

UNICEF- Argentina
Componente de Salud

Evaluación del Programa:
Maternidades Seguras y Centradas en la Familia

Términos de Referencia

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	2
1. Antecedentes	3
Marco Programático de Salud y Nutrición 2010-2014.....	3
2. Contexto	4
2.1. Marco general.....	4
2.2. Salud materno- infantil	5
2.3. Políticas públicas para la reducción de la mortalidad materna, infantil y neonatal.....	8
3. Descripción del Programa MSCF, objeto de la evaluación.	10
3.1. Teoría de Cambio del Programa	12
4. Propósito de la evaluación.	14
5. Alcance de la evaluación:	14
6. Objetivos y Criterios de evaluación:.....	14
7. Metodología, diseño y fuentes de información.....	15
7.1. Período a ser analizado.....	15
7.2. Metodología y diseño	15
7.3. Fuentes de información	16
7.4. Fases de la evaluación:	17
7.5. Participación de actores claves institucionales.....	18
8. Productos	18
9. Coordinación y gestión de la evaluación.....	19
10. Grupo de Referencia.....	19
11. Equipo Evaluador.....	20
12. Presupuesto	20
13. Recepción y presentación de propuestas:.....	21
ANEXOS.....	22

INTRODUCCIÓN

Los presentes Términos de Referencia han sido elaborados en línea con las políticas y guías de Evaluación de UNICEF y los Estándares de Evaluación del Sistema de Naciones Unidas. Siguiendo dichas directrices, la evaluación del Programa Maternidades Seguras y Centradas en la Familia (MSCF) analizará la pertinencia, eficiencia, eficacia, impacto, sostenibilidad y transferibilidad del programa, integrando la perspectiva de género y derechos humanos tanto en cada una de las áreas de análisis como en la metodología a emplear.

Una MSCF se identifica por tener 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; estimula el respeto y la protección de los derechos de la mujer y del recién nacido por parte de los miembros 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; implementa prácticas seguras y de probada efectividad, y fortalece otras iniciativas, como, por ejemplo, la iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño, que promueve fuertemente la lactancia materna. Esto implica la adopción de un nuevo paradigma de atención y un cambio cultural, estructural, y organizacional profundo.

El Programa MSCF fue concebido desde sus inicios como la implementación de una intervención compleja. Las intervenciones complejas, definidas como intervenciones compuestas por varios elementos que interactúan entre sí, son ampliamente utilizadas en los servicios de salud y en la salud pública. La complejidad de la intervención está dada por diversas dimensiones: cantidad de elementos que componen el paquete de la intervención, cantidad de resultados posibles, el número de y las interacciones entre los elementos incluidos en la intervención, el número y la dificultad de comportamientos requeridos por parte de aquellos que proveyeron y recibieron la intervención; el número de grupos y niveles organizacionales involucrados en la intervención, el número y variabilidad de resultados y el grado de flexibilidad o diseño que la intervención permite.¹

Por lo mencionado anteriormente, esta evaluación tiene como objetivo analizar las dimensiones de esta intervención compleja. 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, según la clasificación de Fixsen y col.2, 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 del programa 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.

Todo este conocimiento ayudará a definir la transferencia o no del programa a nuevos actores, mejorar la planificación del Programa País de UNICEF-Argentina, y realizar una devolución al gobierno nacional, los gobiernos provinciales con los 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).

¹ Medical Reserach Council. Developing and evaluating complex interventions: new guidance. London: Medical Research Council [Internet]. London: Medical Reserach Council. 2008. Disponible en <http://www.mrc.ac.uk/Utilities/Documentrecord/index.htm?%20d=MRC004871>

² Fixsen, D. L.; Naoom, S.F.; Blase K.A., Friedman, R.M.; Wallace, F. *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network 2005. FMHI Publication #231.

1. Antecedentes

En 2009, el Área de Salud y Nutrición de UNICEF Argentina diseñó el plan para el período 2010-2014 en el marco del Programa País. En aquel momento, se disponían de estadísticas hasta el año 2007 que mostraban que, si bien entre 1990 y 2007, la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) se había reducido en un 50%, otros indicadores de la salud materna e infantil evidenciaban situaciones preocupantes.

El análisis de la TMI revelaba que el 65% correspondía a neonatos y que 6 de cada 10 decesos infantiles podrían haber sido evitados con una adecuada atención durante el embarazo y con un mejor manejo del parto. Además, se había incrementado la diferencia entre las dos provincias con la mayor y la menor TMI; y la reducción de mortalidad materna era mucho menor a la esperada. Las situaciones más desfavorables tenían lugar especialmente en provincias del norte argentino.

Teniendo en cuenta esta situación, se decidió priorizar acciones en maternidades públicas. En un trabajo conjunto con el Gobierno nacional y los gobiernos provinciales, UNICEF se comprometió a que estas maternidades públicas cuenten con los beneficios de la transformación en maternidades seguras y centradas en la familia, y que monitoreen activamente su propia calidad con relación a las normas nacionales de calidad.

Marco Programático de Salud y Nutrición 2010-2014

La iniciativa de Maternidad Segura y Centrada en la Familia se incluye en el Componente Programático de Salud y Nutrición 2010-2014, cuyo objetivo general es:

Contribuir a servicios y prácticas de cuidado familiar de alta calidad en salud, nutrición y VIH provistos en paquetes integrados en puntos críticos del ciclo vital de madres, niñas y niños que impactan en el ambiente y entorno generando oportunidades para los adolescentes, soluciones para las familias vulnerables, respuesta inmediatas en situación de emergencia y demanda en el cumplimiento de sus derechos.

Específicamente, pretende lograr los siguientes resultados:

1. Las familias atendidas en el 70% de los hospitales con maternidades que tienen más de 1000 partos por año, en 10 provincias prioritarias, cuentan con los beneficios de la transformación de estos centros en maternidades seguras y centradas en la familia que monitorean activamente su propia calidad con relación a las normas nacionales de calidad
2. Las familias de las comunidades más pobres, dentro de 10 provincias prioritarias, cuentan con redes de líderes y promotores de salud que amplían en nivel comunitario la promoción de prácticas de cuidado y prevención efectivas para la salud, nutrición y agua, higiene y saneamiento en los temas incluidos en la publicación "Para la Vida" (parte de estrategias provincias de Atención Primaria de Salud).
3. El público general y las familias asistidas en los servicios de salud, con énfasis en las MSCF de las 10 provincias prioritarias, cuentan con conocimientos útiles para una demanda calificada de servicios y una creciente participación en iniciativas más amplias de movilización sobre derechos vulnerados en salud.
4. Los adolescentes que habitan en municipios seleccionados de 10 provincias prioritarias y los que son portadores de VIH usan información de prevención sobre derechos de salud sexual y reproductiva con énfasis en cuestiones de género, servicios y mejores destrezas personales para protegerse del contagio del VIH-SIDA.

La iniciativa de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia, contribuye especialmente a los resultados 1 y 3 del componente programático de Salud y Nutrición.

2. Contexto

2.1. Marco general

La Argentina pertenece al grupo de los países con muy alto nivel de desarrollo humano, ocupando el puesto número 45 con un Índice de Desarrollo Humano (IDH) de 0,811.³ Por otro lado, de acuerdo a la clasificación del Banco Mundial, es un país de ingreso medio alto, con un Producto Interno Bruto (PIB) per cápita de US\$ 14.715 en 2013.⁴ Sin embargo, presenta amplias inequidades entre jurisdicciones.

La salud, a partir de la reforma constitucional de 1994 que otorga jerarquía constitucional a los tratados Internacionales, se reconoce como un derecho. El derecho humano a la salud, desde el marco de referencia del Derecho Internacional de los Derechos Humanos, integra el elenco de los conocidos como económicos, sociales y culturales, que se corresponde con aquellos derechos humanos que obligan al Estado a realizar conductas positivas. Esta obligación jurídica que pesa sobre el Estado implica poner al servicio de los ciudadanos un sistema de atención de la salud que abastezca las necesidades del conjunto social.⁵

La provisión y financiamiento de la salud en la Argentina se encuentra instaurada dentro de un sistema profundamente fragmentado y segmentado, en el cual coexisten tres subsistemas: el público, el de instituciones de la seguridad social (conformado por casi 300 obras sociales nacionales, 24 provinciales y el PAMI), y el privado (constituido por aproximadamente 200 instituciones aseguradoras que brindan cobertura a ciudadanos de ingresos medios-altos y sus familias). Asimismo, la estructura federal del país determina que los gobiernos provinciales cuenten con total autonomía en materia de políticas de salud e incluso, en algunas provincias, ésta descentralización se extiende hasta el nivel municipal, lo que ha dado lugar a una gran heterogeneidad de conductas a nivel subnacional.⁵

De acuerdo a datos del censo 2010, un 36,1% de la población total y un 43% de los niños, niñas y adolescentes tienen únicamente cobertura pública. Debido a las distintas condiciones socio-económicas de las provincias, existen importantes diferencias de los niveles de cobertura. Mientras que en Chaco y Formosa este porcentaje alcanza al 60%, en otras jurisdicciones, como Santa Cruz, Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Tierra del Fuego es tres veces menor (17%; 18% y 22%, respectivamente).

El gasto del Sistema de Salud en la Argentina representa aproximadamente un 9% del PIB. Un 36,5% de las erogaciones corresponden al sistema de seguridad social (obras sociales nacionales, PAMI y obras sociales provinciales). Le sigue en importancia el sector privado con el 36,1% y el sector público con un 27,3%. El gasto directo que realizan las familias en el financiamiento del sistema de salud es muy importante, aportando el 30,5% del total de erogaciones, excluyendo el pago de cuotas a prepagas. Este dato marca la existencia de inequidad en el sistema al depender una parte significativa de su financiamiento en los recursos de los cuales disponen las familias.⁶

³ PNUD. **Informe sobre Desarrollo Humano 2013**. Disponible en: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2013_es_complete.pdf

⁴ Banco Mundial. World Development Indicators. Disponible en: <http://data.worldbank.org/country/argentina>

⁵ ISAGS. *Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad la integralidad y la equidad*. Río de Janeiro. 2012. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/unasur/archivos/Sistemas_de_Salud_en_suramerica_2012.pdf

⁶ Tobar, F.; Olaviaga, S.; y Solano, R. Complejidad y fragmentación: las mayores enfermedades del sistema sanitario argentino. (agosto de 2012). Documento de Políticas Públicas/Análisis N°108. Buenos Aires: CIPPEC.

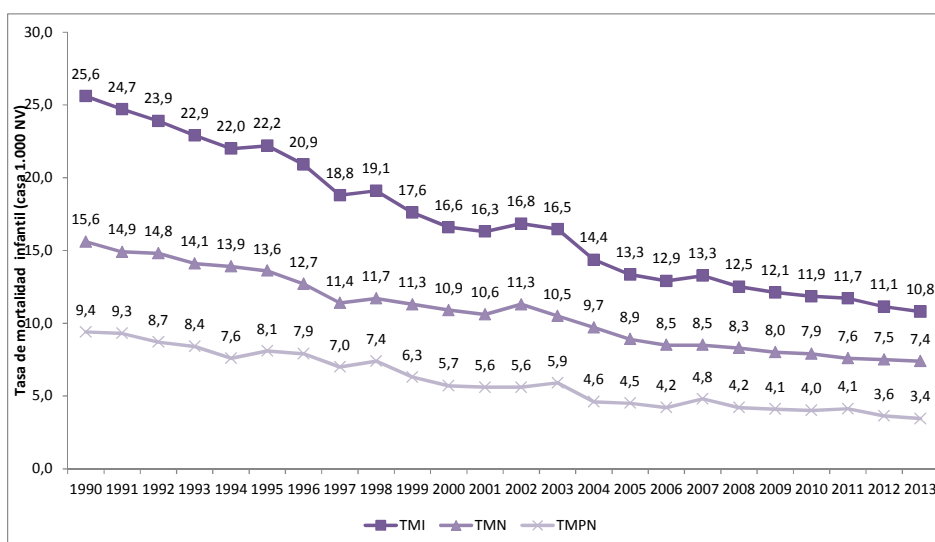
Si bien en la Argentina se observa un crecimiento sistemático de la esperanza de vida, alcanzando los 75,3 años entre 2008 y 2010⁷, y una reducción del 58% en la tasa de mortalidad infantil entre 1990 y 2013,⁸ las distintas condiciones socioeconómicas de la población determinan un perfil epidemiológico en el cual coexisten problemáticas de salud típicas de los países en vías de desarrollo (condiciones perinatales, morbilidad materna, enfermedades transmisibles, lesiones) y de los países desarrollados (no transmisibles y factores de riesgo).

2.2. Salud materno- infantil

Una meta fundamental en el sector es la reducción de la mortalidad materno- infantil. La tasa de mortalidad infantil (TMI) ha caído un 58% entre 1990 (año base para establecer las metas del milenio) y 2013, logrando un valor de 10,8 cada 1.000 nacidos vivos. El promedio de variación interanual a lo largo de 1990-2013 fue de -3,6%, con una reducción promedio mayor en la primera década (1990-2000) con -4,2%, y algo menor en la segunda década (2000-2010) con -3,2%.

Esta reducción de la TMI se explica por la baja en la mortalidad neonatal y post-neonatal. En el primer caso, se observa una reducción acumulada entre 1990 y 2013 del 53%, mientras que para la post-neonatal esta caída es algo mayor con el 63%. Debe destacarse que las defunciones post-neonatales se asocian a factores ambientales y/o socioeconómicos desfavorables, mientras que las neonatales con factores congénitos, una inadecuada atención en el embarazo, parto o primeros días de vida del niño.

Figura 1. Evolución de la tasa de mortalidad infantil, post-neonatal y neonatal, Argentina. 1990-2013.



Fuente: Área Salud Unicef a partir de Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS). Ministerio de Salud de la Nación.

La mayoría de las muertes que ocurren durante el primer año se producen en el primer mes de vida y particularmente en la primera semana. De acuerdo a los datos publicados para 2013, de los 8.174 niños y niñas que fallecieron en el primer año de vida, el 68% sucedieron en los primeros 28 días (5.572), y de estos, el 72% durante la primera semana (4.020). Por otro lado, se estima que el 58,4% de las defunciones neonatales

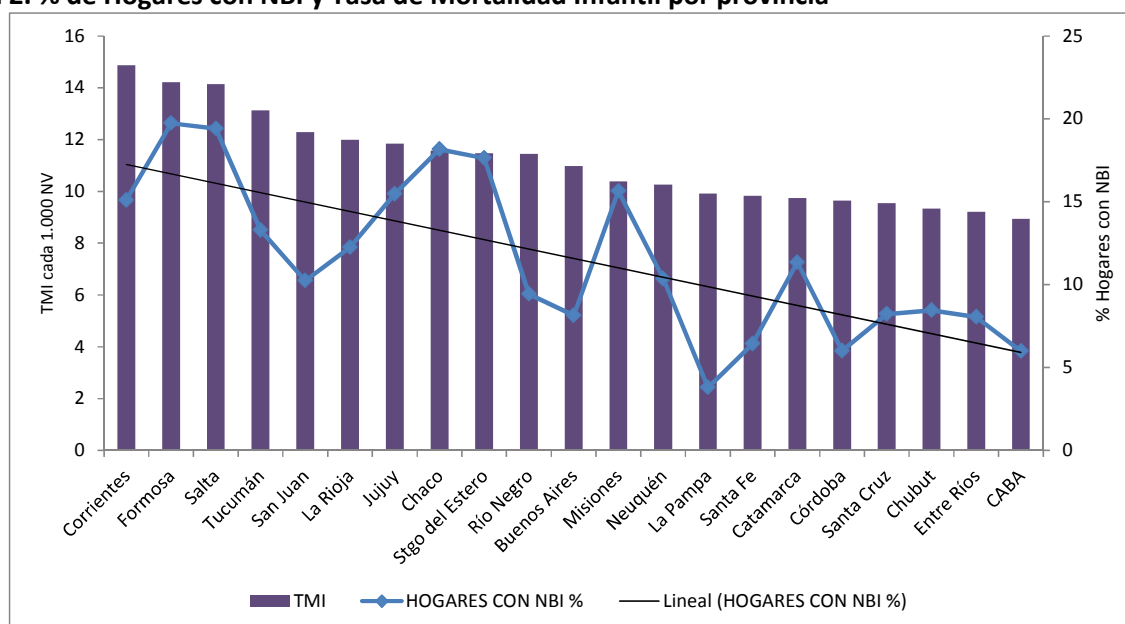
⁷ OPS. Indicadores básicos de Salud 2014.

⁸ Datos de la DEIS 1990 y 2013.

(3.256) se producen por causas reducibles.⁹ La sobrevivencia de quienes pesaron menos de 1.500 g al nacer mejoró en la última década, pero el país se encuentra lejos de los estándares internacionales.

Las disparidades regionales subsisten, aunque se redujeron respecto de la década anterior. Varias provincias, especialmente las de NEA y NOA se encuentran en una situación de alerta. Así, mientras en Corrientes y Formosa se observa una TMI de 14,9 y 14,2 cada 1.000 nacidos vivos, respectivamente, en Tierra del Fuego la tasa es de 7,7 cada 1.000 nacidos vivos. Este fenómeno tiene correlación directa con las condiciones sociales y económicas de cada jurisdicción. De esta forma, si se relaciona el Porcentaje de hogares que viven con necesidades básicas insatisfechas (NBI) en cada una de las provincias, con su correspondiente TMI, se puede destacar que a mayor proporción de hogares con NBI, mayor es la TMI (ver figura 2). Así, las tres provincias con más alta TMI (Formosa, Corrientes, y Salta), también tienen porcentajes de hogares en condiciones de vulnerabilidad que superan el 15%.¹⁰

Figura 2. % de Hogares con NBI y Tasa de Mortalidad Infantil por provincia



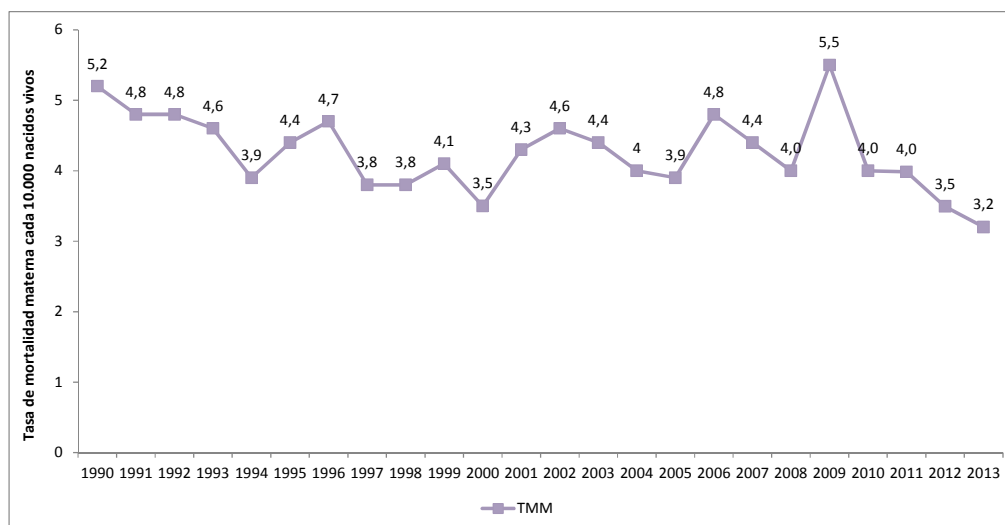
Fuente: Área Salud Unicef a partir de Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), Ministerio de Salud de la Nación, y Censo Nacional de Población y Vivienda 2010, INDEC.

En cuanto a la razón de mortalidad materna, no se observa la misma tendencia que en el caso de la mortalidad infantil, con grandes oscilaciones entre 1990 y 2013. La variación acumulada desde 1990 es del 38%, con una tasa reducción promedio anual de -1,0%. Sin embargo, para poder cumplir con la meta ODM propuesta (1,3 por 10.000 nacidos vivos en 2015), la Argentina requeriría un descenso acumulado entre 2014 y 2015 del 59%.

Figura 3. Evolución de la RMM en la República Argentina (1990-2013)

⁹ DEIS. Estadísticas vitales 2013.

¹⁰ El dato de % de hogares con NBI se obtiene del Censo Nacional de Población y Vivienda 2010 (INDEC). Este indicador permite la delimitación de grupos de pobreza estructural y representa una alternativa a la identificación de la pobreza considerada únicamente como insuficiencia de ingresos. Por medio de este abordaje se identifican dimensiones de privación absoluta y se enfoca la pobreza como el resultado de un cúmulo de privaciones materiales esenciales.



Fuente: Área Salud Unicef a partir de Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS). Ministerio de Salud de la Nación.

Los principales determinantes de esta situación se vinculan con la capacidad de gestión, la oferta y la calidad de los servicios brindados. Existen algunos condicionantes importantes que afectan la gobernanza sobre el sistema de salud. Las características de organización federal y la fuerte descentralización producida, presenta importantes desafíos en términos de la articulación y capacidad de garantizar la accesibilidad y calidad de los servicios en condiciones equitativas a lo largo de todo el territorio nacional. En la última década, se desarrollaron una serie de programas y políticas tendientes a fortalecer la capacidad de rectoría del nivel nacional, crear mejoras en términos del financiamiento del sistema a nivel territorial y aumentar la capacidad de regulación y control. Sin embargo, aún queda un largo camino por recorrer.

A estas características estructurales, se suman una serie de condicionantes de la gestión del sistema: a) asociadas con los problemas de implantar efectivamente una política de regionalización de los servicios materno- perinatales; b) vinculadas con la baja capacidad de regulación, fiscalización y control de los centros de salud; y c) relativas a la baja capacidad de generar sistemas de información integrada que permitan hacer un seguimiento de las políticas públicas implementadas.

En cuanto a la oferta de los servicios, el principal problema se vincula con la fuerte diferencia en el acceso a servicios, según provincias y al interior de estas. Persisten, fundamentalmente, inconvenientes vinculados con la infraestructura de transporte (rutas, caminos y medios móviles) que permitan el acceso oportuno de las mujeres y sus hijos/as al sistema de salud. En lo que se refiere a la atención prenatal, de acuerdo a ECOVNA (2013), el 87,3% de las madres residentes en las zonas urbanas del país recibió atención prenatal por lo menos cinco veces. Las mujeres embarazadas que no recibieron controles prenatales no llegan a representar el 1 por ciento. Sin embargo, a nivel regional se observan algunas disparidades. Los valores más elevados respecto de la realización de cinco o más controles, se registraron en las regiones de Buenos Aires interior (92,4%) y Centro (91,4%) mientras que en NOA y Gran Buenos Aires la proporción desciende aproximadamente 7 puntos porcentuales (84,5% y 84,3% respectivamente). En relación con los controles pediátricos, la ECOVNA (2013) muestra un alto porcentaje de niñas y niños controlados pediátricamente. A casi nueve de cada diez niñas y niños de 0 a 4 años le fue realizado al menos un chequeo médico durante los seis meses previos al relevamiento. Si bien la población urbana de niñas/ os de 0 a 4 años se distribuye en partes iguales entre quienes realizaron sus controles en establecimientos de salud de gestión pública o privada, la preeminencia del sistema público de atención en la primera infancia se observa claramente en regiones como NEA y NOA (el 65,5% y el 66,6% respectivamente), mientras que la relación público-privado se invierte en CABA, donde

sólo un 18 por ciento de las niñas/os realizó sus controles pediátricos en centros de salud u hospitales públicos. En cuanto al acceso de la población a medicamentos, la ENAPROSS (2014) muestra que si bien el acceso a medicamentos gratuitos por parte de la población en los quintiles más bajos de ingreso es alto (40% en 1ºq y 26,5% en 2ºq) sigue siendo alta la proporción que debe comprarlos, específicamente, sin descuento alguno (33,9% en 1ºq y 29,2% en 2ºq).

Los principales problemas en el acceso a los servicios de salud se encuentran en las zonas rurales, vinculado fundamentalmente con las dificultades de acceso geográfico y las dificultades para trasladarse que tienen las familias a los centros de salud. Se presentan también déficit en materia de recursos humanos, en términos de la disponibilidad de algunos tipos de profesionales de la salud. Específicamente, se ha detectado a lo largo de todo el territorio una fuerte falta de enfermeras/os en las maternidades y servicios de neonatología.

2.3. Políticas públicas para la reducción de la mortalidad materna, infantil y neonatal

En la Argentina, se han implementado políticas públicas con distinto grado de éxito en la última década, que, a través de la implementación de distintos programas, buscan reducir las muertes maternas y neonatales y actuar sobre uno o más de los determinantes mencionados anteriormente, compensar diferencias provinciales e introducir mecanismos de incentivos a los efectores. A continuación se describen las principales iniciativas.

El Plan Nacional a Favor de la Madre y el Niño (2004)

Una iniciativa que se realiza desde el Ministerio de Salud de la Nación para la salud materno-infantil es el Plan Nacional a Favor de la Madre y el Niño. Este proyecto tiene por finalidad contribuir a mejorar las condiciones de vida y salud de la población materna, infantil y adolescente, y disminuir las actuales tasas de morbilidad y mortalidad de estos grupos poblacionales. La población objetivo priorizada está constituida por aquella que demanda atención en el sector público y carece de cobertura social. Para la implementación de este plan se definen tres ejes estratégicos: salud perinatal, salud integral del niño y nutrición.

Este Plan incluye la provisión de insumos y equipamiento a todas las jurisdicciones provinciales del país. Los insumos sobresalientes son: leche fortificada con hierro y zinc, medicamentos (pediátricos y perinatológicos), reactivos para la detección neonatal de enfermedades del metabolismo y tarjetas de toma de muestras para la detección neonatal de enfermedades del metabolismo. En materia de equipamiento se destaca la provisión de: saturómetros, respiradores, bolsas de reanimación, laringoscopios, monitores, cánulas y jeringas para aspiración manual endouterina (AMEU), equipamiento para pesquisa auditiva (audiómetros, impedanciómetros), ecógrafos y equipos de láser.

Asimismo, se brindan servicios que están dirigidos a fortalecer los sistemas de salud provinciales a través de actividades de capacitación, asistencia técnica, y difusión de información sobre la salud de la madre y el niño, a través de diversos instrumentos de comunicación social.

Asignación universal por hijo (2009) y la embarazada (2011)

La Asignación Universal por Hijo para Protección Social se crea por medio del Decreto N° 1602/09. Este beneficio consiste en una asignación para los menores de 18 años y discapacitados de familias desocupadas, o que se desempeñan en empleos informales que no reciban ninguna otra asignación. Su efectivización está sujeta al cumplimiento de los controles sanitarios obligatorios para los menores y de su concurrencia al sistema público de enseñanza, ampliándose así el efecto de protección social al ámbito de la salud y la

educación. Dado que apunta a atender las necesidades de los menores y adolescentes en situación de vulnerabilidad social, la Asignación Universal por Hijo constituye una herramienta complementaria al conjunto de políticas de Estado orientadas a la reducción de los niveles de pobreza y marginalidad y al incremento del empleo. Actualmente, la asignación es de \$644 por cada menor de 18 años.

El 80 % del valor de esta asignación se liquida en forma mensual y el 20 % restante se acumula y se liquida una vez al año cuando se verifica el cumplimiento de los requisitos de salud, vacunación y escolaridad del hijo/hija con discapacidad y de Declaración Jurada del Adulto Responsable.

Mediante Decreto N° 446/11, se incorporó la Asignación por Embarazo para Protección Social. Dicha asignación consiste en una prestación monetaria no retributiva mensual que se abona a la mujer embarazada desde la décimo segunda semana de gestación hasta el nacimiento o interrupción del embarazo. El monto de la Asignación por Embarazo es igual al monto estipulado para la Asignación Universal por Hijo. Mensualmente, se liquida el 80% de su valor y el equivalente al 20% se hace efectivo una vez que se haya constatado el nacimiento o la interrupción del embarazo, previa verificación de todos los controles médico-sanitarios e inscripción del niño en el Plan Nacer.

Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y las Adolescentes (2009)

En el año 2009, el Ministerio de Salud de la Nación elaboró el Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y las Adolescentes. Se puso oficialmente en marcha en el mes de septiembre con la adhesión de la provincia de Chaco, y luego se sumaron las provincias de Santiago del Estero, Formosa, Misiones, Jujuy, Entre Ríos, La Rioja, Buenos Aires, Catamarca y San Luis.¹¹

La propuesta se centra en detectar las principales causales que desencadenan la muerte de mujeres, adolescentes, niños y niñas de nuestro país para actuar sobre ellas. Las acciones se focalizan en los procesos de gestión, recursos humanos, insumos e infraestructura que signifiquen un obstáculo para la correcta atención de la población en cada provincia. Para esto se busca establecer un trabajo coordinado y articulado entre el Ministerio de Salud de la Nación y los gobiernos provinciales, estableciendo acuerdos políticos en los máximos niveles de conducción, con establecimiento de metas provinciales cuantificables y compromiso de lograr y difundir los resultados.

Las intervenciones centrales del plan son: capacitación en servicio, regionalización de la Atención Perinatal, participación comunitaria, comunicación, asistencia técnica, el monitoreo y la evaluación periódica del cumplimiento del plan de trabajo. Asimismo, el Plan se potencia con las múltiples estrategias ya existentes que han puesto en marcha las distintas jurisdicciones para incidir en el mejoramiento de la salud de las mujeres, adolescentes y niños/as, como por ejemplo: promoción de la lactancia materna, aseguramiento de las condiciones obstétricas neonatales esenciales, maternidades centradas en la familia, estrategia de alta conjunta, regionalización hospitalaria, mejoramiento de la información y vinculación en los distintos niveles de atención (referencia y contra-referencia).

En el año 2012 se realizó una evaluación de medio término, según la cual se han implementado numerosas intervenciones con efectividad y cobertura adecuadas, aunque también se reportan debilidades en la capacidad de gestión y conducción de las Unidades Ejecutoras Provinciales y en la obtención de información.

¹¹ Ministerio de Salud de la Nación. Plan operativo para la reducción de la mortalidad materno infantil de la mujer y las adolescentes. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/plan-reduccion-mortalidad/>

Los resultados en términos de reducción de mortalidad materna no pueden evaluarse dado el escaso tiempo de implementación transcurrido. Además, se reconoce que hay dificultades con los sistemas de información que impiden la adecuada toma de decisiones sobre la base de indicadores intermedios.¹²

El Programa SUMAR (ex Plan Nacer-2005) (2012)

El Programa Sumar fue creado en agosto de 2012 como una ampliación del Plan Nacer, iniciativa iniciada en 2005 para las provincias del NEA y NOA, y expandida a todo el país en 2007). El mismo brinda cobertura a la población materno-infantil (niños y niñas menores de 6 y mujeres embarazadas y puérperas) e incorpora a su vez a niños y adolescentes de 6 a 19 años y a las mujeres hasta los 64 años, sin cobertura de salud.

Actualmente, brinda cobertura de salud a 9.221.851 niños, adolescentes y mujeres hasta 64 años en todo el país. Desde su inicio en el año 2005, más de 13 Millones (12.928.826) de niños/as hasta los 9 años, adolescentes, embarazadas y mujeres hasta los 64 años de edad recibieron cobertura de salud del Programa SUMAR, para los cuales financió más de 60 Millones de prestaciones de salud a la población inscripta.

Los objetivos del Programa sumar son:

1. Contribuir a la disminución de las tasas de mortalidad materna e infantil.
2. Profundizar en el cuidado de la salud de los niños/as en toda la etapa escolar y durante la adolescencia.
3. Mejorar el cuidado integral de la salud de la mujer, promoviendo controles preventivos y buscando reducir la muerte por cáncer de útero y de mama.
4. Crear y desarrollar los Seguros de Salud Provinciales, destinados a la población más vulnerable.

El programa también se plantea compensar las diferencias provinciales, promover cambios estructurales en los modelos de atención médica y optimizar la gestión prestacional, administrativa y financiera provincial. Para el logro de los mismos se promueve la creación a nivel provincial de Seguros Materno Infantiles –con financiamiento en base a cápitas-, orientados a garantizar la cobertura de un conjunto de prestaciones básicas en materia de salud, a través de un modelo prestacional, de gestión y financiero, que contribuya a resolver los problemas de eficiencia y de financiamiento del sistema de salud.

El Programa Sumar introduce un financiamiento basado en resultados, por medio del cual la Nación le transfiere a las provincias recursos por la inscripción de beneficiarios (cápitas) y el cumplimiento de resultados sanitarios. La asignación de los recursos se hace en base al siguiente esquema: (1) 60% son transferidos mensualmente por identificación e inscripción; y (2) 40% son transferidos cada cuatro meses por el cumplimiento de catorce metas sanitarias (trazadores).

3. Descripción del Programa MSCF, objeto de la evaluación.

La iniciativa MSCF tiene como principal propósito contribuir a mejorar la salud materna y neonatal, a través de la transformación de grandes maternidades públicas de diez provincias –en especial, aquella que atienden más de mil partos al año– siguiendo las actuales prioridades reconocidas universalmente en la medicina: la seguridad del paciente y los derechos de los padres y de su hijo o hija. A través de su implementación, el Área

¹² Ministerio de Salud de la Nación. Informe: Implementación del Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y de la Adolescente en Argentina, 2009-2011 Evaluación de medio término. Buenos Aires, 2012.

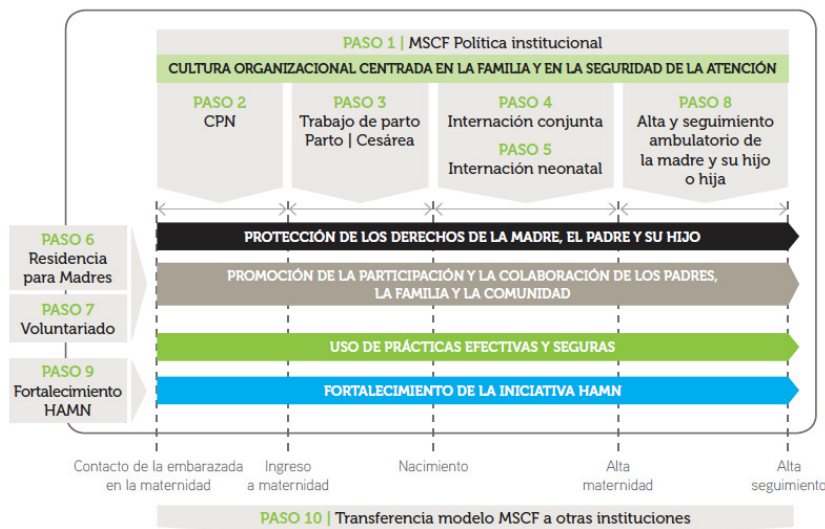
de Salud y Nutrición de UNICEF busca lograr que más del 70% de las grandes maternidades públicas del país cuenten, en el 2014, con los beneficios de la transformación en MSCF (Resultado 1).

Una MSCF se identifica por tener 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; estimula el respeto y la protección de los derechos de la mujer y del recién nacido por parte de los miembros 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; implementa prácticas seguras y de probada efectividad, y fortalece otras iniciativas, como, por ejemplo, la iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño, que promueve fuertemente la lactancia materna.¹³

Estos cinco elementos constituyen los ejes conceptuales sobre los que se sustenta la iniciativa con el objetivo de promover una atención humanizada, centrada en los derechos de las madres y el niño, y contribuir a mejorar la calidad de atención y reducir la morbilidad materna y neonatal.

La implementación de la iniciativa MSCF implica el cumplimiento de diez pasos que comprenden las distintas etapas y aspectos de la atención de la embarazada, desde su primer contacto con los servicios de salud hasta el alta del recién nacido en el seguimiento ambulatorio. Algunos de estos pasos son atravesados transversalmente por los ejes conceptuales (2, 3, 4, 5 y 7); otros se alinean con los ejes a lo largo del continuo de la atención (6 y 9); y otros establecen el contexto cultural necesario para implementar la iniciativa (1 y 10) (Figura 4).

Figura 4. Ejes y pasos de MSCF



La iniciativa ha sido concebida como una intervención compleja, es decir que está compuestas por varios elementos que interactúan entre sí y su complejidad viene dada por las diversas dimensiones que incluye, que

¹³ Maternidad Segura y Centrada en la Familia con enfoque intercultural: conceptualización e implementación del modelo. Larguía M.; González M. A., Solana, C.; Basualdo, M. N.; Di Pietrantonio, E.; Bianculli, P.; Ortiz, Z.; Cuyul, A.; Esandi, M. E.; Fundación Neonatológica; Maternidad Sardá; Ministerio de Salud de la Nación; UNICEF. Segunda edición, julio 2012. ISBN: 978-92-806-4641-2.

van desde la cantidad de elementos que la componen, hasta la cantidad de resultados posibles o las distintas poblaciones objetivo a las cuales se destina la acción.¹

La implementación de MSCF se sustenta en el cambio organizacional a través de:

1. La construcción de alianzas con el gobierno nacional y los gobiernos provinciales, en línea con las políticas públicas en favor de la salud materna e infantil.
2. La transformación de la cultura organizacional de las maternidades y el fortalecimiento de las capacidades de los equipos de salud por medio de la articulación con prestigiosas instituciones, académicas y de la sociedad civil, que trabajan en el campo de la salud materna e infantil.
3. La capacitación a los equipos de conducción de las maternidades (directores y jefes de servicio de las maternidades participantes) para favorecer la implementación de programas y acciones concretas a nivel institucional.
4. Cambios estructurales esenciales, como el mejoramiento de las residencias para madres.
5. La mejora del acceso, análisis y uso de la información y de las redes dentro y entre las maternidades participantes, a través de la creación de comunidades de práctica.
6. Involucramiento de agentes internos de cambio para planificar e implementar acciones de cambio a nivel de las maternidades participantes.
7. Fortalecimiento de la demanda calificada (usuarios), con foco en los derechos de los prematuros.

Es así como, a través de acuerdos con instituciones del sector público nacional y provincial, del sector social y del académico, y de un esfuerzo conjunto para coordinar y articular acciones en pos de un objetivo común, se arriba a la situación actual, en la cual MSCF evidencia su consolidación como una intervención compleja por la salud de los recién nacidos y sus familias con alcance en todo el territorio nacional.

3.1. Teoría de Cambio del Programa

La implementación del modelo MSCF es una metodología de intervención compleja, y, si bien se centra en la transformación institucional (ver Figura 3), requiere el involucramiento de los tres niveles del sistema de salud:

1. Los decisores de las políticas públicas de nivel ministerial nacional y provincial (nivel macro);
2. Los funcionarios que conducen las principales instituciones (nivel intermedio);
3. Los equipos de salud que tienen a cargo la atención perinatal y los destinatarios de esa atención: las familias y sus comunidades (nivel micro).

Por medio de la revisión de conocimientos sistemáticos y actualizados referidos a la atención perinatal, se elaboraron los conceptos y principios que permiten arribar al modelo propuesto. De esta base de sustentación, la iniciativa MSCF ha diseñado pasos de implementación, lo que la convierte en una metodología de transformación institucional.

Esta metodología se despliega a través de un conjunto de dispositivos (de evaluación, de capacitación, de articulación, de comunicación) implementados a través de la colaboración de reconocidas instituciones académicas, con el propósito de introducir las innovaciones necesarias en cada maternidad, articulando, como ya se señaló, con los distintos niveles de responsabilidad involucrados.

Transformar la cultura organizacional significa instalar buenas prácticas para lograr una atención humanizada centrada en los derechos de las madres, las niñas, los niños y sus familias, que contribuyan a reducir la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal en Argentina.

Por último, esta iniciativa, estimula y apoya proyectos locales preexistentes o que surgen inspirados en los principios que sustentan este modelo, desarrollándose como una instancia de articulación intersectorial e interinstitucional.

Los 10 pasos para la transformación de las maternidades propuestos por la iniciativa MSCF pueden agruparse de acuerdo con el foco al que se dirigen las acciones y son los siguientes:

Institución:

1. Reconocer el concepto de Maternidad Segura y Centrada en la Familia como una política de la institución.
10. Recibir y brindar cooperación de y para instituciones, para la transformación en MSCF.

Atención madre, hijo/hija:

2. Brindar apoyo a la embarazada y a su familia durante el Control Prenatal (CPN).
3. Respetar las decisiones de las embarazadas y de su familia en el trabajo de parto y en el parto
4. Priorizar la internación conjunta madre-hijo o hija sanos, con la participación de la familia.
5. Facilitar la inclusión de la madre, del padre y del resto de la familia en la internación neonatal.
8. Organizar el seguimiento del recién nacido sano y, especialmente, del de riesgo luego del alta, en consultorios externos especializados que prioricen la inclusión familiar.

Familia:

6. Contar con una Residencia para Madres (RM) que permita su permanencia junto con los recién nacidos internados.
7. Promover el servicio de voluntarios y voluntarias de la comunidad.
9. Fortalecer la implementación de la iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño (HAMN).

En definitiva la iniciativa MSCF es:

1. Un modelo de atención perinatal organizado según los últimos avances científicos y tecnológicos, apoyado en la evidencia médica y fuertemente comprometido con los derechos de los recién nacidos y sus familias.
2. La implementación de una intervención compleja tendiente a la instalación del modelo de atención descrito mediante la transformación institucional, involucrando a los distintos niveles de responsabilidad en la atención de la salud materna y neonatal.
3. Una instancia de articulación e impulso a otras iniciativas en el campo de la atención de la salud de madre e hijos que coincidan en su perspectiva

Hasta el momento las provincias adheridas a la iniciativa MSCF son diez: Buenos Aires, Catamarca, Córdoba, Corrientes, Jujuy, Mendoza, Misiones, Salta, Santa Fe y Santiago del Estero, alcanzando a 102 maternidades y beneficiando a 222.984 recién nacidos, que representan el 54% de los nacimientos del sector público.¹⁴

¹⁴ Las estadísticas oficiales no relevan atención en el sector público en función del nivel de pobreza. No obstante, se ha observado que la población que recurre al sector público en su mayoría pertenece a los grupos poblacionales de mayor condición de vulnerabilidad social, ya que no disponen de cobertura por parte de la seguridad social (por carecer de empleo formal) o del sistema privado (por no poder costear el valor de los planes prepagos). Por lo mencionado, el proyecto MSCF tiene una clara focalización en los grupos poblacionales de mayor necesidad.

La iniciativa ha promovido la adecuación/construcción y equipamiento de 20 residencias para madres, ha elaborado 65 herramientas de gestión, 15 guías y documentos, y ha implementado 108 actividades de capacitación llegando a más de 5,000 profesionales capacitados. El presupuesto ejecutado durante el periodo 2010 a 2014 ha sido de casi 8 millones de USD. En la iniciativa han participado como aliados diversas organizaciones como Funlarga, Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), Fundación para la Salud Materno Infantil (FUNDASAMIN), Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas (CEMIC), Centro Rosarino de Estudios Perinatales (CREP), KANDU, y Farmacity.

La evaluación de la estrategia MSCF busca determinar si los diversos elementos mencionados en esta sección, y que componen una intervención compleja, han permitido iniciar la adopción de un nuevo paradigma de atención y un cambio cultural, estructural, y organizacional profundo.

4. Propósito de la evaluación.

UNICEF Argentina 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. 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 jurisdiccionales.
2. Apoyar la toma de decisiones en relación a los programas en ejecución y orientar la planificación de cara al nuevo periodo de planificación 2016-2020.
3. Contar potencialmente con modelos posibles de ser transferidos a otros contextos y territorios en el marco de la cooperación de Unicef Sur/Sur- Triangular- Regional y Global.

Los destinatarios y/o usuarios de esta evaluación serán: UNICEF Argentina, UNICEF HQ y LACRO, las instituciones contrapartes nacionales y provinciales, organizaciones multilaterales presentes en el sector salud, e instituciones académicas.

5. Alcance de la evaluación:

El objeto de estudio de la presente evaluación es el Programa Maternidades Seguras y Centradas en la Familia (MSCF), circunscribiéndose a la totalidad de las provincias donde se ha implementado (Buenos Aires, Córdoba, Mendoza, Jujuy, Misiones, Salta, Santa Fe, Santiago del Estero, Catamarca y Corrientes).

La evaluación tendrá una duración máxima de 5 meses, y se iniciara de forma inmediata, cubriendo el período Agosto - Diciembre del 2015.

6. Objetivos y Criterios de evaluación:

El objetivo general de la evaluación es: proporcionar una evaluación externa independiente y objetiva del programa MSCF que brinde, tanto a la oficina de UNICEF Argentina, como a otros actores relevantes, insumos para orientar la planificación programática futura, asegurar la sostenibilidad de la iniciativa, y determinar en qué medida el programa ha contribuido a alcanzar los resultados previstos y sus posibilidad de transferencia a otros contextos y territorios.

Objetivos específicos y Criterios de Evaluación (Ver preguntas de evaluación en Anexo)

- Determinar si el conjunto de actuaciones del programa se han alineado con las políticas y estrategias provinciales, 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 provinciales. (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)
- Determinar la existencia de (o la contribución a) impactos de desarrollo sostenibles en el tiempo, atribuibles a las acciones del programa. (IMPACTO)
- Identificar y documentar las lecciones aprendidas y recomendaciones de cara a asegurar la sostenibilidad del programa, su adopción como política pública, así como las posibilidades de transferencia del programa a otros contextos y territorios. (LECCIONES APRENDIDAS, SOSTENIBILIDAD Y TRANSFERENCIA).

La evaluación externa deberá valorar el grado de avance en el cumplimiento de los objetivos planteados por el programa así como identificar aquellos cuellos de botella y factores facilitadores para un efectivo logro de los mismos. El foco se colocará en los resultados alcanzados y en la sostenibilidad del programa, sin desmedro de tomar en cuenta los procesos y las estructuras que permitirán explicar y pronosticar esos resultados.

7. Metodología, diseño y fuentes de información

7.1. Período a ser analizado

En el diseño del estudio se considerará como objeto de análisis el período 2010-2014 del programa, correspondiente al actual ciclo CPD.

7.2. Metodología y diseño

La evaluación pondrá en práctica metodologías y técnicas determinadas por las necesidades específicas de información y las preguntas establecidas en estos TdR. La metodología y técnicas a emplear en la evaluación, serán descriptos en los Informes inicial y final; y en este último, se incluirán los cambios realizados y su fundamentación, en la medida que se hayan realizado.

Para la evaluación externa del programa MSCF se aplicarán estrategias metodológicas correspondientes a diseños de investigación cuantitativos y cualitativos que revelen las potencialidades y desafíos del Programa, teniendo en cuenta que se trata de una experiencia centrada en transformaciones institucionales. Se

considera importante implementar un enfoque combinado, cuantitativo y cualitativo, que permita realizar triangulación, no sólo entre enfoques, sino además entre técnicas y actores.

El enfoque cuantitativo procurará “representatividad estadística”. El universo de datos es la totalidad de las maternidades donde se aplicó el programa MSCF en las provincias seleccionadas. Con el enfoque cualitativo, se procurará mayor profundización. A tal efecto podrán realizarse dinámicas grupales (con guías orientadoras) con profesionales de la salud, directivos y supervisores, visitas de observación a maternidades y entrevistas personales y/o grupales (a integrantes de los equipos provinciales y a autoridades provinciales).

Se complementarán las técnicas antedichas con la recopilación, sistematización y análisis de la información secundaria disponible a partir de estadísticas y documentos. Asimismo, una importante fuente de información son los materiales audiovisuales, algunos de los cuales han sido especialmente tomados a efectos de monitoreo.

Disponer de un corpus de información cualitativa proveniente de fuentes diversas, un conjunto considerable de datos cuantitativos de carácter primario y secundario, y la posibilidad de contar con algunos grupos de control, permitirá profundizar el análisis de los puntos planteados en la evaluación y llevar a cabo la triangulación metodológica necesaria para adquirir mayor grado de certeza respecto de las conclusiones que surjan de la evaluación.

La evaluación, buscará profundizar y lograr un mayor entendimiento que explique los procesos, eventos y situaciones que, en el marco de los resultados planeados, permita llegar a las recomendaciones definidas en estos términos de referencia.

Aun así, este diseño podrá ser adaptado y las fuentes de información ampliarse, en la búsqueda de lograr los mejores estándares de calidad para concretar la evaluación. Estos cambios podrán ser propuestos y acordados por miembros de los equipos de Unicef y Evaluador, en consulta previa con el Manager de la Evaluación.

7.3. 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:

- ✓ Los informes elaborados por los responsables de la aplicación del programa, donde dan cuenta en detalle del desarrollo del mismo y sus principales resultados.
- ✓ Materiales utilizados en el desarrollo del programa incluyendo materiales del campus virtual.
- ✓ Análisis y sistematización de los documentos oficiales que resulten pertinentes, de carácter provincial (leyes, resoluciones, recomendaciones, etc.) y los propios de cada maternidad (disposiciones internas, reglamentos, proyectos institucionales, etc.)
- ✓ Datos estadísticos oficiales, que proveerán información secundaria sobre aquellas variables relevantes desde el punto de vista de los ejes de análisis previstos para la evaluación del programa. Estos datos se utilizarán para caracterizar contextos y situaciones y servirán a fines comparativos.
- ✓ Entrevistas a los actores clave que participaron en el programa; no se descarta la realización de *focus groups* con estos actores.

- ✓ Entrevistas a funcionarios del gobierno provincial, fundamentalmente aquellos que se desempeñan en áreas que se encuentran directamente involucradas en la aplicación de MSCF, en cada una de las jurisdicciones seleccionadas para el desarrollo del programa.
- ✓ Reuniones y trabajo conjunto con autoridades, especialistas y/o referentes de UNICEF que actuaron en las diferentes instancias que comprende la aplicación del programa.

7.4. Fases de la evaluación:

Aunque el equipo evaluador deberá presentar un cronograma de evaluación en un diagrama de Gantt (donde sea mayor el detalle de actividades y pueda visibilizarse su realización según períodos menores, por ejemplo semanas), se propone en este apartado un cronograma tentativo general. Cada instancia deberá ser discutida y acordada con el equipo de UNICEF.

Período	Actividades
2 semanas	<ul style="list-style-type: none"> - Analizar todas las fuentes de información relevantes como documentos de programa, informes intermedios y finales, publicaciones, así como otros documentos y/o productos generados por el programa que puedan proveer evidencias útiles para la valoración de los mismos. - Realizar y acordar el diseño metodológico, comprendiendo los ejes analíticos a indagar, las variables e indicadores a considerar. - Brindar precisiones sobre las técnicas a usar para la obtención de información. - Resumir en una matriz síntesis evaluativa.
3 semanas	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo de herramientas de recolección de datos para recabar la información necesaria para contestar a las preguntas de la evaluación establecidas en estos TDRs, así como otras que pudieran surgir. - Diseño de las herramientas cuantitativas (cuestionarios autoadministrables). - Diseño de los instrumentos para técnicas cualitativas (guías para grupos focales, entrevistas, visitas de observación, otras). - Diseño de las bases computarizadas para procesamiento de cuestionarios. - Diseño de las matrices cualitativas para consolidación de información de dinámicas grupales y entrevistas. - Diseño de las bases para la recopilación de la información cuantitativa. - Recopilación de la información secundaria (existente) que sea pertinente. - Entrega de la PRESENTACION DE INFORME INICIAL (INCEPTION REPORT)
5 semanas	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicación de herramientas de recolección de datos (encuestas autoadministradas, entrevistas, grupos focales, visitas de observación, etc.) - Visita a las provincias para realizar entrevistas con autoridades provinciales, de la dirección de maternidad e infancia, y de las maternidad. - Recopilar la información cuantitativa.
4 semanas	<ul style="list-style-type: none"> - Procesar la información cuantitativa, carga en base de datos y salidas de información. - Procesar la información cualitativa obtenida en las matrices prediseñadas. - Sistematizar la información según los ejes analíticos predeterminados. - Redactar informes parciales a partir de los relevamientos y de otra información disponible, según provincias. - Elaboración de PowerPoint con resultados preliminares

4 semanas	<ul style="list-style-type: none"> - Redactar en forma preliminar el Informe final consolidado y según provincias. – Entrega del BORRADOR INFORME FINAL - Discusiones y acuerdos con interlocutores de UNICEF sobre el informe final.
2 semanas	<ul style="list-style-type: none"> - Inclusión de los ajustes correspondientes - Entrega del INFORME FINAL Y RESUMEN EJECUTIVO - PowerPoint del informe final de evaluación.

7.5. Participación de actores claves institucionales

Los actores claves en esta evaluación son las contrapartes gubernamentales a nivel provincial, el management de UNICEF y las contrapartes no gubernamentales que puedan estar implicadas en las áreas a evaluar. Otras agencias del sistema UN, y otras organizaciones podrán ser consultados a lo largo de la evaluación.

8. Productos

El equipo consultor deberá entregar los siguientes productos, todos ellos en español.

1. Informe inicial (INCEPTION REPORT) incluyendo la revisión de los materiales utilizados y el desarrollo de la metodología evaluativa. El informe contendrá: la propuesta sobre métodos, fuentes y procedimientos a ser utilizados en la recolección de datos, la relación de informantes clave, preguntas de evaluación, plan de trabajo, propuesta de casos, y agenda prevista para el trabajo de campo. El informe tendrá una extensión máxima de 25 páginas y deberá ser entregado después de 45 días de firmado el contrato, y una vez recibida toda la información relevante por parte de UNICEF.

El Informe Inicial deberá contener los siguientes epígrafes:

- Introducción
 - Antecedentes de la evaluación: Objetivos y enfoque
 - Identificación de las unidades principales de evaluación y dimensiones a analizar
 - Metodología para la recopilación y análisis de la información
 - Selección de intervenciones a evaluar
 - Criterios para definir la Agenda del trabajo de campo
 - Agenda de trabajo preliminar
2. PowerPoint con principales hallazgos preliminares para compartir con los actores clave. Será presentado al finalizar el trabajo de campo.
 3. Informes Borradores de Evaluación (BORRADOR INFORME FINAL) incluyendo anexos y estudios de casos. La estructura del informe contendrá los mismos epígrafes que el informe final y tendrá un máximo de 100 páginas. A entregar 60 días después de finalizado el trabajo de campo.
 4. Informes de Evaluación (INFORME FINAL CON RESUMEN EJECUTIVO) A entregar 15 días después de recibidos los comentarios al informe preliminar.

El informe borrador y final contendrá como mínimo los siguientes apartados establecidos en el UNEG Quality Checklist for Evaluation Reports:

- Resumen ejecutivo (Max 2-3 páginas)

- Objetivos de la evaluación
- Propósito de la evaluación, objetivo y alcance
- Metodología de la evaluación
- Hallazgos
- Conclusiones
- Recomendaciones
- Anexos

De forma transversal el informe deberá contemplar la aplicación del Enfoque de Género y Derechos Humanos.

- Los informes de evaluación debe ir más allá de una simple descripción de la implementación y de los efectos e incluir un análisis, basado en los hallazgos, de las causas subyacentes, las restricciones, las fortalezas que hay que capitalizar y las oportunidades. Deben identificarse y analizarse, en la medida de lo posible, los factores externos que contribuyen a los logros y dificultades.
- Los anexos deben incluir listado de documentos revisados, y personal entrevistado, instrumentos de recolección de datos y términos de referencia, así como mayores detalles sobre cualquiera de los puntos anteriores; sistema para garantizar la calidad de los datos mediante el monitoreo y la supervisión de la recolección de los datos; una discusión más detallada de las restricciones según sea necesario.
- Se adjuntara una versión en PowerPoint de ambos informes de evaluación.

9. Coordinación y gestión de la evaluación

Los resultados de la evaluación serán entregados en versión final, única e integral, al manager de la evaluación en UNICEF y serán utilizados por el Country Management Team y el Equipo de País de UNICEF para el fortalecimiento del componente programático de educación de cara al nuevo CPD.

Para viabilizar las actividades a realizar en las provincias, el equipo evaluador deberá establecer contacto con las Direcciones Provinciales de Maternidad e Infancia, quienes facilitarán los contactos con los referentes claves y habilitaran las visitas a las maternidades seleccionadas.

10. Grupo de Referencia

Para dar seguimiento al proceso de evaluación, se designara un grupo de referencia compuesto por:

- UNICEF LACRO: Especialista Salud y Especialista Evaluación
- UNICEF ARG: Deputy, Especialista salud y equipo, Especialista en Monitoreo y Evaluación y equipo.
- Socios de Gobierno relevantes: Ministerio de Salud de la Nación y de las Provincias participantes en la evaluación.

El rol del grupo de referencia incluirá:

- Participación en la versión final de los Términos de Referencia
- Identificación de necesidades de información
- Facilitación del acceso del equipo evaluador a documentos e información relevantes para la evaluación, así como acceso a informantes clave
- Monitoreo a la calidad del proceso y de los documentos intermedios y finales (revisión de informes intermedios y finales e inclusión de comentarios)

- Diseminar los resultados de la evaluación

11. Equipo Evaluador

El equipo evaluador estará conformado, como mínimo, por tres profesionales, un profesional senior internacional y dos semi senior con trabajo más intenso en terreno por provincia. UNICEF realizará un solo contrato a la Institución de pertenencia del equipo evaluador que firmara el Team Leader, quien fungirá como Coordinador de la evaluación.

El consultor senior deberá cumplir los siguientes requisitos:

- Grado universitario avanzado o estudios equivalentes en ciencias sociales u otras disciplinas pertinentes (postgrado o maestría)
- Formación especializada en áreas tales como evaluación, gestión de proyectos, estadísticas sociales e investigación
- Fuerte conocimiento en procesos de cambio instruccional en el área de salud
- Cinco a Ocho (5 a 8) años de experiencia en diseño y ejecución de evaluaciones (aplicación de técnicas cualitativas y cuantitativas)
- Alto dominio del idioma español.
- Habilidades de comunicación y facilitación de reuniones de equipo.
- Se valorara experiencia en la región
- Se valorara conocimiento del sistema de NNUU

El equipo de asistentes de la evaluación deberá incluir:

- Estudios universitarios
- Conocimientos de metodologías de evaluación de programas y de técnicas cualitativas de relevamiento y sistematización de información.
- Dos (2) años de experiencia en actividades de asistencia en evaluación e investigación.
- Experiencia en el diseño de las bases computarizadas requeridas para los cuestionarios autoadministrables y la emisión de las respectivas salidas de información.

El o la líder de ese mínimo equipo evaluador tendrá fluida interlocución con UNICEF Argentina y/o con los/las responsables técnicos y políticos de ambas intervenciones, no sólo para obtención directa de información sobre sus procesos de implementación, sino además para acordar aspectos de diseño.

Los criterios de valoración se incluyen en el Anexo III.

12. Presupuesto

La consultoría de evaluación deberá presentar un presupuesto donde se incluya todo tipo de gastos: impuestos, seguros, viajes, y cualquier otro gasto que genere el trabajo de consultoría.

Los pagos se efectuaran contra aprobación de productos por parte de UNICEF siguiendo el siguiente calendario de pagos:

- Aprobación de informe inicial: 30%
- Aprobación de informe final borrador: 40%
- Aprobación de informe final: 30%

El presupuesto deberá presentarse en base al siguiente formato (indicando días/consultor para cada actividad)

Actividades	Evaluador Senior	Asistente 1	Asistente 2
Total días			
Rate	___ USD / día	___ USD/ día	___ USD / día
Traslados	___ USD	___ USD	___ USD
DSA	___ USD	___ USD	___ USD
Seguros, comunicaciones y otros	___ USD	___ USD	___ USD
SubTotal presupuesto	___ USD	___ USD	___ USD
TOTAL PRESUPUESTO			

13. Recepción y presentación 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 del equipo
2. Propuesta técnica,
3. Ejemplo de 2 evaluaciones similares recientes realizadas por el equipo o enlace electronico

Sobre 2:

4. Propuesta económica,

Las propuestas deberán llegar antes del 24 de Junio de 2015 a las 18.00 hs (Buenos Aires) a la atención de:

Lucia Bernardo

UNICEF Oficina de Argentina

Junín 1940 PB

CP 1113 Buenos Aires

ARGENTINA

No se admitirán ofertas que lleguen por correo electrónico

Cualquier consulta sobre el proceso pueden contactar a través de correo electrónico:

lbernardofernandez@unicef.org

Referencias on line sobre el Programa MSCF

http://www.unicef.org/argentina/spanish/MSCF_2ed_web.pdf

http://www.unicef.org/argentina/spanish/health_nutrition_childhood_21378.htm

http://www.unicef.org/argentina/spanish/SALUD_informeGestion2010-14.pdf

<https://www.youtube.com/watch?v=faaR993dUH0&list=UU-Tbihnf-VyEnj763yQ7IjA>

<https://www.youtube.com/watch?v=mLFh0fO-Jw>

<https://www.youtube.com/watch?v=EukKVDDVIM&feature=youtu.be&list=PLD954E2E528039F12>

https://www.youtube.com/watch?v=9jBIPh_GZL8

Preguntas de evaluación: (Definiciones CAD/OCDE)

Relevancia/Pertinencia: Medida en que los objetivos de una intervención son congruentes con los requisitos de los beneficiarios, las necesidades del país, las prioridades globales y las políticas de los asociados y donantes

1. ¿Se adecua la intervención a las necesidades y prioridades de la población beneficiaria?
2. ¿Han cambiado las prioridades desde el inicio del programa?
3. ¿Son los principios de actuación coherentes con las políticas públicas de las provincias?
4. ¿Ha habido consulta y concertación con las autoridades públicas competentes a lo largo de la identificación, formulación y ejecución de los programas?
5. ¿En qué medida el diseño del programa tuvo en cuenta otras iniciativas en el mismo campo?
6. ¿En qué medida responde el Programa a las particularidades e intereses específicos de niños niñas y chicos y chicas adolescentes en las áreas de intervención, así como de grupos indígenas?
7. ¿Cuenta el programa con una teoría de cambio o modelo lógico (Explícito o implícito) que articule diferentes acciones en base a resultados a alcanzar? ¿Son claros y lógicos los vínculos entre inputs, actividades, resultados y objetivos
8. ¿Se analizaron los problemas y sus respectivas causas de manera adecuada y se identificaron claramente las necesidades, limitaciones, recursos y acceso a los servicios de los distintos beneficiarios tomando en cuenta la cuestión de género?
9. ¿Son los indicadores de seguimiento relevantes y con la calidad necesaria para la medición de los productos y resultados del programa (criterios SMART)?
10. ¿Han sido definidas y regularmente puestas al día las líneas de base y las metas? ¿Se han actualizado los riesgos y supuestos?
11. ¿Son lógicos y realistas los plazos establecidos para la ejecución del programa y la secuencia de las actividades del programa? Si la respuesta es negativa, ¿qué cambios deberán tomar para mejorarlo?
12. ¿Se ha determinado con claridad la estrategia para la sostenibilidad de los resultados del programa en el momento de su diseño?
13. ¿Qué cambios serían necesarios para mejorar la implementación y los resultados para el resto del ciclo programático?

Eficacia: Medida en que se lograron o se espera lograr los objetivos de la intervención, tomando en cuenta su importancia relativa.

1. ¿En qué medida está el programa logrando los resultados establecidos? ¿Qué resultados se lograron hasta el momento? (previstos y no previstos)
2. ¿Qué factores están contribuyendo al progreso o al retraso en el logro de resultados?
3. ¿En qué medida ha contribuido el programa a mejorar el acceso, retención y/o aprendizaje en educación?
4. ¿En qué medida está contribuyendo el programa a fortalecer las políticas públicas de las provincias?
5. ¿En qué medida las capacidades de los titulares de obligaciones y de derechos se han reforzado con el fin de lograr los resultados esperados?
6. ¿Está el programa proporcionando la cobertura a los socios/beneficiarios planificada?
7. ¿En qué medida y qué tipo de efectos diferenciados está produciendo el programa en función del sexo, grupo indígena, medio rural o urbano de la población beneficiaria?
8. ¿Qué buenas prácticas, experiencias exitosas o ejemplos transferibles se han identificado?

Eficiencia: Medida en que los recursos/insumos (fondos, tiempo, etc.) se han convertido económicamente en resultados

1. ¿Ha sido el programa eficiente? ¿Podrían los resultados haberse logrado a menor costo mediante la adopción de un enfoque diferente?
2. ¿Se han logrado los outputs de manera oportuna y con la suficiente calidad?
3. ¿Podrían las actividades y outputs haber sido logrados con menos recursos sin reducir su calidad y cantidad?
4. ¿En qué medida el modelo de gestión del programa, es decir, de instrumentos, recursos económicos, humanos, y técnicos, estructura organizativa, flujos de información, toma de decisiones en la gestión contribuyen a generar los productos y resultados previstos?
5. ¿En qué medida y como se están coordinando las instituciones participantes?
6. ¿Qué tipo de obstáculos (administrativos, financieros y de gestión) afronto el programa y en qué medida ha afectado esto a su eficiencia?
7. ¿Qué medidas se han tomado durante la planificación y la implementación para asegurar un uso eficiente de los recursos? ¿En qué medida ha aportado el programa medidas innovadoras en la solución de los problemas identificados?
8. ¿En qué medida la población objetivo y los socios/beneficiarios se han apropiado del programa asumiendo un papel activo? ¿Qué formas de participación han tenido lugar?

Sostenibilidad: Continuación de los beneficios de una intervención después de concluida. Probabilidad de que continúen los beneficios en el largo plazo. Situación en la que las ventajas netas son susceptibles de resistir los riesgos con el correr del tiempo.

1. ¿Cuál es la probabilidad de que los beneficios del programa se mantengan a largo plazo una vez finalizado el programa?
2. ¿Qué medidas se han tomado para garantizar la sostenibilidad del programa?
3. ¿En qué medida el programa ha contribuido a fortalecer la capacidad y el conocimiento de las los actores involucrados y ha fomentado la responsabilidad de los socios en la ejecución del programa?
4. ¿En qué medida cuentan las instituciones provinciales con capacidad técnica, y compromiso de liderazgo para continuar trabajando con el programa, para repetirlo o para multiplicarlo?
5. ¿El periodo de duración del programa es suficientemente adecuado para garantizar un ciclo que proyecte la sostenibilidad de las intervenciones?
6. ¿En qué medida son coherentes o difieren las visiones y acciones de los socios respecto al programa?
7. ¿De qué formas se puede mejorar la gestión del programa con el fin de que tenga más probabilidades de alcanzar una sostenibilidad en el futuro?
8. ¿Cuál son las oportunidades que emergen de este proceso de evaluación que permitirían definir la visión estratégica para el nuevo ciclo programático, con el fin de mejorar la implementación, los resultados, el impacto y la sostenibilidad de Programa?
9. ¿Cuáles podrían ser las prioridades principales?

Impacto: Efectos de largo plazo positivo y negativo, primario y secundario, producidos directa o indirectamente por una intervención para el desarrollo, intencionalmente o no.

1. ¿Cuáles son los efectos positivos y negativos, a largo plazo previstos y no previstos del programa?
2. ¿Hasta qué punto se pueden identificar y medir los cambios que se han producido como resultado del programa?
3. ¿Hasta qué punto es probables que los efectos del programa continúen?
4. ¿Hasta qué pueden atribuirse los efectos conseguidos al programa?

5. ¿Cuáles son los cambios positivos y negativos producidos directa o indirectamente por el programa sobre las oportunidades de los diferentes grupos de niños niñas, chicos y chicas adolescentes y de las condiciones socioeconómicas de sus localidades?
6. ¿Cuál es la evidencia de que el programa permitió a los titulares de derechos para reclamar sus derechos con mayor éxito y los garantes de derechos para ejercer sus funciones de manera más eficiente?

ANEXO III

CRITERIOS PARA LA VALORACION DE PROPUESTAS RECIBIDAS

Criterio	Puntuación Máxima
Grado universitario avanzado o estudios equivalentes en ciencias sociales u otras disciplinas pertinentes (maestría o postgrado)	2,5
Formación especializada en áreas tales como evaluación, gestión de proyectos, estadísticas sociales e investigación	10
Fuerte conocimiento en inclusión y calidad educativa	10
5 a 8 años de experiencia en diseño y ejecución de evaluaciones (aplicación de técnicas cualitativas y cuantitativas)	10
Se valorara experiencia en la región	5
Se valorara conocimiento del sistema de NNUU	2,5
TOTAL CURRICULUM	40
Claridad de propuesta técnica	15
Diseño metodológico	15
TOTAL CALIDAD PROPUESTA TECNICA	30
TOTAL CALIDAD EJEMPLO DE 2 EVALUACIONES PREVIAS REALIZADAS	10
TOTAL PROPUESTA ECONOMICA	20
PUNTUACION MAXIMA	100

CÓDIGO DE CONDUCTA DE EVALUACIÓN DEL UNEG EN EL SISTEMA DE NACIONES UNIDAS

Acta fundacional
UNEG
Grupo de Evaluación de las Naciones Unidas

Código de Conducta de Evaluación del UNEG en el Sistema de Naciones Unidas

UNEG, Marzo 2008

El Código de Conducta fue formalmente aprobado por los miembros UNEG en la Reunión Anual General del UNEG en 2008.

Más detalles sobre el enfoque ético hacia las evaluaciones en el Sistema de Naciones Unidas pueden ser encontrados en la *Guía Ética de Evaluación en el Sistema de Naciones Unidas*. (UNEG/FN/ETH[2008]).

CÓDIGO DE CONDUCTA DE EVALUACIÓN EN EL SISTEMA DE NACIONES UNIDAS

1. La conducta de los evaluadores en el sistema de Naciones Unidas debe ser intachable en todo momento. Cualquier deficiencia en su conducta profesional puede dañar la integridad de la evaluación, y más ampliamente las prácticas de evaluación en la Naciones Unidas o a las mismas Naciones Unidas, además de levantar dudas sobre la calidad y validez de su trabajo de evaluación.
2. El código de conducta UNEG¹⁵ aplica a todo el personal y consultores de evaluación del sistema de las Naciones Unidas. Los principios detrás del código de conducta corresponden en su totalidad a los estándares de conducta para el servicio civil internacional al cual todo el personal de UN está atado. El personal de NU también está sujeto a reglas específicas de cualquier miembro de la UNEG y procedimientos para la procuración de servicios.
3. Las provisiones del Código de Conducta UNEG aplican a todas las fases del proceso de evaluación desde la concepción hasta la conclusión de una evaluación hasta la diseminación y uso de los resultados de la evaluación.
4. Para promover la confianza en la evaluación en NU, se requiere que todo el personal de NU comprometido a la evaluación y consultores de evaluación se comprometan por escrito al Código de conducta para Evaluación¹⁶ (ver Anexos 1 y 2), y más específicamente a las siguientes obligaciones:

¹⁵UNEG es el Grupo de Evaluación de las Naciones Unidas (NU), una red profesional que reúne las unidades responsables de evaluación en el Sistema de las Naciones Unidas, incluyendo las agencias especializadas, fondos, programas y organizaciones afiliadas. UNEG cuenta hoy en día con 43 miembros.

¹⁶ Mientras las provisiones del Código de Conducta aplican a todo el personal de NU involucrado en la evaluación, solo el personal de NU que pasa una parte substancial de su tiempo trabajando en evaluación se espera que firmen el Código de Conducta, incluyendo personal de evaluación, supervisión u otra unidad de gestión de desempeño directamente involucrada en la gestión o conducción de evaluaciones. Se requiere que todos los consultores de evaluación firmen el Código al ser contratados por un miembro de UNEG.

INDEPENDENCIA

5. Los evaluadores deberán asegurar que razonamiento independiente es mantenido y que los hallazgos y recomendaciones de la evaluación sean presentados independientemente.

IMPARCIALIDAD

6. Los evaluadores deberán operar de una manera imparcial y objetiva además de presentar una presentación balanceada de las fortalezas y debilidades de las políticas, programa, proyecto o unidad organizacional que se evalúa.

CONFLICTO DE INTERESES

7. Se requiere que los evaluadores informen por escrito de cualquier experiencia pasada, ya sea de ellos mismos o de sus familias inmediatas, que podría dar lugar a un potencial conflicto de intereses y lidiar honestamente en la resolución de cualquier conflicto de interés que pudiere surgir. Antes de llevar a cabo el trabajo de evaluación con el Sistema de Naciones Unidas, cada evaluador deberá completar una forma de declaración de intereses (ver Anexo 3).

HONESTIDAD E INTEGRIDAD

8. Los evaluadores deberán mostrar honestidad e integridad en su comportamiento, negociar honestamente con los costos, tareas, limitaciones y alcance de posibles resultados de la evaluación mientras presentan fielmente sus procedimientos, información y hallazgos, en adición a resaltar cualquier tipo de limitaciones o dudas de interpretación dentro de la evaluación.

COMPETENCIA

9. Los evaluadores deberán representar fielmente su nivel de habilidades y conocimientos y trabajar solo dentro de los límites de su entrenamiento profesional y capacidades en evaluación, negando tareas para las cuales no tienen las habilidades y experiencia requeridas para completarlas satisfactoriamente.

RENDICION DE CUENTAS

10. Los evaluadores son responsables de completar los entregables de evaluación dentro del marco de tiempo y presupuesto previamente acordados, mientras opera de manera cost-effective.

OBLIGACIONES HACIA LOS PARTICIPANTES

11. El evaluador deberá respetar y proteger los derechos y bienestar de los individuos y sus comunidades, de acuerdo con la Declaración Universal de Derechos Humanos de las Naciones Unidas y otras convenciones de derechos humanos. Los evaluadores deberán respetar diferencias de cultura, costumbres locales, creencias y prácticas religiosas, interacción personal, roles de género, discapacidades, edad y etnia, mientras utiliza instrumentos de evaluación apropiados al contexto cultural. Los evaluadores deberán asegurar que los participantes prospectos son tratados como agentes independientes, libres de elegir si participan o no en la evaluación, mientras aseguran que los grupos relativamente débiles sean representados. El evaluador deberá estar consciente y acatar los códigos legales (ya sean internacionales o nacionales) gobernando, por ejemplo, las entrevistas a niños y jóvenes.

CONFIDENCIALIDAD

12. Los evaluadores deberán respetar el derecho de las personas a proveer información confidencialmente y hacer que los participantes estén conscientes del alcance y límites de la confidencialidad, asegurando asimismo que la información sensible no pueda ser trazada a su fuente.

PREVENCIÓN DE DAÑOS

13. El evaluador deberá actuar minimizando riesgos y daños y evitando cargas a aquellos participando en la evaluación, sin comprometer la integridad de los hallazgos de la evaluación.

FIDELIDAD, INTEGRIDAD Y CONFIANZA

14. Los evaluadores tienen la obligación de asegurar que los informes de evaluación y presentaciones sean fieles, íntegras y de confianza. Los evaluadores deberán justificar explícitamente juicios, hallazgos y conclusiones y demostrar el fundamento subyacente, para que las contrapartes estén en la posición de valorarlos.

TRANSPARENCIA

15. Los evaluadores deberán comunicar con claridad a las contrapartes el propósito de la evaluación, los criterios aplicados y el uso intencionado de los hallazgos. Los evaluadores deberán asegurar que las contrapartes puedan participar en la adaptación de la evaluación y deberán asegurar que toda la documentación esté disponible y sea comprensible para las contrapartes.

OMISIONES Y MALICIA

16. Donde los evaluadores encuentren evidencia de cualquier malicia o conducta poco ética, son obligados a reportarla a la autoridad supervisora apropiada.

Anexo 1 al Código de Conducta: Grupo de Evaluación de las Naciones Unidas – Código de Conducta de Evaluación en el Sistema de Naciones Unidas

Forma de Acuerdo del Personal de Naciones Unidas

A ser firmado por todo personal comprometido por medio tiempo o tiempo completo en la evaluación al inicio de su contrato.

El acuerdo deberá acatar el Código de Conducta del Sistema de Naciones Unidas

Nombre del Miembro de Personal: _____

Confirmando que he recibido y comprendido y acataré el Código de Conducta para Evaluaciones de Naciones Unidas.

Firmado en (lugar) y (fecha)

Firma: _____

Anexo 2 al Código de Conducta de Evaluación en el Sistema de Naciones Unidas del Grupo de Evaluación de las Naciones Unidas

Forma de Acuerdo de los Consultores de Evaluación

A ser firmado por todos los consultores como individuos (no de parte de o por una oficina de consultoría) antes de que el contrato sea emitido.

El acuerdo acata el Código de Conducta para Evaluación en el Sistema de Naciones Unidas

Nombre del Consultor: _____

Nombre de la Organización Consultora: _____

Confirmando que he recibido y comprendido y acataré el Código de Conducta para Evaluación de las Naciones Unidas.

Firmado en (lugar) y (fecha)

Firma: _____