



**TÉRMINOS DE REFERENCIA
EVALUACIÓN EXTERNA INTERMEDIA DEL CONVENIO:
AECID -18-CO1-1173**

“Mejora de la atención sanitaria y el cumplimiento del derecho a la salud a través del fortalecimiento de la gestión distrital, el sistema de información sanitaria y las capacidades del personal de salud del Sistema Nacional de Salud de Atención Primaria de Salud, Guinea Ecuatorial.”



CONTENIDO

1	INTRODUCCIÓN.....	2
1.1	JUSTIFICACIÓN Y RAZONES DE LA EVALUACIÓN.....	2
1.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA EVALUACIÓN	3
1.3	EXPECTATIVAS DE LA EVALUACIÓN	4
1.4	TIPO DE EVALUACIÓN.....	4
2	ANTECEDENTES	5
2.1	CONTEXTO	5
2.2	EXPERIENCIA DE FRS	7
3	LÓGICA DE LA INTERVENCIÓN.....	7
3.1	OBJETIVOS y RESULTADOS.....	7
3.2	PRESUPUESTO GENERAL DEL CONVENIO.....	9
3.3	POBLACIÓN BENEFICIARIA.....	9
3.4	SOCIO LOCAL	11
3.5	ALCANCE DE LA EVALUACION.....	11
4	ÁMBITO DE LA EVALUACIÓN Y ACTORES IMPLICADOS	11
4.1	DOCUMENTOS Y FUENTES DE INFORMACIÓN.....	12
4.2	AGENTES IMPLICADOS	13
4.3	COMITÉ DE SEGUIMIENTO	13
5	CRITERIOS Y PREGUNTAS DE EVALUACIÓN.....	14
6	METODOLOGÍA Y PLAN DE TRABAJO.....	19
7	ESTRUCTURA Y PRESENTACIÓN INFORMES DE EVALUACIÓN.....	23
8	EQUIPO EVALUADOR.....	25
9	PREMISAS DE LA EVALUACIÓN, AUTORÍA Y PUBLICACIÓN.....	25
10	PLAZOS PARA LA REALIZACIÓN DE LA EVALUACIÓN	26
11	PRESUPUESTO	26
12	DIFUSIÓN.....	26
13	PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTAY CRITERIOS DE VALORACIÓN.....	26

1 INTRODUCCIÓN

1.1 JUSTIFICACIÓN Y RAZONES DE LA EVALUACIÓN.

La FUNDACIÓN DE RELIGIOSOS PARA LA SALUD (en lo sucesivo, FRS), es beneficiaria de un Convenio de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (en lo sucesivo, AECID), concedido en 2018.

La iniciativa de la evaluación se justifica, principalmente por la necesidad de cumplimiento a la normativa AECID en referencia a la realización de una evaluación intermedia por razones de transparencia y rendición de cuentas. Dicha evaluación en convenios de convocatorias desde 2012 no es obligatoria.

La Evaluación debe valorar el grado de avance en el cumplimiento de los resultados esperados, además de otros aspectos que se consideren relevantes según el tipo de Convenio. A este respecto, destacamos la Declaración de París (2005), en la que se consigue crear un consenso alrededor de lo que debe significar la eficacia de la ayuda, se insta a la comunidad internacional a llevar a cabo la ayuda al desarrollo en torno a cinco principios: apropiación, alineamiento, armonización, gestión orientada a resultados y mutua responsabilidad.

La Cooperación Española asume y aplica el contenido de tal Declaración (compromisos reforzados en la Agenda de Acción de Accra, en 2008) sobre eficacia de la ayuda, entre otros, mediante la puesta en marcha de evaluaciones a través de una clara definición de los objetivos que se persiguen con éstas, la implementación de mecanismos para promover la participación de los distintos agentes y garantizar la calidad de sus resultados así como la introducción de criterios de armonización y alineamiento derivados de La Declaración sobre Eficacia de la Ayuda

Por otra parte, para la Fundación de Religiosos para la Salud (en lo sucesivo, FRS) la realización de evaluaciones en todas sus intervenciones es esencial por cuanto consideran que los resultados de éstas representan una herramienta de trabajo de gran valor con las siguientes finalidades:

- Conocer la relación existente entre los resultados teóricamente previstos o esperados y los que efectivamente se van logrando, y valorar cómo éstos están contribuyendo al logro del objetivo específico.
- Poner de relieve las fortalezas y debilidades de la estrategia puesta en marcha y la desviación y ajuste del diseño de la intervención en el marco de las estrategias y prioridades internacionales, y, sobre todo, nacionales y locales.
- Perspectivas de sostenibilidad.
- Conocer fortalezas y debilidades del sistema de gestión aplicado.
- Incrementar la transparencia vis a vis de las poblaciones con las que se trabaja, las autoridades locales, los donantes y FRS.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA EVALUACIÓN

En línea con lo expuesto, el objetivo fundamental de esta evaluación es valorar el grado de avance en el cumplimiento de las actividades y su incidencia en los resultados esperados de la intervención, así como establecer recomendaciones en torno al diseño de la intervención y su ejecución hasta el momento y su incorporación y aplicación para la corrección de posibles desviaciones y/o reajustes en el curso de la intervención de cara al segundo tramo de la intervención.

El proceso debe hacer un énfasis especial en la evaluación de la calidad de los procesos de ejecución y el ajuste del diseño. Las recomendaciones de la evaluación serán utilizadas por FRS y por su socio local para mejorar la segunda parte de la intervención en cuanto a su pertinencia, eficacia, eficiencia, viabilidad, coherencia y alineamiento.

Como beneficio adicional, que redundará en el aprendizaje de la organización y en la mejora estructural de su calidad dado que consideramos que varias de las recomendaciones que aporte la Evaluación podrán ser aplicables a las intervenciones de FRS en general.

La cobertura de esta evaluación abarca el conjunto de las acciones correspondientes a la mitad de la intervención recogida en el convenio de AECID 2018-CO1-1173: "Mejora de la atención sanitaria y el cumplimiento del derecho a la salud a través del fortalecimiento de la gestión distrital, el sistema de información sanitaria y las capacidades del personal de salud del Sistema Nacional de Salud de Atención Primaria de Salud, Guinea Ecuatorial."

El Informe de evaluación será utilizado por:

- a) Personal de FRS, en sede y terreno
- b) Personal de la Agencia Española de Cooperación Internacional al Desarrollo (AECID) y en especial de sus Oficinas Técnicas de Cooperación,
- c) Socios locales de las intervenciones en el área.
- d) Personas beneficiarias o principales afectadas por la intervención.

Esta evaluación tiene como objetivos específicos comunes a todos los Convenios y proyectos:

- Revisar la coherencia interna del Convenio en cuanto al diseño de la intervención, proponiendo un posible reajuste, en el caso de ser necesario.
- Identificar posibles desviaciones en la ejecución y estrategia del convenio tras el análisis de los criterios y grado de cumplimiento de los resultados esperados.
- Acreditar el grado de mejora de la calidad del sistema de salud atribuible al convenio valorando el grado de mejora de la gestión de los equipos de salud distrital estimando su impacto en la mejora de la salud de las personas de cada distrito.

- Verificar el grado de participación e implicación del socio local, el Ministerio de Salud y Bienestar Social, y de la población directamente afectada por la intervención.
- Identificar el valor añadido introducido por ciertas intervenciones en el marco global del convenio.
- Facilitar la elaboración de una estrategia que indica en la sostenibilidad de los resultados que se vayan alcanzando por el convenio.
- Determinar, con el equipo del convenio, los beneficiarios y las contrapartes, las dificultades y lecciones aprendidas en el marco del desarrollo del convenio.
- Identificar logros o posibles resultados no esperados.

1.3 EXPECTATIVAS DE LA EVALUACIÓN

Se trata de la evaluación de todas las actuaciones llevadas a cabo hasta la fecha de manera individualizada de manera que se pueda tener una visión del Convenio, de lo particular a lo general. Será presentado un cuadro comparativo del grado de cumplimiento de los resultados subrayando en la matriz aquellas prácticas destacables que den un valor añadido a una intervención en particular en relación a las demás acciones y al global del convenio.

La evaluación servirá para:

- Por una parte, rendir cuentas al donante, a través de una opinión externa sobre el Convenio de referencia.
- Por otra parte, se espera una relación de conclusiones y recomendaciones por el equipo evaluador para mejorar la ejecución, calidad y sostenibilidad del Convenio.
- Será presentada por el equipo evaluador una relación de recomendaciones para mejorar el diseño, la ejecución, calidad y sostenibilidad del Convenio.

1.4 TIPO DE EVALUACIÓN

Se trata de una evaluación intermedia externa de Convenio.

Si bien la evaluación se configura como externa para la garantía de la objetividad e imparcialidad, se contará con el apoyo del personal técnico de FRS que conozcan el objeto de evaluación y su contexto.

De este modo, se garantiza la adecuación del proceso evaluativo a la realidad a evaluar, como se apuesta en el V Plan Director de la Cooperación Española 2018 – 2021 -fomentando la toma de decisiones basada en la evidencia, reforzando la cultura del aprendizaje y facilitando el acceso al conocimiento generado mediante sistematizaciones y ordenación de conclusiones-, de modo que se vea fortalecido el sistema de seguimiento y evaluación de la intervención.

En este sentido, queremos destacar que se respetan los principios de imparcialidad e independencia.

2 ANTECEDENTES

2.1 CONTEXTO

En la actualidad Guinea Ecuatorial ocupa el puesto 141 entre los 188 países que forman el Índice de Desarrollo Humano, formando parte de los Países de Desarrollo Medio.

Sus indicadores de salud distan significativamente de esta situación. Con una esperanza de vida de 57,9 años (principal indicador de la situación de salud), Guinea Ecuatorial se posiciona en el puesto 174, una de las más bajas del ranking. Países como la República Democrática del Congo o Afganistán mejoran la perspectiva de vida de sus ciudadanos.

Uno de los mayores frenos del país es su alto índice de desigualdad. Si bien Guinea Ecuatorial no reporta el coeficiente Gini en los últimos datos del Informe del PNUD para el Índice de Desarrollo Humano (IDH), coeficiente que supone una medida de la desigualdad e ingresos y/o riqueza, el país si arroja datos sobre el índice de desigualdad de la esperanza de vida. Dicho indicador analiza la duración esperada de la vida utilizando el índice de desigualdad de Atkinson (una medida de desigualdad de la renta). Dicha cifra sitúa a Guinea Ecuatorial en el 12 puesto empezando por abajo, países con Angola o Mauritania, mejoran al país en esta desigualdad. La población guineana se caracteriza por ser un 2% población rica o de altos ingresos, un 18% de la población de ingresos medios y el 80% de su población con escasos recursos y muchas limitaciones.

La OMS afirma como derecho fundamental de todo ser un mano “el derecho al goce del grado máximo de salud”. Así mismo afirma que entender la salud como un derecho humano genera para los Estados la obligación jurídica de asegurar el acceso oportuno, aceptable y asequible a la atención de salud de calidad suficiente, priorizando a la población más necesitada en busca de una mayor equidad. Dicho principio está recogido en la Agenda 2030. Fortalecer al Ministerio de Salud y Bienestar Social para lograr una mejora en la calidad de atención de salud en todos los distritos sanitarios de salud, donde vive la población desfavorecida, es la principal meta del presente convenio.

En Guinea Ecuatorial existen tres sistemas de salud: El Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSESO), el cual gestiona sus propios recursos y servicios sanitarios para aquella personas que cotizan en la Seguridad Social; la Red Privada de Salud a la que accede toda aquella persona con recursos para pagar servicios (únicamente un 4,7% de la población cuenta con seguros privados); y el Sistema Nacional de Salud (MINSABS), sistema dirigido a aquellas personas sin recursos ni seguridad social, “el sistema de los pobres”.

El Sistema Nacional de Salud, cuenta con una red de 2 Hospitales Regionales (Bata y Malabo), 4 Provinciales (Luba, Mongomo, Ebibeyin y Evinayong) y 12 Hospitales Distritales (cabeza de cada uno de los distritos, a excepción de Bata y Malabo en los que el Hospital General asume esa función) y 42 Centros de Salud repartidos por todo el país. Además, cada poblado cuenta con un puesto de salud, aunque muchos de ellos están inoperativos. El MINSABS divide en sistema en tres niveles: Primer Nivel (los puestos de Salud), Segundo Nivel (los Centros de Salud) y Tercer nivel (los Hospitales). En los dos primeros niveles es donde se despliega la APS y en el tercero la atención especializada y hospitalaria. Si bien es cierto que los Hospitales Provinciales y Distritales asumen también Atención Primaria de Salud en los municipios en los que están, siendo una pieza clave para el Sistema de APS.

Los Centros de Salud están asistidos y en su mayoría dirigidos por personal de enfermería, aunque algunos cuentan con el refuerzo de médicos de la cooperación cubana, quienes soportan el peso médico-sanitario del centro. Los Puestos de salud están asistidos por agentes de salud, personal paramédico, formado de forma empírica (en el Convenio 7-C1-509, FRS desplegó una profunda formación sanitaria para los agentes de salud, creando manuales formativos específicos e instaurando un examen de conocimientos para habilitar su ejercicio. Desde entonces ningún agente de salud ha sido actualizado ni formado). Muchos puestos de salud están obsoletos dada la mejora de la comunicación y el transporte a los centros de Salud y la elevada migración a los núcleos urbanos. No obstante, señalamos la importante labor de otros puestos de salud que son necesarios en zonas de todavía de difícil acceso, y que muchos de ellos han quedado abandonados.

En los Hospitales Distritales cabeza de distrito es donde aparece por primera vez la figura de médicos generalistas, pediatras y ginecólogo. En los Hospitales Regionales es donde se despliegan todas las especialidades y concentran en Malabo y Bata toda la atención hospitalaria especializada. Por ejemplo, quirófanos obstétricos con cirujanos especializados sólo existen en el Hospital Regional de Bata y el Hospital Regional de Malabo, allí se centralizan todas las cesáreas y partos de riesgo.

Para recibir atención sanitaria, la entrada es directa y a demanda. Los pacientes se dirigen directamente al servicio que ellos consideran oportuno y allí son atendidos. Sus consultas y atenciones no son registradas, no existiendo historias clínicas, por lo que el paciente puede ir a varios recursos sin "dejar huella". No existen sistema de referencia ni contrareferencia ni historiales clínicos, lo que colapsa los hospitales generales, impide el seguimiento de los pacientes y encarece significativamente el sistema, siendo menos efectivo y eficiente.

El sistema cuenta con un total de 140 médicos generales para APS, 72 en los Hospitales Regionales de Bata y Malabo, 10 en el HD de Ebibeyin y 6 en el HD de Mongomo. En los demás distritos hay una media de 3-4 médicos contando con las Brigadas Médico Cubanas. La mayoría se ubica en los Hospitales Distritales.

Además, existen 265 enfermeras y Diplomadas Universitarias en Enfermería, de las que 158 se ubican en los Hospitales Regionales de Bata y Malabo para APS (entre 8 y 9 por distrito, repartidas en los Hospitales y Centros de Salud). Y 937 auxiliares de enfermería, 317 entre Bata y Malabo, lo que supone una media de 38-39 por distritos, repartidos en los HD y CS.

2.2 EXPERIENCIA DE FRS

El recorrido realizado por las congregaciones religiosas socias ha ido de la mano de FRS desde su llegada al País. Su trabajo inicia en 1980, en el marco de un acuerdo de cooperación sanitaria suscrito por el Gobierno Guineano y el Español. Este inicio, supuso la puesta en marcha de un ambicioso programa de atención primaria de salud y asistencia hospitalaria en Guinea Ecuatorial en cuyo marco se constituye FRS (en un inicio FERS) para apoyar y sostener este proceso. Entre 1995-2001, las distintas congregaciones junto a FRS ejecutaron una intervención con el objetivo de Apoyar el proceso de desarrollo de la Atención Primaria de Salud (APS) y la asistencia Hospitalaria. A partir de 2001 y hasta 2004, las congregaciones se retiran de los hospitales, para centrar su acción en el desarrollo de la Estrategia Nacional de Salud de Atención Primaria, que conllevó en este periodo la ejecución del Programa de la AECID - 01-PR1-003 y su continuidad en 2004-2007, 04-PR2-001. A partir de 2007, las congregaciones y FRS estrechan el trabajo conjunto con el Ministerio de Sanidad y Bienestar Social, inicia un periodo de mejora del funcionamiento de los centros de salud y puestos de APS, a través de los proyectos financiados por la AECID: 07-PR1-083 y 07-PR1-093. Este recorrido se culminó con el Convenio de desarrollo 07-CO1-010, nombrado anteriormente, que comienza a poner el acento en el fortalecimiento institucional del Ministerio y pone los cimientos en las líneas de actuación que en la actualidad continúan desarrollándose. El primer impulso se llevó acabo en el marco del Convenio 14-CO1-509, que ha supuesto el empuje decisivo para la implementación de un Sistema de Información Sanitaria informatizado, homologado e internacional, la real operativización de los distritos sanitarios y la renovación de la Estrategia de Atención Primaria de Salud. La presente intervención pretende consolidar los logros conseguidos, y empoderar al personal del MINSABS para el mantenimiento, desarrollo y asesoramiento de su propio sistema y equipos.

3 LÓGICA DE LA INTERVENCIÓN

3.1 OBJETIVOS y RESULTADOS

El convenio se encuentra dividido en 4 períodos de planificación anual (PAC) que corresponden a los 4 años de duración. Cada PAC comienza el 1 de enero de cada año y finaliza el 31 de diciembre. Sólo la PAC 1 se inició el 1 de abril de 2019 y finalizó el 31 de diciembre de 2019.

OBJETIVO GENERAL. Mejorada la situación de salud de la población ecuatoguineana y el cumplimiento de su derecho a la misma, con especial atención a la de mayor vulnerabilidad y a las mujeres.

OBJETIVO ESPECÍFICO. Población Ecuatoguineana, con especial atención a la de mayor vulnerabilidad y a las mujeres, acceda a una atención sanitaria integral de calidad suficiente, oportuna y asequible del Sistema Nacional de Salud en APS.

De los Derechos Humanos presentes en el Convenio es fundamentalmente el derecho a la salud.

Resultados Esperados (R) y actividades programadas (A):

Resultado 1. Los programas de salud, los planes de salud pública y la vigilancia epidemiológica se realizan en base a datos sanitarios fiables y de calidad y cuentan con las capacidades locales necesarias para mantener y desarrollar el sistema

Actividad 1.1. Apoyo implementación del software y hardware del SIS

Actividad 1.2. Formación al personal vinculado al SIS

Actividad 1.3. Apoyo a la incorporación de los programas verticales en el SIS

Resultado 2.- Los Distritos sanitarios gestionan los recursos y programas de salud en APS de manera eficaz y eficiente

Actividad 2.1. Reunión Anual Distrital

Actividad 2.2. Reunión Anual Provincial

Actividad 2.3. Reunión Anual APS

Actividad 2.4. Fortalecimiento Capacidades MINSABS

Actividad 2.5. Asesoría Sanitaria Distrito

Actividad 2.6. Stage España 3 personas

Actividad 2.7. Edición Manual y Materiales

Resultado 3.- El personal de Salud, en APS, mejora su competencia clínica, preventiva, de promoción de salud y de gestión

Actividad 3.1. Evaluación Necesidades Formatias APS P-CAT

Actividad 3.2. Formación Delegados de Salud

Actividad 3.3. Formación Directores Distrito/Hospita

Actividad 3.4. Formación Jefes Médicos curso primer año

Actividad 3.5. Formación permanente Jefes Médicos

Actividad 3.6. Bolsa formación para Distritos

3.2 PRESUPUESTO GENERAL DEL CONVENIO.

El presupuesto total del Convenio para los cuatro años es de 2.595.000 € de los cuales la cantidad subvencionada por la AECID es de 2.500.000 €. Los fondos propios ONGD 19.000 € y otras aportaciones 76.000 €.

Presupuesto resumen años (en euros).

	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	TOTAL
AECID	550.535	689.605	719.465	540.395	2.500.000
APORTES	23.750	23.750	23.750	23.750	95.000
	574.285	713.355	743.215	564.145	2.595.000,00

3.3 POBLACIÓN BENEFICIARIA.

Los beneficiarios últimos de la acción es la población general de Guinea Ecuatorial, quién se beneficiará en primera persona de la mejora del Sistema Público de Salud. Entre ella destacamos las personas de menos recursos, ya que es la que realmente accede a los centros de salud del MINSABS. Los centros de Salud y Hospitales gestionados por el INSESO (Instituto de la Seguridad Social) o los privados no son competencia del Ministerio de Salud.

Según la ESDGE de 2011, el país cuenta con un total de 1.014.999 habitantes, de los cuales 513.612 son mujeres. De dicha población el 38,8% sería urbana frente a 61,2% de población rural. Así mismo, el 76,8% viviría bajo el umbral de la pobreza (PNUD 2013). Se estima que el 2% pertenece a colectivos de vulnerabilidad sanitaria.

De esta población ponemos el foco en este porcentaje de población de mayor vulnerabilidad sociosanitaria, cuyo derecho a la salud está altamente vulnerado. Entre ella destacamos: población con enfermedad crónica (principalmente hipertensos, epilépticos y diabéticos), problemas de salud mental, personas afectadas por VIH/SIDA, discapacitados/as, anemia deprimocítica, infancia con desnutrición y personas mayores

Nuestro colectivo meta, receptor directo de las actividades del convenio, que es además titular de responsabilidades y de obligaciones, es el personal del Ministerio de Salud y Bienestar Social a nivel periférico-distrital y a nivel central bajo un enfoque de Atención Primaria de Salud. El Ministerio de Salud y Bienestar Social (MINSABS) es el principal titular de obligaciones, pero también es el principal socio de la intervención.

Fortalecer al MINSABS para lograr una mejora en la calidad de atención de salud en todos los distritos sanitarios de salud, es la principal meta del presente convenio.

Las instancias del MINSABS involucradas en la presente propuesta son:

- El Viceministerio del MINSABS, El Secretario General, La Dirección General de Salud, la Dirección General de Hospitales y la Dirección General de Farmacia y Medicina Tradicional, todas ellas dirigidas por hombres, salvo la Secretaría General.
- El Director del Gabinete del Viceministro, el Director Nacional del SIS y el Coordinador del Servicio de Epidemiología, el Director Nacional de APS, todos ellos son hombres con una trayectoria de haber prestado servicios muchos años en el MINSABS.
- La Directora del Programa de Vacunación, la Directora del Programa de Salud Reproductiva, la Directora del Programa de VIH-SIDA, todas ellas mujeres con mucha experiencia en haber dirigido diferentes programas en el MINSABS.

En lo que respecta al siguiente nivel, el periférico o distrital, destacamos el total de Centros de Salud y Equipos Distritales de Salud quienes serán los principales beneficiarios de las actividades, pero también los primeros actores de la intervención, siendo los titulares de obligaciones en lo que respecta a la consecución de un verdadero cambio del Sistema Público de Salud que se traslade en una mejora sustancial en la atención a las personas enfermas. En la actualidad hay 42 centros de salud a nivel nacional y 18 Equipos Distritales de Salud. Del grupo de directores únicamente el 26% son mujeres. Además, los Centros de Salud cuentan con una media de personal de 10 a 20 personas, con una división estimada de 70% mujeres por 30% hombres. Por su lado, el país está dividido en 18 Distritos Sanitarios gestionados por los Equipos Distritales de Salud (ESD), los cuales cuentan con 11 directores y 7 directoras. Los ESD están formados por un mínimo de 7 personas, pero hay distritos con hasta 10 personas, de ellas 60% son mujeres y 40% hombres. Entre ellas destacamos a los Jefes Médicos, figura que se ha incorporado de forma reciente y que sumirá un papel fundamental en la presente propuesta. De ellos 8 son hombres y 2 mujeres. Si contabilizamos las direcciones de hospitales, distritos y centros de salud la mayoría de las direcciones están llevadas por hombres. Observando como los porcentajes entre hombres y mujeres se invierten entre los puestos de responsabilidad y dirección y los puestos de menor cualificación y menor retribución.

El colectivo meta está formado por un total de 1.802 personas de las que 1.238 serían mujeres y 564 hombres (en la Línea de Base se confirmará la distribución entre hombres y mujeres).

La propuesta se ha elaborado de la mano del total del colectivo meta, teniendo en cuenta el conocimiento atesorado en los años de trabajo conjunto precedentes y el análisis de los documentos de trabajo que son los Planes Operativos Anuales (POA) y las presentaciones precedentes de los sucesivos encuentros de APS.

3.4 SOCIO LOCAL

El socio local del convenio es el Ministerio de Sanidad y Bienestar Social (MINSABS). Las Direcciones y áreas de salud implicadas son principalmente la Dirección Nacional de Atención Primaria de Salud (APS) y áreas relacionadas como la DN de Formación y Recursos Humanos, el Servicio de Vigilancia Epidemiológica y los Sistemas de Información Sanitaria (SIS), todas ellas englobadas en la DN de Salud Pública y Planificación Sanitaria; las delegaciones regionales y provinciales y los Equipos de Salud Distrital. En cuanto al ámbito territorial de la colaboración se incluye de manera principal los servicios centrales del MINSABS y los Distritos Sanitarios (DS).

3.5 ALCANCE DE LA EVALUACION

Alcance Temporal: La evaluación corresponde al periodo que abarca desde el 1 de abril de 2019 hasta el 31 de marzo de 2021.

Alcance Geográfico: La evaluación es de alcance nacional. Las oficinas y centros de coordinación centrales están ubicados en Bata y Malabo, pero las actividades se despliegan por todo el país

Alcance Institucional: Se analizarán las alianzas, implicaciones y capacidades adquiridas por los beneficiarios institucionales.

Alcance Conceptual: La evaluación analizará el manejo de los conceptos del convenio que son el marco de cada uno de los objetivos abordados. Es importante saber cómo se han manejado y cuál es el grado de apropiación de estos conceptos, así como el grado de replicabilidad que se puede alcanzar en otras zonas del país.

4 ÁMBITO DE LA EVALUACIÓN Y ACTORES IMPLICADOS

El ámbito de actuación conjunto es principalmente la Atención Primaria de Salud (APS) y áreas relacionadas como la DN de Formación y Recursos Humanos, la Epidemiología y los Sistemas de Información Sanitaria (SIS), todas ellas pertenecientes a la D.G: de Salud Pública y Planificación. En cuanto al ámbito territorial de la colaboración se incluye de manera principal los servicios centrales del MINSABS y los Distritos Sanitarios (DS).

El ámbito de trabajo será Guinea Ecuatorial, siendo de alcance nacional, existiendo dos centros de coordinación: Malabo y Bata. Se examinarán y analizarán todas las bases documentales disponibles y se procederá a realizar reuniones con responsables de FRS, tanto del nivel organizativo de la Fundación como del operativo, relativo a las actividades desarrolladas por el Convenio.

Aunque los resultados, y las actividades, establecidos en el convenio no pretenden otorgar beneficios exclusivos por razones de género, sí persiguen la finalidad de empoderar los roles locales establecidos, respetando su aspecto social-cultural, en aras de evitar situaciones de desigualdad, situaciones de conflicto y contrarias a sus intereses y derechos.

4.1 DOCUMENTOS Y FUENTES DE INFORMACIÓN

DOCUMENTO	CONTENIDO	UBICACIÓN
Convenio Convenio 18-CO1-1173.doc	Ficha del convenio FRS-AECID 2018-2021. LB	Sede en terreno
Matriz de planificación MATRIZ DE PLANIFICACION 18-CO1-1173.doc	Matriz de planificación del convenio FRS-AECID	Sede en terreno
Informes de seguimiento Informe Seguimiento PAC I y PAC II .doc.	Informes de seguimiento de los PAC I, II	Sede en terreno
Informe económico PAC I y PAC II.	Último informe económico	Sede en terreno
Convenios de Colaboración, Compromisos de instituciones oficiales o privadas.	Memorandos firmados. Cartas y testimonios organismos y beneficiarios.	Sede en terreno
Estudios e informes realizados,	Informes técnicos y/o profesionales. Documentación de los inmuebles.	Sede en terreno
Folletos, planos, esquemas de actividades, construcciones, material didáctico elaborado, etc. Planes estratégicos y sectoriales del gobierno	Documentación existente	Sede central y campo

Además de estos documentos, el equipo evaluador podrá solicitar cualquier otra documentación existente y/o producida que aporten datos y pruebas sobre la realización de las actuaciones comprometidas, la consecución de los resultados y el alcance de los objetivos propuestos. En definitiva, toda la documentación que ayude a la comprensión del convenio y su grado de realización.

4.2 AGENTES IMPLICADOS

Informantes Clave:

- Responsables de FRS en sede Madrid
- Responsables de FRS en su sede en Guinea Ecuatorial/Contraparte local.
- Responsables de la OTC de la AECID en Guinea Ecuatorial.
- Coordinador de proyecto en terreno y técnicos/as responsables de las acciones en cada área de intervención
- Responsables distritales de los programas de la intervención.
- Representantes en terreno de los distintos niveles del MINSABS y sanitarias locales que pudieran existir (Equipos de Salud Distrital, Delgados regionales y continentales, centros de salud, etc.)
- Representantes de la población beneficiaria y de los colectivos técnicos implicados (trabajadores sector salud, etc.)
- Otras organizaciones activas en los mismos ámbitos geográficos de intervención.
- Comité de Seguimiento.

Funciones:

- Facilitar la participación de actores
- Aprobar documentos
- Facilitar información
- Participar en la difusión y ayudar a la misma

4.3 COMITÉ DE SEGUIMIENTO

El Comité de seguimiento de la evaluación estará formado por las siguientes personas:

- Director de FRS
- Coordinadora de convenio en sede España
- Coordinador de convenio en Guinea Ecuatorial
- Representantes del MINSABS en Terreno

- AECID
- Técnicos de AECID en terreno (OTC)

Funciones:

Tendrá como cometidos el velar porque el proceso evaluativo se realiza según lo establecido, impulsar y liderar el diseño de la evaluación, coordinar y supervisar la calidad del proceso, así como realizar la licitación y contratación del equipo evaluador.

Finalizada la misma llevará a cabo la difusión de resultados y la puesta en marcha de las recomendaciones surgidas de la evaluación, para lo cual el/la evaluadora o equipo de evaluación deberá presentar una **metodología de difusión de resultados y un documento específico de recomendaciones**.

El equipo en el terreno facilitará las entrevistas y encuentros que sean necesarios con beneficiarios, grupos de interés y socios locales.

5 CRITERIOS Y PREGUNTAS DE EVALUACIÓN

Los presentes criterios guiarán el proceso de evaluación. Siendo importantes todos ellos para obtener resultados válidos, se priorizarán según el orden establecido a continuación:

PERTINENCIA: Preguntas referidas a la adecuación de la intervención al contexto. Se trata de la adecuación de los objetivos y resultados al contexto en que se realiza, ello incluye su adecuación a los problemas y necesidades de la población beneficiaria, las políticas existentes y otras actuaciones sinérgicas.

- ¿Corresponde el proyecto con las prioridades y necesidades de la población beneficiaria y del socio local, MINSABS?
- ¿De qué manera han cambiado las prioridades del socio local desde la definición del Convenio?
- De acuerdo con esas prioridades del socio local y con la implementación de convenios anteriores en lo que respecta al Fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud, ¿correspondería dar continuidad a la intervención con otras similares en otros Departamentos? ¿En cuáles?
- ¿En qué medida y aspectos han cambiado las condiciones generales en la la población en la gestión distrital y central de la APS?
- ¿Cómo se ha adaptado la programación y ejecución del Convenio a dichos cambios y a otros posibles acaecidos?

- ¿En qué medida y aspectos han cambiado las condiciones generales y las prioridades sectoriales en el país?
- ¿Tiene en cuenta el convenio y se ajusta al total de las necesidades de las mujeres? ¿En que medida ha tenido en cuenta sus necesidades, prioridades e intereses en la articulación del sistema público de salud?
- ¿El alcance de la ejecución del proyecto, particularmente las actividades de sensibilización, están incorporando las necesidades e intereses específicos de todos los colectivos, subrayando la inclusión de los colectivos de mayor vulnerabilidad socio-sanitari?
- ¿Existen prácticas específicas en el Convenio que representen un valor añadido al trabajo habitual de FRS en Salud Pública?
- ¿Se han identificado problemas que no estén contemplados en la ejecución del Convenio? ¿Que acciones se han desarrollado para responder a éstos?

COBERTURA: Preguntas referidas a los colectivos atendidos. Grado de disfrute de los efectos del proyecto por parte de los grupos desglosados de los beneficiarios (por género, grupo étnico, socioeconómico, cultural, etc.).

- ¿Llega el convenio a la población objeto del mismo y a todos los colectivos destinatarios? ¿Existen conocimiento, accesibilidad y aceptación del convenio por parte de las mujeres y hombres usuarios potenciales y reales?
- ¿Se encuentran identificados e incluidos los grupos más vulnerables dentro de la población Titular de Derechos del convenio? ¿se han diseñado medidas específicas para garantizar su conocimiento, accesibilidad y continuación de la intervención?
- ¿Se han establecido mecanismos para facilitar a los beneficiarios, titulares de derechos y de responsabilidades, el acceso a las actividades y los servicios de intervención? ¿Ha encontrado dificultades la población destinataria para acceder a las actividades de la intervención?
- ¿En que medida las actividades están llegando a todos los públicos y colectivos destinatarios y a los más vulnerables? ¿Su alcance está llegando tanto a hombres y mujeres?
- ¿Cuál es la percepción de los beneficiarios directos acerca de los logros obtenidos y del papel que desempeñan en su consecución?

EFICIENCIA: Preguntas referidas a la asignación óptima de los recursos del proyecto. Es, además, una medida del logro de los resultados en relación a los recursos que se consumen.

- ¿En qué medida es eficiente el uso de los recursos financieros en la obtención de los resultados?
- ¿Se cuenta con los recursos humanos, técnicos, y materiales necesarios suficientes y adecuados para lograr los resultados?

- ¿En qué medida la participación de los socios locales y los acuerdos de colaboración están contribuyendo a alcanzar los resultados?
- ¿El cronograma de actividades es adecuado a la implementación del Convenio?
- ¿Cuál es la implicación de los responsables del MINSABS en la marcha del Convenio?
- ¿Cuál es el nivel de participación de instituciones locales en el desarrollo del Convenio?
- ¿En qué medida su nivel de participación está contribuyendo a alcanzar los resultados de la intervención?
- ¿Está definido el nivel de participación de los socios en el Convenio?

EFICACIA: Preguntas referidas al grado de consecución de los objetivos.

La evaluación de la eficacia de las intervenciones trata de medir el grado de consecución de los objetivos previstos independientemente de los recursos invertidos.

- ¿Se están alcanzando los resultados previstos? ¿Cuál es el grado de consecución de los mismos?
- ¿Se han logrado otros efectos no previstos en la programación?
- ¿Cómo está contribuyendo el Convenio al aumento de capacidades de el socio local (institucionales, técnicas, comunitarias)?
- Las matriz, actividades e indicadores planteados se ajusta al curso de las actividades y oportunidades de acción planteadas por el MINSABS.
- ¿En qué medida las beneficiarias están satisfechas con el servicio y el trato recibido?
- ¿Están encontrando dificultades los destinatarios de las acciones y actividades desarrolladas por el Convenio para acceder a éstas?
- ¿El socio local del Convenio percibe que éste está produciendo los resultados esperados?
- ¿Está habiendo coordinación entre los distintos agentes relacionados con el Convenio?
- ¿Se consideraron debidamente los riesgos para el Convenio?
- ¿Se está reaccionando con flexibilidad y se han tomado las decisiones adecuadas ante la aparición de riesgos que hayan podido condicionar la ejecución del Convenio?

IMPACTO: Efectos de la intervención / mensurabilidad.

- ¿Se están produciendo efectos negativos o positivos no esperados?

- ¿Se están realizando actividades dirigidas a la socialización de los resultados?
¿el alcance de las actividades de socialización esperado se ajusta a la dimensión del Convenio?
- ¿El sistema de indicadores permitirá medir los impactos positivos previstos?
- ¿Existe información suficiente para la medición de impactos de género?
- ¿Se ha diseñado algún sistema de monitoreo adecuado para la medición de indicadores?
- ¿En caso afirmativo, el diseño del sistema de monitoreo, es adecuado para medir los impactos esperados?

SOSTENIBILIDAD: Preguntas referidas a la viabilidad futura de la intervención.

Puede definirse como el grado en que los efectos positivos derivados del Convenio continúan una vez se ha finalizado el Convenio.

- ¿Se han generado compromisos sólidos con las instituciones titulares de deberes para afianzar los resultados obtenidos con el Convenio?
- ¿Se han dispuesto los mecanismos y procedimientos adecuados para garantizar la disponibilidad de recursos necesarios para el mantenimiento de las actividades?
- ¿Tienen los socios locales capacidad de gestión y económica para dar continuidad a los resultados del Convenio una vez que éste ha terminado?
- ¿Las poblaciones beneficiarias, especialmente los colectivos más vulnerables identificados podrán seguir beneficiándose de las mejoras introducidas una vez finalizado el Convenio?
- ¿Qué factores en el diseño, implementación y desarrollo del Convenio contribuyen a su sostenibilidad?
- ¿De qué manera los otros actores sociales contribuyen a la sostenibilidad del Convenio?
- ¿El rol de FRS en los procesos de fortalecimiento institucional esta siendo el adecuado?
- ¿Qué nivel de participación tienen las mujeres en la toma de decisiones sobre salud en los distintos espacios de decisión?
- ¿La situación de salud de las mujeres forma parte de la agenda en los distintos espacios de decisión?
- ¿Está abordando el Convenio las causas estructurales que impiden o dificultan el acceso a la salud de la población?

APROPIACIÓN: Preguntas referidas al liderazgo de los socios locales.

Valora hasta qué punto las instituciones ejercen un liderazgo efectivo sobre sus políticas y estrategias de desarrollo, lo que implica la coordinación de las actuaciones de los donantes.

- ¿En qué medida ha y están participando los socios locales en el diseño, gestión, desarrollo/ejecución, seguimiento, y evaluación de la intervención?
- ¿En qué medida han participado los beneficiarios directos en todo el proceso?
- ¿En qué medida la iniciativa está siendo asumida por el socio local y socios locales?

ARMONIZACIÓN: Preguntas referidas a la coordinación entre actores donantes.

- ¿Existen otras entidades gestoras y organismos donantes o de cooperación que operen en el mismo territorio, sector o población?
- ¿Se han identificado mecanismos de coordinación y establecido sinergias con esos posibles otros actores activos en el mismo ámbito geográfico y de intervención?
- ¿Cuál ha sido el resultado y en qué medida éste ha contribuido a mejorar los logros?
- ¿Se han realizado reuniones de coordinación con los diferentes estamentos y niveles de decisión de las autoridades departamentales/locales?
- ¿Cuál ha sido el resultado de las reuniones en términos de garantizar la armonización de las acciones y su integración en líneas de acción coherentes con las estrategias del país?

ALINEAMIENTO: Adecuación a planes de desarrollo y políticas públicas.

- ¿Se han tenido en cuenta el Documento País de la AECID en el planteamiento y ejecución del Convenio?
- ¿Se han tenido en cuenta los planes de desarrollo y las políticas públicas departamentales y locales?
- ¿Se aprovechan las sinergias entre los distintos financiadores y sus prioridades en el marco de la intervención?

ASPECTOS METODOLÓGICOS: Otras preguntas relacionadas con la intervención.

- ¿Han sido correctamente identificados los factores externos (situaciones que pueden favorecer y/o riesgos que pueden condicionar la ejecución esperada o correcta de las actividades)? ¿Cómo han evolucionado?
- ¿En la formulación de los programas, existen indicadores que sean útiles para analizar el proceso en una evaluación de medio término y el impacto en una evaluación final?

- ¿Qué cambios habría que implementar en los indicadores para posibilitar el análisis del proceso al finalizar la intervención?

COHERENCIA: Preguntas referidas al nivel de nivel de análisis del diseño de la intervención.

Valora la articulación de los objetivos de la intervención con los instrumentos propuestos para lograrlos y su adecuación a los problemas.

- ¿Se corresponden los problemas identificados con los objetivos propuestos?
- ¿Se ha definido correctamente la estructura de objetivos, resultados y actividades de la intervención?
- ¿Son adecuadas las actividades programadas para lograr los objetivos de la intervención tanto a nivel de Convenio como de cada actuación?
- ¿El diseño de la intervención fue adecuado? Si no lo fue ¿se ha ido adaptando y mejorando?
- ¿Los indicadores están bien definidos?
- ¿Se elaboraron estudios de base? Si no se elaboraron ¿se están haciendo ahora? ¿Qué utilidad están teniendo? ¿Son adecuados? ¿Qué mejoras serían necesarias?
- ¿Fue diseñado un sistema de seguimiento y monitoreo regular de la ejecución?, ¿Ha sido implementado?,
- ¿En todo caso, la sistemización de seguimiento establecida por la FRS es adecuada de acuerdo a las necesidades de retroalimentación y niveles de coordinación necesarios para la correcta ejecución del Convenio?

6 METODOLOGÍA Y PLAN DE TRABAJO

La fundación FRS propone la siguiente metodología, que podrá ser adaptada o modificada en función de las propuestas concretas ofertadas por los/as consultores/as. Se espera que el equipo evaluador realice:

- Revisión y análisis de la documentación in situ relacionada con el convenio: acuerdos de colaboración, formulación y anexos, informes de seguimiento, registros propios y memorias o informes de organismos públicos.
- Entrevistas con responsables de proyectos en la sede central y en el terreno.
- Entrevistas semi-estructuradas con informantes clave.
- Grupos de discusión con beneficiarias y beneficiarios directos.
- Observación directa.
- Otras técnicas de investigación social.

- Evento de devolución provisional de resultados con Socios Locales y Personal en Terreno una vez finalizado el trabajo de campo.
- Resultados preliminares.
- Resultados Finales.

Plan de Trabajo:

La propuesta de plan de trabajo de la evaluación es la siguiente, siendo susceptible de modificación, y/o pormenorización una vez seleccionada la propuesta adjudicataria.

FASE DE GABINETE (abril-mayo aproximadamente)

Elaboración de las herramientas para la recopilación y proceso de los datos, identificación y entrevista a los informantes clave en las sedes y preparación del trabajo de campo. En esta fase el equipo de evaluación conocerá y analizará la documentación referida y elaborará el informe de gabinete.

ORGANIZACIÓN Y ESTRUCTURACIÓN DEL PLAN DE TRABAJO (30 días aproximadamente).

- En una primera fase se realizarán sesiones de trabajo entre el equipo evaluador y el equipo de FRS en Madrid y Malabo-Bata, con el fin de planificar y concretar las distintas fases del plan de trabajo de la evaluación.
- Revisión y detalle del PLAN DE TRABAJO propuesto de forma conjunta.
- Elaboración de las herramientas metodológicas. El equipo evaluador presentará a FRS la propuesta metodológica y las herramientas a utilizar, las cuales serán definidas conjuntamente.
- Identificación de la información y datos necesarios, y disponibilidad.
- Identificación de los informantes para las entrevistas, y disponibilidad.
- Identificación de los desplazamientos y logística para la optimización de las visitas durante el trabajo de campo.
- Calendarización y organización final del plan de trabajo en función de los parámetros anteriores. Preparación del trabajo de campo.

RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN EN SEDE DE FRS. (15 días aproximadamente)

Revisión y análisis de toda la documentación disponible en la sede de FRS en Madrid y Bata.

Entrevistas a los informantes clave en sede.

Elaboración del informe de gabinete.

FASE DE TRABAJO DE CAMPO (junio-julio).

En este periodo se deberán visitar las oficinas de Malabo y Bata, así como a nuestro socio local, en el Ministerio Central en Malabo y la Delegación Regional en Bata y la Oficina Técnica de Cooperación de la AECID en Malabo, y todas las zonas de intervención, con el objetivo de recoger la información necesaria para responder a las preguntas formuladas. El trabajo de campo se realizará de acuerdo a la metodología señalada en el apartado 6.

- Revisión y análisis de toda la documentación disponible en terreno (oficinas de FRS y socios locales).
- Entrevistas a los informantes clave en terreno,
- Visitas y observación *in situ* en los lugares de desarrollo de las acciones que componen el convenio.
- Talleres de presentación de resultados preliminares con los responsables de acción de FRS, socios locales y autoridades e instituciones implicadas.

ELABORACIÓN DE RESULTADOS PRELIMINARES (30 días aproximadamente).

- Elaboración y presentación del informe preliminar.
- Taller de restitución de resultados preliminares con el personal responsable de FRS en Madrid.
- Realización de adaptaciones, correcciones y ampliaciones necesarias en coordinación con los equipos de FRS.
- Elaboración del borrador del informe final y discusión de los contenidos del mismo con FRS y AECID.

FASE DE ELABORACIÓN DEL INFORME FINAL (agosto-15 de noviembre aproximadamente).

- Elaboración del Informe final de la evaluación intermedia.
- Presentación y entrega de copias a FRS.
- Taller de devolución de resultados finales con los responsables de acción de FRS, socios locales y autoridades e instituciones implicadas.

CRONOGRAMA		meses									
		feb	mar	abr	may	jun	jul	ago	sep	oct	nov
Publicación de TdR. Recepción y evaluación de propuestas											
Presentación TDR y equipo evaluador a AECID											
Aprobación de propuesta por parte de AECID											
Fase de gabinete	Revisión documentación y entrevistas a informante clave en sede										
	Afinamiento herramientas metodológicas										
	Elaboración y presentación del informe de gabinete										
	Preparación trabajo de campo										
Fase de trabajo de campo	Trabajo de campo										
	Talleres presentación resultados preliminares										
Fase redacción de informes	Redacción informe preliminar										
	Retroalimentación										
	Presentación Informe Final										
	Devolución de resultados										

Productos esperados:

- 1) *Informe de gabinete* (matriz de evaluación, calendarización de la fase de campo, metodología a emplear en la fase de campo, etc).
- 2) *Informe Borrador (preliminar)*: deberá contener los aspectos claves de la evaluación realizada y una primera valoración de las preguntas y criterios planteados. FRS hará los comentarios oportunos a este borrador para consensuarlo. Este proceso puede generar más de una versión del informe borrador.

- 3) *Informe final*. Documento definitivo que debe responder a todas las cuestiones planteadas por el equipo evaluador.
- 4) *Presentaciones de los informes finales*: se realizarán dos presentaciones de los resultados (preliminares y finales) en las fechas ya especificadas.

Se espera que los evaluadores:

- Realicen una revisión de las preguntas planteadas, así como de los criterios elegidos.
- Un perfeccionamiento de las herramientas para la recopilación y proceso de los datos.
- Identificación y entrevista a los informantes clave en las sedes y la preparación del trabajo de campo.
- Durante el trabajo de campo se deberán programar y realizar reuniones de devolución de resultados preliminares con los distintos organismos vinculados con la intervención, incluyendo a las autoridades e instituciones contraparte del país en cuestión.
- Taller de presentación de resultados y enseñanzas obtenidas entre los organismos vinculados con la intervención (al menos DN del SIS, DN de APS, DG de Salud Pública y Planificación y OTC, y FRS).

7 ESTRUCTURA Y PRESENTACIÓN INFORMES DE EVALUACIÓN

El informe final de evaluación, así como los borradores previos, serán entregados a FRS y a la AECID, así como a otras organizaciones e instituciones que se considere.

El Informe Final de evaluación no excederá las 60 páginas. Irá acompañado de un Resumen ejecutivo, de un máximo 5-8 páginas. Asimismo, se deberá presentar una ficha-resumen de la evaluación siguiendo el formato establecido por el CAD de la OCDE para el inventario de evaluaciones de esta institución. Deberá aportar todos los anejos que considere oportunos mapas, fotografías y deberá adjuntar los formatos de herramientas de recopilación de información (cuestionarios guías de entrevistas, etc.)

Tras su presentación en formato electrónico y una vez aprobado, el equipo entregará 3 copias en papel de la versión definitiva del Informe Final y 3 USB con el documento en formato electrónico a la oficina FRS en Madrid. Ésta, a su vez, se los hará llegar a la AECID, a la OTC de Guinea Ecuatorial, así como a los/as beneficiarios/as y otros actores relevantes.

Como mecanismo adicional de difusión de las conclusiones, el equipo evaluador presentará los resultados y las enseñanzas obtenidas en sesiones de trabajo.

Modelo

El informe final constará de los siguientes apartados:

0. Resumen ejecutivo
1. Introducción, en que se presentará el propósito de la evaluación, las preguntas y los resultados principales
 - I. Antecedentes y Objetivo de la evaluación
 - II. Metodología empleada en la evaluación
 - III. Condicionantes y límites del estudio realizado
 - IV. Presentación del equipo de trabajo
2. 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 de conclusión en el que se realiza la intervención; breve historia y antecedentes; organización y gestión; actores implicados y contexto económico, social, político e institucional en el que se desarrolla la intervención.
3. 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 propuesta. Análisis de los distintos niveles (diseño, proceso, resultados).
4. Resultados de la evaluación, presentando las evidencias reveladas en relación con las preguntas de evaluación enunciadas y las interpretaciones formuladas sobre dicha evidencia.
5. Conclusiones de la evaluación, en relación con los criterios de evaluación establecidos.
6. 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 e impactos de las actuaciones.
7. Las lecciones aprendidas que se desprenden de las conclusiones generales, indiquen buenas prácticas y que puedan ser extrapoladas y retroalimentar acciones similares.
8. Anexos: en los que se incluirán los TdR; la metodología propuesta; las herramientas y técnicas de recopilación de información aplicadas; el plan de trabajo; la composición y la descripción de la misión de evaluación (relación exhaustiva de todo lo realizado); bibliografía consultada e información adicional que respalde los resultados obtenidos; y la ficha-resumen del CAD.
9. Comentarios: Donde se incluirán las consideraciones particulares que merezcan la atención de los evaluadores surgidas en el desarrollo del trabajo y se deriven del contacto con actores y beneficiarios y que puedan evidenciar aspectos relevantes de las acciones no directamente

relacionadas con la intervención y/o que puedan resultar de interés para futuras intervenciones.

8 EQUIPO EVALUADOR

Al menos 2 personas. Preferentemente un experto en Gestión de Proyectos de Cooperación al Desarrollo y un médico/a especialista en Salud Pública y que cuenten con un mínimo de cinco años de experiencia en sus respectivos campos: formulación y seguimiento de proyectos y evaluación de intervenciones de cooperación y la gestión de actividades de Salud pública al desarrollo en el ámbito sanitario.

9 PREMISAS DE LA EVALUACIÓN, AUTORÍA Y PUBLICACIÓN

Establecer las premisas básicas de comportamiento ético y profesional de parte del equipo evaluador como son:

- **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 miembros del equipo o entre éstos y responsables del Programa, en relación con las conclusiones y/o recomendaciones, debe ser mencionada 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 este documento, 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 FRS. De no ser así, la existencia de dichos problemas en ningún caso podrá ser utilizada para justificar la no obtención de los resultados establecidos por la organización en el presente documento.
- **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 FRS.
- **Entrega de los informes.** En caso de retraso en la entrega de los informes o en el supuesto en que la calidad de los informes entregados sea manifiestamente inferior a lo pactado con esta organización, no se efectuará la totalidad del pago de lo dispuesto previamente.

10 PLAZOS PARA LA REALIZACIÓN DE LA EVALUACIÓN

El trabajo se dividirá en: fase de gabinete, trabajo de campo y devolución de resultados, no debiendo exceder en más de ocho meses en total.

La fecha de inicio de la evaluación será el 15/04/2021 con la fase de gabinete y finalizará el 15/11/2021 con la devolución de los resultados finales.

No obstante lo anterior, las actividades de devolución de resultados, la entrega del borrador de informe final y la entrega definitiva del informe final deberán ajustarse al programa de trabajo definitivo que aparezca en el contrato firmado entre FRS y la empresa o persona evaluadora.

11 PRESUPUESTO

El presupuesto máximo para la realización de esta evaluación es de 12.000 (doce mil) euros IVA INCLUIDO.

12 DIFUSIÓN

FRS y AECID se reservan el derecho de difundir, total o parcialmente, los resultados de dicha evaluación.

13 PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA Y CRITERIOS DE VALORACIÓN.

Se establecen las características que debe tener la propuesta técnica para presentarse al concurso.

- Portada donde se indique: Nombre de la empresa o experto/a, Título de la evaluación.
- Datos de contacto de la empresa o experto/a individual.
- Oferta técnica que incluya:
 - CV detallado de la empresa (en su caso).
 - CV detallado de los integrantes del equipo evaluador de la empresa licitadora.
 - CV detallado del experto o experta individual (en su caso).
 - Metodología de trabajo.
 - Propuesta de matriz de evaluación.
 - Plan de trabajo.
 - Presupuesto estimado para la realización de la evaluación en el que se incluyan todos los gastos derivados de la realización de la evaluación y forma de pago propuesta.

Además:

- Metodologías innovadoras y participativas.
- Técnicas que involucren aspectos cuantitativos y cualitativos de los proyectos.
- Propuesta con visión global e integradora.
- Sensibilidad en el enfoque de género y de derecho a la salud.
- Integración de miembros de la FRS en la propuesta.

Las ofertas serán evaluadas en función de la siguiente tabla¹:

CRITERIOS	VALOR CRITERIO	FACTORES	VALOR FACTORES
Experiencia profesional	30%	Experiencia en programas de salud pública	65%
		Experiencia en intervenciones y evaluaciones de cooperación internacional	35%

¹ En cuanto al valor añadido de la propuesta, se valorarán positivamente todas aquellas aportaciones que mejoren y profundicen los objetivos planteados en los Términos de Referencia, así como en el enfoque y criterios plasmados en los mismos.

Perfil del evaluador	50%	Experiencia en Guinea Ecuatorial	30%
		Experiencia en Desarrollo y Evaluación de Proyectos	70%
Calidad, valor técnico y económico de la oferta	20%	Metodologías innovadoras y Participativas	35%
		Metodología de evaluación propuesta a partir de la sugerida por AECID/FRS	45%
		Valor añadido a los resultados de la evaluación propuesta por FRS, específicamente en cuanto al diseño de la metodología y a la perspectiva de género	20%

La propuesta técnica y económica se deberá presentar electrónicamente como máximo el 5 de marzo de 2021, a las siguientes direcciones de correo electrónico:

coordinadorguinea@fundacionfrs.es, a Miguel Angel Cortés

Con copia a proyectos.sede@fundacionfrs.es, a Marina Casares Gómez