

TÉRMINOS DE REFERENCIA DE COOPERACIÓN TÉCNICA

Consultoría: Apoyo a la implementación local en Colombia del proyecto Mamás de la Frontera II

PERÚ

RG-T4219. Mamás de la Frontera II: Mejorando la Salud Materna e Infantil en la Frontera colombo-peruana.

1. Antecedentes y Justificación

En los últimos 20 años, Perú y Colombia presentaron una reducción constante de la Razón de Mortalidad Materna (RMM); entre el año 2002 y el 2021, la tasa se redujo en 45,9% y 83%, respectivamente. Sin embargo, hay brechas acentuadas entre las zonas urbana y rural: mientras para Lima y Bogotá, se registran 26 y 32 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, en algunas comunidades de la zona de frontera, el indicador es 4 a 30 veces mayor (CDC Perú y DANE Colombia, 2022). Adicionalmente, en 2019 datos de Colombia informaron que la razón de la mortalidad materna más alta se encontraba entre las mujeres indígenas y negras, mulatas, afrocolombianas o afrodescendientes, alcanzando cifras que variaban entre 218,8 y 99,2 muertes por cada 100.000 nacidos vivos (DANE, 2019). Respecto a la mortalidad neonatal, en algunas comunidades de frontera el indicador llega a ser hasta 9 veces mayor al que se presenta en las capitales de ambos países.

Asimismo, si bien en los últimos años se ha incrementado el porcentaje de parto institucional en ambos países (93% y 98% para Perú y Colombia, respectivamente), en las comunidades rurales y riverseñas los indicadores son distintos. Un estudio reciente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) encontró que el 70% de mujeres de áreas rurales del Departamento de Loreto dan a luz en su casa, sin la presencia de personal de salud entrenado. Otros indicadores muestran la limitada oferta sanitaria en población indígena: datos del CDC (2019) señalan que, en Perú el 67% de comunidades no cuentan con un establecimiento de salud, y solo el 4 % de gestantes presentan controles prenatales completos. Asimismo, el 61.5% de niños menores de 1 año recibió la vacuna contra la hepatitis B, y solo el 52.1%, los controles de crecimiento y desarrollo. En el caso de Colombia, el panorama es similar, ya que, en la población indígena, solo el 54.1 % de nacidos vivos contaron con más de 4 consultas de control prenatal (MINSALUD, 2016).

En la zona de frontera colombo-peruana la cobertura del seguro es baja y la oferta de servicios de salud es limitada. Datos del Seguro Integral de Salud de Perú (SIS), y del MINSALUD de Colombia (2022), muestran que hay brechas de cobertura de aseguramiento para garantizar atención a salud para la población. Por ejemplo, en el distrito de Putumayo (Perú) el porcentaje de personas sin seguro de salud es de 30%, y en el distrito de San Rafael - El Encanto (Colombia) es de 5%. Asimismo, la entrega efectiva de servicios esenciales es insuficiente: en el distrito de San Rafael - El Encanto, solamente el 30% de niños menores de un año ha recibido todas las vacunas de acuerdo a la edad (ASIS Colombia-Perú, 2014). Adicionalmente, la asignación de recurso humano en salud es baja: en la mayoría de los distritos la ratio no pasa de 10 médicos por cada 10.000 habitantes, y en Puerto Nariño (Colombia) y Tarapacá (Perú), esta cifra es de 1 y 4, respectivamente. La OMS recomienda una disponibilidad de al menos 23 profesionales de salud por cada 10.000 habitantes para alcanzar la cobertura mínima de servicios de atención primaria en tiempos oportunos.

Frente a esta situación, desde el año 2020, con recursos del fondo binacional transfronterizo y del BID, se desarrolla el proyecto "Mamas de la Frontera - MDF" en 30 comunidades de los distritos de Soplin Vargas y El Estrecho (Perú) y Puerto Leguizano y San Rafael - El Encanto, (Colombia). La intervención se basa en el entrenamiento de agentes comunitarios de salud (ACS), elegidos por las comunidades, que desarrollan acciones para la captación temprana del embarazo, visitas domiciliarias a gestantes y recién nacidos, y acciones de educación en salud. Para el desarrollo de su trabajo, los ACS cuentan con materiales audiovisuales de comunicación, diseñados con pertinencia cultural, para el trabajo de apoyo a las gestantes y entrenamientos de parteras en técnicas y manejo para el parto. La lista de comunidades a intervenir en esta segunda etapa del proyecto se encuentra en: Lista comunidades extensión MDF.docx

En esta segunda etapa del proyecto, el modelo de intervención en las comunidades incorporará algunos cambios en base a aprendizajes del terreno de la implementación anterior, introduciendo el enfoque de género, con énfasis en el abordaje de la problemática de violencia contra la mujer, que presenta alta incidencia en la zona de intervención (se implementará mecanismos de derivación de casos de violencia contra la mujer, y se adaptarán los materiales de capacitación a las y los ACS). Asimismo, se realizará un abordaje integral desde la perspectiva de curso de vida, incorporando los temas de salud infantil y prevención de enfermedades, es decir, el periodo de visitas domiciliarias se extiende hasta el primer año de edad.

El objetivo de la Cooperación Técnica es mejorar la salud materno-infantil en la frontera colombo-peruana a través del diseño e implementación de intervenciones comunitarias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con enfoques de género, y atención a persona, familia y comunidad.

2. Objetivo

El objetivo de la consultoría es seleccionar una entidad pública o privada en Colombia que pueda continuar con la implementación del programa Mamás de la Frontera II en el territorio colombiano.

3. Alcance de los Servicios

Para lograr el objetivo de la consultoría se deberán desarrollar actividades de planificación y ejecución de las actividades del proyecto en las comunidades de los municipios de Puerto Leguizamo y San Rafael - El Encanto en Colombia. Estas deberán realizarse en estrecha coordinación con MINSALUD de Colombia.

Calificaciones

Entidad con al menos dos (2) años de experiencia en la administración de gastos operativos y contratación de personal, en proyectos relacionados al objetivo del proyecto.

- Coordinador Estrategia comunitaria y de Fortalecimiento de Centros Salud en Colombia: será el responsable de la ejecución del proyecto en el área asignada; estará a cargo de la contratación y supervisión del personal y envío de informes a la UPCH. Responderá por el proyecto frente a las autoridades locales y regionales y será la persona clave que coordinará con UPCH.
- Supervisor local de proyecto: estará a cargo de visitar mensualmente las comunidades intervenidas para verificar que las actividades se están desarrollando tal como planificadas. Estará a cargo de enviar un informe mensual al coordinador de sus Estrategia.

- Asistente administrativo Colombia: será el encargado de administrar los fondos del lado colombiano, revisar el presupuesto del proyecto en Colombia, y preparar los informes financieros para la UPCH.

Los Agentes Comunitarios de Salud realizarán las visitas domiciliarias y su trabajo es voluntario. Así mismo se podrán articular acciones con los perfiles contratados en el marco de los Planes de Intervenciones Colectivas (PIC) y especialmente los equipos de las IPS que desarrollan las intervenciones individuales en el marco del Plan de Beneficios en Salud (para lo cual es esencial articular con las aseguradoras como con la secretaria de salud departamental y municipal).

4. Actividades Clave

La firma seleccionada deberá realizar las siguientes actividades en coordinación con el equipo peruano:

- a) Fortalecimiento de capacidades comunitarias e institucionales para mejorar los resultados de salud materno infantil
 - Actividad 1: Socializar la segunda fase con los actores en territorio e identificar la oferta sectorial e intersectorial en territorio con apoyo de la coordinación del Proyecto en Colombia y las entidades territoriales en salud.
 - Actividad 2: Realizar la identificación de los resultados en salud y las brechas evidenciadas en las comunidades en relación a la salud de las gestantes y niños, las barreras de acceso a los servicios de salud y las necesidades de adecuación sociocultural de los servicios de salud. Identificar las redes y los actores sociales y comunitarios de las poblaciones fronterizas a intervenir.
 - Actividad 3: Adecuar y validar los materiales de entrenamiento y seguimiento para que los ACS capaciten a la población, sobre la importancia de las prácticas de cuidado (que implican la asistencia a los servicios de salud para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad) en gestantes, recién nacidos, niños y niñas hasta el año de edad, además de los temas sobre violencia de género
 - Actividad 4: Realizar la cualificación de agentes comunitarias en salud con apoyo de los materiales de entrenamiento y seguimiento para los capacitadores de ACS en zona de frontera.
 - Actividad 5: Entrenar a los ACS en el uso de la aplicación desarrollada por UPCH, en una tableta que permita el registro de nuevas gestantes, recién nacidos e niños y niñas hasta el año de edad, y que facilite acciones de IEC por parte de los ACS, entrenar a los ACS en el uso de esta tecnología.
 - Actividad 6: Implementar la estrategia de visitas domiciliarias y vigilancia comunitaria a las gestantes identificadas por parte de los ACS y registrar la información en la aplicación TIC. Las visitas estarán orientadas a la captación temprana para que reciban las atenciones en salud durante la gestación, así como para los recién nacidos, niños y niñas hasta el año de edad, y derivación de casos de violencia de género
 - Actividad 7: Monitoreo de las gestantes y niños intervenidos y/o referidos por la comunidad y la red de salud de cada sector.

- Actividad 8: Entrenamiento del talento humano en salud para atención materno perinatal, atención de emergencias obstétricas y complicaciones del recién nacido; así como atención a niños y niñas en primera infancia.
 - Actividad 9: Supervisión de las agentes comunitarias en salud (desde donde se incorporan escenarios de educación para la salud con mujeres, adolescentes, jóvenes y familias; el apoyo a procesos de adecuación y fortalecimiento de la calidad en los servicios de salud y la gestión con actores en territorio).
- b) Monitoreo y seguimiento para la gestión de la atención integral en salud de la población materno infantil
- Actividad 1: Realizar la coordinación de los actores involucrados para la articulación de acciones en territorio. Incluye la coordinación del proyecto
 - Actividad 2: Realizar el seguimiento a resultados en salud con énfasis en población materno infantil. Incluye el análisis de resultados intermedios - cobertura de atenciones, gestión del riesgo / proceso de fortalecimiento de redes de cuidado.

5. Resultados y Productos Esperados

El resultado esperado es la implementación del proyecto MDF en territorio colombiano. Para ello, se han definido los siguientes productos:

- Documento que incorpore Plan de trabajo con actividades específicas, priorización preliminar de comunidades, actualización de información básica de ACS en territorio; todo ello retomando los aprendizajes de la primera fase.
- Informe de escenarios de socialización; identificación de oferta sectorial e intersectorial, barreras de acceso y necesidades de adecuación sociocultural, mecanismos de articulación con los actores del sector salud y definición de recomendaciones.
- Informe sobre el entrenamiento de las agentes comunitarias de las comunidades a acompañar y el entrenamiento del talento humano en salud. Avances en la gestión territorial.
- Documento con estrategia de sostenibilidad de la respuesta sanitaria en frontera.
- Informe mensual de monitoreo del proyecto, que deberá incluir los resultados alcanzados respecto a la captación temprana para que reciban las atenciones en salud durante la gestación, así como para los recién nacidos, niños y niñas hasta el año de edad, y derivación de casos de violencia de género. También deberá detallar los resultados en salud con énfasis en población materno infantil.
- Informe Final con los resultados finales alcanzados respecto a la captación temprana para que reciban las atenciones en salud durante la gestación, así como para los recién nacidos, niños y niñas hasta el año de edad, y derivación de casos de violencia de género. También deberá detallar los resultados en salud con énfasis en población materno

6. Calendario del Proyecto e Hitos:

Se espera un calendario de ejecución de 24 meses a partir de la firma.

7. Requisitos de los Informes

- La documentación técnica y los informes sobre el proyecto deberán remitirse en idioma español.
- Los archivos digitales admitidos en medios magnéticos son EXCEL para hoja de cálculo, WORD para archivo de texto (también incorporar la versión PDF del documento presentado).
- Los entregables deben contener, como anexos, la información de respaldo correspondiente, en el caso de ser una base de datos, esta debe ser incorporada como parte del entregable.
- Las reuniones de trabajo deberán acreditarse con el acta correspondiente, la cual deberá ser firmada por los participantes, según el formato adjunto en el apartado de anexos.
- Los informes de los entregables deben considerar los contenidos referenciales mínimos definidos en el TDR.

8. Criterios de Aceptación

El Jefe de Equipo de la Cooperación Técnica, Rita Sorio - Especialista Líder en Salud y Protección Social del Banco en la Representación de Perú (SPH/CPE), aprobará los productos de la consultoría.

9. Otros Requisitos

No aplica

10. Supervisión e Informes

La supervisión estará a cargo del Jefe de Equipo de la Cooperación Técnica, Rita Sorio - Especialista Líder en Salud y Protección Social del Banco en la Representación de Perú (SPH/CPE)

11. Calendario de Pagos

- Las condiciones de pago se basarán en los hitos o entregables del proyecto.
- La Tasa de Cambios Oficial del BID indicada en el SDP se aplicará para las conversiones necesarias de los pagos en moneda local.
- El pago se realizará a la entrega y luego de aprobación de cada entregable de acuerdo con el siguiente detalle:

Entregable	Descripción	Plazo (*)	% de pago
Entregable 1	Entregable N°01: Documento que incorpore Plan de trabajo con actividades específicas,	A la firma del contrato	10% a la conformidad del Entregable

	priorización preliminar de comunidades, actualización de información básica de ACS en territorio; todo ello retomando los aprendizajes de la primera fase.		
Entregable 2	Entregable No. 02: Informe de escenarios de socialización; identificación de oferta sectorial e intersectorial, barreras de acceso y necesidades de adecuación sociocultural, mecanismos de articulación con los actores del sector salud y definición de recomendaciones.	Hasta 90 días desde la firma del contrato.	
Entregable 3	Entregable N°03: Informe sobre el entrenamiento de las agentes comunitarias de las comunidades a acompañar y el entrenamiento del talento humano en salud. Avances en la gestión territorial. En informe semestral debe darse cuenta tanto de los contenidos y metodologías utilizadas con las comunidades como en relación con el desarrollo de competencias culturales en el talento humano en salud.	Hasta 90 días desde la firma del contrato.	20% a la conformidad del Entregable
Entregable 4	Entregable N°04. Documento con estrategia de sostenibilidad de la respuesta sanitaria en frontera.	Hasta 120 días desde la firma del contrato.	25% a la conformidad del entregable
Entregable 5	Entregables mensuales del mes 4 al mes de cierre del proyecto en las zonas.		
Entregable 6	Entregable N°05: Informe de monitoreo del proyecto. Deberá incluir los resultados alcanzados	Hasta 420 días desde la firma del contrato.	30% a la conformidad del entregable

	<p>respecto a la captación temprana para que reciban las atenciones en salud durante la gestación, así como para los recién nacidos, niños y niñas hasta el año de edad, y derivación de casos de violencia de género. También deberá detallar los resultados en salud con énfasis en población materno infantil.</p>		
Entregable 7	<p>Entregable N°06: con el informe final del proyecto. El informe final deberá incluir los resultados finales alcanzados respecto a la captación temprana para que reciban las atenciones en salud durante la gestación, así como para los recién nacidos, niños y niñas hasta el año de edad, y derivación de casos de violencia de género. También deberá detallar los resultados en salud con énfasis en población materno</p> <p>Asimismo, debe incorporar las recomendaciones a las secretarías de salud en términos de gestión de barreras de acceso, articulación de redes sociales y comunitarias con la oferta de atención en salud.</p>	Hasta 450 días desde la firma del contrato.	15% a la conformidad del entregable

El pago se efectuará dentro de los 15 días calendarios de efectuada la conformidad de los productos.

En cuanto sea definido el operador, se entablará una mesa de trabajo conjunta y permanente con el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, de tal manera que se brinde

acompañamiento técnico a la ejecución de los productos y esto permita que se dialogue con los avances y experiencias ya incorporadas en el país y en la primera fase del proyecto. De esta manera, esta mesa de trabajo apoyará la consolidación del plan de trabajo, los instrumentos y demás que sean utilizados.

Los entregables serán aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia dentro de un plazo máximo de diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de los entregables; de no emitirse observaciones dentro del término mencionado, se asumirá la conformidad del entregable. El plazo para la absolución de observaciones al entregable por parte de la firma consultora es de diez (10) días hábiles, salvo solicitud en la que se requiera de mayor tiempo. El plazo para la absolución de consultas no se considerará parte de total de días hábiles del contrato.

Luego de la recepción de los entregables respectivo a esta consultoría de apoyo, validada por la UCPH, el producto deberá ser aprobado por el Banco, dentro de un plazo máximo de 10 días hábiles.

TÉRMINOS DE REFERENCIA DE COOPERACIÓN TÉCNICA

Consultoría: Administración de gastos operativos y contratación de personal relacionado con el proyecto Mamás de la Frontera II PERÚ

RG-T4219. Mamás de la Frontera II: Mejorando la Salud Materna e Infantil en la Frontera colombo-peruana.

Antecedentes

En los últimos 20 años, Perú y Colombia presentaron una reducción constante de la Razón de Mortalidad Materna (RMM); entre el año 2002 y el 2021, la tasa se redujo en 45,9% y 83%, respectivamente. Sin embargo, hay brechas acentuadas entre las zonas urbana y rural: mientras para Lima y Bogotá, se registran 26 y 32 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, en algunas comunidades de la zona de frontera, el indicador es 4 a 30 veces mayor (CDC Perú y DANE Colombia, 2022). Adicionalmente, en 2019 datos de Colombia informaron que la razón de la mortalidad materna más alta se encontraba entre las mujeres indígenas y negras, mulatas, afrocolombianas o afrodescendientes, alcanzando cifras que variaban entre 218,8 y 99,2 muertes por cada 100.000 nacidos vivos (DANE, 2019). Respecto a la mortalidad neonatal, en algunas comunidades de frontera el indicador llega a ser hasta 9 veces mayor al que se presenta en las capitales de ambos países.

Asimismo, si bien en los últimos años se ha incrementado el porcentaje de parto institucional en ambos países (93% y 98% para Perú y Colombia, respectivamente), en las comunidades rurales y rivereñas los indicadores son distintos. Un estudio reciente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) encontró que el 70% de mujeres de áreas rurales del Departamento de Loreto dan a luz en su casa, sin la presencia de personal de salud entrenado. Otros indicadores muestran la limitada oferta sanitaria en población indígena: datos del CDC (2019) señalan que, en Perú el 67% de comunidades no cuentan con un establecimiento de salud, y solo el 4 % de gestantes presentan controles prenatales completos. Asimismo, el 61.5% de niños menores de 1 año recibió la vacuna contra la hepatitis B, y solo el 52.1%, los controles de crecimiento y desarrollo. En el caso de Colombia, el panorama es similar, ya que, en la población indígena, solo el 54.1 % de nacidos vivos contaron con más de 4 consultas de control prenatal (MINSALUD, 2016).

En la zona de frontera colombo-peruana la cobertura del seguro es baja y la oferta de servicios de salud es limitada. Datos del Seguro Integral de Salud de Perú (SIS), y del MINSALUD de Colombia (2022), muestran que hay brechas de cobertura de aseguramiento para garantizar atención a salud para la población. Por ejemplo, en el distrito de Putumayo (Perú) el porcentaje de personas sin seguro de salud es de 30%, y en el distrito de San Rafael - El Encanto (Colombia) es de 5%. Asimismo, la entrega efectiva de servicios esenciales es insuficiente: en el distrito de San Rafael - El Encanto, solamente el 30% de niños menores de un año ha recibido todas las vacunas de acuerdo a la edad (ASIS Colombia-Perú, 2014). Adicionalmente, la asignación de recurso humano en salud es baja: en la mayoría de los distritos la ratio no pasa de 10 médicos por cada 10.000 habitantes, y en Puerto Nariño (Colombia) y Tarapacá (Perú), esta cifra es de 1 y 4, respectivamente. La OMS recomienda una disponibilidad de al menos 23 profesionales de salud por cada 10.000 habitantes para alcanzar la cobertura mínima de servicios de atención primaria en tiempos oportunos.

Frente a esta situación, desde el año 2020, con recursos del fondo binacional transfronterizo y del BID, se desarrolla el proyecto "Mamas de la Frontera - MDF" en 30 comunidades de los distritos de Soplin Vargas y El Estrecho (Perú) y Puerto Leguizano y San Rafael - El Encanto, (Colombia). La intervención se basa en el entrenamiento de agentes comunitarios de salud (ACS), elegidos por las comunidades, que desarrollan acciones para la captación temprana del embarazo, visitas domiciliarias a gestantes y recién nacidos, y acciones de educación en salud. Para el desarrollo de su trabajo, los ACS cuentan con materiales audiovisuales de comunicación, diseñados con pertinencia cultural, para el trabajo de apoyo a las gestantes y entrenamientos de parteras en técnicas y manejo para el parto. La lista de comunidades a intervenir en esta segunda etapa del proyecto se encuentra en: Lista comunidades extensión MDF.docx

En esta segunda etapa del proyecto, el modelo de intervención en las comunidades incorporará algunos cambios en base a aprendizajes del terreno de la implementación anterior, introduciendo el enfoque de género, con énfasis en el abordaje de la problemática de violencia contra la mujer, que presenta alta incidencia en la zona de intervención (se implementará mecanismos de derivación de casos de violencia contra la mujer, y se adaptarán los materiales de capacitación a las y los ACS). Asimismo, se realizará un abordaje integral desde la perspectiva de curso de vida, incorporando los temas de salud infantil y prevención de enfermedades, es decir, el periodo de visitas domiciliarias se extiende hasta el primer año de edad.

El objetivo de la Cooperación Técnica es mejorar la salud materno-infantil en la frontera colombo-peruana a través del diseño e implementación de intervenciones comunitarias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con enfoques de género, y atención a persona, familia y comunidad.

2. Objetivo de la Consultoría

El objetivo de la consultoría es seleccionar una firma consultora para la administración de gastos operativos y contratación de personal relacionado con el Proyecto Mamás de la Frontera (MDF) II.

3. Alcance de los Servicios

La consultoría abarca tanto gastos logísticos como de contratación de personal. En los gastos logísticos se incluyen montos destinados a pasajes, alimentación, hospedajes; mientras que en los gastos de contratación de personal se considera a la remuneración de la directora y la coordinadora de proyecto, de un profesional epidemiólogo, además de las remuneraciones de los supervisores de campo.

Calificaciones

Entidad con al menos dos (2) años de experiencia en la administración de gastos operativos y contratación de personal, en proyectos relacionados al objetivo proyecto.

- Directora general: Profesional de la rama de la salud con Maestría y Doctorado en Salud Pública. Experiencia laboral no menor a cinco (05) años en el sector público/privado. Experiencia mínima de cinco (05) años de trabajo en programas o proyectos de carácter social que involucre la salud materna y neonatal. Experiencia de trabajo con comunidades amazónicas e indígenas.

- Coordinador senior: Profesional con estudios de maestría en Salud Pública y Salud Global. Experiencia laboral no menor a tres (03) años en el sector público/privado. Experiencia mínima de (02) años en coordinación de actividades entre el proyecto y los sujetos de estudio. Experiencia laboral en programas o proyectos de salud pública, innovación en Salud no menor de 02 años

4. Actividades Clave

La firma seleccionada deberá realizar las siguientes actividades en coordinación con el equipo peruano:

- Contratación y pago de servicios de una directora y coordinadora senior para el Proyecto Mamás de la Frontera
- Realizar compras de pasajes de transporte terrestre, fluvial y aéreo para las visitas a comunidades de intervención del Proyecto MDF II.
- Realizar los pagos de los supervisores de campo
- Contratación de un epidemiólogo, para la realización de la evaluación de resultados del Programa (desarrollo del censo inicial y censo final).
- Realizar el reembolso de pasajes al Agente Comunitario en Salud, partera, personal de salud y Supervisor del Proyecto Mamás de la Frontera.
- Realizar la entrega de estipendio al Agente Comunitario en Salud por la asistencia a capacitaciones realizadas por el Proyecto Mamás de la Frontera.
- Gestionar la logística del traslado de materiales para el área de intervención del Proyecto Mamás de la Frontera.
- Cubrir los gastos de imprevisto cuando se realicen las capacitaciones, reforzamientos, visitas a campo, monitoreo a los supervisores, entre otras actividades durante la ejecución del Proyecto Mamás de la Frontera.
- Cubrir gasto de alimentación, hospedaje y traslados locales durante la intervención del Proyecto Mamás de la Frontera.

5. Resultados y Productos Esperados

El resultado esperado es la administración oportuna de los gastos operativos y de contratación de personal, del proyecto MDF II. Para ello, se deben desarrollar los siguientes productos:

- Plan de trabajo y el reporte de seguimiento y cumplimiento de las actividades y entregables del proyecto MDF II.
- Reporte de seguimiento y cumplimiento de las actividades y entregables del proyecto
- El Plan de entrega para la invitación de Agente Comunitario de Salud en el área de intervención del Proyecto MDF II
- El envío de materiales para entrenamiento a distancia de los Agentes Comunitarios de Salud; iv) envío de carta de invitación a las comunidades para que participen en el Proyecto Mamás de la Frontera II; y v) Participación en sesiones de video para el entrenamiento de Agentes Comunitarios de Salud.
- Reporte de seguimiento y cumplimiento de las actividades y entregables del proyecto MDF II.

- Reporte de seguimiento y cumplimiento de las actividades y entregables del proyecto MDF II, y reporte del primer reforzamiento a los Agentes Comunitarios de Salud y Parteras en el lado peruano de las comunidades de intervención del Proyecto MDF II.
- Reporte de seguimiento y cumplimiento de las actividades y entregables del proyecto MDF II, e informe de evaluación de resultados del proyecto.

6. Calendario del Proyecto e Hitos:

Se espera un calendario de ejecución de 24 meses a partir de la firma.

7. Requisitos de los Informes

- La documentación técnica y los informes sobre el proyecto deberán remitirse en idioma español.
- Los archivos digitales admitidos en medios magnéticos son EXCEL para hoja de cálculo, WORD para archivo de texto (también incorporar la versión PDF del documento presentado).
- Los entregables deben contener, como anexos, la información de respaldo correspondiente, en el caso de ser una base de datos, esta debe ser incorporada como parte del entregable.
- Las reuniones de trabajo deberán acreditarse con el acta correspondiente, la cual deberá ser firmada por los participantes, según el formato adjunto en el apartado de anexos.
- Los informes de los entregables deben considerar los contenidos referenciales mínimos definidos en el TDR.

8. Criterios de Aceptación

El Jefe de Equipo de la Cooperación Técnica, Rita Sorio - Especialista Líder en Salud y Protección Social del Banco en la Representación de Perú (SPH/CPE), aprobará los productos de la consultoría.

9. Otros Requisitos

No aplica

10. Supervisión e Informes

La supervisión estará a cargo del Jefe de Equipo de la Cooperación Técnica Rita Sorio - Especialista Líder en Salud y Protección Social del Banco en la Representación de Perú (SPH/CPE)

11. Calendario de Pagos

- 11.1. Las condiciones de pago se basarán en los hitos o entregables del proyecto.
- 11.2. La Tasa de Cambios Oficial del BID indicada en el SDP se aplicará para las conversiones necesarias de los pagos en moneda local.

11.3. El pago se realizará a la entrega y luego de aprobación de cada entregable de acuerdo con el siguiente detalle:

Entregable	Descripción	Plazo (*)	% de pago
Entregable 1	Informe con el plan de trabajo y el reporte de seguimiento y cumplimiento de las actividades y entregables del proyecto Mamás de la Frontera II.	Hasta 25 días desde la firma del contrato.	10% a la conformidad del Entregable
Entregable 2	Informe que incluya: i) el reporte de seguimiento y cumplimiento de las actividades y entregables del proyecto; ii) el Plan de entrega para la invitación de Agente Comunitario de Salud en el área de intervención del Proyecto Mamás de la Frontera II; iii) el envío de materiales para entrenamiento a distancia de los Agentes Comunitarios de Salud; iv) envío de carta de invitación a las comunidades para que participen en el Proyecto Mamás de la Frontera II; y v) Participación en sesiones de video para el entrenamiento de Agentes Comunitarios de Salud.	Hasta 60 días desde la firma del contrato.	10% a la conformidad del Entregable
Entregable 3	Informe con el Reporte de seguimiento y cumplimiento de las actividades y entregables del proyecto Mamás de la Frontera II	Hasta 120 días desde la firma del contrato.	5% a la conformidad del Entregable
Entregable 4	Informe con el Reporte de seguimiento y cumplimiento de las actividades y entregables del proyecto Mamás de la Frontera II	Hasta 180 días desde la firma del contrato.	5% a la conformidad del Entregable
Entregable 5	Informe que incluya: i) el Reporte de seguimiento y cumplimiento de las actividades y entregables del proyecto Mamás de la Frontera II; y ii) reporte del primer reforzamiento a los Agentes Comunitarios de Salud y Parteras en el lado peruano de las comunidades de intervención del Proyecto Mamás de la Frontera II.	Hasta 240 días desde la firma del contrato.	10% a la conformidad del Entregable
Entregable 6	Informe que incluya: i) el Reporte de seguimiento y cumplimiento de las actividades y entregables del proyecto Mamás de la Frontera II; ii) Informe del primer reforzamiento al personal de salud en el lado peruano de las comunidades de intervención del Proyecto Mamás de la Frontera II.	Hasta 300 días desde la firma del contrato.	10% a la conformidad del Entregable

Entregable 7	Informe que incluya: el Reporte de seguimiento y cumplimiento de las actividades y entregables del proyecto Mamás de la Frontera II	Hasta 360 días desde la firma del contrato.	5% a la conformidad del Entregable
Entregable 8	Informe que incluya: el Reporte de seguimiento y cumplimiento de las actividades y entregables del proyecto Mamás de la Frontera II	Hasta 420 días desde la firma del contrato.	5% a la conformidad del Entregable
Entregable 9	Informe que incluya: i) el Reporte de seguimiento y cumplimiento de las actividades y entregables del proyecto Mamás de la Frontera II; y ii) reporte del segundo reforzamiento a los Agentes Comunitarios de Salud y Parteras en el lado peruano de las comunidades de intervención del Proyecto Mamás de la Frontera II.	Hasta 480 días desde la firma del contrato.	10% a la conformidad del Entregable
Entregable 10	Informe que incluya: i) el Reporte de seguimiento y cumplimiento de las actividades y entregables del proyecto Mamás de la Frontera; ii) Informe del segundo reforzamiento al personal de salud en el lado peruano de las comunidades de intervención del Proyecto Mamás de la Frontera II.	Hasta 540 días desde la firma del contrato.	10% a la conformidad del Entregable
Entregable 11	Informe que incluya: el Reporte de seguimiento y cumplimiento de las actividades y entregables del proyecto Mamás de la Frontera II	Hasta 600 días desde la firma del contrato.	5% a la conformidad del Entregable
Entregable 12	Informe que incluya: el Reporte de seguimiento y cumplimiento de las actividades y entregables del proyecto Mamás de la Frontera II	Hasta 660 días desde la firma del contrato.	5% a la conformidad del Entregable
Entregable 13	Informe que contenga: i) el reporte de seguimiento y cumplimiento de las actividades y entregables del proyecto Mamás de la Frontera II; y ii) informe de evaluación de resultados del proyecto. Un segundo informe conteniendo el entregable final: el objetivo de la consultoría, productos alcanzados y actualizados a la fecha, grado de cumplimiento con el plan de trabajo, conclusiones y recomendaciones	Hasta 720 días desde la firma del contrato.	10% a la conformidad del Entregable

El pago se efectuará dentro de los 15 días calendarios de efectuada la conformidad de los productos.

PERÚ**RG-T4219****Consultoría para realizar las funciones de asistente administrativo – financiero de las intervenciones en el territorio peruano” SCL/SPH – PEC Retainer****Contexto:**

En los últimos 20 años, Perú y Colombia presentaron una reducción constante de la Razón de Mortalidad Materna (RMM); entre el año 2002 y el 2021, la tasa se redujo en 45,9% y 83%, respectivamente. Sin embargo, hay brechas acentuadas entre las zonas urbana y rural: mientras para Lima y Bogotá, se registran 26 y 32 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, en algunas comunidades de la zona de frontera, el indicador es 4 a 30 veces mayor (CDC Perú y DANE Colombia, 2022). Adicionalmente, en 2019 datos de Colombia informaron que la razón de la mortalidad materna más alta se encontraba entre las mujeres indígenas y negras, mulatas, afrocolombianas o afrodescendientes, alcanzando cifras que variaban entre 218,8 y 99,2 muertes por cada 100.000 nacidos vivos (DANE, 2019). Respecto a la mortalidad neonatal, en algunas comunidades de frontera el indicador llega a ser hasta 9 veces mayor al que se presenta en las capitales de ambos países.

Asimismo, si bien en los últimos años se ha incrementado el porcentaje de parto institucional en ambos países (93% y 98% para Perú y Colombia, respectivamente), en las comunidades rurales y riverañas los indicadores son distintos. Un estudio reciente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) encontró que el 70% de mujeres de áreas rurales del Departamento de Loreto dan a luz en su casa, sin la presencia de personal de salud entrenado. Otros indicadores muestran la limitada oferta sanitaria en población indígena: datos del CDC (2019) señalan que, en Perú el 67% de comunidades no cuentan con un establecimiento de salud, y solo el 4 % de gestantes presentan controles prenatales completos. Asimismo, el 61.5% de niños menores de 1 año recibió la vacuna contra la hepatitis B, y solo el 52.1%, los controles de crecimiento y desarrollo. En el caso de Colombia, el panorama es similar, ya que, en la población indígena, solo el 54.1 % de nacidos vivos contaron con más de 4 consultas de control prenatal (MINSALUD, 2016).

En la zona de frontera colombo-peruana la cobertura del seguro es baja y la oferta de servicios de salud es limitada. Datos del Seguro Integral de Salud de Perú (SIS), y del MINSALUD de Colombia (2022), muestran que hay brechas de cobertura de aseguramiento para garantizar atención a salud para la población. Por ejemplo, en el distrito de Putumayo (Perú) el porcentaje de personas sin seguro de salud es de 30%, y en el distrito de San Rafael - El Encanto (Colombia) es de 5%. Asimismo, la entrega efectiva de servicios esenciales es insuficiente: en el distrito de San Rafael - El Encanto, solamente el 30% de niños menores de un año ha recibido todas las vacunas de acuerdo a la edad (ASIS Colombia-Perú, 2014). Adicionalmente, la asignación de recurso humano en salud es baja: en la mayoría de los distritos la ratio no pasa de 10 médicos por cada 10.000 habitantes, y en Puerto Nariño (Colombia) y Tarapacá (Perú), esta cifra es de 1 y 4, respectivamente. La OMS recomienda una disponibilidad de al menos 23 profesionales de salud por cada 10.000 habitantes para alcanzar la cobertura mínima de servicios de atención primaria en tiempos oportunos.

Frente a esta situación, desde el año 2020, con recursos del fondo binacional transfronterizo y del BID, se desarrolla el proyecto "Mamas de la Frontera - MDF" en 30 comunidades de los distritos de Soplin Vargas y El Estrecho (Perú) y Puerto Leguizano y San Rafael - El Encanto, (Colombia). La intervención se basa en el entrenamiento de agentes comunitarios de salud

(ACS), elegidos por las comunidades, que desarrollan acciones para la captación temprana del embarazo, visitas domiciliarias a gestantes y recién nacidos, y acciones de educación en salud. Para el desarrollo de su trabajo, los ACS cuentan con materiales audiovisuales de comunicación, diseñados con pertinencia cultural, para el trabajo de apoyo a las gestantes y entrenamientos de parteras en técnicas y manejo para el parto. La lista de comunidades a intervenir en esta segunda etapa del proyecto se encuentra en: Lista comunidades extensión MDF.docx

En esta segunda etapa del proyecto, el modelo de intervención en las comunidades incorporará algunos cambios en base a aprendizajes del terreno de la implementación anterior, introduciendo el enfoque de género, con énfasis en el abordaje de la problemática de violencia contra la mujer, que presenta alta incidencia en la zona de intervención (se implementará mecanismos de derivación de casos de violencia contra la mujer, y se adaptarán los materiales de capacitación a las y los ACS). Asimismo, se realizará un abordaje integral desde la perspectiva de curso de vida, incorporando los temas de salud infantil y prevención de enfermedades, es decir, el periodo de visitas domiciliarias se extiende hasta el primer año de edad.

El objetivo de la Cooperación Técnica es mejorar la salud materno-infantil en la frontera colombo-peruana a través del diseño e implementación de intervenciones comunitarias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con enfoques de género, y atención a persona, familia y comunidad.

La consultoría tiene como objetivo realizar las funciones de asistente administrativo de las intervenciones en el territorio peruano, del Proyecto Mamás de la Frontera II.

Actividades:

- Responsable directo del manejo de caja chica, en territorio frontera peruana.
- Ordenar y archivar de documentos de reembolso de viáticos, pasajes, etc. Correspondiente a los facilitadores y supervisores.
- Efectuar pagos correspondientes a comunicaciones, transporte, etc. Para convocar a talleres de sensibilización, refrescamiento de parteras, agentes comunitarios, etc.
- Elaborar reportes de gastos y correspondiente factura, a la coordinación/dirección del proyecto para su justificación ante el BID.
- Apoyo en la elaboración de los estados financieros de los fondos de la Cooperación Técnica.
- Apoyo en la elaboración de documentos para la auditoría del proyecto.

Entregables:

- El consultor contratado deberá elaborar informes mensuales que detallen las actividades realizadas en dicho periodo en las localidades del territorio peruano, y será remitido al consultor encargado de la dirección/coordinación del proyecto.

Cronograma de pagos:

- Se efectuarán pagos mensuales, contra la presentación del reporte de las actividades realizadas durante dicho periodo al director del proyecto.

Requisitos

- **Ciudadanía:** Usted es ciudadano de Perú o ciudadano de uno de nuestros 48 países miembros, con residencia o permiso legal para trabajar en Perú

- **Consanguinidad:** No tiene miembros de su familia (hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo grado de afinidad, incluido el cónyuge) que trabajen en el BID, BID Invest o BID Lab.
- **Consideraciones en cuanto a la COVID-19:** la salud y la seguridad de nuestros empleados son nuestra principal prioridad. Como condición de empleo, el BID/BID Invest requiere que todos los nuevos empleados tengan la vacunación completa contra la COVID-19.

Tipo de contrato y duración

- Tipo de Contrato: Consultor de Productos y Servicios Externos (PEC), Regular
- Duración: 24 meses

Qué ofrecemos

El Grupo BID ofrece beneficios que responden a las diferentes necesidades y momentos de la vida de un empleado. Estos beneficios incluyen:

- Un paquete de **remuneración competitiva**.
- Una manera flexible de trabajar. Se le evaluará por entregable.

Nuestra cultura

En el Grupo BID, trabajamos para todas las personas den lo mejor de sí y traigan a su verdadero yo al trabajo, estén dispuestas a intentar nuevos enfoques sin miedo, rindan cuentas de sus acciones y reciban una retribución por ellas.

La Diversidad, la Equidad, la Inclusión y el Sentido de Pertenencia (DEIB) son los pilares de nuestra organización. Celebramos todas las dimensiones de diversidad y animamos a que se postulen mujeres, LGBTQ+, personas con discapacidades, afrodescendientes e indígenas.

Nos cercioraremos de que a las personas con discapacidades se les brinden adaptaciones razonables para participar en el proceso de las entrevistas laborales. Si usted es un candidato calificado que tiene una discapacidad, envíenos un correo electrónico a diversity@iadb.org a fin de solicitar adaptaciones razonables para poder completar esta solicitud.

Nuestro Equipo de Recursos Humanos revisa exhaustivamente cada solicitud.

Acerca del Grupo BID

El Grupo BID, compuesto por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), BID Invest y BID Lab, ofrece soluciones de financiamiento flexibles a sus países miembros para financiar el desarrollo económico y social a través de préstamos y subsidios a entidades públicas y privadas en América Latina y el Caribe.

Acerca del BID

El Banco Interamericano de Desarrollo tiene como misión mejorar vidas. Fundado en 1959, el BID es una de las principales fuentes de financiamiento a largo plazo para el desarrollo económico, social e institucional de América Latina y el Caribe. El BID también realiza proyectos de investigación de vanguardia y ofrece asesoría sobre políticas, asistencia técnica y capacitación a clientes públicos y privados en toda la región.

Síguenos:

<https://www.linkedin.com/company/inter-american-development-bank/>

<https://www.facebook.com/IADB.org>

https://twitter.com/the_IDB

HRD Término de Referencia

Para consultorías modo PEC

PERÚ**RG-T4219****Consultoría para la elaboración de materiales educativos SCL/SPH – PEC Regular**

El Grupo BID es una comunidad de personas diversas, versátiles y apasionadas, unidas para mejorar vidas en América Latina y el Caribe. Aquellos que trabajan con nosotros encuentran un propósito y hacen lo que más les gusta en un entorno inclusivo, colaborativo, ágil y gratificante.

Acerca de este puesto de trabajo

Estamos buscando un(a) profesional con experiencia en elaboración de materiales educativos.

En los últimos 20 años, Perú y Colombia presentaron una reducción constante de la Razón de Mortalidad Materna (RMM); entre el año 2002 y el 2021, la tasa se redujo en 45,9% y 83%, respectivamente. Sin embargo, hay brechas acentuadas entre las zonas urbana y rural: mientras para Lima y Bogotá, se registran 26 y 32 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, en algunas comunidades de la zona de frontera, el indicador es 4 a 30 veces mayor (CDC Perú y DANE Colombia, 2022). Adicionalmente, en 2019 datos de Colombia informaron que la razón de la mortalidad materna más alta se encontraba entre las mujeres indígenas y negras, mulatas, afrocolombianas o afrodescendientes, alcanzando cifras que variaban entre 218,8 y 99,2 muertes por cada 100.000 nacidos vivos (DANE, 2019). Respecto a la mortalidad neonatal, en algunas comunidades de frontera el indicador llega a ser hasta 9 veces mayor al que se presenta en las capitales de ambos países.

Asimismo, si bien en los últimos años se ha incrementado el porcentaje de parto institucional en ambos países (93% y 98% para Perú y Colombia, respectivamente), en las comunidades rurales y riverseñas los indicadores son distintos. Un estudio reciente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) encontró que el 70% de mujeres de áreas rurales del Departamento de Loreto dan a luz en su casa, sin la presencia de personal de salud entrenado. Otros indicadores muestran la limitada oferta sanitaria en población indígena: datos del CDC (2019) señalan que, en Perú el 67% de comunidades no cuentan con un establecimiento de salud, y solo el 4 % de gestantes presentan controles prenatales completos. Asimismo, el 61.5% de niños menores de 1 año recibió la vacuna contra la hepatitis B, y solo el 52.1%, los controles de crecimiento y desarrollo. En el caso de Colombia, el panorama es similar, ya que, en la población indígena, solo el 54.1 % de nacidos vivos contaron con más de 4 consultas de control prenatal (MINSALUD, 2016).

En la zona de frontera colombo-peruana la cobertura del seguro es baja y la oferta de servicios de salud es limitada. Datos del Seguro Integral de Salud de Perú (SIS), y del MINSALUD de Colombia (2022), muestran que hay brechas de cobertura de aseguramiento para garantizar atención a salud para la población. Por ejemplo, en el distrito de Putumayo (Perú) el porcentaje de personas sin seguro de salud es de 30%, y en el distrito de San Rafael - El Encanto (Colombia) es de 5%. Asimismo, la entrega efectiva de servicios esenciales es insuficiente: en el distrito de San Rafael - El Encanto, solamente el 30% de niños menores de un año ha recibido todas las vacunas de acuerdo a la edad (ASIS Colombia-Perú, 2014). Adicionalmente, la asignación de recurso humano en salud es baja: en la mayoría de los distritos la ratio no pasa de 10 médicos por cada 10.000 habitantes, y en Puerto Nariño (Colombia) y Tarapacá (Perú), esta cifra es de 1

y 4, respectivamente. La OMS recomienda una disponibilidad de al menos 23 profesionales de salud por cada 10.000 habitantes para alcanzar la cobertura mínima de servicios de atención primaria en tiempos oportunos.

Frente a esta situación, desde el año 2020, con recursos del fondo binacional transfronterizo y del BID, se desarrolla el proyecto "Mamas de la Frontera - MDF" en 30 comunidades de los distritos de Soplin Vargas y El Estrecho (Perú) y Puerto Leguizano y San Rafael - El Encanto, (Colombia). La intervención se basa en el entrenamiento de agentes comunitarios de salud (ACS), elegidos por las comunidades, que desarrollan acciones para la captación temprana del embarazo, visitas domiciliarias a gestantes y recién nacidos, y acciones de educación en salud. Para el desarrollo de su trabajo, los ACS cuentan con materiales audiovisuales de comunicación, diseñados con pertinencia cultural, para el trabajo de apoyo a las gestantes y entrenamientos de parteras en técnicas y manejo para el parto. La lista de comunidades a intervenir en esta segunda etapa del proyecto se encuentra en: Lista comunidades extensión MDF.docx

En esta segunda etapa del proyecto, el modelo de intervención en las comunidades incorporará algunos cambios en base a aprendizajes del terreno de la implementación anterior, introduciendo el enfoque de género, con énfasis en el abordaje de la problemática de violencia contra la mujer, que presenta alta incidencia en la zona de intervención (se implementará mecanismos de derivación de casos de violencia contra la mujer, y se adaptarán los materiales de capacitación a las y los ACS). Asimismo, se realizará un abordaje integral desde la perspectiva de curso de vida, incorporando los temas de salud infantil y prevención de enfermedades, es decir, el periodo de visitas domiciliarias se extiende hasta el primer año de edad.

El objetivo de la Cooperación Técnica es mejorar la salud materno-infantil en la frontera colombo-peruana a través del diseño e implementación de intervenciones comunitarias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con enfoques de género, y atención a persona, familia y comunidad.

En el marco de estas actividades, surge la necesidad de contratar un consultor para que apoye en la elaboración de materiales de entrenamiento y seguimiento para que los ACS capaciten a la población en prevención de violencia de género y derechos sexuales y reproductivos.

Esto es lo que harás

- Revisión de los materiales desarrollados en la primera etapa del Proyecto.
- Elaboración de materiales educativos sobre la importancia de las prácticas de cuidado (que implican la asistencia a los servicios de salud para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad) en gestantes, recién nacidos, niños y niñas hasta el año de edad, para que los ACS capaciten a la población, sobre la importancia
- Validación de los materiales educativos con el equipo del Proyecto y actores involucrados, de ser el caso.
- Elaboración de informe final con los materiales elaborados.

Cronograma de Entregas y Pagos

<u>Entregable</u>	<u>Porcentaje</u>	<u>Fecha Estimada de Entrega</u>

1. Informe con la propuesta inicial de los materiales educativos en prevención de violencia de género y derechos sexuales y reproductivos.	50%	Hasta 25 días desde la firma del contrato
2. Informe con la propuesta validada de los materiales educativos en prevención de violencia de género y derechos sexuales y reproductivos.	50%	Hasta 40 días desde la firma del contrato

Esto es lo que necesitas

- **Educación:** Profesional en Ciencias Sociales o Ciencias de la Salud
- **Experiencia:** Por lo menos 5 años de experiencia en elaboración de materiales educativos.
- **Idiomas:** español oral y escrito

Habilidades claves

- Conocimiento y habilidad elaboración de materiales didácticos
- Habilidad para trabajar en equipos multidisciplinarios

Requisitos

- **Ciudadanía:** Usted es ciudadano de Perú o ciudadano de uno de nuestros 48 países miembros, con residencia o permiso legal para trabajar en Perú
- **Consanguinidad:** No tiene miembros de su familia (hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo grado de afinidad, incluido el cónyuge) que trabajen en el BID, BID Invest o BID Lab.
- **Consideraciones en cuanto a la COVID-19:** la salud y la seguridad de nuestros empleados son nuestra principal prioridad. Como condición de empleo, el BID/BID Invest requiere que todos los nuevos empleados tengan la vacunación completa contra la COVID-19.

Tipo de contrato y duración

- Tipo de Contrato: Consultor de Productos y Servicios Externos (PEC), Regular
- Duración: 30 días en un periodo de 2 meses.

Qué ofrecemos

El Grupo BID ofrece beneficios que responden a las diferentes necesidades y momentos de la vida de un empleado. Estos beneficios incluyen:

- Un paquete de **remuneración competitiva**.
- Una manera flexible de trabajar. Se le evaluará por entregable.

Nuestra cultura

En el Grupo BID, trabajamos para todas las personas den lo mejor de sí y traigan a su verdadero yo al trabajo, estén dispuestas a intentar nuevos enfoques sin miedo, rindan cuentas de sus acciones y reciban una retribución por ellas.

La Diversidad, la Equidad, la Inclusión y el Sentido de Pertenencia (DEIB) son los pilares de nuestra organización. Celebramos todas las dimensiones de diversidad y animamos a que se postulen mujeres, LGBTQ+, personas con discapacidades, afrodescendientes e indígenas.

Nos cercioraremos de que a las personas con discapacidades se les brinden adaptaciones razonables para participar en el proceso de las entrevistas laborales. Si usted es un candidato calificado que tiene una discapacidad, envíenos un correo electrónico a diversity@iadb.org a fin de solicitar adaptaciones razonables para poder completar esta solicitud.

Nuestro Equipo de Recursos Humanos revisa exhaustivamente cada solicitud.

Acerca del Grupo BID

El Grupo BID, compuesto por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), BID Invest y BID Lab, ofrece soluciones de financiamiento flexibles a sus países miembros para financiar el desarrollo económico y social a través de préstamos y subsidios a entidades públicas y privadas en América Latina y el Caribe.

Acerca del BID

El Banco Interamericano de Desarrollo tiene como misión mejorar vidas. Fundado en 1959, el BID es una de las principales fuentes de financiamiento a largo plazo para el desarrollo económico, social e institucional de América Latina y el Caribe. El BID también realiza proyectos de investigación de vanguardia y ofrece asesoría sobre políticas, asistencia técnica y capacitación a clientes públicos y privados en toda la región.

Síguenos:

<https://www.linkedin.com/company/inter-american-development-bank/>

<https://www.facebook.com/IADB.org>

https://twitter.com/the_

PERÚ**RG-T4219****Consultoría para la adaptación del aplicativo de seguimiento del Proyecto” SCL/SPH – PEC Regular**

El Grupo BID es una comunidad de personas diversas, versátiles y apasionadas, unidas para mejorar vidas en América Latina y el Caribe. Aquellos que trabajan con nosotros encuentran un propósito y hacen lo que más les gusta en un entorno inclusivo, colaborativo, ágil y gratificante.

Acerca de este puesto de trabajo

Estamos buscando un(a) profesional con experiencia en desarrollo de aplicativos de seguimiento nominal.

En los últimos 20 años, Perú y Colombia presentaron una reducción constante de la Razón de Mortalidad Materna (RMM); entre el año 2002 y el 2021, la tasa se redujo en 45,9% y 83%, respectivamente. Sin embargo, hay brechas acentuadas entre las zonas urbana y rural: mientras para Lima y Bogotá, se registran 26 y 32 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, en algunas comunidades de la zona de frontera, el indicador es 4 a 30 veces mayor (CDC Perú y DANE Colombia, 2022). Adicionalmente, en 2019 datos de Colombia informaron que la razón de la mortalidad materna más alta se encontraba entre las mujeres indígenas y negras, mulatas, afrocolombianas o afrodescendientes, alcanzando cifras que variaban entre 218,8 y 99,2 muertes por cada 100.000 nacidos vivos (DANE, 2019). Respecto a la mortalidad neonatal, en algunas comunidades de frontera el indicador llega a ser hasta 9 veces mayor al que se presenta en las capitales de ambos países.

Asimismo, si bien en los últimos años se ha incrementado el porcentaje de parto institucional en ambos países (93% y 98% para Perú y Colombia, respectivamente), en las comunidades rurales y rivereñas los indicadores son distintos. Un estudio reciente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) encontró que el 70% de mujeres de áreas rurales del Departamento de Loreto dan a luz en su casa, sin la presencia de personal de salud entrenado. Otros indicadores muestran la limitada oferta sanitaria en población indígena: datos del CDC (2019) señalan que, en Perú el 67% de comunidades no cuentan con un establecimiento de salud, y solo el 4 % de gestantes presentan controles prenatales completos. Asimismo, el 61.5% de niños menores de 1 año recibió la vacuna contra la hepatitis B, y solo el 52.1%, los controles de crecimiento y desarrollo. En el caso de Colombia, el panorama es similar, ya que, en la población indígena, solo el 54.1 % de nacidos vivos contaron con más de 4 consultas de control prenatal (MINSALUD, 2016).

En la zona de frontera colombo-peruana la cobertura del seguro es baja y la oferta de servicios de salud es limitada. Datos del Seguro Integral de Salud de Perú (SIS), y del MINSALUD de Colombia (2022), muestran que hay brechas de cobertura de aseguramiento para garantizar atención a salud para la población. Por ejemplo, en el distrito de Putumayo (Perú) el porcentaje de personas sin seguro de salud es de 30%, y en el distrito de San Rafael - El Encanto (Colombia) es de 5%. Asimismo, la entrega efectiva de servicios esenciales es insuficiente: en el distrito de San Rafael - El Encanto, solamente el 30% de niños menores de un año ha recibido todas las vacunas de acuerdo a la edad (ASIS Colombia-Perú, 2014). Adicionalmente, la asignación de recurso humano en salud es baja: en la mayoría de los distritos la ratio no pasa de 10 médicos por cada 10.000 habitantes, y en Puerto Nariño (Colombia) y Tarapacá (Perú), esta cifra es de 1 y 4, respectivamente. La OMS recomienda una disponibilidad de al menos 23 profesionales de

salud por cada 10.000 habitantes para alcanzar la cobertura mínima de servicios de atención primaria en tiempos oportunos.

Frente a esta situación, desde el año 2020, con recursos del fondo binacional transfronterizo y del BID, se desarrolla el proyecto "Mamas de la Frontera - MDF" en 30 comunidades de los distritos de Soplin Vargas y El Estrecho (Perú) y Puerto Leguizano y San Rafael - El Encanto, (Colombia). La intervención se basa en el entrenamiento de agentes comunitarios de salud (ACS), elegidos por las comunidades, que desarrollan acciones para la captación temprana del embarazo, visitas domiciliarias a gestantes y recién nacidos, y acciones de educación en salud. Para el desarrollo de su trabajo, los ACS cuentan con materiales audiovisuales de comunicación, diseñados con pertinencia cultural, para el trabajo de apoyo a las gestantes y entrenamientos de parteras en técnicas y manejo para el parto. La lista de comunidades a intervenir en esta segunda etapa del proyecto se encuentra en: Lista comunidades extensión MDF.docx

En esta segunda etapa del proyecto, el modelo de intervención en las comunidades incorporará algunos cambios en base a aprendizajes del terreno de la implementación anterior, introduciendo el enfoque de género, con énfasis en el abordaje de la problemática de violencia contra la mujer, que presenta alta incidencia en la zona de intervención (se implementará mecanismos de derivación de casos de violencia contra la mujer, y se adaptarán los materiales de capacitación a las y los ACS). Asimismo, se realizará un abordaje integral desde la perspectiva de curso de vida, incorporando los temas de salud infantil y prevención de enfermedades, es decir, el periodo de visitas domiciliarias se extiende hasta el primer año de edad.

El objetivo de la Cooperación Técnica es mejorar la salud materno-infantil en la frontera colombo-peruana a través del diseño e implementación de intervenciones comunitarias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con enfoques de género, y atención a persona, familia y comunidad.

Esto es lo que harás

- Revisión de la metodología de trabajo y de recojo de la información.
- Revisión del aplicativo existente, y sus funcionalidades
- Desarrollo de los nuevos módulos del aplicativo, que recoja información sobre violencia de género y salud. sexual y reproductiva, a partir de las visitas desarrolladas por los ACS.
- Testear la funcionalidad del aplicativo modificado.
- Elaboración de informe final.

Cronograma de Entregas y Pagos

<u>Entregable</u>	<u>Porcentaje</u>	<u>Fecha Estimada de Entrega</u>
1. Informe con el desarrollo preliminar del aplicativo.	50%	Hasta 25 días desde la firma del contrato
2. Informe con el desarrollo final del aplicativo, a partir de las pruebas de funcionalidad.	50%	Hasta 40 días desde la firma del contrato

Esto es lo que necesitas

- **Educación:** Profesional en Ingeniería de Sistemas
- **Experiencia:** Por lo menos 5 años de experiencia en elaboración de aplicativos de seguimiento nominal.
- **Idiomas:** español oral y escrito

Habilidades claves

- Conocimiento y habilidad elaboración de materiales didácticos
- Habilidad para trabajar en equipos multidisciplinarios

Requisitos

- **Ciudadanía:** Usted es ciudadano de Perú o ciudadano de uno de nuestros 48 países miembros, con residencia o permiso legal para trabajar en Perú
- **Consanguinidad:** No tiene miembros de su familia (hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo grado de afinidad, incluido el cónyuge) que trabajen en el BID, BID Invest o BID Lab.
- **Consideraciones en cuanto a la COVID-19:** la salud y la seguridad de nuestros empleados son nuestra principal prioridad. Como condición de empleo, el BID/BID Invest requiere que todos los nuevos empleados tengan la vacunación completa contra la COVID-19.

Tipo de contrato y duración

- Tipo de Contrato: Consultor de Productos y Servicios Externos (PEC), Regular
- Duración: 30 días en un periodo de 2 meses.

Qué ofrecemos

El Grupo BID ofrece beneficios que responden a las diferentes necesidades y momentos de la vida de un empleado. Estos beneficios incluyen:

- Un paquete de **remuneración competitiva.**
- Una manera flexible de trabajar. Se le evaluará por entregable.

Nuestra cultura

En el Grupo BID, trabajamos para todas las personas den lo mejor de sí y traigan a su verdadero yo al trabajo, estén dispuestas a intentar nuevos enfoques sin miedo, rindan cuentas de sus acciones y reciban una retribución por ellas.

La Diversidad, la Equidad, la Inclusión y el Sentido de Pertenencia (DEIB) son los pilares de nuestra organización. Celebramos todas las dimensiones de diversidad y animamos a que se postulen mujeres, LGBTQ+, personas con discapacidades, afrodescendientes e indígenas.

Nos cercioraremos de que a las personas con discapacidades se les brinden adaptaciones razonables para participar en el proceso de las entrevistas laborales. Si usted es un candidato calificado que tiene una discapacidad, envíenos un correo electrónico a diversity@iadb.org a fin de solicitar adaptaciones razonables para poder completar esta solicitud.

Nuestro Equipo de Recursos Humanos revisa exhaustivamente cada solicitud.

Acerca del Grupo BID

El Grupo BID, compuesto por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), BID Invest y BID Lab, ofrece soluciones de financiamiento flexibles a sus países miembros para financiar el desarrollo económico y social a través de préstamos y subsidios a entidades públicas y privadas en América Latina y el Caribe.

Acerca del BID

El Banco Interamericano de Desarrollo tiene como misión mejorar vidas. Fundado en 1959, el BID es una de las principales fuentes de financiamiento a largo plazo para el desarrollo económico, social e institucional de América Latina y el Caribe. El BID también realiza proyectos de investigación de vanguardia y ofrece asesoría sobre políticas, asistencia técnica y capacitación a clientes públicos y privados en toda la región.

Síguenos:

<https://www.linkedin.com/company/inter-american-development-bank/>

<https://www.facebook.com/IADB.org>

https://twitter.com/the_IDB