los actores locales, sin excepción alguna, en lo que constituye una certificación más de la pertinencia de los enfoques.

La participación ha tenido su lógica correlación en un amplio sentido de apropiación. Todos los responsables entrevistados en el Ministerio han reconocido la fluidez y habitualidad de la comunicación con el Convenio y han valorado positivamente la colaboración. La especial atención hacia acciones de capacitación, sensibilización y empoderamiento ha contribuido por añadidura a reforzar este aspecto. El Convenio, por añadidura, ha dejado varios mecanismos de participación comunitaria instalados. El más representativo es el de las asambleas o Aty comunitario, instrumento a través del cual se canaliza y estimula la participación.

El objetivo específico del Convenio comienza acotando geográficamente la intervención y, en consecuencia, la población beneficiaria, en una precisión que resulta adecuada y ayuda a contextualizar y delimitar bien el alcance. Y que posteriormente concentra su contenido en tres aspectos: mejorar en recursos, en conocimientos y en hábitos preventivos, todo ello con vistas al evidente mejoramiento de la salud. Por tanto, la validación del grado de consecución del objetivo específico vendría dada por la constatación de hasta qué punto efectivamente se cuenta con más recursos, con más conocimiento y con mejores hábitos preventivos en las poblaciones de referencia.

El Convenio, en este sentido, ha sido eficaz, ha contribuido a incrementar los recursos, el conocimiento y la prevención. A través de las percepciones recabadas en el desarrollo de la evaluación, de la utilización de técnicas de observación y validación y de los informes de la realización de la línea de base que cuantifican la consecución de resultados ha quedado de manifiesto esta circunstancia. Si a ello añadimos que el objetivo general ha sido también la contribución y acompañamiento a la implantación del nuevo modelo de atención primaria se puede afirmar sin lugar a dudas que el nivel de contribución ha sido muy sólido. No obstante, hay reconocer que de haberse mantenido los indicadores previamente definidos en el documento de formulación apenas hubiéramos podido validar a su través ninguna conclusión sobre la eficacia y de poco o nada nos hubiera servido su porcentaje de cumplimiento. Afortunadamente, a partir de las recomendaciones de la *evaluación intermedia* y de la propia consciencia por parte de los responsables de la gestión de que tales indicadores no resultaban adecuados ni actualizados, se procedió a convocar un trabajo de consultoría precisamente para la redefinición de los mismos. Gracias a este ejercicio disponemos de unos nuevos indicadores sensiblemente más eficientes y útiles, y sobre ellos podemos basarnos a la hora de proceder a determinar la eficacia. El grado de cumplimiento de los nuevos indicadores es excelente

El Convenio ha contribuido, a tenor de lo expuesto, a una transformación de la realidad que se corrobora a través de las cifras de indicadores de resultados, y estos resultados han sido suficientes para apreciar una significativa contribución a los objetivos específicos de la intervención. No obstante, han sido varios los factores externos que han incidido sobre el Convenio y que han podido llegar a condicionar sus resultados, impactando en todo caso sobre el desarrollo y características de la implementación (tales factores externos se enumeran en el apartado correspondiente del documento).

Por otra parte, el Convenio ha contribuido notablemente al fortalecimiento institucional del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y también de las entidades locales, en la implantación de un nuevo paradigma de atención con la instalación de la política pública de atención primaria a la salud y para que el mismo pueda dar cumplimiento al marco legal vigente en la República del Paraguay, donde se garantiza la salud como derecho humano fundamental. La contribución del Convenio a las estructuras comunitarias de salud reside en la integración de los mecanismos de participación ciudadana dentro de la implementación de la política de APS, puesto que desde el Convenio se ha impulsado y consagrado la participación y sus mecanismos como parte fundamental de los nuevos enfoques, caracterizados por una aproximación y cercanía al ciudadano y una promoción del dinamismo y la implicación de éstos en los aspectos esenciales que atañen al contexto de la comunidad.

En lo que respecta a la eficiencia, es menester subrayar que al tratarse de un acompañamiento en la mayoría de las acciones, la implementación necesariamente ha de ser flexible y adaptable, pues concurren muchos actores cuyos ritmos institucionales no son tan ágiles y además hay que estar a la espera de determinados rumbos o disposiciones que en ocasiones requieren consensos que no son fáciles de asentar.

La ejecución se caracteriza por un cierto desequilibrio en su desarrollo temporal. Si analizamos los desembolsos y el propio ritmo de ejecución de actividades advertimos cómo en los inicios del Convenio los presupuestos son reducidos y la planificación de actividades no es muy intensa. Y cómo en cambio en los últimos tiempos de ejecución se concentra un buen número de actividades y desembolsos. Este desequilibrio, que a primera vista pudiera parecer sospechoso, obtiene clara justificación en la propia naturaleza del Convenio como apoyo a una política pública nueva. Al tratarse de una política de nueva implantación los inicios no resultaron apacibles, pues todo estaba aún por definir y muchas cosas estaban todavía por concretar, lo que unido a que los responsables de aplicar la política también eran nuevos y por tanto pagaban el peaje del aterrizaje en la novedad y en algún caso de la inexperiencia en el funcionamiento y procedimientos de un Ministerio, acabó traduciéndose en un desarrollo pausado del nuevo modelo de atención pública de salud, desarrollo no exento de cierta improvisación e incertidumbre.

En líneas generales los grandes plazos se han cumplido sin sobresaltos. Todas las actividades previstas, por añadidura, se ejecutaron, con más o menos dificultades u obstáculos. Sí se pueden señalar retrasos puntuales en algunas actividades concretas, pero sin que ello haya comportado incidencias notables. Los presupuestos previstos inicialmente se han respetado y del rendimiento de las actividades se deduce una aplicación por lo general sensata y eficiente de los recursos.

¿Cuáles es han sido los impactos más representativos? a la hora de determinar los efectos de cara al objetivo general conviene posicionarse más bien con relación al objetivo de contribuir a la puesta en marcha y consolidación del nuevo modelo de atención primaria de salud en tanto política pública, siendo conscientes de que es muy difícil separar los impactos del Convenio de los propios impactos atribuibles a la implementación de la política pública.

En ese sentido, cabe destacar en primer lugar la estrecha articulación del Convenio con la propia Dirección de APS y con otras direcciones del MSPBS, a nivel central, regional y local, algo contrastado por los propios responsables de estas instancias, que en todo momento han subrayado la excelente sinergia y cooperación de que se ha hecho gala a lo largo de toda la ejecución del Convenio. Los impactos más claros de esta articulación vienen por la definición conjunta de modelos, metodologías, enfoques y manuales, en una colaboración estrecha y productiva. De este modo el Convenio ha ayudado decisivamente a la conformación del nuevo modelo de APS, dotándole de herramientas y de instrumentos en una acción de apoyo bastante significativa.

La apuesta por generar modelos y referencias resulta esencial. Si apoyas una unidad en particular, o un grupo de beneficiarios concreto, únicamente generas impacto en ellos, en tanto que con la labor de acompañamiento y generación de know how se facilitan iniciativas piloto, replicables y extensibles.

Por añadidura, el Convenio contribuyó a que el sistema de APS se diera a conocer, otro efecto muy relevante. Y asimismo el Convenio ha tenido un impacto importante en el propio Ministerio. Ha ejercido de catalizador para canalizar determinadas iniciativas y estrategias y ha estimulado la comunicación entre las distintas instancias, que en cierta medida tendían a actuar como compartimentos estancos.

También ha sido muy representativo el impacto del trabajo desde la interculturalidad con los pueblos indígenas, que antes de la aplicación del nuevo modelo tenían un difícil acceso al sistema de salud, debido a la falta de recursos humanos y equipamientos pero también a los recelos y equívocos culturales fruto del desconocimiento y la escasa interacción. Con una contribución muy destacada del Convenio se posibilitó la apertura de las comunidades indígenas hacia las USF, a través de un diálogo constante establecido desde la igualdad y el intercambio

El impacto positivo del proyecto se extiende a todas las áreas comprendidas por este que fueron acometidas o puestas en marcha. Y no se limita al efecto más directo sobre los beneficiarios sino que repercute en la sociedad en general a través sobre todo de las acciones susceptibles de replicabilidad, en uno de los elementos que resultan más elogiados de este Convenio.

Otros efectos positivos igualmente relevantes tienen que ver con el refuerzo de la figura del agente comunitario, el empoderamiento en las comunidades de intervención acerca de sus derechos y posibilidades en materia de salud y atención primaria o la inclusión del tema de la violencia basada en género e intrafamiliar en la agenda de salud del Ministerio y en general en el ámbito de la salud y de las USF. Al mismo tiempo cabe también subrayar que los indígenas se han abierto al sistema de salud y se acercan a los centros, y empiezan a haber confianza entre los equipos de salud de la familia y sus promotores de salud.

En el documento de evaluación se incluye una tabla con los principales impactos específicos generados dentro de cada componente, e igualmente se detallan los impactos indirectos.

Por último, reseñar que el Convenio ha aportado un valor añadido claro en el ámbito de la equidad de género. Así, se incluyeron los temas de género en las capacitaciones pese a que no era un tema visible en el Ministerio, ni en lenguaje, ni en contenidos, ni tan siquiera se consideraba el problema de violencia de género como un problema de salud. Y se puso el acento en la incorporación a la agenda de salud del problema de la violencia de género, un problema de primer orden que no recibe aún respuesta satisfactoria.

Sí que concurre cierta inevitable discriminación con las unidades que no han experimentado el apoyo del Convenio. Estas últimas se sienten en algún caso marginadas, no tienen la misma receptividad hacia el sistema de APS puesto que no recibieron tanta formación, y la asistencia no tiene tanta calidad y calidez, no tienen tanto nivel de comodidad por la precariedad de las estructuras y por la falta de privacidad, y porque las concepciones en cuanto a la forma de proceder son diferentes. Eso no podía ser de otra manera pues lógicamente las limitaciones de alcance del Convenio impedían llegar a más USF, y ya hemos visto la pertinencia en la selección de aquellas con las que se ha trabajado. Este impacto insoslayable en forma de diferenciación queda mitigado, no obstante, por la extensión y replicabilidad de muchas de las acciones

Por último, en lo que respecta a la sostenibilidad, lo primero que hay que subrayar es que, al haberse tratado de un Convenio de apoyo y acompañamiento a una política pública, la sostenibilidad de muchos de los impactos está ínsitamente ligada a la propia sostenibilidad de la política pública.

Los recientes acontecimientos acaecidos en el ámbito político de Paraguay, con la remoción un tanto extraña del Gobierno de Fernando Lugo y la perspectiva de unas elecciones generales que tendrán lugar el año que viene, arrojan cierta sombra de incertidumbre sobre esta pervivencia. Mismamente, durante la propia evaluación se ha podido constatar la elevadísima remoción de cargos que ha tenido lugar en el MSP y BS y en la Dirección de APS y sus instancias. ¿Se mantendrá la apuesta por este modelo? La clave de su fragilidad deriva del hecho de que, por falta de apoyos políticos en el Parlamento, no se instaló como política de Estado protegida por ley sino que fue impulsada a través de una mera resolución ministerial. La propia circunstancia de que los contratos de los miembros de las USFs – incluido médicos y otro personal sanitario- sean temporales, renovables año a año, no favorece precisamente la sensación de estabilidad, y actualmente el clima, según se ha podido constatar en las entrevistas, es de cierta incertidumbre y desasosiego. A favor de su permanencia juega el empoderamiento de la gente de las comunidades, que han asimilado el nuevo modelo de atención y los derechos que les asisten y difícilmente aceptarían volver al sistema antiguo sin una contestación fuerte y contundente.

No obstante, la amenaza no radica exclusivamente en la posibilidad de eliminación del nuevo modelo, que efectivamente sería una medida radical y que a tenor de las percepciones que hemos podido recabar en diferentes instancias no es muy probable, sino en que se deje languidecer. Basta con cercenar el ya escaso presupuesto para que el todavía frágil funcionamiento de las unidades se venga abajo, de manera más o menos dilatada en el tiempo.

Con carácter general, hay determinados factores que desde el Convenio se han reforzado con vistas a favorecer la sostenibilidad. Se ha insistido mucho en fomentar un cambio de actitud, tanto a través de las capacitaciones como de los manuales, con el objetivo de aspirar a una mayor calidad y calidez en el servicio; se ha procurado implicar a todos los protagonistas de las diferentes instancias institucionales; se ha reforzado el empoderamiento y el sentido de apropiación, procurando incorporar la perspectiva de los beneficiarios; se ha optado, en definitiva, por un estilo muy participativo y proactivo, sin soluciones previas predefinidas, proporcionando más herramientas que recursos, en una apuesta por huir del asistencialismo y centrarse en la consolidación de capacidades y modelos.

No obstante, también son numerosas las amenazas generales que se ciernen sobre la sostenibilidad. En el documento de evaluación se enumeran detalladamente estas circunstancias.