

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO

EVALUACIÓN DEL DISEÑO DEL PROGRAMA DE APOYO A LA REFORMA DEL SECTOR SALUD
2009-2015 EN PERÚ

Proyecto terminal para obtener el grado de
Maestro en Salud Pública en Administración en Salud

MD. OSCAR ALFREDO MARTINEZ MARTINEZ

Generación 2014-2016

Directora de proyecto terminal

Dra. Jacqueline Elizabeth Alcalde Rabanal

Asesor de proyecto terminal

Dr. Alfonso Edgardo Nino Guerrero

Cuernavaca, Morelos

Agosto 2016

Contenido

Introducción	4
1. Antecedentes	5
I. El sistema de salud en Perú	5
A. Las reformas del sistema de salud Peruano	7
B. Programa de apoyo a la reforma del sector salud de Perú (PARSalud)	9
2. Planteamiento del problema	11
3. Objetivos	13
I. Objetivo general	13
II. Objetivo específico	13
4. Justificación	14
5. Marco conceptual	14
I. Programas sociales en el campo de la salud	15
II. Enfoque sistémico y los sistemas de salud	16
III. Marco lógico y teoría de cambio	17
IV. Evaluación integral de programas	18
V. Evaluación de diseño de programas	20
A. Pertinencia	21
B. Coherencia	21
C. Suficiencia	21
6. Metodología	23
I. Diseño del estudio	23
II. Ámbito de estudio	23
III. Unidad de análisis	23
IV. Categorías de análisis de la evaluación de diseño	23
A. Descripción de las dimensiones de análisis	24
V. Fuentes de información e instrumentos	32
VI. Rigor metodológico de la evaluación de diseño	33
VII. Pasos de la evaluación del diseño	34
VIII. Evaluación de la coherencia	35
IX. Evaluación de la suficiencia	36
X. Plan de análisis	37
XI. Procesamiento de la información	37
XII. Consideraciones éticas	37
7. Resultados y discusión	38
7.1 Descripción general del programa	38
I. Marco legal de PARSalud desde Perú	38
II. Objetivo General PARSalud fase II [Tomado del POA 2009 Reformulado]	39
III. Objetivos específicos PARSalud fase II	39
IV. Componentes del programa	39
V. Estructura interna, coordinadora de PARSalud en Perú	40
7.2 Evaluación de Pertinencia	43
I. Justificación de PARSalud	43
II. Contribución a metas y estrategias nacionales	45
III. Selección de ámbitos	47
IV. Selección de beneficiarios	53

V.	Intersectorialidad	55
7.3	Evaluación de coherencia	57
I.	Análisis de la teoría causal.....	57
I.	Teoría de cambio del programa.....	64
A.	Uso de la evidencia científica	66
II.	Selección de alternativas.....	69
A.	Selección de alternativas por componente	69
B.	Selección de alternativas a nivel de las actividades principales.....	71
7.4	Evaluación de la suficiencia	72
I.	Lógica vertical	72
A.	Relación de las actividades con los componentes.....	72
B.	Suficiencia de las actividades.....	74
C.	Objetivos de las acciones del programa	74
D.	Metas de los productos del PARSalud	77
E.	Relación de los componentes con el propósito.....	77
II.	Lógica horizontal	78
8.	Conclusiones.....	80
9.	Recomendaciones	83
I.	Pertinencia	83
II.	Coherencia.....	83
III.	Suficiencia	83
IV.	Otros hallazgos.....	85
	Recomendaciones de justificación de PARSalud	85
	Recomendaciones para incluir indicadores a la priorización de necesidades	86
	Recomendación para uso de la evidencia científica	86
10.	Limitaciones de la investigación	86
11.	Bibliografía	87
12.	Anexos	91
	Anexo I Evidencia pertinente a identificación de necesidades y beneficiarios con la perspectiva curso de vida	91
	Anexo II Bibliografía utilizada por PARSalud.....	96
	Anexo III Publicaciones por causa y efectos del árbol de problemas	103
	Anexo IV Evaluación coherencia en el uso de la evidencia científica	105
	Anexo V Matriz de Marco Lógico para evaluación de suficiencia	113
	Anexo VI Cronograma.....	117
	Anexo VII Relación de actividades y la respuesta a los objetivos del PARSalud.....	118

Glosario

AVISA Años de Vida Ajustados por discapacidad	OGE: Oficina (Dirección) General de Epidemiología
BID: Banco Interamericano de Desarrollo	OGPE: Oficina General de Planeamiento Estratégico
BM: Banco Mundial	OMS: Organización Mundial de la Salud
BPN: Bajo Peso al Nacer	OPS: Organización Panamericana de la Salud
CLAS Comité Local de Administración en Salud	PARSALUD: Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud
CENAN: Centro Nacional de Alimentación y Nutrición	PFSS: Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud
DGPM: Dirección General de Programación Multianual	PIP: Proyecto de Inversión Pública
DIRESA: Direcciones Regionales de Salud	POA: Programa operativo anual
DRG: Grupos Relacionados de Diagnóstico	PSNB: Programa de Salud y Nutrición Básica
DISA: Direcciones de Salud	RC: Retardo en el crecimiento
EDA: Enfermedad Diarreica Aguda	RMM: Razón de Mortalidad Materna
ENDES: Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar	SIAF: Sistema Informático de Administración Financiera
ENAH0: Encuesta Nacional de Hogares	SIGA: Sistema Integrado de Gestión Administrativa
ENNIV: Encuesta Nacional de Niveles de Vida	SIS: Seguro Integral de Salud
FONP Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias	SISFOH: Sistema de Focalización de Hogares
FONB/FOB: Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas	SISMED: Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos
FONE/FOE Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales	SNIP: Sistema Nacional de Inversión Pública
FONI: Funciones Obstétricas y Neonatales Intensivas	UCI: Unidad de Cuidados Intensivos
INEI: Instituto Nacional de Estadística e Informática	UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.
IRA: Infección Respiratoria Aguda	UCP: Unidad Coordinadora de Programa
MEF: Ministerio de Economía y Finanzas	UNICEF: Naciones Unidas para la Infancia
MIMDES: Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social	USAID: Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos
MINSA: Ministerio de Salud	

Introducción

El Programa de Apoyo a la Reforma del Sector salud en general, se creó con el objetivo general de “apoyar el proceso de modernización y reforma del sistema de salud”, esto con el fin de “mejorar el estado de salud de la población materno-infantil de menores recursos”, mediante el “acceso a servicios de salud efectivos, eficientes y de calidad”.¹ PARSalud es un programa multietápico que busca articular esfuerzos de distintos actores y distintas administraciones, con el compromiso de realizar un cambio en el estado de salud materna-infantil y contribuir al desarrollo de las comunidades rurales. PARSalud en su fase II intervino en las regiones de: Amazonas, Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Puno y Ucayali; 9 regiones identificadas como las más pobres de Perú.

La evaluación de programas es un procedimiento que debe entenderse como un procedimiento incluido en la planificación del mismo, éste procedimiento puede ser realizado antes de la implementación, durante la implementación y/o una vez concluido el programa; y puede incluir la evaluación del diseño del programa (Planificación), evaluación de la implementación, resultados obtenidos y el impacto en salud.

El presente estudio, además de ser parte de un procedimiento académico de obtención de grado, ésta dedico a contribuir a en la evaluación del diseño del programa y a identificar cuál fue el contexto de su planificación; describiendo el procedimiento de evaluación del diseño del programa PARSalud II, los componentes analizados del diseño y proponiendo una aproximación cualitativa a la definición de cada uno de ellos.

La importancia de realizar la evaluación del diseño del programa, radica en la identificación de lecciones aprendidas y la posibilidad de tomar experiencias del acciones o actividades que fueron exitosas, para la posterior planeación de programas o continuación de programas; así como, proponer un marco de evaluación del diseño de programas o intervenciones en salud.

El trabajo se estructura de la siguiente manera: 1) Antecedentes, 2) planteamiento del problema, 3) objetivos, 4) justificación, 5) marco conceptual retomando que son los programas sociales de la salud, enfoque sistémico y los sistemas de salud, definición teoría de cambio y antecedentes de marco lógico, evaluación integral de programas, evaluación del diseño de programas, 6) metodología y por último 7) redacción de resultados por objetivos específicos.

1. Antecedentes

El desarrollo de la Metodología de Marco Lógico (MML) tiene origen en el desarrollo de técnicas de administración por objetivos en la década de los 60's y a principios de los años 70's por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID, por sus siglas en inglés), quien comenzó a utilizar esta metodología para planificar, diseñar y evaluar sus programas.² Esta metodología ha sido adoptada por el Banco Mundial desde 1997, convirtiéndola en un estándar fijo para la evaluación de operaciones de inversión.³ Los objetivos de diseño de Marco Lógico fue evitar tres problemas frecuentes en proyectos de variado tipo y monto, tales como la existencia de objetivos múltiples para un solo proyecto y la inclusión de actividades no conducentes al logro de estos, la mal definición de las responsabilidades y un inadecuado seguimiento y control, y la inexistente base objetiva y consensuada para comparar lo planificado con el impacto.²

Encontrada en la literatura como: Matriz de Marco Lógico, Modelo de Marco Lógico, Metodología de Marco Lógico, Sistema de Marco Lógico, Matriz de Indicadores de Resultados, es una de las principales herramientas utilizadas por organizaciones en el contexto internacional como el Banco interamericano de desarrollo (BID), Asian Development Bank (ADB), el Banco Mundial, Organismos de las Naciones Unidas, Gesellschaft Für Technische Zusammenarbeit (GTZ, Empresa Alemana de cooperación internacional para el desarrollo sostenible), Agencia Australiana para el desarrollo internacional (AusAID) o la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (CIDA); agencias que han impulsado el uso de la Marco Lógico para planeación y evaluación de proyectos.^{2,4}

En tanto, en la región de Latinoamérica, países como Chile, Colombia (en 2003) y Perú (en 2004), incorporan la utilización de MML para el diseño y evaluación de programas e intervenciones; mientras que, en México se incorpora desde 2006 en el marco constitucional y legal, como Gestión por Resultados y es hasta 2008 que la Administración Pública Federal (APF) la implanta a nivel nacional para gestión de presupuesto basado en resultados y para 2009 se consolida esta iniciativa a nivel federal.⁵ Así mismo, se ha incorporado el uso de la MML para la preparación de proyectos y procedimientos de evaluación de impactos y resultado, en México en instituciones como CONEVAL, SEGOB, SEDESOL y SEDESOE, entre otras dependencias públicas.^{2,6}

I. El sistema de salud en Perú

Perú se ubica en el hemisferio sur y colinda con Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador y al oeste con el océano pacífico. Con una extensión territorial de 1,285.215 Km² es el tercer país de mayo extensión en América del Sur. Es una república democrática y se encuentra organizado políticamente en 24 regiones, que elige presidente cada 5 años por votación. Perú es un país con geografía y clima muy

variado, se han propuesto clasificaciones muy variadas para explicar la gran diversidad de ecorregiones; sin embargo, de forma tradicional se divide en Costa, Sierra y Selva (Figura 1).^{7,8}

Cuenta con una población a 2014 de 30,814,175 habitantes, con una densidad poblacional de 24 h/km², una tasa de crecimiento anual de 1.1%, con un porcentaje de ruralidad de 24.1%.⁹

Figura 1 Regiones territoriales por condiciones climatológicas y geográficas.



Ref Tomado de la Comisión de la Promoción de Perú para la exportación y el Turismo
<http://www.peru.travel/es-lat/sobre-peru/ubicacion-geografia-y-clima.aspx>

En la región de la selva corresponde a la zona más extensa del territorio peruano; para su descripción, se divide en ceja de la selva, selva alta y baja. Una característica de este territorio es que tiene pocas variaciones térmicas durante el año. En general es donde se encuentran las regiones con menor densidad poblacional y se localizan las regiones: Amazonas, Ucayali.^{7,8}

La región de la sierra, es la segunda zona más poblada con el 36% de la población general y es la zona geográfica con mayores variaciones climatológicas en 2 estaciones. Existen regiones donde en un día de invierno la temperatura matutina-vespertina llega a 24°C y por la noche descender hasta los -3°C. encontramos las regiones de Cajamarca, Huánuco, Huancavelica, Ayacucho, Apurímac, Cusco y Puno.^{7,8}

En la región de la costa existen dos regiones distintas, la semi-tropical y el subtropical-árido, la primera de ellas con mínimas variaciones climatológicas y un promedio de 24°C; mientras que, en la segunda, que corresponde a la costa central y del sur, el clima tiene variaciones estacionales que cursa con 26°C

en el verano y 13°C en el invierno. Esta región es la que cuenta con una densidad poblacional mayor, contando con la menor proporción territorial (11%), encontramos el 52% de la población general.⁷⁻⁹

El sistema de salud está compuesto por dos grandes sectores, el sector público y el privado. En el sector público se cuenta con dos regímenes para la prestación de servicios, el régimen subsidiado y el contributivo indirecto, las fuentes de financiamiento son tripartitarias: gobierno-hogares-contribuciones gubernamentales, estos fondos son administrados por el Ministerio de salud (MINSA) y los gobiernos regionales a través de las direcciones regionales de salud (DIRESA); que a través del Sistema Integral de Salud (SIS), prestan servicios de salud mediante institutos especializados, hospitales y establecimientos del primer nivel de atención que pertenecen a la MINSA y las DIRESA, y estos prestan servicios de salud a población que vive en pobreza y la no asegurada mediante la cobertura de SIS o el pago de cuotas de recuperación.¹⁰

En el régimen contributivo las fuentes de financiamiento están dadas por los hogares y los empleadores; los fondos otorgados por el gobierno son administrados por el Ministerio de defensa y en cierta proporción por el Ministerio interior (El Ministerio interior percibe financiamiento que proviene de hogares), y prestan servicios de salud a militares y la policía nacional de Perú por medio de los hospitales y centros médicos de las fuerzas armadas y policiales; sin embargo, estos establecimientos no están en todas las regiones del país, para poder responder oportunamente se cuenta con una red de servicios que subroga servicios a los establecimientos del MINSA y las DIRESA. El Seguro Social (EsSalud), provee servicios de salud a trabajadores del sector formal y sus dependientes; esta institución prestadora de servicios recibe financiamiento directamente de los empleadores y presta atención de salud mediante hospitales, institutos especializados, policlínicos y puestos de salud que pertenecen a EsSalud y por medio de las Entidades Prestadoras de Servicios (EPS), compuestas por hospitales, clínicas, consultorios y farmacias con fines de lucro.¹⁰

En el régimen privado atiende a personas con capacidad de pago mediante la compra de seguros privados en hospitales, clínicas, consultorios y farmacias con fines de lucro y por último dentro de este régimen se encuentran aquellos de financiamiento no gubernamental, o mediante cooperación, que atiende a personas sin capacidad de pago mediante prestadores de servicios sin fines de lucro.¹⁰

A. Las reformas del sistema de salud Peruano

La formación del sistema de salud en Perú se desencadena por la Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, donde en 1972 se aprobó el Plan Decenal de Salud para las Américas 1971-1980, documento en el que se establece "...la cobertura total de la población con sistemas de salud en todos los países de la región...". Posterior a este momento se conformó un grupo de profesionales Peruanos, conocedores de sistemas de salud, el cual de 1975 a 1979 contribuyó a la creación y

organización de un Sistema Nacional de Salud moderno.¹¹ En el Plan Decenal de Desarrollo en las Américas 1971-1980, se propone la investigación de nuevas formas de prestación de servicios en salud y financiamiento sectorial; estas propuestas sugerían incorporar la planificación de la salud nacional a la planificación del desarrollo económico y social del país; esto para ofrecer una atención médica de manera que extienda "...la cobertura con servicios mínimos integrales, a todos los habitantes que residen en comunidades accesibles de menos de 2,000 habitantes y proveer servicios básicos y especializados a la población restante, a través de un sistema regionalizado de salud...".¹²

La creación del Sistema Nacional de Servicios de Salud fue en 1978, concordando con la declaración de Alma-Ata y por decreto de la Ley 22365, mediante la coordinación de todas las instituciones de salud por el Consejo Nacional de Salud, concretó logros trascendentes para construir equidad como el primer plan nacional de atención primaria de salud; en este punto se determinó el programa nacional de medicamentos básicos y la aprobación y desarrollo del Régimen de Prestaciones de Salud del Seguro Social a la familia Decretado en la Ley 22482.¹¹

En 1993 se formuló la constitución en Perú, manteniendo lo establecido en la constitución anterior, donde se establece el derecho universal y progresivo a la seguridad social y libre acceso a la salud; sin embargo, "...se eliminó la garantía del estado de proveer financiamiento suficiente...". Este cambio en la constitución explica porque el Estado transformó su papel de ente financiador directo a subsidiario.¹³ El MINSA cambió su orientación de 1997-1998, debido a que en 2001, se focalizó en la población pobre y de extrema pobreza, dando prioridad a la población materno-infantil y adulta en situación de alta vulnerabilidad, ofreciendo a esta población un paquete básico de atención.¹³

Perú se veía como un país con una organización en salud prometedora, sin embargo, al iniciar las reformas para la creación de sistemas nacionales de salud, tuvo una evolución negativa por falta de una política de Estado bien estructurada, ya que en 1980 el fortalecimiento de este SNSS fue desacelerado y desactivado en 1985, y fue hasta 1990 que por el Decreto Legislativo 584 se creó el Sistema Nacional de Salud, que aunque fue creado no fue reglamentado; y a partir de 1992 se crean las Zona de Desarrollo Integral de la Salud (ZONADIS), que dejan de funcionar 2 años después y para 10 años se eliminan completamente y por último en el año 2002, el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud fue creado por Ley 27813; sin embargo debido a la falta de coordinación política, esta reforma no modificó el funcionamiento del SNS.¹¹

Es importante resaltar la creación del Seguro Integral de Salud (SIS) en 2002 por la Ley N° 27657 y en 2008 por decreto Supremo N° 034-2008-PCM es calificado como Organismo Público Ejecutor; ya que este funcionaba como un organismo Público Descentralizado en el Sector. Tiene como misión "...lograr la cobertura de aseguramiento universal en salud para todas las personas residentes de Perú [...] mediante afiliación al Seguro Gratuito...".¹⁴

Otro punto a resaltar, es la promulgación de la Ley Marco de aseguramiento universal en salud en el Perú desde el año 2009, con la nomenclatura de Ley 29344, que tiene como objetivo "...establecer el marco normativo del aseguramiento universal en salud...", esto con la meta de "...garantizar el derecho pleno y progresivo a toda persona a la seguridad social en salud [...] normar el acceso y funciones de regulación, financiamiento, prestación, supervisión del aseguramiento..."; Ley sustentada en los artículos constitucionales 7° (habla sobre el derecho a la protección de salud, promoción y defensa), 9° (Política nacional de salud), 10° y 11° (derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social);¹⁵ y anterior a esta promulgación se constituyó la Comisión Nacional Multisectorial de Salud que en 2008 Mediante Resolución Suprema N° 002-2008-SA, se constituye la Comisión Nacional Multisectorial de Salud.¹⁶

En Perú, uno de los principales problemas estructurales es que existe falta de continuidad en las políticas públicas por la falta de un plan estratégico que sea transversal a los periodos del país, esto podría explicar el gran atraso y la inequidad en relación al sistema de salud; sin embargo, esta situación no solamente se observa en Perú es un problema común en varios países de América Latina; por lo tanto, a pesar de los esfuerzos públicos, técnicos y plurales realizados, estos han sido desaprovechados para lograr impulsar y modernizar el SNS y lograr el adecuado cumplimiento de sus funciones, algunos de ellos son:

Las 51 propuestas concertadas de solución planteadas por la Comisión de Alto Nivel del Ministerio de Salud, de las cuales solo se tomó una, que era la creación del Sistema Nacional Descentralizado de Salud (SNDS), mientras que las otras 50 propuestas fueron archivadas sin razón alguna.¹¹ Otro de los problemas priorizados en 2002 fue la falta de evaluación técnica del sistema nacional de salud del Perú, ya que no se había realizado desde su creación (1978); sin embargo, nunca existió formalización de esta propuesta. Entre otros esfuerzos se encuentra: la Ley del servicio de medicina y salud comunitaria, la Ley de aseguramiento universal en salud. Otra de las debilidades del SNS en Perú, es la falta de reformas dirigidas al financiamiento del sistema de salud.¹¹

B. Programa de apoyo a la reforma del sector salud de Perú (PARSalud)

En octubre del 2003 se priorizó la mejora en salud materno-infantil por las altas tasas de mortalidad materna y neonatal y, por consiguiente, se concentraron las acciones en el incremento de la cobertura del parto institucional, intervención reconocida como la más efectiva para este propósito. Esto implicó que a partir de este resultado sanitario claramente delimitado, se realizarán las inversiones correspondientes para contar con servicios de salud materno-neonatales con capacidad resolutive de calidad y paralelamente influir en los procesos asociados de modernización y reforma del sector.¹⁷

El PARSalud, en su primera fase, intervino en las ocho Direcciones de Salud - DISA, con mayores problemas de acceso a servicios de salud y las más altas tasas de mortalidad materna y neonatal:

Bagua, Ayacucho, Huancavelica, Apurímac I – Abancay, Apurímac II - Andahuaylas, Cusco, Puno y Huánuco.¹⁷

Considerando que las inversiones en pro al desarrollo humano no deben ser orientadas únicamente a garantizar la supervivencia del recién nacido a través de su atención y el control de la salud de la madre; durante su segunda fase el PARSalud incorporó estrategias para el control del crecimiento de niños y niñas menores de 3 años. La implementación de una estrategia de intervención para promover la atención integral y el cuidado adecuado de los niños y niñas menores de 3 años, es vista como la oportunidad para interrumpir el ciclo de la pobreza rural en el país.¹⁷

En esta nueva propuesta se busca reforzar procesos fundamentales para la reforma sectorial, algunos de los cuales fueron inicialmente abordados en el PARSalud I.

Ellos están en relación con el desarrollo de capacidades de regulación sectorial, fortalecimiento de mecanismos de relación entre diferentes niveles de gobierno (acuerdos de gestión, gestión por resultados); adecuación institucional del MINSA a la descentralización; generación de capacidades de monitoreo y evaluación de resultados sanitarios y políticas de salud; desarrollo de normativa e instrumentos económico-financieros (política de tarifas, mecanismos de focalización del SIS); gestión de servicios asistenciales, entre otros.¹⁷

PARSalud fase dos, es un programa de inversión pública que es llevado a cabo en Perú y cuenta con las mismas fuentes financieras de su primera fase, inicia en 2009 y su implementación termina en 2015, su objetivo fue: “Incrementar el uso de servicios de salud materno-infantil y reducir la morbilidad de los niños y niñas menores de 3 años, de familias de la zona rural de las 9 regiones más pobres del Perú”. Para el cumplimiento de este objetivo se plantea dentro del programa, intervenir en tres aspectos fundamentales¹⁸:

- a. La optimización y mejoramiento de la oferta:** Mediante el mejoramiento de la capacidad resolutoria del sistema de prestación de servicios en salud, así como de las redes de servicios de salud para atender emergencias obstétricas y neonatales, y para la atención integral de la salud de la mujer en las fases de embarazo, parto y puerperio, y menores de 3 años de edad.
- b. El aumento de la demanda potencial y efectiva:** Por medio de la promoción de prácticas adecuadas de cuidados familiares y comunitarios dirigidos a las mujeres en fase de embarazo, parto y puerperio, y menores de 3 años de edad.
- c. Fortalecimiento de la capacidad del gobierno:** para el mejoramiento de la función del sistema de salud y que este sea eficiente, equitativo y de calidad.¹⁸

2. Planteamiento del problema

En Perú existió desde 1995 hasta 2007 una lenta disminución en la prevalencia de desnutrición crónica infantil, y no fue hasta el periodo 2007-2011 que hubo una reducción pronunciada al pasar de 22.6% a 15.2%.¹ En el mismo periodo el 28.8% de los infantes que vivían en áreas rurales presentaron desnutrición crónica; mientras que, en el área urbana solo era el 8.3%, lo que denota la existencia de inequidades en la situación de salud entre al área urbana y rural.¹⁸ Por otro lado, en lo que a salud materna se refiere, la razón de mortalidad materna a nacional reportada para el año 2009 fue de 96.1 por cada 100,000 nacidos vivos; donde el 51% fueron mujeres que viven en zonas rurales y con mayor pobreza; en 2005 hubo una RMM de hasta 274.4 por 100,000 nacidos vivos en regiones como el Amazonas, también se observó alta prevalencia de anemia en mujeres en edad fértil de 21% en 2009.^{18,19}

Ante esta situación el ministerio de salud de Perú, mediante el Programa de Apoyo a la Reforma del sector salud (PARSalud), intensificó acciones para incrementar el uso de los servicios de salud materno-infantiles para reducir la morbilidad infantil de los niños y niñas menores de 3 años de familias de la zona rural de las 9 regiones más pobres de Perú. Las áreas de intervención del PARSalud están encaminadas a fortalecer la oferta de servicios de salud, mejorar la demanda efectiva, y lograr una adecuada gestión, gobernanza y mayor financiamiento para la atención de la población rural.¹⁸⁻²⁰

El programa general de PARSalud se tenía contemplado para ejecutarse en un periodo de 10 años, mediante el desarrollo de un programa multifase o multietápico; sin embargo, por problemas en la ejecución y por conflictos al interior del Sistema Nacional de Inversión Pública, la primera fase que se implementó entre 2001 y 2006 debió extenderse 3 años más de lo planeado. El objetivo de esta primera etapa fue incrementar el uso de servicios de salud de la población materno infantil. El presupuesto del programa para la primera fase fue de USD\$75.5 millones, cuando en el diseño se tenía planeado un presupuesto de USD\$239.3 millones, razón por la cual se vio conveniente redireccionar el presupuesto otorgado a las inversiones de mejoramiento de la oferta mediante la inversión en infraestructura y equipamiento.^{1,21} En esta fase se intervino en las regiones de Puno, Cusco, Apurímac I y II, Ayacucho, Huancavelica, Huánuco y Bagua. Los resultados se vieron reflejados en aumento del número de partos institucionales en un 34.4%, aumentó en un 93.8% el número de cesáreas y a la reducción de la probabilidad de parto con hemorragia postparto en 8.5%.²¹

El ámbito de intervención de la segunda fase de PARSalud (2009-2015) son nueve regiones, estas se caracterizan por tener población rural y dispersa, alto grado de marginación y alto porcentaje de población en pobreza extrema.^{20,22} El acceso a los servicios de salud es limitado, condicionado por la distancia y la débil capacidad resolutive de las unidades de salud. En estas regiones se concentran el 63% de niños menores de 5 años con desnutrición crónica, sólo en Cajamarca, Puno, Huánuco, Cusco, Huancavelica se concentra el 50% de los menores de 5 años que padecen desnutrición crónica.²⁰ El

objetivo primordial de esta fase es “incrementar el uso de servicios de salud materno-infantil y reducción de la morbilidad infantil de los niños y las niñas menores de 3 años de familias de zona rural de 9 regiones más pobres de Perú”.^{17,19} Para lograr este objetivo se busca aumentar la capacidad resolutive de las redes de atención, promoción de prácticas adecuadas en la familia para el cuidado materno e infantil y por ultimo fortalecer la capacidad de gobierno y financiamiento para mejorar el funcionamiento del sistema de salud.^{1,23} El financiamiento de la segunda fase PARSalud asciende a un total de USD \$162,383,024 de los cuales para acciones en la demanda fue de USD\$5,975,575, para el mejoramiento de la oferta de USD\$142,253,139, para el fortalecimiento de gobierno y financiamiento USD\$5,189,417 y para la administración del programa USD\$8,964,894.²³

En este marco, se planteó realizar la evaluación del diseño del PARSalud II, con la finalidad de responder a las siguientes preguntas de investigación: ¿El diseño de PARSalud II es pertinente, coherente y suficiente para su adecuada implementación y lograr los objetivos y resultados esperados durante su implementación entre 2009 y 2015?

3. Objetivos

I. Objetivo general

Evaluar la pertinencia, coherencia y suficiencia del diseño del Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud II 2009-2015 en Perú, para el cumplimiento de los objetivos propuestos por el programa.

II. Objetivo específico

Evaluar la pertinencia del diseño del PARSalud II para responder a las necesidades de salud de la población y alcanzar las metas nacionales de salud.

Evaluar la coherencia del diseño del PARSalud II a través del análisis de teoría causal y la metodología del marco lógico.

Analizar la suficiencia de la lógica vertical y horizontal del programa para cumplimiento de objetivos del diseño del PARSalud II.

4. Justificación

La salud materna e infantil representan tópicos prioritarios a nivel mundial y en países en vías de desarrollo es donde se concentra más del 99% de la muerte materna a nivel mundial.²⁴ Perú es un país en vías de desarrollo que, en sus diagnósticos en salud, mostró inequidades notorias en la atención a esta población en el ámbito rural, esta situación representó un reto para el sistema de salud nacional Peruano y para organismos internacionales, ya que, como se ha mencionado anteriormente, más del 50% de las muertes maternas que existieron en el país se concentraban en solo 7 áreas rurales; por otra parte, el 50% de los casos de desnutrición crónica en menores de 5 años se encontraban en 3 regiones con altas concentraciones de poblaciones rurales, por esta razón fue necesario buscar estrategias para subsanar las desigualdades sociales en salud.^{25, 26, 27}

Se propuso la evaluación del diseño del Programa de Apoyo a la Reforma en el Sector Salud fase II, con la finalidad de identificar si el programa dispuso desde un inicio, un diseño adecuado para orientar su implementación. Este ejercicio derivó en aprendizajes para la formulación de programas orientados al logro de objetivos. Dado que el instrumento de formulación del programa fue el marco lógico, se revisó en qué medida esta metodología fue utilizada de manera adecuada para explicar el problema y definir las líneas de intervención, y determinar los alcances y logros del programa. Como se trató de un programa con financiamiento de organismos terceros como el Banco Interamericano para el Desarrollo, el Banco Mundial y recursos del gobierno peruano^{17,19} fue relevante utilizar esta metodología para el desarrollo de la estrategia y la asignación de recursos según lo que se pretende alcanzar.

El programa PARSaIud II contribuyó al cumplimiento de metas nacionales y por lo tanto esta evaluación tiene como finalidad servir de recomendación para diseño de intervenciones subsecuentes, es por esta razón que se vuelve necesario identificar si la estructura planteada en el diseño del programa resulta pertinente para el cumplimiento de sus propósitos y metas, o evaluar si las metas que se estimaron son adecuadas para la capacidad de respuesta nacional en el cumplimiento de los mismos. El documento generado, de la evaluación del diseño de un programa nacional, pretendía como contribuir al mejoramiento de la implementación, evaluación y gestión de programas subsecuentes y la adecuada asignación de recursos. Ya que no se encontró referentes metodológicos para evaluar el diseño de programas en salud en la región de Latinoamérica, por lo que, otra de las finalidades de este documento fue servir como referente para la realización de evaluaciones de diseño de otros programas, ya sea en Perú o en otros países de América latina.

5. Marco conceptual

Con la finalidad de disponer de los elementos conceptuales pertinentes para la identificación de las fases en las que se trabajó, se presenta el siguiente marco conceptual en el que se define el concepto

de programas sociales enfocados en el campo de la salud, el enfoque sistémico en los sistemas de salud, donde se describirá de manera sintética el funcionamiento del sistema de salud de Perú; se presenta la estructura de marco lógico desde un enfoque de la teoría de cambio; en este punto se aborda cuáles son los componentes principales de una evaluación integral de programas y los conceptos fundamentales para la evaluación de diseño de programas, que serán abordados con más detalle en el marco metodológico.

I. Programas sociales en el campo de la salud

Los programas sociales son acciones coordinadas que buscan promover el desarrollo social y están organizados con base en los derechos sociales y buscan mejorar el bienestar económico.²⁸ Otra definición de programas sociales es que “son una combinación de investigaciones, asesoramiento técnico y cooperación técnica puesta en práctica mediante el dialogo social sectorial” y estos programas intentan establecer actividades que sean realizadas por miembros organizados de la sociedad, que sean sostenibles y puedan repetirse.²⁹ Es entonces que debe entenderse por programa social, aquella unidad mínima a la cual se le asignan recursos públicos que, por medio de la integración de procesos y/o actividades, intentan transformar una situación que produce reducción de la calidad de vida de las personas, mediante la disminución o supresión de un déficit de servicios, productos, mejorando la calidad de los mismos o solucionando problemas; esto siguiendo un mismo objetivo y generalmente están dirigidos a una población delimitada.³⁰

Vista por la psicología como “una tradición normativa generada por la necesidad de mantener cohesión social, y con ella, la paz y el orden social”³¹, en este punto podemos definir que una intervención o programa social: son un conjunto de acciones coordinadas que involucran la participación de distintos actores para realizar prácticas concretas que contribuyan a subsanar necesidades sociales identificadas o para mantener el bienestar social, que contribuyen al mejoramiento de la salud poblacional.^{28,29,31}

Los sectores principales a los cuales están dirigidos los programas sociales de una población son: salud, vivienda, educación y economía. Es entonces que, para la planeación y diseño de programas sociales es necesario conocer la población a la que estará dirigida la intervención o a la cual se busca mejorar su estado situacional, que en este caso es dirigida a la salud.³⁰ Una intervención en salud busca: optimizar la atención médica, mejorar la situación de salud existente, cambios en la gestión de recursos para subsanar las situaciones de daños a la salud actual, extender la cobertura de atención y atención efectiva, y por tanto mejorar la calidad de la prestación de servicios de salud, todo esto visto desde la perspectiva de los tomadores de decisiones o aquellas personas que generan los programas sociales en salud.^{30,31}

II. Enfoque sistémico y los sistemas de salud

Para entender el enfoque de los sistemas de salud, es necesario conceptualizar inicialmente el enfoque sistémico, “sistema” se entiende como la “combinación reconocida y delimitada de elementos dinámicos que, siendo interdependientes, están conjuntados entre si y que actúan permanentemente según ciertas leyes para producir un determinado efecto”.³² El enfoque sistémico esta sostenido bajo los conceptos: entrada de insumos, procesos y salida de productos, así como la retroalimentación y las condiciones del ambiente; éste último componente es por lo cual se considera un sistema abierto, ya que la sociedad y la organización necesita alcanzar un estado de equilibrio.³³ Ludwing von Bertalanffy considera que un sistema es “un conjunto de elementos dinámicamente relacionados que desarrollan una actividad para alcanzar una meta o propósito, operando a través de insumos tomados del medio ambiente que circunscribe al sistema para producir productos o servicios para el bienestar de terceros los cuales pueden variar según las características del sistema que lo produce”.³³

Los sistemas de salud tienen cuatro funciones esenciales: rectoría, financiamiento, prestación de servicios y generación de recursos humanos y físicos. Llegar a un mejor nivel de salud y satisfacción de las necesidades de la población no sólo es responsabilidad del sector salud, sino también es y debe ser competencia de otras instituciones y dependencias gubernamentales y no gubernamentales, como el sector social, los sectores económico, político, educativo y todos en general.¹¹ Funciones que son reflejadas para el sistema de salud Peruano en el Decreto Legislativo N°584, donde en el artículo 4to se mencionan las actividades que tiene el ministerio de salud para cumplir con las 4 funciones de los sistemas de salud, mientras que los componentes de financiamiento son dispuestas en las competencias del ministerio de salud en el mismo documento Artículo 3ro.

a. Prestación de servicios de salud por el sistema de salud de Perú

El EsSalud cubre obligatoriamente a los trabajadores asalariados y socios de cooperativas, cónyuge o compañeros y los hijos menores de edad; también presenta afiliación potestativa para los trabajadores independientes y otros trabajadores no formales, estos últimos pertenecen a la población contribuyente directa.¹³ Para la población que no tiene capacidad contributiva, es posible para ellos acceder con este proveedor mediante convenios a partir de 2005, pagando cuotas de recuperación.¹³

En el caso que los empleadores no puedan tener a su empleados afiliados a EsSalud o entidades prestadoras de servicios en salud (EPS), tiene la opción de desarrollar sus propios servicios dentro de la empresa o contratar seguros privados.¹³ Por otra parte, se encuentra separada la provisión de servicios de salud a las fuerzas armadas y la policía nacional, así como sus dependientes; mientras que, para el sector privado se encuentran aquellos con ánimo de lucro, que funcionan con prepago y seguros y aquellos no lucrativos como OSC y fundaciones de beneficencia.¹³

III. Marco lógico y teoría de cambio

Teoría del cambio es aquello que conocemos como ruta de cambio, representa todo aquello que se identifica en el análisis de situación integral y que requiere modificarse para poder generar un cambio positivo, ya que parte de una propuesta de intervención para resolver un problema o necesidad. La teoría del cambio facilita la explicación lógica que subyace a las condiciones actuales para facilitar la elaboración de estrategias que conduzcan al logro de una mejora en lo que queremos cambiar.³⁴ En esta teoría se proponen un conjunto de puntos que engloban los aspectos clave que son: identificar los distintos niveles de una intervención lineal como de manera dinámica o contextual, explicar cómo las actividades causaran impacto, sustentar como la intervención intenta lograr el cambio con supuestos y argumentos detallados, fundamentando como un cambio afecta a otro y se describe como un proceso de cambio sistemático identificando las conexiones lógicas entre los resultados a los que se quiere llegar y las intervenciones planeadas para facilitar lo más posible de lo que no es posible cambiar.³⁴

La metodología de marco lógico es considerada una herramienta fundamental para facilitar el proceso de conceptualización, planteamiento de diseño, ejecución y evaluación de programas, proyectos o intervenciones. Como es bien sabido, su enfoque está orientado por objetivos y permite facilitar la comunicación entre las partes interesadas y la participación.³⁵ El método puede ser dividido en tres grandes componentes en diseño, ejecución y evaluación, y lo hace de manera cíclica, que permiten de manera sistémica, lograr la valoración de diseño, la adecuada implementación, monitoreo de los mismos, evaluación de sus procesos y desempeño. Ésta metodología aporta un lenguaje uniforme que hace fluida la comunicación y contribuye a la reducción de tergiversaciones, también es una guía que permite concluir acuerdos sobre el planteamiento de objetivos, metas y cuáles son los riesgos que comparten los distintos involucrados con el programa y provee un método analítico que puede ser utilizado por los actores involucrados en común tanto para elaborar el programa como su interpretación.

Esta conjunción de herramientas permite organizar y acomodar de forma lógica un plan de ejecución, dicha metodología está formada por:

1. Diagnóstico o análisis situacional del problema identificado
2. Elaboración de análisis de teoría causal
3. Realización de un análisis de involucrados
4. Jerarquización de objetivos
5. Selección de estrategias de implementación para contribuir a resolver el problema identificado³⁵

Y como producto del seguimiento de estos pasos, es posible formar la Matriz de Marco Lógico, la cual plasma de manera lógica, lo que el proyecto pretende hacer y como se espera hacer, así como sus supuestos clave, que insumos serán requeridos para el cumplimiento de los objetivos y que productos se arrojaran y otro un punto importante a resaltar, es el planteamiento de indicadores e índices que

permiten monitorizar de manera sistemática, cual es la evolución del programa y como serán evaluados los resultados arrojados.^{35,36}

Es entonces que en la metodología planteada se pueden identificar dos fases, la primera de ellas es la identificación del problema con la identificación de alternativas de solución; mientras que, la segunda fase la comprende la etapa de planificación, que es el momento en el que la idea del programa, proyecto o intervención, se transforman en un plan operativo práctico para su realización, este momento representa la formulación de la matriz de marco lógico.^{35,36}

La matriz de marco lógico posee cuatro columnas:

1. El resumen narrativo de las actividades y los objetivos a cumplir
2. Los indicadores y resultados específicos esperados
3. Identificación de los medios de verificación, y
4. Cuáles serán los factores externos que implican los riesgos para limitar el cumplimiento de los objetivos del programa o las actividades (Supuestos)³⁵

Y cuatro Filas:

1. Fin último del programa, el cual permite conocer cuál será la contribución, la resolución o mejoramiento del problema identificado, una vez que éste sea puesto en marcha.
2. Propósitos logrados una vez que sea ejecutado el programa
3. Componentes/resultados que fueron contemplados en el transcurso de la ejecución del programa
4. Que actividades serán requeridas para lograr la producción de los componentes³⁵

De esta manera se forma la estructura de la matriz de marco lógico:

Esta matriz permite identificar de manera metodológica la lógica vertical y la lógica horizontal (Figura 1). La lógica vertical examina el vínculo causal entre los niveles de objetivos y permite identificar si las actividades de cada uno de los componentes son necesarias y suficientes para producir el componente, y verificar de qué manera cada componente contribuye al logro del propósito del programa y así, una vez que sea cumplida la lógica de los componentes y propósitos, verifica que estos contribuyan al cumplimiento del fin. Mientras que la lógica horizontal, permite identificar como los medios de verificación designados son necesarios y suficientes para recabar la información pretendida para el cálculo de los indicadores y como los indicadores definidos permiten el adecuado seguimiento del proyecto al evaluar adecuadamente el cumplimiento de los objetivos.^{35,37}

IV. Evaluación integral de programas

Evaluación debe ser entendida como la aplicación sistemática de procedimientos y/o métodos que permiten dar un sentido de valor al cumplimiento de un proceso y al cumplimiento de sus objetivos,

esta actividad es llamada “investigación evaluativa” al tiempo que nos referimos a la evaluación de programas. La investigación evaluativa, posterior a los años 70s, propuestas por Freeman & Rossi en 1985, se convierte en un instrumento para fijar necesidades, para tener el control de las acciones de los programas o intervenciones, así como en sus resultados y para producir información de manera pertinente y acertada para los gestores, planificadores y tomadores de decisiones.³⁸ Permite también, la identificación de problemas al momento de la conceptualización y diseño de los programas, así como los momentos de la ejecución de los mismos; y por otra parte, determina si la intervención o programa, está diseñado de manera que alcance los objetivos planteados, los productos y efectos que se obtendrán o están generando en la población objetivo, y si los procesos internos están funcionando de manera adecuada.³⁸ Mark et al. en el año 2000 lo concluyen conceptualmente como el instrumento para interpretar políticas y programas, incluyendo la investigación sistemática tanto de la ejecución, el diseño y las implicaciones sociales y por consiguiente, la medición del mejoramiento de las condiciones sociales.³⁹

Esta implicación social, obliga a los programas o intervenciones, a tener un fundamento teórico sólido, ya que el inadecuado o deficiente diseño del mismo podría tener implicaciones sociales negativas o no eficientes en la utilización de recursos públicos o privados no generando los mejores resultados, es por esta razón que la evaluación también requiere un marco teórico fuerte, sino fuera de esa manera, ésta actividad sería como realizar solamente verificación y/o validación de los componentes de programas.³⁹

Los pasos para clarificar la teoría de un programa:

1. Determinar o identificar un problema a tratar o un tópico que se busca resolver
 - a. En esta etapa se realiza una búsqueda de información suficiente para la descripción del problema que se busca resolver o el tópico al cual el programa se va a dirigir
2. Identificación de las necesidades y los recursos de la comunidad
 - a. Es necesario especificar las necesidades y/ los recursos que pertenezcan a la comunidad y permitan diseñar un programa con una adecuada dirección para la resolución del problema
3. Resultados deseados (Productos, resultados y/o impacto)
 - a. En esta etapa se plantean los resultados que se buscan obtener, o bien una visión al futuro; en este punto, se realiza una descripción detallada que es lo que se espera lograr y a qué plazo (corto-mediano-largo plazo)
4. Factores que pudieran modificar o vulnerar el programa
 - a. Se realiza una lista de los posibles factores que se cree pudieran inducir un cambio en la comunidad
5. Estrategias para la resolución del problema identificado

- a. Se enlistan una serie de estrategias y actividades de “buenas prácticas” que contribuirán al cumplimiento del objetivo del programa; en este rubro se proponen los tipos de logros que busca tener el programa

6. Supuestos

- a. En la etapa final se establecen las suposiciones del cómo y del porqué las estrategias o actividades planteadas en el programa, funcionarán en la comunidad planteada.

La evaluación integral intenta de una manera objetiva y rigurosa, valorar los procesos y resultados de un programa o intervención, y dar a conocer los logros o retrocesos de forma clara y sencillas; es por eso que, se asume como un proceso estructural que conjunta el conocimiento técnico y modelos de diversas disciplinas, con las condiciones del contexto como las preferencias de tomadores de decisiones o las condiciones generales de la región donde se está llevando a cabo la evaluación. Esto con el objetivo de informar y apoyar la mejora de la implementación o desarrollo de proyectos que benefician a las poblaciones. Esta práctica debe suponer una metodología que integre todos los elementos necesarios y disponibles a evaluar.⁴⁰

V. Evaluación de diseño de programas

Para la evaluación de programas e intervenciones mediante la metodología de marco lógico para la evaluación integral del diseño de programas de asociación mundial y regional, y se tomaron en cuenta los siguientes componentes:

- Si la asociación cuenta con múltiples asociados,
 - o ya que hay intereses particulares de cada uno de los involucrados y se deben tener en cuenta.⁴¹
- Analizar si el programa o la intervención tiene un enfoque global o regional
 - o Para saber el análisis de contexto que debe hacerse, ya que estos programas deben ser iniciados y manejados al cumplimiento de necesidades y es basado en resultados. Al momento de generar evaluaciones y decisiones se tiene que validar de acuerdo a las características políticas, económicas y sociales del lugar de análisis.
- Analizar los intereses particulares de la asociación de apoyo, en el caso de PARSalud, se toma como particular el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo.
- La existencia de alianzas para el cumplimiento de metas regionales, nacionales e internacionales
- Factibilidad temporal, financiera, política
- Evaluación del proceso del programa ⁴¹

Sin embargo, el análisis de los componentes mencionados con anterioridad es necesario para evaluar la coherencia, la pertinencia y la suficiencia; esto para lograr la composición metodológica que plantea

el diseño de intervenciones por metodología de margo lógico. Para la evaluación de diseño de programa se pueden considerar las dimensiones como:

A. Pertinencia

Este rubro implica analizar y evaluar la existencia de una adecuado análisis-causa-efecto, para la obtención de los resultados a los que se quiere llegar.⁴¹ La pertinencia permite reconocer la importancia del problema central y su justificación el contexto de intervención, lo que implica la adecuada identificación del ámbito de intervención y la adecuada selección de beneficiados. Se busca que la intervención identifique las demandas de la sociedad y ajuste a las metas sectoriales, nacionales e internacionales, para la construcción de un escenario deseado.

Es importante identificar los potenciales objetivos y estrategias del entorno a desarrollar, para la implementación del programa y esto incluye la evaluación de políticas y las bases donde es elaborado el programa, tanto a nivel nacional como desde la perspectiva de los donadores o financiadores externos.

El análisis de la pertinencia incluye también el análisis de involucrados e instituciones, relacionados con problema o necesidad identificada y se debe hacer una evaluación de temas transversales como género, entorno y políticas.⁴² Evalúa las lecciones aprendidas, con el fin de identificar rezago en la satisfacción de necesidades o la eficiencia de la intervención para mitigar el problema.⁴²

B. Coherencia

Para la realización de este estudio la coherencia debe ser entendida como aquella conexión lógica entre las causas de los problemas identificados y los componentes del diseño del programa; así como el apego a la evidencia científica que valide su relación.⁴³

Por lo tanto, la evaluación de la coherencia, tiene como primer paso identificar la teoría causal tanto y los efectos de las alternativas de solución. El segundo aso es se compone de la identificación de la teoría de cambio de la intervención y por último valorar si las alternativas de solución al problema central son las adecuadas para responder a la resolución del problema, así como la demanda de la población beneficiada para la generación de valor público.⁴¹

C. Suficiencia

Para la realización de este estudio, la suficiencia, es entendida como el cumplimiento del fin último a partir de los componentes y sus alternativas de solución (las actividades y productos del programa) y como estas alternativas de solución satisfacen las necesidades identificadas en el diagnóstico previo al diseño de la intervención.

Es desde la matriz de marco lógico, que se identifican la lógica vertical y la lógica horizontal, y como desde cada línea lógica, contribuye al cumplimiento del fin último del programa mediante la consecución de componentes, sus actividades y acciones y supuestos.⁴²

Tabla 1 Ejemplo de matriz de marco lógico (Lógica vertical y horizontal)

Resumen narrativo de objetivos	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
Fin			
Propósito			
Componentes			
Actividades			

Fuente: Área de proyectos y programas de inversiones, ILPES.

Este componente estructurado para la evaluación y permite asumir el nivel de apego a los resultados logrados con el cumplimiento de las actividades, el cumplimiento de los supuestos y una vez que los supuestos son completados, el propósito del proyecto será realizado con éxito y a este nivel, lograr la contribución propuesta en el fin último de la matriz de marco lógico.⁴² En el diseño de un programa, la capacidad de éste para lograr el cumplimiento de las metas, es transformada en asunciones o supuestos, es entonces que la suficiencia es vista como todas aquellas condiciones derivadas del árbol de objetivos que deberán ser trabajadas en las condiciones positivas y unidas en los diferentes niveles de la matriz y por lo tanto, conociendo cuales son estas condiciones esperadas o asumidas, es posible determinar el peso que tendrá cada componente de acuerdo a la importancia y su probabilidad de cumplimiento.⁴²

6. Metodología

I. Diseño del estudio

Se realizó la evaluación del diseño del Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud en Perú en su fase II, mediante un estudio de tipo descriptivo, analítico con enfoque mixto cualitativo y cuantitativo.

II. Ámbito de estudio

El estudio se llevó a cabo sobre las nueve regiones priorizadas por el PARSalud II, en el periodo de 2009 a 2015:

III. Unidad de análisis

La unidad de análisis fue el Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud en Perú fase II y sus componentes descritos en el documento de diseño del programa:

Amazonas, Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Puno y Ucayali.

IV. Categorías de análisis de la evaluación de diseño

Dimensión	Definición	Categorías de análisis
Pertinencia	Adecuada identificación de las necesidades y demandas de la sociedad para contribuir a alcanzar las metas nacionales del sector salud y construir un escenario futuro deseado ³	<ul style="list-style-type: none">• Justificación de la creación del programa• Contribución a las metas y estrategias nacionales• Selección del ámbito de intervención• Selección de los beneficiarios del programa• Intersectorialidad
Coherencia	Congruencia interna entre las causas y los efectos del problema ⁴⁴ ; así como de los componentes del programa con el propósito ⁴⁵ y de éstos con la asignación de recursos.	<ul style="list-style-type: none">• Coherencia con las bases teóricas (análisis de teoría causal)• Coherencia con la teoría de cambio del programa• Selección de alternativas para cumplir los componentes y el propósito del programa• Variabilidad del MML en el tiempo
Suficiencia	Evalúa desde una perspectiva teórica si las actividades y productos del programa permiten alcanzar los componentes y el propósito del programa para satisfacer las necesidades detectadas y demanda de la población beneficiaria	<p>Lógica vertical del programa</p> <ul style="list-style-type: none">• Las acciones permiten cumplir las actividades• Las actividades permiten cumplir con los componentes• Los componentes permiten cumplir el propósito del programa <p>Lógica horizontal del programa</p> <ul style="list-style-type: none">• Identificación de los supuestos a nivel de componente, propósito y fin para el éxito del programa• Identificación de las fuentes para estimar los indicadores• Indicadores para medir los componentes y el propósito del programa• Estimación de las metas de las actividades para cumplir con el componente• Estimación de los recursos para cumplir con las metas de las actividades.

A. Descripción de las dimensiones de análisis

Previo a la evaluación del diseño se realizó la descripción del diseño del PARSalud para tener una idea clara y concreta de la comprensión del programa considerando la descripción del contexto político, económico y social en el cual se desarrolló el programa, identificando de manera clara las necesidades sociales que busca resolver el programa y cuál fue la población beneficiaria. Se describió el entorno de intervención y los resultados obtenidos por los componentes del programa, la descripción de sus metas, el financiamiento del programa, su origen y los mecanismos de gestión por los cuales se llevó a cabo.

a. Evaluación de pertinencia

Para la valoración de la pertinencia se evaluó:

- a) La justificación de la implementación del programa
 - Observando todos los aspectos que se consideraron como sustento para la creación del programa, realizando la descripción completa de las necesidades que pretendió resolver y que éstas subrayaran la clara comprensión del problema, así como las medidas adoptadas para satisfacer la resolución del problema o necesidad sobre las cuales el problema actuó.
- b) La contribución a las metas, estrategias y otros programas nacionales
 - Para este punto fue necesario identificar las metas y estrategias nacionales de políticas del sector salud desde 2009, así como las líneas estratégicas, lineamientos, normas y prioridades nacionales, tanto de programas del sector salud como del mismo Ministerio de Salud de Perú.
- c) La adecuada o inadecuada selección del ámbito de intervención
 - Sustentar con evidencia, los criterios de selección de las regiones, que incluyan indicadores socioeconómicos, educativos y de salud para respaldar que las regiones seleccionadas hayan sido las adecuadas.
 - Como propuesta, se realizó la priorización de las regiones por determinación del Índice de necesidades en Salud, mediante la comparación de medias en los indicadores de la línea base, de cada una de las regiones que componen Perú. Para lo cual se siguió el siguiente proceso metodológico
 - - 1. Se seleccionaron los indicadores que utilizó el PARSalud para su línea base, de las 24 Regiones de Perú: % Pobreza total, % Pobreza extrema, % población afiliada SIS (% de total pob - cada depto), Porcentaje de Ruralidad, Razón mortalidad materna x100mil NV (2001), Cobertura parto institucional Urbano, Cobertura de parto institucional Rural, Prevalencia anemia gestantes (2004),

Prevalencia anemia gestantes Urbano, Prevalencia anemia gestantes Rural, Tasa de mortalidad infantil (Por 1000 nacidos vivos), Prevalencia de anemia < 5 años, Prevalencia de anemia < 5 años Urbano, Prevalencia de anemia < 5 años Rural, Prevalencia de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) < de 5 años, Prevalencia de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) < de 5 Urbano, Prevalencia de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) < de 5 Rural, Prevalencia desnutrición crónica < 5 años (2004), Prevalencia desnutrición crónica < 5 Urbano, Prevalencia desnutrición crónica < 5 Rural, % <3 años beneficiaria programa inmunizaciones, % <3 años beneficiaria programa CRED.

- 2. Para cada indicador se capturó a partir de fuentes de información secundaria, para cada una de las regiones.
- 3. Se realizó la sumatoria (tasas/razones y/o porcentajes) de cada una de los indicadores, con base en lo cual se estimó el promedio y desviación estándar de cada uno de ellos
- 4. Se realizó el procedimiento de normalización de cada indicador, para los cual a la tasa/razón o porcentaje se le restó el promedio y se dividió entre la desviación estándar. El resultado final corresponde al valor normalizado y se conoce como índice z.
- 5. Para cada indicador se identificó la tendencia ascendente o descendente, con base en la cual se asignó un signo negativo o positivo (ascendente (+); descendente (-)).
- 7. Con base en el índice z obtenido para cada indicador se asignó un valor ponderado según la siguiente tabla, conservando el signo asignado según la tendencia del indicador

Tabla 2 Criterios de ponderación del índice de necesidades en salud

Valor ponderado	Índice z
4	> 1.6
2	1.01 a 1.59999
1	0.6 a 1
0	-0.6 a 0.599999
-1	-1.01 a -0.59999
-2	-1.6 a -1
-4	< -1.600001

- Una vez que se determinó el valor ponderado por indicador, se realizó la sumatoria de los valores ponderados por cada región, este valor determina la región prioritaria. La región que obtenga el menor valor es la región con mayor prioridad de intervención.
- d) La selección de los beneficiarios del programa, siendo especificada con criterios específicos y cuáles son los grupos poblacionales que se verían beneficiados con el cumplimiento de los objetivos del programa.
- En este rubro se identificó si el programa estaba dirigido a los beneficiarios
 - Se estructuró la teoría causal del programa para la adecuada identificación de los beneficiarios del programa
- e) Si el programa contempló una adecuada intersectorialidad para el cumplimiento de las metas y objetivos
- Se determinó si el programa especifica la participación explícita de distintos involucrados tanto locales como nacionales para la implementación del programa.

Tabla 3 Criterios para la evaluación de pertinencia

Criterio a evaluar	Puntaje	Descripción	
Justificación	Identificación del problema		
	1	El programa ha identificado el problema o necesidad que busca resolver, pero no se respalda en evidencias	
	3	El programa ha identificado el problema o necesidad que busca resolver y se respalda parcialmente en evidencias	
	5	El programa tiene identificado el problema o necesidad que busca resolver y lo respalda en evidencias claramente identificadas	
	Propuestas para satisfacer necesidades y prioridades		
	1	El programa no identifica propuestas para satisfacer necesidades de los beneficiarios	
	3	El prog. identifica parcialmente propuestas para satisfacer necesidades de los beneficiarios.	
	5	El programa identifica propuestas para satisfacer necesidades de los beneficiarios.	
	Contribución a metas y estrategias nacionales	Vinculación con la política nacional	
1		El programa no se vincula con los lineamientos de política del país	
3		El programa se vincula parcialmente con los lineamientos de política del país	
5		El programa se vincula con los lineamientos de política y prioridades del país	
Vinculación del propósito del programa con las metas estratégicas			
1		Los resultados del programa a nivel de propósito y componentes no se vinculan con las metas estratégicas del MINSA	
3		Los resultados del programa a nivel de propósito y componentes se vinculan con algunas metas estratégicas del MINSA.	
5		Los resultados del programa a nivel de propósito y componentes están vinculados con la meta estratégica del MINSA	
Selección de ámbitos		Criterios para la selección de los ámbitos de intervención	
	1	Las zonas de intervención se seleccionaron sin criterios claros	
	3	Las zonas de intervención del programa se seleccionaron con base en indicadores que señalan brecha en la salud materno infantil.	
	5	Las zonas de intervención se seleccionaron con base en indicadores que señalan brechas en los determinantes y la salud materno infantil	
	Focalización		
	1	No se especifica los espacios focalizados para la intervención del programa.	
	3	Se han identificado al interior de las regiones las unidades territoriales en las cuales se focalizará pero sin criterios explícitos	
	5	Se han identificado al interior de las regiones las unidades territoriales en las cuales se focalizará el programa con base en criterios previamente establecidos para medir el efecto del programa	
	Selección de beneficiarios		
	Selección de beneficiarios	1	No se tiene claramente definidos los beneficiarios del programa
		3	Los beneficiarios se seleccionaron en base a riesgo
		5	Los beneficiarios del programa están claramente definidos con base en criterios previamente establecidos
Intersectorialidad	Intersectorialidad		
	1	El proyecto solo cumple sus objetivos y metas	
	3	El proyecto se articula con estrategias nacionales y otros actores sanitarios sectoriales	
	5	El proyecto se articula con los sectores sociales y sanitarios en los ámbitos seleccionados para su intervención	
Fuente: Elaboración por el equipo de evaluación de PARSalud 2, documento no publicado "Estudio de evaluación final de la segunda fase del Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud-PARSalud II" Entregable N°02: Documento 1: documentos metodológicos.			

Puntaje alcanzado	Resultado
Entre 10-20 puntos	El programa se ha diseñado sin pertinencia
Entre 21-30 puntos	El diseño del programa requiere varios ajustes para alcanzar la pertinencia
Entre 31-40 puntos	El diseño del programa es pertinente

b. Evaluación de la coherencia

Para la valoración de la coherencia se abordó de la siguiente manera:

- a) Se realizó el análisis de teoría causal con la coherencia, y con las bases teóricas utilizadas por el programa
 - Dentro del diseño del programa se identificó el árbol de problemas propuesto para señalar cuáles fueron las principales causas reconocidas y si estas estaban de acuerdo con la teoría abordada.
 - Se recopilaron en su totalidad las bibliografías utilizadas en el diseño de PARSalud II, con el fin de relacionar la evidencia científica con la teoría causal del mismo.
- b) Identificación y evaluación de la teórica de cambio del programa
 - A partir de la construcción del diagrama de medios y fines que se basó en evidencia científica, la cual se utilizó inicialmente para la identificación del problema y para el análisis de alternativas.
- c) Evaluación de la selección de las alternativas propuestas para el cumplimiento de los objetivos de cada componente del marco teórico propuesto
 - Se revisó la justificación de la inclusión o exclusión de actividades que podrían contribuir a subsanar cada componente.
- d) Verificación de la variabilidad de tiempo en la matriz de marco lógico
 - Éste rubro se verificó mediante el análisis de las actividades en correspondencia según el periodo de ejecución de lo planeado 2009-2015.

Tabla 4 Criterios para la evaluación de la coherencia

Criterio a evaluar	Puntaje	Descripción
Análisis de teoría causal	Identificación del problema	
	Análisis de causalidad	
	1	El programa no tiene identificadas causas que explican el problema que pretende resolver el programa.
	3	El programa ha identificado causas de primer nivel que están apropiadamente vinculadas con el problema que pretende resolver el programa.
	5	El programa ha identificado causas de primer nivel que están apropiadamente vinculadas con el problema que pretende resolver el programa y están respaldadas en la evidencia científica.
	Análisis de efectos	
	1	El programa no tiene identificadas los efectos del problema que pretende resolver el programa si éste no se resolviera.
	3	El programa ha identificado efectos que produce el problema que pretende resolver el programa si éste no se resolviera.
	5	El programa ha identificado el efecto final que produce el problema que pretende resolver el programa si éste no se resolviera y está respaldado en evidencia científica.
	Teoría de cambio del programa	Diagrama de medios y fines
1		El programa no dispone de un diagrama de medios y fines
3		El programa dispone de un diagrama de medios y fines que responde parcialmente al análisis de causas y efectos
5		El programa dispone de un diagrama de medios y fines que responde exactamente al análisis de causas y efectos
Uso de la evidencia científica		
1		Menos del 50 de medios propuestos por el programa (componentes y actividades) están respaldados en evidencia científica actualizada.
3		Entre el 50 a 80% de medios propuestos por el programa (componentes y actividades) están respaldados en evidencia científica actualizada.
5		Del 80 a 100% de medios propuestos por el programa (componentes y actividades) están respaldados en evidencia científica actualizada.
Selección de alternativas	Selección de alternativas por componente	
	1	El programa no ha presentado criterios que justifican sus componentes
	3	El programa ha presentado parcialmente criterios que justifican sus componentes
	5	El programa ha presentado criterios que justifican sus componentes
	Selección de alternativas a nivel de las actividades principales	
	1	El programa ha considerado actividades en cada componente que no justifican su ejecución
	3	El programa ha considerado actividades en cada componente que justifican parcialmente su ejecución
	5	El programa ha considerado actividades en cada componente que justifican su ejecución
	Relación del cumplimiento de propósito y la ejecución de componentes	
	Fuente: Elaboración por el equipo de evaluación de PARSaLud 2, documento no publicado "Estudio de evaluación final de la segunda fase del Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud-PARSaLud II" Entregable N°02: Documento 1: documentos metodológicos.	

Puntaje alcanzado	Resultado
Entre 10-20 puntos	El diseño del programa tiene limitada coherencia
Entre 21-30 puntos	El diseño del programa tiene mediano nivel de coherencia
Entre 31-40 puntos	El diseño del programa tiene un buen nivel de coherencia

c. Evaluación de la suficiencia

Para la evaluación de la suficiencia fue necesario analizar la lógica vertical y horizontal de la matriz de marco lógico, propuesta.

- Este rubro se evaluó mediante el análisis de la lógica vertical mediante:
 - o La evaluación de las acciones que permitían cumplir las actividades y los objetivos de cada componente de manera individual
 - o La valoración de los componentes que permitieron cumplir el propósito del programa
 - o La identificación de posibles brechas en los componentes para el cumplimiento del fin último
 - o Y por último, la verificación del propósito del programa como contribuyente a lograr el fin
- Y en la lógica horizontal del proyecto se analizó:
 - o La identificación de los supuestos de cada componente, del propósito y el fin, para la adecuada conclusión del programa
 - o La identificación de las fuentes como suficientes para estimar mediante indicadores el cumplimiento de los objetivos del programa
 - o La caracterización de la suficiencia de los indicadores para evaluar la teoría de cambio del diseño del programa
 - o La estimación de las metas de cada actividad para conocer si fueron suficientes para el cumplimiento del componente correspondiente

Tabla 5 Criterios para la evaluación de la suficiencia

Criterio a evaluar	Puntaje	Descripción
Lógica vertical	Relación de las actividades con los componentes	
	1	Menos del 50% de las actividades aportan al logro de los componentes
	3	Entre el 50-80% de las actividades propuestas aportan al logro del componente
	5	Más del 80% de las actividades propuestas por el programa aportan al logro del componente
	Suficiencia de las actividades	
	1	Las actividades propuestas son inadecuadas para alcanzar los componentes
	3	Las actividades propuestas son inadecuadas pero insuficientes para alcanzar los componentes
	5	Las actividades propuestas para cada componente son las necesarias para alcanzarlo
	Relación de los componentes con el propósito	
	1	Solo un componente aporta al logro del resultado
	3	Dos componentes aportan al logro del resultado
	5	Todos los componentes aportan al logro del resultado
	El propósito contribuye directamente al logro del Fin	
	1	El propósito no contribuye al fin
	3	El propósito contribuye parcialmente al fin
5	El propósito contribuye plenamente al fin	
Lógica Horizontal	Las actividades relacionadas con el supuesto del I nivel aportan valor garantizan la implementación del componente	
	1	Las metas de las actividades, no aportan al logro componente
	3	Más del 50% de las metas de las actividades contribuyen al logro del componente
	5	Las metas de las actividades aportan de manera importante al logro de los componentes
	Los componentes relacionados con el supuesto garantizan el logro del resultado	
	1	Los indicadores no están adecuadamente definidos y no permiten medir el propósito
	3	Los indicadores están parcialmente definidos y permiten medir el propósito
	5	Los indicadores están adecuadamente definidos y permiten medir el propósito
	Los propósitos relacionados con el supuesto de su nivel garantizan la contribución al logro del fin	
	1	El propósito no está relacionado con el supuesto no contribuye al fin
3	El propósito está parcialmente relacionado con el supuesto para contribuir al fin	
5	El propósito está muy relacionado con el supuesto para contribuir al fin	
Fuente: Elaboración por el equipo de evaluación de PARSalud 2, documento no publicado "Estudio de evaluación final de la segunda fase del Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud-PARSalud II" Entregable N°02: Documento 1: documentos metodológicos.		

Puntaje alcanzado	Resultado
Entre 10-20 puntos	El programa se ha diseñado sin pertinencia
Entre 21-30 puntos	El diseño del programa requiere varios ajustes para alcanzar la pertinencia
Entre 31-40 puntos	El diseño del programa es pertinente

V. Fuentes de información e instrumentos

Para alcanzar el cumplimiento del primer objetivo específico: “Evaluar la pertinencia del diseño del PARSalud II para responder a las necesidades de salud de la población y alcanzar las metas nacionales de salud”. Fue necesario el análisis y la integración de los siguientes documentos:

- Planes Operativos Anuales (POA) 2009-2015
- Informes Anuales de Evaluación del POA (para MINSA)
- Informes anuales sobre la implementación y los resultados del proyecto (Implementation Status & Results Report, BM)
- Actas de revisión de cartera al MEF
- Proyectos de inversión pública registrados en el SNIP

Para conseguir el cumplimiento del segundo objetivo específico: “Evaluar la coherencia del diseño del PARSalud II a través del análisis de teoría causal y la metodología del marco lógico”.

- Estudios de factibilidad e informes de modificaciones al mismo (nacional y por regiones)
- Documentos del diseño del programa:
 - a. Módulo I Aspectos Generales
 - b. Módulo II Identificación-Definición del problema-Diagnóstico del contexto-Objetivo del proyecto – alternativas de solución
 - c. Módulo III Formulación – Análisis de la demanda-oferta – Descripciones de la alternativa de solución
- Bibliografía que fue utilizada para la formulación de la teoría de cambio y teoría causal del proyecto.

Y, por último, para lograr el cumplimiento del tercer objetivo específico: “Analizar la suficiencia de la lógica vertical y horizontal del programa para cumplimiento de objetivos del diseño del PARSalud II”, fue necesario analizar los siguientes documentos:

- Contratos con Banco Mundial (BM) y Banco Interamericano de Desarrollo (BID)
- Informes de seguimiento de proyecto (BID)
- Información sobre procesos de selección y adquisición de bienes, servicios y obras
- Informes de auditorías externas (BID, BIRF)
- Convenios con regiones del ámbito de intervención
- Reportes preparados para el Sistema integrado de Administración Financiera (SIAF)
- Actas de sesión del comité Directivo de PARSALUD II
- Listado de personal PARSALUD II
- Listado de contratos de consultorías

VI. Rigor metodológico de la evaluación de diseño

Para la presente evaluación se consideraron como aspectos más importantes de la credibilidad en la información analizada, audibilidad de la metodología y aplicabilidad

1. Credibilidad

- a. Se realizó mediante la revisión de fuentes secundarias en documentos proporcionados por el equipo coordinador del programa e información proporcionada por el equipo financiador, así como información recabada de resultados de auditorías anteriores y resultados obtenidos de la ejecución del programa, por lo que no se utilizó información de fuentes primarias. Con lo anterior expuesto, todas las fuentes de información son verificables y pueden obtenerse si se solicitan de manera escrita con justificación.
- b. Calidad del equipo multidisciplinario de trabajo que proceso la información.
 - i. Se realizó la Revisión cruzada de los resultados obtenidos para verificar la credibilidad de los resultados.

2. Auditabilidad de la metodológica

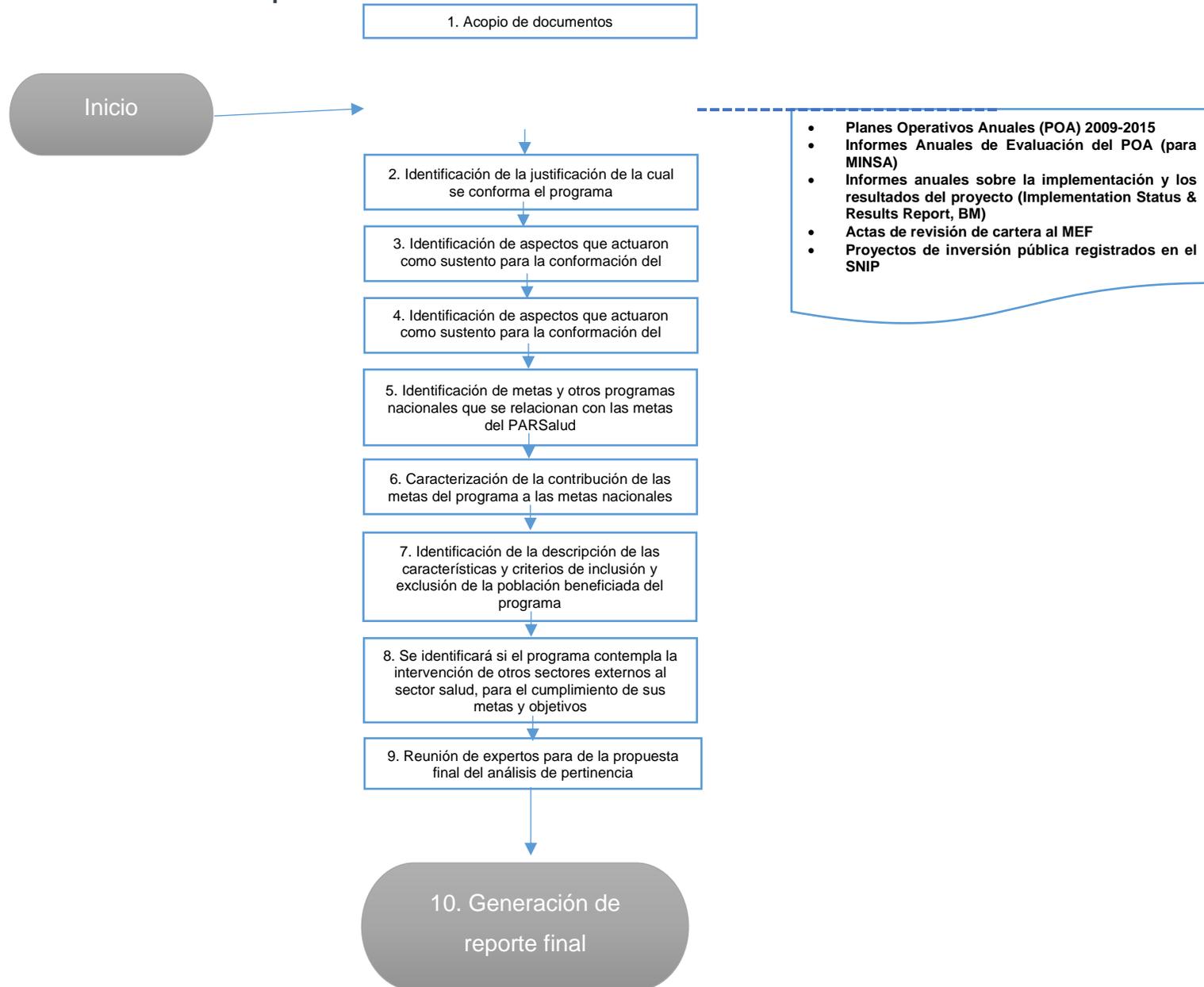
- a. Todos los hallazgos encontrados durante la metodología
- b. Se tuvo un registro detallado de las actividades realizadas, de modo que la redacción del documento producido sirva de guía para la realización de evaluaciones posteriores. Se revisó por pares el marco para la evaluación, la propuesta metodológica, y los miembros del grupo de expertos; además, se realizó la revisión por expertos contratantes.

3. Aplicabilidad a un enfoque teórico

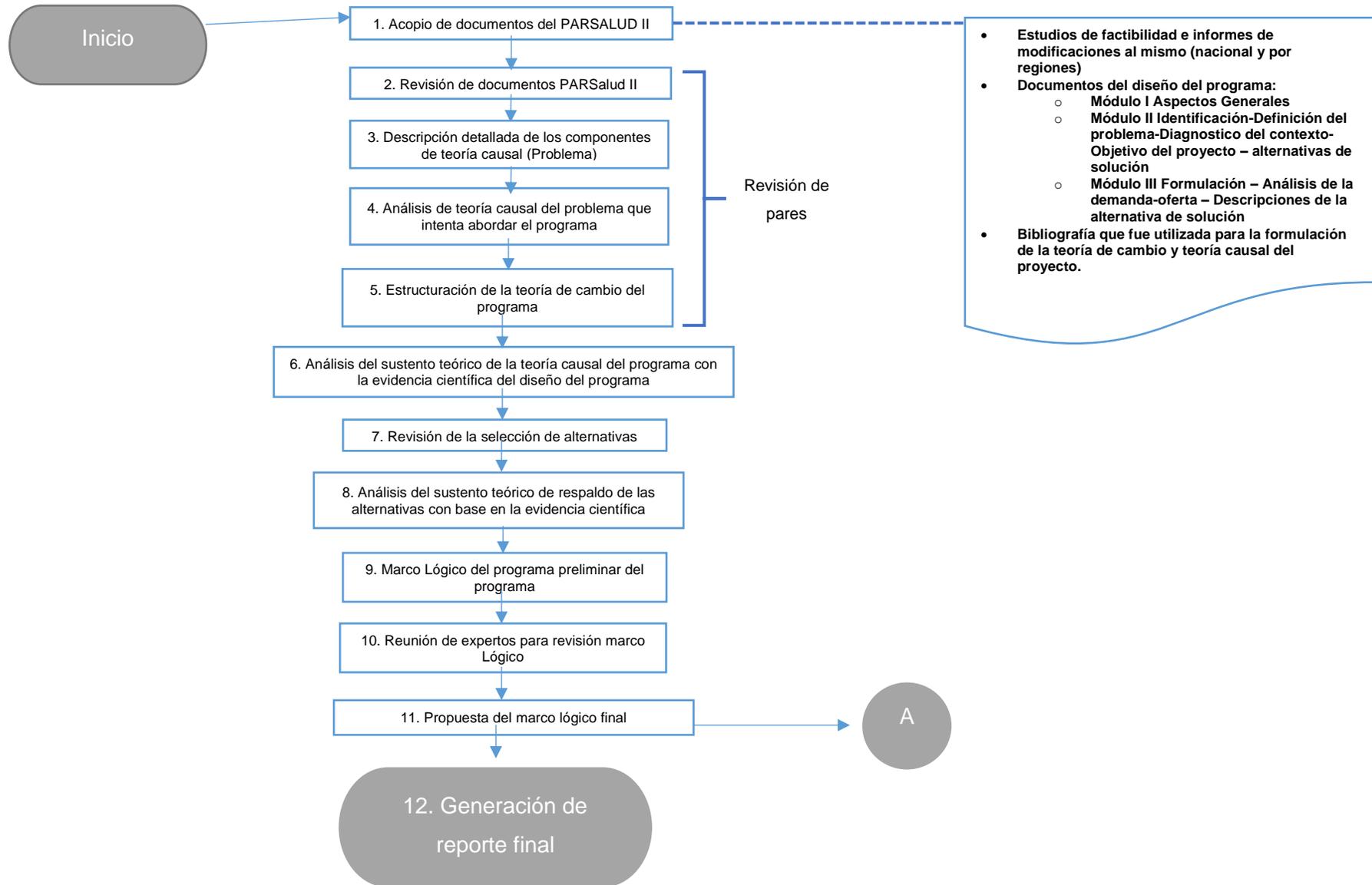
- a. La metodología propuesta, tomó características de la guía de marco lógico que aplica el Banco Mundial en el diseño y evaluación de intervenciones, por lo tanto, es aplicable a programas sociales que contengan las características de intervenciones o programas dirigidas a poblaciones específicas que busquen: “optimizar la atención, mejorar la situación de salud existente, cambios en la gestión actual, extender la cobertura y por tanto mejorar la calidad de la prestación de servicios, todo esto visto desde la perspectiva de los tomadores de decisiones o aquellas personas que generan los programas sociales en salud”.^{30,31} El enfoque de Marco Lógico está orientado a transformar la idea de un proyecto o intervención para contribuir a subsanar un problema, en este caso dirigido a la sociedad con un enfoque en salud, por lo que, la metodología propuesta está abierta a su aplicación a otras poblaciones donde se lleven a cabo programas sociales en salud con las características antes descritas.

VII. Pasos de la evaluación del diseño

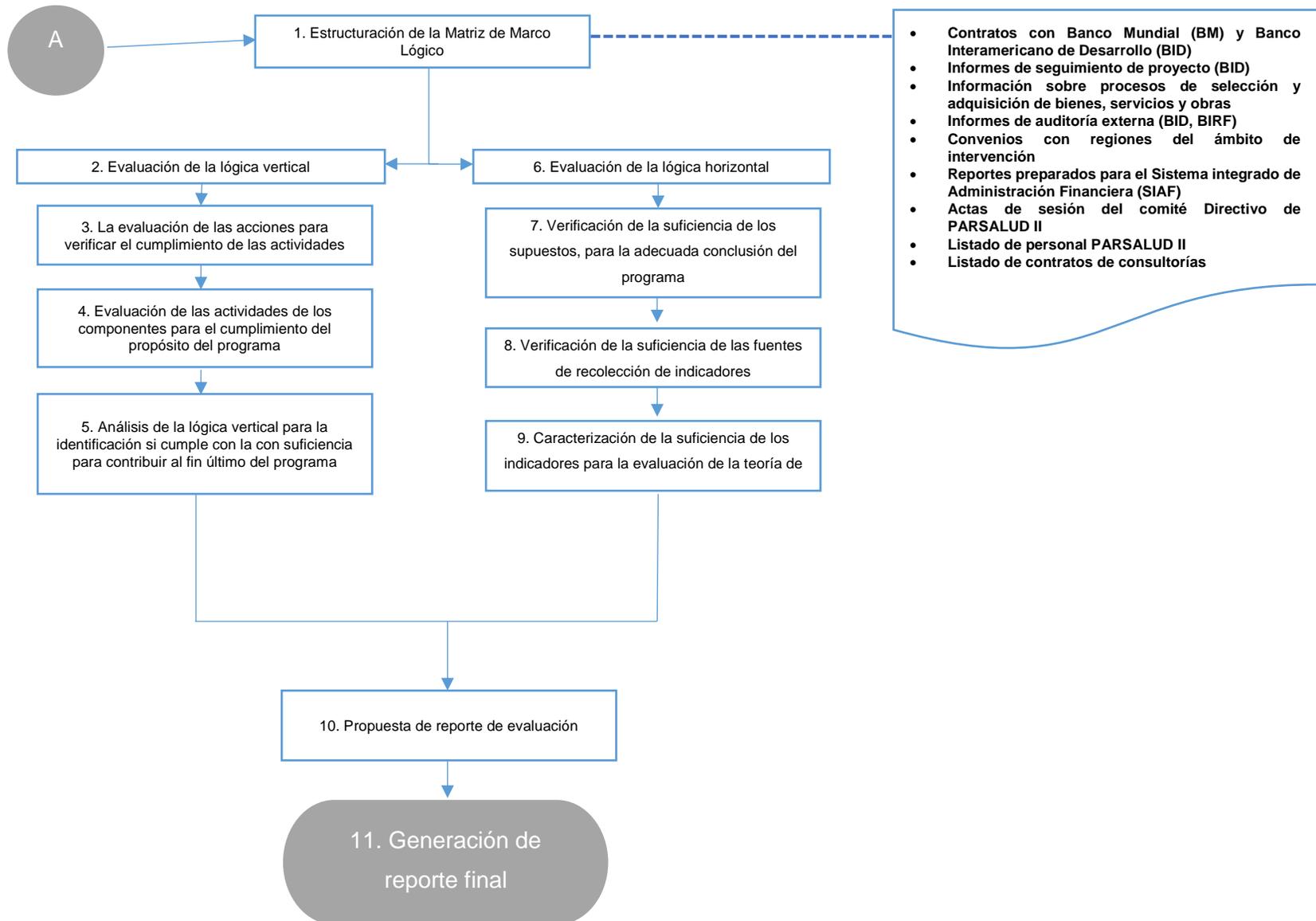
VIII. Evaluación de la pertinencia



IX. Evaluación de la coherencia



X. Evaluación de la suficiencia



XI. Plan de análisis

El análisis de la información obtenida de las fuentes de información, mencionadas con antelación, fueron analizadas de manera objetiva e imparcial, una vez realizada la revisión e informe sobre la información, se procedió a recabar información suficiente para la evaluación de cada componente planteado en la metodología.

XII. Procesamiento de la información

Una vez que sea identificó la información relacionada con las categorías de estudio, se continuó con la verificación de las mismas mediante lista de chequeo en las matrices propuestas con anterioridad. Esta revisión permitió conocer el grado de cumplimiento según la ponderación verificada en la clasificación propuesta. Posterior a la tabulación de las categorías de estudio se identificó las áreas de mejora para lograr hacer las recomendaciones pertinentes en cada una de las categorías.

XIII. Consideraciones éticas

Para el análisis de datos obtenidos de fuentes se obtuvo autorización directa de la coordinación del Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud en Perú, mediante la convocatoria de evaluación del diseño del programa, por lo que se contó con la debida autorización para trabajar con sus fuentes de datos, así como sus reportes anuales, y el mismo diseño del programa. Este estudio no buscó obtener información directa de personas, por lo que no se incluye descripción sobre el abordaje a individuos como fuentes de información. Los documentos necesarios para cumplir con la evaluación del PARSalud fase II, se obtuvieron directamente de la coordinación que se encarga de la evaluación interna del programa.

Las matrices de ponderación, para calificar la integridad de los componentes a evaluar en el programa, fueron diseñadas por el equipo consultor: **CONSORCIO UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA – INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO**, con la supervisión de los especialistas del PARSALUD II, **Yuleika Rodríguez Calviño, Juan Astuvilca Cupe y Alfonso Gushiken Miyagui**, para lo cual se solicitó aprobación para su aplicación y reporte de resultados.

La evaluación del diseño de PARSalud ofrece beneficio directo a los organismos externos que solicitaron la evaluación del PARSalud fase II, mediante la remuneración económica al **CONSORCIO UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA – INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO**, la cual especifica el cumplimiento de plazos de entrega de un documento de resultados y recomendaciones, para los fines que al contratista convenga. El reporte de resultados de la evaluación del PARSalud fase II fueron utilizados con fines académicos para la realización de la evaluación del programa en salud; sin embargo, en caso que sea permitida la presentación de resultados de forma abierta al público, será bajo licencia del organismo financiador de la evaluación.

7. Resultados y discusión

7.1 Descripción general del programa

Se crea como una iniciativa desde finales de los años 90' con el fin de operar de manera transversal ya que en su diseño involucró la participación en planificación y ejecución del SIS y diferentes actores del MINSA y de las Direcciones Regionales de Salud, y otros sectores como el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, Ministerio de Educación, Ministerio de Economía y Finanzas, Consejo Nacional de Descentralización, así como las instituciones del sector salud de los gobiernos locales, de la Sociedad Civil y la Cooperación internacional, con el fin de actuar de manera sinérgica y no duplicar objetivos intersectoriales.¹

PARSalud es un programa que pertenece al Ministerio de Salud de Perú que para el periodo 2009 al 2015, se ejecutó en su segunda fase, financiado con recursos prevenientes del Tesoro Público (Perú), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y del Banco Mundial (BM), considerado en el Estado Peruano un Proyecto de Inversión Pública.¹⁷

La ejecución en su primera fase se aprobó, con el fin último de modernizar y reformar el sistema de salud peruano, mediante un proceso multietápico de 2 a 3 fases con una duración total de 10 años. Teniendo en cuenta para su logro, financiamiento local mediante el Tesoro Público, y multilateral por el BM y el BID. Originalmente su inicio se Planteó para 2000 a 2003, en su primera fase; sin embargo, por dificultades en la ejecución la primera fase debió extenderse hasta mediados del 2006 y no obtuvo el financiamiento planeado inicialmente. Iniciando la segunda etapa en 2009 para terminarla en 2015.

1

I. Marco legal de PARSalud desde Perú

- Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, su Reglamento
- Ley N° 27806.- Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública
- Ley N° 29091, modifica la Ley N° 27444
- Decreto Supremo N° 063-2010-PCM, aprueba implementación del PTE
- Resolución Ministerial N° 200-2010, aprueba lineamientos de implementación del PTE
- Resolución Ministerial N° 252-2013-PCM que modifica la Directiva N° 001-2010-PCM/SGP "Lineamientos para la implementación del Portal de Transparencia Estándar en las Entidades de la Administración Pública"
- Decreto Supremo N° 070-2013-PCM que modifica el Reglamento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, aprobado por Decreto Supremo N° 072-2003-PCM⁴⁶

II. Objetivo General PARSalud fase II [Tomado del POA 2009 Reformulado]

Incrementar el uso de servicios de salud materno-infantiles y reducir la morbilidad infantil de niños y niñas menores de 3 años, de familias de la zona rural de las 9 regiones más pobres del Perú.

III. Objetivos específicos PARSalud fase II

Promover adecuadas prácticas y recursos de cuidados familiares y comunitarios a mujeres (gestantes, parturientas y madres en periodo de lactancia) y a niños y niñas menores de 3 años.

Mejorar la capacidad resolutive de las redes de servicios de salud para atender emergencias obstétricas y neonatales y para la atención integral de la salud de esta población en zonas dispersas y no dispersas.

Fortalecer la capacidad de gobierno para que el funcionamiento del sistema de salud sea eficiente y equitativo.⁴⁶

IV. Componentes del programa

Componente 1 Fortalecimiento de la demanda

El objetivo de este componente es promover la demanda para servicios de salud materno-infantiles y la adopción de adecuadas prácticas y recursos de cuidados familiares y comunitarios a la población meta.

Componente 2 Mejoramiento de la oferta

El objetivo de este componente es mejorar la capacidad resolutive de las redes de servicios de salud para atender emergencias obstétricas y neonatales y para la atención integral de la salud de la mujer (gestante, parturienta y madre lactante) y de niños y niñas menores de 3 años en zonas dispersas y no dispersas.

Componente 3 Rectoría y Financiamiento

El objetivo de este componente es fortalecer la capacidad del MINSA para mejorar la eficiencia y equidad en el sistema de salud.

Componente 4 Gestión del programa

El objetivo es contar con los recursos humanos y financieros para poder cumplir con los objetivos del Programa.

Componente 5 Proyecto Haciendo la Diferencia: Consolidando una respuesta amplia e integral contra la TB en Perú – Octava Ronda de Financiamiento del Fondo Mundial

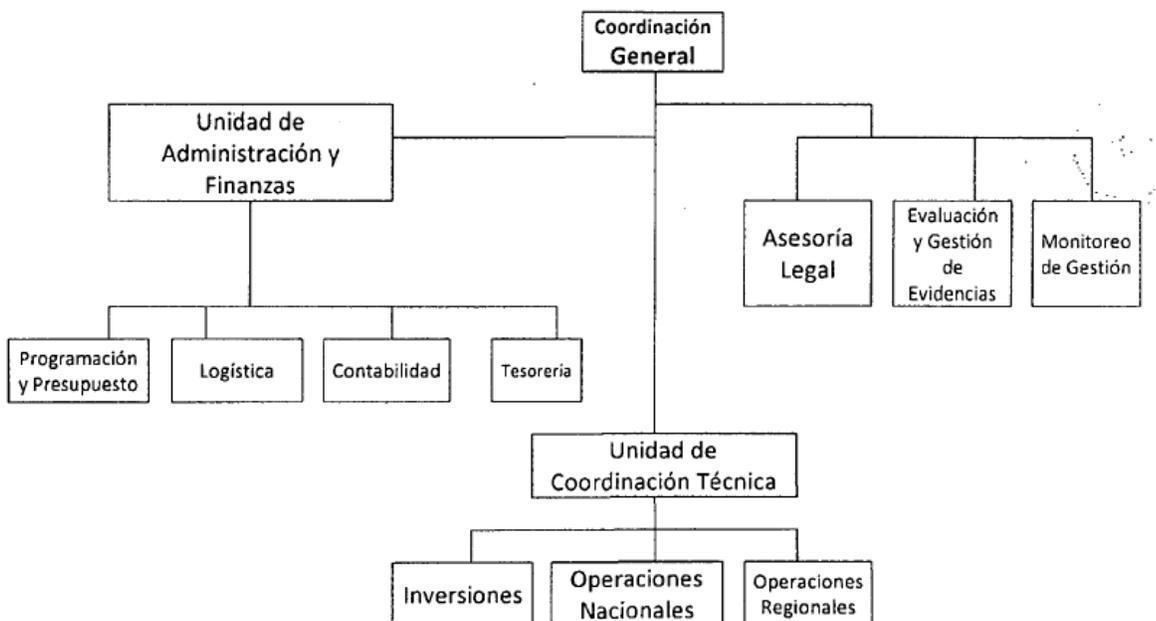
Las actividades del componente tuberculosis, están orientadas al fortalecimiento en el diagnóstico, tratamiento, apoyo integral y participación comunitaria, a través de la adquisición de productos

farmacéuticos, productos de salud, equipos médicos y no médicos, asistencia técnica, capacitación y contrato de personal.^{46,47}

V. Estructura interna, coordinadora de PARSalud en Perú

En el sector salud en Perú, la gestión de PARSalud está al cargo de la Unidad Coordinadora de Programa (UCP), en las actividades de administración, finanzas, contabilidad y en la coordinación de aspectos técnicos y mediante este organismo se coordinan los Organismos Técnicos MINSA y sus OPD (DIRESA), el desarrollo de las actividades que están dirigidas al cumplimiento de los objetivos y metas del programa son responsabilidad del MINSA y sus Organismos Técnicos Especializados.⁴⁸

Figura 2 Estructura interna de la unidad coordinadora de programa



El PARSalud en su fase II depende funcionalmente del Viceministro de Salud, los procesos de adquisición son los determinados por las normas de los bancos (BID y BM).⁴⁶

Funciones de la UCP

1. Supervisar la ejecución del Plan de Acción del PARSalud en su fase II
2. Ejecutar diligente y oportunamente los recursos financieros asignados al PARSalud II
3. Cumplir y hacer cumplir las normas generales de los bancos financiadores y suplementariamente las normas nacionales
4. Coordinar con las autoridades nacionales correspondientes (MINSA y MEF), con las autoridades regionales y con los funcionarios de los bancos financiadores para el cumplimiento de sus objetivos programáticos y financieros.

5. Presentar oportunamente los informes técnicos y financieros contables que den cuenta al MINSA, al MEF, a los Bancos y al Sistema Nacionales de Control el cumplimiento estricto de las normas vigentes.⁴⁸

Vinculación formal de la UCP con los principales involucrados del PARSalud, se realiza mediante:

1. El comité directivo del PARSalud en su fase II
 - a. Conformado por un representante del MINSA, un representante del MEF y un representante de los Gobiernos Regionales que intervienen en el PARSalud II, así como el Coordinador General del PARSalud II, que actuara como Secretario del Comité Directivo, que tiene facultad de Opinar, pero no de emitir voto.
 - i. Cada miembro tiene un representante alterno, por lo tanto, los Ministerios de Salud y de Economía y Finanzas designan a los representantes titulares y alterno. Los Presidentes Regionales, designados por la administración gubernamental en curso, informando al MINSA. Formalizando el proceso y haciéndolo oficial por resolución ministerial del MINSA.
 - b. Las funciones del Comité Directivo del PARSalud II (CDP)
 - i. Velar por el cumplimiento de los objetivos del PARSalud II.
 - ii. Aprobar los planes operativos anuales.
 - iii. Supervisar los procesos de selección del personal clave.
 - iv. Emitir opinión sobre la necesidad del cambio del Coordinador General
 - v. Velar por el cumplimiento de las recomendaciones de los informes de auditoría anual.⁴⁹
2. Los Grupos de Tarea
 - a. Objetivo del grupo es:
 - i. Asegurar la participación constante del MINSA y sus OTE en la completa ejecución de las actividades del PARSalud.
 - b. Actividades
 - i. Preparación de los Planes Operativos Anuales (POA) correspondiente a cada Dirección u OTE
 - ii. Elaboración de los términos de referencia de las consultorías. También de los expedientes técnicos y/o especificaciones técnicas cuando el proceso sea requerido o en ausencia de un marco normativo que regule los expedientes técnicos de obras y/o las especificaciones de los bienes a adquirir
 - iii. Participación de los comités de evaluación y selección de propuestas y/o candidatos, ya sea activamente o como observador.
 - iv. La aprobación de los productos y/o informes parciales y finales.⁴⁸

- c. Funciones
 - i. Coordinar con los OTE del MINSA, Regiones y cuando el asunto lo requiera, con las entidades privadas nacionales e internacionales
 - ii. Proponer las actividades que serán incluidas en el Plan Operativo del PARSalud II y en los respectivos planes operativos de los órganos involucrados, en el marco del PARSalud II
 - iii. Elaborar documentos técnicos (Términos de referencia, informes aprobatorios de productos y otros) que sustenten el desarrollo de una actividad del POA.⁴⁸
- 3. Convenios de cooperación interinstitucional (CCI)
 - a. Para la conformación de los CCI fue necesaria la participación de los Gobiernos Regionales para acordar las acciones a realizar y los indicadores esperados como resultado de las acciones del PARSalud II
 - b. Objetivos Estratégicos Sectoriales:
 - i. Disminuir la morbi-mortalidad materno-neonatal, con énfasis en la población de menores recursos con enfoque de derechos, y
 - ii. Contribuir en la disminución de la desnutrición crónica en menores de cinco años basadas en el enfoque de derechos, equidad de género e interculturalidad, priorizando las poblaciones de pobreza y extrema pobreza.⁵⁰
 - c. Competencias de las DIRESA
 - i. Cumplimiento de metas de indicadores de resultados sanitarios
 - ii. Asignación de recursos para financiar costos de operación y mantenimiento de las inversiones financiadas por el Gobierno Nacional (Incluido el PARSalud II).
 - iii. Cumplimiento de objetivos de modernización institucional
 - d. Competencias del MINSA (Incluyendo la UCP del PARSalud II)
 - i. Asignación de recursos para la ejecución de los proyectos de inversiones viables asignados al programa.
 - ii. Brindar la asistencia técnica requerida por la DIRESA para la implementación de las reformas impulsadas por el MINSA y para sustentar las capacidades requeridas por el proceso de acreditación para recibir las transferencias.
 - iii. Durante la etapa de ejecución del PARSalud II se culminará con la firma de los citados convenios.⁴⁸

7.2 Evaluación de Pertinencia

I. Justificación de PARSalud

Identificación del problema a resolver por el PARSalud II

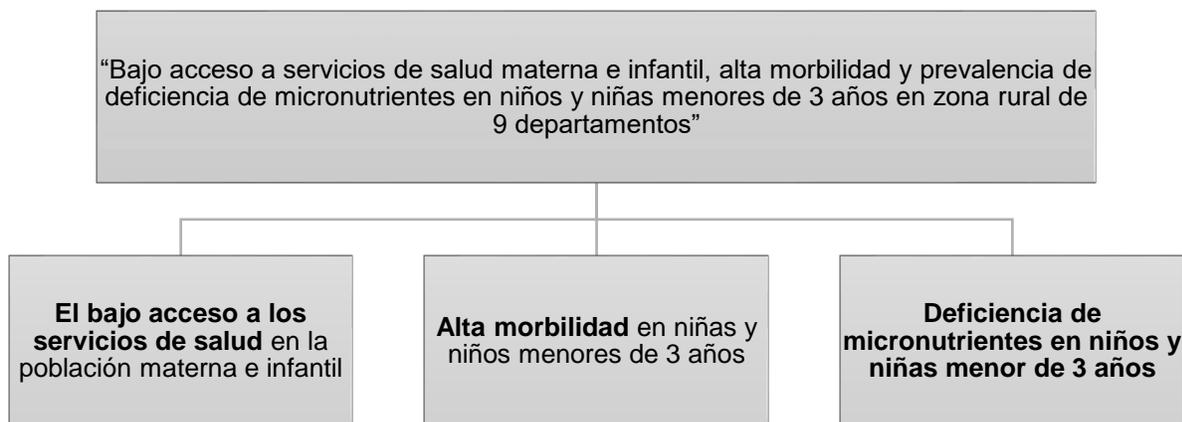
PARSalud es un programa nacional que busca mejorar el estado de salud materno-infantil, creado en apoyo a la modernización del sistema nacional de salud y en apoyo a la reforma del sector salud. Los principales componentes de apoyo responden a la contribución de disminuir las deficiencias en atención de la salud materna e infantil, mediante la mejora del **acceso a los servicios** de salud en la población de **mujeres** que cursen con **embarazo-puerperio** y en los **niños y niñas menores de 3 años** que **habitan** en las **zonas rurales** de las regiones priorizadas.^{17,22}

El bajo acceso a los servicios de salud, se considera como punto crítico de intervención para PARSalud II, y se hace mucho énfasis en la desnutrición infantil crónica, que es identificada como resultado de la deficiencia en el acceso, y como problema que tiene antecedentes estructurales como la pobreza crónica de las poblaciones, la deficiencia de redes sociales, las carencias en educación formal, insuficiencia de programas de seguridad social, diferencias étnico-culturales en la oferta de servicios de salud, falta de acceso a un trabajo formal y a la seguridad alimentaria (DSS de la desnutrición crónica⁵¹).

Desde el enfoque de Curso de Vida, se identifican aquellas condiciones que están relacionadas con el desarrollo y crecimiento del infante desde el momento de la gestación, tomando en cuenta las condiciones nutricionales de la gestante, la condición de salud y eventos de enfermedad durante la concepción, gestación y nacimiento, y la determinación de factores propios del entorno que influyen en los resultados intermedios de la salud del neonato e infante, tales como: las propias del individuo y la comunidad, las del sistema de salud (que incluye la oferta de servicios y sus características regionales), su interacción con otros sistemas (o sectores) y por último, los factores dependientes del gobierno y las políticas que afectan o benefician a esta población.^{22,51}

Detener las inequidades sociales en una generación, como plantea la OMS en el documento “Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud”, representa un verdadero reto nacional e internacional, que debe involucrar la participación activa de distintos sectores y no solamente del sector salud, para poder así lograr un impacto en la disminución de la brecha de inequidades de la provisión de servicios entre las poblaciones rurales y urbanas^{22,27,51-53}

Figura 3 Problema central del Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud en Perú, fase II.



Tomado de Unidad ejecutora 0123 PARSalud. Definición del problema 2006

Las altas tasas de morbilidad están relacionadas con la presencia de bajo acceso a los servicios de salud, como bien lo reporta PARSalud en su diagnóstico basal, donde además identifican diferencias marcadas entre los quintiles de pobreza de la población, el acceso físico menor de 2hrs a un establecimiento de salud con capacidad FONB (57.6% de acceso del quintil 1, contra el 97.5% del quintil 5). Los ejemplos más claros son las regiones de Amazonas y Ucayali, que tienen una RMM en 2004 de 255.9 y 121.4 respectivamente, en y representan regiones en Perú con un alto índice de ruralidad.²² La brecha entre los resultados de este indicador, permite observar la adecuada justificación de intervenir en la mejora del acceso a los servicios de salud.

Propuestas para satisfacer necesidades y prioridades

Por lo tanto, se identifica el **acceso a los servicios de salud**, como el problema al cual se debe intervenir para obtener mayor impacto en resultados de salud materno-infantil de las regiones priorizadas. La desnutrición crónica se ha debido a la situación de **pobreza** en Perú, la cual se ha mantenido durante los años 1991 al 2006, lo cual hace más amplia la brecha urbano-rural lo que mantuvo carente la provisión de servicios básicos y contribuyó al estancamiento en el desarrollo humano en las poblaciones con mayores capas de vulnerabilidad. Cuando existe desnutrición crónica en niños menores de 3 años se tiene un déficit en el desarrollo neurológico y, por tanto, un menor desempeño escolar con resultados deficientes. Es por eso que el **bajo acceso a los servicios** no solo es visto como resultado de las condiciones del lugar de residencia, sino como punto crítico en la atención a la población beneficiada.^{22,51,53-55}

Con todo lo anterior, las necesidades identificadas por el programa se encuentran adecuadamente justificadas y concuerdan con la perspectiva de Curso de Vida, proponiendo como marco, las causas con evidencia científica pertinente y proponiendo la intervención en las practicas comunitarias sobre el cuidado del infante y de la madre, el fortalecimiento de la capacidad resolutive de los establecimientos

de salud con funciones básicas y avanzadas y la descentralización de actividades del MINSA hacia las DIRESA. (Ver Anexo I Evidencia pertinente a identificación de necesidades y beneficiarios con la perspectiva curso de vida).

II. Contribución a metas y estrategias nacionales

Vinculación con la política nacional

Para conocer las políticas nacionales e internacionales a las que se alinea el desarrollo de PARSalud, es necesario saber que enfoque tiene el programa, para eso fue necesaria la descripción del programa, su estructura, la perspectiva y marco.

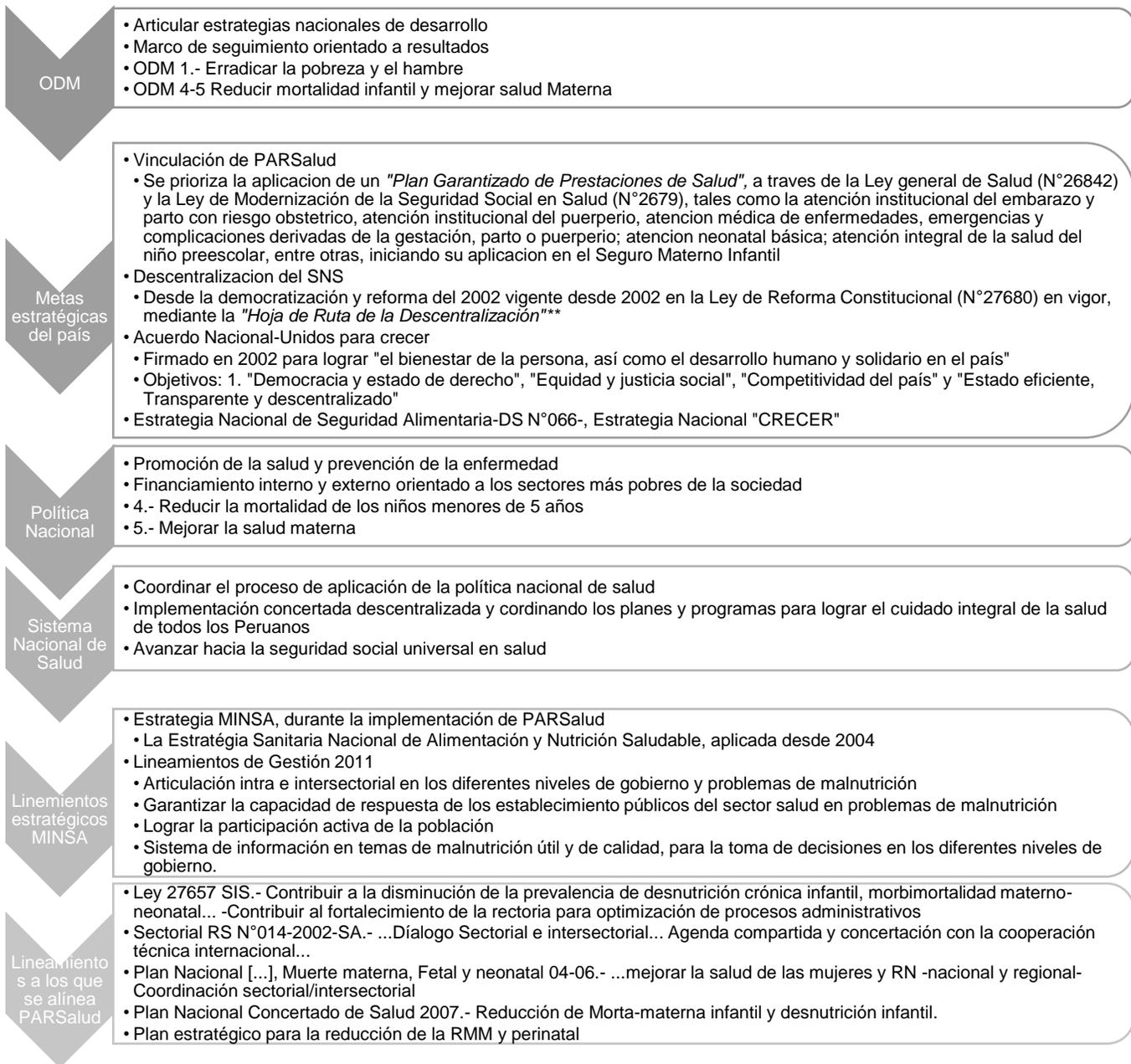
Perú pertenece a la región de las Américas y es miembro de las Naciones Unidas, por lo que se alinea y participa del cumplimiento de objetivos y metas internacionales de Organismos Internacionales. En este caso, al tratarse PARSalud II de un programa dirigido a mejorar el estado de salud de la población materno-infantil, se enlista a la participación con la OMS y el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), articulando estrategias nacionales para el desarrollo social y organizado en un marco de seguimiento orientado a obtener resultados en los ODM 1, 4 y 5.

A nivel nacional, Perú se empata al cumplimiento de los ODM por medio de metas estratégicas planteadas de manera que sean alcanzables por el país; ejemplo de ellos son: El Plan Garantizado de Prestaciones de Salud, la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, La reforma del 2002 de la “Hoja de ruta de descentralización” y la estrategia “CRECER”; que tiene como objetivo plantear el marco legal de la atención universal para la población, iniciando por los grupos poblacionales menos favorecidos.^{15,56-59}

Vinculación del propósito del programa con las metas estratégicas

Por otra parte, las políticas nacionales reflejadas en las línea estratégicas de PARSalud II, son dirigidas a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así como al enfoque de inversión para mejorar el estado de salud de los sectores más pobres de la sociedad, retomando 2 puntos específicos en la política nacional: la reducción de la mortalidad de los niños menores de 5 años y mejorar la salud materna; es aquí, como se coordina con el Sistema Nacional de Salud, mediante el planteamiento del plan sectorial, siguiendo la líneas estratégicas de avanzar hacia la seguridad social universal en salud.¹¹ Partiendo de este marco legal y dadas las tendencias políticas en el momento del diseño de PARSalud II, se otorga el marco jurídico que concede sustento al programa como programa nacional y de apoyo a la reforma al sector salud.^{15,57,58}

Figura 4 Relación de orientación política y marco normativo de PARSalud



57-611

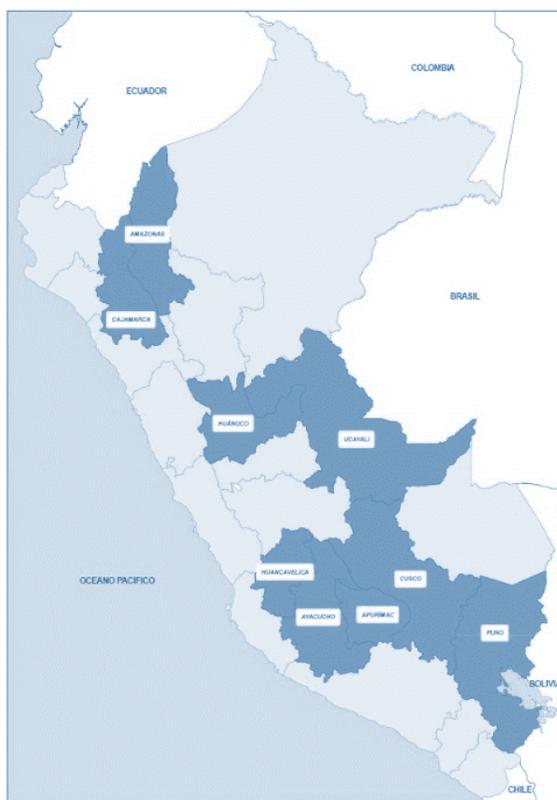
1 ** Fragmentación del sector (público, privado, seguridad social y fuerzas armadas/policiales), que impide la planeación estratégica sectorial. Limitado rol rector del Ministerio de Salud a nivel regional en sus componentes de fiscalización, control y normatividad. Deterioro de la infraestructura en salud, escaso financiamiento de gastos operativos e ineficiente gestión de los recursos disponibles.

III. Selección de ámbitos

Criterios para la selección de los ámbitos de intervención

La elección de las regiones priorizadas, carece de información y parece ser poco clara; y son referidas como las “zonas rurales de las 9 regiones más pobres del país”^{1(p258)}; sin embargo, los criterios utilizados para priorizar las regiones no son descritos en los Módulos de descripción del programa o los programas operativos anuales del mismo. Las regiones priorizadas por el PARSalud II fueron: Amazonas, Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Puno, Ucayali. El ejercicio de identificar las regiones más pobres de Perú, en relación a la tasa de pobreza (Tabla 6 Incidencia de pobreza extrema e intervalos de confianza por departamentos, Perú 2004-2006 y Tabla 7 Población en situación de pobreza por tipos de pobreza, según ámbitos geográficos, Perú 2006 (% respecto del total de población de cada ámbito geográfico)^{***}), se muestra la pertinencia de intervenir en las regiones de Huancavelica, Huánuco, Puno, Ayacucho, Apurímac, Cajamarca y Cusco; sin embargo, las regiones de Ucayali y Amazonas no se encuentran en las primeras 9 regiones.

Figura 5 Mapa de regiones intervenidas por el programa



El ámbito de intervención del programa está conformado por 43 hospitales, 368 centros de salud y 2399 puestos de salud, que se encuentran dentro de las regiones priorizadas por el programa, es necesaria una planeación y gestión adecuada. El programa identificó las características y necesidades de la población hasta 2 años antes de iniciada la planeación de alternativas de solución y 5 años antes de

iniciar la intervención, para el análisis se tomó el total de la población de las regiones priorizadas y las no priorizadas, y se dividió en quintiles de pobreza, así mismo se identificó la proporción de población que habla idiomas distintos al español, y la proporción urbano-rural de cada una de las áreas geográficas, la dispersión de la población según la zona geográfica de residencia, cruzando sistemas de recolección y publicación de información nacional, regional y propia del programa. (Tabla II-49 del módulo definición del programa²²).^{20,22}

Tabla 6 Incidencia de pobreza extrema e intervalos de confianza por departamentos, Perú 2004-2006

Departamento	Tasa de pobreza	Intervalo de confianza al 95%	
		Mínimo	Máximo
Nacional	16.1	15.1	17.2
Huancavelica	72.3	66.7	77.9
Huánuco	48.6	42.1	55.1
Puno	41.6	35.7	47.5
Ayacucho	41.3	34.5	48.0
Apurímac	39.7	33.0	46.5
Loreto	33.9	26.0	41.7
Pasco	31.0	22.9	39.1
Cajamarca	29.0	23.3	34.7
Cusco	22.8	16.1	29.4
Ucayali	22.8	18.2	27.3
Áncash	20.8	14.4	27.2
Amazonas	20.0	14.9	25.1
La Libertad	18.2	12.6	23.9
San Martín	17.2	12.9	21.6
Junín	16.5	11.6	21.3
Piura	13.1	9.3	16.9
Lambayeque	9.5	5.0	14.1
Madre de Dios	4.3	2.2	6.3
Moquegua	3.9	2.0	5.9
Arequipa	3.4	1.6	5.1
Tacna	3.3	1.3	5.4
Lima 1/	1.4	0.8	2.0
Ica	1.3	0.2	2.3
Tumbes	0.4	-0.1	0.9

**Modificado de Dirección Técnica de Demografía e Indicadores Sociales. Perú: Perfil de La Pobreza Según Departamentos, 2004-2006. (Instituto Nacional de Estadística e Informática, ed.). Lima, Perú; 2007.

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0748/Libro.pdf.

Se encuentra semaforizada, para tener una visión más clara de la incidencia de pobreza extrema en las distintas regiones de Perú, con sus respectivos intervalos de confianza, resaltando intencionadamente en “negritas”, las regiones con mayor proporción de población en condición de pobreza extrema.

Tabla 7 Población en situación de pobreza por tipos de pobreza, según ámbitos geográficos, Perú 2006 (% respecto del total de población de cada ámbito geográfico)***

Ámbito geográfico	Población en situación de pobreza 1/	Pobres coyunturales 2/	Pobres estructurales 3/	Pobres crónicos 4/	Socialmente Integrados 5/
Huancavelica	93.9	21.5	5.2	67.2	6.1
Ayacucho	85.8	32.4	7.4	46.0	14.2
Huánuco	84.7	23.8	10.1	50.9	15.3
Pasco	83.5	22.3	12.3	48.9	16.5
Puno	81.4	35.5	5.1	40.8	18.6
Apurímac	80.0	36.1	5.2	38.6	20.0
Amazonas	79.2	23.5	20.1	35.6	20.8
Loreto	76.8	15.2	10.5	51.1	23.2
Ucayali	74.2	16.6	20.2	37.4	25.8
Cajamarca	73.7	22.0	9.9	41.8	26.3
San Martín	73.6	21.1	19.3	33.2	26.4
Piura	67.0	21.7	13.0	32.3	33.0
Cusco	65.3	16.6	15.5	33.3	34.7
Junín	60.6	23.7	10.7	26.2	39.4
Tumbes	55.7	3.9	39.9	11.9	44.3
Áncash	55.6	17.2	13.6	24.7	44.4
Nacional	54.2	20.3	9.7	24.2	45.8
Madre de Dios	53.5	6.9	31.8	14.8	46.5
La Libertad	52.8	24.3	6.3	22.2	47.2
Lambayeque	46.7	25.8	5.6	15.3	53.3
Moquegua	38.6	19.0	11.3	8.3	61.4
Ica	35.8	15.8	12.0	8.1	64.2
Arequipa	35.3	14.2	9.1	12.0	64.7
Lima 6/	31.9	16.8	6.8	8.3	68.1
Tacna	25.4	15.4	5.6	4.3	74.6

***Modificado de Dirección Técnica de Demografía e Indicadores Sociales. Perú: Perfil de La Pobreza Según Departamentos, 2004-2006. (Instituto Nacional de Estadística e Informática, ed.). Lima, Perú; 2007. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0748/Libro.pdf

1/ Población en situación de pobreza: Es aquella población que presenta al menos uno de los siguientes tipos de pobreza: crónica, estructural, coyuntural. 21 Pobres coyunturales: Es aquella población que tiene su nivel de gasto por debajo del valor de la Línea de Pobreza, pero tienen sus Necesidades Básicas Satisfechas.

3/ Pobres estructurales: Es aquella población que tiene su nivel de gasto adecuado, es decir, por encima de la Línea de Pobreza, pero tienen sus Necesidades Básicas Insatisfechas.

4/ Pobres crónicos: Es aquella población que tiene su nivel de gasto por debajo del valor de la Línea de Pobreza y también tiene sus Necesidades Básicas Insatisfechas.

5/ Socialmente integrados: Es aquella población que tiene su nivel de gasto por encima del valor de la Línea de Pobreza y tiene sus Necesidades Básicas Satisfechas.

6/ Incluye a la Provincia Constitucional del Callao.

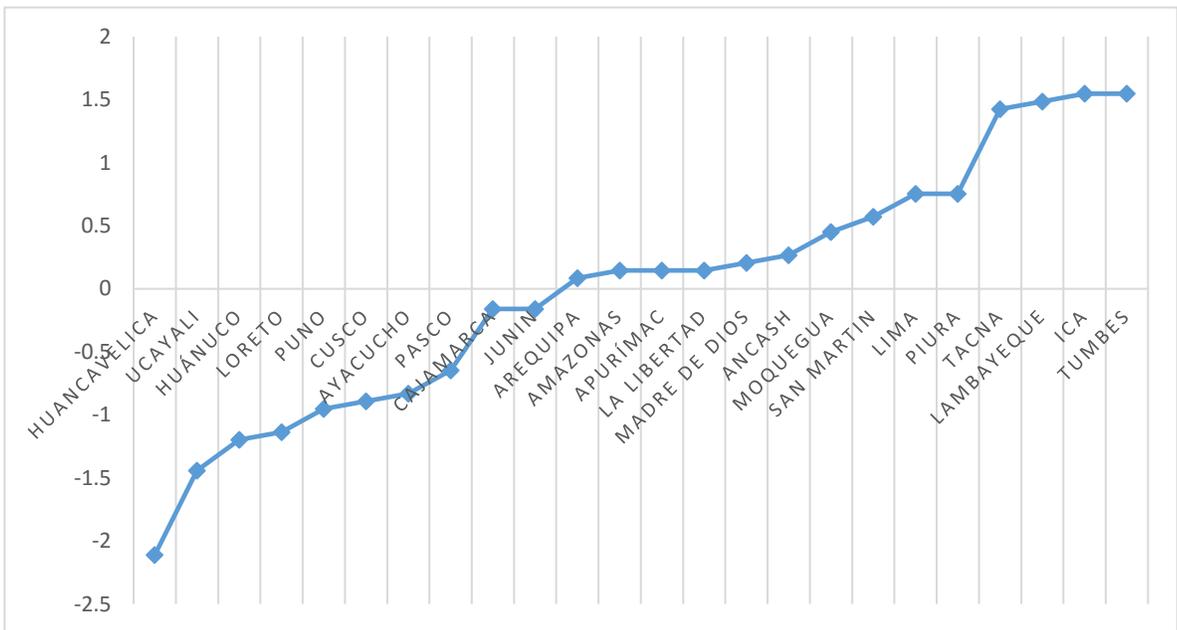
Fuente: INEI.-Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG) Continua: 2004.

En la Tabla 7 se publica la proporción de población en situación de pobreza mediante Método Integrado, que incorpora al conocido “Método de Necesidades Básicas Insatisfechas de la CEPAL” la connotación de gasto por condición de pobreza, lo que integra a aquellas personas que aun teniendo ingresos adecuados para la satisfacción de necesidades básicas, éstas no logran ser satisfechas.⁶² Llama la atención la no inclusión de regiones como Loreto y Pasco, que resultan frecuentemente priorizados en los primeros 9 lugares, al listarlos según la prevalencia de pobreza.

Posterior a la identificación de las regiones con mayor pobreza en Perú, se realizó el ejercicio de identificar las regiones con mayores prevalencias de pobreza a fin de comparar la perspectiva de priorización del diseño del PARSalud II y compararla con la priorización de necesidades en salud por puntuación Z.

Al calcular el **Índice de Necesidades en Salud**, se identifican las regiones críticas de ser intervenidas por el programa, tomando como referencia, los indicadores basales que utilizó PARSalud II para su diseño y planeación.

Figura 6 Índice de necesidades en salud por puntuación z, Indicadores 2004-2006, Perú



Se identificó la concordancia de las determinaciones anteriores (relacionadas con la prevalencia de pobreza) y lo calculado con el Índice de Necesidades en Salud, donde se obtuvieron resultados similares a la elección de regiones propuestas en el programa.

Tabla 8 Tabla de indicadores y priorización por Índice de Necesidades en Salud (Parte 1)

	Indicadores generales				Salud materna					
	% Pobreza total/1	% Pobreza extrema/1	% población afiliada SIS (% de total pob - cada depto)/1	Porcentaje de Ruralidad/2	Razón mortalidad materna x100mil NV (2001)	Cobertura parto institucional Urbano	Cobertura de parto institucional Rural	Prevalencia anemia gestantes (2004)/5	Prevalencia anemia gestantes Urbano	Prevalencia anemia gestantes Rural
Amazonas	-1	0	1	-2	-1	-2	0	0	0	0
Ancash	0	0	0	0	0	2	0	-1	0	0
Apurímac	-1	0	4	-2	-1	2	4	-2	-4	0
Arequipa	2	1	-1	2	2	0	0	-2	0	-2
Ayacucho	-1	0	1	-1	-2	0	0	0	-2	2
Cajamarca	-1	0	0	-4	-2	0	-1	0	2	0
Cusco	0	0	0	-1	-2	0	0	0	-1	0
Huancavelica	-4	-4	4	-4	0	-4	-2	0	0	0
Huánuco	-2	-2	1	-2	-2	0	0	0	2	-1
Ica	2	2	-2	2	4	2	4	-1	0	-1
Junin	0	0	-1	0	0	0	0	1	0	1
La Libertad	0	0	-1	0	0	0	-2	0	0	0
Lambayeque	0	1	0	1	0	2	0	4	4	4
Lima	2	2	-2	4	4	1	2	-1	0	-1
Loreto	-1	-2	1	0	0	-4	-2	-1	-1	0
Madre de Dios	2	1	0	0	0	0	1	0	-1	0
Moquegua	1	1	-2	1	0	2	0	-2	0	-4
Pasco	-1	0	1	0	0	-1	0	0	1	0
Piura	0	0	0	0	0	0	-1	4	2	2
Puno	-2	-2	-1	-2	-4	-2	-2	0	-4	1
San Martín	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1
Tacna	2	2	-2	2	2	0	2	0	1	0
Tumbes	2	2	0	2	2	1	2	2	1	1
Ucayali	0	0	0	0	1	0	-2	-2	0	-2

Tabla 9 Tabla de indicadores y priorización por Índice de Necesidades en Salud (Parte 2)

	SALUD INFANTIL											
	Tasa de mortalidad infantil (Por 1000 nacidos vivos) /6	Prevalencia de anemia < 5 años/5	Prevalencia de anemia < 5 años Urbano	Prevalencia de anemia < 5 años Rural	Prevalencia de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) < de 5 años/5	Prevalencia de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) < de 5 Urbano	Prevalencia de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) < de 5 Rural	Prevalencia de desnutrición crónica < 5 años (2004) /5	Prevalencia de desnutrición crónica < 5 Urbano	Prevalencia de desnutrición crónica < 5 Rural	% <3 años beneficiaria programa inmunizaciones/1	% <3 años beneficiaria programa CRED/1
Amazonas	0	1	0	2	0	1	0	0	0	0	0	4
Ancash	0	0	0	-1	0	0	0	0	1	0	2	2
Apurímac	0	-1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Arequipa	2	-1	0	-2	-1	-1	-1	1	2	1	0	0
Ayacucho	-1	0	0	0	-1	-2	0	-2	-2	-1	0	-1
Cajamarca	0	0	0	0	2	2	1	-1	0	-1	-1	2
Cusco	-4	-1	-1	-1	-1	-2	0	-1	-1	-2	4	0
Huancavelica	-4	-1	-4	0	1	0	2	-4	-4	-4	-1	-1
Huánuco	-1	-1	0	-1	-2	0	-2	-2	-2	-2	0	0
Ica	4	0	0	0	2	2	2	2	1	4	-1	-2
Junin	0	0	0	0	1	1	1	-2	-2	-1	0	-1
La Libertad	1	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	-1
Lambayeque	0	4	4	4	1	1	1	-2	-1	-2	0	-1
Lima	2	-2	0	-2	0	0	0	2	2	1	0	-1
Loreto	-1	0	0	1	-2	-4	-2	0	0	0	2	-2
Madre de Dios	0	0	0	0	-2	-2	-1	1	0	1	4	0
Moquegua	2	0	0	-1	0	0	1	1	2	0	4	2
Pasco	0	-2	-4	0	-2	0	-2	0	-1	0	1	0
Piura	0	2	4	1	0	0	0	0	1	0	0	-2
Puno	-4	-1	-2	0	4	4	4	0	0	0	-2	0
San Martin	0	4	2	4	-1	-1	-1	1	0	1	-2	0
Tacna	2	0	0	-1	1	2	1	4	2	4	0	0
Tumbes	2	2	1	2	0	-1	0	2	1	4	-2	0
Ucayali	0	-2	-2	-4	-4	-2	-4	0	0	0	0	0

Tabla 10 Regiones priorizadas por Índice de necesidades en salud

	Región	Puntuación Z
1	Huancavelica	-34
2	Ucayali	-23
3	Huánuco	-19
4	Loreto	-18
5	Puno	-15
6	Cusco	-14
7	Ayacucho	-13
8	Pasco	-10
9	Cajamarca	-2
10	Junin	-2
11	Arequipa	2
12	Amazonas	3
13	Apurímac	3

En la

Tabla 10 las regiones priorizadas mediante índice de necesidades en salud, resultan similares a las priorizadas por el programa; sin embargo, llama la atención la repetitiva aparición de Loreto y Pasco en las distintas determinaciones de priorización de las regiones, y la no inclusión de las mismas en las regiones propuestas por PARSalud II. Es por esto que resulta necesario indicar la metodología utilizada en la priorización de regiones para identificar las razones de exclusión de regiones.

Focalización

A nivel municipal, dentro de cada región priorizada, se identifica la intervención en los establecimientos de salud con funciones obstétrico-neonatales básicas y avanzadas; mientras que, para medir el efecto de la intervención, se obtienen resultados de la intervenciones de dichos establecimientos mediante la recopilación de información a nivel nacional mediante censos y encuestas nacionales; así como, el reporte de los indicadores seleccionados mediante el levantamiento de información en los establecimientos de salud de intervención.

IV. Selección de beneficiarios

Como bien se mencionó con anterioridad, al formalizar el análisis de causas y consecuencias se identificó la utilización del enfoque de “curso de vida” con la descripción de causas de las causas, en el documento de PARSalud II no se encontró explícitamente la población beneficiada, sin embargo, a continuación, se describe la población que se logró identificar y clasificar en tres grupos, junto con sus evidencias:

- i. **Mujeres embarazadas que se encuentren expuestas de presentar eventos que pongan en riesgo su vida y la del producto.**
 - a. Infecciones en el embarazo
 - i. Consecuencias listadas
 1. Parto pretérmino
 - a. Ruptura prematura de membranas [Tabla 13 Evidencia utilizada para justificar parto pretérmino como consecuencia de ruptura prematura de membranas]
 - b. Infecciones del tracto urinario [Tabla 14 Evidencia utilizada para justificar parto pretérmino como consecuencia de infecciones del tracto urinario]
 2. Trastornos en el neonato e infante

- a. Infecciones asintomáticas del tracto urinario [Tabla 15 Evidencia utilizada para justificar trastornos en el neonato e infante como consecuencia de infecciones asintomáticas del tracto urinario]
- ii. Prácticas preventivas
 - 1. La prescripción de antibióticos disminuye la incidencia de RPM⁶³
- ii. **Mujeres en edad fértil con seguridad alimentaria en riesgo y que planean embarazarse.**
 - a. Estado nutricional de la gestante²² [Tabla 16 Evidencia utilizada para justificar consecuencias del estado nutricional de la gestante]
 - i. Consecuencias listadas:
 - 1. Mayor presencia de estados de morbilidad materna
 - 2. Parto pretérmino
 - 3. Bajo peso al nacer
 - 4. Deficiencias en el crecimiento intrauterino
 - 5. Malformaciones congénitas
- iii. **Niños y niñas menores de 36 meses de edad con barreras de acceso a servicios de salud y seguridad alimentaria.**
 - a. Retardo de crecimiento lineal de los niños y presencia de desnutrición crónica en menores de 36 meses de edad
 - i. Consecuencias listadas
 - 1. Menor nivel cognitivo en la edad escolar
 - ii. Efecto causal
 - 1. Presencia de cuadros repetidos de diarrea antes de los 24 meses de edad
 - 2. Deficiencia de Zinc relacionado con mayor presencia de diarrea e infecciones de vías respiratorias agudas en menores de 24 meses.
 - 3. Deficiencia de Lactancia relacionado con mayor presencia de infecciones (EDA e IRA)

La identificación de beneficiados por el programa, no es explicitada y da pie a confundir si el programa beneficia a toda la población, a la población asegurada o no asegurada. Por lo que, resulta necesario dar conocer a quien va dirigida la intervención, no solo para el público en general, sino para que resulte relevante la presentación de resultados por actividad y los beneficiarios de las mismas.

V. Intersectorialidad

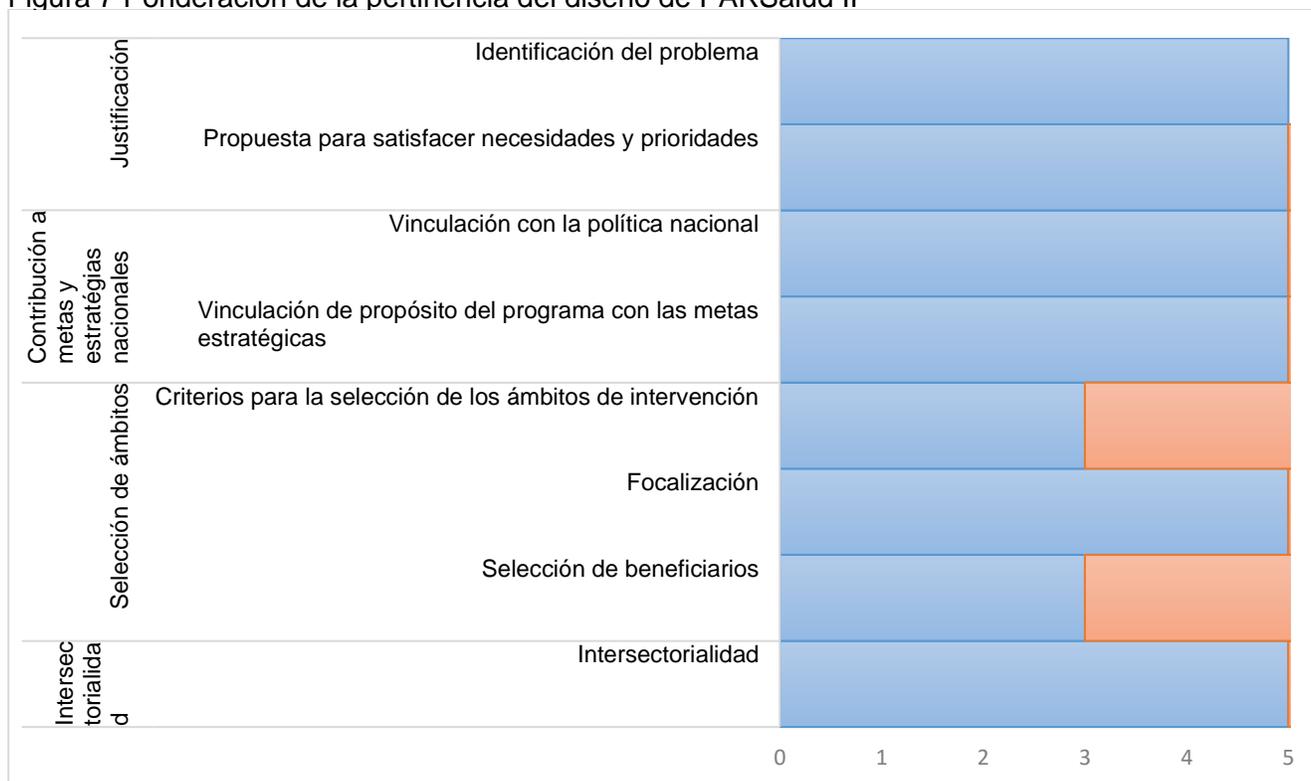
Como se analizó en el rubro de “alineación con metas nacionales”, PARSalud II como programa nacional, tiene un amplio sustento jurídico y normativo, así como alineación a políticas y estrategias tanto nacionales como internacionales. Este sustento jurídico nacional integra la participación

intersectorial en la planeación estratégica; sin embargo, al momento de traducir esta estrategia al programa, no se hacen explícitas la participación de los distintos sectores con el de salud, en las actividades o acciones.

Dentro del Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal en Perú, tiene como propósito “II.- Servir de base para que se genere el Plan Estratégico Multisectorial para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal, que involucre a todas las instancias públicas y privadas que integran el Sector Salud”; por lo tanto, tal como lo describe el Documento “Módulo I Aspectos Generales” y el POA modificado 2009 para el programa, se hace explícito que se involucró la participación en planificación y ejecución del SIS y diferentes actores del MINSA y de las Direcciones Regionales de Salud; mientras que, la participación de otros sectores como el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, Ministerio de Educación, Ministerio de Economía y Finanzas, Consejo Nacional de Descentralización, así como las instituciones del sector salud de los gobiernos locales, de la Sociedad Civil y la Cooperación internacional, se enuncia el fin de actuar de manera sinérgica y no duplicar objetivos intersectoriales.¹

La participación de los diferentes sectores, a pesar de ser explicada, no se incluyen las formas y términos de colaboración dentro de las actividades que realizó la unidad ejecutora del PARSalud II y sólo plantea un marco normativo para fortalecer la participación en la concertación de acciones, en la descentralización de la provisión de los servicios de salud y la inclusión de distintos sectores para lograr las metas municipales y contribuir a que exista un entorno para el desarrollo de comunidades saludables.^{20,46,50}

Figura 7 Ponderación de la pertinencia del diseño de PARSalud II



La pertinencia en el diseño del programa es adecuada, en los criterios de evaluación, la justificación se identifica claramente el problema a resolver e identifica de manera clara las necesidades a satisfacer y sus prioridades entre las necesidades medidas. En la contribución de metas estratégicas, el diseño de PARSalud II se vincula con la política nacional y se plantea un marco jurídico que lo vincula con las metas estratégicas del MINSA. Posteriormente en la selección de ámbitos, se realizó basados en los indicadores que señalaban la brecha en la salud materno-infantil; sin embargo, al proponer como enfoque “Curso de Vida” a la hora de medir los factores estructurales y tomarlos en cuenta para la selección de los ámbitos de intervención, no se compara la escolaridad o indicadores socioeconómicos de la población beneficiada. Sin embargo, si se seleccionaron las zonas de intervención del programa en relación a los indicadores utilizados para priorizar.

Al momento de seleccionar a los beneficiados, por el análisis realizado, se identifica que los beneficiarios se seleccionaron con base al riesgo. Y la intersectorialidad, aunque muestra deficiencias al momento de asignar responsabilidad en las actividades o acciones, PARSalud se ve articulado con distintos sectores desde su planeación y es sustentado con marco legal.

7.3 Evaluación de coherencia

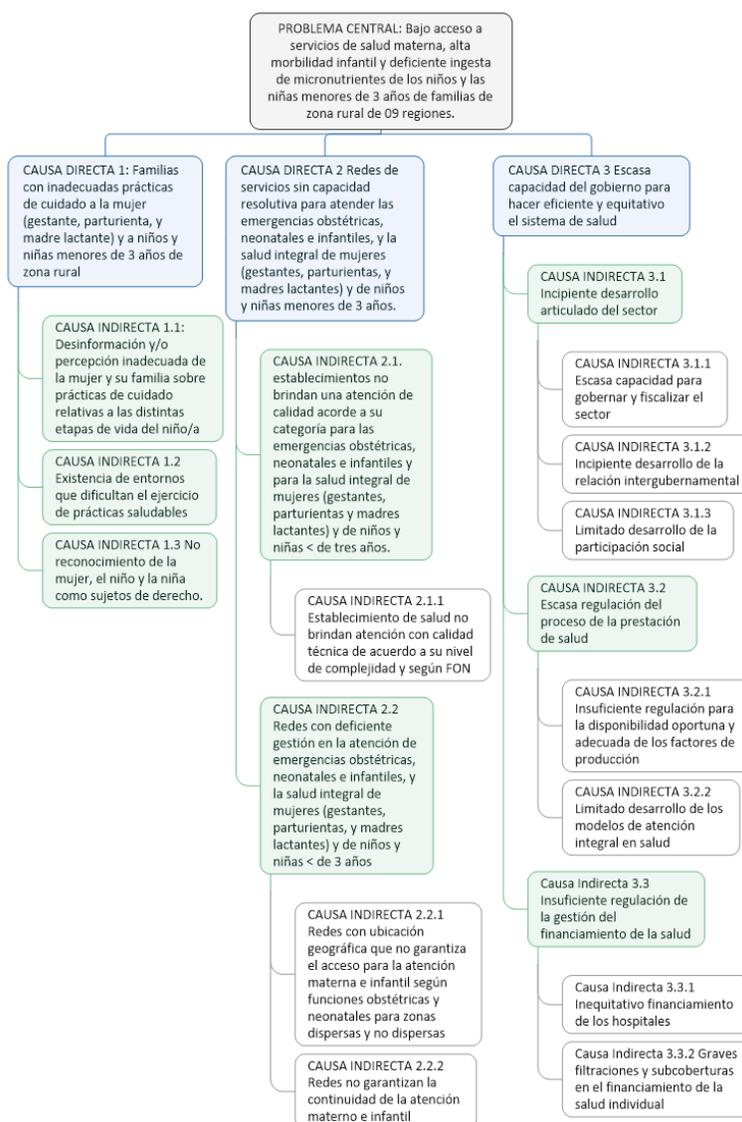
I. Análisis de la teoría causal

Análisis de causalidad

El problema que intervino PARSalud II, fue el “Bajo acceso a servicios de salud materna, alta morbilidad infantil y deficiente ingesta de micronutrientes de los niños y las niñas menores de 3 años de familias de zona rural de 9 regiones de Perú”, plasmado en la Figura 8, donde configura el cuadro principal del que despegan las causas directas identificadas en el diseño del PARSalud II.

La identificación del árbol de problemas, descrito en el diseño del PARSalud II, se utilizó para dar pie al análisis realizado en la teoría causal, desde el problema central (en gris) hasta el descrito por cada causa directa (en azul), siguiendo la lógica de análisis de causalidad, ver Figura 8.

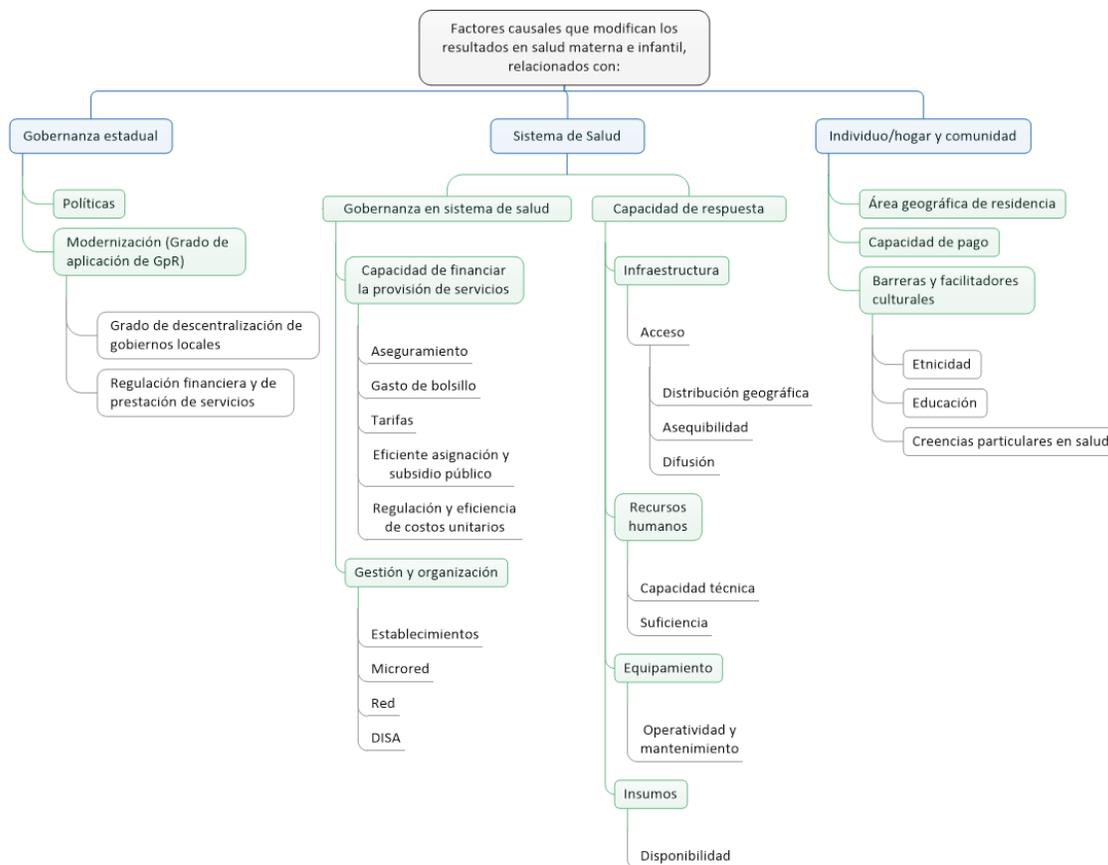
Figura 8 Árbol de problemas y causas descrita por el programa



En la Figura 8 se presentan los factores causales directos que están altamente vinculados con el problema y encuentra explicación en el escenario familiar, la capacidad de respuesta de los servicios de salud y la capacidad de los gobiernos regionales para intervenir sobre los programas de salud materno infantil. No obstante, bajo la perspectiva de ciclo de vida utilizada por PARSaIud II, se identifican en el texto y esquemas, la intención de intervenir en los tres niveles de factores descritos en la

Figura 9, en el área coloreada en azul, que está compuesto en primer grado por el nivel estadual o regional, indicando las actividades y obligaciones de los gobiernos subnacionales, el segundo grado de intervención compuesto por el sistema de salud, indicando las barreras de oferta y demanda, y por último la comunidad y los individuos y sus principales características que condicionan la continuidad del problema central descrito en el diseño de PARSaIud II. En los recuadros coloreados en verde se agrupan los factores que modifican de manera directa los resultados en salud materna e infantil en las regiones priorizadas por el programa.

Figura 9 Factores que modifican los resultados en salud materna e infantil**

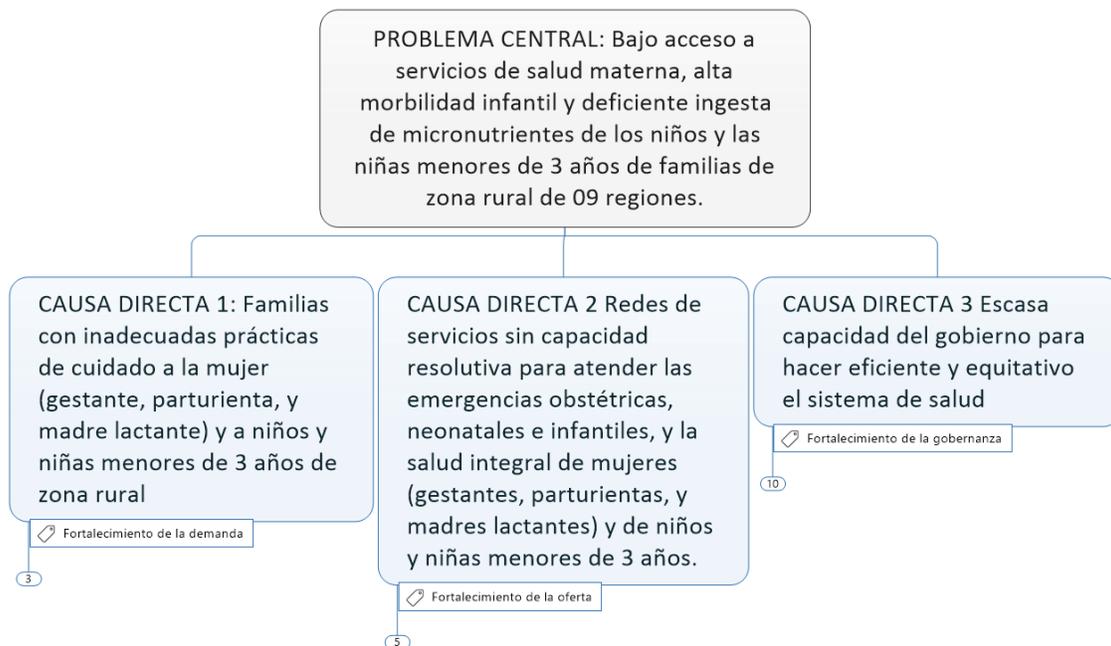


Tomado de la integración de causas identificadas en los módulos de descripción del programa 1,20,22,64

En este análisis se encontró que la evidencia científica utilizada para fundamentar el problema central concuerda con el fin último. Además, se identificó que las tres intervenciones planteadas en el diseño del PARSalud II, concuerdan con el problema central y contribuyen al cumplimiento del fin último.

Causa directa 1: Familias con inadecuadas prácticas de cuidado a la mujer (gestante, parturienta, y madre lactante) y a niños y niñas menores de 3 años de zona rural

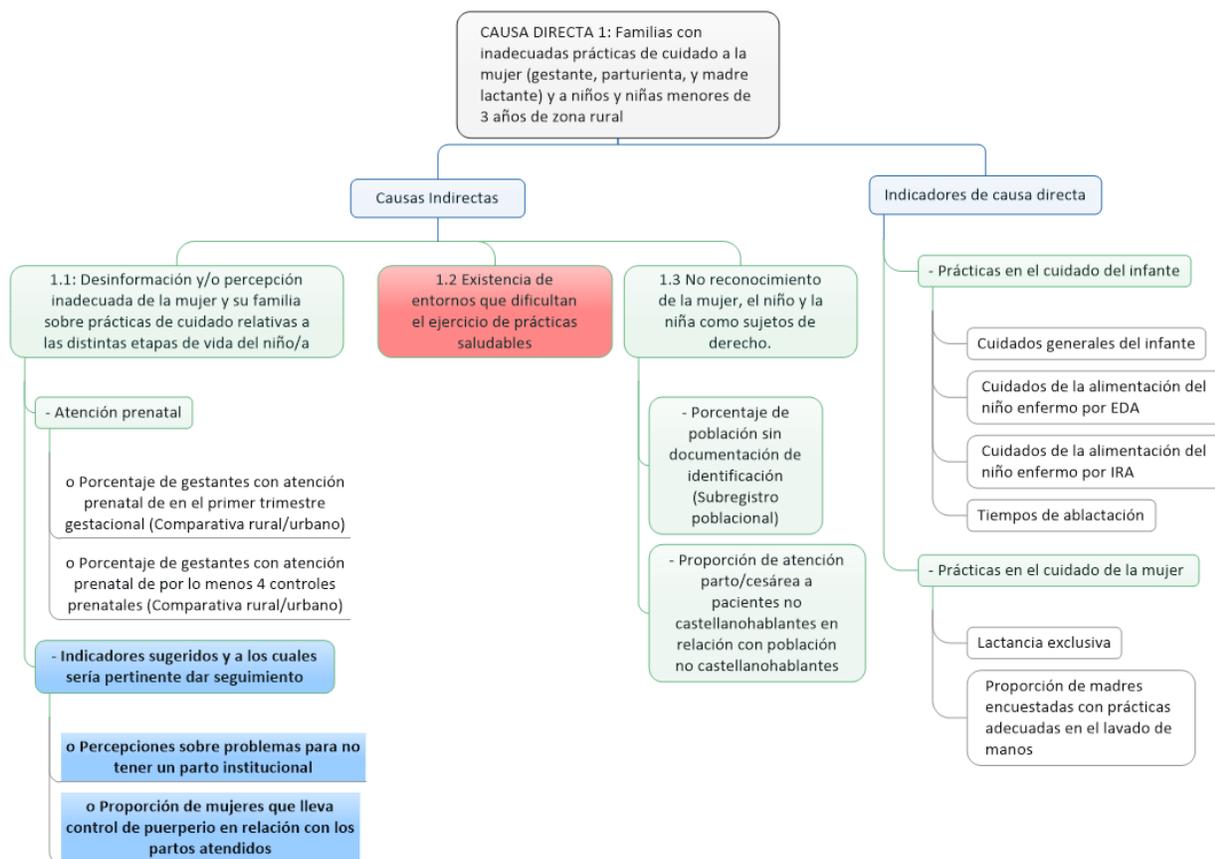
Figura 10 Fortalecimiento de la Demanda, Oferta y Gobernanza -Causas directas-



En la identificación de la evidencia que se tiene de la causa 1 se encontró su relación con los indicadores propuestos por el programa, desde la perspectiva de demanda (Causa 1), oferta (Causa 2) y gobernanza (Causa 3). El primero de ellos mediante la contribución de la percepción de necesidad en la población, mediante la orientación práctica de cuidado del infante y la mujer, así como la importancia de hacer conciencia de la importancia en la realización y seguimiento de prácticas adecuadas para obtener mejores resultados en salud (Ej. alimentación y nutrición del infante o lactancia exclusiva y tiempos de ablactación, entre otros)

En la Figura 11 se aborda la causa directa 1 y sus indicadores para monitoreo, y como hallazgo se identifica que de los tópicos limitados de descripción es la "Existencia de entornos que dificultan el ejercicio de prácticas saludables" coloreado en rojo, donde además, el sustento teórico citado es débil y no se hacen explícitas las alternativas de solución, lo que podría vulnerar el cumplimiento del objetivo central del diseño del programa. Además, de la literatura citada se agregan (en color azul) puntos importantes que servirían para dar pertinencia al seguimiento sobre el control postnatal.

Figura 11 Indicadores de seguimiento en la causa indirecta 1

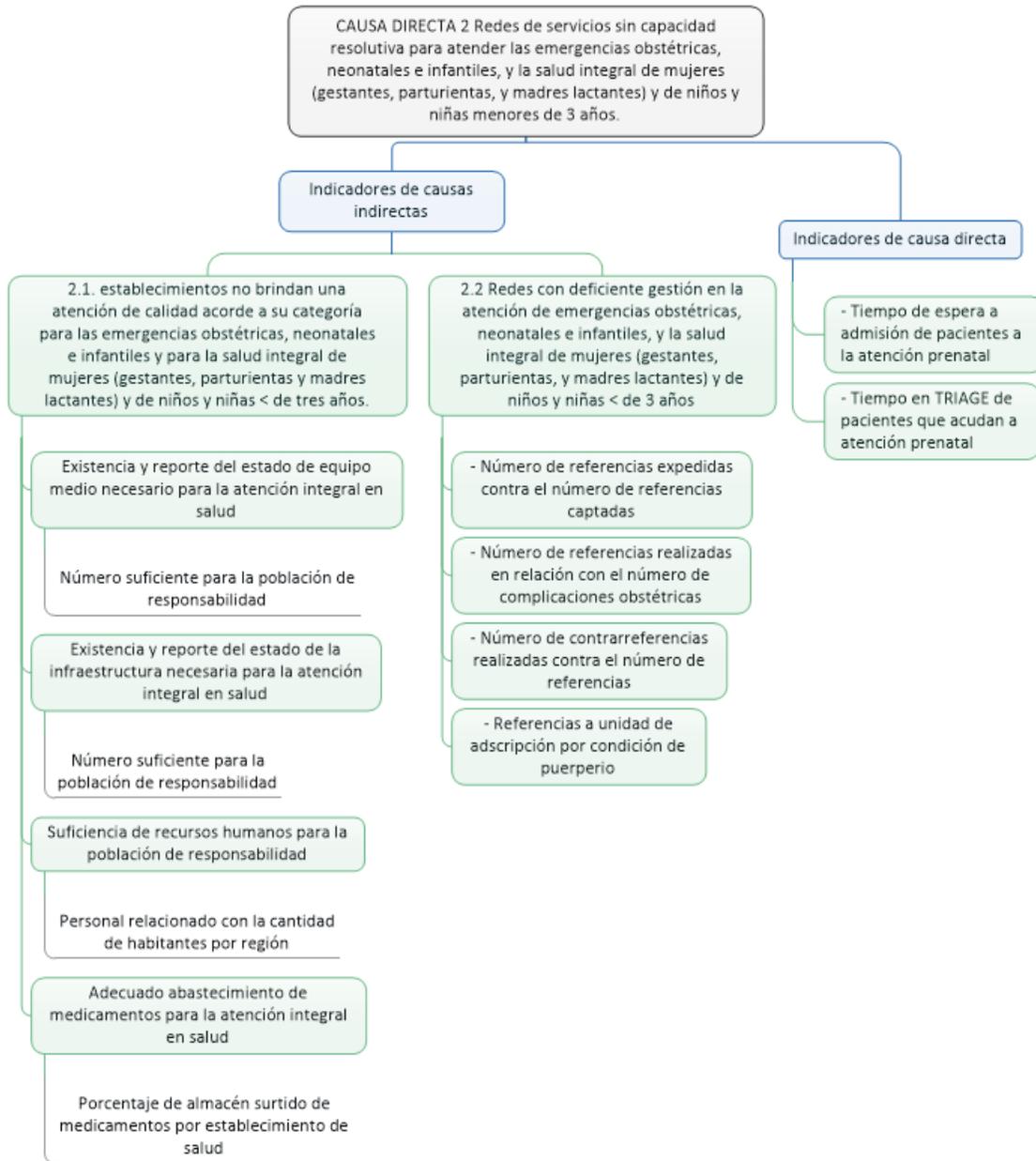


Las causas indirectas 1 y 3 se muestran monitoreadas con los indicadores propuestos; sin embargo, en la causa indirecta 2 coloreada en rojo, no se identificaron indicadores o vías de verificación para monitorear el avance de su cumplimiento.

En la Figura 12 Causa directa 2 Redes de servicios sin capacidad resolutoria para atender las emergencias obstétricas, neonatales e infantiles, y la salud integral de mujeres (gestantes, parturientas, y madres lactantes) y de niños y niñas menores de 3 años.

La medición de estos indicadores se realizó mediante un acercamiento cualitativo, del cual se reportan algunos resultados en el módulo II; sin embargo, no describen los objetivos de la evaluación cualitativa ni cómo se diseñó dicha evaluación.

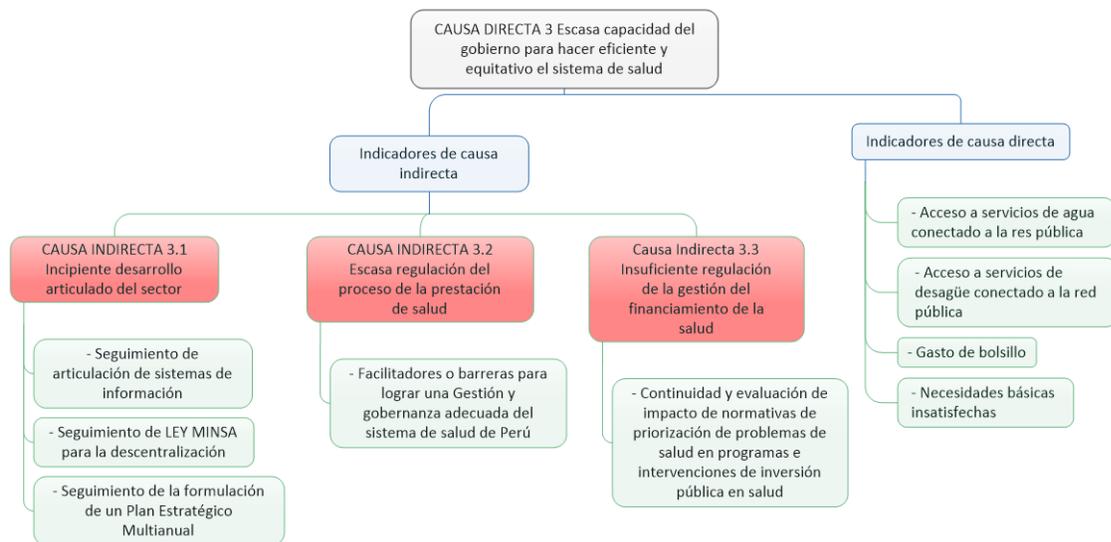
Figura 12 Redes de servicios sin capacidad resolutive para atender las emergencias obstétricas, neonatales e infantiles, y la salud integral de mujeres (gestantes, parturientas, y madres lactantes), niños y niñas menores de 3 años.



La secuencia de indicadores propuestos por PARSaLud tiene una jerarquía que permite identificar no sólo la importancia de tener recursos físicos, materiales y humanos suficientes y competentes que contribuye a mitigar el problema identificado, sino también la necesidad de una gobernanza y gerencia adecuada en salud para hacer frente a las necesidades sentidas en salud identificadas. Sin embargo, hay que resaltar, que no se hace referencia de las alternativas necesarias para lograr cubrir las “redes que no garantizan la continuidad de la atención materno e infantil”

Causa directa 3, Figura 13 , escasa capacidad del gobierno para hacer eficiente y equitativo el sistema de salud, se encontraron distintas deficiencias teóricas en cuanto a la descripción de alternativas y el sustento teórico de la coherencia con las actividades propuestas, ya que los indicadores identificados abarcan la medición de las estrategias.

Figura 13 Escasa capacidad del gobierno para hacer eficiente y equitativo el sistema de salud



Las bases teóricas con las que se cuenta son suficientes para la realización de un adecuado análisis de causalidad del problema central; sin embargo, el modelo causal no cuenta con un fundamento teórico suficiente para identificar el desenvolvimiento real de las complicaciones derivadas de la falta de acceso a los servicios de salud o la deficiencia de micronutrientes de los problemas identificados como principales; ya que solo se identifican resultados de la atención intrahospitalaria y no un fundamento teórico sobre el acceso a servicios de salud materna de zonas rurales, o acceso a servicios por población infantil. Se deben agregar dentro de la teoría causal tanto la atención a la madre en periodo de puerperio como al neonato, ya que en el modelo propuesto se deja de lado la atención postparto; sin embargo, se esperarí plantear un análisis de las causas completas y la realización de un análisis de causa de causas, análisis de causa raíz o análisis de causas críticas, para la adecuada identificación de causas con factibilidad de cambio.

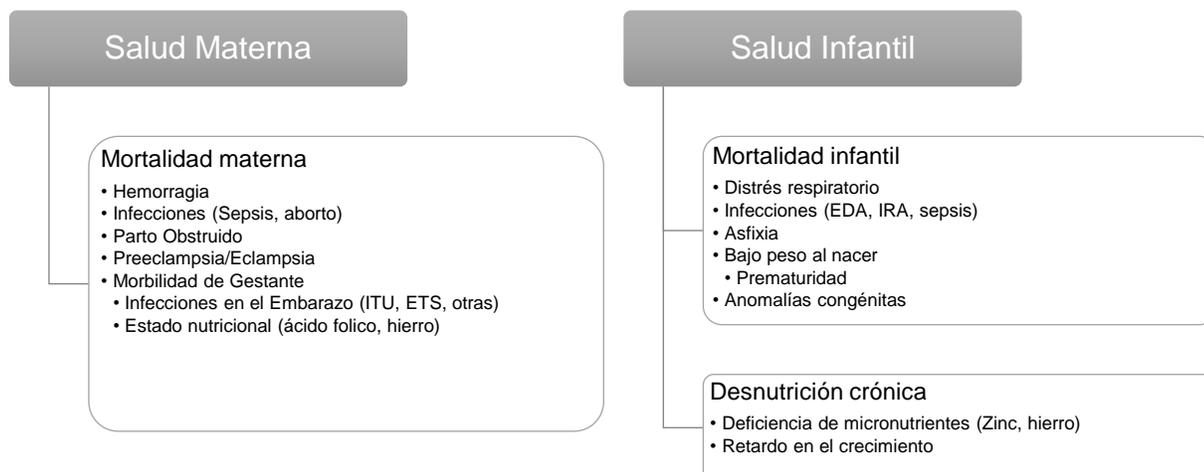
Análisis de efectos

Tomando la perspectiva del programa de “Curso de Vida” se identifican distintos niveles de factores causales en el resultado en salud medido en la línea base previa al diseño, los estructurales y los intermedios, descritos como factores a los que se encuentran expuestos los individuos (Mujeres gestantes o en puerperio, madres, niñas y niños menores de 3 años); los hogares y la comunidad son afectados por factores estructurales, como el sistema de salud y el gobierno. Para su análisis en el estudio los mencionare como “entornos” y corresponden a los hogares, la comunidad, el sistema de salud y el gobierno, es donde se convergen una serie de situaciones y factores que determinan la aparición de distintos escenarios protectores o vulneradores y generan un resultado de la situación de salud individual y comunitaria único.²²

Para fines de este estudio se toma la perspectiva de curso de vida con el fin de identificar la causalidad del problema central, ya que fue el enfoque utilizado por el programa, donde se relacionan los resultados en salud que engloban a la población beneficiada: Salud Materna y Salud Infantil, mediante la determinación de los factores intermedios que condicionan la presencia de resultados desfavorables en estos productos en salud.

En la Figura 14 se enlistan los efectos inmediatos, mediatos y a largo plazo, identificados en la teoría causal del PARSalud y corroborados con las citas bibliográficas utilizadas para identificar la causalidad y efectos. En ésta figura se muestran los efectos jerarquizados con la siguiente lógica: Ej. Mortalidad materna debida a... morbilidad de la gestante... debida a infecciones en el embarazo. Y el orden en el que se encuentran descritas las causas, corresponde a la carga porcentual de los efectos principales: en salud materna encontramos, mortalidad materna como efecto principal; mientras que, en salud infantil los efectos principales son: Mortalidad infantil y desnutrición crónica.

Figura 14 Efectos negativos en salud materna e infantil identificados por el programa

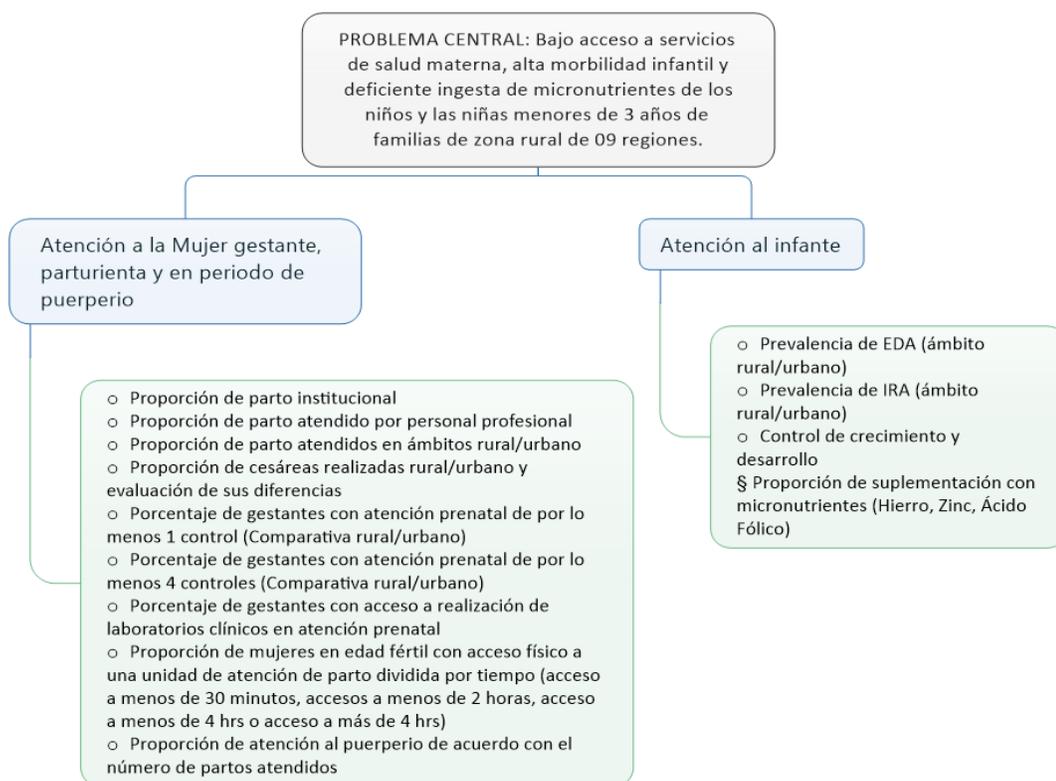


I. Teoría de cambio del programa

En la Figura 15, el análisis del problema central la teoría del cambio se enfoca en proponer soluciones para 2 rubros principales que son: la atención dirigida a la Mujer gestante, parturienta y en periodo de puerperio, y la atención del infante. En la propuesta de la identificación del problema se encontró la relación teórica entre la teoría causal propuesta y la bibliografía utilizada en los siguientes puntos:

Atendiendo a la coherencia en la identificación de causas con los resultados medidos en regiones, se ve cumplido este rubro al tener suficiente sustento teórico.

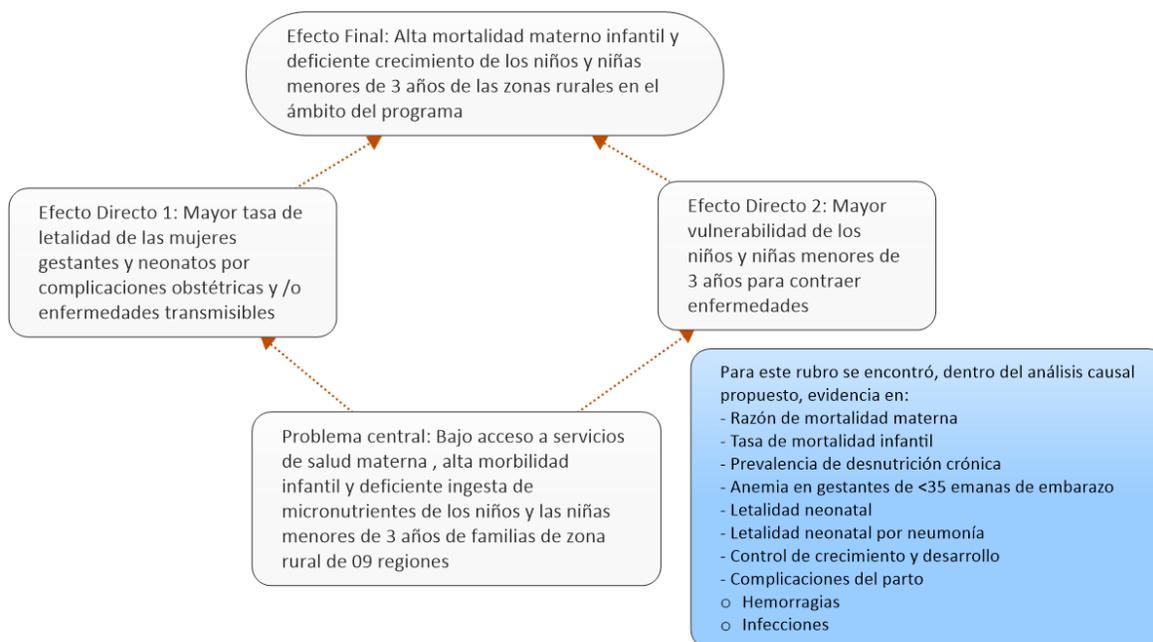
Figura 15 Problema central de PARSalud II



Efecto Final Alta mortalidad materno infantil y deficiente crecimiento de los niños y niñas menores de 3 años de las zonas rurales en el ámbito del programa

Los temas enlistados en el recuadro azul, fueron recopilados de la evidencia científica consultada por PARSalud II y la explicación de la teoría causal que sustenta el “Efecto Final” (Figura 16), por tanto, este rubro es coherente para el diseño de este fin y las intervenciones sobre “acceso a los servicios de salud materna”, “invertir en la capacidad resolutive de los EESS, para disminución de la morbilidad infantil (EDA e IRA)” y “la deficiente ingesta de micronutrientes de los niños y niñas menores de 3 años de familias de zonas rurales”.

Figura 16 EFECTO FINAL: Alta mortalidad materno infantil y deficiente crecimiento de los niños y niñas menores de 3 años de las zonas rurales en el ámbito del programa



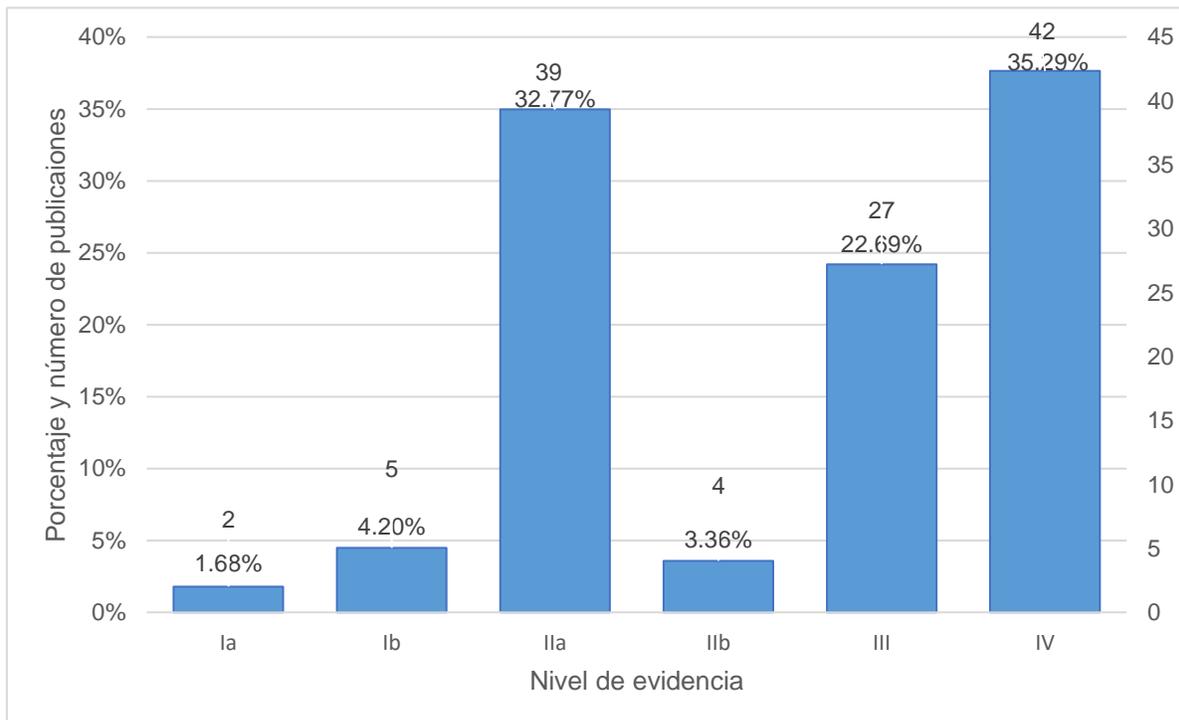
A. Uso de la evidencia científica

i. Características de la evidencia científica utilizada (

iii. Anexo II Bibliografía utilizada por PAR)

En total se identificaron y obtuvieron 120 citas bibliográficas, correspondientes al sustento de la teoría causal y teoría de cambio del programa. De las cuales según su nivel de evidencia el 58 % se trata de evidencia de nivel III-IV, 32% evidencia IIa y 9% a nivel de evidencia Ia, Ib y IIb (Figura 17). El rango de años de publicación abarca desde 1975 hasta 2006, donde el 54% se encuentran en el periodo de 1999 a 2006.

Figura 17 Clasificación por nivel de evidencia científica de las publicaciones elegidas para la teoría causal de PARSALUD II



iv. Hallazgos de relación teoría causal/evidencia científica

Las evidencias científicas utilizadas por el programa, se centran en la explicación del problema central, en donde encontramos el 36% de la bibliografía citada, de la cual el 18% corresponde a la explicación de la alta morbilidad infantil en niños y niñas que habitan en zonas rurales, 7% en la deficiencia de la ingesta de micronutrientes en la misma población y 1% en sustento bibliográfico en la explicación de resultados en salud, en poblaciones rurales con bajo acceso a servicios de salud materna. Un punto importante a resaltar es que el 55% de la bibliografía está centrada a responder la relación factor/causa en cuanto a la alta mortalidad materno infantil en poblaciones rurales y el deficiente crecimiento de niños y niñas menores de 3 años (dejando un total de 81% de la bibliografía revisada para justificar el Efecto final y el problema central).

Citan 13% bibliografías (15) para la causa directa 1 de las cuales 13 son utilizadas para explicar la causa 1.1 y 2 para la causa 1.2; mientras que, para la causa directa 2 solo se utilizan 5 bibliográficas

sin referir alguna para la explicar la capacidad resolutive de las redes de servicios, y solo refieren 1 a la causa 3 (

Tabla 11 Clasificación de la evidencia científica revisada para la formulación del PARSALUD II).

Posterior a la revisión de la evidencia científica citada por el programa, se identificaron 3 prácticas explicativas que se relacionaron con el problema central, el primero de ello tiene que ver con las **prácticas inadecuadas** para el cuidado de los niños y madres, el segundo con la **limitada capacidad de las redes de servicios** para atender los problemas de salud materno-infantiles y, por último, la escasa capacidad de **gobernanza** en salud.

Figura 18 Clasificación de evidencia científica por año de publicación

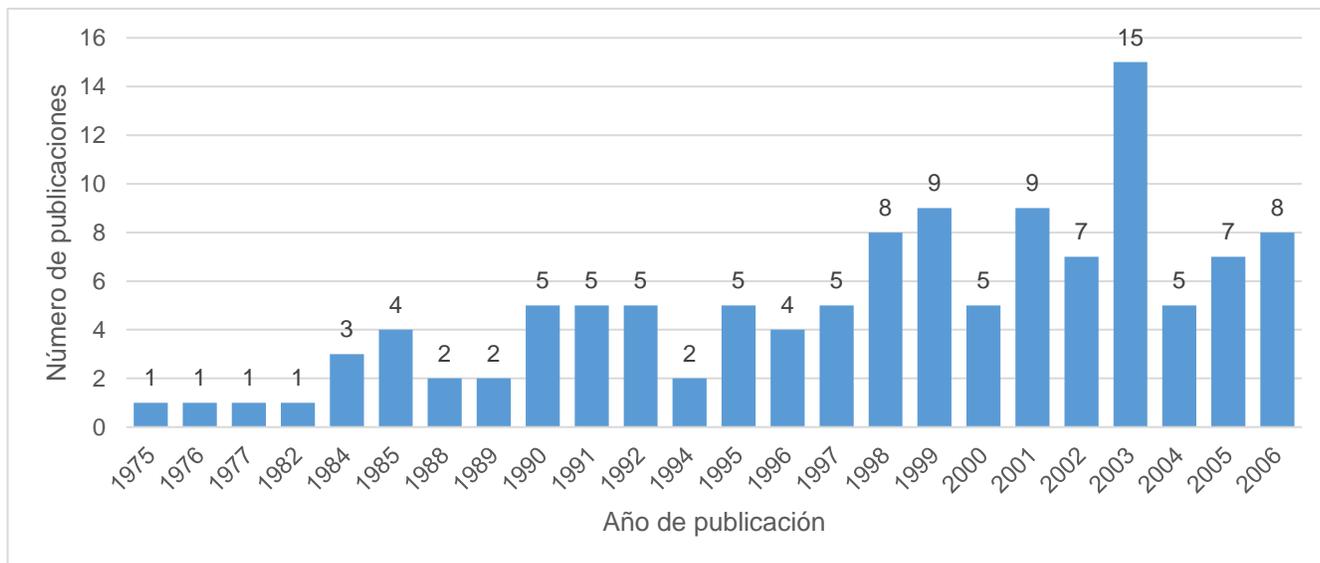


Tabla 11 Clasificación de la evidencia científica revisada para la formulación del PARSALUD II

Componente	Contenido	No de artículo	Año de publicación	Información local	Nivel de evidencia	Nivel de recomendación	
Problema central	Bajo acceso a servicios de salud materna de zonas rurales	84	1991	No	IV	C	
	Alta morbilidad infantil en niños y niñas menores de 3 años de las zonas rurales	61	1989		Ia	A	
		67	2004		Ib	A	
		1, 11, 12, 22,44	2001-2006		Ila	B	
		41	1991		Ilb	B	
		2, 16, 30, 40, 43	1982-2007		III	C	
		38, 90, 94, 95, 98, 101	1975-2005		IV	C	
	Deficiente ingesta de micronutrientes de los niños y niñas menores de 3 años de las zonas rurales	67,69, 70	2002-2004		Ib	A	
		26, 71	1988.1997		Ila	B	
		0	0		Ilb	B	
		14, 15, 68	2003		III	C	
		90	2000	SI	IV	C	
	Causa 1	Familias con inadecuadas prácticas de cuidado a la mujer (gestante, parturienta, y madre lactante) en zona rural	79	2003		Ia	A
			75	2001		Ib	A
71, 72, 74, 75, 76, 77, 80			1997-2006		Ila	B	
78			2006		III	C	
81, 108, 115			1994-2001		IV	C	
Familias con inadecuadas prácticas de cuidado a niños y niñas menores de 3 años en zona rural		108, 110	1994-1998		IV	C	
Causa 2	Redes de servicios sin capacidad resolutive para atender las emergencias obstétricas, neonatales	91, 92, 96	1985-1991		III	C	
		93, 97	1990- 1990		IV	C	
	Redes de servicios sin capacidad resolutive para atender la salud integral de mujeres y de niños y niñas menores de 3 años	91, 92, 96	1985-1991		III	C	
		93, 97	1990- 1990		IV	C	
Causa 3	Escasa capacidad del gobierno para hacer eficiente y equitativo el sistema de salud	119	2000		IV	C	

Fuente: se utilizaron las publicaciones propuestas en el diseño del PARSALUD fase II (

Prácticas inadecuadas para el cuidado de los niños y madres

Dentro de las cuales se identificó la desinformación o percepción inadecuada de la mujer y su familia sobre las prácticas para el autocuidado de la salud materno infantil y el no reconocimiento de la mujer, del niño y la niña como sujetos del derecho a la salud.

Limitada capacidad de las redes de servicios para atender los problemas de salud materno-infantiles

El programa relaciona con evidencia científica, la deficiencia en capacidad resolutoria para atender emergencias obstétricas y neonatales debida a carencias en la calidad de la atención, en cuanto a las limitaciones en competencia del recurso humano, la falta de insumos o la disfunción de la infraestructura, así como la planeación y gestión deficiente, por lo tanto, propone las actividades basados en evidencia.

Escasa capacidad de gobernanza en salud.

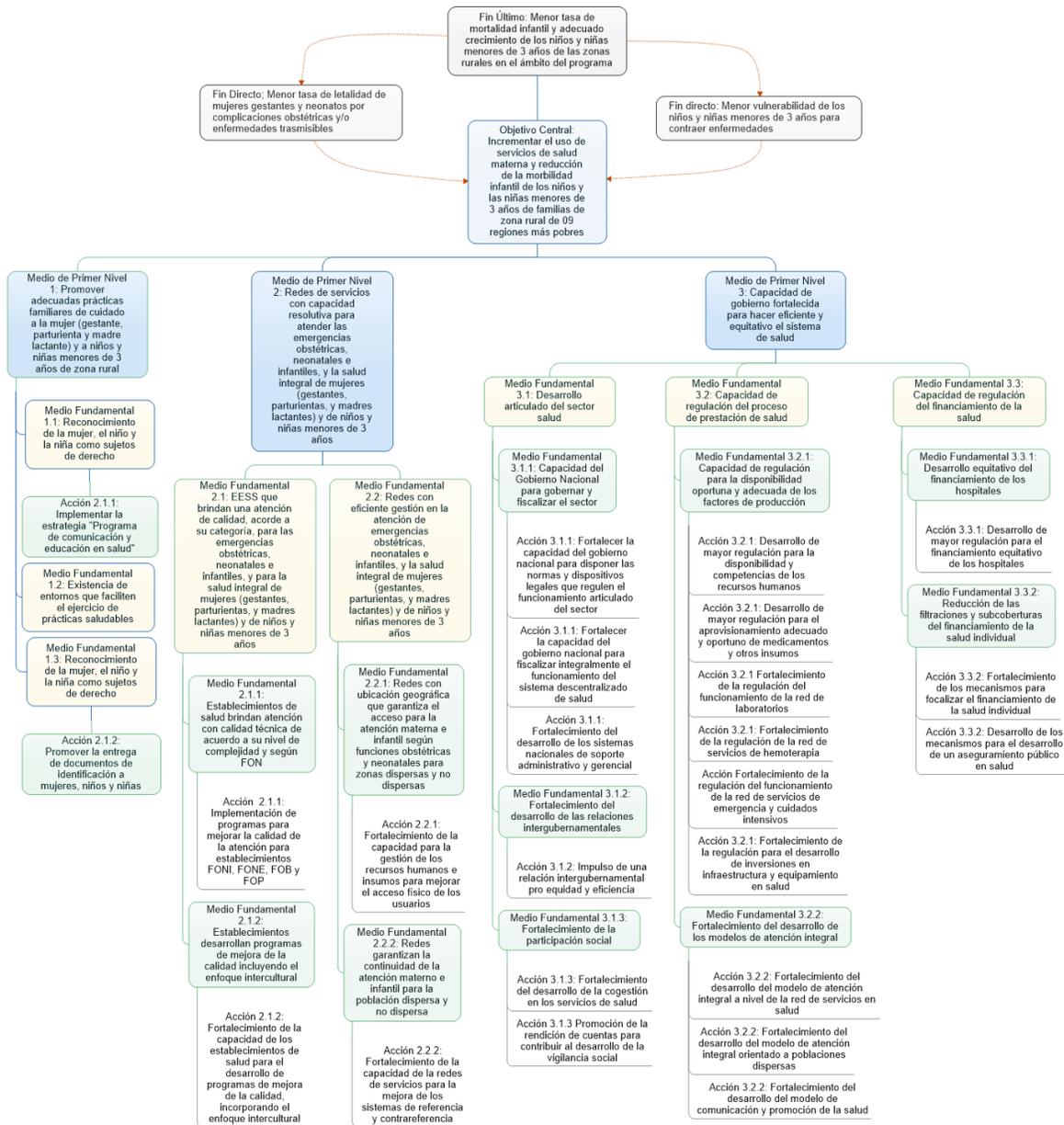
El programa identificó el **pobre desarrollo articulado** del sector salud, la **escasa regulación de la prestación** de servicios y la **insuficiente regulación de la gestión y financiación** (descentralización de actividades incompleta) y propone actividades coherentes con la evidencia científica citada.

II. Selección de alternativas

A. Selección de alternativas por componente

Las alternativas seleccionadas se describen en los componentes ya mencionados anteriormente: **“Selección de ámbitos, y en la selección de beneficiados”** Se han identificado, desde la perspectiva de **curso de vida**, cuales son los efectos de factores en **gobierno, sistema de salud y a nivel individual y comunitario**, relacionando los efectos con la bibliografía consultada se identifican distintas actividades que son propuestas en el árbol de acciones, medios y fines, con él, se propone las alternativas planteadas en el programa.

Figura 19 Árbol de acciones medios y fines

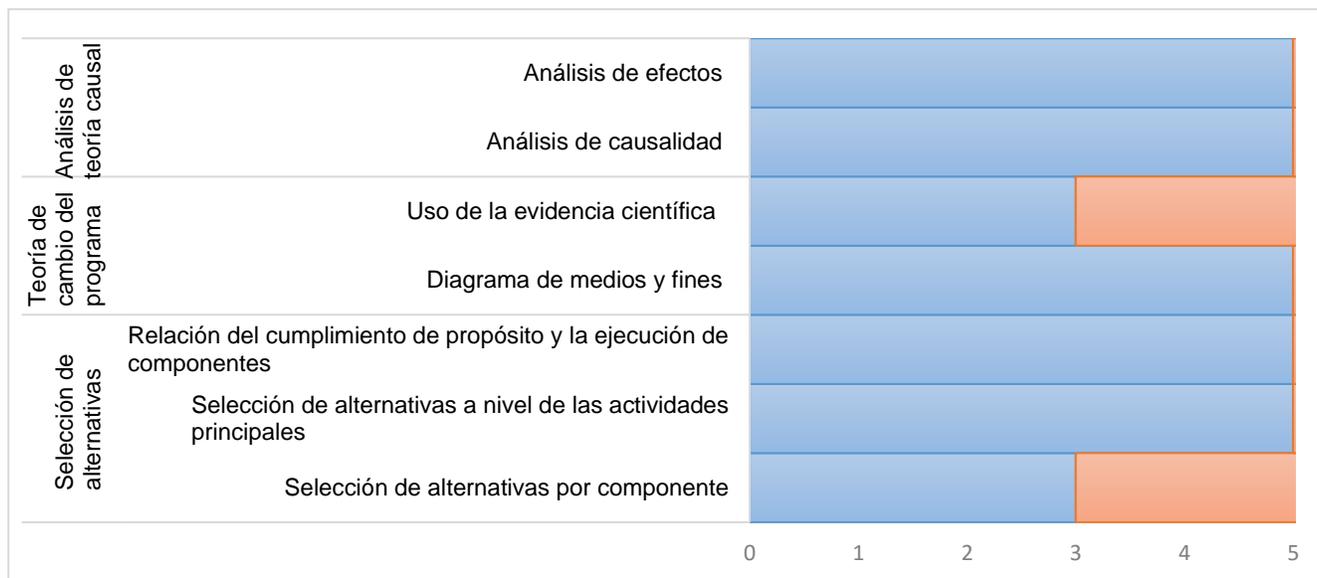


El árbol de medios, fines y acciones se compone de 3 Medios de primer nivel, los cuales contribuirán directamente a la solución del problema central, seguidos de 19 medios fundamentales y 24 acciones conformadas para el cumplimiento de los objetivos y alcanzar la meta final (*Tabla 22 Acciones, medios y fines*).

B. Selección de alternativas a nivel de las actividades principales

La selección de alternativas, se realizó mediante la aplicación de las mismas acciones con variaciones en la oferta de servicios, midiendo la población objetivo del programa con la población total de responsabilidad, para medir la factibilidad de su ejecución, probando que no es posible abarcar más de lo planeado.

Figura 20 Ponderación de la coherencia del diseño de PARSalud II



La coherencia del en general es adecuada, considerando los rubros de análisis de causalidad, en el diseño del programa se identifican las causas y estas son vinculadas apropiadamente al problema que se pretende resolver; así mismo, están respaldadas en evidencia científica. Por otra parte, en el diseño del programa se relaciona el efecto final que produce y el análisis de causas y efectos responden adecuadamente a contribuir al fin último del programa.

En cuanto a la teoría del cambio identificada en el programa, se dispone de la representación gráfica del diagrama de medios y fines que responde al análisis de causas y efectos y por último el uso de la evidencia científica propuesto en el programa, se relaciona con el 78% de los medios propuestos por el programa. Esto por la carencia del uso de sustento teórico en el componente de gobierno; sin embargo, las actividades propuestas contribuyen dar respuesta al problema central de PARSalud II. Lo mismo sucede al momento de seleccionar las alternativas de solución, ya que el componente de gobierno, se justifica parcialmente. Por último, el programa y sus componentes se mantuvieron desde el diseño con pequeñas adecuaciones regionales.

7.4 Evaluación de la suficiencia

I. Lógica vertical

A. Relación de las actividades con los componentes

En la Figura 19 Árbol de acciones medios y fines y al

Anexo V Matriz de Marco Lógico para evaluación de suficiencia, se identifica claramente las actividades propuesta para alcanzar cada uno de los componentes del programa. Para el componente 1 “Promover adecuadas prácticas familiares de cuidado a la mujer (gestante, parturienta y madre lactante) y a niños y niñas menores de 3 años de zona rural”, se determina como una actividad “Implementar la estrategia de “Programa de comunicación y educación en salud”, la cual intenta responder a dos acciones estratégicas: “Adecuada información de la mujer y la familia sobre prácticas de cuidado” y “la Existencia de entornos que faciliten el ejercicio de prácticas saludables”, y de acuerdo a la evidencia consultada, se encontró que esas dos acciones estratégicas ayudan a crear una adecuada comunicación y educación en salud, pero además la evidencia refiere que es mejor la introducción de grupos de ayuda mutua que realizar las dos acciones propuestas para contribuir a la creación de entornos saludables. Por lo que, considerar que una sola actividad va a responder a una acción estratégica, pondría en riesgo el cumplimiento del componente.

En cuanto al a la tercera actividad, el reconocimiento de la mujer y el niño como sujetos de derecho, se mostró adecuado fortalecer la promoción de DNI a mujeres y niños de las regiones priorizadas, ya que en general en Perú, existe habitantes sin registro poblacional, que habitan en las zonas rurales del país, lo que pudiera afectar la planeación de intervenciones y vulnerar las intervenciones en ejecución, puesto que son los habitantes con mayores vulnerabilidades los que presentan peores resultados en salud.

En el componente 2 se determinó en el diseño, las “Redes de servicios con capacidad resolutive para atender las emergencias obstétricas, neonatales, y la salud integral de las mujeres y de niños y niñas menores de 3 años”, se compone de 2 medios fundamentales que dan respuesta al componente, mediante la implementación de programas para mejorar la calidad de la atención de establecimientos de salud y la incorporación de un enfoque intercultural en el modelo de atención para la creación de EESS que brindan una atención de calidad; y por otro lado, por el fortalecimiento de la capacidad de gestión de recursos para mejorar el acceso físico y las redes de servicios, mediante el establecimiento de redes resolutivas ubicadas estratégicamente en para garantizar la atención en salud de poblaciones que habitan en zonas dispersas. Con estas medidas se busca el fortalecimiento de la capacidad resolutive de los servicios en salud mediante el mejoramiento del acceso físico de los usuarios y la mejora de los sistemas de referencia y contrarreferencia. Actividades que en conjunto articulan una respuesta coherente con la evidencia científica para dar respuesta al componente. Mientras que, al retomar los supuestos plasmados en la matriz de marco lógico, éstos contribuyen al cumplimiento de las acciones planteadas.

Mientras tanto en el componente 3, a pesar de ser el componente con menor sustento teórico, es el componente donde se proponen el mayor número de acciones. Para dar respuesta al mejoramiento de

la capacidad de gobierno para hacer eficiente y equitativo el sistema de salud se hace énfasis en el fortalecimiento de la capacidad de los gobiernos regionales para disponer de un marco legal que regule el funcionamiento del sector salud, los medios fiscales para la descentralización de actividades y dar el soporte gerencial a las regiones. Por otra parte, para dar cumplimiento a la actividad: “mejorar la capacidad de regulación del proceso de prestación de servicios de salud” se propuso fortalecer la capacidad de regular la disponibilidad de recursos para asegurar la adecuada prestación de servicios en cuanto a: recursos humanos, insumos, redes de laboratorios, servicios de hemoterapia, infraestructura y la regulación de una red de servicios de emergencia y cuidados intensivos.

Otro punto tratado lo componen en la actividad 2 el modelo de atención centrado en la comunidad y la integración de un modelo de atención orientado a poblaciones dispersas, de los cuales se buscó integrar un marco legal que permita la crear mecanismos de monitoreo social y el funcionamiento de los modelos de atención.

Y por último se plasma la mejora en la capacidad de regular el financiamiento de la salud desde los gobiernos regionales, que ermita el desarrollo equitativo del financiamiento de los hospitales y permita la reducción de filtraciones o subcoberturas en el modelo de atención individual.

Sin embargo, un punto importante a resaltar es la carencia de articulación de las actividades y los supuestos plasmados en la matriz de marco lógico, puesto que se proponen supuestos que indican actividades que no se encuentran en el árbol de medios y fines, como la descentralización responsabilidad de las unidades de primer nivel de atención en salud a las municipalidades. Otra condición es que se plantean supuestos que corresponden a la cooperación de otros sectores como Gobierno regional o gobiernos municipales, la inclusión del Ministerio de Economía y finanzas y el MINSA. Las actividades principales y sus acciones propuestas, cumplen con la lógica que obliga la perspectiva de MML; sin embargo, se recomienda poner atención en la coherencia de las actividades propuestas con la evidencia científica consultada.

Como bien se comenta en la descripción del programa, el MINSA otorga un marco de responsabilidad a la Unidad Ejecutora 123, mediante el nombramiento de unidad coordinadora del programa, quien se hace responsable de dar seguimiento a la ejecución, monitoreo, control interno y evaluación del programa, sin mencionar los mecanismos de articulación de actividades con otros sectores ni los medios de participación intersectorial.

Otro punto que resulta crucial es que la identificación de literatura para responder a la teoría causal, como se ha ido mencionando, el mayor porcentaje de literatura se encuentra en respuesta al propósito y al fin y en menor medida a los componentes de la oferta y demanda, dejando de lado la integración de sustento teórico en el tercer componente de gobierno y financiamiento y claramente se puede

identificar que 66% (18 de 24) de las acciones se centran en el cumplimiento del tercer componente. Si bien la gobernanza y el financiamiento son piedras angulares para intervenciones de mejora de calidad de la atención, y resulta arriesgado concretar acciones y actividades principales sin un sustento teórico sólido.

B. Suficiencia de las actividades

Las actividades principales, responden adecuadamente a los componentes, y siguen las recomendaciones de la evidencia científica identificada en los componentes 1 y 2; sin embargo, para responder a la contribución del componente 3, las actividades resultan pertinentes para la situación que vive actualmente Perú en el proceso de descentralización de actividades y presupuesto, no obstante, el componente tiene pobre fundamento científico, lo cual podría vulnerar el cumplimiento del propósito del programa. Por lo tanto, las actividades principales propuestas para cada componente, resultan suficientes.

C. Objetivos de las acciones del programa

En relación con los objetivos de las acciones que se disponen en el POA modificado de 2009, se identifican 4 objetivos específicos, que se relacionan con los componentes del PARSalud:

1. Promocionar de prácticas adecuadas y recursos de cuidados familiares y comunitarios a las mujeres (gestante, parturiente y madre en periodo de lactancia) y a niños y niñas menores de 3 años.
2. Mejorar la capacidad resolutive de las redes de servicios de salud para atender emergencias obstétricas y neonatales y para la atención integral de la salud de esta población en zonas dispersas y no dispersas
3. Fortalecer la capacidad de gobierno para que el funcionamiento del sistema de salud sea eficiente y equitativo
4. Apoyar la gestión de recursos de las inversiones del programa

Éstos objetivos se articulan adecuadamente con el árbol de medios y fines, propuesto por el programa (Figura 19). Sin embargo, al momento de cruzar con las actividades del PARSalud II (Anexo VII Relación de actividades y la respuesta a los objetivos del PARSalud), se observa que 24 actividades, dan respuesta a los componentes y 3 que buscan el correcto funcionamiento del programa, de las cuales se despliegan un total de 164 acciones dispuestas en el POA modificado de 2009, en las que

157 dan respuesta a los objetivos de cada componente (ver Anexo VII Relación de actividades y la respuesta a los objetivos del PARSalud).

En la *Tabla 12*, se listan los productos de las actividades propuestas en el árbol de medios y fines, así como sus metas identificadas en los documentos de diseño del programa. Se describe su relación meta/producto y se determina si la relación de la meta con el producto es baja, alta o media, agregando en observaciones, los criterios utilizados para determinar la relación.

Tabla 12 Producto de PARSalud y su relación con las metas del diseño

Productos del PARSalud	Actividades	Metas	Relación de la meta con el producto	Observaciones
I.1.1 Programa de Comunicación y Educación en Salud	19	Incrementar la proporción de gestantes rurales afiliadas al SIS de 70% en el 2005 a 90% en el 2013.	Baja	Aunque la afiliación podría permitir el mejoramiento de la oferta de servicios, ésta actividad no pertenece al producto propuesto, ya que, el producto responde al diseño y adecuación del programa Comunicación y educación en salud, que tiene como objetivo: promover prácticas saludables tanto para el cuidado e la mujer gestante y madre lactante, como de los niños y niñas menores de 3 años.
		Incrementar la proporción de niños rurales menores de 3 años afiliados al SIS de 83% en el 2005 a 95% en el 2013.	Baja	
		Incrementar la proporción de niños rurales afiliados al SIS con CRED completo de acuerdo a su edad de 34% en el 2004-5 a 66% en el 2013.	Baja	
		Incrementar la proporción de gestantes rurales afiliadas al SIS que inician su atención prenatal al primer trimestre de 20% en el 2005 a 45% en el 2013	Baja	
I.2.1 Entrega de DNI a madres y niños	4	Incrementar la proporción de mujeres MEF mayores de 18 años de procedencia rural con DNI de 93% a 98%.	Alta	En el diseño del programa ésta meta resulta suficiente para el producto esperado
		Incrementar la proporción de niños menores de 5 años de procedencia rural con partida de nacimiento de 88.1 % a 98%.	Alta	
II.1.1 Establecimientos con calidad de atención	20	Incrementar la proporción de gestantes de procedencia rural, afiliadas al SIS, con pruebas de hemoglobina, orina y sífilis de 37% en el 2005 a 80% el 2013.	Alta	Adecuado para el cumplimiento del producto
		proporción de gestantes de procedencia rural, afiliadas al SIS, con pruebas de hemoglobina	Meta no establecida	Es necesaria la inclusión de la línea base y la meta, así como su temporalidad
		proporción de gestantes de procedencia rural, afiliadas al SIS, con pruebas de examen completo de orina	Meta no establecida	
		Proporción de gestantes de procedencia rural, afiliadas al SIS, con pruebas de ecografía	Meta no establecida	
		Incrementar la proporción de gestantes rurales afiliadas al SIS que recibieron suplemento de hierro y ácido fólico de 37% en el 2005 a 80% el 2013.	Alta	Adecuado para el cumplimiento del producto
		Incrementar la proporción de partos, en gestantes rurales afiliadas al SIS, con manejo activo de la tercera fase B13 del parto (uso de oxitocina) de 88% en el 2005 a 90% el 2013.	Alta	Adecuado para el cumplimiento del producto

		Incrementar la proporción de gestantes afiliadas al SIS, complicadas con diagnóstico Hipertensión Gestacional Grave (HIG) que reciben Sulfato de Magnesio de 35% en el 2005 a 80% en el 2013.	Alta	Adecuado para el cumplimiento del producto
		Incrementar la proporción de gestantes afiliadas al SIS, con inicio de labor de parto prematuro, que reciben corticoides de 17% en el 2005 a 80% el 2013.	Alta	Adecuado para el cumplimiento del producto
II.1.2 Programas de mejora de calidad con enfoque intercultural	13	Incrementar la proporción de mujeres (gestantes, parturientes, lactantes) que reportan satisfacción con la atención recibida.	Media	Es indispensable la medición de alguna de las esferas de la calidad de atención en salud y que el autorreporte de satisfacción no resulta suficiente
II.2.1 Redes accesibles		Incrementar la proporción de la población rural con acceso físico menor de 1 hora a establecimientos con capacidad para realizar pruebas de laboratorio indicados en la APN de 51.2% en el 2006 a 69% en el 2013.	Alta	Aunque es una meta que se relaciona altamente, resulta muy ambicioso proponer el aumento en proporción de acceso ya que cada region tiene una geografía distinta y las densidades poblacionales pudieran vulnerar el cumplimiento de la meta propuesta
		Incrementar la proporción de la población rural con acceso físico menor de 1 hora a establecimientos con al menos un profesional de salud (medico, enfermera, obstetrix) de 74% en el 2006 a 85% en el 2013.	Alta	
		Incrementar la proporción de la población rural con acceso físico menor de 2 horas a un establecimiento FONB o de mayor capacidad resolutive de 69.7% en el 2006 a 78% en el 2013.	Alta	
	14	Alcanzar al 2013 una razón Stock/consumo promedio de suplemento de hierro/acido fólico en establecimientos I-1 ,I-2 en el rango de 2 a 4. [en el 2005 fue 6].	Alta	
		Alcanzar al 2013 una razón Stock/consumo promedio de Oxitocina y Sulfato Magnesio en establecimientos I-3,1-4 en el rango de 2 a 4 [en el 2005 fue 12].	Alta	
		Alcanzar al 2013 una razón Stock/consumo promedio de antibióticos para el tratamiento de la infección respiratoria aguda y diarrea en establecimientos del primer nivel en el rango de 2 a 4 [en el 2005 fue 13]	Alta	
		Reducir el índice anual de rotación de profesionales de salud (Médicos) en establecimientos I-3,1-4 a uno [en el 2005 fue 2]	Alta	
		Reducir el índice anual de rotación de profesionales de salud (Obstetrix) en establecimientos I-1,1-2 a uno [en el 2005 fue 4]	Alta	
		Reducir el índice anual de rotación de profesionales de salud (enfermera) en establecimientos I-1,1-2 a uno [en el 2005 fue 4]	Alta	
II.2.2 Referencia y contrarreferencia	9	Incrementar, en gestantes rurales afiliadas al SIS en establecimientos I-1, la proporción de partos complicados atendidos en FONB o de mayor capacidad resolutive de 44.9% del 2005 a 64% en el 2013.	Alta	Adecuados para el cumplimiento del producto
		Incrementar la proporción de referencias correspondientes a mujeres (gestante, parturienta, puérpera) o a neonatos afiliados al SIS reembolsados de 19.1% en el 2005 a 90% en el 2013.	Alta	
		Reducir la proporción de referencias correspondientes a mujeres (gestante, parturienta, puérpera) o a neonatos realizados en vehiculo particular de 32% en el 2005 a 5% en el 2013.	Alta	
III.1.1 Capacidad de gobernar y fiscalizar	12	Establecimientos de salud acreditados: en el 2006 solo 80 establecimientos en el 2006 (43 FONB y 37 FONE) a 169 en el 2013 (132 FONB, 35 FONE, 2 FONI)	Alta	Adecuado para el cumplimiento del producto

III.1.2 Relaciones intergubernamentales	4	% del presupuesto asociado a acuerdos de gestión	Alta	Adecuado para el cumplimiento del producto
III.1.3 Participación social	6	Meta no establecida	Meta no establecida	
III.2.1 Regulación del proceso de prestación de salud	25	Meta no establecida	Meta no establecida	
III.2.2 Modelo de atención integral	12	Meta no establecida	Meta no establecida	
III.3.1 Financiamiento de los hospitales	3	Meta no establecida	Meta no establecida	
III.3.2 Financiamiento de la salud individual	16	Meta no establecida	Meta no establecida	
IV. 1.2 Financiamiento de las auditorías	2	Meta no establecida	Meta no establecida	
IV.1.1 Funcionamiento de la UCP	5	Meta no establecida	Meta no establecida	

D. Metas de los productos del PARSalud

El PARSalud, dispone de 15 productos para dar respuesta a los componentes del árbol de medios y fines. Cada uno de los productos se relaciona con las actividades del PARSalud debe describir una meta, que se verá cumplida al realizar las acciones de cada actividad.

Siguiendo la secuencia lógica en la que el producto planteado se verá cumplido al completar las metas propuestas se encuentra una relación meta/producto de 55% para el primer componente, 83% para el segundo componente y 28% para el tercero, obteniendo una relación global del 67%. Este bajo porcentaje habla de la relación pobre de las metas con los productos, ya que las metas planteadas, no contemplan el cumplimiento del producto diseñado en el programa.

E. Relación de los componentes con el propósito

Las actividades tienen un fundamento teórico y siguen la aplicación adecuada de MML (fortalecimiento de la demanda, mejora de la oferta, gobierno y financiamiento), siendo suficientes para contribuir al cumplimiento del propósito y se respaldan adecuadamente en evidencia científica, sin embargo, dentro del componente de la oferta, se propone lograr prácticas saludables tanto individuales como

comunitarias, para el cuidado de las madres y del infante, dejando de lado, la confianza en los establecimientos de salud como proveedores de servicios de calidad.

Por lo que se concluye que los tres componentes propuestos, responden de manera apropiada a la MML y contribuye al cumplimiento del propósito del programa.

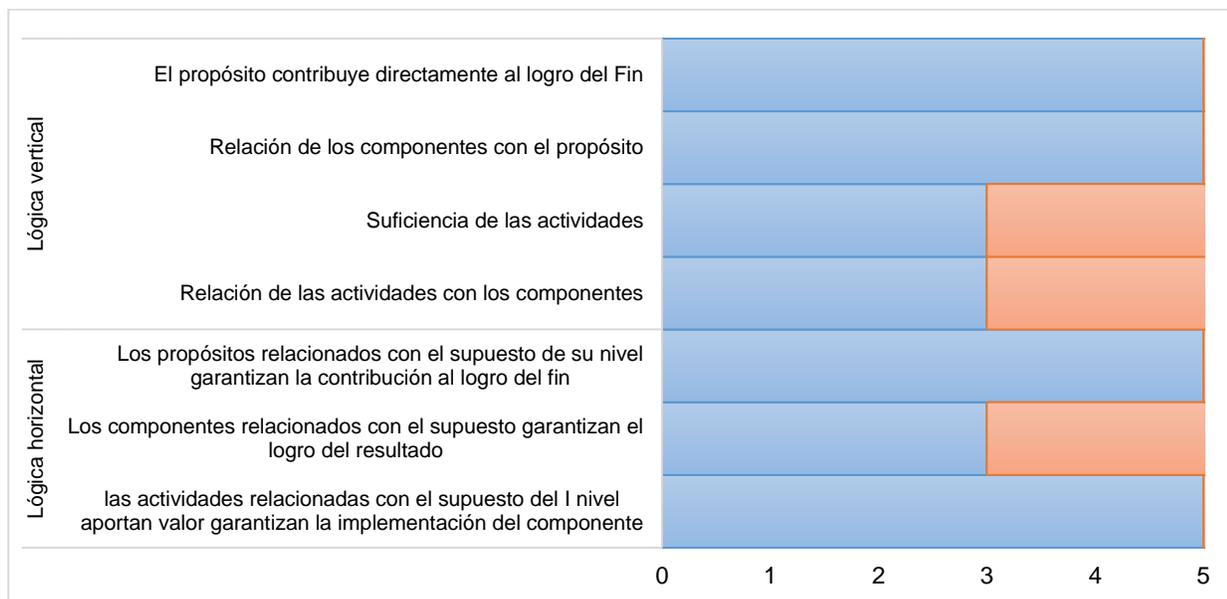
Como es de esperarse, tanto el propósito como el fin, tienen un sustento teórico sólido, y por consiguiente, éste responde de manera adecuada a la contribución del fin del programa, sin embargo, sería recomendable incidir el incrementar el uso de los servicios de salud materna e infantil de zonas rurales de las 9 regiones prioritarias, sin proponer la ambiciosa tarea de reducción de la mortalidad infantil de los niños y niñas menores de 3 años, ya que este último correspondería al fin último del programa.

II. Lógica horizontal

Los instrumentos para medir el cumplimiento del propósito y los componentes del programa, son adecuadas y suficientes para medir el avance de las actividades; sin embargo, al tratarse de un programa estratégico por su duración, se esperaría la utilización de indicadores pertinentes al cumplimiento de la contribución en el fin y metas del programa, uno de los componentes importantes a medir es la calidad de la atención, ya que al fortalecer la oferta de servicios, se buscaría tener mejores resultados de satisfacción de necesidades de la población, por lo que resulta imprescindible no dejar de lado la medición de la calidad de la atención.

Los supuestos de la matriz de marco lógico, plantea un marco favorable para la adecuada ejecución de las actividades y acciones del programa; sin embargo, dentro en los supuestos y riesgos, se identifican actividades que quedan fuera del curso de medios y fines para dar respuesta al problema central del PARSalud II.

Figura 21 Ponderación de la suficiencia del diseño del PARSalud



En general el programa cumple con la lógica vertical y la lógica horizontal, los puntos críticos que afectan en menor grado la suficiencia de las actividades para concluir adecuadamente el programa son las actividades insuficientes para alcanzar los componentes y los indicadores parcialmente definidos para ofrecer un panorama holístico del propósito del programa, ya que se podrían incluir indicadores como el nivel de escolaridad de las MEF, la utilización y promoción de métodos de planificación familiar, entre otras.

El programa no deberá prescindir de programas o sistemas externos al suyo, ya que vulneraría el cumplimiento de su propósito. Por tanto, es de vital importancia hacer explícita la participación directa y la firma de acuerdos de los distintos sectores externos a la Unidad Ejecutora 123, actores clave que podría contribuir al cumplimiento del propósito del programa o bien vulnerar el cumplimiento del mismo.

Si bien la puntuación obtenida alcanza la suficiencia del diseño, habría que reflexionar sobre la suficiencia de las actividades ya que resulta vulnerada por las diferencias en la asignación de recursos y la suficiencia de actividades para el cumplimiento de los componentes.

8. Conclusiones

Pertinencia

El programa se encontró adecuadamente justificado, al alinear los problemas identificados y la problemática de la situación en la que viven las poblaciones de las zonas rurales de las regiones de Perú. Ésta respuesta, también se encuentra debidamente vinculada con las metas estratégicas de la política nacional de “avanzar hacia la seguridad social y universal en salud” en los acuerdos firmados para el “bienestar de la persona, así como el desarrollo humano y solidario en el país”, así como a los lineamientos del sector salud; entre ellos, “La estrategia sanitaria nacional de alimentación y nutrición saludable”. Todo esto, en el cumplimiento adecuado del marco normativo actual de Perú.

En cuanto a los ámbitos de intervención priorizados por PARSalud, cuando se diseñó el programa lograron identificar adecuadamente las regiones priorizadas, utilizando indicadores de rezago social, resultados en salud materna e infantil y de capacidad resolutive en salud. Sin embargo, es carente la descripción del método de priorización de las regiones; ya que, en las propuestas para identificar las regiones prioritarias, se demostró que, aunque en su mayoría concuerdan, se identificaron dos regiones (Loreto y Pasco) que se excluyen de las intervenidas por PARSalud. Por lo que si existiera una razón para excluirlas debería ser referida en el diseño.

Dentro de cada región priorizada se focalizó la intervención en los establecimientos de salud, que para efectos del diseño resultó crucial, ya que se estos puntos de concentración de actividades, resultaron prioritarios en la teoría causal en la que se basa el programa. Mientras que, en la selección de los beneficiarios mediante la perspectiva de curso de vida, se identifican claramente la población a la que están dirigidas las intervenciones, resultando las Mujeres en edad fértil, mujeres.embarazadas y los niños y niñas menores de 36 meses de edad con barreras de acceso a los servicios de salud.

En cuanto a la intersectorialidad, a pesar de ser explicada en los documentos del diseño y en el POA de 2009, no se hace explícita la forma, términos y condiciones de colaboración de otros sectores con el Sector Salud (DIRESA, o la UCP, o puestos de salud en las municipalidades)

Coherencia

El diseño del programa basa su causalidad en el problema de “Bajo acceso a servicios de salud materna, alta mortalidad infantil y la deficiente ingesta de micronutrientes de los niños y las niñas menores de 3 años de familias de zona rural de 9 regiones de Perú” y se identifica en su árbol de problemas, las causas directas del problema divididas en 3 componentes: Mejoramiento de la oferta, mejoramiento de la demanda y mejoramiento de la capacidad del gobierno para hacer eficiente y

equitativo el sistema de salud. Se fundamentan claramente, con evidencia científica, los factores que modifican los resultados en salud materna e infantil y se describen bajo el abordaje de la perspectiva de curso de vida, dando explicación a los efectos al inicio del programa en cuanto a salud materna y salud infantil.

Al hacer el abordaje de la relación de evidencia científica con las causas directas del árbol de problemas; se identificó que, en los componentes de oferta y gobierno, existen carencias en el sustento teórico en más del 50% de las causas indirectas. Lo que podría vulnerar el cumplimiento del objetivo de cada componente si las actividades diseñadas no tienen el sustento teórico adecuado.

En cuanto a los efectos negativos de salud materna y salud infantil, el diseño del programa explica de manera amplia los efectos que se obtendrían si las causas identificadas continuasen. En el diseño del PARSalud, se explica ampliamente la consecución causa-efecto con el sustento teórico adecuado. Y una vez explicada la relación causa-efecto, bajo la perspectiva de Curso de Vida. Se realiza la propuesta de teoría del cambio en puntos cruciales de intervención, como son la adecuación de las prácticas en el cuidado de la madre y el infante, el reconocimiento del niño y la mujer como sujetos con derechos y la necesidad de otorgar mayor autonomía a las DIRESA para la gestión para resultados en el desarrollo de las regiones priorizadas.

Un punto en el que habría que poner énfasis es la selección de alternativas, ya que, aunque se realiza la comparación de alternativas de solución, se realizan bajo la propuesta de las actividades del diseño y distintos escenarios en los supuestos de población beneficiada.

Suficiencia

En la evaluación de la suficiencia, al dar explicación a la lógica vertical y relacionar las actividades con los componentes, mostrando una adecuada integración de actividades que dan respuesta a los componentes; sin embargo, al abordar las acciones para las actividades, se encuentran una serie de inconsistencias, en el componente 1 y 3. El primero por la propuesta de una acción que responde a dos actividades, si bien, una acción puede contribuir al cumplimiento de más de una actividad, habla de un diseño deficiente en la propuesta de actividades no claras. Por otro lado, como bien se comenta en la evaluación de la coherencia, el componente 3 es el que tiene menor sustento teórico y es donde se propone un mayor número de acciones. Mientras que en componente 2, se proponen actividades adecuadas para dar respuesta en éste rubro y se identifica la adecuada suficiencia de los supuestos planteados con las actividades.

En cuanto a la suficiencia de las actividades del diseño del PARSalud, se muestran adecuadas y siguen las recomendaciones de la evidencia científica en los componentes 1 y 2; mientras que, en el tercer componente, aunque las actividades son pertinentes para el cumplimiento del componente, éstas no cuentan con el sustento teórico deseado.

Por otro lado, al analizar los objetivos de las acciones, se describen 4 objetivos principales, 3 de ellos tienen que ver con el cumplimiento del objetivo del programa y el cuarto con el apoyo de gestión en las inversiones del programa. De los 3 primeros, se presentan un total de 157 acciones que dan respuesta al cumplimiento de cada las 24 actividades y las actividades propuestas, resultan suficientes para no vulnerar los objetivos del PARSalud. Sin embargo, al momento de traducir las actividades en metas, resultan insuficientes para los componentes 1 y 3, vulnerando el posible impacto que podría tener el programa.

Mientras que, en la relación de los componentes con el propósito del programa, siguen la aplicación adecuada del MML mediante el fortalecimiento de la demanda, mejorar de la oferta y fortalecimiento del gobierno y financiamiento de los gobiernos regionales; además, tienen un sustento teórico bueno para el cumplimiento del propósito.

En el análisis de la lógica horizontal, los instrumentos para medir el cumplimiento del propósito y los componentes del programa, resultaron suficientes para las metas anuales, pero no se incluye la propuesta de indicadores estratégicos que midan el impacto en la contribución del fin último, como la calidad de la atención, la satisfacción de las necesidades de la población o la mejora de la calidad de vida de las poblaciones que habitan en las zonas rurales de Perú.

9. Recomendaciones

I. Pertinencia

- Para la justificación del PARSalud, al tratarse de una intervención multianual y multietápica, es recomendable la inclusión de indicadores que analicen el entorno especialmente aquellos vinculados con la economía en nacional y regional, los antecedentes históricos y los antecedentes de intervenciones y sus resultados en las regiones o a nivel nacional. Con el fin de integrar una justificación amplia y minimizar la posibilidad de fracaso de la intervención.
- En la selección de los ámbitos de intervención, se recomienda la descripción breve del método de priorización utilizado y la explicación para excluir regiones con prioridades sanitarias.
- En la focalización de actividades, la selección de beneficiados debe ser explícita para dar idea del volumen de acciones que se llevaran a cabo en cada región o zona priorizada, lograr la distribución equitativa de los recursos en las regiones y optimizar los recursos utilizados para el diseño, ejecución y diseño de la intervención.
- En la intersectorialidad, se deben incluir de forma explícita, la participación de los distintos sectores ajenos al sector salud, en cuanto a la forma, términos y condiciones de colaboración, para fortalecer el logro del propósito del programa y dar la pertinencia nacional adecuada a los problemas sanitarios que afectan a una proporción alta de la población.

II. Coherencia

- El sustento en evidencia científica es adecuado en la descripción del fin último, del propósito y los componentes; sin embargo, al sustentar las actividades, existen brechas teóricas en el componente 1 y 3, un ejemplo de ellos es la fortaleza del componente 2 (Fortalecimiento de la oferta), es el sustento teórico claro y coherente con la problemática identificada. Y en la suficiencia logra ser el componente con la mejor lógica en acciones y metas para responder al propósito. De esta manera, se recomienda ampliamente, obtener suficiente información para la completa identificación de las alternativas de solución y así, alcanzar mejores posibilidades de éxito en el cumplimiento del propósito del programa.

III. Suficiencia

- En la identificación de acciones para el logro de las actividades, resulta necesario tener el sustento teórico suficiente para responder adecuadamente a la lógica vertical. Nuevamente, podemos observar como el componente 2 tiene el sustento teórico con la coherencia adecuada y es donde se encuentra la lógica adecuada. Por lo que resulta primordial basar las acciones

de la intervención en evidencia científica coherente con las actividades propuestas y suficiente para el cumplimiento de las mismas.

- Es necesaria la correcta identificación de los supuestos para revelar el panorama deseado en la ejecución de la acción del programa, su correcta identificación permitirá plantear un panorama que permita adecuar las acciones en los ámbitos y beneficiarios seleccionados y obtener las mayores posibilidades de una intervención exitosa.
- La identificación de las metas del programa debe estar adecuadamente relacionado con la coherencia del cumplimiento de los componentes con los propósitos y éstos con las actividades, por lo que resulta crucial plantear metas claras y que incluyan lo que se busca lograr con cada actividad. En este rubro se pueden identificar más de una meta para poder ver cumplida una actividad y lograr la adecuada suficiencia de las metas planteadas con los productos que el programa busca generar.
- Los instrumentos de medición del propósito y los componentes del programa deben ser planteadas de acuerdo al plan de ejecución del programa. Es por esto que se recomienda que, al tratarse de un programa multietápico y estratégico, resulta pertinente sugerir la inclusión de mecanismos de medición en la calidad de la atención, la satisfacción de las necesidades de la población y la determinación de índices o indicadores en la calidad de vida o el desarrollo humano.

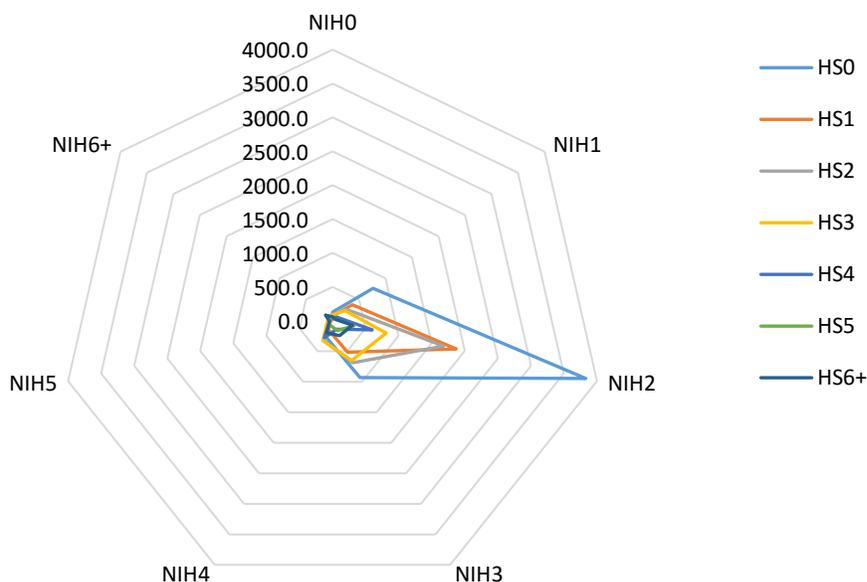
IV. Otros hallazgos

Recomendaciones de justificación de PARSalud

Uno de los puntos cruciales a resaltar, es la no inclusión de intervenciones dirigidas a la promoción de de la salud y como parte de esta estrategia la promoción y uso de métodos anticonceptivos, puesto que en el informe de ENDES 2004-2006 se identifica el uso de métodos de planificación familiar como una necesidad explícita y recomiendan como estrategia “exposición a mensajes de planificación familiar en radio, televisión o en medios escritos”, que el 57.8% (Huanuco) de la población de mujeres en edad fértil no ha escuchado algún tipo de promoción, el 66.6% de la población de MEF no visita ningún ES en el área rural y solo 4.7% del total son visitadas por un trabajador de planificación familiar, mientras que 9 de cada 10 mujeres entrevistadas de área rural aprueban junto con su cónyuge, el uso de métodos de planificación familiar.⁶⁵

A lo anterior agregaría el porcentaje de MEF que no desean tener más hijos después del segundo hijo, que representan 6 de cada 10 mujeres y en la “evolución de las preferencias de fecundidad según varias encuestas”, el 65.4% de las mujeres que tienen 2 hijos, no desean tener más, y en las mujeres con 3 hijos aumenta hasta el 83.2%. En cuanto al número ideal de hijos el 67% de las MEF refieren que lo ideal es tener menos de 2 hijos.⁶⁵(Cuadro 7.2 Preferencia de fecundidad por número de hijos sobrevivientes

Figura 22 Grafico de polígono de la relación del número de hijos sobrevivientes en MEF con el número ideal de hijos encuestados en la encuesta continua 2004-2006



La ilustración, muestra la necesidad sentida de la población al identificar a 2 hijos como los ideales para una familia, donde el 54% del total de mujeres encuestadas y 47% corresponde a mujeres que tienen de 0 a 3 hijos, área sombreada en amarillo.

*NIH: número ideal de hijos en la encuesta continua de ENDES dirigida a MEF, de 2004 a 2006. **HS: número de hijos sobrevivientes del mismo periodo de tiempo.⁶⁵

Recomendaciones para incluir indicadores a la priorización de necesidades

Se recomienda la integración de otros indicadores que son factor de riesgo para la presencia de complicaciones en el embarazo y ponen en riesgo la salud del infante menor de 3 años, tasa de educación básica/distribución de servicio sanitario en los hogares o porcentaje de adolescentes que ya son madres o se encuentran cursando con embarazo, así como la inclusión de indicadores de medición de la capacidad de respuesta de los establecimientos de salud en la priorización.^{26,66,67}

Se identificó escasez en el sustento teórico del componente de acceso a los servicios de salud en población rurales por lo que se hace la recomendación de tener un adecuado soporte teórico en la selección de alternativas a la par de plantear soluciones basadas en evidencia. (*Tabla 21 Evidencia recomendada para agregar a la teoría de cambio de PARSalud II, con recomendaciones por literatura.*)

Recomendación para uso de la evidencia científica

Se recomienda realizar una búsqueda sistemática de evidencia bibliográfica

Tabla 20 Combinación de términos MESH para búsqueda intencionada de información B), a fin de verificar el uso adecuado de la bibliografía disponible al momento de formulación del diseño del programa. Para así identificar la oportunidad de integrar sustento teórico a los componentes de “Acceso a los servicios de salud”, “Prácticas saludables”, “Equidad de la atención en salud/Gobierno” y “Redes de atención” (Tabla 21 Evidencia recomendada para agregar a la teoría de cambio de PARSalud II, con recomendaciones por literatura.)

10. Limitaciones de la investigación

Una de las principales limitaciones de la evaluación de los resultados obtenidos por los propósitos del PARSalud fase II, fue sacar conclusiones a partir de hechos reales de la población objetivo del programa, ya que éste focaliza sus acciones en la población identificada como rural de las 9 regiones priorizadas por el diseño del programa. Otra de las limitaciones identificadas como prioritarias fue que no es posible comparar los resultados obtenidos con la línea base del programa y las evaluaciones realizadas durante el programa, esto porque los datos obtenidos con una y otra fueron determinados con instrumentos distintos. Fue posible determinar la línea basal de manera retrospectiva con los indicadores propuestos para evaluar el desempeño a la mitad de ejecución del programa; sin embargo, estos datos fueron contruidos de manera distinta a la línea basal, empero permitió conocer la situación basal posterior a la implementación del PARSalud fase II. La información que se obtuvo para el análisis, provino de fuentes secundarias; por lo tanto, la información puede ser faltante o no clara.

11. Bibliografía

1. Ministerio de Salud Perú. *Módulo I Aspectos Generales*. (PARSalud MINSA, ed.). Perú; 2006.
2. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social. Boletín del instituto, Metodología del marco lógico. *Boletín interno CEPAL*. 2004;15. http://www.coneval.gob.mx/rw/resource/coneval/EVALUACIONES/Bibliograf%C3%ADa_sobre_la_Metodolog%C3%ADa_de_Marco_L%C3%B3gico/1323.pdf.
3. The World Bank. *The Logfram Handbook: A Logical Approach Ot Project Cycle Management*.; 2006. http://www.coneval.gob.mx/rw/resource/coneval/EVALUACIONES/Bibliograf%C3%ADa_sobre_la_Metodolog%C3%ADa_de_Marco_L%C3%B3gico/1324.pdf.
4. Oficina de gestión de cartera y seguimiento de proyectos BID. *El Marco Lógico Para El Diseño de Proyectos*.; 2004.
5. Secretaría de hacienda y crédito pública. *Guía Para El Diseño de La Matriz de Indicadores Para Resultados*.; 2012:1-77. http://www.shcp.gob.mx/EGRESOS/PEF/sed/Guia_MIR.pdf.
6. Consejo nacional de evaluación de la política de desarrollo social. Evaluación de la política social. *Evaluación la política Soc Bibliogr Gen la Metodol la matriz indicadores*. 2015. <http://www.coneval.gob.mx/Evaluacion/BFI/Paginas/BibliografiasobrelaMetodologiademarcoLogico.aspx>. Accessed September 17, 2015.
7. Alcalde-Rabanal JE, Lazo-González O, Nigenda G. Sistema de salud de Perú. *Salud Publica Mex*. 2011;53(Suppl 2):s243-s254. <http://repositoriodigital.academica.mx/jspui/handle/987654321/88778>.
8. Sánchez-Moreno F. El sistema nacional de salud en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2014;31(4):747-753. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v31n4/a21v31n4.pdf>.
9. Organización Panamericana de la Salud. *Plan Decenal de Salud Para Las Américas: Informe Final de La III Reunión Especial de Ministros de Salud de Las Américas*. (OPS, ed.). Santiago, Chile; 1972. <http://www.ops.org.bo/textocompleto/rnsp564.pdf>.
10. Mesa-Lago C. *Las Reformas de Salud En América Latina Y El Caribe: Su Impacto En Los Principios de La Seguridad Social*. (Comisión económica para América Latina y el Caribe, ed.). Departamento de proyectos CEPAL-NU; 2005. http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3888/S2005077_es.pdf?sequence=1.
11. Oficina General de Imagen Institucional y Transparencia. *SIS Seguro Integral de Salud*. Perú: SIS; 2014. http://www.sis.gob.pe/Portal/mercadeo/Material_consulta/BrochureSIS20140703_ATuSaludDileSIS.pdf.
12. Wilson L, Velásquez A, Ponce C. La ley marco de aseguramiento universal en salud en el Perú: Análisis de beneficios y sistematización del proceso desde su concepción hasta su promulgación. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*. 2009;26(2):207-217. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n2/a13v26n2.pdf>.
13. Organización Mundial de la Salud. *Informe Técnico de La Comisión Multisectorial Encargada de Proponer Los Mecanismos Que Permitan Consolidar Un Sistema Nacional de Salud. Resolución Suprema N° 002-2008-SA, Perú*. OMS; 2013. ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Profesionales/sns/Archivos/ITCM_InformeFinal01-13.pdf.
14. Ministerio de Salud Perú. Programa de apoyo a la reforma del sector salud PARSALUD II: Ministerio de salud, Perú. *Inf Gen ¿Qué es PARSALUD?*. 2009:1. <http://www.parsalud.gob.pe/info/que-es-parsalud>. Accessed September 20, 2015.
15. Ministerio de Salud. *Segunda Fase Del Programa de Apoyo a La Reforma Del Sector Salud - PARSalud II Estudio de Factibilidad*. Lima, Perú: MINSA; 2008.
16. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Propuesta técnica, evaluación PARSalud II (Trabajo no publicado). 2015.
17. Ministerio de Salud Perú. *Módulo II Identificación - Diagnostico Del Contexto*. 2nd ed. (PARSalud MINSA, ed.). Perú; 2006.

18. Ministerio de Salud Perú. *Primera Fase Del Programa de Apoyo a La Reforma Del Sector Salud: PARSalud I, Lecciones Aprendidas.* (MINSA, ed.). Perú; 2009. <http://www.parsalud.gob.pe/phocadownload/parsalud1/PARSALUD I v INFORME FINAL.pdf>.
19. Ministerio de Salud Perú. *Módulo II Identificación - Definición Del Problema.* 2nd ed. (PARSalud MINSA, ed.). Perú; 2006.
20. Ministerio de Salud Perú. *Resumen Ejecutivo.* 2nd ed. (PARSalud MINSA, ed.). Perú; 2006.
21. Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa: Mortalidad materna, nota descriptiva N°348. *Cent prensa la OMS.*:1. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>. Accessed November 4, 2015.
22. Organización Mundial de la Salud. *Informe Sobre La Salud En El Mundo 2013: Investigaciones Para Una Cobertura Sanitaria Universal.* OMS; 2013. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23678910><http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16284018>.
23. Banco Mundial. *Objetivos de Desarrollo Del Milenio: Mejorar La Salud Materna Para 2015, Banco Mundial: Hay Que Hacer Más Para Ayudar a Las Mujeres.* (BIRF-AIF, ed.); 2015. <http://www.bancomundial.org/odm/salud-mujer.html>.
24. Organización Mundial de la Salud. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. *Glob Health Promot.* 2008;40. <http://www.who.int>.
25. CONEVAL. Derechos sociales/bienestar económico: Programas sociales en México. 2010. <http://www.coneval.gob.mx/Evaluacion/IPE/Paginas/default.aspx>.
26. Organización Internacional del Trabajo. Sector: actividades, programas de acción. 2011. <http://www.ilo.org/sector/activities/action-programmes/lang--es/index.htm>.
27. Cohen E, Martinez R. *Manual:Formulación, Evaluación Y Monitoreo de Proyectos Sociales.* CEPAL; 2004.
28. Rivas MM. El concepto de Intervención social desde una perspectiva psicológica comunitaria. *MEC-EDUPAZ.* 2011;(1):54-76.
29. San-Martin H. El sistema socioecológico del proceso salud-enfermedad en las sociedades humanas. In: *Manual de Salud Pública Y Medicina Preventiva.* Barcelona: Ed. Masson; 1986:189-195. <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/planunico/spii/antologia2012/12.pdf>.
30. Clavo Ayaviri A. *Serie Documentos Técnicos Nro. 6: Análisis Organizacional de Los Servicios de Salud.* (OPS/OMS, ed.). La Paz, Bolivia: Organización Panamericana de la Salud; 2003. <http://www.ops.org.bo/textocompleto/nss22682.pdf>.
31. Ortiz A, Rivero G. *Dismitificando La Teoría Del Cambio.*; 2007.
32. Ortegón E, Pacheco JF, Prieto A. *Metodología Del Marco Lógico Para La Planificación, El Seguimiento Y La Evaluación de Proyectos Y Programas.*; 2005.
33. Red de Métricas en Salud. *Marco de Referencia Y Estándares Para Los Sistemas Nacionales de Información de Salud.* 2da ed. Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2008. file:///C:/Users/Anyu/Downloads/OMS RMS Marco Conceptual HMN-Segunda Edicion.pdf.
34. Camacho H, Cascante R. El Enfoque del marco lógico: 10 casos prácticos. *Cuad para la identificación y diseño Proy Desarro Madrid España Fund CIDEAL.* 2003;9(11):758-765. <http://preval.org/documentos/00480.pdf>.
35. Laura G. La evaluación de programas sociales: definición y diseño, definiendo la investigación evaluativa. *Esc Trab Soc Costa Rica.* 1991;28.
36. Salas Durazo AI, Murillo García F. La evaluación de los programas públicos en México: una mirada crítica al CONEVAL. *Trib Econ.* 2010;(857):153-162. http://www.revistasice.com/CachePDF/ICE_857_153-162__08145A4D128459495730ECB9441441B5.pdf.
37. Secretaria de Salud del Estado de México. Evaluación integral. In: Gobierno del estado de México, ed. *Programa Para Mejora La Calidad Del Aire de La Zona Metropolitana Del Valle de México 2002-2010.* México; 2011:9.2-9.14.

<http://www.sedema.df.gob.mx/flippingbook/proaire2002-2010/files/proaire2002-2010.pdf>.

38. Independent Evaluation Group. *Sourcebook for Evaluating Global and Regional Partnership Programs: Indicative Principles and Standards.*; 2007.
39. European Integration Office. *Guide to the Logical Framework Approach.* Segunda. Belgrado: Gobierno de la Republica de Serbia; 2011.
40. Rodríguez LR. La Teoría De Acción Razonada: Implicaciones Para El Estudio De Las Actitudes. *Investig Educ Duranguense.* 2007;(7):66-77.
41. Márquez M, Sandoval J, Torres M, Pavié S. Estudio de caso de la coherencia interna de programas de asignaturas en seis carreras que promueven competencias de la Universidad Austral de Chile. *Estud Pedagógicos.* 2010;XXXVI(2):117-133.
42. Iván M, Quiroz L. Relevance and Consistency for Initial Evaluation of Programmes : Theoric and Methodologic Proposal De Pregrado : Una Propuesta Teórico-. 2011:49-71.
43. Equipo de Gestión del Plan Operativo - Unidad Ejecutora 123. *Plan Operativo Anual 2009 Reformulado - Segunda Fase Del Programa de Apoyo a La Reforma Del Sector Salud - PARSalud II.* 2009th ed. (Ministerio de Salud Perú, ed.). Lima, Perú: Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud fase II; 2009. <http://www.parsalud.gob.pe/documentos-de-gestion/planes-operativos/category/213-2009?download=516:plan-operativo-reformulado-2012>.
44. PARSalud II - Ministerio de Salud Perú. Información general PARSalud II - ¿Qué hacemos? ¿Qué hacemos?. 2016:1. <http://www.parsalud.gob.pe/que-hacemos>. Accessed April 20, 2016.
45. PARSalud II - Ministerio de Salud Perú. Información general PARSalud II - Organización. *Organización.* 2016:1. <http://www.parsalud.gob.pe/info/organizacion>. Accessed April 20, 2016.
46. PARSalud II - Ministerio de Salud Perú. Información general PARSalud II - Comité directivo. *Com Dir.* 2016:1. <http://www.parsalud.gob.pe/comites-directivo>. Accessed April 20, 2016.
47. PARSalud II - Ministerio de Salud Perú. Documentos técnicos. *Conv con Reg.* 2016:9. <http://www.parsalud.gob.pe/convenios-con-regiones>. Accessed April 20, 2016.
48. Jiménez D, Rodríguez A, Jiménez R. Análisis de determinantes sociales de la desnutrición en Latinoamérica. *Nutr Hosp.* 2010;25(3):18-25. doi:10.3305/nh.2010.25.sup3.4992.
49. Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud. *Los Determinantes Sociales de La Salud: Los Hechos Probados.* Segunda. Ministerio de sanidad y consumo/Organización Mundial de la Salud; 2003.
50. Marmot M, Wilkinson RG. *Social Determinants of Health.* 2th Editio. United Kindom: Oxford University Press; 2006.
51. Abalos E, Merialdi M, Carroli G, Kulier R, Onis M De, Gu AM. Nutritional Interventions during Pregnancy for the Prevention or Treatment of Impaired Fetal Growth : An Overview of Randomized Controlled Trials 1 , 2. 2003:1626-1631.
52. Mendez M a, Adair LS. Severity and timing of stunting in the first two years of life affect performance on cognitive tests in late childhood. *J Nutr.* 1999;129(8):1555-1562.
53. Solari L. Reforma de salud en el Perú: apuntando hacia la cobertura universal. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* 2014;31(4):623-625. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v31n4/a02v31n4.pdf>.
54. Congreso de la República-Perú. Ley de Modernización de la Seguridad Social de Salud-N°26790. 1997:1-8. <http://portales.susalud.gob.pe/documents/11450/27670/Ley+N°+26790+-+Ley+de+la+Modernización+de+la+Seguridad+Social.pdf/5b23f57c-a1a7-481f-850f-de017dc1f45d>.
55. Congreso de la República-Perú. Ley General de Salud-Ley N°26842. *Norm Nac Perú.* 1997:1-34. <http://www.minsa.gob.pe/renhice/documentos/normativa/Ley 26842-1997 - Ley General de Salud Concordada.pdf>.
56. Ministerio de Salud Perú. Resolución Ministerial N°771-2004/MINSA-Establecer las Estrategias Sanitarias Nacionales

- del Ministerio de Salud, y sus respectivos órganos responsables. 2004:1-3. <http://www.minsa.gob.pe/ogdn/esp/pdf/RM771-2004.pdf>.
57. Ministerio de Salud Perú. Formulación y actualización de la hoja de ruta para la descentralización de la función salud y propuesta de agenda para el fortalecimiento del proceso de descentralización. 2011:1-200. http://www.parsalud.gob.pe/asistencia_tecnica/aseguramiento/HojaRuta_descentralizacion/DESCENTRALIZACION_SALUD.pdf.
 58. Pan American Health Organization. El derecho a la salud y los objetivos de desarrollo del Milenio. In: PAHO/WHO, ed. *Objetivos de Desarrollo Del Milenio: Una Mirada Desde América Latina Y El Caribe*. 1st ed. Washington, D.C.: PAHO; 2006:145-180. <http://www1.paho.org/Spanish/DD/PUB/capitulo5.pdf?ua=1>.
 59. Dirección Técnica de Demografía e Indicadores Sociales. *Perú: Perfil de La Pobreza Según Departamentos, 2004-2006*. (Instituto Nacional de Estadística e Informática, ed.). Lima, Perú; 2007. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0748/Libro.pdf.
 60. Kenyon S, Boulvain M, Neilson J, De R, Cochrane T, Issue L. Antibióticos para la rotura prematura de membranas (Revisión). *WHO Libr*. 2007;(4):1-74.
 61. Castillo-Salgado C, Mujica OJ, Loyola E, Canela J. Módulos de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades. Washinton DC, EUA: OPS/OMS; 2011. [acceso 24 de diciembre de 2014].
 62. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2004-2006-ENDES continua-Informe Principal. *Encuesta Demográfica y Salud Fam*. 2007:40. www.inei.gob.pe/biblioteca-virtual/publicaciones-digitales.
 63. Gilda S, Tania D. La salud materna-infantil un factor de incidencia en el desarrollo integral de las personas. *El observador económico/ Fundación Internacional para el Desafío Económico Global - FIDEG*. <http://www.elobservadoreconomico.com/articulo/1175>. Published October 6, 2011.
 64. Adair LS, Guilkey DK. Age-specific determinants of stunting in Filipino children. *J Nutr*. 1997;127(2):314-320.

12. Anexos

Anexo I Evidencia pertinente a identificación de necesidades y beneficiarios con la perspectiva curso de vida

Tabla 13 Evidencia utilizada para justificar parto pretérmino como consecuencia de ruptura prematura de membranas

No Genérico	No. Citas (24 sep 2015)	Autor	Título	Año	Revista	Tipo de estudio	Nivel de evidencia
42	214	Langhoff-Roos J, Kesmodel U, Jacobsson B, Rasmussen S, Vogel I.	Spontaneous preterm delivery in primiparous women at low risk in Denmark: population based study. <i>BMJ</i> 2006;332: 937-9	2006	British Medical Journal	Estudio trasversal	IIb
43	12	Slattery MM, Morrison JJ.	Preterm delivery. <i>Lancet</i> 2002;360: 1489-97	2002	Lancet	Revisión sistemática	III
44	69	Wood NS, Costeloe K, Gibson AT, Hennessy EM, Marlow N, Wilkinson AR.	Neurologic and developmental disability after extremely preterm birth. <i>Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed</i> 2005;90: F134-40	2005	Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed	Estudio de cohorte longitudinal	IIa
45	175	Petrou S, Mehta Z, Hockley C, Cook-Mozzaffari P, Henderson J, Goldacre M.	The impact of preterm birth on hospital inpatient admissions and costs during the first 5 years of life. <i>Pediatrics</i> 2003;112: 1290-7	2003	Pediatrics	Estudio de cohorte longitudinal	IIa
46	207	Huddy CLJ.	Educational and behavioural problems in babies of 32-35 weeks gestation. <i>Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed</i> 2001;85: F23-8	2001	Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed	Estudio de cohorte longitudinal	IIa

Tabla 14 Evidencia utilizada para justificar parto pretérmino como consecuencia de infecciones del tracto urinario

No. Genérico	No. Citas (24 sep 2015)	Autor	Título	Año	Revista	Tipo de estudio	Nivel de evidencia
22	20	Caulfield, L. E., Haas, J. D., Belizan, J. M., Rasmussen, K. M. & Edmonston, B. (1991)	Differences in early postnatal morbidity risk by pattern of fetal growth in Argentina. <i>Paediatr. Perinat. Epidemiol.</i> 5: 263-275	1991	Paediatr. Perinat. Epidemiol.	Estudio de cohorte longitudinal	IIa
28	388	Cloherly JP, Stark A, Eichenwald E.	Manual of neonatal care. Lippincott Williams & Wilkins, 1998.	1998	Lippincott Williams & Wilkins	Manual, Guía metodológica, libro	IV
20	16	Cuttini, M., Cortinovis, I., Bossi, A. & de Vonderweid, U. (1991)	Proportionality of small for gestational age babies as a predictor of neonatal mortality and morbidity. <i>Paediatr. Perinat. Epidemiol.</i> 5: 56-63	1991	Paediatr. Perinat. Epidemiol.	Estudio de cohorte longitudinal	IIa
17	87	Duncan, K. R., Gowland, P. A., Moore, R. J., Baker, P. N. & Johnson, I. R. (1999)	Assessment of fetal lung growth in utero with echo-planar MR imaging. <i>Radiology</i> 210: 197-200	1999	Radiology	Estudio de cohorte longitudinal	IIa
15	157	Fall, C. H. D., Yajnik, C. S., Rao, S., Davies, A. A., Brown, N. & Farrant, H. J. W. (2003)	Micronutrients and Fetal Growth (A review of the evidence that maternal micronutrient status influences fetal growth and survival). <i>J. Nutr.</i> 133: 1747S-1756S	2003	J. Nutr.	Revisión sistemática	III
18	51	Garden, A. S. & Roberts, N. (1996)	Fetal and fetal organ volume estimations with magnetic resonance imaging. <i>Am. J. Obstet. Gynecol.</i> 175: 442-448	1996	American Journal of Obstetrics and Gynecology	Estudio de cohorte longitudinal	IIa

41	537	Hack M, Horbar JD, Malloy MH, Tyson JE, Wright E, Wright L.	Very low birth weight outcomes of the National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Network. <i>Pediatrics</i> . 1991;87:587-597	1991	<i>Pediatrics</i>	Estudio transversal	Ilb
39	165	José Villar", Mario Meriardi, A. Metin Gülmezoglu, Edgardo Abalos, Guillermo Carroli, Regina Kulier and Mercedes de Onis	Nutritional Interventions during Pregnancy for the Prevention or Treatment of Maternal Morbidity and Preterm Delivery: An Overview of Randomized Controlled Trials Supplement: Nutrition as a Preventive Strategy against Adverse Pregnancy Outcomes. <i>J. Nutr.</i> 133:1606S-1625S, May 2003	2003	<i>J. Nutr.</i>	Revisión sistemática	III
14	5	Kramer, M. S. (2003)	Maternal nutrition and adverse pregnancy outcome: an overview. <i>J. Nutr.</i> 133: 1592S-1596S.	2003	<i>J. Nutr.</i>	Revisión sistemática	III
24	54	Lederman, S. A., Paxton, A., Heymsfield, S. B., Wang, J., Thornton, J. & Pierson, R. N., Jr. (1999)	Maternal body fat and water during pregnancy: do they raise infant birth weight? <i>Am. J. Obstet. Gynecol.</i> 180: 235-240	1999	<i>American Journal of Obstetrics and Gynecology</i>	Estudio cohorte de longitudinale	Ila
29	11	Lumley J, Watson L, Watson M, Bower C.	Suplementación periconcepcional con folato y/o multivitaminas para la prevención de los defectos del tubo neural. Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en La Biblioteca Cochrane Plus, 2006, Número 4	2006	<i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i>	Revisión sistemática	III
25	63	Mardones-Santander, F., Salazar, G., Rosso, P. & Villarroel, L. (1998)	Maternal body composition near term and birth weight. <i>Obstet. Gynecol.</i> 91: 873-877	1998	<i>Obstetrics and Gynecology</i>	Estudio cohorte de longitudinale	Ila
38	324	Mary E Cogswell, Ibrahim Parvanta, Liza Ickes, Ray Yip, and Gary M Brittenham.	Iron supplementation during pregnancy, anemia, and birth weight: a randomized controlled trial1-3. <i>Am J Clin Nutr</i> 2003;78:773-81.	2003	<i>American Journal of Clinical Nutrition</i>	Opinión expertos de	IV
40	1992	McCormick MC.	The contributions of low birth weight to infant mortality and childhood mortality. <i>N Engl J Med.</i> 1985;312:82-90	1985	<i>N Engl J Med.</i>	Opinión expertos de	III
34	0	Pena-Rosas JP, Viteri FE.	Efectos de la administración sistemática de suplementos de hierro por vía oral con o sin ácido fólico a embarazadas (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com . (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)	2006	La Biblioteca Cochrane Plus	Opinión expertos de	III
30	114	Ray JG, Blom HJ.	Vitamin B12 insufficiency and the risk of fetal neural tube defects. <i>QJM: An International Journal of Medicine</i> , 2003, 96:289-295.	2003	<i>An International Journal of Medicine</i>	Revisión sistemática	III
27	139	Sebire, N. J., Jolly, M., Harris, J., Regan, L. & Robinson, S. (2001)	Is maternal underweight really a risk factor for adverse pregnancy outcome? A population- based study in London. <i>BJOG.</i> 108: 61-66	2001	<i>BJOGBJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology</i>	Estudio cohorte de longitudinale	Ila
35	400	Theresa O Scholl	Iron status during pregnancy: setting the stage for mother and infant1 <i>Am J Clin Nutr</i> 2005;81(suppl):1218S-22S.	2005	<i>American Journal of Clinical Nutrition</i>	Opinión expertos de	IV
16	270	Villar, J. & Belizan, J. M. (1982)	The timing factor in the pathophysiology of the intrauterine growth retardation syndrome. <i>Obstet. Gynecol. Surv.</i> 37: 499-506	1982	<i>Obstet. Gynecol. Surv.</i>	Opinión expertos de	III
26	49	Villar, J. & Rivera, J. (1988)	Nutritional supplementation during two consecutive pregnancies and the interim lactation period: effect on birth weight. <i>Pediatrics</i> 81: 51-57	1988	<i>Pediatrics</i>	Estudio cohorte de longitudinale	Ila

23	118	Villar, J., Cogswell, M., Kestler, E., Castillo, P., Menendez, R. & Repke, J. T. (1992)	Effect of fat and fat-free mass deposition during pregnancy on birth weight. Am. J. Obstet. Gynecol. 167: 1344-1352	1992	American Journal of Obstetrics and Gynecology	Estudio de cohorte longitudinal	Ila
21	137	Villar, J., de Onis, M., Kestler, E., Bolanos, F., Cerezo, R. & Bernedes, H. (1990)	The differential neonatal morbidity of the intrauterine growth retardation syndrome. Am. J. Obstet. Gynecol. 163: 151-157	1990	American Journal of Obstetrics and Gynecology	Estudio de cohorte longitudinal	Ila
19	5	WHO Expert Committee on Physical Status. (1995)	The newborn infant. In: Physical Status: The use and interpretation of anthropometry, pp. 121-160. WHO, Geneva	1995	WHO	Opinión de expertos	III
33	185	Zhou LM, Yang WW, Hua JZ, Deng CQ, Tao X, Stolzrus RJ.	Relation of hemoglobin measured at different times in pregnancy to preterm birth and low birth weight in Shanghai, China. Am J Epidemiol 1998;148: 998-1006.	1998	International Journal of Epidemiology	Estudio de cohorte longitudinal	Ila

Tabla 15 Evidencia utilizada para justificar trastornos en el neonato e infante como consecuencia de infecciones asintomáticas del tracto urinario

No. Genérico	No. Citas (24 sep 2015)	Autor	Título	Año	Revista	Tipo de estudio	Nivel de evidencia
57		Roldan SE, Peláez RR, Salinas JS, Polo DLPC,	Prevalencia de bacteriuria asintomática en gestantes. X Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. Tema Libre, Libro de Resúmenes, 1990. p 14	1990		Opinión de expertos	III
58	6	Pacheco J, Flores T, García M.	Contribución al estudio de la prevalencia de la bacteriuria asintomática en gestantes. Ginecol Obstet Perú 1996; 42 No.2: 39-43	1996	Ginecol Obstet Perú	Estudio trasnversal	IIb
59	8	PERCY PACORA, LILIA HUIZA	Bacteriuria asintomática en una población de Lima: consecuencias maternas, fetales y neonatales. Ginecología y Obstetricia - Vol. 42 N°3 Diciembre 1996	1996	Ginecología y Obstetricia	Estudio de cohorte longitudinal	Ila
60	122	Stenqvist, K., Dahlen-Nilsson, I., Lidin-Janson, G., Lincoln, K., Oden, A., Rignell, S., & Svanborg-Eden, C. (1989).	Bacteriuria in pregnancy frequency and risk of acquisition. American journal of epidemiology, 129(2), 372-379.	1989	Journal of Epidemiology	Estudio de cohorte longitudinal	Ila
61	405	Romero R, Oyarzun E, Mazor M, Sirtori M, Hobbins JC, Bracken M.	Meta-analysis of the relationship between asymptomatic bacteriuria and preterm delivery/low birth weight. Obstet Gynecol 1989;73:576-82.	1989	Obstetrics and Gynecology	Meta-Análisis	Ia

Tabla 16 Evidencia utilizada para justificar consecuencias del estado nutricional de la gestante

No Generico	No. Citas (24 sep 2015)	Autor	Título	Año	Revista	Tipo de estudio	Nivel de evidencia
22	20	Caulfield, L. E., Haas, J. D., Belizan, J. M., Rasmussen, K. M. & Edmonston, B. (1991)	Differences in early postnatal morbidity risk by pattern of fetal growth in Argentina. Paediatr. Perinat. Epidemiol. 5: 263-275	1991	Paediatr. Perinat. Epidemiol.	Estudio de cohorte longitudinal	Ila
28	388	Cloherly JP, Stark A, Eichenwald E.	Manual of neonatal care. Lippincott Williams & Wilkins, 1998.	1998	Lippincott Williams & Wilkins	Manual, Guia metodológica, libro	IV
20	16	Cuttini, M., Cortinovis, I., Bossi, A. & de Vonderweid, U. (1991)	Proportionality of small for gestational age babies as a predictor of neonatal mortality and morbidity. Paediatr. Perinat. Epidemiol. 5: 56-63	1991	Paediatr. Perinat. Epidemiol.	Estudio de cohorte longitudinal	Ila
17	87	Duncan, K. R., Gowland, P. A., Moore, R. J., Baker, P. N. & Johnson, I. R. (1999)	Assessment of fetal lung growth in utero with echo-planar MR imaging. Radiology 210: 197-200	1999	Radiology	Estudio de cohorte longitudinal	Ila
15	157	Fall, C. H. D., Yajnik, C. S., Rao, S., Davies, A. A., Brown, N. & Farrant, H. J. W. (2003)	Micronutrients and Fetal Growth (A review of the evidence that maternal micronutrient status influences fetal growth and survival). J. Nutr. 133: 1747S-1756S	2003	J. Nutr.	Revisión sistemática	III
18	51	Garden, A. S. & Roberts, N. (1996)	Fetal and fetal organ volume estimations with magnetic resonance imaging. Am. J. Obstet. Gynecol. 175: 442-448	1996	American Journal of Obstetrics and Gynecology	Estudio de cohorte longitudinal	Ila
41	537	Hack M, Horbar JD, Malloy MH, Tyson JE, Wright E, Wright L.	Very low birth weight outcomes of the National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Network. Pediatrics. 1991;87:587-597	1991	Pediatrics	Estudio transversal	Ilb
39	165	José Villar", Mario Meriardi, A. Metin Gülmezoglu, Edgardo Abalos, Guillermo Carroli, Regina Kulier and Mercedes de Onis	Nutritional Interventions during Pregnancy for the Prevention or Treatment of Maternal Morbidity and Preterm Delivery: An Overview of Randomized Controlled Trials Supplement: Nutrition as a Preventive Strategy against Adverse Pregnancy Outcomes. J. Nutr. 133:1606S-1625S, May 2003	2003	J. Nutr.	Revisión sistemática	III
14	5	Kramer, M. S. (2003)	Maternal nutrition and adverse pregnancy outcome: an overview. J. Nutr. 133: 1592S-1596S.	2003	J. Nutr.	Revisión sistemática	III
24	54	Lederman, S. A., Paxton, A., Heymsfield, S. B., Wang, J., Thornton, J. & Pierson, R. N., Jr. (1999)	Maternal body fat and water during pregnancy: do they raise infant birth weight? Am. J. Obstet. Gynecol. 180: 235-240	1999	American Journal of Obstetrics and Gynecology	Estudio de cohorte longitudinal	Ila
29	11	Lumley J, Watson L, Watson M, Bower C.	Suplementación periconcepcional con folato y/o multivitaminas para la prevención de los defectos del tubo neural. Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en La Biblioteca Cochrane Plus, 2006, Número 4	2006	Cochrane Database of Systematic Reviews	Revisión sistemática	III
25	63	Mardones-Santander, F., Salazar, G., Rosso, P. & Villaruel, L. (1998)	Maternal body composition near term and birth weight. Obstet. Gynecol. 91: 873-877	1998	Obstetrics and Gynecology	Estudio de cohorte longitudinal	Ila
38	324	Mary E Cogswell, Ibrahim Parvanta, Liza Ickes, Ray Yip, and Gary M Brittenham.	Iron supplementation during pregnancy, anemia, and birth weight: a randomized controlled trial1-3. Am J Clin Nutr 2003;78:773-81.	2003	American Journal of Clinical Nutrition	Opinión de expertos	IV
40	1992	McCormick MC.	The contributions of low birth weight to infant mortality and childhood mortality. N Engl J Med. 1985;312:82-90	1985	N Engl J Med.	Opinión de expertos	III
34	0	Pena-Rosas JP, Viteri FE.	Efectos de la administración sistemática de suplementos de hierro por vía oral con o sin ácido fólico a embarazadas (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane	2006	La Biblioteca Cochrane Plus	Opinión de expertos	III

			Plus, 2006 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com . (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)				
30	114	Ray JG, Blom HJ.	Vitamin B12 insufficiency and the risk of fetal neural tube defects. QJM: An International Journal of Medicine, 2003, 96:289-295.	2003	An International Journal of Medicine	Revisión sistemática	III
27	139	Sebire, N. J., Jolly, M., Harris, J., Regan, L. & Robinson, S. (2001)	Is maternal underweight really a risk factor for adverse pregnancy outcome? A population- based study in London. BJOG. 108: 61-66	2001	BJOGBJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology	Estudio de cohorte longitudinal	Ila
35	400	Theresa O Scholl	Iron status during pregnancy: setting the stage for mother and infant1 Am J Clin Nutr 2005;81(suppl):1218S-22S.	2005	American Journal of Clinical Nutrition	Opinión de expertos	IV
16	270	Villar, J. & Belizan, J. M. (1982)	The timing factor in the pathophysiology of the intrauterine growth retardation syndrome. Obstet. Gynecol. Surv. 37: 499-506	1982	Obstet. Gynecol. Surv.	Opinión de expertos	III
26	49	Villar, J. & Rivera, J. (1988)	Nutritional supplementation during two consecutive pregnancies and the interim lactation period: effect on birth weight. Pediatrics 81: 51-57	1988	Pediatrics	Estudio de cohorte longitudinal	Ila
23	118	Villar, J., Cogswell, M., Kestler, E., Castillo, P., Menendez, R. & Repke, J. T. (1992)	Effect of fat and fat-free mass deposition during pregnancy on birth weight. Am. J. Obstet. Gynecol. 167: 1344-1352	1992	American Journal of Obstetrics and Gynecology	Estudio de cohorte longitudinal	Ila
21	137	Villar, J., de Onis, M., Kestler, E., Bolanos, F., Cerezo, R. & Bernedes, H. (1990)	The differential neonatal morbidity of the intrauterine growth retardation syndrome. Am. J. Obstet. Gynecol. 163: 151-157	1990	American Journal of Obstetrics and Gynecology	Estudio de cohorte longitudinal	Ila
19	5	WHO Expert Committee on Physical Status. (1995)	The newborn infant. In: Physical Status: The use and interpretation of anthropometry, pp. 121-160. WHO, Geneva	1995	WHO	Opinión de expertos	III
33	185	Zhou LM, Yang WW, Hua JZ, Deng CQ, Tao X, Stolfus RJ.	Relation of hemoglobin measured at different times in pregnancy to preterm birth and low birth weight in Shanghai, China. Am J Epidemiol 1998;148: 998-1006.	1998	International Journal of Epidemiology	Estudio de cohorte longitudinal	Ila

Anexo II Bibliografía utilizada por PARSalud

Tabla 17 Bibliografía utilizada por PARSalud para teoría de cambio y análisis causal

No	No. Citas (24 sep 2015)	Autor	Título	Año	Nivel de evidencia	Recom endaci ón
1	180	Hertzman C, Power C, Matthews S, et al.	Using an interactive framework of society and lifecourse to explain self-rated health in early adulthood. Soc Sci Med 2001;53:1575-85.	2001	Ila	B
2	191	Graham H.	Building an inter-disciplinary science of health inequalities: the example of lifecourse research. Soc Sci Med 2002;55:2005-16.	2002	III	B
3	116	Kuh D, Hardy R, eds.	A life course approach to women's health. Oxford: Oxford University Press, 2002	2002	III	B
4	1249	Ben-Shlomo Y, Kuh D.	A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges, and interdisciplinary perspectives. Int J Epidemiol 2002;31:285-93.	2002	III	B
5	736	Lucas, M S Fewtrell, T J Cole	Fetal origins of adult disease the hypothesis revisited BMJ 1999;319:245-249.	1999	Ib	A
6	310	J P Barker, T Forsén, A Uutela, C Osmond, J G Eriksson.	Size at birth and resilience to effects of poor living conditions in adult life: longitudinal study. BMJ 2001 ;323:1273	2001	Ila	B
7	713	David A Leon, Hans O Lithell, Denny Vágeró, Ilona Koupilová, Rawya Mohsen, Lars Berglund, Ulla-Britt Lithell, Paul M McKeigue.	Reduced fetal growth rate and increased risk of death from ischaemic heart disease: cohort study of 15 000 Swedish men and women born 1915-29. BMJ 1998;317:241-245	1998	Ila	B
8	86	H. E. Syddall, A. Aihie Sayer, S. J. Simmonds, C. Osmond, V. Cox, E. M. Dennison, D. J. P. Barker and C. Cooper.	Birth Weight, Infant Weight Gain, and Cause- specific Mortality. American Journal of Epidemiology 2005 161(11):1074-1080.	2005	Ila	B
9	149	Eero Kajantie, Clive Osmond, David JP Barker, Tom Forsén, David IW Phillips and Johan G Eriksson.	Size at birth as a predictor of mortality in adulthood: a follow-up of 350 000 person-years. International Journal of Epidemiology 2005 34(3):655-663	2005	Ila	B
10	604	George Davey Smith, Carole Hart, b David Blane, David Hole.	Adverse socioeconomic conditions in childhood and cause specific adult mortality: prospective observational study. BMJ 1998;316:1631-1635	1998	Ila	B
11	219	Marcus Richards, Rebecca Hardy, Diana Kuh and Michael EJ Wadsworth.	Birthweight, postnatal growth and cognitive function in a national UK birth cohort. International Journal of Epidemiology 2002;31:342-348	2002	Ila	B
12	20	Bruna Galobardes ¹ , George Davey Smith ¹ , Mona Jeffreys ² and Peter McCarron ³	Childhood socioeconomic circumstances predict specific causes of death in adulthood: the Glasgow student cohort study Journal of Epidemiology and Community Health 2006;60:527-529	2006	Ila	B
13	29	Robinson R.J.	Is the child father of the man? Controversy about the early origins of cardiovascular disease. BMJ 1992;304:789-90.	1992	III	B
14	5	Kramer, M. S. (2003)	Maternal nutrition and adverse pregnancy outcome: an overview. J. Nutr. 133: 1592S-1596S.	2003	III	B
15	157	Fall, C. H. D., Yajnik, C. S., Rao, S., Davies, A. A., Brown, N. & Farrant, H. J. W. (2003)	A review of the evidence that maternal micronutrient status influences fetal growth and survival. J. Nutr. 133: 1747S-1756S	2003	III	B
16	270	Villar, J. & Belizan, J. M. (1982)	The timing factor in the pathophysiology of the intrauterine growth retardation syndrome. Obstet. Gynecol. Surv. 37: 499-506	1982	III	B

17	87	Duncan, K. R., Gowland, P. A., Moore, R. J., Baker, P. N. & Johnson, I. R. (1999)	Assessment of fetal lung growth in utero with echo-planar MR imaging. <i>Radiology</i> 210: 197-200	1999	IIa	B
18	51	Garden, A. S. & Roberts, N. (1996)	Fetal and fetal organ volume estimations with magnetic resonance imaging. <i>Am. J. Obstet. Gynecol.</i> 175: 442-448	1996	IIa	B
19	5	WHO Expert Committee on Physical Status. (1995)	The newborn infant. In: <i>Physical Status: The use and interpretation of anthropometry</i> , pp. 121-160. WHO, Geneva	1995	III	B
20	16	Cuttini, M., Cortinovis, I., Bossi, A. & de Vonderweid, U. (1991)	Proportionality of small for gestational age babies as a predictor of neonatal mortality and morbidity. <i>Paediatr. Perinat. Epidemiol.</i> 5: 56-63	1991	IIa	B
21	137	Villar, J., de Onis, M., Kestler, E., Bolanos, F., Cerezo, R. & Bernedes, H. (1990)	The differential neonatal morbidity of the intrauterine growth retardation syndrome. <i>Am. J. Obstet. Gynecol.</i> 163: 151-157	1990	IIa	B
22	20	Caulfield, L. E., Haas, J. D., Belizan, J. M., Rasmussen, K. M. & Edmonston, B. (1991)	Differences in early postnatal morbidity risk by pattern of fetal growth in Argentina. <i>Paediatr. Perinat. Epidemiol.</i> 5: 263-275	1991	IIa	B
23	118	Villar, J., Cogswell, M., Kestler, E., Castillo, P., Menendez, R. & Repke, J. T. (1992)	Effect of fat and fat-free mass deposition during pregnancy on birth weight. <i>Am. J. Obstet. Gynecol.</i> 167: 1344-1352	1992	IIa	B
24	54	Lederman, S. A., Paxton, A., Heymsfield, S. B., Wang, J., Thornton, J. & Pierson, R. N., Jr. (1999)	Maternal body fat and water during pregnancy: do they raise infant birth weight? <i>Am. J. Obstet. Gynecol.</i> 180: 235-240	1999	IIa	B
25	63	Mardones-Santander, F., Salazar, G., Rosso, P. & Villarroel, L. (1998)	Maternal body composition near term and birth weight. <i>Obstet. Gynecol.</i> 91: 873-877	1998	IIa	B
26	49	Villar, J. & Rivera, J. (1988)	Nutritional supplementation during two consecutive pregnancies and the interim lactation period: effect on birth weight. <i>Pediatrics</i> 81: 51-57	1988	IIa	B
27	139	Sebire, N. J., Jolly, M., Harris, J., Regan, L. & Robinson, S. (2001)	Is maternal underweight really a risk factor for adverse pregnancy outcome? A population-based study in London. <i>BJOG.</i> 108: 61-66	2001	IIa	B
28	388	Cloherly JP, Stark A, Eichenwald E.	Manual of neonatal care. Lippincott Williams & Wilkins, 1998.	1998	IV	C
29	11	Lumley J, Watson L, Watson M, Bower C.	Suplementación periconcepcional con folato y/o multivitaminas para la prevención de los defectos del tubo neural. Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en La Biblioteca Cochrane Plus, 2006, Número 4	2006	III	B
30	114	Ray JG, Blom HJ.	Vitamin B12 insufficiency and the risk of fetal neural tube defects. <i>QJM: An International Journal of Medicine</i> , 2003, 96:289-295.	2003	III	B
31	3	Department of Making Pregnancy Safer, World Health Organization.	Standards for Maternal and Neonatal Care Steering Committee. 2004	2004	IV	C
32	259	75Scanlon KS, Yip R, Schieve LA, Cogswell ME.	High and low hemoglobin levels during pregnancy: differential risks for preterm birth and small for gestational age. <i>Obstet Gynecol</i> 2000;96:741- 8.	2000	IIa	B
33	185	Zhou LM, Yang WW, Hua JZ, Deng CQ, Tao X, Stolzrus RJ.	Relation of hemoglobin measured at different times in pregnancy to preterm birth and low birth weight in Shanghai, China. <i>Am J Epidemiol</i> 1998;148: 998-1006.	1998	IIa	B
34	0	Pena-Rosas JP, Viteri FE.	Efectos de la administración sistemática de suplementos de hierro por vía oral con o sin ácido fólico a embarazadas (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com . (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)	2006	III	B
35	400	Theresa O Scholl	<i>Iron status during pregnancy: setting the stage for mother and infant1 Am J Clin Nutr</i> 2005;81(suppl):1218S-22S.	2005	IV	C

36	268	Philip Steer, M Ash Alam Jane Wadsworth, Anne Welch,	Relation between maternal haemoglobin concentration and birth weight in different ethnic groups. <i>BMJ</i> 1995;310:489-491	1995	IV	C
37	400	Tomado de: Theresa O Scholl	Iron status during pregnancy: setting the stage for mother and infant. <i>American Journal of Clinical Nutrition</i> , Vol. 81, No. 5, 1218S- 1222S, May 2005.	2005	IV	C
38	324	Mary E Cogswell, Ibrahim Parvanta, Liza Ickes, Ray Yip, and Gary M Brittenham.	Iron supplementation during pregnancy, anemia, and birth weight: a randomized controlled trial1-3. <i>Am J Clin Nutr</i> 2003;78:773-81.	2003	IV	C
39	165	José Villar*, Mario Merialdi, A. Metin Gülmezoglu, Edgardo Abalos, Guillermo Carroli, Regina Kulier and Mercedes de Onis	Nutritional Interventions during Pregnancy for the Prevention or Treatment of Maternal Morbidity and Preterm Delivery: An Overview of Randomized Controlled Trials Supplement: Nutrition as a Preventive Strategy against Adverse Pregnancy Outcomes. <i>J. Nutr.</i> 133:1606S-1625S, May 2003	2003	III	B
40	1992	McCormick MC.	The contributions of low birth weight to infant mortality and childhood mortality. <i>N Engl J Med.</i> 1985;312:82-90	1985	III	B
41	537	Hack M, Horbar JD, Malloy MH, Tyson JE, Wright E, Wright L.	Very low birth weight outcomes of the National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Network. <i>Pediatrics.</i> 1991;87:587-597	1991	IIb	B
42	214	Langhoff-Roos J, Kesmodel U, Jacobsson B, Rasmussen S, Vogel I.	Spontaneous preterm delivery in primiparous women at low risk in Denmark: population based study. <i>BMJ</i> 2006;332: 937-9	2006	IIb	B
43	12	Slattery MM, Morrison JJ.	Preterm delivery. <i>Lancet</i> 2002;360: 1489-97	2002	III	B
44	69	Wood NS, Costeloe K, Gibson AT, Hennessy EM, Marlow N, Wilkinson AR.	Neurologic and developmental disability after extremely preterm birth. <i>Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed</i> 2005;90: F134-40	2005	IIa	B
45	175	Petrou S, Mehta Z, Hockley C, Cook-Mozzaffari P, Henderson J, Goldacre M.	The impact of preterm birth on hospital inpatient admissions and costs during the first 5 years of life. <i>Pediatrics</i> 2003;112: 1290-7	2003	IIa	B
46	207	Huddy CLJ.	Educational and behavioural problems in babies of 32-35 weeks gestation. <i>Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed</i> 2001;85: F23-8	2001	IIa	B
47	181	Andrews WW, Goldenberg RL, Hauth JC.	Preterm labor: emerging role of genital tract infections. <i>Infect Agents Dis</i> 1995;4:196-211.	1995	IIb	B
48	937	Gibbs RS, Romero R, Hillier SL, Eschenbach DA, Sweet RL.	A review of premature birth and subclinical infection. <i>Am J Obstet Gynecol</i> 1992;166:1515-28	1992	III	B
49	141	GOLDENBERG, R., ANDREWS, W., YUAN, A., MACKAY, H., & ST LOUIS, M. E. (1997).	Sexually transmitted diseases and adverse outcomes of pregnancy. <i>Clinics in perinatology</i> , 24(1).	1997	III	B
50	25	Humphrey M, Bradford D.	Congenital syphilis: still a reality in 1996. <i>Med J Aust.</i> 1996;165:382-385	1996	III	B
51	151	Hira S, Bhat G, Chikamata D, et al.	Syphilis intervention in pregnancy: Zambian demonstration project. <i>Genitourin Med.</i> 1990;66:159-164	1990	IIa	B
52	100	Temmerman M, Gichangi P, Fonck K, et al.	Effect of a syphilis control programme on pregnancy outcome in Nairobi, Kenya. <i>Sex Transm Infect</i> 2000;76:117- 121	2000	IIa	B
53	198	Lockwood, C. J. & Kuczynski, E. (1999)	Markers of risk for preterm delivery. <i>J. Perinat. Med.</i> 27: 5-20.	1999	III	B
54	88	Locksmith, G. & Duff, P. (2001)	Infection, antibiotics, and preterm delivery. <i>Semin. Perinatol.</i> 25: 295-309.	2001	III	B

55	1259	Hillier, S. L., Nugent, R. P., Eschenbach, D. A., Krohn, M. A., Gibbs, R. S., Martin, D. H., ... & Klebanoff, M. A. (1995).	Association between bacterial vaginosis and preterm delivery of a low-birth-weight infant. <i>New England Journal of Medicine</i> , 333(26), 1737-1742.	1995	Ila	B
56	No encontrado	Garcia et al, 2003.	Mujeres de Club de Madres. (Ver: www.proyectopreven.org)	2003	IV	C
57		Roldan SE, Peláez RR, Salinas JS, Polo DLPC,	Prevalencia de bacteriuria asintomática en gestantes. X Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. Tema Libre, Libro de Resúmenes, 1990. p 14	1990	III	B
58	6	Pacheco J, Flores T, García M.	Contribución al estudio de la prevalencia de la bacteriuria asintomática en gestantes. <i>Ginecol Obstet Perú</i> 1996; 42 No.2: 39-43	1996	Ilb	B
59	8	PERCY PACORA, LILIA HUIZA	Bacteriuria asintomática en una población de Lima: consecuencias maternas, fetales y neonatales. <i>Ginecología y Obstetricia - Vol. 42 N°3</i> Diciembre 1996	1996	Ila	B
60	122	Stenqvist, K., Dahlen-Nilsson, I., Lidin-Janson, G., Lincoln, K., Oden, A., Rignell, S., & Svanborg-Eden, C. (1989).	Bacteriuria in pregnancy frequency and risk of acquisition. <i>American journal of epidemiology</i> , 129(2), 372-379.	1989	Ila	B
61	405	Romero R, Oyarzun E, Mazor M, Sirtori M, Hobbins JC, Bracken M.	Meta-analysis of the relationship between asymptomatic bacteriuria and preterm delivery/low birth weight. <i>Obstet Gynecol</i> 1989;73:576-82.	1989	Ia	A
62	6	Kenyon S, Boulvain M, Neilson J	Antibióticos para la rotura prematura de membranas (Revisión Cochrane traducida). En: <i>La Biblioteca Cochrane Plus</i> , 2006 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com . (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).	2006	III	B
63	377	Michelle A. Mendez and Linda S. Adair.	Severity and Timing of Stunting in the First Two Years of Life Affect Performance on Cognitive Tests in Late Childhood ^{1,2} . <i>J. Nutr.</i> 129: 1555-1562, 1999	1999	Ila	B
64	120	Checkley, W., Epstein, L. D., Gilman, R. H., Cabrera, L., & Black, R. E. (2003).	Effects of acute diarrhea on linear growth in Peruvian children. <i>American Journal of Epidemiology</i> , 157(2), 166-175.	2003	Ila	B
65	191	Checkley W, Epstein LD, Gilman RH, Black RE, Cabrera L, Sterling CR.	Effects of <i>Cryptosporidium parvum</i> infection in Peruvian children: growth faltering and subsequent catch-up growth. <i>Am J Epidemiol.</i> 1998 Sep 1; 148(5):497-506	1998	Ila	B
66	110	Molbak K, Andersen M, Aaby P, Hojlyng N, Jakobsen M, Sodemann M, da Silva AP.	<i>Cryptosporidium</i> infection in infancy as a cause of malnutrition: a community study from Guinea-Bissau, west Africa. <i>Am J Clin Nutr.</i> 1997 Jan;65(1):149-52.	1997	Ila	B
67	131	Bhatnagar, S., Bahl, R., Sharma, P. K., Kumar, G. T., Saxena, S. K., & Bhan, M. K. (2004).	Zinc with oral rehydration therapy reduces stool output and duration of diarrhea in hospitalized children: a randomized controlled trial. <i>Journal of pediatric gastroenterology and nutrition</i> , 38(1), 34-40.	2004	Ib	A
68	264	Robert E. Black	Zinc Deficiency, Infectious Disease and Mortality in the Developing World ^{1,2} . <i>J. Nutr.</i> 133: 1485S-1489S, 2003.	2003	III	B
69	164	Bhandari, N., Bahl, R., Taneja, S., Strand, T., Mølbak, K., Ulvik, R. J., ... & Bhan, M. K. (2002).	Effect of routine zinc supplementation on pneumonia in children aged 6 months to 3 years: randomised controlled trial in an urban slum. <i>Bmj</i> , 324(7350), 1358.	2002	Ib	A
70	205	W Abdullah Brooks, M Yunus, Mathuram Santosham, M A Wahed, Kamrun Nahar, Sultana Yeasmin, Robert E Black	Zinc for severe pneumonia in very young children: double-blind placebo-controlled trial. <i>Lancet</i> 2004; 363: 1683-88	2004	Ib	A
71	159	Adair, Linda S., and David K. Guilkey.	Age-specific determinants of stunting in Filipino children. <i>The Journal of nutrition</i> 127.2 (1997): 314-320.	1997	Ila	B

72	231	W H Oddy, P D Sly, N H de Klerk, L I Landau, G E Kendall, P G Holt, F J Stanley	Breast feeding and respiratory morbidity in infancy: a birth cohort study	2003	Ila	B
73	349	Bhandari, N., Bahl, R., Mazumdar, S., Martines, J., Black, R. E., Bhan, M. K., & other members of the Infant Feeding Study Group. (2003).	Effect of community-based promotion of exclusive breastfeeding on diarrhoeal illness and growth: a cluster randomised controlled trial. <i>The Lancet</i> , 361(9367), 1418-1423.	2003	Ib	A
74	55	Sinha, A., Madden, J., Ross-Degnan, D., Soumerai, S., & Platt, R. (2003).	Reduced risk of neonatal respiratory infections among breastfed girls but not boys. <i>Pediatrics</i> , 112(4), e303-e303.	2003	Ila	B
75	417	Shams Arifeen, Robert E. Black, Gretchen Antelman, Abdullah Baqui, Laura Caulfield and Stan Becker	Exclusive Breastfeeding Reduces Acute Respiratory Infection and Diarrhea Deaths Among Infants in Dhaka Slums <i>Pediatrics</i> 2001;108;67- DOI: 10.1542/peds.108.4.e67	2001	Ila	B
76	363	Thomas M. Ball and Anne L. Wright.	Health Care Costs of Formula-feeding in the First Year of Life. <i>Pediatrics</i> 1999;103;870-876. DOI: 10.1542/peds.103.4.S1.870	1999	Ila	B
77	200	Wright, A. L., Bauer, M., Naylor, A., Sutcliffe, E., & Clark, L. (1998).	Increasing breastfeeding rates to reduce infant illness at the community level. <i>Pediatrics</i> , 101(5), 837-844.	1998	Ila	B
78	90	Quigley, M. A., Cumberland, P., Cowden, J. M., & Rodrigues, L. C. (2006).	How protective is breast feeding against diarrhoeal disease in infants in 1990s England? A case-control study. <i>Archives of disease in childhood</i> , 91(3), 245-250.	2006	III	B
79	329	Virginia R et al.	Breastfeeding and the risk of hospitalization for respiratory disease in infancy. A Meta analysis. <i>Arch Pediatr Adolesc Med</i> 2003;157:237-243.	2003	Ia	A
80	554	Edmond, K. M., Zandoh, C., Quigley, M. A., Amenga-Etego, S., Owusu-Agyei, S., & Kirkwood, B. R. (2006).	Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. <i>Pediatrics</i> , 117(3), e380-e386.	2006	Ila	B
81		WHO	The Sisterhood Method for Estimating Maternal Mortality: Guidance notes for potential Users WHO/RHT/97.28 UNICEF/EPP/97.1. 1997	1997	IV	C
82		World Health Organization.	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth Revisión. Geneva, World Health Organization, 1992.	1992	IV	C
83		UNICEF	Maternal Mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA, 2004	2004	IV	C
84		Bouvier-Colle MH et al.	Reasons for the underreporting of maternal mortality in France, as indicated by a survey of all deaths among women of childbearing age. <i>International Journal of Epidemiology</i> , 1991;20:717-21.	1991	IV	C
85		Hibbard BM et al.	Confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom, 1988-1990. London, HMSO, 1994.	1994	IV	C
86		Smith JC et al.	An assessment of the incidence of maternal mortality in the United States. <i>American Journal of Public Health</i> , 1984;74:780-3.	1984	IV	C
87		Thonneau P et al.	Risk factors for maternal mortality : results of a case-control study conducted in Conakry (Guinea). <i>International Journal of Gynecology and Obstetrics</i> , 1992;39:87-92.	1992	III	B
88		Kenneth Hill,1 Carla AbouZahr,2 & Tessa Wardlaw3.	Estimates of maternal mortality for 1995. <i>Bulletin of the World Health Organization</i> , 2001, 79: 182-193.	2001	IV	C
89		World Bank	www.worldbank.org: accesado el 20 Julio 2006.	2006	IV	C
90		SIS	SIP: Sistema de Información Perinatal: Informes de resultados ENDES 1992,1996,2000 INEI	2000	IV	C

91	Rahman M, Rahaman MM, Wojtyniak B, Aziz KM.	Impact of environmental sanitation and crowding on infant mortality in rural Bangladesh. Lancet 1985; 2: 28-31.	1985	III	B
92	Victora CG, Smith PG, Vaughan JP, et al.	Water supply, sanitation, and housing in relation to the risk of infant mortality from diarrhoea. Int J Epidemiol 1988; 17: 651-54.	1988	III	B
93	Esrey SA, Feachem RG, Hughes JM.	Interventions for the control of diarrhoeal diseases among young children: improving water supplies and excreta disposal facilities. Bull World Health Organ 1985; 63: 757-72.	1985	IV	C
94	Huttly SR, Morris SS, Pisani V.	Prevention of diarrhoea in young children in developing countries. Bull World Health Organ 1997; 75: 163-74.	1997	IV	C
95	Aziz KM, Hoque BA, Hasan KZ, et al.	Reduction in diarrhoeal diseases in children in rural Bangladesh by environmental and behavioural modifications. Trans R Soc Trop Med Hyg 1990; 84: 433-38.	1990	IV	C
96	Esrey SA, Potash JB, Roberts L, Shi. C.	Effects of improved water supply and sanitation on ascariasis, diarrhoea, dracunculiasis, hookworm infection, schistosomiasis, and trachoma. Bull World Health Organ 1991; 69: 609-21.	1991	III	B
97	Huttly SA, Blum D, Kirkwood BR, et al.	The Imo State (Nigeria) Drinking Water Supply and Sanitation Project, 2. Impact on dracunculiasis, diarrhoea and nutritional status. Trans R Soc Trop Med Hyg 1990; 84: 316-21.	1990	IV	C
98	.	Ingresos internos son neonatos que nacieron en el establecimiento de salud y se hospitalizan en el mismo establecimiento. Los ingresos externos son aquellos que nacieron en el domicilio o en otro establecimiento y se hospitalizaron.	2005	IV	C
99	Habib Chaudhury, Atiya Mahmood and Maria Valente,	The Use of Single Patient Rooms vs. Múltiple Occupancy Rooms in Acute Care Environments. A Review and Analysis of the Literature. November 20, 2003	2003	IV	C
101	Martorell, R., Habicht, J.-P., Yarbrough, C., Lechtig, A., Klein, R. E. & Western, K. A.	(1975) Acute morbidity and physical growth in rural Guatemala children. Am. J. Dis. Child. 129:1296-1301	1975	IV	C
102	Rowland, M.G.M., Cole, T. J. & Whitehead, R. G.	(1977) A quantitative study into the role of infection in determining nutritional status in Gambian village children. Br. J. Nutr. 37:441-450	1977	IV	C
103	Black, R. E., Brown, K. H. & Becker, S.	(1984) Effects of diarrhea associated with specific enteropathogens on the growth of children in rural Bangladesh. Pediatrics 73:799-805	1984	IV	C
104	Black, R. E., Brown, K. H. & Becker, S.	(1984) Malnutrition is a determining factor in diarrheal duration, but not incidence, among young children in a longitudinal study in rural Bangladesh. Am. J. Clin. Nutr. 39:87-94	1984	IV	C
105	Palmer, D. L., Koster, F. T., Alam, A.K.M.J. & Islam, M. R.	(1976) Nutritional status: a determinant of severity of diarrhea in patients with cholera. J. Infect. Dis. 134:8-14.	1976	IV	C
106	Samadi, A., Chowdhury, A. I., Huq, M. I. & Shahid, N. S. (1985)	Risk factors for death in complicated diarrhoea of children. Br. Med. J. 290:1615-1617.	1985	IV	C
107	Grande C, Larguía A.	Contribución de la prematuridad extrema, moderada y leve a la mortalidad neonatal. Rev. Hosp.. Materno-Infantil Ramón Sarda 2003;22(1): 1115	2003	IV	C
108	OMS.	Mother-Baby Package: An approach to Implementing Safe Motherhood. Geneva. 1994	1994	IV	C
109	OMS.	Essential Newborn Care: A report of a Technical Working Group. Geneva.1995	1995	IV	C
110	CARE	Promoviendo la calidad del cuidado materno y del recién nacido: Un manual de referencia para gerentes de programas. 1998	1998	IV	C
111	United Nations Administrative Committee on Coordination/Subcommittee on Nutrition	Low Birth Weight. Report of a meeting. Dhaka, Bangladesh, 14-17 June 1999. Pojda J, Kelley L, editors. Nutrition policy paper N° 18. Geneva: ACC/SNC in collaboration with ICDDRDB. 2000	1999	IV	C

112	Dirección General de Promoción de la Salud - MINSA	PARSALUD asume la definición de familia elaborada por el equipo técnico de la Dirección Ejecutiva de Promoción de Vida Sana - Dirección General de Promoción de la Salud - MINSA: "De manera operativa, se considerará una familia al conjunto de personas que tienen lazos afectivos y/o de consanguinidad que comen de 'una misma olla'; exceptuando a aquellas familias que comen en comedores, ollas comunes, restaurantes, pensiones y otros parecidos; para quienes se tomará en cuenta sólo que tengan lazos afectivos o de consanguinidad"	2005	IV	C
113	Ministerio de Salud	Programa de Familias y Viviendas Saludables. Documento de trabajo. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/dgps/descargas/prog%20fam%20y%20viv%20saludable16dic2004.pdf .	2004	IV	C
114	Ministerio de Salud	PROYECTO 2000: "El parto de la vida en los Andes y la Amazonia del Perú". Lima, 1999.	1999	IV	C
115	MEETZEN, Ángela	Documento preliminar: "Estrategias de desarrollo culturalmente adecuadas para mujeres indígenas". Unidad de Pueblos Indígenas y Desarrollo Comunitario. Banco Interamericano de Desarrollo. Marzo 2001	2001	IV	C
116	Ministerio de Salud	MINISTERIO DE SALUD - PROYECTO 2000: "El parto de la vida en los Andes y la Amazonia del Perú". Lima, 1999.	1999	IV	C
117	UNICEF	UNICEF, 2002. Diario El Peruano del 24.10.2000, página 16. Citado por el MIMDES, extraído el 15 de junio del 2005 desde: http://www.mimdes.gob.pe/dgnna/pnaia/index.htm	2002	IV	C
118	MINSAs	Lineamientos de Política Sectorial para el Período 2002-2012 y Principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio, agosto 2001 - julio 2006	2001	IV	C
119	Vásquez, E; Aramburu,C; et al.	Gerencia Social diseño, monitoreo y evaluación de proyectos sociales. Lima 2000	2000	IV	C
120	Ugarte, O; Monje J;	Equidad y Reforma en el sector salud, en Políticas Sociales en el Perú: Nuevos Aportes. Lima 2000	2000	IV	C
X1	.	Los recursos asignados se encuentran distribuidos en más de 150 Unidades Ejecutoras (UE), las mismas que se agrupan en 24 pliegos distintos dentro de dos sectores: MINSAs y Gobiernos Regionales. A. Portocarrero, 2005	.		
X2	.	Oficina General de Epidemiología 1999-2002.	.		
X3	.	Engle y Lhotska 1999, Op. Cit.	1999		
X4	.	OMS 2005 Op.Cit: 116	.		
X5	.	Engle P, Menon P, Haddad L 1996, Op. Cit.	.		
X6	.	Ver por ejemplo los documentos producidos por Manuela Ramos, DEMUS, Flora Tristán, etc. Ibid 1999.	1999		
X7	.	Doan y Bisharat 1990, citado por Engle P, Menon P, Haddad L 1996, Op. Cit.	.		
X8	.	UNICEF (1998).	.		
X9	.	PARSALUD, 2002. Citado por el MIMDES, extraído el 15 de junio del 2005 desde: http://www.mimdes.gob.pe/dgnna/pnaia/index.htm . Se entiende que la población indocumentada es aquella que "no tiene un documento de identificación, ya sea porque nunca obtuvo Partida de Nacimiento (en los Registros Civiles), Bleta o Libreta Militar, LE o DNI, o si los tuvo alguna vez, estos se le perdieron o fueron sustraídos" (DEMUS 2004:8)	.		
X10	.	INEI, 1998. Citado por el MIMDES, extraído el 15 de junio del 2005 desde: http://www.mimdes.gob.pe/dgnna/pnaia/index.htm .	.		
X11	.	INEI, 1996 Citado por el MIMDES, extraído el 15 de junio del 2005 desde: http://www.mimdes.gob.pe/dgnna/pnaia/index.htm .	.		

Anexo IV Evaluación coherencia en el uso de la evidencia científica

Tabla 19 Combinación de términos MESH para búsqueda intencionada de información A

Combinación con MeSH				
"Health Services Accessibility"	Maternal	rural	"Developing countries"	Behavior
				"Health Behavior"
				parenting
				"Safety-net Providers"
				emergency
				"pregnancy complications"
				"Quality of Health Care"
				Delivery
				puerperium
				regulation
				government
				"Developing countries"
"Access to Health Care"	maternal	rural	"Developing countries"	Behavior
				"Health Behavior"
				parenting
				"Safety-net Providers"
				emergency
				"pregnancy complications"
				"Quality of Health Care"
				Delivery
				puerperium
				regulation
				government
				"Developing countries"

Tabla 20 Combinación de términos MESH para búsqueda intencionada de información B

Combinación con MeSH				
"Health Services Accessibility"	Infant	rural	"Developing countries"	Behavior
				"Health Behavior"
				parenting
				"Safety-net Providers"
				emergency
				"pregnancy complications"
				"Quality of Health Care"
				Delivery
				puerperium
				regulation
				government
				"Developing countries"
"Access to Health Care"	Infant	rural	"Developing countries"	Behavior
				"Health Behavior"
				parenting
				"Safety-net Providers"
				emergency
				"pregnancy complications"
				"Quality of Health Care"
				Delivery
				puerperium
				regulation
				government
				"Developing countries"

Tabla 21 Evidencia recomendada para agregar a la teoría de cambio de PARSalud II, con recomendaciones por literatura.

NC	Nivel de evidencia	Año	Componente	No. Citas	Título	Resumen y recomendaciones
R1	IIb	2003	Acceso	150	Maternal mortality and access to obstetric services in West Africa.	Brechas en la atención a población urbano-rural en cuanto al acceso de servicios de salud de a la calidad de la atención materna, y esto como razón de alta mortalidad materna Recomendación: Aumentar la capacidad de respuesta del personal y sobre los insumos necesarios para llevar a cabo prácticas adecuadas en la atención materna durante el parto, en cuanto a mejorar las competencias de los profesionales y aumentar su disponibilidad en áreas aledañas, Medir las proporciones de Cesárea/Parto de las distintas regiones monitorizadas y relacionarlas con la RMM, ya que la proporción de cesáreas es sugestiva de la capacidad de respuesta resolutive en cuanto a la presencia de emergencias obstétricas
R2	IIb	2005	Acceso	99	Maternal mortality in resource-poor settings: policy barriers to care.	Evidencia de mejorar el acceso a servicios de salud de calidad para reducción de la mortalidad materna, Recomendación. - Ampliar las funciones de los profesionales de salud, aumentar la suficiencia de abastecimiento en cuanto a equipo, suministro sanguíneo y de medicamentos de emergencia
R3	IIb	2006	Acceso	220	Socioeconomic differentials in caesarean rates in developing countries: a retrospective analysis.	Servicios de salud con capacidad resolutive pobre, pertenecen a regiones más pobres y estas zona o regiones son las que presentan mayores índices de mortalidad materna Recomendaciones: Identificar por regiones, cuales son las barreras para el adecuado acceso a establecimientos de salud con capacidad resolutive para emergencias obstétricas, crear estrategias partiendo de la identificación de las barreras, remover cuotas o limitaciones económicas para atención del parto funciono en regiones marginadas en África,
R4	IIa	2002	Acceso	42	Experiences of mothers with antenatal, delivery and postpartum care in rural Gambia.	Sensibilización cultural sobre la importancia de la atención prenatal, " Popularidad de los beneficios de tener control prenatal ", " Anemia como causa indirecta de mortalidad materna así como la presentación tardía del control prenatal " " La presencia de enfermedad durante el embarazo es la principal razón por la cual las usuaria falta al control prenatal " " Utilización de asistentes tradicionales para atención de parto, así como la adecuada formación de los mismos no solo en atención del menor posterior del parto si no en el seguimiento del puerperio " " Uso de tarjeteros " " Medios de transporte para acceso a los proveedores de servicios "

R5	IV	2004	Acceso	no encontrado	Maternal mortality in Haiti: a Scottish midwife's perspective.	Incrementar la información y la percepción de conciencia en las comunidades, Proveer de servicios hospitalarios de calidad (incluyendo recursos materiales, humanos e infraestructura), Incrementar la cantidad de establecimientos que presten atención obstétrica, mejorar la gestión y organización de los servicios de salud a nivel nacional y local, Mayor disponibilidad financiera para la prestación de servicios de salud, Proveer de actualización al personal sobre cuidados maternos-obstétricos, mejorar las comunicaciones y transportes para profesionales de salud y pacientes entre distintas instituciones y servicios.
R6	Ila	2006	Acceso	34	Unmet need for essential obstetric services in a rural district in northern Ghana: complications of unsafe abortions remain a major cause of mortality.	"Emergencias obstétricas que se presentan 20 km alejado del establecimiento con capacidad resolutive, tienen un mayor riesgo de presentar muerte materna" otra de las alternativas propuestas está dirigida al entrenamiento y empleo de enfermeras con especialidad de parteras que pertenezcan a la comunidad para disminuir la complicación por emergencias obstétricas
R7	Ila	2006	Acceso	160	Factors associated with the use of maternity services in Enugu, southeastern Nigeria.	"Se recomienda que los gobiernos de países en vías de desarrollo, subsidien la atención del parto a mujeres pobres o en edad reproductiva, así como capacitar al personal encargado de los cuidados maternos, así como mejorar las competencias de estos y actualizar el equipamiento en los establecimientos de salud, esto mejorara no solo la utilización y probablemente disminuya las tasas de mortalidad materna"
R8	Ilb	2002	Acceso	78	Rating maternal and neonatal health services in developing countries.	"Priorización desde atención primaria de la salud, legalización de aborto disminuye prácticas de alto riesgo, promoción del aborto como medida de supresión de prácticas inadecuadas de las mismas y desmitificar el aborto", "Falta de habilidad comunicativas en cuanto a promoción de salud (Investigación)"
R9	Ila	2000	Acceso	43	"Development" is not essential to reduce infant mortality rate in India: experience from the Ballabgarh project.	En Kerala (Una región rural con alta proporción de pacientes en pobreza, la reducción de la mortalidad infantil fue dada por la alfabetización de las mujeres, mayor reconocimiento social a la mujer, adecuada accesibilidad a los servicios de salud (incluso en áreas rurales), distribución equitativa de la riqueza por reformas estructurales) "hacer campañas de alfabetización", "Reformas estructurales", "Ver fuera del sector salud"
R10	Ilb	2003	Acceso	108	Analysing the primacy of distance in the utilization of health services in the Ahafo-Ano South district, Ghana	Se demostró que existe un efecto negativo en la utilización de servicios debidos a la distancia y relacionada con el costo del transporte y el tiempo de traslado. "Acciones dirigidas a empoderar a las personas de distritos rurales, a adquirir bienes en salud", "Poner énfasis en programas que aseguren que la mayoría de la población, especialmente mujeres, tengan acceso a la educación formal", "Resolver el problema de los factores distancia en utilización de servicios"

R1 1	Ila	2005	Acce so	27	Longitudinal study of child immunization determinants in China	A pesar de que la inversión en el sector salud hará mejoras en los productos de este, en necesario invertir en el sector educación ya que está estrechamente relacionado con el estado de salud de la población.
R1 2	III	2006	Acce so	27	District health programmes and health-sector reform: case study in the Lao People's Democratic Republic.	"Políticas para la creación de un sistema de financiamiento que asegure la atención a poblaciones vulnerables"
R1 3	III	2003	Acce so	38	The value of community participation in disease surveillance: a case study from Niger	"La alfabetización, mejora la utilización de servicios en áreas rurales remotas, es necesario contar con redes de servicios que lleguen a áreas remotas, lo suficientemente capacitados para identificar y referir o atender emergencias obstétricas "
R1 4	IIb	2004	Acce so	33	Primary health care in practice: is it effective?	Es necesario mejorar la inversión en infraestructura de los servicios públicos de salud, en países en vías de desarrollo esto porque la población es vulnerable y necesita de la utilización de estos servicios, aparte sirve para la vigilancia de los trabajadores públicos
R1 5	III	2004	Acce so	15	Vitamin A deficiency as a preventable cause of maternal mortality in undernourished societies: plausibility and next steps.	Es necesaria la intersectorialidad para hacer llegar los esfuerzos de llevar micronutrientes a la población embarazada para disminuir los riesgos en el embarazo, sobre todo en vitamina A, hierro, y ácido fólico.
R1 6	IIb	2005	Acce so	23	Measures of strength for maternal health programs in 55 developing countries: the MNPI study.	Los programas nacionales para mejorar la salud materna están muy lejos de ser satisfactorios. Mientras que la posición de la política es buena, los planes de acción asociados son débiles y su implementación sufre como se ha visto en la limitada capacidad de los centros de salud y hospitales distritales y los limitados servicios que ofrecen al público. Los grupos de abogacía pueden beneficiar los resultados al estimular programas más fuertes, mejor financiamiento y una atención más cercana en la mortalidad materna. Aunque el acceso rural es el más difícil de todos, depende fuertemente de la infraestructura de un transporte para casos de emergencia, una rápida comunicación y una mejor calidad del servicio en los centros de salud de la periferia.

R1 7	Ila	2006	Acceso	41	Hypoxaemia among children in rural hospitals in Papua New Guinea: epidemiology and resource availability--a study to support a national oxygen programme.	Para mejorar la detección de hipoxemia y la disponibilidad de oxígeno se introdujo un programa de entrenamiento clínico y técnico sobre el uso y mantenimiento de pulso-oxímetros y concentradores de oxígeno. La hipoxemia es un mayor factor de riesgo en la muerte de los niños. El pulso-oxímetro es mucho más confiable que los signos clínicos para detectar aquellos niños con riesgo alto y así evitar desperdicio de recursos en aquellos que no requieren oxígeno. Los esfuerzos se deben de concentrar en hacer la tecnología del pulso-oxímetro más robusta y disponible en países en desarrollo.
R1 8	Ilb	2005	Prácticas Saludables	48	Acculturation and its association with health-risk behaviors in a rural Latina population	La aculturación juega un rol importante en el comportamiento de salud-riesgo (factores tomados en cuenta son: lugar de nacimiento, edad de migración, tiempo viviendo en otro lugar, estado civil, nivel educativo), es importante investigar que tan enraizada es la cultura en las distintas regiones y tener un acercamiento a sus prácticas en salud, ya que esto permitirá que la respuesta a la promoción de la salud sea más efectiva
R1 9	III	2005	Prácticas Saludables	34	Breastfeeding Practices and Health-seeking Behavior for neonatal sickness in a rural community	El documento también habla sobre prácticas de alimentación al seno materno; sin embargo, el acercamiento que se quiso dar es sobre los comportamientos de búsqueda de atención en salud infantil-neonatal, el principal problema es el retraso en el reconocimiento, evaluación y acción en todos los niveles (Sobre la desnutrición), utilización de remedios caseros, invertir en hospitales no es lo adecuado ya que no aumenta la utilización de búsqueda de la atención primaria y este funciona como último recurso para este fin; sin embargo, los establecimientos de cuidados en salud deberían ser más amigables con el paciente para atender de manera oportuna los problemas infantiles, hacer promoción de los factores o señales de riesgo para la presencia de enfermedad y convocar a la utilización de los servicios de salud. Los establecimientos de salud-gubernamentales, son la última opción, las madres prefieren utilizar remedios caseros o buscar información con establecimientos privados. involucrar a los practicantes comunitarios sobre los programas para cuidados neonatales y la identificación de sus padecimientos
R2 0	III	2003	Prácticas Saludables	68	Cultural childbirth practices and beliefs in Zambia	En la región de Zambia, se tiene la creencia de que cuando las mujeres están embarazadas, deben de privarse de comer mucho, para evitar el desarrollo de bebés macroscópicos y evitar complicaciones durante el parto, también se tiene la creencia de que no es adecuado que la comunidad donde habita se entere del comienzo del parto por miedo a atraer "malos espíritus o brujas" y se presenten complicaciones durante el embarazo. Se considera de vital importancia, tener un acercamiento con la realidad de las comunidades donde se trata de ofertar servicios de salud, puesto que es pudieran identificar barreras culturales fuertes que contribuyan a limitar la prestación de servicios de salud a las comunidades aledañas.

R2 1		2006	Practicas Saludables	36	Immediate and Early Postnatal Care for Mothers and Newborns in Rural Bangladesh	Prácticas esenciales para el cuidado del recién nacido, tales como el secado y envolver al bebé inmediatamente después del nacimiento, la iniciación de la leche materna durante la primera hora de nacimiento y postnatal temprana recién nacido chequeo , la mejora en las áreas de intervención . El aumento de conciencia de la comunidad ayudó a mejorar las prácticas de la madre y el recién nacido de atención a nivel del hogar. Estrategias de cambio de comportamiento de comunicación culturalmente apropiadas pueden aumentar las tasas de lactancia materna inmediata y exclusiva y otras buenas prácticas. Lecciones aprendidas de la implementación reveló que las visitas de puerta a puerta por parte de trabajadores de salud comunitarios, utilizando registros de la comunidad, fueron efectivos en la identificación de las mujeres embarazadas y seguimiento del embarazo y puerperio. Se debe incrementar la cobertura de la atención materna y del RN por proveedores de servicios capacitados. Redes comunitarias desarrollan un rol importante en el cuidado postnatal. Si se incorporara el cuidado postnatal en madres y RN en programas nacionales más madres y RN sería beneficiados. Además, se requieren de campañas para sensibilizar sobre signos de alarma postnatal y prácticas saludables basadas en la comunidad (el gobierno, las ONG y la comunidad deben de trabajar en conjunto).
R2 2	IIb	2006	Practicas Saludables	73	Maternal health-seeking behavior and associated factors in a rural Nigerian community	El estudio mostró un patrón en el comportamiento de búsqueda de atención materna pobre. Se encontró una preferencia hacia los asistentes de partos tradicionales que carecen de habilidades para responder ante condiciones de emergencia obstétricas, dentro de las razones fue la mayor accesibilidad, mejor relación interpersonal, menor costo, mayor conveniencia, libertar de elegir la posición del parto. La percepción y conocimiento de los miembros de la comunidad jugó un rol en el comportamiento de búsqueda de atención. Este estudio demuestra que la existencia de facilidades en salud con profesionales bien entrenados, no es suficiente; se requiere examinar y entender el contexto social del comportamiento en salud dentro de las comunidades. Para mejorar la situación materna en Nigeria se requiere acciones en diferentes partes, incluyendo la educación de mujeres en sus casas, mejorando la calidad de servicios, mejorando la situación de los RRHH para la atención del parto y asegurando que las políticas de cuidados institucionales sean más amigables para las mujeres; así mismo que los costos de los servicios estén al alcance de la población.
R2 3	III	2005	Equidad de la atención		An evidence-based approach to benchmarking the fairness of health sector	Recomendaciones: adaptar las metas nacionales con los propósitos locales y las condiciones locales, por lo tanto, se necesitan mediciones locales, pero tiene que tener mediciones e indicadores estandarizadas para todo el país, En cuanto al proceso y uso de resultados de los programas nacionales, se menciona que esto puede tomar meses incluso años. Evaluación:

			en salud - Gobierno		reform in developing countries	
R2 4	III		Equidad de la atención en salud - Gobierno		Priorities for research to take forward the health equity policy agenda	Recomendaciones respecto a las prioridades de investigación en pro de la equidad sanitaria es la evaluación del tipo de información requerida para comprender mejor las posibilidades de reducir de forma sustancial las desigualdades en salud, Máxima prioridad a las investigaciones en 1.- factores y procesos mundiales que afectan la equidad sanitaria y o limitan las posibilidades de los países para corregir las desigualdades dentro de su territorio 2. las estructuras y las relaciones sociales y políticas que afectan diferencialmente a las oportunidades de la gente de conservar la salud en una sociedad determinada 3.- las interrelaciones entre factores a nivel individual y social que aumentan o disminuyen la probabilidad de lograr y mantener una buena salud 4.- las características del sistema de atención de salud que influyen en la equidad sanitaria y 5.- las intervenciones normativas que reduzcan eficazmente las desigualdades en salud en las cuatro primeras áreas
R2 5	IV		Redes		<i>El Convenio General de Colaboración Interinstitucional Para La Atención de La Emergencia Obstétrica, Un Camino Hacia La Universalización de Los Servicios de Salud. Primera. (Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, ed.). México; 2002. http://www.ccinshae.salud.gob.mx/descargas/Atencion_de_la_Emergencia_Obstetrica.pdf.</i>	

Tabla 22 Acciones, medios y fines

Medios fundamentales
Adecuada información de la mujer y la familia sobre prácticas de cuidado
Existencia de entornos que faciliten el ejercicio de prácticas saludables
Reconocimiento de la mujer, el niño y la niña como sujetos de derecho
EES que brindan una atención de calidad, acorde a su categoría, para las emergencias obstétricas, neonatales e infantiles, y para la salud integral de mujeres (gestantes, parturientas, y madres lactantes) y de niños y niñas menores de 3 años
Redes con eficiente gestión en la atención de emergencias obstétricas, neonatales e infantiles, y la salud integral de mujeres (gestantes, parturientas, y madres lactantes) y de niños y niñas menores de 3 años
Desarrollo articulado del sector salud
Establecimientos de salud brindan atención con calidad técnica de acuerdo a su nivel de complejidad y según FON
Establecimientos desarrollan programas de mejora de la calidad incluyendo el enfoque intercultural
Redes con ubicación geográfica que garantiza el acceso para la atención materna e infantil según funciones obstétricas y neonatales para zonas dispersas y no dispersas
Redes garantizan la continuidad de la atención materno e infantil para la población dispersa y no dispersa
Capacidad del Gobierno Nacional para gobernar y fiscalizar el sector
Fortalecimiento del desarrollo de las relaciones intergubernamentales
Fortalecimiento de la participación social
Capacidad de regulación del proceso de prestación de salud
Capacidad de regulación para la disponibilidad oportuna y adecuada de los factores de producción
Fortalecimiento del desarrollo de los modelos de atención integral
Capacidad de regulación del financiamiento de la salud
Desarrollo equitativo del financiamiento de los hospitales
Reducción de las filtraciones y subcoberturas del financiamiento de la salud individual
Acciones
Implementar la estrategia "Programa de Comunicación y Educación en Salud
Promover la entrega de documentos de identificación a mujeres, niños y niñas
Implementación de programas para mejorar la calidad técnica de la atención para establecimientos FONI, FONE, FOB y FOP.
Fortalecimiento de la capacidad de los establecimientos de salud para el desarrollo de programas de mejora de la calidad incorporando el enfoque intercultural
Fortalecimiento de la capacidad para la gestión de los recursos humanos e insumos para mejorar el acceso físico de los usuarios
Fortalecimiento de la capacidad de las redes de servicios para la mejora de los sistemas de referencia y contrarreferencia
Fortalecer la capacidad del Gobierno Nacional para disponer las normas y dispositivos legales que regulen el funcionamiento articulado del sector
Fortalecer la capacidad del Gobierno Nacional para fiscalizar integralmente el funcionamiento del sistema descentralizado de salud
Fortalecimiento del desarrollo de los sistemas nacionales de soporte administrativo y gerencial
Impulso de una relación intergubernamental pro equidad y eficiencia
Fortalecimiento del desarrollo de la cogestión en los servicios de salud
Promoción de la rendición de cuentas para contribuir al desarrollo de la vigilancia social
Desarrollo de mayor regulación para la disponibilidad y competencias de los recursos humanos
Desarrollo de mayor regulación para el aprovisionamiento adecuado y oportuno de medicamentos y otros insumos
Fortalecimiento de la regulación del funcionamiento de la Red de Laboratorios
Fortalecimiento de la regulación del funcionamiento de la Red de Servicios de Hemoterapia
Fortalecimiento de la regulación del funcionamiento de la Red de Servicios de Emergencia y de Cuidados Intensivos
Fortalecimiento de la regulación para el desarrollo de inversiones en infraestructura y equipamiento en salud
Fortalecimiento del desarrollo del modelo de atención integral a nivel de la red de servicios en salud
Fortalecimiento del desarrollo del modelo de atención integral orientado a poblaciones dispersas
Fortalecimiento del desarrollo del modelo de comunicación y promoción de la salud
Desarrollo de mayor regulación para el financiamiento equitativo de los hospitales
Fortalecimiento de los mecanismos para focalizar el financiamiento de la salud individual
Desarrollo de los mecanismos para el desarrollo de un aseguramiento público en salud

Anexo V Matriz de Marco Lógico para evaluación de suficiencia

MARCO LOGICO PARSALUD II

Jerarquía de objetivos	Indicadores de desempeño	Medio de verificación	Supuestos y riesgos críticos
<p>OBJETIVO DE DESARROLLO DEL PROGRAMA (AL AÑO 2013) <i>Reducción de la mortalidad materno infantil y mejora del crecimiento de los niños y niñas menores de 3 años de las zonas rurales en el ámbito del programa</i></p> <p>PROPÓSITO (AL AÑO 2013): <i>Incrementar el uso de servicios de salud materno y reducción de la morbilidad infantil de los niños y las niñas menores de 3 años de familias de la zona rural de 09 regiones más pobres del Perú.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Reducir la razón de mortalidad materna de 270.4 en el año 2002 a 252 en el año 2013³ ■ Reducir la tasa de mortalidad infantil de 42 que corresponde al periodo 2000-2005⁴ a 32 en el 2013 ■ Reducir la prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años de 38.2 en el 2004-2005 a 30.2 en el 2013 	<p>Sistema de vigilancia epidemiológica de muerte materna de OGE</p> <p>Proyecciones de población del INEI ENDES</p>	<p>La estabilidad macroeconómica actual del país se mantiene lo que garantiza el financiamiento de las intervenciones continuar asignar e incrementar los recursos económicos orientados al sector salud. El proceso de descentralización, que implica la transferir a las municipalidades la responsabilidad de los establecimientos del primer nivel, no afecta las intervenciones</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Incremento de la proporción de partos institucionales en el ámbito rural de 44% a 78% ■ Reducir la prevalencia de anemia en gestantes de 41.5 en el año 2005 a 35 en el año 2013 ■ Reducir la prevalencia de anemia en menores de 3 años de 69.5 en el año 2005 a 60 en el año 2013 ■ Reducir la prevalencia de IRA en menores de 3 años de 18.9 en el año 2005 a 11 en el año 2013 ■ Reducir la prevalencia de EDA en menores de 3 años de 15 en el año 2005 a 10 en el año 2013 	<p>Base de datos SIS Base de datos del HIS Egresos hospitalarios Sistema de Vigilancia Epidemiológica</p>	<p>El Seguro Integral de Salud mantiene y/o incrementa el nivel de financiamiento, extiende su cobertura y mejora la focalización de sus recursos. Extensión de la red de comunicaciones y transporte, facilitando el acceso de la población rural y dispersa.</p>
COMPONENTES			
<p>COMPONENTE I: Fortalecimiento de la Demanda Hogares adoptan adecuadas prácticas familiares de cuidado a la mujer (gestante, parturienta y madre lactante) y a niños y niñas menores de 3 años de zona rural</p> <p><i>Acción 1.1 Implementar la estrategia "Programa de Comunicación y Educación en Salud"</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Incrementar la proporción de niños con lactancia exclusiva hasta los seis meses de xx% en el 2005 a xx % en el 2013 (Ver la nota al pie)⁵ ■ Incrementar la proporción de madres que adoptan la practica de lavado de manos de xx% en el 2008 a xx % en el 2013(Ver la nota al pie) 	<p>ENDES continua INEI MONIN CENAN Encuesta ad hoc</p>	<p>Existencia de consensos entre actores locales y nacionales, para promover cuidado y prácticas saludables en las mujeres y los niños.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Incrementar la proporción de gestantes rurales afiliadas al SIS de 70% en el 2005 a 90% en el 2013. ■ Incrementar la proporción de niños rurales menores de 3 años afiliados al SIS de 83% en el 2005 a 95% en el 2013. ■ Incrementar la proporción de niños rurales afiliados al SIS con CRED completo de acuerdo a su edad de 34% en el 2004-5 a 66% en el 2013. ■ Incrementar la proporción de gestantes rurales afiliadas al SIS que inician su atención prenatal al primer trimestre de 20% en el 2005 a 45% en el 2013 	<p>ENAHO ENAHO ENDES SIS</p>	<p>El Seguro Integral de Salud mantiene y/o incrementa el nivel de financiamiento, extiende su cobertura y mejora la focalización de sus recursos.</p>

Acción 1.2 Promover la entrega de documentos de identificación a mujeres, niños y niñas

**COMPONENTE II:
Mejoramiento de la Oferta**
Redes de servicios con capacidad resolutive para atender emergencias obstétricas, neonatales e infantiles, y la salud integral de mujeres (gestantes, parturientas y lactantes) y de niños y niñas menores de 3 años

Acción 2.1.1 Implementación de programas para mejorar la calidad técnica de la atención para establecimientos FONI, FONE, FOB y FOP.

Acción 2.1.2 Fortalecimiento de la capacidad de los establecimientos de salud para el desarrollo de programas de mejora de la calidad incorporando el enfoque intercultural

<ul style="list-style-type: none"> ■ Incrementar la proporción de mujeres MEF mayores de 18 años de procedencia rural con DNI de 93% a 98%. ■ Incrementar la proporción de niños menores de 5 años de procedencia rural con partida de nacimiento de 88.1% a 98%. 	ENCO INEI ENAH O INEI	Extensión sinérgica de las intervenciones entre instituciones nacionales y locales (RENIEC, MINSA, etc). Se reduce los costos del acceso a este derecho y conexos. El estado a través de la RENIEC focaliza sus esfuerzos en la atención de esta población.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Incrementar la proporción de cesáreas en gestantes rurales afiliadas al SIS de 3% en el 2005 a 5% en el 2013. ■ Reducir la tasa de letalidad neonatal intrahospitalaria de 9.5% a 5% ■ Tasa de letalidad por neumonía intrahospitalaria de 2.9% a 1% 	Base datos SIS Egresos hospitalarios Egresos hospitalarios	El MINSA ejerce Rectoría, a través de dos elementos por un lado establece estándares que garanticen la calidad en los servicios y la existencia de una unidad sectorial que ejerza la superintendencia de los servicios de salud.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Incrementar la proporción de gestantes de procedencia rural, afiliadas al SIS, con pruebas de hemoglobina, orina y sífilis de 37% en el 2005 a 80% el 2013. ■ Incrementar la proporción de gestantes rurales afiliadas al SIS que recibieron suplemento de hierro y ácido fólico de 37% en el 2005 a 80% el 2013. ■ Incrementar la proporción de partos, en gestantes rurales afiliadas al SIS, con manejo activo de la tercera fase del parto (uso de oxitocina) de 88% en el 2005 a 90% el 2013. ■ Incrementar la proporción de gestantes afiliadas al SIS, complicadas con diagnóstico Hipertensión Gestacional Grave(HIG) que reciben Sulfato de Magnesio de 35% en el 2005 a 95% en el 2013. ■ Incrementar la proporción de gestantes afiliadas al SIS, con inicio de labor de parto prematuro, que reciben corticoides de 17% en el 2005 a 80% el 2013. 	Bases de datos del SIS	Existen condiciones favorables para implementar políticas de redistribución de recursos. La redistribución de recursos lleva consigo la necesidad de retirar los beneficios a unos para asignarlos a otros, en la medida que estos últimos suelen estar mejor empoderados que los primeros, esta redistribución genera rechazo en la población. Se incrementa el uso de protocolos de atención de emergencias obstétricas en los servicios de salud.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Incrementar la proporción de mujeres (gestantes, parturientes, lactantes) que reportan satisfacción con la atención recibida. 	Encuesta ad hoc	El MINSA ejerce Rectoría, a través de dos elementos por un lado establece estándares que garanticen la calidad en los servicios y la existencia de una unidad sectorial que ejerza la superintendencia de los servicios de salud.

Acción 2.2.1 Fortalecimiento de la capacidad para la gestión de los recursos humanos e insumos para mejorar el acceso físico de los usuarios

<ul style="list-style-type: none"> ■ Incrementar la proporción de la población rural con acceso físico menor de 1 hora a establecimientos con capacidad para realizar pruebas de laboratorio indicados en la APN de 51.2% en el 2006 a 69% en el 2013. ■ Incrementar la proporción de la población rural con acceso físico menor de 1 hora a establecimientos con al menos un profesional de salud (medico, enfermera, obstetriz) de 74% en el 2006 a 85% en el 2013. ■ Incrementar la proporción de la población rural con acceso físico menor de 2 horas a un establecimiento FONB o de mayor capacidad resolutive de 69.7% en el 2006 a 78% en el 2013. ■ Alcanzar al 2013 una razón Stock/consumo promedio de suplemento de hierro/acido fólico en establecimientos I-1, I-2 en el rango de 2 a 4. [en el 2005 fue 6]. ■ Alcanzar al 2013 una razón Stock/consumo promedio de Oxitocina y Sulfato Magnesio en establecimientos I-3, I-4 en el rango de 2 a 4 [en el 2005 fue 12]. ■ Alcanzar al 2013 una razón Stock/consumo promedio de antibióticos para el tratamiento de la infección respiratoria aguda y diarrea en establecimientos del primer nivel en el rango de 2 a 4 [en el 2005 fue 13] ■ Reducir el índice anual de rotación de profesionales de salud (Médicos) en establecimientos I-3, I-4 a uno [en el 2005 fue 2] ■ Reducir el índice anual de rotación de profesionales de salud (Obstetriz) en establecimientos I-1, I-2 a uno [en el 2005 fue 4] ■ Reducir el índice anual de rotación de profesionales de salud (enfermera) en establecimientos I-1 ,I-2 a uno [en el 2005 fue 4] 	<p>Encuesta Oferta PARSalud Encuesta Oferta PARSalud Encuesta Oferta PARSalud SISMED SISMED SISMED HIS HIS HIS</p>	<p>Siendo el principal motivo para no consultar es la “gran” distancia a los establecimientos, una premisa es que las acciones de sensibilización y movilización a la comunidad fueron efectivas para generar formas sostenibles que financia el transporte del domicilio al sistema de salud. La limitada capacidad de pago de los hogares residentes en el ámbito rural hace que pequeñas modificaciones en el costo de la atención inhiban la demanda de atención por parto. Este es un riesgo latente en la medida que la cobertura del SIS no cubre el 100% de las atenciones. Extensión de la red de comunicaciones y transporte, facilitando el acceso de la población rural y dispersa El Seguro Integral de Salud mantiene y/o incrementa el nivel de financiamiento, extiende su cobertura y mejora la focalización de sus recursos. El MINSA fortalece su rectoría sobre en el sector salud mediante políticas que favorezcan la permanencia de los recursos humanos en los servicios de salud.</p>	
<p><i>Acción 2.2.2- Fortalecimiento de la capacidad de las redes de servicios para la mejora de los sistemas de referencia y contrarreferencia</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Incrementar, en gestantes rurales afiliadas al SIS en establecimientos I-1, la proporción de partos complicados atendidos en FONB o de mayor capacidad resolutive de 44.9% del 2005 a 64% en el 2013. ■ Incrementar la proporción de referencias correspondientes a mujeres (gestante, parturienta, puérpera) o a neonatos afiliados al SIS reembolsados de 19.1% en el 2005 a 90% en el 2013. 	<p>Base de datos SIS Encuesta oferta PARSalud</p>	<p>Siendo el principal motivo para no consultar es la “gran” distancia a los establecimientos, una premisa es que las acciones de sensibilización y movilización a la comunidad fueron efectivas para generar formas sostenibles que financia el transporte del domicilio al sistema de salud.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Reducir la proporción de referencias correspondientes a mujeres (gestante, parturienta, puérpera) o a neonatos realizados en vehiculo particular de 32% en el 2005 a 5% en el 2013. 	<p>Encuesta oferta PARSalud</p>	<p>Los gobiernos locales asumen sus funciones y atribuciones para mejorar la salud de su ámbito en el marco del proceso de descentralización y la municipalización de la salud.</p>
<p>COMPONENTE III: Gobierno y Financiamiento Capacidad de gobierno fortalecida para hacer eficiente y equitativo al sistema de salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Reducir la proporción de hogares afiliados (pobres) al SIS que realizan gasto de bolsillo en salud por medicamentos de 67.3% en el 2005 a 25% en el 2013. 	<p>ENAHO</p>	<p>El Seguro Integral de Salud mantiene y/o incrementa el nivel de financiamiento, extiende su cobertura y mejora la focalización de sus recursos.</p>

<i>Acción 3.1.1 Capacidad de gobernar y fiscalizar</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Establecimientos de salud acreditados: 132 FONB, 35 FONE, 2 FONI ■ 2 Actualizaciones de los sistemas de soporte administrativo (incluye solución de tecnología de información y marco normativo para la operación) que automatizan la cadena de suministro de medicamentos insumos, el control de activos y el proceso de reclutamiento y entrenamiento del recurso humano ■ 4 Normas actualizadas para establecer identificaciones y taxonomía (denominación) estándar del núcleo básico de datos en salud: Equipo biomédico, Ambientes y otros espacios, Insumos médicos y resultados de laboratorio (Incluye la construcción de los respectivos catálogos) 	Encuesta Oferta PARSalud MEF	El MINSA ejerce rectoría en el sector y promueve el cumplimiento de estándares de calidad en la red de servicios, mediante la implementación de instrumentos y el monitoreo del desempeño de los servicios y unidades de soporte de la gestión.
<i>Acción 3.1.2 Participación social</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■ % del presupuesto asociado a acuerdos de gestión 	Estudio ad hoc	El MEF ha implementado políticas de presupuesto por resultado
<i>Acción 3.2.1 Regulación del proceso de prestación de salud</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 1 Actualización de las guías Clínicas (protocolos) Nacionales y Regionales para la prestación de la atención de la madre y niño actualizados en base a evidencias. ■ 2 Normas actualizadas para establecer estándares de infraestructura y equipamiento en la implementación de FONP, FONB, FONE en base a evidencias y estudios de validación en campo. ■ 3 Normas actualizadas para establecer la operación de la red de laboratorios, de la red de hemoterapia y de la regionalización de los Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales ■ 1 Estudio nacional de la red de hemoterapia incluyendo el perfil de inversión. ■ 1 Estudio nacional de Unidades Cuidados Intensivos neonatales 	Documentos MINSA	El MINSA desarrolla acciones de regulación en función de las políticas sectoriales y establece el diseño de un marco normativo concordado con perspectiva sectorial y de largo plazo.
<i>Acción 3.2.2 Modelo de atención integral</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 1 Actualización de Guías actualizadas Nacionales y regionales en base a evidencias para realizar las acciones de comunicación y educación en salud ■ 4 Normas actualizadas que precisan los criterios para la adaptación de los servicios de salud a la cultura local y para la atención de las poblaciones dispersas 	Documentos MINSA	El MINSA desarrolla acciones de regulación en función de las políticas sectoriales y establece el diseño de un marco normativo concordado con perspectiva sectorial y de largo plazo.
<i>Acción 3.3.1 Financiamiento de los hospitales</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 1 actualización de las normas que regulan los criterios para el establecimiento de tarifas en los servicios hospitalarios y de cuidados intensivos ■ 2 Guías actualizadas para la aplicación de metodologías de costos en hospitales y metodologías de agrupación de casos. 	Documentos MINSA	El MINSA desarrolla acciones de regulación en función de las políticas sectoriales y establece el diseño de un marco normativo concordado con perspectiva sectorial y de largo plazo.
<i>Acción 3.3.2 Financiamiento de la salud individual</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Reducir en 50% la proporción de hogares afiliados al SIS que realizan gasto de bolsillo en medicamentos durante la atención obstétrica 	Estudio ad hoc	El Seguro Integral de Salud mantiene y/o incrementa el nivel de financiamiento, extiende su cobertura y mejora la focalización de sus recursos.

Anexo VII Relación de actividades y la respuesta a los objetivos del PARSalud

Tabla 23 Actividades para el cumplimiento de la “Promoción de prácticas adecuadas y recursos de cuidados familiares y comunitarios a las mujeres (gestante, parturiente y madre en periodo de lactancia) y a niños y niñas menores de 3 años”.

I Mejoramiento de la demanda	
I.1.1.1.b	Adecuar el diseño (estrategias, materiales, validación y arte final) del Programa de Comunicación y Educación en Salud para promover prácticas saludables tanto para el cuidado de la mujer gestante (alimentación rica en hierro, ácido fólico, signos de alarma, afiliación al SIS

Tabla 24 Actividades para “Mejorar la capacidad resolutive de las redes de servicios de salud para atender emergencias obstétricas y neonatales y para la atención integral de la salud de esta población en zonas dispersas y no dispersas”.

I Mejoramiento de la demanda	
I.1.1.1.a	Diseño del sistema de monitoreo y evaluación del Programa de comunicación y educación en salud
I.1.1.1.b	Adecuar el diseño (estrategias, materiales, validación y arte final) del Programa de Comunicación y Educación en Salud para promover prácticas saludables tanto para el cuidado de la mujer gestante (alimentación rica en hierro, ácido fólico, signos de alarma, afiliación al SIS
I.1.1.1.c	"Diseñar el plan de capacitación del personal de salud profesional y técnico del MINSA, DIREAS, Redes, Micro redes y agentes comunitarios, en la implementación del Programa de Comunicación y Educación en Salud, incluyendo el Programa de Municipios y Comunidades Saludables y el fondo concursable para iniciativas de promoción de la salud y vigilancia ciudadana (actividad vinculada a la acción 2.1.1.a).Diseñar el Plan de Capacitación a las autoridades locales y municipales, líderes, organizaciones sociales y civiles, así como a agentes comunitarios en la implementación del Programa de Comunicación y Educación en Salud, incluyendo el Programa de Municipios y Comunidades Saludables."
I.1.1.1.f	Presentar el Programa de Comunicación y Educación en Salud en el MINSA, Gobiernos Regionales, DISA, redes y micro redes que serán intervenidos por el PARSALUD II, incluyendo el Programa de Municipios y Comunidades Saludables y el fondo concursable para iniciativas de promoción de la salud y vigilancia Ciudadana
I.1.1.1.h	Diseño y reproducción materiales (video, cuña derecha a la identidad y aseguramiento / radionovela, trípticos, rotafolios y afiches) para la implementación de la Estrategia para promover prácticas y entornos saludables.
I.1.1.1.i	"Diseñar el plan de capacitación del personal de salud profesional y técnico del MINSA, DIREAS, Redes, Micro redes y agentes comunitarios, en la implementación del Programa de Comunicación y Educación en Salud, incluyendo el Programa de Municipios y Comunidades Saludables y el fondo concursable para iniciativas de promoción de la salud y vigilancia ciudadana (actividad vinculada a la acción 2.1.1.a).Diseñar el Plan de Capacitación a las autoridades locales y municipales, líderes, organizaciones sociales y civiles, así como a agentes comunitarios en la implementación del Programa de Comunicación y Educación en Salud, incluyendo el Programa de Municipios y Comunidades Saludables."
I.1.1.1.l	Equipar los establecimientos de salud con medios audiovisuales de educación y comunicación.
I.1.1.1.m	Ejecutar el plan de capacitación del personal de salud profesional y técnico del MINSA, DIRESA, Redes y Micro-redes para la implementación de la Estrategia para promover prácticas y entornos saludables
I.1.1.1.n	Brindar apoyo técnico al personal de salud y realizar el monitoreo a la ejecución del Programa de Comunicación y Educación en Salud. O la ejecución el Programa de Comunicación y Educación en Salud en poblaciones no dispersas
I.1.1.1.r	Evaluar la Estrategia para promover prácticas y entornos saludables
I.1.1.1.s	Formulación de estudios de preinversión (PIP) para implementación de programas de Comunicación y Educación en Salud
I.2.1.1.a	Diseñar la campaña masiva de sensibilización Nuestro Derecho a la identidad (estrategias, materiales, validación, arte final y capacitación y monitoreo): a) masivo: spot radial (en 3 o 4 idiomas) o radionovela, afiche; b) comunitario: obra de teatro o radionovela; c) interpersonal: trípticos
I.2.1.1.b	Reproducir materiales (impresos y audiovisuales) para comunicación interpersonal por prestadores

I.3.1.1.a	Asistencia técnica del PARSALUD en desarrollo comunitario e interculturalidad
II Mejoramiento de la demanda	
II.1.1.1.g	Elaboración de expedientes Técnicos infraestructura establecimientos de la red obstétrica
II.1.1.1.h	Supervisión de Obra de Infraestructura establecimientos de la red obstétrica
II.1.1.1.i	Ejecución de obras de infraestructura que fortalezcan la capacidad resolutive según nivel asignado en la red obstétrica - Mejorar capacidad resolutive de EESS FONI
II.1.1.1.j	Dotación de equipamiento que fortalezca la capacidad resolutive según nivel asignado en la red obstétrica - Equipamiento de EESS FONI
II.1.1.1.k	Formulación de preinversión de PIPs de EESS estratégicos que amplían la red FONE, FONB y FONP, a ser financiados con presupuesto regional o local
II.1.1.1.l	Financiamiento de acreditación (autoevaluación) BASAL de los EESS que forman parte de la Red FONE, FONB y FONP priorizados por PARSALUD II en las 9 DIREAS
II.1.1.1.m	Financiamiento de la asistencia técnica del plan de fortalecimiento de la disponibilidad de los recursos en la Red FONE, FONB y FONP priorizada, sin incluir inversión en infraestructura y equipamiento. Incluye pasantías y programas de promoción.
II.1.1.1.n	Implementación de Programas de Mantenimiento de la infraestructura y equipamiento (organización del área, capacitación, normatividad)
II.1.1.1.r	Equipamiento en telecomunicación rural a EESS base que se articulan con la oferta móvil
II.1.1.1.t	Formulación de Estudios de Preinversión de PiP implementación de mejoras de la calidad técnica de la atención en FONI; FONE, FNB y FOB
II.1.2.1.d	Crear un fondo concursable para proyectos de mejora que apunten a la inclusión de la población pobre y dispersa
II.1.2.1.e	Apoyar el diseño del Plan de Implementación del Sistema Gestión de la Calidad Regional.
II.1.2.1.h	Apoyar en la implementación de planes de gestión de la calidad regional
II.2.1.1.d	Asistencia Técnica para la habilitación de mecanismos (convenios de cooperación y/o intercambio de servicios) de interacción entre DIREAS y Redes (regionales o nacionales de laboratorio, bancos de sangre y atención de emergencia e intensiva)
II.2.1.1.e	Asistencia técnica para desarrollar planes en base a resultados sanitarios
II.2.1.1.f	Ejecución del plan de fortalecimiento de la capacidad gerencial en las DIREAS, Hospitales y Redes que incluye capacitación en Programa de Especialización en Gobierno y Gerencia en Salud
II.2.1.1.g	Ejecución del Programa del Diplomado de Gestión de la información de las intervenciones sanitarias: Responsables del sistema de información para la gestión estratégica sanitaria a nivel regional
II.2.1.1.h	Asistencia técnica para implementación de plan de fortalecimiento de sistemas administrativos
II.2.1.1.j	Brindar asistencia técnica para culminar implementación de SIGA y SISMED (viene de medio 2.1)
II.2.1.1.k	Brindar asistencia técnica para implementar instrumentos de aseguramiento (afiliación, mecanismos de pago, auditorías, etc.)
II.2.2.1.e	Asistencia técnica para la consolidación del sistema de referencia y contrareferencia intraRedes e InterRedes de pacientes
II.3.1.1.a	Asistencia técnica del PARSALUD en Gestión Sanitaria
III Gobierno y financiamiento	
III.3.1.1.b	Desarrollo de un plan de modernización del financiamiento de hospitales (FONEs), que incluye evaluación de su implementación
IV Administración del funcionamiento operativo de la UPC	
IV.1.1.2.b	Gastos generales para la operatividad del sistema de monitoreo

Tabla 25 Actividades para "Fortalecer la capacidad de gobierno para que el funcionamiento del sistema de salud sea eficiente y equitativo".

II Mejoramiento de la oferta	
II.1.1.1.k	Formulación de preinversión de PIPs de EESS estratégicos que amplían la red FONE, FONB y FONP, a ser financiados con presupuesto regional o local
III Gobierno y financiamiento	
III.1.1.1.b	Evaluación de la capacidad del MINSA para gobernar y regular el sector salud

III.1.1.2.b	Fortalecimiento del conjunto de normas, estrategias y mecanismos de fiscalización del proceso de atención y de la gestión y financiamiento de los planes de aseguramiento en salud
III.1.1.2.c	Fortalecimiento de la entidad/institución responsable de la acreditación de los servicios de salud
III.1.1.2.d	Desarrollo de la entidad/institución encargada de la fiscalización del funcionamiento (proceso de atención y gestión y financiamiento de los planes de aseguramiento) del sistema de salud
III.1.1.3.c	Fortalecimiento de la entidad/institución responsable del desarrollo del SIGA/SISMED
III.1.1.3.d	Fortalecimiento del área encargada del sistema de información del SIS/ desarrollo del sistema integrado de información en salud (HIS-SIS)
III.1.1.3.e	Fortalecimiento del desarrollo de los sistemas nacionales de soporte administrativo y gerencial
III.1.2.1.c	Capacitación en gerencia pública y planeamiento estratégico
III.1.3.1.b	Fortalecimiento de las entidades/instituciones responsables en los gobiernos nacionales y regional, responsable del desarrollo de la cogestión social
III.1.3.2.a	Desarrollo de instrumentos legales que comprometan a las instituciones del sector salud a rendir cuentas regularmente sobre su desempeño
III.1.3.2.b	Fortalecimiento de las entidades/instituciones responsables en los gobiernos nacional y regional, responsables del desarrollo de la rendición de cuentas
III.2.1.2.a	Desarrollo de mayor regulación para el aprovisionamiento adecuado y oportuno de medicamentos y otros insumos
III.2.1.2.c	Desarrollo de mayor regulación para el aprovisionamiento adecuado y oportuno de medicamentos y otros insumos
III.2.1.2.e	Evaluación del nivel de aprovisionamiento de medicamentos e insumos médicos
III.2.1.4.a	Fortalecimiento del conjunto de normas, estrategias y mecanismos para regular la red de hemoterapia
III.2.1.5.a	Fortalecimiento del conjunto de normas, estrategias y mecanismos para regular la red de servicios de emergencia y de cuidados intensivos
III.2.2.1.a	Fortalecimiento del conjunto de normas, estrategias y mecanismos que consolide el desarrollo del modelo de atención integral en la red de servicios
III.2.2.1.b	Desarrollo de un sistema de seguimiento de indicadores que midan el desarrollo del modelo de atención en la red de servicios
III.2.2.3.a	Fortalecimiento del conjunto de normas, estrategias y mecanismos que favorezcan el desarrollo del modelo de comunicación y promoción de la salud
III.3.2.2.a	Fortalecimiento del conjunto de normas, estrategias y mecanismos que fomenten el desarrollo del aseguramiento universal en salud
III.3.2.2.b	Fortalecimiento del conjunto de normas, estrategias y mecanismos que regulan las tarifas de los servicios de salud
III.3.2.2.c	Fortalecimiento del conjunto de normas, estrategias y mecanismos que regulan los planes de aseguramiento en salud, independientemente de su fuente de financiamiento
III.3.2.2.e	Fortalecimiento del conjunto de normas, estrategias y mecanismos para la implementación de nuevos mecanismos de pago según niveles de complejidad en la atención.
III.3.2.2.g	Fortalecimiento del SIS como una entidad que regule el desarrollo del aseguramiento público en salud.
III.4.1.1.a	Asistencia técnica del PARSALUD en Gobierno y Financiamiento

Tabla 26 Actividades para "Apoyar la gestión de recursos de las inversiones del programa".

II Mejoramiento de la oferta	
II.1.1.1.g	Elaboración de expedientes Técnicos infraestructura establecimientos de la red obstétrica
II.1.1.1.h	Supervisión de Obra de Infraestructura establecimientos de la red obstétrica
II.1.1.1.i	Ejecución de obras de infraestructura que fortalezcan la capacidad resolutoria según nivel asignado en la red obstétrica - Mejorar capacidad resolutoria de EESS FONI
II.1.1.1.j	Dotación de equipamiento que fortalezca la capacidad resolutoria según nivel asignado en la red obstétrica - Equipamiento de EESS FONI
IV Administración del funcionamiento operativo de la UPC	
IV.1.1.1.a	Profesionales administrativos de la UCP
IV.1.1.1.b	Gastos generales para la operatividad de la UCP
IV.1.1.2.a	Profesionales expertos en monitoreo y soporte informático
IV.1.1.2.b	Gastos generales para la operatividad del sistema de monitoreo