

ANEXO H
TÉRMINOS DE REFERENCIA

COORDINADORA NACIONAL MULTISECTORIAL EN SALUD
CONAMUSA

FONDO MUNDIAL DE LUCHA CONTRA EL SIDA, LA TUBERCULOSIS Y LA
MALARIA

CARE - PERÚ

PROGRAMA FORTALECIMIENTO DE LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SIDA Y LA
TUBERCULOSIS EN EL PERÚ

*CONCURSO POR INVITACION 028 - 2008 CARE PERU
SEGUNDA CONVOCATORIA*

**SELECCIÓN DE CONSULTOR(S) ESPECIALIZADO(S) EN EVALUACIÓN E
INVESTIGACIÓN PARA EL PROGRAMA**

***ITEM 4: Cuarta medición de indicadores de los Objetivos 1 y 3 del componente TB:
Sub-estudio cuanti-cualitativo sobre la prevención y control de la Tuberculosis y la
TB-MDR en el sistema sanitario y en el contexto comunitario***

Junio de 2008

Objeto de la convocatoria	Seleccionar una firma consultora o equipo de consultores que realice la Cuarta medición de los Indicadores de Resultado e Impacto del Programa Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y la Tuberculosis en el Perú para los Objetivos 1 y 3 del componente Tuberculosis: Sub-estudio cuanti-cualitativo sobre la prevención y control de la Tuberculosis y la TB-MDR en el sistema sanitario y en el contexto comunitario
Modalidad	Concurso por invitación
Ámbito del estudio	Lima, Callao y una ciudad adicional (de entre aquellas donde interviene el objetivo TB3) propuesta por el postor
Precio referencial	El valor referencial es de TRECE MIL CON 00/100 DOLARES US\$ 13,000.00, incluido el IGV para personas jurídicas o el Impuesto a la Renta y otros de ley para personas naturales

I. Antecedentes

1.1 El programa “Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y tuberculosis en el Perú” se inició el 1 de Diciembre del 2003. Busca contribuir con los esfuerzos nacionales para controlar las epidemias de VIH/SIDA y TBC en el Perú, mediante una mejora de la capacidad actual de la respuesta nacional frente a la epidemia, a través de la optimización de los recursos, el incremento de la calidad de las intervenciones y la expansión de la cobertura de atenciones. Adicionalmente, el programa promueve la consolidación de alianzas entre organizaciones del sector público y privado, no gubernamentales y personas afectadas (personas viviendo con VIH y pacientes de TB), favoreciendo la aproximación colaborativa entre todos ellos.

El programa es financiado por el Fondo Mundial y conducido por la Comisión Nacional Multisectorial en Salud – CONAMUSA. CARE Perú, miembro de CONAMUSA, ha sido designado oficialmente como administrador del programa (“Receptor Principal”), responsable del monitoreo del mismo y del cumplimiento de las metas establecidas. El programa cuenta asimismo, desde Marzo del 2004, con una serie de consorcios / organizaciones ejecutoras (“sub-receptores”), encargadas de llevar a cabo las actividades de cada uno de los cinco objetivos del componente VIH y los tres objetivos del componente TB, quienes ejecutan los objetivos en estrecha coordinación con los Ministerios de Salud y Educación y con el Instituto Nacional Penitenciario.

Componente TB:

Las poblaciones meta del programa (ie. “beneficiarios finales”) son:

- Personas que viven en las áreas de elevado riesgo de transmisión de la TB (AERT-TBs)
- Pacientes de TB y TB-MDR y sus familias
- Personas privadas de su libertad

Las poblaciones denominadas “beneficiarios intermedios” son las siguientes:

- Equipos de salud multisectoriales
- Trabajadores de salud del INPE
- Autoridades de gobiernos locales

- Representantes de organizaciones sociales de base
- Redes y asociaciones de pacientes de TB

En términos generales, el programa desarrolla las siguientes estrategias:

- Involucramiento activo de pacientes y ex-pacientes de TB en la creación de conciencia e incremento de la demanda de tratamiento y servicios de salud de calidad
- Mejora de la supervisión de pacientes bajo tratamiento (implica la participación de miembros de la comunidad de pacientes de TB como promotores de salud)
- Participación comunitaria para proveer soporte a los pacientes de TB bajo tratamiento DOTs e implementar mejorar en las estrategias de control de la TB
- Una aproximación basado en los enfoques de equidad de género y equidad social para mejorar la calidad de los servicios de salud disponibles para los pacientes que lo necesitan
- Mejorar los servicios de salud, el acceso a los medicamentos y la efectividad de los mismos

De manera específica, los objetivos inmediatos y actividades del programa de este componente son:

- Objetivo 1: busca reducir los casos de TB frotis-positivo en todos los AERT-TB de 285 /100,000 a menos de 150/100,000 a través de la participación de los pacientes de TB, sus familias, población general y organizaciones sociales. Las actividades de este objetivo son: fortalecer la capacidad de gestión de ASETS y GOETS a nivel de establecimientos de salud, distrital en Lima y Callao en coordinación con la Red Solidaria y DISA respectiva, promover la adopción, incorporación e implementación de los planes concertados de desarrollo local distritales con aspectos de prevención y control de TB; capacitación comunitaria a familiares de pacientes en las AERT-TB, fortalecimiento del soporte nutricional comunitario para los enfermos Y/o familiares de TB en las AERT-TB; desarrollo de programas de capacitación para la generación de empleo y de apoyo a la microempresa.
- Objetivo 2: tiene como finalidad reducir la incidencia de casos de TB frotis positive en los 9 penales más grandes del país. Las actividades que desarrolla son: elaboración de una guía nacional para el tratamiento de pacientes de VIH y TB – TB MDR en las prisiones; actualización y capacitación del personal de salud del INPE en temas referidos al DOTs PLUs, tratamiento de VIH y TB, co-infección y control de la epidemia; desarrollo de un plan de abogacía para prevenir y controlar la TB y el VIH en los penales, destinado al personal administrativo del INPE y personal policial de todas las prisiones; sensibilización y promoción de conductas saludables relacionadas a la prevención de la TB y control a través de actividades de Información, Educación y Capacitación realizadas con las personas privadas de su libertad; diseño y desarrollo de un plan de control de la TB en el sistema penitenciario; acondicionamiento de los servicios de salud de los penales; implementación del tratamiento de VIH y ampliación de la cobertura del tratamiento anti TB-MDR en los penales
- Ojetivo 3: busca extender de 45% a 85% la cobertura del DOTs PLUs a nivel nacional y mejorar la eficacia del tratamiento anti TB-MDR de 60% a 85% a nivel nacional. Las actividades que realiza son las siguientes: tratamiento DOTs PLUS a los pacientes de TB-MDR; implementación y mantenimiento de un sistema de registro de pacientes centralizado que permita analizar y procesar la información sobre los pacientes bajo tratamiento DOTs PLUS; proveer, distribuir y administrar las drogas de segunda línea (tanto los medicamentos anti TB-MDR como los medicamentos para controlar las reacciones adversas); ampliar la red nacional de

promotores de salud de DOTs PLUS; incrementar el número de equipos de salud capacitados en el abordaje de la TB-MDR; implementar casas de reposo para pacientes de TB-MDR sin hogar o que tienen problemas sociales; y, instalar y fortalecer laboratorios regionales referenciales para realizar pruebas de sensibilidad a drogas de primera línea

El presente ítem enfoca sus términos de referencia técnicos y actividades de consultoría en el Objetivo 1 del componente TB, denominado “Promover y fortalecer la participación y organización social de los enfermos con TB y de las poblaciones distritales, para disminuir la tuberculosis bacilosκόpica en los AERT-TB ” y en el Objetivo 3 del componente TB, denominado “Extender la cobertura del DOTs Plus y mejorar la tasa de curación de pacientes TBC MDR en el país”.

1.2. De la Cuarta medición de Indicadores del Programa “Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y la Tuberculosis en el Perú”

- a) Para la Cuarta Medición de Indicadores se diseñó un mecanismo técnico - administrativo participativo que integra a los Sub-receptores (administradores de los recursos), a las contrapartes técnicas (Ministerios) y CARE Peru (responsable de la calidad final de la información que generen los estudios), en el seguimiento de todos los sub-estudios, de la siguiente manera:
 - o Se conformó un Comité de Seguimiento a los Estudios de la Cuarta Medición de Indicadores, al cual se ha denominado “Comité Técnico Permanente”, con representación de 2 Coordinadores de monitoreo, 2 Coordinadores de Objetivo y Representantes de la Contraparte Técnica.
- b) Los Sub-estudios de los diferentes componentes y objetivos del programa del Fondo Mundial conforman en total 9 sub-estudios. Para fines prácticos y tomando como referencia las compatibilidades metodológicas de algunos de ellos, los 9 sub-estudios fueron re-agrupados en 5 sub-estudios o Ítems a ser concursados.
- c) Se realiza el concurso por invitación, para los 4 ítems de sub-estudios de cuarta medición de indicadores, uno de ellos fue adjudicado en la Licitación Pública.
- d) De acuerdo a los procedimientos administrativos que CARE Perú implementa en cada concurso, se ha conformado un Comité de Adjudicaciones para estudios de medición y un Comité Técnico Evaluador de las propuestas que llegasen, integrado por el Comité Técnico Permanente.

II. Objetivos de la consultoría

1. Recolectar y sistematizar información cuantitativa sobre los indicadores de Impacto y Resultado del programa
2. Recolectar y sistematizar información cualitativa que apoye la interpretación de los indicadores del programa
3. Realizar el análisis de situación y contexto de los indicadores del programa integrando tanto la información cuantitativa como la cualitativa y comparando dicha información con los hallazgos de las mediciones previas realizadas en el marco del programa

III. Descripción de la consultoría

1. Aspectos Generales

La consultoría busca realizar la medición y análisis de los indicadores de los Objetivo 1 y 3 del Componente TB del Programa por cuarta vez en la vida del Programa, el mismo que en Diciembre de 2008 culminará su tercer año de operaciones. En este sentido, se define a este estudio como una evaluación ex post transversal del tipo descriptivo. En todo el proceso, se tomará en cuenta el punto de vista de las contrapartes técnicas del programa (Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis, Red Solidaria de personas afectadas de TB), sub-receptores, agrupaciones de personas afectadas y demás organizaciones que integran la Coordinadora Nacional Multisectorial de Salud (CONAMUSA).

De acuerdo al programa, las características de la población que aborda el objetivo y los ejecutores son las siguientes:

Objetivo 1 del programa: “Promover y fortalecer la participación y organización social de los enfermos con TB y de las poblaciones distritales, para disminuir la tuberculosis bacilos cópica en los AERT-TB”

- *Ámbito de intervención:* Lima y Callao.
- *Población objetivo:* pacientes de TB y sus familiares, población de las AERT-TB.
- *Indicadores:* E.1, E.2, E.3, E.5, E.7, E.8, R.1.1, R.1.2, R.1.3, R.1.4, R.1.5, R.1.6, R.1.7, R.1.8, R.1.9, R.1.10, R.1.11, R.1.12, R.1.13, R.1.14. Todos desagregados para el análisis por género y por ciudad
- *Contrapartes:* Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis – DGSP- del Ministerio de Salud, Organizaciones de Personas afectadas de TB
- *Sub-Receptor:* Consorcio liderado por ADRA Peru

Objetivo 3 del Programa: “Extender la cobertura del DOTS Plus y mejorar la tasa de curación de pacientes TBC MDR en el país”

- *Ámbito de intervención:* Lima, Callao, Lambayeque, La Libertad, Ica y Arequipa.
- *Población objetivo:* pacientes de TB - MDR.
- *Indicadores:* E.4.1, R.3.1, R.3.2, R.3.3, R.3.4, R.3.5, R.3.6, a.3.1.1, a.3.1.2. Todos desagregados para el análisis por género y por ciudad
- *Contrapartes:* Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis – DGSP- del Ministerio de Salud, Unidad Técnica de TB-MDR, Organizaciones de Personas afectadas de TB
- *Sub-Receptor:* Ministerio de Salud

2. Metodología del Estudio

La consultoría abarca la recolección y sistematización de información cuantitativa referida a los indicadores de cada objetivo del programa, que serán medidos por cuarta vez en el presente marco, utilizando la **misma metodología e instrumentos de la tercera medición de indicadores.**

En este sentido, la propuesta de cuarta medición de indicadores deberá plantearse como dos subestudios complementarios entre sí. Uno del tipo cuantitativo donde se analicen los

niveles de los indicadores con la información recolectada por fuente primaria y fuente secundaria, y otra del tipo cualitativo que facilite la interpretación de los indicadores del programa desde las percepciones de los actores involucrados y la comprensión del contexto de la intervención.

1. Sub-Estudio Cuantitativo:

Consta de dos partes: los indicadores recolectados por fuente primaria y los indicadores recolectados por fuente secundaria.

➤ **Metodología para la recolección de información por fuente primaria será la misma utilizada en la tercera medición:**

- El contratista deberá basarse en los indicadores oficiales del programa para este objetivo (cf. Apéndice 1), pudiendo añadir otros indicadores que considere pertinente.
- Generar los protocolos de cada indicador final antes del inicio de la recolección de información, que sean aprobados por el Comité Técnico Permanente del presente estudio
- Revisar y validar los instrumentos de recolección específicos que se generen, con las contrapartes y los ejecutores; haciendo los ajustes necesarios e integrando nuevas necesidades de información si fuera el caso.
- Realizar 5 tipos de encuestas, en las cuales se considerará muestra similar y comparable a la trabajada en la primera y tercera medición realizada previamente, y como mínimo las mismas preguntas realizadas en las dos anteriores mediciones. Así,
 - Para el indicador R.1.1 – Encuesta I: Se realizarán encuestas a todos los Comités Multisectoriales de lucha contra la TB de los distritos cuyos Municipios han promulgado el Acuerdo Municipal de reconocimiento del Plan Distrital de lucha contra la TB (Ver Apéndice 4).
 - Para los indicadores R.1.2 y R.1.3 – Encuesta II: se realizarán encuestas a todas las organizaciones sociales de base incluidas en el Directorio Institucional de los 20 distritos del proyecto (Ver en Anexo P de Bases administrativas el Directorio Institucional trabajado por el Programa en la Fase I).
 - Para los indicadores: R.1.4, R.1.5, R.1.10, R.1.11 – Encuesta III: Se realizarán encuestas a una muestra aleatoria de los enfermos de TB y sus familiares de las 70 Areas de elevado riesgo de transmisión de TB (AERT-TB) (Ver Apéndice 5 Y Apéndice 6).
 - Para los indicadores R.1.3. R.1.4 y R.1.5 – Encuesta IV: Se realizarán adicionalmente encuestas a una muestra aleatoria de los equipos de TB (personal de salud) de las 70 AERT-TB.
- Para las encuestas III y IV las muestras de las encuestas serán aleatorias y bietápicas, tomando en cuenta en una primera etapa el número de AERT-TB y su distribución geográfica en el ámbito de las Direcciones de Salud –DISA- y en una segunda etapa el número de pacientes de TB. En la primera etapa el marco muestral estará constituido por 70 AERT-TB distribuidas en las 5 DISAs de Lima y Callao. La muestra será a un 95% de confianza y un margen de error de estimación del 10%.
- Los parámetros de la medición: población y muestras, ciudades en las cuales se recolectará la información, parámetros de ponderación, criterios de selección de

hogares y demás, DEBERÁN SER COMPATIBLES Y COMPARABLES CON LOS UTILIZADOS EN LAS MEDICIONES ANTERIORES. Para ello, el postor deberá:

1. Describir el marco muestral, variables a medir y tamaño de muestra especificando: representatividad, etapas de selección, ámbito geográfico, conglomerados y unidades de estudio.
 2. Considerar una validez estadística de por lo menos 95%.
 3. Definir el procesamiento de la información sobre indicadores: especificar método de recolección de datos, método para el procesamiento de datos, métodos de consistencia de la información y softwares a utilizar para ingreso y análisis.
 4. El procesamiento de la información sobre indicadores debe contar con un software ad hoc, según la fórmula de cálculo establecida en las matrices de indicadores respectiva. Deberá utilizarse de preferencia el software SPSS ó uno análogo.
 5. Proponer el detalle del procesamiento estadístico adicional que plantee realizar, tales como análisis de frecuencias, gráficos y cruces de variables, variación porcentual o diferencia de proporciones; a realizar de preferencia mediante el software SPSS, o uno análogo.
 6. Revisar y validar los instrumentos utilizados en la primera medición de la línea de base con las contrapartes y los ejecutores, realizando los ajustes necesarios e integrando nuevas necesidades de información si fuera el caso.
 7. Replicar la metodología utilizada en la primera y/o tercera medición de indicadores realizadas, considerando:
 - ✓ la utilización de encuestas utilizadas en la primera y/o tercera medición (ajustadas si es necesario).
 - ✓ Sustentar el método de muestreo seleccionado y el respectivo margen de error.
 - ✓ La información será presentada en forma consolidada y también por género y por zona geográfica.
 8. Las tablas de frecuencias y de cruce de variables que se incluyan como anexo del informe final del estudio deberán haber sido concordadas con el Sub-Receptor.
 9. Entregar al finalizar la consultoría las bases de datos y programas auxiliares utilizados para estimar todos los indicadores, con la respectiva sintaxis y en un formato amigable para facilitar su réplica en el cuarto año del programa.
- El equipo postor utilizará documentación de las anteriores mediciones realizadas en el marco del Programa (instrumentos, bases de datos, planes de operaciones, propuesta técnica oficial, etc.), a ser entregados en un CD a los postores interesados.
 - Toda información cuyo formato de presentación sea porcentual, deberá especificar el numerador y denominador respectivo.

➤ **Metodología para la recolección de información por fuente secundaria**

- Los indicadores de fuente secundaria para este objetivo están definidos en el apéndice 1 de estos términos de referencia: E.1, E.2, E.3, E.5, E.7, E.8, E.4.1, R.1.6, R.1.7, R.1.8, R.1.9, R.1.9, R.1.12, R.1.13, R.1.14, R.3.1, R.3.2, R.3.3, R.3.4, R.3.5, R.3.6, a.3.1.1, a.3.1.2.
- Se trabajará con datos de fuente secundaria procedente de fuentes oficiales del año 2007 o lo que estuviera disponible. El contratista desarrollará el cálculo y análisis respectivo de los indicadores de fuente secundaria en coordinación con la ESNPCT

- La fuente general y oficial es el Informe Anual de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis. Las fuentes específicas de estos indicadores, por el lado del Ministerio de Salud, son el Libro de registro de sintomáticos respiratorios, Libro de registro de muestras para investigación bacteriológica, Libro de registro y seguimiento de pacientes con tuberculosis y de Pacientes de TB-MDR, Tarjetas de control de asistencia y administración de tratamiento, y Formato para estudio de cohorte por esquemas diferenciados tanto para TB como para TB-MDR, informes operacionales de cada DISA y nivel nacional, entre otros, de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis, etc..
- La información será colectada de acuerdo a las características de ubicación geográfica y población solicitadas ahí donde estén disponibles y también a nivel NACIONAL..
- Para el caso de los indicadores E.5 y E.7, referidos a los AERT-TB:
 - El contratista deberá realizar con el apoyo de los coordinadores de monitoreo del Objetivo 1 y en estrecha coordinación con las autoridades de la ESN PCT, la recolección de la información sobre las variables que se incluyen en la definición de un área geográfica específica como AERT-TB (cf. Apéndice 1: Los AERT son aquellas áreas geográficas de los establecimientos que presentan los siguientes criterios: mayor N^o de casos nuevos BK positivo, mayor N^o de casos de morbilidad, mayor densidad poblacional; pueden haber más de un AERT en un distrito; se definen como AERT -TB aquellas áreas geográficas con tasa de incidencia de tuberculosis pulmonar frotis positivo mayor que 150 casos por 100,000 personas y por lo menos una morbilidad de 30 casos ó el número de casos de morbilidad mínima de 50, que fueron seleccionados al inicio del proyecto). Para mayor información, revisar los criterios con que fueron seleccionados en la fase I los AERT-TB en los cuales interviene el Programa en el apéndice 7.
 - En función a este recojo de información del MINSa sobre los establecimientos de salud, el contratista deberá re-estimar las variables para cada AERT-TB para concluir:
 - Cuáles de los AERT-TB en los que intervino el Objetivo 1 en la fase I del programa continúan estando en condición de AERT-TB y cuáles de ellos ya han dejado de ser AERT-TB
 - Qué jurisdicciones de cada DISA de Lima y Callao se encuentran en el año 2007 bajo la condición de AERT-TB.
- El contratista deberá utilizar el protocolo de cada indicador de la tercera medición, detallando la fuente y metodología utilizada por dicha fuente para cuantificar el indicador (muestreo, representatividad, método de recojo de información y forma de procesamiento).
- El contratista debe asimismo asegurar que dicha metodología cumplió en su momento con estándares mínimos de calidad y realizar un análisis crítico de la misma, realizando comparaciones con las mediciones anteriores.
- Todo dato requerido en estos Términos de Referencia que no se encuentre disponible en las fuentes secundarias oficiales para los años de referencia, deberá ser recolectado por el contratista mediante fuente primaria de acuerdo a los parámetros del acápite anterior.
- La información procedente de fuente secundaria deberá ser analizada e interpretada de manera participativa con el equipo técnico de los Sub-Receptores

beneficiarios de este estudio, contrapartes técnico sectoriales y agrupaciones de personas afectadas.

- Para aquéllos indicadores definidos como procedentes de fuente secundaria que corresponden a este objetivo, el contratista contará con el apoyo de los Sub-Coordinadores de Monitoreo del Sub-Receptor del Objetivo 4 para poder acceder a los datos generados por el sistema de información de la contraparte respectiva.
- En este marco, los Sub Coordinadores de Monitoreo del Objetivo 4 asumen la responsabilidad de proporcionar al contratista la información secundaria definida para este sub-estudio de manera oportuna y completa, así como de servir de “puente” entre el contratista y el equipo técnicos del Sub-Receptor y las contrapartes más importantes (Contrapartes técnico-sectoriales o Ministerios y agrupaciones de personas afectadas) para asegurar el análisis e interpretación de la información secundaria bajo una metodología participativa.
- El equipo postor utilizará documentación de la tercera medición realizada en el marco del Programa en la página web de CARE Perú.

1° y 2° Medición:

<http://www.care.org.pe/websites/fondomundial/FORTALECIMIENTO/Estudios.htm>

3° Medición:

<http://www.care.org.pe/websites/fondomundial/FORTALECIMIENTO2DAFASE/Estudios.htm>

- Toda información cuyo formato de presentación sea porcentual, deberá especificar el numerador y denominador respectivo.

2. Sub-Estudio Cualitativo:

Para el sub-estudio cualitativo, el equipo postor deberá:

- Deberá considerar que la interpretación de todos y cada uno de los indicadores se complementará y apoyará en la información cualitativa recolectada. Por lo tanto, se deberá precisar la aproximación metodológica que empleará (objetivos, ejes de análisis), con el fin de conocer la valoraciones desde la perspectiva de los beneficiarios intermedios y las poblaciones metas utilizando la metodología e instrumentos de la tercera medición
- Describirá la información a recolectar y sistematizar así como los instrumentos a usar
- Proponer el detalle de la información adicional cualitativa para comprender el contexto y comportamiento de los indicadores.
- Deberá describir la aproximación metodológica que empleará (objetivos, ejes de análisis), con el fin de conocer la valoraciones desde la perspectiva de los beneficiarios intermedios y las poblaciones metas
- Para cada indicador cuya interpretación se apoyará por medio de información cualitativa, se describirá la información a recolectar y sistematizar así como los instrumentos a usar.
- Seleccionar una ciudad adicional a Lima y Callao de entre las ciudades en las cuales se interviene en el objetivo 3 del componente TB, para complementar el análisis cualitativo con información de actores de provincias.
- Deberá precisar el diseño de la recolección de información.
- Definirá los criterios de selección de la muestra de participantes.
- Utilizará mínimamente grupos focales y entrevistas a profundidad.
- Para grupos focales: Realizar por lo menos 2 grupos focales por cada población meta y conformar muestras de trabajo con por lo menos 10 miembros por cada grupo focal.

- Definirá el número de informantes clave de cada una de dichas poblaciones.
- Recomendable recurrir complementariamente a metodologías participativas comunitarias (árbol de problemas y propuestas, mapa comunitario, lluvia de ideas, etc.).
- Involucrar a Sub-Receptores, contrapartes técnico-sectoriales (Ministerios), agrupaciones de personas afectadas y CARE en el análisis de la información.
- Debe consignarse en el informe los resultados cualitativos de manera explícita evidenciando como éstos permiten explicar y/o comprender los resultados cuantitativos

3. Cronograma, Recursos y Administración

La consultoría tendrá una duración aproximada de dos meses de trabajo, distribuidos de la siguiente manera:

Actividad	Producto a entregar	Fechas	Fecha de entrega del producto
Análisis documental y trabajo preliminar	Plan de Trabajo	10 de Julio 2008	10 de Julio 2008
Trabajo de campo, procesamiento y análisis de la información	Un Informe Preliminar de Trabajo de campo y Avance del Estudio	25 de Julio 2008	30 de Julio 2008 (aprobado por comité)
	Un informe preliminar de Resultados		08 de Agosto 2008 (segundo informe)
Taller (*)	Taller de presentación de resultados		14 de Agosto 2008
Preparación del informe final	Informe Final (integrando datos secundarios y primarios)	15 al 29 de Agosto de 2008	01 de Septiembre 2008

(*) Taller a realizar con los actores claves y la CONAMUSA

El equipo básico del estudio deberá estar conformado por:

El equipo básico del estudio deberá estar conformado por:

- Un líder de equipo, profesional de la salud con 5 años de experiencia comprobable en proyectos y diagnósticos de salud y sociales, líneas de base, investigación cuantitativa y cualitativa, monitoreo, evaluación y gestión de programas; experiencia de trabajo en el área de salud y con organizaciones sociales, con enfoque participativo, de género, inclusión de grupos vulnerables y desarrollo humano; manejo de bases de datos y programas estadísticos: Excel, SPSS, Epi Info; capacidad para trabajar en equipo de manera coordinada y horizontal con

otros profesionales, autoridades, dirigentes de organizaciones sociales y sociedad civil, en especial con experiencia de trabajo con personas afectadas por TBC.

- Un consultor asociado, neumólogo o profesional de la salud con experiencia de por lo menos 2 años en la Estrategia Sanitaria Nacional de Tuberculosis en un establecimiento de salud o DISA.
- (opcional) un consultor asociado con experiencia en investigación cualitativa y experiencia de trabajo con pacientes de TB y TB-MDR

Las tareas básicas que deberá cumplir el equipo consultor son las siguientes:

1. Elaboración del Plan de trabajo y ajustes / elaboración de instrumentos
2. Consultas a equipos técnicos de objetivos sobre necesidades de información, plan de trabajo e instrumentos (ie. talleres, a distancia)
3. Consultas a equipos técnicos de contrapartes técnico-sectoriales sobre necesidades de información, plan de trabajo e instrumentos (ie. talleres, a distancia).
4. Organización del recojo de información y procesamiento de la información:
 - Convocatoria, evaluación y selección de supervisores y encuestadores.
 - Capacitación de los supervisores, encuestadores y entrevistadores (donde aplique).
 - Participación en reuniones de coordinación con el MINSA y DISAS.
 - Supervisión del trabajo de campo (recolección de información, aplicación de encuestas, reuniones técnicas, nivel central y DISAS).
 - Control de calidad de la información (reuniones de trabajo).
 - Revisión y participación en la elaboración de las bases de datos.
5. Recolección de información cuantitativa – fuente primaria
6. Recolección de información cuantitativa – fuente secundaria¹
7. Análisis e interpretación
8. Consultas a equipos técnicos de objetivos sobre interpretación
9. Consultas a equipos técnicos de contrapartes técnico-sectoriales sobre interpretación (ie. talleres, a distancia)
10. Informes preliminares
11. Informe final
12. Informe integrado del objetivo (data primaria y secundaria)
13. Consultas a equipos técnicos de objetivos y a equipos técnicos de contrapartes técnico-sectoriales sobre informe integrado (ie. Taller de presentación de hallazgos)

Para efectos de este estudio, y en tanto evaluación de resultados de las intervenciones del Programa, los miembros del equipo postor no deben haber tenido ningún tipo de participación como parte de los equipos de gestión del Receptor Principal o de los Sub-Receptores beneficiarios de este estudio.

El equipo consultor presentará sus informes al Responsable del Área de Monitoreo y Evaluación del Receptor Principal y al Sub-Coordinador de Monitoreo del Sub-Receptor beneficiario de este estudio, quién a su vez lo derivará al Comité Técnico Permanente para la revisión técnica del caso y posterior aprobación. El Comité Técnico Permanente, instancia ad hoc conformada por diversos especialistas en Monitoreo del Programa y por

¹ A ser realizada por los Sub-Coordinadores de Monitoreo y Evaluación de los Sub-Receptores beneficiarios del estudio.

representantes de las contrapartes, realizará el control metodológico de los documentos presentados y la aprobación del mismo.

Una vez terminada la consultoría, los especialistas de Monitoreo y Evaluación de CARE Perú y de los Sub-Receptores serán responsables de asegurar la difusión de los informes, y los equipos técnicos de Programas de ambas instancias asumirán la responsabilidad del seguimiento de las recomendaciones y la retroalimentación de las enseñanzas extraídas.

Será bien valorado que se incluya a personas afectadas de VIH en la implementación del estudio, incluyendo el análisis e interpretación de la información.

4. Resultados esperados de la consultoría

Plan de trabajo

Se ha previsto la entrega de un plan de trabajo consensuado con el Sub-Receptor beneficiarios del estudio y las contrapartes para el segundo desembolso. El plan de trabajo debe presentar claramente el diseño final de la investigación, las metodologías detalladas, instrumentos finales, cronograma finales del estudio y costos.

En el estudio cuantitativo, se espera que el plan de trabajo especifique el protocolo de cada uno de los indicadores a medir (nombre del indicador, operacionalización, concepto, período de referencia, tipo y tamaño de muestra preliminares, fuente a la cual se recurrirá, fuentes alternativas), medios de verificación y método de recolección, los instrumentos validados que serán aplicados (incluye la aprobación de un Comité de Ética oficialmente establecido en caso necesario). (cf. Anexo C). Además de ello:

- En este momento, todos los indicadores deberán contar con una definición operacional final, validada por el Sub-Receptor y las contrapartes técnicas del programa.
- Propuestas para mejorar los indicadores serán bienvenidas.

En el cronograma, se detallarán las actividades a realizar (lugares, fechas, responsables por actividad y subactividad), de tal forma que permita a la entidad contratante y al Comité Técnico Permanente el monitoreo del desarrollo de los siguientes pasos de la consultoría. Además de ello: El cronograma deberá incluir reuniones al mínimo quincenales con el Comité Técnico Permanente y/o el Sub-Coordenador de Monitoreo del Sub-Receptor para evaluar el avance de la consultoría.

El plan de trabajo debe incluir asimismo la relación de insumos y tipos de apoyo específico que se requerirá de cada actor clave del programa para llevar adelante el recojo de la información. Asimismo, y dado el plazo limitado para recolectar la información en las instituciones educativas deberá demostrar capacidad (en términos de equipos de encuestadores) para que dicha aplicación se implemente de manera simultánea en las diferentes ciudades

Informe de actividades de campo

Se ha previsto la entrega de un informe referido a las actividades del trabajo de campo en el cual se presentará el avance del proceso de recolección de la información referido a cada indicador de cada objetivo del programa.

El informe tendrá tentativamente el siguiente esquema:

1. Resumen ejecutivo (como síntesis de las actividades realizadas a la fecha y del grado de avance del estudio)
2. Metodología de la recolección de información: técnica que se viene empleando para la recolección de información, instrumentos
3. Avance en el cumplimiento del cronograma de trabajo
4. Avance del procesamiento estadístico cuantitativo (si aplica)
5. Conclusiones
6. Anexos

El informe, en español, será entregado en la fecha indicada en el cronograma de estos términos de referencia por el responsable del equipo consultor al Sub-Coordinador de Monitoreo del Sub-Receptor, quien trasladará los informes al Comité Técnico Permanente para su revisión y aprobación.

Informe preliminar de resultados

Al final del período de recolección en campo, el contratista entregará un informe preliminar de hallazgos del estudio, el cual mostrará un avance de los resultados encontrados. El formato de este informe será el siguiente:

1. Resumen ejecutivo (como síntesis de las actividades realizadas a la fecha y principales hallazgos del estudio)
2. Metodología utilizada: diseño (s) del estudio, población y muestras, métodos y técnicas de recolección de información, instrumentos y técnicas/métodos de procesamiento estadístico de la información (cálculos utilizados para la comparación entre las tres mediciones, recálculo de indicadores cuando aplica)
3. Resultados del estudio
4. Interpretación inicial de los hallazgos, incluyendo cruces de variables.
5. Conclusiones
6. Anexos

El informe, en español, será entregado en la fecha indicada en el cronograma de estos términos de referencia por el responsable del equipo consultor al Sub-Coordinador de Monitoreo del Sub-Receptor, quien trasladará los informes al Comité Técnico Permanente para su revisión y aprobación

Taller de Presentación de Resultados

Mediante un Taller, el equipo consultor hará la Presentación de Resultados Finales del estudio de todos los indicadores Cuantitativos y Cualitativos con la respectiva interpretación y análisis a los actores clave del Programa, en un taller que recogerá el punto de vista de dichos actores clave sobre los hallazgos del estudio y servirá como retroalimentación para la preparación del Informe Final.

La logística del taller será cubierta por CARE Perú. En dicho taller participarán todos los actores claves que intervienen en el Programa tales como CONAMUSA, Sub-Receptores, Contrapartes Técnicas (MINSa, MINEDU) y CARE Perú.

El producto entregable del Taller será la presentación en Power Point y una memoria de los acuerdos y conclusiones

Informe final

El informe, tendrá tentativamente el siguiente esquema:

1. Resumen ejecutivo (como síntesis de la metodología, las conclusiones, recomendaciones, con tabla resumen de estado inicial, estado encontrado y meta de cada indicador),
2. Introducción, en la cual se mencionará los antecedentes inmediatos referidos al programa, sus diversos logros, el propósito de la evaluación y hallazgos más resaltantes
3. Metodología utilizada (diseño (s) del estudio, población y muestras, métodos y técnicas de recolección de información, instrumentos y técnicas/métodos de procesamiento estadístico de la información, cálculos utilizados para la comparación entre las tres mediciones, recalcado de indicadores (cuando aplica)
4. Resultados del estudio, por objetivo y por ciudad o DISA
5. Análisis y discusión de los resultados,
6. Conclusiones
7. Recomendaciones tanto a nivel metodológico como en función a los objetivos del programa para la segunda fase del mismo
8. Anexos (incluir la ficha técnica o protocolo de cada indicador trabajado (**), cronograma final de trabajo, relación de fuentes de información, instrumentos utilizados y otros anexos técnicos relevantes)

El Informe Final debe incluir lo siguiente:

- a) Establecer en las recomendaciones **propuestas específicas de sistemas de información** (ie. Procedimientos, flujo de información, procesamiento, instrumentos, forma de recolección, etc.) para realizar el seguimiento periódico de los indicadores del Programa ahí donde sea necesario.
- b) En los anexos, los indicadores deberán ser presentados conforme al modelo de **protocolo para cada indicador** o ficha técnica que se ilustra en el Anexo C de este documento.
- c) Cuando un indicador correspondiente a fuente secundaria no exista en la fuente oficial, el equipo de consultores especificará una **propuesta para que los medios oficiales puedan implementar el seguimiento** y reporte de la información referida a dicho indicador.

El informe deberá recomendar, cuando proceda, los ajustes y las medidas de acción complementarias que sean necesarias a fin de mejorar los sistemas de información que alimentan el sistema de monitoreo del programa en todos los niveles de usuario.

IV. PRODUCTOS ESPERADOS DE LA CONSULTORÍA Y FORMA DE PAGO

El desarrollo de esta consultoría cuenta con hitos críticos representados por la entrega de productos específicos a algunos de los cuales corresponderá un desembolso. Así, los productos y desembolsos están distribuidos de la siguiente forma:

1er. Desembolso:

Firma del contrato

Entrega del Plan de Trabajo

Aprobación del Plan de trabajo por el Comité Técnico Permanente conformado especialmente para dar seguimiento y para aprobar los productos de esta consultoría.

2do. Desembolso:

Aprobación del Informe de actividades de campo y avances del proyecto por el Comité Técnico Permanente

3er. Desembolso:

Aprobación del Informe Preliminar de Resultados por el Comité Técnico Permanente

Entrega de la Memoria del Taller de Presentación de Resultados Finales, junto con la entrega de los Power Point utilizados y otro material relacionado.

Aprobación del Comité Técnico Permanente del Informe Final del Estudio y recepción de entregables de la consultoría. El informe debe tener un máximo de 50 pp. más anexos y de los siguientes materiales entregables: (a) Bases de datos en versión electrónica, (b) sintaxis de cálculo de los indicadores (c) programas auxiliares generados para el procesamiento de la información, (d) encuestas aplicadas, (f) consentimiento informado por los encuestados, donde aplique, (g) tablas de consistencia de la información, tablas de ponderaciones, (h) tablas de selección de la muestra; y todo aquel material relevante que sirva al Programa para replicar el estudio.

NOTA: se estima que el tiempo máximo que se tomará el Comité Técnico Permanente en revisar los productos entregados será de 5 días desde el momento de la entrega.

Producto	Fecha de Entrega	%
Firma del contrato	10 de Julio 2008	
Entrega de Plan de Trabajo	10 de Julio 2008	
Plan de Trabajo aprobado por Comité Técnico Permanente	11 de Julio 2008	30
Informe de Actividades de Campo y Avance del Estudio	23 de julio 2008	
Informe de Actividades de Campo y Avance del Estudio aprobado por Comité técnico	25 de Julio 2008	50
Informe Preliminar de Resultados del estudio	06 de Agosto 2008	

Informe Preliminar de Resultados del estudio aprobado por Comité técnico	08 de Agosto 2008	
Taller de Presentación de Resultados	14 de Agosto 2008	
Entrega de informe final	01 de Septiembre 2008	
Informe Final aprobado por Comité Técnico y entregables completos	08 de Septiembre 2008	20
TOTAL		100

V. CONDICIONES DE LA CONSULTORÍA

- Los indicadores de la medición de línea de base que figuran en el Anexo A así como los requisitos de información para levantamiento de los indicadores consignados en el Anexo B son mandatorios. La entidad podrá recomendar indicadores adicionales de interés según las características del programa.
- La metodología deberá contar con un sustento técnico sólido que permita su replicabilidad para las posteriores mediciones.
- La entidad consultora deberá entregar una carta fianza equivalente al 10% del monto total del estudio, que garantice que el mismo sea concluido dentro de los plazos previstos y a satisfacción del Sub Receptor beneficiario del estudio, de CARE Perú, contando además con la aprobación del Comité Técnico Permanente.
- Se negociará una penalidad por incumplimiento de oferta y plazos antes de la firma del contrato.
- La propiedad intelectual de la información y los productos generados por esta consultoría será cedida a CARE Perú.

VI. PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Sobre la presentación de propuestas:

1. Se espera que el postor entregue una propuesta con un avance metodológico sobre cómo realizaría el estudio, en qué ciudades, con qué muestras de estudio y fuentes de información, con qué instrumentos. Propuestas para mejorar los indicadores con la debida justificación técnica serán bienvenidas. La calificación valorará de manera especial la propuesta de protocolo para cada indicador del programa, especialmente el conocimiento y técnica que permita establecer claramente la mejor metodología a aplicar para su medición. Asimismo, se espera que el postor demuestre contar con un equipo principal altamente calificado para recolectar, organizar e interpretar la información de la manera más adecuada a satisfacción del cliente, para proporcionar al programa recomendaciones relevantes tanto para la mejora del desempeño del programa como para mejorar los sistemas de información existentes que proporcionan la información sobre los indicadores del programa. Así, el esquema de la propuesta debe incluir los siguientes ítems:

- Marco conceptual: que denote conocimiento del tema del VIH en el país (niveles epidemiológico, clínico, de políticas públicas, de programas y proyectos existentes, normativa existente, etc.).

- Metodología:
 - o Características del estudio (tipo y diseño del estudio en general y de cada sub-estudio).
 - o Resumen del avance metodológico (protocolo y forma de recolección de información tentativos para cada indicador, descripción de los instrumentos a utilizar indicando la población ú objeto de cada uno de ellos,)
 - o Diseño muestral y selección propuesta de ciudades, DISAS y otras unidades de análisis a ser estudiadas
 - o Acciones que se tomará para garantizar la recolección de información de manera simultanea en las diferentes ciudades dado los plazos limitados antes descritos
 - o Estrategias para la supervisión de la recolección de campo
 - o Mecanismos a implementar para asegurar el control de calidad y consistencia de la información
 - o Técnicas para el procesamiento de la información
 - o Información del programa que será requerida para la realización del estudio
 - o Consideraciones éticas

- Información del programa que será requerido para la realización del estudio
- Productos entregables de la consultoría
- Equipo consultor
 - o Descripción de las actividades, tareas y responsabilidades de cada miembro del equipo consultor
 - o Mecanismos de coordinación / comunicación que se implementará entre el equipo consultor y el equipo responsable de la consultoría
- Plan de trabajo detallado, incluyendo las visitas a realizar para la recolección de campo
- Programación de reuniones quincenales de coordinación con el Comité Técnico Permanente y/o el Sub-Coordinador de Monitoreo del Sub-Receptor
- Cronograma del estudio
- Apéndices relevantes para apoyar la comprensión de la propuesta por parte del comité técnico evaluador, incluyendo el esquema de reporte final que se utilizará.
- Hojas de vida del equipo principal según anexo I de las bases.
- Capacidad instalada para realizar el estudio (número de computadoras, sedes regionales, internet, sistema de comunicaciones)

2. Propuesta económica detallada por objetivo del programa y rubro de gasto: según el formato del anexo L, M de las bases del concurso. Se valorará aquí el buen nivel de detalle (organizando los rubros de gasto en función a las actividades a desarrollar), y la consistencia del desagregado con el plan de trabajo detallado.

VII. CONSULTAS

Dirigir las consultas a:
consultas@care.org.pe

Se recibirán las consultas hasta el 02 de Julio por correo electrónico. Las respuestas a las consultas serán publicadas el 03 de Julio en la página WEB de CARE.