
**TÉRMINOS DE REFERENCIA PARA LA
EVALUACIÓN FINAL EXTERNA:**

“Mejorar la prestación de servicios de salud de calidad a la población desplazada y comunidades de acogida de Ancuabe y Montepuez con foco en los colectivos especialmente vulnerables”

SOLHUM/2023/0032

Fecha de inicio de la Evaluación: 3 de Noviembre de 2025

Fecha de fin de la Evaluación: 18 de Enero de 2026

País: Mozambique

Entidad contratante: Medicus Mundi

Pemba, 3 de septiembre de 2025

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN.....	3
1.1.	INFORMACIONES DE REFERENCIA	3
1.2.	CONTEXTO Y ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN	3
2.	ANTECEDENTES.....	7
2.1.	Medicus Mundi y el Ministerio de Sanidad de Mozambique	7
2.2.	RESUMEN DEL PROYECTO.....	8
3.	OBJETIVO DE LA EVALUACIÓN EXTERNA FINAL	9
4.	ACTORES IMPLICADOS EN LA EVALUACIÓN.....	10
4.1.	Resumen de actores implicados	11
4.2.	Población beneficiaria:.....	11
5.	ÁMBITO DE APLICACIÓN	11
5.1.	A nivel del proyecto y del diseño	12
5.2.	A nivel de procesos	12
5.3.	A nivel de resultados.....	13
5.4.	Otras normas y criterios.....	13
6.	CRITERIOS Y EVALUACIÓN.....	13
7.	METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN Y PLAN DE TRABAJO.....	15
7.1.	FASES EN LA METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN	15
7.2.	CRONOGRAMA PROPUESTO PARA LA EVALUACIÓN EXTERNA FINAL	16
7.3.	CONDICIONANTES.....	18
8.	INFORME DE EVALUACIÓN, ESTRUCTURA Y PRESENTACIÓN	19
9.	EQUIPO DE EVALUACIÓN	21
10.	PREMISAS DE EVALUACIÓN, AUTORÍA Y PUBLICACIÓN	21
11.	PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA TÉCNICA Y CRITERIOS DE EVALUACIÓN	22
12.	PLAZOS DE LA REALIZACIÓN DE LA EVALUACIÓN	24
13.	PRESENTACIÓN DE LAS PROPUESTAS TÉCNICAS Y FINANCIERAS	24
14.	ANEXO 1: LÓGICA DE LA INTERVENCIÓN	25
15.	ANEXO 2: TABLA DE POBLACIÓN BENEFICIARIA Y PARTICIPANTE	38

1. INTRODUCCIÓN

1.1. INFORMACIONES DE REFERENCIA

Nombre del proyecto	“Mejorar la prestación de servicios de salud de calidad a la población desplazada y comunidades de acogida de Ancuabe y Montepuez con foco en los colectivos especialmente vulnerables.”
Entidad ejecutante principal	medicusmundi
Entidad Local Co-ejecutante	Dirección Provincial de Salud Cabo Delgado (DPS) Servicio Provincial de Salud de Cabo Delgado (SPS)
Período de ejecución	Fecha de inicio: 01/08/2024 Fecha final prevista en la formulación: 31/07/2025 Fecha final prevista tras prórroga: 31/10/2025
Área de implementación	Distritos de Ancuabe y Montepuez Provincia de Cabo Delgado- Mozambique
Presupuesto del proyecto	Proyecto Total: 384.011 €

1.2. CONTEXTO Y ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

1.2.1. Aspectos socioeconómicos y humanitarios

Mozambique está dividido en 11 provincias. En el norte, la provincia de Cabo Delgado, se estima que tiene para 2023 una población de 2.745.000 habitantes que representa más del 8% de la población total del país, con una distribución por género de 48.7% para hombres y 51.3% mujeres. La tasa anual de crecimiento es del 3.5% y la edad mediana de 17.14 años, siendo la densidad demográfica de 33,22 habitantes por km. El contexto político del país se sigue caracterizando por desafíos en términos de mecanismos de contrapeso, tolerancia política, libertad de prensa y rendición de cuentas, especialmente a nivel local.

Durante varios años, el PIB de Mozambique creció en torno al 7-8% anual, pero se ralentizó bruscamente a partir de 2014-2015, y ahora se encuentra en una fase de recuperación y aceleración de la tasa de crecimiento, de nuevo en torno al 7% (2023).

Sin embargo, incluso con el crecimiento económico, la tasa de pobreza siempre se ha mantenido alta y parece haber ido en aumento en los últimos años. Actualmente, según cifras de la ONU para 2023, el país ocupa el puesto 182 de 193 países en el Índice de Desarrollo Humano (0,493

según el Informe 2025¹). Persisten altas tasas de analfabetismo (más del 60% en el Norte y el Centro), desnutrición (más del 40% de los niños sufren desnutrición crónica), y una esperanza de vida al nacer de poco más de 50 años.

Los datos del Índice de Riesgo INFORM 2023², sitúan al país en Riesgo Muy Alto (7,2), en varios parámetros (naturales, institucionales, económicos, políticos, etc.), así como una falta de capacidad por parte de la población y sus instituciones para hacer frente a los riesgos (naturales, institucionales, económicos, políticos, etc.).

La provincia de Cabo Delgado vive desde hace años una compleja situación de crisis, especialmente desde 2017, cuando estalló un conflicto armado y en los últimos años, se encuentra en una situación de fragilidad estructural, marcada por el recrudecimiento del conflicto armado, fenómenos climáticos extremos, inseguridad alimentaria y un sistema de salud debilitado. Según el Plan de Necesidades y Respuesta Humanitaria (HNRP) 2025³ para Mozambique, más de 1,3 millones de personas necesitan asistencia humanitaria debido al conflicto, mientras que 1,8 millones enfrentan inseguridad alimentaria severa como resultado de la sequía inducida por El Niño.

El año 2024 estuvo marcado por un recrudecimiento del conflicto en los distritos costeros de Cabo Delgado, así como la ocurrencia de fenómenos climáticos, que convirtieron el entorno operacional más complejo:

- El 9 de octubre de 2024, el país celebró elecciones presidenciales cuya gestión, desde la campaña pre-electoral hasta el período postelectoral, una vez anunciados los resultados, estuvo marcada por una gran tensión social y política entre los meses de agosto de 2024 a finales de enero de 2025. La violencia que caracterizó esta situación impactó directamente en las actividades sobre el terreno, ya que toda la población fue objetivo de las campañas de protestas, manifestaciones y bloqueos. Y las personas titulares de derechos del proyecto formaron parte de la población diana de los disturbios en los distritos de Ancuabe y Montepuez.
- El 15 diciembre la provincia fue azotada por el ciclón Chido, el primero de tres que se sucedieron entre finales de 2024 y principios de 2025. Este ciclón afectó a más de 700.000 personas en los distritos de Mecufi, Metuge, Chiure, Ancuabe y Pemba, dejando al menos 120 personas fallecidas y más de 900 gravemente heridas. Creó grandes desafíos y dificultades en términos de comunicación y acceso, lo que, de nuevo, llevó a las organizaciones a la suspensión de las actividades de campo. En enero, el Dikeledi y en marzo el Jude han continuado impactando en el sur de la provincia y en la vecina Nampula, lo que ha dificultado la logística de elementos básicos, como el combustible, además del significativo incremento de precios.

¹ Informe de Desarrollo Humano (2025): <https://hdr.undp.org/system/files/documents/global-report-document/hdr2025reporten.pdf>

² Informe Riesgo INFORM (2023): <https://hdr.undp.org/system/files/documents/global-report-document/hdr2023-24reporten.pdf>

³ <https://reliefweb.int/report/mozambique/mozambique-humanitarian-needs-and-response-plan-2025-december-2024>

- Los grupos armados se han expandido, ampliando su presencia geográfica a otras partes de la provincia. En total, se produjo un aumento del 400% en los ataques entre 2023 y 2024. Los distritos de actuación del proyecto, Ancuabe y Montepuez han sido albo también de más de 40 ataques.
 - El distrito de Ancuabe ha visto como los grupos armados organizados empiezan a instalarse, además de realizar ataques esporádicos cada vez más frecuentes, lo que sumado a que era uno de los distritos con mayor recepción de personas desplazadas internas, está tensionando al límite tanto el sistema de atención público como las operaciones de los actores humanitarios.
 - Montepuez, además de haber registrado ataques y serios incidentes de seguridad, es un distrito estratégico por ser un punto clave para las operaciones y tránsito de los grupos armados, por su ubicación geográfica y disponibilidad de servicios básicos.

Con este contexto, se estima que 580.000 personas siguen desplazadas, predominantemente mujeres y niños/as, y según información indicada en el último informe de IOM (ronda 21) de la Matriz de Seguimiento de Desplazamientos (DTM) en el norte de Mozambique, publicado en Julio de 2024⁴, el total de población desplazada presente en los 2 distritos de la intervención – Ancuabe y Montepuez-, es de 81.099 personas, de los que el 53,85% son mujeres, el 12% niños/as menores de 5 años y hasta el 16,14% mujeres preadolescentes y adolescentes entre los 6 y los 17 años. En estos distritos, como en el resto de la provincia que reciben desplazados, se crearon los llamados Centros de Reasentamiento (CR), tres de los cuales han sido priorizados para la ejecución de este proyecto.

1.2.2. Identificación de necesidades humanitarias, con enfoque de derechos humanos, género, medio ambiente y diversidad cultural.

El conflicto armado desencadenó una crisis humanitaria y violaciones de los derechos humanos, especialmente para los desplazados. Según la OCHA, la mayoría de ellos «huyeron con lo puesto» y llegaron a su destino exhaustos, traumatizados, heridos y necesitados de atención médica urgente y apoyo psicosocial. Entre otros derechos, el ejercicio del derecho a la salud está en riesgo extremo: la población desplazada no tiene acceso a servicios de atención primaria y los centros de salud están saturados, lo que perjudica no sólo a la población desplazada, sino también a la residente. A nivel epidemiológico, las enfermedades infecciosas (malaria, diarrea, cólera, VIH, entre otras); la mortalidad materno - infantil y el aumento de las enfermedades crónicas son las situaciones que centran la atención. Los indicadores en Cabo Delgado ya mostraban situaciones críticas que se han visto agravadas por la crisis humanitaria y la falta de atención sanitaria adecuada.

⁴ (<https://dtm.iom.int/reports/mozambique-mozambique-mobility-tracking-assessment-districts-profiles-northern-mozambique?close=true>)

Se presta especial atención a la vida de mujeres y niñas, tanto física como emocionalmente, debido a la situación de abandono, pobreza, enfermedad, abusos sexuales, secuestros, asesinatos, traumas y sometimiento a una espiral de violencia que se extiende desde el campo de batalla al espacio doméstico. Este proyecto incorpora la evaluación del marcador de género-edad para la AH, teniendo en cuenta los criterios de análisis de género y edad, asistencia adaptada, efectos negativos y participación adecuada.

Importa referir que el colectivo meta de la intervención está compuesto por personas desplazadas procedentes de los distritos de Quissanga, Muidumbe, Macomía, Palma y Mocimboa da Praia, pertenecientes a las culturas Kimwani y Makonde, principalmente, presentando importantes diferencias con la cultura Emakhuwa, mayoritaria entre la población de acogida en los distritos de Ancuabe y Montepuez. El perfil de estas personas se corresponde con el de familias desestructuradas o separadas por el conflicto, es su mayoría lideradas por mujeres jóvenes, viudas (y en ocasiones de avanzada edad) y con menores a su cargo. Entre las familias reasentadas encontramos personas que tradicionalmente se dedicaban a la pesca o a la agricultura en función de su aldea de origen, y que hoy en día se encuentran en situación de extrema vulnerabilidad por no disponer de acceso a medios de vida ni atención básica en materia de salud, agua y saneamiento, abrigo o educación, entre otros derechos fundamentales del ser humano. De esta forma, se vislumbra la necesidad de promover una mejora de las condiciones de salud y las condiciones de vida para que la convivencia entre personas que hablan lenguas diferentes, practican religiones diferentes (musulmanes, principalmente, seguidos de cristianos y animistas), proceden de culturas diferentes (con saberes y experiencias en distintos sectores económicos: pesca, agricultura o ganadería, principalmente), pero que comparten el mismo espacio y los mismos recursos, puedan desenvolver estrategias de resiliencia en común a favor del desarrollo de sus familias y de sus comunidades.

En este sentido, los presentes Términos de Referencia (TdR) para la evaluación final del proyecto **«Mejorar la prestación de servicios de salud de calidad a la población desplazada y comunidades de acogida de Ancuabe y Montepuez, con foco en los colectivos especialmente vulnerables»**, financiado por la Generalitat Valencia y Cooperació Valenciana e implementado por **medicusmundi** y el sistema público de salud mozambiqueño (Dirección Provincial de Salud, Servicio Provincial de Salud, Gobiernos de Distrito,...), responden al interés por aprender de las acciones llevadas a cabo durante el proyecto, desde el 1 de agosto de 2024 hasta el 31 de octubre de 2025 (después de que el organismo financiador haya autorizado una ampliación de 3 meses del calendario de trabajo).

Inicialmente estaba previsto que el proyecto tuviera una duración de 12 meses (hasta 31 de julio de 2025), pero debido a diversas limitaciones durante su ejecución, relacionadas con el contexto inestable del conflicto armado, como explicado anteriormente, y otros factores humanos en la provincia de Cabo Delgado, fue necesario solicitar una prórroga de 3 meses, totalizando 15 meses. Esta prórroga fue aprobada por el financiador en mayo de 2025.

Por lo tanto, la evaluación tiene las siguientes finalidades:

- a. Valorar la situación y las condiciones en las que se desarrolló el proyecto, así como conocer los principales retos a los que se enfrentó la iniciativa y las respuestas dadas, desde su inicio hasta su finalización, teniendo en cuenta su modificación sustancial en cuanto al área de intervención, la lógica de intervención y la adecuación del presupuesto respectivo.
- b. Evaluar el desarrollo de las actividades y el cumplimiento de los resultados y objetivos, así como los aportes que la intervención hace a la población desplazada y local, a las autoridades, a la sociedad civil organizada y a todas las personas, asociaciones e instituciones involucradas, teniendo en cuenta las modificaciones sustanciales que ha experimentado.

2. ANTECEDENTES

2.1. Medicus Mundi y el Ministerio de Sanidad de Mozambique

Medicusmundi es una organización de cooperación sanitaria internacional que, desde su fundación, en 1963, tiene como misión y objetivo estratégico fortalecer la Atención Primaria de Salud en los países de actuación, al considerarla la estrategia más eficaz y eficiente para resolver los principales problemas de salud de la población.

Medicusmundi trabaja en Mozambique desde 1994. La estrategia de trabajo de la organización se basa en la defensa del derecho a la salud y en la convicción de que la mejor manera de conseguir este derecho es a través de un trabajo integral sobre los determinantes sociales de la salud y de la construcción de un sistema sanitario basado en los principios de la Atención Primaria de Salud. La defensa activa de todos los derechos de los ciudadanos, como los derechos medioambientales, la igualdad de género y la erradicación de la violencia contra las mujeres, entre otros.

Desde 2021, **medicusmundi** viene realizando diversas intervenciones de ayuda humanitaria para contribuir a minimizar el impacto del conflicto armado en la salud y en la situación humanitaria general de las personas desplazadas internas, centrándose en la prestación de atención sanitaria y sociosanitaria de emergencia a la población desplazada reasentada en diversos distritos de la provincia de Cabo Delgado. En esta respuesta a las crisis y emergencias humanitarias, también se llevaron a cabo acciones de apoyo directo a la Dirección Provincial de Salud (DPS) en distintas provincias en el contexto de diferentes eventos: Ciclón Kenneth, Ciclón IDAI, pandemia COVID-19.

El objetivo de la ayuda humanitaria de **medicusmundi** es proteger y salvar vidas, prevenir y aliviar el sufrimiento humano, satisfacer las necesidades básicas e inmediatas de las personas y promover sus derechos, todo ello desde una perspectiva de reducción de la vulnerabilidad y

fortalecimiento de las capacidades. Aplicar el triple nexo y lo recogido en el Grand Bargain es algo natural para la organización. Las áreas prioritarias de actuación en este ámbito son: salud, agua, saneamiento e higiene, seguridad alimentaria y nutrición. Incorporamos el componente climático y el enfoque de género en todos los proyectos, así como los principios y normas establecidos en el **Proyecto Esfera**.

En cuanto a la asociación, uno de los socios locales de la intervención es la **Dirección Provincial de Salud (DPS) de Cabo Delgado**, como autoridad delegada del Ministerio de Salud (MISAU) en la provincia. Es la máxima autoridad sanitaria de la región. Entre sus competencias se encuentra la de adaptar sus prioridades a los periodos de emergencia, así como diseñar, implementar y evaluar estrategias de fortalecimiento del sistema de salud. El **Servicio Provincial de Salud (SPS)** también es un socio local. El SPS fue creado en agosto de 2020, tal y como se recoge en la RB nº 151, de 7 de agosto de 2020, que menciona las funciones de este servicio provincial, entre las que se encuentra «garantizar y ampliar el acceso a la asistencia sanitaria». Desde entonces, el SPS trabaja en coordinación con el DPS para garantizar el acceso a la atención sanitaria de la población desplazada y «dinamizar la prevención y el control de las enfermedades endémicas y epidémicas», tal y como se especifica en sus funciones en el boletín oficial de la república. En consecuencia, tanto el DPS como el SPS han estado trabajando en los últimos años en intervenciones humanitarias en respuesta al cambiante contexto de la provincia.

Medicusmundi ha colaborado con el Ministerio de Sanidad y el DPS en intervenciones humanitarias. En 2000, fue un actor clave en la gestión de emergencia y post-emergencia de las inundaciones que devastaron el sur de la provincia de Gaza. Trabajó en colaboración directa con las autoridades sanitarias locales para proporcionar ayuda de emergencia, asistencia sanitaria, apoyo en materia de refugios y distribución de materiales y equipos básicos. Además, **medicusmundi** colaboró con las autoridades locales en la gestión de diversos brotes epidémicos, especialmente de cólera, que afectaron a Cabo Delgado. Todas las acciones de desarrollo de **medicusmundi** cuentan con un presupuesto de emergencia que se activa en función de la demanda de los DPS de las zonas de actuación.

2.2. RESUMEN DEL PROYECTO

El proyecto se titula «**Mejorar la prestación de servicios de salud de calidad a la población desplazada y comunidades de acogida de Ancuabe y Montepuez con foco en los colectivos especialmente vulnerables**».

El proyecto tiene el siguiente **objetivo general**:

OG: Mejorar el estado de salud de la población desplazada por el conflicto armado en el norte de Cabo Delgado y reubicada en centros de reasentamiento (CR) y comunidades de acogida de Montepuez y Ancuabe, priorizando el apoyo a los colectivos espacialmente vulnerables.

En otras palabras, pretende contribuir a garantizar la atención primaria de salud en situaciones de emergencia a la población desplazada en los centros de reasentamiento de los distritos de Montepuez y Ancuabe, dando prioridad a los grupos más vulnerables, como mujeres, niñas y adolescentes. Se proporcionará asistencia sanitaria humanitaria de emergencia en los campos de reasentamiento, cerca de las comunidades, así como reforzando las unidades sanitarias de la zona de acción.

Un (1) **objetivo específico:**

OE1. Garantizar la atención primaria de salud en emergencias a la población desplazada en 3 centros de reasentamiento de los distritos de Montepuez y Ancuabe, priorizando los grupos en situación de mayor vulnerabilidad, como mujeres y niñas.

Pretende garantizar la atención primaria de salud en emergencias a la población desplazada en centros de reasentamiento de los distritos de Montepuez, y Ancuabe, y sus comunidades de acogidas, priorizando los grupos en mayor vulnerabilidad, como mujeres, niñas/os y adolescentes.

Y dos (2) **resultados:**

R1. Reforzada la capacidad operativa y de respuesta a emergencias de los centros de salud de Ngura, Muaja y Mapupulo, para asegurar una atención sanitaria permanente e integral a la población desplazada y de acogida, en respuesta a situación de emergencias en la zona de intervención.

El objetivo era reforzar la capacidad funcional de los tres centros de salud designados para prestar atención sanitaria permanente e integral a la población desplazada en respuesta a la emergencia humanitaria en Cabo Delgado.

R2. Mejorada la cobertura y la calidad de los servicios de atención primaria de salud en emergencias en los 3 centros de reasentamiento seleccionados (con especial énfasis en la salud mental y atención a los casos de VBG).

Para ello se contó con el apoyo de los técnicos de sus centros de salud de referencia y de los agentes de salud comunitarios.

El marco lógico completo de la intervención forma parte de estos TdR como **ANEXO**.

3. OBJETIVO DE LA EVALUACIÓN EXTERNA FINAL

Se espera que la **EVALUACIÓN EXTERNA FINAL** proporcione:

- Una evaluación de la idoneidad y pertinencia del diseño de la intervención en relación con el contexto.
- Una evaluación crítica de la ejecución y el seguimiento del proyecto para determinar en qué medida, alcance y forma, se han alcanzado o se han alcanzado los procesos, el objetivo y los resultados previstos, tratando de extraer las lecciones positivas y negativas aprendidas.

- Evaluar la participación de los titulares de derechos en la gestión y ejecución del proyecto y en qué medida la experiencia ha contribuido a reforzar su liderazgo para responder a sus necesidades humanitarias.
- Una evaluación global del proyecto, con una doble orientación. Por un lado, se pretende extraer lecciones que puedan mejorar las políticas y prácticas en este ámbito y, por otro, reforzar la rendición de cuentas.

La evaluación se plantea con el objetivo de valorar el pasado, tomando como referencia la información recogida en la **Fase de Evaluación, Diagnóstico y Formulación del Proyecto**, es decir, mirando hacia atrás, hacia la situación social y la población beneficiaria antes de la intervención y el presente, para contrastar qué ha cambiado; si este cambio ha ido en la dirección que el proyecto pretendía, si ha habido algún impacto y en qué grado. En este sentido, también se compartirán los informes de seguimiento de las actividades realizadas durante el proyecto, diseñados para ser compartidos y contabilizados con el financiador y la contraparte local⁵.

La evaluación será participativa con los grupos titulares/beneficiarios de derechos, responsabilidades y obligaciones y estará orientada a la obtención de información relevante, de acuerdo con los criterios de evaluación de las acciones humanitarias (ver punto **6. CRITERIOS DE EVALUACIÓN**).

4. ACTORES IMPLICADOS EN LA EVALUACIÓN

El objetivo del proyecto era contribuir a mejorar el estado de salud de la población desplazada por el conflicto armado y reubicada en tres centros de reasentamiento y comunidades de acogida de Montepuez y Ancuabe, priorizando el apoyo a los colectivos espacialmente vulnerables. A lo largo del proyecto, las actividades se llevaron a cabo en asociación y coordinación entre **medicusmundi**, DPS-Cabo Delgado y SPS-Cabo Delgado, como socios locales con los que se firmaron acuerdos de colaboración en el marco de la ejecución del proyecto.

Además de las instituciones públicas mencionadas a nivel provincial, el proyecto también trabaja/trabajó a nivel de distrito con las administraciones locales, concretamente con: Servicios Distritales de Salud, Mujer y Acción Social (SDSMAS) de Ancuabe y Montepuez.

Por otra parte, y como hemos señalado, conscientes de los riesgos de conflictos que existen entre la población desplazada y la población de acogida, se trabajó junto con el Centro de Estudios y Acciones para la Paz de Pemba (CEAP) - actor especializado en construcción de paz-realizando de manera regular unos encuentros guiados que permiten/permitieron identificar posibles conflictos, una comprensión de la situación de cada grupo y el conocimiento mutuo, con el fin de promover una cultura de paz y de prevención de conflicto dentro de las comunidades implicadas en el proyecto.

⁵ Enviados por e-mail a las entidades/consultores que manifiesten su interés.

El grupo destinatario está formado por desplazados de los distritos de Quissanga, Muidumbe, Macomia, Palma y Mocímboa da Praia, que viven en tres centros de reasentamiento autorizados en los distritos de Ancuabe (CR Muaja) y Montepuez (CR Campona y Momane). Al inicio del proyecto, un total de 5.915 personas vivían en los 3 CR, de las cuales 41,5% son mujeres (2.484) y 24% menos de 14 años (1.420).

La población atendida en los centros de salud prioritarios (CS Ngura y CS Minhahuene, en Ancuabe y CS Mapupulo en Montepuez) también forma parte de los titulares de derechos de la intervención, siendo un total de 45.236 personas, de las cuales 53,7 % son mujeres y 39,7% niños/as,

Además, hay 15 activistas (5 en cada CR) de los cuales el 46,6% son mujeres, que llevan a cabo acciones comunitarias y de promoción de la salud en las áreas priorizadas por la intervención.

Finalmente, los Comités de Salud de los 3 CR que han sido revitalizados, han visto reforzadas sus capacidades operativas en el terreno.

4.1. Resumen de actores implicados

- Generalitat Valenciana y Cooperació Valenciana
- Medicus Mundi (MM)
- Dirección Provincial de Salud de Cabo Delgado (DPS-Cabo Delgado)
- Servicio Provincial de Salud de Cabo Delgado (SPS-Cabo Delgado)
- SDSMAS de Ancuabe
- SDSMAS de Montepuez
- Centro de Estudios y Acciones para la Paz de Pemba (CEAP)

4.2. Población beneficiaria:

Ver **Anexo 2_** Tabla población beneficiaria y participante.

5. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Enfoque metodológico

Se realizará una **EVALUACIÓN EXTERNA FINAL** de los procesos, actividades, resultados e impactos utilizando una metodología inclusiva y participativa. Las metodologías y técnicas de recogida y análisis de la información serán definidas y propuestas por el equipo evaluador de acuerdo con la normativa de la Generalitat Valenciana y revisadas y validadas por

TdR Evaluación Final Externa del Proyecto:

“Mejorar la prestación de servicios de salud de calidad a la población desplazada y comunidades de acogida de Ancuabe y Montepuez con foco en los colectivos especialmente vulnerables.”

medicusmundi, que podrà realitzar recomenacions, sugerències y aportacions, con el objetivo de garantir la pertinencia de las técnicas utilizadas en relación con el contexto de intervención y las especificidades sociales y culturales de los informantes seleccionados.

El informe hará hincapié en la importancia de integrar los distintos enfoques transversales durante la evaluación: derechos humanos, género, sostenibilidad medioambiental y gobernanza democrática. Pero también su valor añadido desde el punto de vista de la aplicación del Triple Nexo (especialmente el Nexo Humanitario-Desarrollo) y también los aspectos de inclusión de colectivos en situación de extrema vulnerabilidad, como niños/as, ancianos/as y personas con discapacidad.

También serán obligatorias las consultas (en formato online) con la sede de **medicusmundi** en Barcelona y con el propio financiador (GVA) a través de la sede en Valencia, si así lo solicita el financiador.

La evaluación integrará un enfoque sistemático que permita trabajar con una versión interconectada e interdependiente de las dimensiones de diseño, proceso, resultados y estructura que, junto con los siguientes criterios, conformarán el marco de evaluación.

Por lo tanto, el alcance de la evaluación deberá tener en cuenta los siguientes criterios:

5.1. A nivel del proyecto y del diseño

- **Pertinencia y adaptación de los objetivos y resultados** de la intervención al contexto local en el que se ha llevado a cabo el proyecto, en relación con:
 - a) Necesidades del contexto.
 - b) Políticas locales e internacionales.
 - c) Las políticas y estrategias de **medicusmundi**, así como las del país, centradas en la adecuación de la respuesta sanitaria humanitaria, la cohesión social y la influencia política.
- **Coherencia del diseño del proyecto** y de las actividades identificadas e implementadas, en los contextos sociales, políticos e institucionales en los que se desarrollan. La adecuación y pertinencia de la respuesta humanitaria llevada a cabo, analizando si la lógica del proyecto se ha verificado en la práctica.

5.2. A nivel de procesos

- **Eficiencia de los procesos utilizados para alcanzar los objetivos previstos**. Una iniciativa humanitaria será eficiente si es capaz de garantizar que los recursos (monetarios, tiempo, materiales, humanos) se utilicen de manera adecuada y económica para lograr los productos o resultados deseados.

- **Viabilidad**, es decir, un juicio de los posibles efectos positivos y negativos que genera la intervención y su continuidad en el tiempo una vez finalizada (sostenibilidad del legado). Este criterio será analizado desde diferentes perspectivas: (a) viabilidad económica; (b) viabilidad sociocultural; (c) viabilidad institucional y (d) viabilidad ambiental.
- **Apropiación y participación**: implica evaluar la estrategia de participación, es decir, evaluar el grado en que los diferentes actores involucrados en el proyecto asumieron como propias las diferentes actividades, participando en su diseño y ejecución. Se prestará especial atención a los criterios de participación de las personas que residen en los centros de reasentamiento, las autoridades locales, miembros de los Comités de Salud y el grupo de activistas involucrados en la implementación del proyecto.

5.3. A nivel de resultados

- **Eficiencia y proporción para el logro del objetivo específico y los resultados**: esto es, verificar la calidad del avance alcanzado en la ejecución de las actividades planificadas, los resultados esperados y los objetivos establecidos.
- **Impactos, entendidos como los cambios en el desarrollo humano y el bienestar de las personas** que el proyecto proporcionó, directa o indirectamente, intencionalmente o no. Se tendrán en cuenta los diferentes efectos del mismo en mujeres y hombres.

5.4. Otras normas y criterios

- Tener en cuenta la Norma Humanitaria Esencial (CHS), que reúne elementos clave de las normas y compromisos humanitarios existentes, como el Código de Conducta sobre socorro en casos de desastre para la Cruz Roja Internacional y el Movimiento de la Media Luna Roja y las ONG, la Carta Humanitaria y los estándares mínimos de respuesta humanitaria del Manual Esfera, los cuales deben ser tomados en consideración por el equipo evaluador.

6. CRITERIOS Y EVALUACIÓN

La evaluación deberá poder obtener información relevante, de acuerdo con los siguientes criterios de evaluación de acciones humanitarias:

- 1) **ADECUACIÓN**: Grado en el que la acción humanitaria se adapta/fue adaptada a las necesidades locales, fortaleciendo así la apropiación, la rendición de cuentas y la responsabilidad y el vínculo con la apropiación local.

- 2) **EFICACIA:** El grado en que la acción humanitaria logra/ha logrado su objetivo, o si se puede esperar que esto suceda en función de los resultados/productos.
- 3) **EFICIENCIA:** Resultados/Productos - cualitativos y cuantitativos - obtenidos como resultado de los recursos y procesos utilizados.
- 4) **IMPACTO** (si corresponde): Los efectos más amplios del proyecto (social, económico, técnico y ambiental) en individuos, grupos de género y edad, comunidades e instituciones.
- 5) **CONECTIVIDAD:** Grado en que las acciones humanitarias (de emergencia y/o post-emergencia) se llevan a cabo en un contexto que tiene en cuenta problemas interrelacionados y de más largo plazo (adecuación de la aplicación del enfoque de nexo en AH, por ejemplo).
- 6) **COBERTURA:** En qué medida la población desplazada en situación de extrema vulnerabilidad (mujeres víctimas de VBG, personas mayores, niños/as, personas con discapacidad...) está/estuvo cubierta por la acción humanitaria.
- 7) **COHERENCIA** (si corresponde): En qué medida las acciones humanitarias, resultantes de la implementación de políticas en la materia, son coherentes y toman en cuenta aspectos humanitarios y de derechos humanos.
- 8) **COORDINACIÓN:** En qué medida las intervenciones de los diferentes actores armonizan o han sido armonizadas entre sí, promoviendo sinergias y evitando brechas, duplicidades y conflictos de recursos.

Además de esos criterios, la evaluación debe de contemplar las siguientes premisas:

- El **ALINEAMIENTO** del proyecto con las estrategias y objetivos de **medicusmundi**⁶ y del **Ministerio de Sanidad de Mozambique**⁷, los objetivos de desarrollo de Mozambique⁸, así como el alineamiento con los ODS⁹ y la Agenda 2030¹⁰.
Es igualmente pertinente, en este ejercicio de evaluación final, analizar el alineamiento de los resultados del proyecto con los planes estratégicos de la Generalitat Valenciana (GVA), con las estrategias y objetivos del Plan Director vigente¹¹; así como orientar este mismo ejercicio de acuerdo con la Guía para el seguimiento y evaluación de proyectos financiados por la Generalitat Valenciana, a partir del 2021, y también el borrador del documento que orienta en esta materia a partir del 2025¹².
- **RECOMENDACIONES RELEVANTES y ACCIONES DE MEJORÍA** con base en las lecciones aprendidas con la acción en los siguientes campos:
 - Acciones e intervenciones futuras (si fuese pertinente).
 - Colaboración y fortalecimiento institucional entre **medicusmundi** y agentes implicados.

⁶ Ver: <https://www.medicusmundimozambique.org/pt>

⁷ Ver: <http://www.misau.gov.mz/>

⁸ Programa Quinquenal do Governo (PQG) 2020-2024: <https://bit.ly/3suH25O>

⁹ Ver ODS Moçambique: <https://mozambique.un.org/pt/sdgs>

¹⁰ Ver Agenda 2030: <https://bit.ly/3tyjX3v>

¹¹ Ver: **V PLAN DIRECTOR - Generalitat Valenciana**

¹² Ver: <https://serviciosociales.gva.es/es/web/cooperacion/guies-i-instruccions>

- La aplicación del enfoque de nexo en acción y el rol de las contrapartes institucionales locales (socios) (DPS-Cabo Delgado, SPS-Cabo Delgado, SDSMAS de Ancuabe y Montepuez), los actores involucrados y los servicios externos contratados.
- Recomendaciones de ámbito institucional y operativo, basadas en un análisis en profundidad de los procesos de revisión y seguimiento realizados, de acuerdo con la información proporcionada, la normativa y orientación técnica del financiador (GVA).
- Desarrollo e implementación de ejes transversales de género, derechos humanos y sostenibilidad ambiental.
- Relevancia de las estrategias de intervención implementadas.

Notas importantes:

- El equipo consultor es responsable de presentar, como parte de la propuesta técnica, su propio cuadro de preguntas, de acuerdo con los criterios de evaluación de acciones humanitarias aquí indicados y/u otros que considere relevantes. Esta sección de la propuesta técnica será evaluada en profundidad y tendrá una alta relevancia en la consideración final.

- El equipo consultor deberá tener en cuenta en su evaluación un análisis de la formulación inicial, a los efectos de evaluar el proceso de reformulación y comparación, pero los impactos, resultados y procesos tendrán en cuenta la versión reformulada aprobada.

7. METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN Y PLAN DE TRABAJO

7.1. FASES EN LA METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

Se propone como guía tener en cuenta las fases que se proponen a continuación en la metodología de evaluación. No obstante, el equipo consultor deberá desarrollar este apartado de forma personalizada como parte importante de su propuesta técnica, la cual será evaluada con especial detalle por el comité de selección.

- 1) **Trabajo de Oficina:** revisión de literatura y documentos de proyectos (Informes de identificación y diagnóstico, formulación de proyectos, informes de seguimiento, informes de actividades, materiales de comunicación, etc.), documentación de referencia de la convocatoria de propuestas y reglamento del financiador, elaboración de instrumentos para encuestas y grupos de discusión u otras técnicas participativas propuestas por el equipo consultor de evaluación, planes de trabajo de campo, organización logística, reuniones, etc.
- 2) **Trabajo de campo en los centros de reasentamiento** de Muaja (Ancuabe), Campona y Momane (Montepuez) con grupos beneficiarios con derechos, responsabilidades y obligaciones.

- 3) **Trabajo de campo en las sedes distritales** de los dos distritos de intervención con grupos beneficiados con responsabilidades y obligaciones.
- 4) **Trabajo de campo en la ciudad de Pemba**, con instituciones con responsabilidades y obligaciones.
- 5) **Trabajos de consulta con la entidad financiadora (GVA)**, si así fuese solicitado por esta.
- 6) **Elaboración y presentación de un informe preliminar.**
- 7) **Devolución de aportes y propuestas** para mejorar el informe preliminar por parte de las entidades ejecutoras, socios locales y otros actores involucrados.
- 8) **Elaboración y presentación del informe final**, con conclusiones, recomendaciones para futuras intervenciones y lecciones aprendidas.
- 9) **Taller de devolución de los resultados de la evaluación** incluidas en el informe final de evaluación en una reunión **con actores locales** (DPS-Cabo Delgado y SPS-Cabo Delgado), en Pemba.
- 10) **Sesión de presentación de las conclusiones y recomendaciones** incluidas en el informe final de evaluación en reunión con **medicusmundi** y GVA, en formato online.

7.2. CRONOGRAMA PROPUESTO PARA LA EVALUACIÓN EXTERNA FINAL

Fases	Semana											
	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	
1. Trabajo de oficina: revisión bibliográfica, consultas iniciales, (com MM, financiador, actores-clave), preparación de instrumentos, planes de trabajo, organización logística.												
2. Trabajo de campo en la ciudad de Maputo.												
3. Trabajo de campo en los distritos de Ancuabe y Montepuez												
4. Trabajo de campo en la ciudad de Pemba.												
5. Elaboración y presentación del informe preliminar.												

<p>6. Devolución de contribuciones y propuestas de mejora del informe preliminar, incluyendo actores locales, MM, DPS-SDSMAS y financiador.</p>		
<p>7. Elaboración y presentación del informe final de la evaluación final externa del proyecto.</p>		

El inicio del calendario de trabajo se determina en el lunes 3 de noviembre de 2025 y el lunes 18 de enero de 2026, 11 semanas después.

El equipo consultor desarrollará, a partir de la propuesta técnica presentada para el proceso de selección, un primer borrador de la metodología y plan de trabajo, que deberá ser aprobado por **medicusmundi**.

En el desarrollo efectivo de la evaluación, el líder del equipo de consultoría seleccionado jugará un papel importante al facilitar grupos de discusión, entrevistas y otras metodologías participativas diseñadas para incluir en la evaluación los criterios de la población y los actores locales, públicos, privados y de la sociedad civil.

Una vez realizado el trabajo de campo de forma participativa, en los distritos objetivo de Pemba y en la ciudad de Pemba, se entregará a **medicusmundi** el primer borrador de las conclusiones. **medicusmundi** será responsable de coordinar la difusión entre los actores involucrados y las contrapartes locales.

medicusmundi entregará la documentación existente generada por el proyecto al equipo de evaluación a través de su oficina en Pemba.

El documento de evaluación final se entregará a **medicusmundi** quien lo enviará a DPS-Pemba, SPS-Pemba, a las SDSMAS de los dos distritos y a la GVA. Sólo estas entidades están autorizadas a utilizarlo total o parcialmente para sus respectivos fines.

Los documentos y fuentes de verificación a los cuales tendrá acceso el equipo de evaluación serán:

- Convenios de colaboración entre **medicusmundi**, DPS de Pemba, SPS de Pemba, cartas de apoyo de todos los actores (SDSMAS) y GVA.
- Convenios con entidades locales colaboradoras, en su caso.

- Contratos/convenios con entidades de servicios externas, en su caso.
- Formulación y reformulación del proyecto y bases de la convocatoria de propuestas.
- Solicitudes y autorizaciones de prórrogas/ampliaciones del calendario del proyecto.
- Informes de actividades y anexos.
- Diversos documentos y bibliografías sobre intervención humanitaria.
- Informes de seguimiento técnico y financiero presentados a la GVA, con anexos y Fuentes de Verificación.

Además de estos documentos, el equipo evaluador podrá solicitar cualquier documentación que considere oportuna.

7.3. CONDICIONANTES

Para facilitar la coordinación del equipo de evaluación externa con **medicusmundi**, DPS-Pemba, SPS-Pemba, SDSMAS Distritales y la propia financiadora (GVA), al inicio de la fase de evaluación se celebrarán las reuniones necesarias para definir con precisión la coordinación y niveles de participación. En todo caso deberán tenerse en cuenta al menos las siguientes consideraciones:

- Se creará un comité de seguimiento de la evaluación por parte de **medicusmundi**, con una persona como interlocutor del equipo evaluador.
- Si el equipo consultor está formado por dos o más personas, se designará un responsable y/o interlocutor de la evaluación.
- El equipo consultor será responsable de presentar el primer borrador de la metodología de evaluación y plan de trabajo que será discutido y aprobado en una reunión conjunta con **medicusmundi**, el financiador (GVA), la DPS de Pemba y el SPS de Pemba.
- El equipo de consultoría será el encargado de desarrollar íntegramente la fase de trabajo de la oficina.
- El equipo consultor determinará cómo se desarrollarán los encuentros con la población objetivo, definirá grupos de discusión u otras metodologías precisas.
- Los equipos de **medicusmundi** monitorearán este proceso para programar reuniones y/o actividades, y también ayudarán en el trabajo de campo, facilitando la presencia del equipo de consultoría en los distritos.
- Socializar las conclusiones de la evaluación con la población afectada será una responsabilidad conjunta del equipo consultor y del equipo técnico de **medicusmundi**, DPS-Pemba y SPS-Pemba, participando también en esta fase la financiadora (GVA).

8. INFORME DE EVALUACIÓN, ESTRUCTURA Y PRESENTACIÓN

El informe de evaluación debe estar en idioma español y resumirá el contenido de los procesos seguidos para recoger información, analizarla y extraer conclusiones y recomendaciones. Las conclusiones, recomendaciones y lecciones aprendidas deben priorizarse y diferenciarse para los niveles de diseño, procesos y resultados, así como para los niveles estratégico, de gestión y operativo, si fuera relevante.

Antes de elaborar el informe final, se socializará el primer borrador con los principales resultados de la evaluación y su aprendizaje:

- Identificación de los resultados alcanzados por el proyecto, destacando los factores de éxito.
- Identificación de elementos que impidieron avanzar en los resultados del proyecto.
- Sistematización de lecciones aprendidas.
- Recomendaciones sobre las líneas estratégicas que desarrollarán **medicusmundi**, DPS-Pemba y SPS-Pemba en los próximos años (si procede)

Tras la realización de estas presentaciones, será elaborado el documento final de evaluación, que contará con las siguientes secciones¹³:

0. Portada

1. Índice

2. Resumen Ejecutivo

- Breve resumen del proyecto evaluado.
- Objetivos de la evaluación y población beneficiaria.
- Metodología y técnicas de evaluación.
- Síntesis de los primeros resultados y conclusiones.

3. Aspectos introductorios

3.1 Presentación del equipo evaluador

3.2 Describir el propósito de la evaluación

3.3 Identificar los actores implicados (coordinación y participación de entidades socias)

3.4 Reflejar la estructura y contenidos del informe.

4. Objetivos y alcance de la evaluación

4.1 Descripción de la escala de la intervención

4.2 Identificación de los productos y efectos del proyecto

4.3 Objetivos de la evaluación

5. Antecedente y contexto

5.1 Antecedentes y contexto de la intervención.

5.2 Diferentes fases, reformulaciones y/o prórrogas

5.3 Mecanismos y modelo de ejecución

5.4 Mecanismos de seguimiento

¹³ Ver: <https://serviciosociales.gva.es/es/web/cooperacion/guies-i-instruccions>

6. Criterios y preguntas de evaluación

- 6.1. Alineamiento
- 6.2. Eficacia
- 6.3. Eficiencia
- 6.4. Impacto (si fuese pertinente)
- 6.5. Conectividad
- 6.6. Cobertura
- 6.7. Coherencia (si fuese pertinente)
- 6.8. Coordinación
- 6.9. Otros

7. Metodología

- 7.1. Enfoque metodológico utilizado
- 7.2. Contexto de evaluación

8. Condicionantes y limitantes de la evaluación

9. Análisis de datos

10. Hallazgos

11. Conclusiones

12. Recomendaciones

13. Lecciones aprendidas

14. Anexos

- 10.1. Términos de Referencia de la Evaluación
- 10.2. Plan de trabajo y agenda de trabajo de campo, que incluya la composición y descripción de la misión.
- 10.3. Metodología propuesta, técnicas y fuentes utilizadas para recopilar la información.
- 10.4. Bibliografía y revisión documental: lista de fuentes secundarias utilizadas.
- 10.5. Herramientas de recogida de materiales e informaciones¹⁴ (encuestas: modelos, datos brutos recopilados, análisis estadístico, ...)
- 10.6. Informaciones y documentación generadas en las visitas de campo (talleres participativos: informes, productos.)
- 10.7. Ficha resumen de la evaluación (modelo CAD)¹⁵

Notas importantes:

- El equipo consultor es responsable de presentar, como parte de la propuesta técnica, su propio índice de contenidos para el informe de evaluación. Puedes tener esto en cuenta, pero también puedes proponer otros apartados y enfoques, si así lo consideras.

¹⁴ El equipo evaluador proporcionará, junto con el informe final, toda la información utilizada para su análisis e interpretación, y que ha recopilado de fuentes primarias (transcripciones de entrevistas, encuestas, grupos focales, etc.), garantizando en todo momento la premisa de anonimato y confidencialidad, esta información será útil para medicusmundi y otras personas interesadas en el proyecto, como financiadores y otros expertos en evaluación que quieran realizar futuros estudios o metaevaluaciones.

¹⁵ Disponible en "Guía para el Seguimiento y Evaluación de Proyectos Financiados por la Generalitat Valenciana" para proyectos a partir de 2021, así como con el borrador del 2025, disponible a través de este enlace:
<https://serviciosociales.gva.es/es/web/cooperacion/guies-i-instruccions>

- El equipo consultor deberá dominar el español, para poder presentar informes (preliminares y finales) en este idioma, así como coordinar e implicar a la entidad financiadora (GVA) en los procesos de consulta, recogida de información y devolución de resultados.
- En todos los casos, se deberá presentar Resumen ejecutivo en documento aparte para facilitar la lectura de los aspectos más importantes de la evaluación, así como la publicación en la web de la dirección general de GVA.

9. EQUIPO DE EVALUACIÓN

El servicio de evaluación externa será realizado por una consultoría individual o por un equipo de personas un equipo de personas expertas que cumpla los siguientes requisitos:

- **Formación académica:** carrera universitaria en ciencias sociales, ciencias ambientales, ciencias de la salud, humanidades o afines.
- **Formación adicional en ayuda humanitaria,** cooperación al desarrollo y evaluación de intervenciones de ayuda humanitaria/de emergencia y cooperación internacional.
- **Experiencia comprobada en evaluación de proyectos de acción humanitaria** y/o cooperación internacional con enfoque de salud pública en contextos de emergencia.
- Se **valorará conocimiento comprobado** y experiencia laboral en el sector de **salud pública y humanitario.**
- Experiencia en la aplicación de una perspectiva de género y enfoque de derechos humanos.
- **Amplia experiencia trabajando con equipos en Mozambique.**
- **Capacidad demostrada para redactar documentos/informes de evaluación.**
- **Idiomas:** dominio del portugués y español. Al menos 1 miembro del equipo habla emakhuwa y/o makonde con fluidez.

10. PREMISAS DE EVALUACIÓN, AUTORÍA Y PUBLICACIÓN

Las premisas básicas del comportamiento ético y profesional del equipo evaluador serán las siguientes:

- **Anonimato y confidencialidad.** La evaluación debe respetar el derecho de las personas a proporcionar información que garantice su anonimato y confidencialidad.
- **Responsabilidad.** Cualquier desacuerdo o diferencia de opinión que pueda surgir entre los miembros del equipo o entre estos y los responsables del proyecto será discutido y acordado

dentro de la entidad que contrata la evaluación.

- **Integridad.** Los evaluadores serán responsables de resaltar cuestiones no mencionadas específicamente en estos términos de referencia, de ser necesario, para obtener un análisis más completo de la intervención.
- **Independencia.** El equipo evaluador debe garantizar su independencia y objetividad en la información, afirmaciones y conclusiones que realice sobre la intervención evaluada.
- **Validación de la información.** Será de responsabilidad del equipo de evaluación, asegurar la precisión de las informaciones recogidas para la preparación de los informes y, en último análisis será responsable de las informaciones presentadas en el informe de evaluación.
- **Incidentes.** En el caso de que ocurriesen problemas durante la ejecución del trabajo de campo o en cualquier otra etapa de la evaluación, estos deberán ser comunicados inmediatamente a la entidad contratante. Caso contrario, la existencia de tales problemas no puede, en ningún caso, ser utilizada para justificar la falta en la obtención de los resultados establecidos en estos TdR.
- **Derechos de autoría y divulgación.** Todos los derechos de autoría pertenecen a la entidad contratante de la evaluación. La divulgación de las informaciones recogidas y el Informe Final son prerrogativas de **medicusmundi**, de la DPS-Cabo Delgado, de la SPS-Cabo Delgado y/o de los SDSMAS de los dos distritos de intervención
- **Régimen de sanciones.** En caso de retraso en la entrega de los informes o en el caso de la calidad de los informes entregados fuese manifiestamente inferior a la que fue acordada, serán aplicadas las sanciones previstas en el contrato a ser firmado.
- **Respecto por los Principios Humanitarios de la Acción Humanitaria Internacional:** humanidad, imparcialidad, neutralidad e independencia.

11. PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA TÉCNICA Y CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Los contenidos de la oferta deberán de referir, por lo menos, los siguientes apartados:

- 1) **Propuesta técnica**, que deberá incluir la metodología, la matriz de evaluación incluyendo criterios y preguntas de evaluación, el plan de trabajo preliminar, y los recursos necesarios para desarrollar la metodología propuesta.
- 2) **Propuesta de cronograma** detallando el trabajo de campo por acciones. Deberá reflejar una coherencia lógica entre las diferentes fases y acciones.
- 3) **Oferta económica y presupuesto detallado**, incluyendo todo tipo de costes, impuestos, tasas, u otras contingencias/ gastos derivados de la metodología propuesta
- 4) **Perfil profesional (CV) del equipo de evaluación** y propuesta de distribución de tareas y responsabilidades.
- 5) **Dos cartas de referencia** de empresas u organizaciones en las cuales actuarán anteriormente en esta área.

Los criterios de evaluación son:

#	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTUACIÓN
1	<ul style="list-style-type: none"> Experiencia laboral en evaluación de proyectos de acción humanitaria y/o cooperación internacional en el área de salud pública y sistemas de salud. Experiencia en evaluación superior a la establecida en los requisitos. Experiencia en desarrollo o evaluación de proyectos en Mozambique. Experiencia en el desarrollo o evaluación de proyectos dentro del alcance de la intervención de este proyecto (provisión de atención médica de emergencia) Formación extra específica en el ámbito de la intervención del proyecto. 	30
2	Calidad de la Propuesta Técnica: <ul style="list-style-type: none"> Alineación de la propuesta técnica con los TdR. Adaptación de la metodología al contexto de la intervención. Coherencia de las herramientas de recolección de datos con los objetivos y contexto de la evaluación. Revisión de criterios y propuesta de preguntas clave para evaluar la acción humanitaria. Propuesta de estructura de contenidos del informe final. Contextualización y estructura. Dominio del área temática. Objetivos. Matriz de evaluación. Plan de trabajo. 	40
3	Propuesta financiera: <ul style="list-style-type: none"> Con una excelente relación calidad-precio. Incluye todos los gastos y recursos necesarios de acuerdo con la metodología de trabajo. Incluye todos los gastos necesarios para realizar la valoración, incluidos impuestos. 	15
4	Cronograma detallado.	10
5	Presentación de los documentos solicitados: CV, Cartas de Referencia, Propuesta Técnica y Financiera.	5
	PUNTUACIÓN TOTAL	100

La atribución de la evaluación a los equipos en cuestión respetará los principios de:

- Confidencialidad:** La información relativa a la evaluación de la propuesta y las recomendaciones de adjudicación no será revelada a terceros que no estén oficialmente involucrados en el proceso hasta que la empresa, consultor o equipo de consultores ganador sea notificado de la adjudicación del contrato.

TdR Evaluación Final Externa del Proyecto:

“Mejorar la prestación de servicios de salud de calidad a la población desplazada y comunidades de acogida de Ancuabe y Montepuez con foco en los colectivos especialmente vulnerables.”

- **Aclaración de propuestas:** Para facilitar el análisis, evaluación y comparación de la propuesta, el órgano de contratación podrá solicitar a cualquier consultor que aclare su propuesta.
- **La solicitud de aclaración y la respuesta deberán presentarse por escrito o por correo electrónico;** sin embargo, no se debe solicitar, ofrecer ni autorizar ningún cambio en el contenido de la propuesta.

12. PLAZOS DE LA REALIZACIÓN DE LA EVALUACIÓN

La fecha prevista para la firma del contrato es el día **3 de noviembre de 2025** y el plazo de entrega definitiva es el día **18 de enero de 2026**, o con una duración máxima de 11 semanas desde la firma del contrato (hasta la entrega del informe final aprobado y definitivo).

Los **plazos de entrega** de los productos son los establecidos en el cronograma de la sección 7. Metodología, Fases y Plan de Trabajo.

El equipo de consultoría deberá presentar su propio presupuesto detallado, con una óptima relación calidad-precio, incluyendo todos los impuestos y tasas. Las ofertas más económicas serán evaluadas de forma positiva, siempre que atiendan a todos los requisitos técnicos exigidos en estos Términos de Referencia.

13. PRESUPUESTO DE LA CONSULTORÍA

El presupuesto máximo disponible para la realización de este trabajo de evaluación externa es de 560.000MZN. No se valorarán propuestas que sobrepasen ese límite presupuestario. Se incentiva la presentación de propuestas mozambiqueñas.

14. PRESENTACIÓN DE LAS PROPUESTAS TÉCNICAS Y FINANCIERAS

Las personas candidatas son invitadas a evaluar estos Términos de Referencia y proponer mejoras.

Las propuestas deberán de ser enviadas en portugués.

Las propuestas deberán enviarse por correo electrónico, indicando en el asunto “*Evaluación Final Externa del Proyecto SOLHUM/2023/0032- AH-GVA*”, hasta el día 30 de septiembre de 2025.

Correos electrónicos para el envío de las propuestas:

- coordinacion.cd@medicusmundi.es
- representacion.maputo@medicusmundi.es
- recursoshumanos.mmed@medicusmundi.es

15. ANEXO 1: LÓGICA DE LA INTERVENCIÓN

	LÒGICA D' INTERVENCIÓ LÒGICA DE INTERVENCIÓN	INDICADORS / INDICADORES	FONTS DE VERIFICACIÓ FUENTES DE VERIFICACIÓN	HIPÒTESI / HIPÓTESIS SUPÒSITS / SUPUESTOS
OBJECTIU GENERAL <i>OBJETIVO GENERAL</i>	Mejorar el estado de salud de la población desplazada por el conflicto armado en el norte de Cabo Delgado y reubicada en centros de reasentamiento (CR) y comunidades de acogida de Montepuez y Ancuabe, priorizando el apoyo a los colectivos espacialmente vulnerables.			
OBJECTIU ESPECÍFIC <i>OBJETIVO ESPECÍFICO</i>	<p>Garantizar la atención primaria de salud en emergencias a la población desplazada en 3 centros de reasentamiento de los distritos de Montepuez y Ancuabe, priorizando los grupos en situación de mayor vulnerabilidad, como mujeres y niñas.</p> <p>Descripción: garantizada la atención primaria de salud en emergencias a la población desplazada en centros de reasentamiento de los distritos de Montepuez, y Ancuabe, y sus comunidades de acogidas, priorizando los grupos en mayor vulnerabilidad, como mujeres, niñas/os y adolescentes.</p>	<p>OE.I1: Porcentaje de la población que puede acceder a una atención de salud primaria a una hora de camino de sus viviendas (Meta: un mínimo del 80% de la población meta)</p> <p>OE.I2: Porcentaje de las instalaciones de salud establecidas en los Centros de Reasentamiento (CR) que prestan servicios de salud priorizados (Meta: mínimo del 80%)</p> <p>OE.I3: Porcentaje de pacientes remitidos en un tiempo adecuado (Meta: Al menos 90 pacientes referidos al centro de salud más próximo durante la vida del proyecto)</p> <p>OE.I4: Número de población desplazada y de las comunidades de acogida que tienen acceso a servicios de salud de las diferentes áreas prioritarias en contexto de emergencia (Salud materno infantil, nutrición, Salud mental, medicina preventiva y medicina general, entre otros) de</p>	<p>FV.OE.1: Registro de población de los centros de reasentamiento y aldeas vecinas a menos de 1 hora. Documentos de la administración distrital.</p> <p>FV.OE.I2. Registro de atenciones sanitarias realizadas en los CR. Informes estadísticos mensuales.</p> <p>FV.OE.I3. Reportes del SISMA desagregados por Centros de Salud. Informes mensuales de casos derivados de cada CR elaborados por el equipo.</p> <p>FV.OE-I.4.1. Registros de partos atendidos por personal especializado en los CS, para mujeres desplazadas.</p> <p>FV.OE.I4.2. Informes de SMI de los CS y SDSMAS con la cobertura de parto</p>	<p>H1.OE. Entre salidas y entradas de personas desplazadas en los CR seleccionados, se mantiene el volumen global de población a atender.</p> <p>H2.OE. El conflicto armado no se extiende a los distritos de actuación del proyecto por lo que se mantiene el acceso a los CR y no tiene lugar movimientos masivos de población</p> <p>H3.OE. en caso de brote epidémicos se cuenta con una coordinación adecuada entre actores de AH y autoridades locales con el fin de asegurar una rápida respuesta y el buen uso de los recursos disponibles para la atención a la población desplazada.</p>

TdR Evaluación Final Externa del Proyecto:

“Mejorar la prestación de servicios de salud de calidad a la población desplazada y comunidades de acogida de Ancuabe y Montepuez con foco en los colectivos especialmente vulnerables.”

	LÒGICA D' INTERVENCIÓ LÒGICA DE INTERVENCIÓN	INDICADORS / INDICADORES	FONTS DE VERIFICACIÓ FUENTES DE VERIFICACIÓN	HIPÒTESI / HIPÓTESIS SUPÒSITS / SUPUESTOS
RESULTATS RESULTADOS		forma regular (Meta: un mínimo del 80% de la población meta)		
	Resultado 1: Reforzada la capacidad operativa y de respuesta a emergencias de los centros de salud de Ngura, Muaja y Mapupulo, para asegurar una atención sanitaria permanente e integral a la población desplazada y de acogida, en respuesta a situación de emergencias en la zona de intervención.	R1.I.1: Porcentaje de instalaciones de salud que disponen de materiales médicos esenciales funcionales (Meta: como mínimo el 80% de los CS prioritizados)	FV.R1.I.1: Actas de entrega del material médico-quirúrgico y equipamiento médico en cada centro de salud.	H4.R1: El conflicto y los ataques no avanzan hacia el sur y no obligan al personal de salud a abandonar su puesto de trabajo, garantizando la prestación de servicios en la zona de intervención. Esto también permite que las vías de acceso hasta la zona propuesta continúen transitables y se puedan hacer las entregas de material y equipamiento previstas.
		R1.I.2: 3 centros de Salud (CS) cuentan con una carpa instalada y equipada con material sanitario adecuado para el aislamiento de pacientes con enfermedades infecto-contagiosas o que necesiten de aislamiento (Meta: 1 carpa en cada uno de los CS seleccionados)	FV.R1.I.2. Actas de entrega en cada CS y fotos de las carpas instaladas y equipadas con datos de localización y fecha.	
		R1.I.3: Personas contratadas para la prestación de Atención Primaria en Salud en Ancuabe y Montepuez. (Meta: 5 profesionales sanitarios contratados en cada distrito)	FV.R1.I.3.1 Contratos de trabajo de los/as 5 profesionales incorporados/as en los CS. FV.R1.I.3.2. Informes de las actividades y desempeño de los/as profesionales contratados/as. FV.R1.I.3.3 Evaluaciones de desempeño	
R1.I.4: Sistema de derivación disponible para emergencias obstétricas y neonatales (Meta: 3 moto ambulancias disponibles las 24 horas al día y 7 días a la semana).	FV.R1-I.4.1 – Actas de entrega de las moto-ambulancias. FV.R1-I.4.2 – Libro de registro de las referencias realizadas mensualmente por cada una de las moto-ambulancias. FV.R1.I.4.3 – Informe de evaluación final del proyecto: encuesta de satisfacción a la comunidad sobre la			

LÒGICA D' INTERVENCIÓ LÒGICA DE INTERVENCIÓN	INDICADORS / INDICADORES	FONTS DE VERIFICACIÓ FUENTES DE VERIFICACIÓN	HIPÒTESI / HIPÓTESIS SUPÒSITS / SUPUESTOS
		disponibilidad de las moto-ambulancias.	
	R1.I.5: Consultas SMI a 120 mujeres (4% de las mujeres desplazadas y de aldeas vecinas) (Meta: Al menos 120 mujeres embarazadas y lactantes realizan por lo menos 4 consultas de SMI en los centros de reasentamiento durante la vida del proyecto)	FV.R1.I5.1. Reportes y registros del SISMA de SMI en los CR. FV.R1.I5.2. Informes distritales del programa de SMI, por US de referencia FV.R1.I5.3. Informes de balance anual de los SDSMAS sobre casos de desnutrición tratados.	
	R1.I.6: Casos de desnutrición rastreados / identificados durante las brigadas móviles integradas (BMI) o en las consultas externas realizadas en las tiendas permanentes de algunos CR y que son debidamente referidos al CS (Meta: el 100% de los casos de desnutrición infantil identificados son debidamente referidos y acompañados hasta su recuperación)	FV.R1.I.6.1. Informes técnicos de las brigadas móviles realizadas. FV.R1.I6.2: Informes mensuales del equipo permanente instalado en los CR FV.R1.I6.3: Informes de balance anual de los SDSMAS sobre casos de desnutrición tratados.	
	R1.I.7: Porcentaje de menores de entre 6 meses y 15 años que han sido vacunados y han recibido una dosis apropiada de vitamina A al finalizar una campaña de vacunación contra el sarampión (Meta > 95% de los/as menores de 15 años residentes en los 3 centros de reasentamiento seleccionados reciben vacunación. Al menos 450 niños/as vacunados)	FV.R1.I7.1: Informes internos sobre las campañas de vacunación. FV.R1.I7.2: Informe de balance anual del SDSMAS de cada distrito.	

TdR Evaluación Final Externa del Proyecto:

“Mejorar la prestación de servicios de salud de calidad a la población desplazada y comunidades de acogida de Ancube y Montepuez con foco en los colectivos especialmente vulnerables.”

	LÒGICA D' INTERVENCIÓ LÒGICA DE INTERVENCIÓN	INDICADORS / INDICADORES	FONTS DE VERIFICACIÓ FUENTES DE VERIFICACIÓN	HIPÒTESI / HIPÓTESIS SUPÒSITS / SUPUESTOS
		<p>R1.I.8: Porcentaje de personas que han recibido atención por trastornos de salud mental que indican que su funcionamiento ha mejorado y sus síntomas se han reducido (Meta: Al menos el 70% de los casos identificados de SMAPSS refieren mejoría tras recibir la atención promovida por el proyecto)</p>	<p>FV.R1.I8.1. Registros de las consultas de SMAPSS realizadas en los centros de salud. FV.R1.I8.2: Informe de balance anual del SDSMAS de cada distrito.</p>	
		<p>R1.I.9: Todas las personas supervivientes de violencia sexual indican haber recibido atención de salud de manera segura y confidencial en los centros de salud (Meta: el 100% de los casos identificados de como víctimas de violencia sexual durante la vida del proyecto reciben la atención adecuada)</p>	<p>FV.R2.I9.1. Registros de casos identificados en los centros de reasentamiento y derivados. FV.R1.I9.2: Informes de los SDSMAS sobre casos de VBG identificados, tratados y acompañados. FV.R1.I9.3: Informe de evaluación final del proyecto: encuesta de satisfacción a VBG sobre el trato recibido.</p>	
		<p>R1.I.10: Número de reuniones mensuales de coordinación del Clúster de Salud, del Inter-Cluster Coordination Group (ICCG) y del Camp Coordination and Camp Management (CCM) atendidas (Meta: El equipo del proyecto participa en al menos 6 reuniones de coordinación a lo largo del proyecto)</p>	<p>FV.R1.I10. Actas de las reuniones de coordinación de emergencias a nivel provincial y distrital: Clúster de Salud, ICCG, CCM.</p>	
<p>RESULTATS RESULTADOS</p>	<p>Resultado 2: Mejorada la cobertura y la calidad de los servicios de atención primaria de salud en emergencias en los 3 centros de</p>	<p>R2.I.1: Los 3 Centros de Reasentamiento (CR) seleccionados cuentan con una carpa instalada y equipada con material sanitario para la prestación de servicios de salud (Meta:</p>	<p>FV.R2-I.1.1. Actas de entrega en cada CR y fotos de las carpas instaladas con datos de localización y fecha.</p>	<p>H1.R2. Existe una cierta estabilidad en las personas viviendo en los CR (no hay rotación de personas).</p>

TdR Evaluación Final Externa del Proyecto:

“Mejorar la prestación de servicios de salud de calidad a la población desplazada y comunidades de acogida de Ancuabe y Montepuez con foco en los colectivos especialmente vulnerables.”

	LÒGICA D' INTERVENCIÓ LÒGICA DE INTERVENCIÓN	INDICADORS / INDICADORES	FONTS DE VERIFICACIÓ FUENTES DE VERIFICACIÓN	HIPÒTESI / HIPÓTESIS SUPÒSITS / SUPUESTOS
	<p>reasantamiento seleccionados (con especial énfasis en la salud mental y atención a los casos de VBG).</p>	<p>1 carpa en cada uno de los CR seleccionados)</p> <p>R2.I.2: Número de mujeres embarazadas y lactantes que reciben visitas a domicilio por parte de los/as activistas para control de las consultas pre-natales, acompañamiento en el parto y consultas post-parto en los centros de reasantamiento seleccionados. (Meta: al menos 350 Mujeres embarazadas y lactantes reciben visitas a domicilio con regularidad por parte de los activistas)</p> <p>R2.I.3: Número de kits de dignidad entregados mujeres y niñas en edad fértil de los CR y las comunidades vecinas para atender su higiene personal y menstrual, durante la vida del proyecto. Meta: (Al menos 200 mujeres de cada centro de reasantamiento han recibido un kit hasta el final del proyecto)</p> <p>R2.I.4: Número de comités de salud creados y funcionando en los centros de reasantamiento apoyados por el proyecto. (Meta: 1 Comité de salud en cada CR apoyado)</p> <p>R2.I.5: Porcentaje de familias afectadas que indican haber recibido información apropiada sobre riesgos relacionados con enfermedades transmisibles y acción preventiva. (Meta: al menos el</p>	<p>FV.R2-I.2.1. Registros de las VAD realizadas por los/as activistas a mujeres embarazadas y lactantes en los CS.</p> <p>FV.R2-I.2.2. Reportes y registros del SISMA de consultas prenatales y postnatales ofrecidas a mujeres en los CS.</p> <p>FV.R2-I.2.3. Datos estadísticos actualizados de parto institucional.</p> <p>FV.R2.I3. Actas de entrega de los kits de dignidad para mujeres, que incluyen productos de higiene personal, menstrual y métodos anticonceptivos.</p> <p>FV.R2.I4. Informes de encuentros de creación y capacitación de comités de salud con listas de presencias y fotos. Actas de las actividades realizadas por cada comité.</p> <p>FV.R2-I.5.1. Informes de las campañas IEC.</p> <p>FV.R2-I.5.2. Materiales IEC audiovisuales e impresos.</p>	<p>H2.R2: Existe voluntad tanto por parte de la comunidad desplazada, como de las autoridades locales y de los SDSMAS en la creación y capacitación de estructuras locales de salud (comités de salud, activistas, etc.).</p> <p>H3.R2: La convivencia entre población desplazada y comunidades de acogida permanece relativamente estable, con conflictos de leve intensidad que se resuelven de forma comunitaria y pacífica</p> <p>H4.R2. Las mujeres embarazadas asisten a las consultas de salud y solicitan atención especializada en parto.</p> <p>H5.R2. Las personas desplazadas, en particular las mujeres, acuden a las consultas y abordar sus situaciones de SMAPSS y VBG.</p>

LÒGICA D' INTERVENCIÓ LÒGICA DE INTERVENCIÓN	INDICADORS / INDICADORES	FONTS DE VERIFICACIÓ FUENTES DE VERIFICACIÓN	HIPÒTESI / HIPÓTESIS SUPÒSITS / SUPUESTOS
	75% de las familias que viven en los 3 centros de reasentamiento priorizados)	FV.R2-I.5.3 Informes de las radios comunitarias sobre el alcance de las campañas IEC	
	R2.I.6: Número de personas participantes en las actividades de autoayuda y apoyo psicosocial en los centros de reasentamiento. (Meta: al menos 600 participantes hasta final del proyecto)	FV.R2-I.6.1. Informes técnicos del equipo sobre las actividades de APSS realizadas en los centros de reasentamiento. FV.R2-I.6.2. Listas de presencia y fotografías de las actividades.	
	R2.I.7: 95 mujeres víctimas de VBG de los CR priorizados y áreas aledañas son identificadas y reciben atención médica y psicoterapéutica. (Meta: al menos el 5% de las mujeres que residen en los 3 centros de reasentamiento (95 mujeres), y que han sido víctimas de algún tipo de VBG reciben atención adecuado)	FV.R2.I7.2.1. Registros de las atenciones de VBG realizadas en los CS y CR. FV.R2.I7.2.2. Informes técnicos del programa y actividades comunitarias sobre VBG realizadas en los CR.	
	R2.I.8: Número de encuentros de “diálogos por la paz” realizados en cada centro de reasentamiento. (Meta: 1 encuentro/mes en cada centro de reasentamiento).	FV.R2-I.8.1. Informes técnicos del equipo sobre los encuentros realizados en cada centro de reasentamiento. FV.R2-I.6.2. Listas de presencia y fotografías de las actividades.	
	R2-I.9: Número de asambleas comunitarias realizadas por el equipo en cada centro de reasentamiento y con el personal de los centros de salud para monitoreo de las actividades (Meta: al menos 6 asambleas realizadas al final del proyecto).	FV.R2.I9.1 Actas de las reuniones de coordinación de emergencias a nivel provincial y distrital: Clúster de Salud, ICCG, CCM.	

TdR Evaluación Final Externa del Proyecto:

“Mejorar la prestación de servicios de salud de calidad a la población desplazada y comunidades de acogida de Ancuabe y Montepuez con foco en los colectivos especialmente vulnerables.”

ACTIVITATS ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓ / DESCRIPCIÓN	MITJANS / MEDIOS	DESPESES / COSTES	CONDICIONS PRÈVIES / CONDICIONES PREVIAS
R1.A1 mejorada la cobertura y la calidad de los servicios de atención primaria de salud en emergencias en los 3 centros de reasentamiento seleccionados (con especial énfasis en la salud mental y atención a los casos de VBG).	R1.A1: Adquirir y entregar material médico-quirúrgico, material de bioprotección (EPIs) y pequeños equipamientos para los centros de salud de Mapupulo, Ngura y Muaja, priorizando insumos destinados a la atención de las necesidades específicas de mujeres, niños/as y adolescentes desplazadas.	<ul style="list-style-type: none"> - Material médico-quirúrgico - Material protección COVID-19 - Pequeños equipamientos - Coche transporte materiales - Actas de entrega - Logista - Combustible 		Continúa siendo posible el acceso a los centros de salud priorizados y existe una relación estrecha con los SDSMAS a la hora de identificar las necesidades y articular las entregas del material.
	R1.A2 Realizar pequeñas rehabilitaciones y reparaciones en algunas de las infraestructuras de los 3 centros de salud seleccionados.	<ul style="list-style-type: none"> - Carpintero - Material de reparaciones - Coche transporte materiales - Logista - Combustible - Actas de entrega 		La zona donde se ubican los centros de salud priorizados continua estable en términos de seguridad y pueden realizarse los trabajos de rehabilitación. La población continúa asentada en las comunidades de alrededor de los centros de salud.
	R1.A3: Incorporar 5 técnicos/as especialistas en SMI y Salud Mental y Apoyo Psicosocial en los centros de salud priorizados para cubrir el aumento de la demanda de servicios de salud por la población desplazada.	<ul style="list-style-type: none"> - Equipo de RRHH de medicusmundi - 5 técnicos sanitarios nivel medio 		Tanto Montepuez como Ancuabe continúan afrontando un volumen de población superior a sus capacidades necesitando un refuerzo de RRHH. Hay capacidad en los centros de salud apoyados de acoger a nuevas incorporaciones.
	R1.A4: Dotar de medios de transporte y recursos (moto-ambulancias) para impulsar el sistema de referencia y contrarreferencia y la atención de emergencias sanitarias en los centros de salud y centros de reasentamiento.	<ul style="list-style-type: none"> - Medios de transporte (motos y moto-ambulancias) - Combustible - Logista 		Existe predisposición por parte de las autoridades sanitarias para implementar un "sistema de gestión económica de las motoambulancias" que garantice su sostenibilidad.
	R1.A5: Identificar, seleccionar y capacitar a los conductores de las 3	<ul style="list-style-type: none"> - Costes de clases y carnet de conducir de moto-ambulancia 		Hay consenso entre los SDSMAS y los líderes comunitarios para

ACTIVITATS ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓ / DESCRIPCIÓN	MITJANS / MEDIOS	DESPESES / COSTES	CONDICIONS PRÈVIES / CONDICIONES PREVIAS
	moto-ambulancias en primeros auxilios, gestión y mantenimiento de las moto-ambulancias.	<ul style="list-style-type: none"> - Alojamiento durante la formación - Kit de herramientas de mantenimiento 		identificar a un miembro de la comunidad con las capacidades idóneas para convertirse en el conductor de la motoambulancia. Existen entidades que ofrecen cursos para obtención de licencia, cursos de primeros auxilios y mantenimiento de la moto-ambulancia. Por su parte los SDSMAS se compromete a dar seguimiento del uso.
	R1.A6: Realizar en los 3 centros de reasentamiento priorizados y sus aldeas colindantes brigadas móviles integradas de salud bisemanales en contexto de emergencia humanitaria, sobre: <ul style="list-style-type: none"> • Nutrición • Salud Materno-Infantil • Salud Mental y Apoyo psicosocial • Planificación Familiar – SSR • Violencia de Género 	<ul style="list-style-type: none"> - Material para brigadas móviles - Combustible - Perdiems técnicos SDSMAS - Técnicos SDSMAS - Chófer medicusmundi - Técnico medicusmundi 		En cada distrito existe un/a responsable de organizar las brigadas móviles y además se coordinan con el resto de actores en los encuentros del cluster de salud distrital. Los SDSMAS apuestan por esta estrategia como la más propicia para acercar los servicios de salud a los centros de reasentamiento.
	R1.A7: Programar e implementar junto con los SDSMAS campañas de vacunación infantil en los 3 centros de reasentamiento y sus aldeas colindantes.	<ul style="list-style-type: none"> - Combustible para campañas - Coche para campañas - Subsidios técnicos SDSMAS - Chófer 		Los SDSMAS continúan recibiendo los insumos necesarios para realizar las campañas de vacunación. Medicusmundi apoya con la parte logística para hacer llegar las vacunas a la población desplazada.
	R1.A8: Diseñar e implementar el protocolo para la gestión de casos de SMAPSS en los centros de salud priorizados, definiendo el mecanismo	<ul style="list-style-type: none"> - Kit de materiales sobre SMAPSS para centros de salud y activistas - Alimentación participantes grupos de apoyo psicosocial 		Desde el GT MHPSS provincial se están llevando a cabo iniciativas de armonización de las intervenciones en materia de salud mental y apoyo

ACTIVITATS ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓ / DESCRIPCIÓN	MITJANS / MEDIOS	DESPESES / COSTES	CONDICIONS PRÈVIES / CONDICIONES PREVIAS
Para el resultado 2: Asegurado el acceso y la prestación de servicios de atención primaria de salud en	de referencia y contrarreferencia de casos desde la comunidad hasta el nivel de atendimento necesario y viceversa.	<ul style="list-style-type: none"> - Combustible - Coche - Chófer - Subsidio activistas para rastreo de casos 		psicosocial para la población desplazada. Hay predisposición por parte de los puntos focales de esta área de cada distrito para mejorar la referencia y contrarreferencia de casos.
	R1.A9: Implementar un Sistema de Monitoreo y Evaluación que refuerce el Sistema de Información Sanitaria de los distritos de actuación y garantice el registro íntegro de las atenciones de salud dadas desde los centros de salud y los centros de reasentamiento.	<ul style="list-style-type: none"> - Ordenador e internet - Material de papelería - Coche - Combustible - Sala de reuniones - Alimentación encuentros - Coordinador del proyecto - Personal de monitoreo y evaluación de los SDSMAS 		No hay registro diferenciado de las atenciones realizadas a población desplazada Vs población nativa. Existen iniciativa de la OMS y otros actores para comenzar a registrar los datos de atención en salud a nivel comunitario de forma común para todos.
	R1.A10: Participar en las reuniones del Health Cluster, del Inter-Cluster Coordination Group (ICCG), del Camp Coordination & Camp Management (CCCM) y del GT MHPSS, para la coordinación provincial y distrital con los actores que trabajan en salud en la zona de intervención.	<ul style="list-style-type: none"> - Ordenador - Conexión a internet - Medio de transporte para encuentros presenciales - Equipo de medicusmundi - Fondo de emergencias 		Ya existen diferentes espacios de coordinación provincial y distrital, específicos para el área de salud, dinamizados por agencias de NNUU que invitan y favorecen la interacción constante entre los actores de salud y las autoridades sanitarias.
	R1.A11: Diseñar un plan de comunicación y socialización de resultados con todas las acciones previstas en el proyecto.	<ul style="list-style-type: none"> - Ordenador - Conexión a internet - Equipo de medicusmundi 		Presencia de la coordinación de proyecto
	R2.A1: Instalar carpas para la atención primaria de salud y gestión de las emergencias sanitarias en 3 centros de reasentamiento de los 2 distritos, incluyendo la implantación de sistemas	<ul style="list-style-type: none"> - Carpas médicas - Coche transporte carpas - Combustible - Chófer - Técnicos centros salud 		Los líderes comunitarios así como los profesionales sanitarios se muestran favorables e indican el lugar apropiado para instalar las carpas de atendimento médico.

ACTIVITATS ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓ / DESCRIPCIÓN	MITJANS / MEDIOS	DESPESES / COSTES	CONDICIONS PRÈVIES / CONDICIONES PREVIAS
emergencias en los 5 centros de reasentamiento seleccionados con el apoyo de los técnicos de los centros de salud de referencia y los agentes comunitarios de salud.	seguros de gestión de residuos sanitarios a nivel comunitario.	<ul style="list-style-type: none"> - Líderes comunitarios de centros de reasentamiento - Logista 		Existen proveedores y facilidades para transportar los materiales hasta los centros de reasentamiento.
	R2.A2: Realizar consultas externas de atención primaria de salud de forma regular en 3 Centros de Reasentamiento para cubrir el aumento de la demanda de servicios de salud por la población desplazada.	<ul style="list-style-type: none"> - Material de papelería - Crédito de teléfono para coordinación entre técnicos y activistas - Subsidios consultas - Carpa médica - Medio de transporte - Combustible - Técnicos de salud - Activistas 		Hay una predisposición favorable por parte de los SDSMAS para realizar la contratación de nuevo staff y apoyar con algunos elementos de su personal en la realización de consultas en los centros de reasentamiento.
	R2.A3: Identificar y capacitar a 5 activistas de salud por cada centro de reasentamiento que realizan Visitas a Domicilio (VAD) y acciones de Información, Educación y Comunicación (IEC) en los centros de reasentamiento y aldeas colindantes, y apoyan a los/as técnicos/as sanitarios/as en la prestación de servicios de: <ul style="list-style-type: none"> - Salud Materno-Infantil - Nutrición - Planificación Familiar – SSR - Salud Mental y Atención psicosocial - Violencia de Género 	<ul style="list-style-type: none"> - Sala de reuniones - Material didáctico y de papelería - Alimentación participantes - Material de trabajo de los activistas - Libros de registro - Subsidio comunicación activistas - Bicicletas para activistas - Subsidio transporte - Combustible - Coche - Chófer - Equipo medicusmundi - Técnicos SDSMAS 		En algunos de los centros de reasentamiento ya existen algunos activistas apoyando el trabajo de otras organizaciones. Los SDSMAS apoyan la incorporación de nuevos activistas y/o el refuerzo de conocimientos de los ya existentes para un mejor desempeño de las acciones de promoción de salud comunitaria.
	R2.A4: Adquirir y distribuir kits de dignidad para 750 mujeres (250 en cada centro de reasentamiento) en	<ul style="list-style-type: none"> - Kits de dignidad - Coche para transporte kits - Combustible 		Existe buena colaboración por parte de los líderes comunitarios, activistas y comités de salud para

TdR Evaluación Final Externa del Proyecto:

“Mejorar la prestación de servicios de salud de calidad a la población desplazada y comunidades de acogida de Ancuabe y Montepuez con foco en los colectivos especialmente vulnerables.”

ACTIVITATS / ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓ / DESCRIPCIÓN	MITJANS / MEDIOS	DESPESES / COSTES	CONDICIONS PRÈVIES / CONDICIONES PREVIAS
	situación de extrema vulnerabilidad que viven en los 3 centros de reasentamiento priorizados.	<ul style="list-style-type: none"> - Logista - Chófer 		identificar a las mujeres más vulnerables de cada centro de reasentamiento, así como para facilitar la distribución de los kits.
	R2.A5: Crear y/o capacitar a los comités de salud en cada centro de reasentamiento priorizado, incluyendo la instalación de un alpendre destinado a ser, principalmente, un espacio seguro para las mujeres donde ellas se reúnen, al menos mensualmente, definiendo el contenido de sus encuentros, en base a sus prioridades y necesidades.	<ul style="list-style-type: none"> - Sala de reuniones - Material didáctico y de papelería - Alimentación participantes - Material de trabajo para el comité - Subsidio transporte participantes - Combustible - Coche - Chófer - Equipo medicusmundi - Técnicos SDSMAS 		Los SDSMAS expresan su voluntad de crear o revitalizar los comités de salud de los centros de reasentamiento para facilitar el trabajo de promoción de la salud y la movilización comunitaria. Existe buen entendimiento entre los vecinos y vecinas a la hora de proponer y escoger a los miembros que deben formar parte del comité.
	R2.A6: Realizar campañas de información, prevención y promoción de la salud, en los centros de reasentamiento y sus aldeas colindantes, promovidas por los Comités de salud, con apoyo de activistas y el acompañamiento de los profesionales de los centros de salud de referencia junto con el equipo técnico del proyecto.	<ul style="list-style-type: none"> - Material difusión campañas: - Spots de radio - Carteles - Banner - Folletos - Material para activistas: álbumes seriados, fichas de registro, mochilas, gorras, etc. - Grupo de teatro - Combustible - Coche - Chófer - Subsidio técnicos SDSMAS - Logista - Técnicos de medicusmundi 		La situación de inseguridad continúa relativamente estable y permite la realización de actividades en grupo, como representaciones teatrales, palestras o ferias de salud, en los centros de reasentamiento.
	R2.A7: Prestar servicios de SMAPSS en los centros de reasentamiento, con la participación de técnicos/as	<ul style="list-style-type: none"> - Kit de materiales sobre SMAPSS para centros de salud y activistas 		Hay un déficit de profesionales del área de SMAPSS. Se incorporan técnicos de psiquiatría y/o

TdR Evaluación Final Externa del Proyecto:

“Mejorar la prestación de servicios de salud de calidad a la población desplazada y comunidades de acogida de Ancuabe y Montepuez con foco en los colectivos especialmente vulnerables.”

ACTIVITATS ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓ / DESCRIPCIÓN	MITJANS / MEDIOS	DESPESES / COSTES	CONDICIONS PRÈVIES / CONDICIONES PREVIAS
	sanitarios/as, comités de salud y activistas, para rastreo, identificación y seguimiento de casos, incluyendo actividades específicas para los grupos más vulnerables (niños/as, personas mayores y mujeres).	<ul style="list-style-type: none"> - Alimentación participantes - grupos de apoyo psicosocial - Combustible - Coche - Chófer - Subsidio activistas para rastreo de casos 		psicología a cada distrito con el fin de poder garantizar una presencia mínima de profesionales del área que consigan identificar y atender casos de SMAPSS.
	R2.A8: Ofrecer atención especializada de salud, de manera segura y confidencial, a las personas sobrevivientes de violencia de género a través del rastreo, referencia y seguimiento de casos, con apoyo de los agentes comunitarios de salud y la colaboración de entidades especializadas en asesoramiento legal sobre VBG.	<ul style="list-style-type: none"> - Kit de materiales sobre VBG para centros de salud y activistas - Combustible - Coche - Chófer - Subsidio activistas para rastreo de casos 		Se seleccionan activistas mujeres que favorezcan la sensación de confianza con aquellas mujeres que necesiten relatar un caso. Hay predisposición por parte de las autoridades sanitarias de mejorar los mecanismos de referencia y contrarreferencia de casos de VBG.
	R2.A9: Promover (en colaboración con CEAP) encuentros mensuales de “diálogos por la paz” (con actividades destinadas a mejorar la cohesión social entre población desplazada y comunidad de acogida) que se realizarán en el alpendre construido para albergar “los espacios seguros para las mujeres” entre otros usos comunitarios.	<ul style="list-style-type: none"> - Honorarios equipo CEAP - Transporte equipo CEAP - Alimentación encuentros mensuales - Material didáctico (audiovisual) - 		En algunos centros de reasentamiento saltan tensiones de convivencia entre población desplazada y población nativa. En otros hay acuerdos de colaboración entre ellos y una convivencia saludable. Se cuenta con expertos en el área para favorecer una convivencia pacífica y que contribuya a la mejora de sus condiciones.
	R2.A10: Dinamizar encuentros periódicos de coordinación, monitoreo, evaluación y socialización de resultados de las actividades del proyecto, de acuerdo al plan de comunicación	<ul style="list-style-type: none"> - Sala de reuniones - Alimentación participantes - Material de papelería - Combustible - Coche 		Se producen encuentros periódicos de los COE pero ni siempre incluyen la participación de los titulares de derechos.

TdR Evaluación Final Externa del Proyecto:

“Mejorar la prestación de servicios de salud de calidad a la población desplazada y comunidades de acogida de Ancuabe y Montepuez con foco en los colectivos especialmente vulnerables.”

ACTIVITATS ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓ / DESCRIPCIÓN	MITJANS / MEDIOS	DESPESES / COSTES	CONDICIONS PRÈVIES / CONDICIONES PREVIAS
	elaborado durante la primera fase del proyecto, con la participación de los titulares de derechos, de obligaciones y de responsabilidades implicados en la intervención.	<ul style="list-style-type: none"> - Chófer - Coordinador del proyecto - Activistas - Comitès de salud - Tècnics centres de salud 		

TdR Evaluación Final Externa del Proyecto:

“Mejorar la prestación de servicios de salud de calidad a la población desplazada y comunidades de acogida de Ancuabe y Montepuez con foco en los colectivos especialmente vulnerables.”

16. ANEXO 2: TABLA DE POBLACIÓN BENEFICIARIA Y PARTICIPANTE

ACTORES / TITULARES

TITULARES DE OBLIGACIONES

Administraciones Distritales	SDSMAS Ancuabe y Montepuez	DPS de Cabo Delgado	SPS de Cabo Delgado	Comités de Salud.
------------------------------	----------------------------	---------------------	---------------------	-------------------

TITULARES DE RESPONSABILIDADES

Medicus Mundi	Profesionales sanitarios de los 3 centros de salud y SDSMAS de Ancuabe y Montepuez	CEAP (Centro de Estudios y Acciones para la Paz)
---------------	--	--

TITULARES DE DERECHOS

Población de los 3 centros de reasentamiento	Población atendida por los 3 centros de salud apoyados (Mapupulo, Ngura y Muaja): 45.236 personas	15 activistas de Salud
--	---	------------------------

TdR Evaluación Final Externa del Proyecto:

“Mejorar la prestación de servicios de salud de calidad a la población desplazada y comunidades de acogida de Ancuabe y Montepuez con foco en los colectivos especialmente vulnerables.”

