

TERMINOS DE REFERENCIA

EVALUACIÓN PROYECTO MIIGAS en Bolivia y Perú

1. ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA EVALUACIÓN

Los presentes términos de referencia – TdR, tienen como finalidad establecer el marco para la realización de la evaluación de una acción plurianual que ha tenido como objetivo *“generar condiciones para la mejora e implementación, a partir de experiencias validadas, de modelos de salud integrales e incluyentes, con una especial incidencia en la población pobre y marginada, en su mayoría rural e indígena, de Bolivia, Guatemala y Perú”*.

La Acción ha sido desarrollada por Medicus Mundi Navarra (MMN) y seis socios locales y financiada por la Unión Europea (bajo el contrato DCI-NSA/2011/240-166) y otros donantes como el Gobierno de Navarra de España. Esta Acción ha sido denominada *“Un modelo integral e incluyente bajo un concepto de derecho a la salud”*, y se ha desarrollado entre el 1 de abril de 2011 y el 31 de mayo de 2014 en los países de Bolivia, Guatemala y Perú.

La Acción parte del trabajo previo (más de 20 años) de MMN con sus socios locales en cooperación al desarrollo en el sector salud tanto en Guatemala como en Bolivia y Perú. MMN junto a los socios locales de esta propuesta, y otros actores de cada uno de los tres países, ha desarrollado acciones en materia de atención y gestión en los servicios de salud siempre con visión de integralidad e inclusión de colectivos marginados. Después de estos años de trabajo se reconoce que las estrategias sanitarias verticales, los apoyos a un solo componente de los modelos, la focalización en determinados grupos de población meta o la transversalización de las perspectivas en ese tipo de intervenciones parceladas, no logran tener un impacto importante en las condiciones de vida de las poblaciones ni tampoco mejora la calidad y cobertura de los servicios. Por lo tanto para resolver de fondo los problemas de los sistemas de salud y superar las inequidades en el servicio a la población logrando el cumplimiento efectivo del derecho a la salud es necesario el trabajo desde modelos integrales e incluyentes.

Más concretamente la Acción partió de tres premisas: i) si las deficiencias en salud son similares a los tres países, las soluciones no pueden ser tan diferentes; ii) si los determinantes de la salud son sociales, las soluciones a los problemas de salud también lo son; iii) los tres países están desarrollando procesos similares en torno a modelos de salud que, aunque van a velocidades diferentes y están en distinto momento, tienen el mismo destino. Esta situación abrió la oportunidad de una propuesta multipaís con un enriquecimiento mutuo y con lecciones aprendidas en cada uno de los tres países.

Las variables plurianualidad y multipaís han vinculado fuertemente su desarrollo. La *plurianulidad* ha implicado un proceso de largo recorrido, que desde el inicio se pensó por un periodo superior al previsto en el contrato, cuya implementación de las

experiencias validadas en los tres países continuará más allá del periodo de ejecución de la Acción. Por esto la evaluación no se centrará en resultados concretos sino más bien en el proceso emprendido e inconcluso hasta el momento.

De otra parte la concepción *multi país* hace que los avances, prioridades y oportunidades dependan de cada contexto nacional, y por tanto se debe tomar que el desarrollo de las actividades no ha sido lineal ni equivalente en cada uno de los tres países. De hecho el Modelo tiene una experiencia previa muy diferente, siendo Guatemala, a través del Modelo Incluyente de Salud el “alumno más aventajado” y donde se cuenta ya con una reciente evaluación global de la experiencia, por lo que la evaluación aquí solicitada se centrará exclusivamente en los países de Bolivia y Perú.

La Acción ha tenido como lógica de intervención los siguientes objetivos y resultados:

Objetivo General: Contribuir al desarrollo de políticas sanitarias nacionales, regionales e internacionales que garanticen el derecho a la salud a partir de la aplicación de modelos de atención y gestión en salud integrales e incluyentes Bolivia, Guatemala y Perú

Objetivo Específico: Generar condiciones para la mejora e implementación, a partir de experiencias validadas, de modelos de salud integrales e incluyentes, que tengan una especial incidencia en la población pobre y marginada, en su mayoría rural e indígena, de Bolivia, Guatemala y Perú

Resultados:

1. Se ha mejorado, a partir de experiencias concretas, las bases teóricas y metodológicas para un modelo de atención y gestión en salud integral e incluyente (MIIGAS), con una visión individual, familiar y comunitaria, basado en un enfoque de derechos, con perspectiva intercultural y de género y protector del medio ambiente.
2. Se ha involucrado en la definición e implementación del MIIGAS a los principales actores sociales y políticos, así como a los y las representantes de colectivos tradicionalmente marginados.
3. Se ha implicado a los recursos humanos del sector salud en la definición del MIIGAS, capacitándolos para hacer efectiva la implementación del mismo.
4. Se ha logrado la interacción entre las autoridades de salud y los actores no estatales en los tres países para la definición e implementación de políticas, estrategias y normativas de atención en salud propuestas por el MIIGAS.
5. Se han generado vínculos de asociación e incidencia transnacionales (Sur-Sur, Sur-Norte) para desarrollar un debate en el marco de la salud global sobre modelos de atención y gestión, desde las lecciones aprendidas en la implementación del MIIGAS.

Los destinatarios de la acción han sido el conjunto de la población de los tres países, mediante la mejora de los modelos de salud nacionales. Pero a nivel más concreto el principal grupo beneficiario al que la mejora del modelo ha permitido su acceso a la salud ha sido la población de los pilotajes determinados en cada uno de los tres países, que se detallan en la siguiente tabla:

PAÍS	DEPARTAMENTO/ REGIÓN	MUNICIPIO	Población Zonas Piloto		
			Mujeres	Hombres	Total
BOLIVIA	La Paz	Curva	1.447	1.518	2.965
		Charazani	4.825	5.061	9.886
	Potosí	Sacaca	11.365	11.444	22.809
	<i>Sub-Total Bolivia</i>		17.637	18.023	35.660
GUATEMALA	Baja Verapaz	Cubulco	4.501	4.325	8.826
	Zacapa	Rabinal	4.491	4.314	8.805
		Purulhá	5.083	4.883	9.966
		La Unión	3.825	3.675	7.500
	Huehuetenango	Cuilco	21.590	19.147	40.737
	<i>Sub-Total Guatemala</i>		39.490	36.344	75.834
PERÚ	Huancavelica	Churcampá	22.550	21.665	44.215
	<i>Sub-Total Perú</i>		22.550	21.665	44.215
TOTAL POBLACIÓN PILOTAJES			79.677	76.032	155.709

Otros grupos destinatarios de las actividades de la Acción han sido:

- ✓ diversas organizaciones de la sociedad civil, profesionales de la salud y académicos del sector
- ✓ las autoridades sanitarias nacionales, departamentales y municipales en cada uno de los tres países
- ✓ Organizaciones de cooperación o instituciones internacionales presentes en los tres países, como OPS, ALAMES, ORAS-CONHU, AECID....
- ✓ Otros actores de diversos sectores vinculados a los determinantes sociales de la salud.

De manera muy somera es posible contextualizar los modelos de salud existentes en el continente en orden a explicar el modelo de salud al que se ha querido llegar a través de la Acción. Así pues Latinoamérica ha atravesado en las últimas tres décadas procesos democratizadores que no han repercutido en políticas sanitarias que logren el cumplimiento efectivo del derecho a la salud. Si bien recientemente se han generado procesos de cambio (a nivel político y de reforma sanitaria) estos no están logrando un avance significativo en la mejora de los sistemas sanitarios. Los modelos existentes en Bolivia (Salud Familiar Comunitaria Intercultural-SAFCI), Guatemala (Sistema Integral de Atención en Salud-SIAS) y Perú (Modelo de Atención Integral en Salud Basado en la Familia y la Comunidad MAIS-BFC) tienen a nivel político objetivos y lineamientos comunes, pero también similares dificultades y limitaciones a la hora de la operacionalización de los mismos en un modelo de salud que sea realmente integral, que

incluya a toda la población y que recoja una perspectiva de equidad de género, interculturalidad y protectora del medio ambiente.

De manera muy esquemática, la problemática situación real de los modelos de salud del continente se pueden resumir en las siguientes ideas:

- El modelo que podemos llamar “biomédico”, existente en los países occidentales y también en toda Latinoamérica, parte de una concepción de salud única, con énfasis biológico e individual, lo que se traduce en el predominio de programas verticales o paquetes básicos orientados por enfermedades específicas, grupos de población, formas de transmisión y/o etapas de vida, con un enfoque más curativo que preventivo o promocional;
- La epidemiología sigue siendo clásica, es decir privilegia el daño, y apenas tiene interiorizado el enfoque de riesgo;
- La poca o inadecuada articulación con otros modelos de salud, que se traduce en la subordinación de terapeutas y comadronas o parteras indígenas, discriminación y racismo en las normas de atención y en las actitudes del personal de salud;
- No se han hecho inventario de experiencias de acciones en salud integrales y/o incluyentes. Su sistematización debe contribuir al desarrollo de un modelo teórico y operativo óptimo no sólo a nivel nacional sino también regional e internacional.
- El enfoque de género restringido a estrategias de salud sexual y reproductiva con énfasis en la atención materna y problemas psicosociales (abuso sexual y violencia intrafamiliar), cimentado desde una cultura machista que se traduce en actitudes de este tipo en el personal sanitario;
- El abordaje superficial en materia de riesgos ambientales reflejado en la ausencia del enfoque de promoción en salud y la falta de desarrollo operativo de abordajes familiares y comunitarios que podrían sustentarlo.
- El desarrollo del marco teórico y normativo es insuficiente para asumir los nuevos paradigmas en salud, entre otros: enfoque de derechos, equidad de género, interculturalidad y cuidado del medio ambiente
- La capacidad rectora de los Ministerios de salud es aún débil, con fracturas en las cadenas de mando, centralismo en las decisiones, poca capacidad de promover el diálogo sobre determinantes de la salud y la intersectorialidad;
- La planificación normativa no se adecua a las necesidades locales; la participación de la población suele ser de carácter instrumental, y no se consideran a actores de otros modelos de salud; No hay mecanismos para el diálogo horizontal efectivo entre los distintos actores nacionales en salud, ni se toman en cuenta las demandas y necesidades de los grupos organizados y las poblaciones locales, con especial marginación para la población rural e indígena
- Los sistemas de información son muy “débiles” y con énfasis en variables individuales, centradas en el daño, que no recogen acciones preventivas y promocionales de salud e impiden la toma de decisiones con información pertinente y desagregada por servicios;
- La organización está fragmentada y predominan programas verticales que favorecen la atención intramuros en perjuicio del trabajo extramural (familia y comunidad); la escasa cultura y poca capacidad para el monitoreo y evaluación de acciones se traduce en un seguimiento inadecuado de la calidad de los servicios;
- Las estrategias de salud con enfoques familiar y comunitario e intercultural no existen o apenas están desarrolladas, haciendo caso omiso a las diferentes realidades socioculturales de estos países.

- La formación del personal está centrada en el paradigma biomédico, no hay formación complementaria en determinantes socioculturales de la salud y no se pone atención a la motivación/satisfacción de trabajadores/as de salud; La baja formación e ineficiente gestión del personal sanitario se concentra en zonas de población pobre y marginada
- La financiación suele privilegiar el tercer nivel de atención y las áreas urbanas; se suele desarrollar con asignaciones per cápita; homogeneizando el trato sin tener en cuenta variables de accesibilidad geográfica o financiera. Los recursos financieros muchas veces están orientados por los propios organismos internacionales a acciones verticales atomizadas de impacto parcial y restringido

La Acción ha querido formular e implementar en experiencias piloto, como parte de la política pública, un modelo de atención en salud integral e incluyente que, una vez analizadas las carencias arriba planteadas y contrastadas las mismas con las experiencias generadas en los países, mejorará los actuales modelos de Bolivia, Guatemala y Perú, sobre todo en aquellos aspectos que impedían a los y las beneficiarias de la Acción un efectivo derecho a la salud.

Por último aunque las políticas públicas en salud de estos tres países ya cuentan en algunos casos con enfoque de derechos, equidad de género y/o perspectiva intercultural y medioambiental en el aspecto teórico, en la mayoría de los modelos no había resultados previstos para estos enfoques, y en todo caso carecen de indicadores y métodos de seguimiento para su efectivo cumplimiento.

Además la mejora del modelo fomenta la participación de actores claves de la sociedad civil, especialmente de los colectivos tradicionalmente marginados (mujeres, campesinos e indígenas), en su diseño, implementación y mejora continua, generando un diálogo permanente y una rendición de cuentas periódica entre prestadores y usuarios. También tienen mayor capacidad de participación los profesionales de la salud, quienes además han recibido apoyo, tanto en su formación sanitaria y como en sus habilidades para la gestión, a partir de las mejoras propuestas desde el modelo, con acciones específicas dirigidas al conocimiento del mismo y de sus enfoques innovadores.

Pero sobre quien más ha incidido positivamente la mejora del modelo propuesto es sobre las autoridades sanitarias de los tres países (ya sean nacionales, regionales o principalmente municipales) tanto en el aspecto organizacional, como estratégico, operativo y de gestión de la salud

A nivel concreto, y de manera breve se describe a continuación el contexto existente en las zonas piloto a evaluar de Bolivia y Perú:

En los municipios de Curva, Charazani y Sacaca (Bolivia) la mayor parte de la población vive en condiciones de pobreza o extrema pobreza, siendo mayoritariamente población indígena que vive en ámbito rural. Todos ellos cuentan con una limitada red de servicios de salud que atiende a una población dispersa, afrontando precariamente el problema de inaccesibilidad geográfica y cultural que provoca inequidades en salud. Si bien la ampliación de la red de servicios por parte del actual gobierno ha mejorado algunos indicadores de salud, el esfuerzo resulta insuficiente para evitar las principales causas de enfermedad y muerte en menores de 5 años. Lo mismo sucede con las muertes maternas que están relacionadas con las complicaciones del embarazo, parto y puerperio,

básicamente por barreras geográficas y culturales. Frente a esta situación, el gobierno boliviano trata de implementar la nueva política de salud SAFCI, que pretende enfatizar el trabajo en la prevención y promoción bajo un enfoque de integralidad, interculturalidad, intersectorialidad y participación social. Si bien se cuenta con los lineamientos generales de esta política SAFCI, no se ha logrado operativizarlos ni que el personal de salud comprenda el cambio a realizar en la actividad sanitaria debido a su formación biologicista.

En relación al contexto de la región Huancavelica donde se ubica la provincia de Churcampá (en Perú) cabe destacar que a pesar de haber sido clasificado Perú como “país de renta media alta” la enorme brecha económica y social interna, la más significativa de todo el continente, hace que la zona seleccionada tenga índices de desarrollo humano iguales o inferiores a los de África subsahariana. En Churcampá la población es predominante rural (77%), de etnia Quechua (79,11%). El 88.9% de la población está bajo la línea de pobreza y el 71.7% en pobreza extrema. El porcentaje de analfabetismo es del 74% de la población. 7 de sus 10 distritos tienen un IDH inferior a la media de la provincia (0,464). La cultura quechua tiene una concepción propia del proceso salud-enfermedad divergente del pensamiento occidental, lo que hace que por razones socioculturales (idioma, falta de respeto a sus costumbres, relación de poder, etnicidad y raza...), pero también por razones geográficas (grandes distancias, medios de transporte escasos, dispersión en su asentamientos poblacionales), estas poblaciones tengan acceso restringido a servicios públicos de salud, caracterizados por una visión occidental exclusiva y a su vez excluyente respecto de las prácticas ancestrales de los pueblos indígenas. Además los servicios de salud están mal gestionados y equipados, y hay una preparación inadecuada del personal sanitario.

En cuanto a la política de salud pre-existente MAIS-BFC, a pesar de la incipiente implementación de un modelo de salud integral, es limitada la prestación de salud que ha venido haciéndose por parte del Ministerio en esta u otras zonas similares al no incorporar enfoques de familia y ni de comunidad, ni abordar la intersectorialidad para trabajar también desde las determinantes sociales de la salud.

A pesar del proceso de descentralización abierto, se verifica un bajo y desigual involucramiento de las autoridades locales frente a la problemática de la salud, aún cuando la ley orgánica de municipalidades establece entre sus funciones el impulso de la atención primaria en salud.

2. ACTORES IMPLICADOS

ACTORES	Actor y entidad	Expectativas de participación
Contrapartes de los país socios	Bolivia = ASI, CEDEC y MMDB	MMDB realizó el acompañamiento y supervisión de la Acción, además de la operativización de las actividades de incidencia. ASI y CEDEC, realizaron la operativización de las actividades destinadas a la implementación de la política SAFCI
	Perú = MMP y SSL	Ambos socios locales tienen plena disposición para contar su experiencia y verse reforzados con la evaluación que se haga de proceso
Beneficiarios de la intervención	Trabajadores de la salud	En Bolivia personal de las áreas piloto, autoridades locales, municipales y departamentales de salud En Perú el personal de la red de Churcampa, que lamentablemente ha rotado desde el origen de la Acción
	Población beneficiaria de los pilotajes	Ambas poblaciones están predispuestas a participar en la evaluación aunque, dado su rol productivo agrícola-ganadero, cualquier actividad con ellos debe ser previamente preparada y anunciada.
Otras partes interesadas	AECID, OPS	Agencias donantes que conocen la propuesta y participan tanto en Bolivia como en Perú en alguna de las actividades del proceso.
	Ministerios de Salud de Perú y Bolivia. <i>En Bolivia especial participación del Viceministerio de medicina Tradicional e Interculturalidad, Servicios Departamentales de Salud (SEDES) de La Paz y Potosí en Bolivia.</i>	El Viceministerio de medicina Tradicional e Interculturalidad de Bolivia busca la inclusión de la medicina tradicional en la ejecución de la política de salud. Los SEDES son responsables de la operativización de la política SAFCI
	Autoridades Locales:	En Bolivia se encuentran las Autoridades Locales de Salud, en cada comunidad, que conforman el Comité Local de Salud, son responsables de las acciones de salud a nivel

		comunitario
	Autoridades Municipales	En Bolivia a nivel municipal se constituyen las Asambleas Municipales de Salud y los Consejos Sociales Municipales, que aseguran la participación de la comunidad en la gestión de salud, en este nivel En Perú: Alcaldes y gerentes
	Universidades implicadas	En Bolivia Universidad Autónoma de El Alto y la Universidad de Siglo XX En Perú la Universidad Nacional de Huancavelica y Nacional San Cristóbal de Huamanga
Decisores, técnicos y gestores	Direcciones de Redes/Regionales de Salud	Personal de los Ministerios a nivel descentralizado
Entidad financiadora y/o gestora de la intervención	MedicusMundi Navarra	Acompañar la evaluación desde sede, para que su resultado permita mejorar la propuesta y saber qué de la experiencia puede proyectarse como claves para la transformación de los sistemas públicos, a nivel nacional e internacional.

Unidad gestora de la evaluación: Medicus Mundi, tanto la sede de Navarra como las delegaciones de Bolivia y Perú. En este caso los gestores de la evaluación son al mismo tiempo gestores de la intervención a evaluar. Actúa además como unidad mandataria de la evaluación, encargada de validar y supervisar la calidad del proceso, de la elaboración de los TdR, de la contratación del equipo evaluador, de la publicación y difusión de resultados.

Comité de seguimiento de la evaluación: MedicusMundi, tanto la sede de Navarra como las delegaciones de Bolivia y Perú, será también la institución que dará seguimiento al proceso de evaluación. El representante de cada delegación (Burlada, La Paz y Lima) darán seguimiento a la evaluación.

3. OBJETIVOS Y ALCANCE DE LA EVALUACIÓN

En primer lugar indicar que el alcance de la evaluación se limitará geográficamente con las siguientes dos restricciones:

- i. No se abordarán los tres países contenidos en la Acción financiada por la Unión Europea, sino que se limitará a analizar la situación sólo de Bolivia y Perú. Guatemala ya cuenta con una evaluación global desarrollada en 2013 en el marco de otro proyecto y por tanto los resultados de dicha evaluación podrían ser añadidos a ésta al final de la evaluación.
- ii. No se analizará a nivel global las políticas públicas de ambos países, a saber Salud Familiar y Comunitaria con Interculturalidad -SAFICI, en Bolivia y Modelo de Atención Integral en Salud Basado en Familia y Comunidad - MAIS-BFC en Perú, sino que se analizará su desarrollo en las zonas pilotos de ambos países contenidas en el contrato con la Unión Europea.

La evaluación a realizar debe fundamentarse en las características del Modelo propuesto, que en síntesis son:

- Cuatro perspectivas: el derecho a la salud, la pertinencia intercultural, la equidad de género y el medio ambiente. Se debe analizar cómo estas cuatro perspectivas se han integrado, hecho operativas y son medibles.
- Tres programas de salud: el individual, el familiar y el comunitario. Se debe analizar el grado de horizontalización en estos tres programas y si dan viabilidad operativa a las prioridades y normas de los programas verticales de los respectivos Ministerios.
- La participación comunitaria en la gestión del sistema de salud.
- La integración de la pertinencia intercultural en la propuesta, y su verificación operativa.
- La intersectorialidad del Modelo, que no se centra en los servicios de salud sino que abarca todos los actores implicados en la determinación del estado de salud-enfermedad de la población.
- La integralidad reconoce en las personas un carácter multidimensional, inmersa en un sistema de relaciones políticas, sociales, culturales y eco-biológicas. Esto implica que la atención en salud debe abordar las necesidades y condiciones de la salud de la persona. La integralidad también supone que la atención debe ser continua en todos los niveles de complejidad.
- Los instrumentos innovadores generados por la Acción, su nivel de utilización en lo local y su difusión en las instancias nacionales y regionales, y como estos responden a las necesidades del Modelo. Ejemplo de ello pudiera ser la mejora del sistema de información.
- El ordenamiento y la organización territorial de acuerdo a las características poblacionales: socioculturales, geográficas, climática, medios de comunicación y transporte.
- Un modelo de formación y gestión específico del personal sanitario, con su respectiva planificación, organización, control y dirección.

Dentro de la metodología del estudio se debe tomar en consideración a la totalidad de

actores claves presentados en estos términos de referencia (*apartado 3*).

Sera **Objetivo** de la evaluación el *análisis del avance logrado en la implementación de la política pública de salud de ambos países (SAFCI en Bolivia y MAIS BFC en Perú), en los pilotos seleccionado, como elementos destinados a fortalecer los sistemas de salud boliviano y peruano, teniendo como ejes ordenadores los enfoques de dicha política y los valores de la Atención Primaria en Salud (APS) renovada.*

Lo que se pretende es conocer si los procesos llevados a cabo con la Acción suponen una propuesta eficaz, eficiente y de impacto hacia la cobertura integral, incluyente y universal en salud en relación a los parámetros de la APS renovada dentro del primer nivel de atención de Bolivia y Perú. Aspectos como la garantía del derecho a la salud, la pertinencia intercultural, la equidad de género y la participación de las comunidades implicadas merecen una revisión especial en tanto en cuanto el modelo operativiza y mide el impacto que sobre los mismos se obtienen en comparación con otras iniciativas.

Todo ello en relación con un somero análisis de costes para la puesta en marcha del Modelo que permita sacar conclusiones sobre la viabilidad económica y financiera de esta propuesta en relación a la disposición presupuestaria que en Bolivia y Perú existen para financiar las actividades en salud.

Para terminar se pedirá una valoración acerca de cómo este Modelo puede influir en la mejora de los modelos de salud de la Región, en especial, con la extracción de lecciones aprendidas que puedan ser extrapolables a otros países.

Serán objetivos complementarios de lo mencionado anteriormente:

1. La sistematización de una experiencia concreta de modelos de atención y gestión en salud integral e incluyente, con una visión individual, familiar y comunitaria, basado en un enfoque de derechos, con perspectiva intercultural, de género y protector del medio ambiente.
2. Analizar el involucramiento en la definición e implementación de los principales actores sociales y políticos, así como a los y las representantes de colectivos tradicionalmente marginados, en la implementación de la política de salud.
3. Conocer el nivel de implicación y capacitación de los recursos humanos del sector salud logrados en las experiencias piloto.
4. Valorar la integración entre las autoridades (nacionales, departamentales/regionales y locales) de salud y los actores no estatales en la implementación de estrategias y normativas de atención y gestión de salud propuestas por el modelo de salud vigente.
5. Evaluar los avances logrados en el cumplimiento de los principios de la política pública nacional vigente en materia de salud (SAFCI en Bolivia y MAIS BFC en Perú)
6. Analizar el cumplimiento de los principios de la APS renovada, principalmente en materia Determinantes sociales y políticos de la salud, promoción de la salud y funcionalidad de las Redes de Salud

4. CRITERIOS Y PREGUNTAS DE LA EVALUACIÓN

CRITERIOS

Serán criterios a tener en cuenta en la propuesta técnica de evaluación los siguientes: pertinencia, eficiencia, eficacia, impacto, viabilidad, apropiación y replicabilidad. Dentro de la propuesta técnica a presentar por el evaluador cabe la ampliación a algún otro o la reducción o variación de los mismos por motivos justificados.

Pertinencia: Adecuación de los resultados y los objetivos al contexto en el que se realiza.

Determinar si las actividades desarrolladas por el proyecto se ajusta a las políticas y prioridades en salud determinadas por los gobiernos de Bolivia y Perú, así como los gobiernos de ámbito descentralizado (regional/departamental y local), y responde necesidades de la población beneficiaria.

Eficiencia: Resultados alcanzados en comparación con los recursos empleados

Relación entre las actividades desarrolladas y productos obtenidos con el proyecto y el costo para obtenerlos; lo cual permitirá tener un estimado del costo de la implementación de las políticas SAFCI y MAIS-BFC.

Eficacia: Grado de consecución de los objetivos y resultados inicialmente previstos.

Dado que se trata de una experiencia en proceso de consolidación, se analizará el grado de avance en las siguientes fases de implementación:

- Vigilancia socio cultural de la salud y sistema de información
- Capacitación del personal de salud
- Utilización de la carpeta familiar, como un medio de conocer el nivel de salud de la población.
- Censo poblacional
- Croquis poblacional y numeración de viviendas
- Grado del proceso de cobertura universal gratuita e integral en el primer nivel de atención y garantía del derecho a la salud en base a criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, interculturalidad y calidad.
- Se evaluará si está presente una comprensión dinámica y multidimensional del proceso salud enfermedad, que toma en cuenta los determinantes sociales de la salud, los ciclos de vida y los niveles individual, familiar y comunitario,
- El trabajo desarrollado con Agentes de Salud, Terapeutas tradicionales, organizaciones de salud establecidas en la comunidad
- Interacción con medio ambiente y la comunidad, en el marco de una concepción integral e intersectorial de la salud y los servicios.

Impacto: Efectos generados por el proyecto en la salud de la población de las zonas piloto y en la conformación del sistema de salud.

Hay que tener en cuenta que el periodo de implementación real en las zonas piloto es sólo de dos años, pues el primero se utilizó para el establecimiento de los marcos legales, el cabildeo y motivación respecto al modelo integral e incluyente, con los funcionarios de salud, líderes comunitarios, líderes indígenas, líderes de grupos de mujeres y líderes políticos.

Viabilidad: Posibilidad de continuidad del modelo integral e incluyente en las áreas piloto, una vez concluida la intervención de Medicus Mundi.

Implica identificar los diferentes componentes del modelo que puedan ser soportados en el presupuesto actual de los Ministerios de Salud y/o autoridades competentes (a saber, gobiernos regionales, departamentales, provinciales o municipales).

Apropiación: Hasta qué punto las instituciones asumen la política pública sanitaria vigente (SAFCI y MAIS-BFC) y ejercen un liderazgo efectivo en su desarrollo.

Implica explorar la aceptabilidad y apropiación de la propuesta del Modelo por parte de los diferentes involucrados (usuarios, trabajadores de salud, gestores del sistema de salud, líderes comunitarios, indígenas, políticos, de organizaciones de mujeres y otros). Incluye análisis de mecanismos para facilitar la apropiación en relación a la planificación y gestión de los servicios de salud.

Replicabilidad: Se refiere a la sistematización de lecciones aprendidas con la Acción en una doble perspectiva: a) determinar si es conveniente mantener, modificar o abandonar las líneas de trabajo emprendidas; b) identificar propiedades para su extensión a otras parte de los países y/o al resto de estados de la región con similares características.

A parte de los criterios generales mencionados con anterioridad, serán criterios a considerar en la evaluación la adecuación del Modelo existente en ambos país (Política SAFCI en Bolivia y MAIS-BFC en Perú) con el cumplimiento de los valores, principios y elementos esenciales de la **Atención Primaria en Salud renovada**.

Valores:

- Derecho a la Salud
- Equidad
- Interculturalidad

Principios:

- Sostenibilidad
- Participación
- Intersectorialidad
- Dar respuesta a las necesidades de salud de la población
- Orientación hacia la calidad
- Responsabilidad y rendición de cuentas

Elementos:

- Marco político, legal e institucional sólido
- Políticas y programas pro-equidad
- Organización y gestión óptimas
- Recursos humanos adecuados
- Sostenibilidad financiera
- Acciones intersectoriales
- Cobertura y acceso universales
- Pertinencia Intercultural
- Atención integral, integrada y continua
- Orientación familiar y comunitaria
- Énfasis en la promoción y en la prevención
- Mecanismos de participación activa

De manera complementaria, se analizará la aplicación de los atributos contenidos en la propuesta de la OPS relativa a **Redes Integradas de Servicios de Salud para el primer nivel atención**. Estos son:

Modelo asistencial

- Población y territorio a cargos definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud que determinan la oferta de servicios de salud.
- Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública.
- Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios.
- Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud.
- Un primer nivel de atención multidisciplinaria que cubre a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población
- Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género y los niveles de diversidad de la población

Gobernanza y estrategia

- Un sistema de gobernanza único para toda la red
- Participación social amplia
- Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud

Organización y gestión

- Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico
- Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red
- Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes
- Gestión basada en resultados

Asignación e incentivos

- Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red

En todo caso el equipo de consultoría con base a su experiencia debe seleccionar y aplicar los criterios enunciados anteriormente todo ello a través de la propuesta técnica a presentar para su negociación y aprobación con la Unidad Gestora y el Comité de Seguimiento.

PREGUNTAS

Las siguientes preguntas y sub preguntas se muestran a modo de guía en relación a los criterios más arriba mencionados, de tal modo que sean tomados en cuenta para el diseño de los instrumentos metodológicos que se fueran a usar en el desarrollo de la evaluación:

PERTINENCIA

1. ¿Cumple el Proyecto las prioridades determinadas por los gobiernos de Bolivia y Perú en materia de Salud?
2. ¿Responde el Proyecto a las prioridades y necesidades de la población beneficiaria? ¿En qué grado?
3. ¿La política pública del país (SAFCI y MAIS BFC) en su aplicación en el primer nivel de atención se corresponde con las principales premisas de la APS renovada, y con atributos de la propuesta de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) de la OPS?
4. ¿La política pública del país (SAFCI y MAIS BFC) ha logrado operativizar los principios de Participación Comunitaria, Intersectorialidad, Interculturalidad, Integralidad y Derecho de la Salud?; ¿es pertinente al contexto donde se desarrolla?

EFICIENCIA

5. ¿Cuál es el costo estimado de la implementación de la política pública de salud vigente en ambos países? Hacer un comparativo con la disposición presupuestaria de salud en Bolivia y Perú.
6. En la línea de los Recursos Humanos diseñados para la implementación del Modelo (SAFCI y MAIS BFC), ¿Es eficiente la distribución y gestión de los mismos?

EFICACIA

7. ¿Las políticas SAFCI y el MAIS-BFC consideran estrategias sanitarias que garantizan el derecho a la salud en base a criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad?.
8. ¿La implementación de la SAFCI y el MAIS-BFC en las zonas seleccionadas garantiza una cobertura universal gratuita en el primer nivel de atención.
9. Valorar si la estrategia utilizada en la operativización de la SAFCI y el MAIS-BFC es la adecuada.
10. En relación con la situación anterior, ¿Se han logrado avances con la actual política para generar servicios de salud, equitativos, eficientes e integrales?
11. ¿La estrategia operativa desarrollada con la Acción evita la fragmentación de los servicios de salud?
12. ¿La política desarrollada por la Acción tiene coherencia interna entre sus aspectos teóricos, operativos e instrumentales?. Si se detectan incoherencias y falta de cohesión entre las mismas, ¿Cuáles serían las medidas correctivas que podrían tomarse?
13. ¿Cuál es la relación del trabajo y la complementariedad de Medicus Mundi en materia de la implementación de la política pública del país (SAFCI y MAIS BFC) con los organismos regionales de cooperación en salud tales como ORAS-CONHU, ALAMES, OPS ...

IMPACTO

14. ¿El trabajo que están desarrollando los socios locales indicados en la Acción está contribuyendo a alcanzar el objetivo global propuesto?

15. ¿Se están realizando actividades para lograr un impacto positivo en el derecho y nivel de salud de la población beneficiaria en base a las metas sanitarias de los respectivos Ministerios y las necesidades identificadas por la población?

VIABILIDAD

16. Hacer un análisis de costos para conocer si los Planes de Implementación Escalonada son viables en el contexto político-económico en el que se insertan
17. ¿Es la propuesta implementada por la Acción, en cada uno de los dos países, una alternativa viable, técnica y financieramente, para el desarrollo de sistemas de salud en el primer nivel de atención de ambos países?
18. ¿Cuáles son las dificultades por las que las autoridades nacionales, departamentales/regionales o locales no logran la puesta en marcha de la política nacional para todo el país?
19. A nivel de Recursos Humanos, ¿Los profesionales sanitarios de los establecimientos de salud que han desarrollado la Acción están capacitados para asegurar la aplicación de la propuesta una vez finalizado el periodo de ejecución?

APROPIACION

20. ¿Cuáles son los grados de apropiación de los involucrados en el proceso de implementación del Modelo? Definir individualmente la apropiación a todos los niveles: personal de salud, líderes/as comunitarios, equipos de apoyo, autoridades municipales, técnicos departamentales/regionales y autoridades/técnicos nacionales de salud.
21. ¿Cuáles son los grados de participación de las principales instituciones en la operativización de la propuesta, y que papel ha jugado MMN en la transmisión de capacidades a estas instituciones?
22. ¿Qué capacidades se han generado con la Acción en las instituciones formadoras de recursos humanos sanitarios con las que se ha trabajado en ambos países?
23. ¿Existe una implicación efectiva de los otros actores internacionales de cooperación en salud con la implementación de la propuesta desarrollada por la Acción?

En conclusión:

¿La Acción ha conseguido fijar las bases para la mejora en la implementación de las políticas públicas sanitarias existentes (SAFCI y MAIS_BFC), a partir de modelos de salud integrales e incluyentes con especial incidencia en la población pobre y marginada, en su mayoría rural e indígena, de Bolivia y Perú?

Extraer sus conclusiones, lecciones aprendidas y recomendaciones.

5. METODOLOGÍA Y PLAN DE TRABAJO

La definición de la metodología de la evaluación forma parte de la propuesta técnica que debe elaborar el equipo evaluador, por lo que lo expuesto en este apartado supone simplemente referencias indicativas.

La entidad contratante considera que la metodología de la evaluación debe considerar los métodos y técnicas de levantamiento de información, primaria y secundaria, y una fase de procesamiento, sistematización y análisis de la información. Es importante que la metodología incida en los aspectos de enfoque de derechos, género, pertinencia intercultural y participación social. Se considera necesario el diseño, elaboración y aplicación de instrumentos de recopilación de información a través de una fase de trabajo de campo. De igual modo, es importante considerar otra fase paralela de recopilación de información secundaria (el trabajo de gabinete), proporcionada y generada por los socios y oficinas en el terreno y por otras instituciones que procesan información cuantitativa (estadística) y cualitativa relacionada a la presente evaluación.

Quizás la condición más importante es el tiempo con el que se cuenta para la realización del estudio. Lo que significa que si se quiere recoger información primaria a través de encuestas o análisis de bases de datos disponibles, esto debería estar bastante acotado y controlado para asegurar que dé tiempo a tener los resultados de la evaluación. Se podría realizar encuestas a nivel de la población y de los trabajadores de salud que se encuentran actualmente relacionados en diferentes modalidades de intervención. Tendrían que ser mediciones transversales de las variables o categorías de análisis que se decidan tomar con relación a la APS y Redes Integradas de Salud.

Es por ello que el Plan de Trabajo debería contener las siguientes tres fases o etapas:

Etapas I: Estudio de Gabinete:

- a) Análisis documental
- b) Diseño de instrumentos de levantamiento de información
- c) Elaboración de un Plan de Evaluación
- d) Validación del Plan de Evaluación

Etapas II: Trabajo de Campo:

- a) Visitas a terreno:
- b) Aplicación de las encuestas y entrevistas
- c) Talleres y grupos focales
- d) Grupos de Discusión.
- e) Elaboración y presentación de la memoria del trabajo de campo.

Durante el trabajo de campo se deberá programar y realizar reuniones de devolución de resultados preliminares con los distintos organismos vinculados con la intervención, incluyendo a las autoridades e instituciones pertinentes.

Etapa III: Informe de Evaluación:

- a) Procesamiento y sistematización de la información tomada, de manera directa o secundaria, en el trabajo de campo.
- b) La redacción del informe borrador de la evaluación,
- c) Presentación y discusión, del borrador de informe a la entidad contratante y actores relevantes
- d) Ajuste y presentación del informe final de evaluación .

6. DOCUMENTOS Y FUENTES DE INFORMACIÓN

Si bien la entidad contratante pondrá a disposición del equipo evaluador cuanta información estime oportuna, desde la web específica de la Acción: www.saludintegralincluyente.es se pueden descargar toda la información relevante para el diseño de la propuesta de evaluación.

Recomendamos los apartados de Proyecto (<http://www.saludintegralincluyente.com/proyecto/en-que-consiste.html>) así como los documentos más técnicos que se han ido elaborando durante la ejecución de la propuesta (<http://www.saludintegralincluyente.com/proyecto/en-que-consiste.html>).

Tanto la oficina de entidad contratante en La Paz (Bolivia), como en Lima (Perú), pondrá a disposición del equipo evaluador toda la información a nivel programático, operativo e instrumental del Modelo en sus respectivos países.

En los establecimientos de salud donde se está desarrollando la Acción el equipo evaluador podrá encontrar toda la información cuantitativa relacionada con los indicadores sanitarios que deban evaluarse.

7. ESTRUCTURA Y PRESENTACIÓN DEL INFORME DE EVALUACIÓN

El Informe Final de evaluación no excederá las 100 páginas, con letra tamaño 11 e interlineado sencillo. Éste irá acompañado de un Resumen Ejecutivo, con un máximo de 10 páginas y de una presentación Power Point de no más de 25 diapositivas donde se extracten las principales conclusiones y recomendaciones.

El informe final debe incluir las recomendaciones derivadas de la evaluación clasificadas según el criterio elegido así como un compendio de lecciones aprendidas. Siempre que sea posible, se debe mencionar a los actores a quienes va dirigida de manera particular las recomendaciones realizadas por el equipo evaluador entregará.

La estructura del informe final a modo orientativa podría ser la siguiente:

1. Resumen ejecutivo
2. Introducción en que se presentará el propósito de la evaluación, las preguntas y los resultados principales
3. Descripción de la intervención evaluada, en la que se indiquen sus objetivos y su estructura lógica de planificación, con especial referencia a las expectativas de cumplimiento en el momento en el que se realiza la evaluación, breve historia y antecedentes, organización y gestión, actores implicados y contexto económico, social, político e institucional en el que se desarrolla la intervención.
4. Análisis de la información recopilada, dando respuesta a las cuestiones y criterios de evaluación establecidos previamente, organizada de acuerdo con el enfoque integral de la evaluación propuesto. Análisis de los distintos niveles (diseño, proceso, resultados) y criterios.
5. Resultados de la evaluación, presentando las evidencias reveladas en relación con las preguntas de evaluación enunciadas y las interpretaciones formuladas sobre dicha evidencia.
6. Conclusiones de la evaluación, en relación con los criterios de evaluación establecidos.
7. Recomendaciones derivadas de la evaluación que se orienten a la mejora de la intervención evaluada a través de indicaciones específicas que mejoren el diseño, procedimientos de gestión, resultados e impactos de las actuaciones.
8. Las lecciones aprendidas que se desprendan de las conclusiones generales, indiquen buenas prácticas y que puedan ser extrapoladas y retroalimentar ambas acciones del Convenio.
9. Anexos en los que se incluirán los TdR, la metodología propuesta, las herramientas de recopilación de información aplicadas, el plan de trabajo, la composición y la descripción de la misión (relación exhaustiva de todo lo actuado) entre otros elementos que puedan facilitar el proceso evaluativo.

8. EL EQUIPO EVALUADOR

Las competencias mínimas que deberá garantizar el equipo evaluador serán:

- Formación en medicina y salud pública y experiencia profesional como consultor de Sistemas Públicos de Salud y Seguridad Social
- Conocimientos en:
 - a. gestión de sistemas de salud,
 - b. aplicación de los enfoques de género, interculturalidad y de derecho,
 - c. construcción y manejo de indicadores en salud, socioeconómicos e indicadores de procesos, resultados e impacto.
- Contar con un personal de campo (asistentes) que permita levantar encuestas, viabilizar encuentros comunitarios, apoyar técnicas investigativas y colaborar con todas las actividades de campo ligados a la investigación (se recomienda que el personal de campo conozca la lengua local, diferente al castellano)
- Independencia de la intervención evaluada, por lo que nadie del equipo evaluador podrá estar vinculada con la gestión o con cualquier elemento evaluado en la Acción.

9. PREMISAS DE LA EVALUACIÓN, AUTORÍA Y PUBLICACIÓN

El equipo evaluador debe comprometer un **comportamiento ético y profesional** expresado en:

- **Anonimato y confidencialidad.-** La evaluación debe respetar el derecho de las personas a proporcionar información asegurando su anonimato y confidencialidad.
- **Responsabilidad.-** Cualquier desacuerdo o diferencia de opinión que pudiera surgir entre los miembros del equipo o entre éstos y Medicus Mundi, en relación con las conclusiones y/o recomendaciones, debe ser mencionado en el informe. Cualquier afirmación debe ser sostenida por el equipo o dejar constancia del desacuerdo sobre ella.
- **Integridad.-** Los evaluadores tendrán la responsabilidad de poner de manifiesto cuestiones no mencionadas específicamente en el Pliego de Prescripciones Técnicas, si ello fuera necesario para obtener un análisis más completo de la intervención.
- **Independencia.-** El equipo evaluador deberá garantizar su independencia de la intervención evaluada, no estando vinculado con su gestión o con cualquier elemento que la compone.
- **Incidencias.-** En el supuesto de la aparición de problemas durante la realización del trabajo de campo o en cualquier otra fase de la evaluación, éstos deberán ser comunicados inmediatamente a la Dirección Nacional de Medicus Mundi. De no ser así, la existencia de dichos problemas en ningún caso podrá ser utilizada para justificar la no obtención de los resultados establecidos en el presente pliego de Prescripciones Técnicas.
- **Convalidación de la información.-** Corresponde al equipo evaluador garantizar la veracidad de la información recopilada para la elaboración de los informes, y en última instancia será responsable de la información presentada en el Informe de evaluación.
- **Informes de evaluación.-** La difusión de la información recopilada y del Informe final es prerrogativa de Medicus Mundi.
- **Derechos de autor.-** Se aclara que todo derecho de autor recae en la entidad contratante de la evaluación.

10. PRESENTACIÓN DE LA OFERTA TÉCNICA Y ECONÓMICA.

La presente Evaluación se regirá por el manual de Licitaciones de Obras y Servicios de la Federación de Asociaciones de Medicus Mundi España mediante un proceso de licitación negociada por invitación individual directa que se suministrará a las entidades con las que la organización ya ha tenido una experiencia satisfactoria.

Las entidades contactadas son compelidas a la presentación en el plazo y forma abajo indicados de una oferta técnica y económica.

Se estiman como contenidos mínimos de dicha oferta los siguientes apartados: *(más allá de que la propuesta finalmente presentada pueda enriquecer este índice con nuevos contenidos a integrar).*

- i. Presentación institucional y/o del equipo evaluador
- ii. Perfil y composición del equipo evaluador
- iii. Criterios priorizados en la evaluación
- iv. Metodología y técnicas consideradas en la evaluación final
- v. Plan de trabajo y cronograma
- vi. Breve descripción de productos intermedios y producto final
- vii. Calendarios y tiempos de realización
- viii. Oferta económica
- ix. Otros criterios de interés.

La fecha de recepción de la oferta técnica y económica debería ser como muy tarde la medianoche del **24 de abril de 2014**, debiendo enviarse a las siguientes direcciones electrónicas: nacho.sanchez@medicumundi.es indicando en el asunto: "EVALUACIÓN MULTIPAÍS"

11. PLAZOS PARA LA REALIZACIÓN DE LA EVALUACIÓN

Conforme al Manual de Licitaciones de FAMME, el comité de seguimiento seleccionará la mejor de las propuestas recibidas en relación a su adecuación con los TdRs, la valoración técnica y el costo económico.

Medicus mundi negociará el contrato de ejecución con la empresa seleccionada en un plazo no superior a un mes desde el cierre del plazo para la presentación de las candidaturas, debiendo comenzar la ejecución de la evaluación como máximo en un mes después de la firma del contrato

Se establece como fecha tope para la finalización de la evaluación el 20 de noviembre del año 2014 toda vez que el documento deberá estar disponible para su presentación junto al informe final de la Acción que debe presentarse a la Unión Europea. En todo caso, las fechas y plazos intermedios de entrega de productos se fijarán en el contrato entre el equipo evaluador y la entidad contratante