

PROYECTO FORTALECIMIENTO DE LA RESPUESTA SANITARIA LOCAL  
A TRAVÉS DE LA MOVILIZACIÓN Y REACTIVACIÓN SOCIAL

CONSULTORÍA

ESTUDIO SOBRE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES, PRÁCTICAS SOBRE COVID19 Y DISEÑO DE  
ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (IEC)

I. INFORMACIÓN INSTITUCIONAL

CARE trabaja alrededor del mundo para erradicar la pobreza, salvar vidas y lograr la justicia social. Somos reconocidos en todas partes por nuestro compromiso inquebrantable a favor de la dignidad de las personas. CARE fue constituida hace más de 70 años y hoy expande su acción en más de 90 países. CARE Perú inició su trabajo en el Perú, a raíz de la emergencia ocurrida en el Callejón de Huaylas, en Ancash, desde entonces lucha exitosamente contra la pobreza, apoyando a las comunidades con programas integrales y esfuerzos en incidencia; generando impacto sostenible de manera estratégica y transparente, a través de sus diferentes programas.

II. ANTECEDENTES

CARE Perú ha iniciado la implementación del Proyecto “Fortalecimiento de la respuesta sanitaria local a través de la movilización y la reactivación social” (FORS), como parte de una alianza estratégica con la Compañía Minera de Antamina, en el área de influencia operativa (AIO) de Antamina en la Región Ancash, con una participación acotada en las Regiones de Huánuco y Lima.

El proyecto FORS tiene los siguientes objetivos:

- Fortalecer las capacidades de respuesta organizada de los sistemas de salud locales y las comunidades/territorios del AIO frente a la emergencia COVID-19, priorizando a la familia y ser humano en su protección, cuidado y capacidad de contagio.
- Acompañar el tránsito hacia una comunidad/territorio saludable que gestione un nuevo escenario post emergencia, protegiendo y promoviendo la salud de la población.

A. Componentes del Proyecto:

*Componente 1:* Movilización local de respuesta al COVID-19 y reactivación social.

*Componente 2:* Fortalecimiento de establecimientos de salud locales para la respuesta de atención a la pandemia COVID-19 según nivel de atención.

B. Resultados del Proyecto

*Meta a nivel de Resultados 1:* 75% de familias del ámbito de intervención bajo un Sistema de Vigilancia Basado en la Comunidad (SVBC) que funciona exitosamente.

*Meta a nivel de Resultados 2:* 90% de EESS responsables de la respuesta de atención a la pandemia que cuentan con las competencias adecuadas según nivel de atención.

Mediante el estudio se busca conocerla situación actual con relación a los Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) frente al COVID – 19 y otros cuidados de la salud, de las familias, agentes comunitarios de salud y Comités Covid-19 comunales y distritales, así como entender el

nivel de organización y articulación de los servicios de sanitarios y las organizaciones de base o comunales. En base a este entendimiento, se espera contar con un planteamiento de estrategias de comunicación masiva de alto impacto a nivel local y con proyección a la escalabilidad.

### III. OBJETIVOS DE LA CONSULTORÍA

#### 3.1. Objetivo General

Desarrollar un estudio sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) de las familias participantes del proyecto FORS y proponer estrategias de Información, Educación y Comunicación (IEC) clave a ser consideradas en la implementación del proyecto.

#### 3.2. Objetivos Específicos

- Diseñar la metodología para el estudio de línea de base y monitoreo periódico posterior de los CAP en prevención y cuidado frente al COVID-19 y cuidados de la salud.
- Conducir la implementación de la fase cuantitativa del estudio CAP bajo metodología LQAS con participación del equipo técnico FORS, garantizando la objetividad de los resultados.
- Implementar estrategias cualitativas mediante herramientas virtuales que permitan explicar y complementar los resultados cuantitativos.
- Definir estrategias de IEC masivas, adaptadas a la población de intervención para fomentar y preservar cambios de comportamientos positivos y adecuados para la prevención del COVID19.

### IV. ALCANCES DEL ESTUDIO SOLICITADO

#### 4.1. Programático

##### Igualdad de Género

La igualdad de género es un derecho humano explícitamente reconocido internacionalmente y CARE busca promover la dignidad, los derechos humanos, y la eliminación de la pobreza y la injusticia para personas de todos los géneros y edades. Su compromiso se basa en la Convención y los Principios de los Derechos Humanos acordados a nivel mundial, como la igualdad y la no discriminación. CARE reconoce que la desigualdad de género se cruza con otras formas de opresión basadas en relaciones de poder desiguales, como la discriminación por raza, racismo, etnia, edad, orientación sexual y homofobia, discriminación religiosa, clasismo, historia colonial, entre otros. CARE trabaja con mujeres marginadas y sus aliados para abordar las barreras estructurales para lograr la realización de los derechos de las mujeres y la igualdad de género; justicia social, paz, bienestar y una vida libre de violencia.

##### Resiliencia

Para CARE, la resiliencia está relacionada a gestionar riesgos y lidiar con los shocks y estreses que influyen negativamente en la vida de las personas. CARE apunta a enfocarse en aquellos shocks y estreses que afectan a los grupos más allá del nivel individual o familiar, por ejemplo: grupos de hogares, comunidades, regiones o incluso países enteros.

De acuerdo con el marco teórico de Incremento de Resiliencia de CARE, la resiliencia se incrementa si:

- Se han construido y apoyado las capacidades y activos necesarios para manejar shocks y estreses,
- Se han reducido los factores generadores de riesgo y
- Las acciones están apoyadas por normas formales o informales, planes, políticas y legislación favorables, que permitan a los individuos y las comunidades reducir su vulnerabilidad.

#### Gobernabilidad

CARE identifica la mala gobernabilidad como una causa subyacente de la pobreza y la injusticia social. CARE reconoce que la pobreza se crea y se mantiene a través de relaciones de poder desiguales y la distribución injusta de los recursos y oportunidades, a menudo con un efecto perjudicial y desproporcionado en mujeres y niñas. Por esta razón, CARE sostiene que la pobreza es una injusticia. Desafiar las causas profundas de la pobreza y la injusticia social, en todos los niveles, por lo tanto, requiere esfuerzos para promover el buen gobierno; es decir, la gestión efectiva, participativa, transparente, equitativa y responsable de los asuntos públicos.

#### Sistema de vigilancia basado en la comunidad (SVBC)

El SVBC brinda la oportunidad a las comunidades de empoderarse y tomar una actitud activa, consciente y co-responsable del cuidado de su salud, a través de una cultura de vigilancia de riesgos del COVID-19 así como de otras enfermedades de importancia para la salud de la comunidad. Es un sistema para registrar, consolidar, reportar y analizar los eventos de interés de salud pública dentro de la comunidad y por miembros de la comunidad, con el fin de tomar acciones oportunas que permitan mejorar las condiciones de vida de los individuos y la comunidad (OPS, 2012; WHO, 2019).

#### **4.2. Geográfico**

El ámbito geográfico del proyecto, el cual constituye el alcance geográfico del estudio, está constituido por 45 comunidades ubicadas en 20 distritos de Ancash, Lima y Huánuco. Este ámbito está directamente relacionado con el área de influencia operativa de la Empresa Antamina, las cuales se organizan en UGT (Unidades de Gestión Territorial), para fines de información puede verse el Anexo N° 01.

Provincia	Distrito	Espacios comunales de intervención*
<b>Ancash</b>		
Huari	San Pedro de Chana	Comunidad Campesina Santa Cruz de Pichiu (13 anexos)
		Comunidad Campesina Vichón + Santa Rita
	San Marcos	Anexo Ayash Huaripampa
		Anexo Ayash Pichiu
		Anexo Pampas de Huamani
		Caserío CP Juprog
		San Marcos Sur: Pichiu SP, Pichiu Quinuaragra, Quinuaragra, Mosna
		Centro Poblado Challhuayaco
		Centro Poblado Rancas
		Centro Poblado Runtu
		Comunidad Campesina Carhuayoc + Centro Poblado Pujún
		Comunidad Campesina Huaripampa
		Comunidad Campesina Túpac Amaru
		Zona Tres caseríos: Taruscancha, Huallacancha, Ninacocha

Provincia	Distrito	Espacios comunales de intervención*
	Chavín de Huántar	Chavín Zona Centro Chichucancha, Machac, Quercos , Tambillos, Ciudad de Chavín
		Chavín Zona Sur
		Uchuhuyata, Conín
	Huachis	Comunidad Campesina de Huachis
		Huariamasga
Bolognesi	Huallanca	Comunidad Campesina Crespo y Castillo
		Comunidad Campesina Yacuash
		Comunidad Campesina Ututupampa
		Comunidad Campesina Yaruwilca
	Aquia	Comunidad Campesina Aquia
		Comunidad Campesina Base Racrachaca
		Comunidad Campesina Base Pachapaqui
	Chiquian	Comunidad Campesina Base Uranyacu
		Comunidad Campesina Chiquian
		Comunidad Campesina Carcas
	Colquioc	Centro de salud de Chiquián
		Distrito de Colquioc
		Distrito Cajacay
Antonio Raimondi	Distrito Antonio Raimondi	
Huayllacayan	Distrito Huayllacayan	
Recuay	Pampas Chico	Distrito Pampas Chico
	Marca	Distrito de Marca
	Pararin	Pararín (Sectores del Valle Fortaleza: Rinconada, Mandahuaz, Huáncar, Malvado y Huaquish)
	Llacllin	Centro Poblado de Chaucayán
	Catac	Comunidad Campesina Catac
Comunidad Campesina Utcuyacu		
Huarmey	Huarmey	AA.HH. Puerto Huarmey
		AA.HH. 09 de Octubre
		Huarmey distrito (AA.HH.)
<b>Lima</b>		
Barranca	Paramonga	Centro Poblado de Huaricanga
		Centro Poblado de Anta
<b>Huánuco</b>		
Huamalés	Puños	Comunidad Campesina Puños
	Llata	Distrito de Llata

Elaboración: Equipo de Proyecto FORS.

(\*) Extraído de la Propuesta Metodológica y Económica del proyecto FORS.

#### 4.3. Segmentos poblacionales de interés

Los segmentos de interés son los siguientes:

- Miembros del hogar
- Agentes Comunitarios
- Comité Covid-19 (Comunal o distrital)
- Personal de salud

#### 4.4. Desagregaciones de información esperada

Teniendo en cuenta las poblaciones de interés la desagregación esperada es la siguiente:

- En individuos: sexo, edad, idioma.
- En hogares: urbano, rural, servicios básicos.

- En organizaciones: distrital, comunal.
- En establecimientos de salud: por nivel o capacidad de resolución.

## V. ASPECTOS METODOLÓGICOS

La consultoría plantea 4 fases: Diseño técnico metodológico, recolección de datos, procesamiento y análisis de información; e informe final. A continuación, se detallan cada una de las fases:

### 5.1. Diseño técnico y metodológico:

Esta fase comprende la revisión de la documentación del proyecto que es objeto del estudio, marco conceptual en el que se basa, el marco lógico (véase Anexo N°2), indicadores, marco global de CARE y enfoques e información relevante para el desarrollo del diseño metodológico.

Se requiere el planteamiento de un diseño metodológico representativo y viable a nivel del ámbito del proyecto que permita el levantamiento de la información de CAP para la línea de base y un diseño metodológico para el monitoreo de estos CAP para ser implementado posteriormente por el equipo del proyecto. El estudio será de tipo cuantitativo y cualitativo, pudiendo plantearse la metodología de LQAS (Lot Quality Assurance Sampling) para la fase cuantitativa.

Se requiere que el (la) consultor elabore las herramientas para el levantamiento de información de la línea de base, así como elabore una guía para la implementación del monitoreo posterior, los cuales deberán mantener concordancia y permitir la trazabilidad del indicador.

La (el) consultor(a) deberá plantear las fichas técnicas de los indicadores, la matriz de consistencia de los indicadores, así como los instrumentos para el levantamiento de información tanto para la fase cuantitativa y cualitativa del estudio, los cuales serán consensuados con el equipo responsable del proyecto. La (el) responsable deberá plantear e implementar una estrategia de supervisión que permita dar objetividad al estudio, dado que el levantamiento de información en campo será realizado por el equipo del proyecto. El diseño de la fase cualitativa deberá sumar para garantizar la objetividad de los resultados.

El levantamiento de información será de los indicadores del proyecto, así como de un indicador de la Estrategia Global 2020 de CARE (Anexo N° 3). Asimismo, se deberá contar con un plan detallado operativo de campo y la implementación de una prueba piloto.

### 5.2. Recolección de datos:

#### Fuentes primarias:

Se aplicará los instrumentos diseñados según los segmentos poblacionales de interés, considerando las desagregaciones de información esperada. La/el consultor deberá capacitar a la totalidad del equipo del proyecto quienes realizarán el levantamiento de información de la fase cuantitativa en campo, bajo la conducción del consultor.

El (la) consultor podrá implementar la fase cualitativa de manera virtual, aplicando herramientas que permitan la mayor veracidad de la información y la triangulación con los resultados de la fase cuantitativa.

La/el consultor se encargará del diligenciamiento, procesamiento de la información y objetividad de los resultados.

La prueba piloto será conducida por el consultor, para aplicación en campo de parte del equipo FORs.

La (el) consultor mantendrá coordinación estrecha con los responsables del proyecto FORS para el proceso de implementación en campo y supervisión durante el recojo de la información.

Fuentes secundarias:

Es importante tomar en cuenta, los estudios generados con relación a la prevención y control del COVID 19 y promoción de la salud, elaborados por otras instituciones como el Ministerio de Salud Pública y socios del proyecto u organismos que han trabajado la temática como OPS, UNICEF, UNFPA, USAID, CDC, etc, a partir de las cuales se ajustarán-actualizarán sus contenidos para cumplir con el objetivo de la consultoría.

### 5.3. Procesamiento y análisis de la información

Las técnicas y herramientas para el procesamiento y análisis de la información se procesarán en SPSS u otro software según refiera el consultor (a), que permitan una exportación al Excel.

La información analizada deberá permitir el planteamiento de las estrategias de IEC masiva.

### 5.4. Del informe final:

El informe del estudio corresponderá a los resultados inmediatos e indicadores del proyecto y el planteamiento de estrategias de IEC en base a los principales hallazgos según el tipo de población. La (el) consultora alcanzará el informe en una versión Word y un ppt con el resumen de los datos más relevantes. La (el) consultor (a) presentará los resultados en una sesión virtual donde podrán participar los responsables del proyecto y otros actores involucrados que CARE estime conveniente.

Así mismo, incluirá una guía metodológica para la aplicación del monitoreo posterior de los indicadores por parte del equipo del proyecto.

## VI. PRODUCTOS ESPERADOS

**Producto 1: Diseño metodológico del estudio.** Desarrollo metodológico del estudio, identificación de variables, definición y distribución de la muestra según lotes, instrumentos e instructivos de aplicación, técnicas, plan operativo de campo, ficha de indicadores, plan de análisis de resultados, prueba piloto, etc., según las especificaciones detalladas en el numeral 5.1.

**Producto 2: Producto final.** El producto final está constituido por una guía para la implementación del monitoreo CAP y el informe final de Estudio CAP, el cual incluye las estrategias de IEC masivas. El informe final, digital, PPT resumen, bases de datos, medios de verificación físico o digital, fotografías del campo. La estructura mínima propuesta para el informe final es la siguiente:

- Resumen ejecutivo
  - Antecedentes
  - Justificación
  - Objetivo
  - Metodología (síntesis)
  - Actividades desarrolladas
  - Resultados por indicador y análisis a la luz de la data secundaria.
  - Conclusiones y recomendaciones
  - Propuestas de estrategias de comunicación por comunidad basado en los Resultados.
  - Anexos
- Anexo 1: Descripción detallada de la metodología

Anexo 2: Instrumentos aplicados (escaneados)

Anexo 3: Procesamiento de información: Tablas de reporte, gráficos por indicador, cruces de variables.

Anexo 4: Base de datos en formato digital

Productos	Plazos
<b>Producto 1: Diseño metodológico del estudio.</b>	A los 07 días de firmado de contrato.
<b>Producto 2: Producto final.</b>	A los 38 días aprobado el primer producto.

## VII. PERFIL DEL CONSULTOR/A

El consultor (a) deberá contar con los siguientes requisitos:

- Profesión de ciencias sociales o ciencias de la salud, con estudios en comunicación social, con experiencia de más de 5 años en la gestión y/o implementación de proyectos y/o programas sociales.
- Experiencia en la implementación de estudios CAP en temáticas de salud y/o aplicación de metodología LQAS u otras metodologías estadísticas.
- Experiencia en el uso de recursos gráficos de alto impacto que contribuyan a la mejor comprensión de los productos propuestos.

## VIII. CRITERIOS DE ÉTICA

**Acreditación de fuentes:** Todas las fuentes secundarias utilizadas deberán ser debidamente acreditadas según las normas internacionales.

**Cumplimiento puntual:** La puntualidad en el cumplimiento de los compromisos es fundamental.

**Confidencialidad:** Los productos elaborados como parte de la consultoría y usando los lineamientos y la información proporcionada por CARE Perú son de uso estrictamente por CARE Perú, no pudiendo el/la consultor/a difundirlos ni hacer uso de ellos con fines personales o profesionales.

Cumplir con el llenado de la declaración del conflicto de interés, que podría generar que nuestra objetividad e independencia tome decisiones que afecten o puedan verse indebidamente afectadas por intereses personales, financieros, profesionales o pretendan beneficiar a algún familiar o alguna persona cercana; por ello, se solicita a los proveedores que identifiquen situaciones de conflictos de interés pueden ser los vínculos familiares, la representación o inversión financiera en empresas o entidades competidoras, aliadas, socias o proveedores, entre otros

## IX. PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

El Proveedor interesado deberá hacer llegar su Propuesta técnica-económica con los siguientes documentos:

- Currículo Vitae sin documentar y/o hoja de vida institucional.
- **Propuesta técnica:** Consiste en detallar el alcance, metodología, plan de trabajo, etc., detallando los productos a ser entregados y presentar la hoja de vida de la institución y del equipo técnico que conducirá el estudio (experiencia no documentada). Asimismo, que debe

plantear un diseño muestral (estadísticamente representativo viable) validez del 90% y margen de error del 10% y a qué nivel (localidad, distrito, región, proyecto), y que la propuesta no debe exceder a las 15 hojas.

- **Propuesta económica:** Precisar que se requiere una propuesta a todo costo, detallada, especificando los gastos operativos.

Las propuestas deberán ser enviadas a CARE PERU; al correo [convocatoria@care.org.pe](mailto:convocatoria@care.org.pe) a más tardar el 11 de mayo de 2021 hasta las 23:00 horas, indicando el nombre de la consultoría: **PROYECTO FORs - ESTUDIOS CAP.**

Las propuestas enviadas a cualquier otro correo o destinatario de esta institución invalidarán su participación, así como su envío posterior a la fecha y hora señaladas.

Los postulantes deben tener un buen historial crediticio.

En caso de ser seleccionado(a) el/la postulante deberá presentar antecedentes (penales y judiciales).

#### **X. MONTO REFERENCIAL DE LA CONSULTORIA**

La oferta económica para la presente consultoría es de S/. 30,000 a todo costo incluyendo impuestos de ley.

#### **XI. FORMA DE PAGO Y DURACIÓN DE LA CONSULTORÍA**

La consultoría tendrá una duración de 37 días calendario desde la orden de inicio.

El monto total de la consultoría estará dividido en tres (02) pagos contra recepción y aprobación de cada uno de los entregables, de acuerdo con lo siguiente:

- **Primer pago**, correspondiente al 30% del monto total contra la entrega y aprobación del producto 1.
- **Segundo pago:** correspondiente al 70% del monto total contra entrega y aprobación del producto 2.

La facturación del servicio se realizará mediante factura electrónica a nombre estipulado en el contrato respectivo. CARE efectuara los pagos mediante abono o transferencia electrónica bancaria por lo que se solicita al contratista proporcionar los datos de cuenta bancaria

#### **XII. PENALIDADES PARA CONSIDERAR**

En caso de retraso injustificado en la ejecución de las prestaciones objeto de la contratación se aplicará una penalidad de hasta el 10% del monto contratado.



### XIII. ANEXOS

#### ANEXO 1: Alcance territorial del proyecto FORS según UGT

UGT MINA		
Provincia	Distrito	Espacios comunales de intervención*
Huari	San Pedro de Chana	Comunidad Campesina Santa Cruz de Pichiu (13 anexos)
	San Marcos	Anexo Ayash Huaripampa
		Anexo Ayash Pichiu
		Anexo Pampas de Huamani
		Caserío CP Juprog

Elaboración: Equipo de Proyecto FORS.

(\*) Extraído de la Propuesta Metodológica y Económica del proyecto FORS.

UGT SAN MARCOS		
Provincia	Distrito	Espacios comunales de intervención*
Huari	San Marcos	San Marcos Sur: Pichiu SP, Pichiu Quinuaragra, Quinuaragra, Mosna
		Centro Poblado Challhuayaco
		Centro Poblado Rancas
		Centro Poblado Runtu
		Comunidad Campesina Carhuayoc + Centro Poblado Pujún
		Comunidad Campesina Huaripampa
	Chavín de Huántar	Chavín Zona Norte Cochao, Huarimayo
		Chavín Zona Centro Chichucancha, Machac, Quercos, Tambillos, Ciudad de Chavín
		Chavín Zona Sur Uchuhuyata, Conín
	Huachis	Comunidad Campesina de Huachis
		Huariamasga
	San Pedro de Chana	Comunidad Campesina Vichón + Santa Rita

Elaboración: Equipo de Proyecto FORS.

(\*) Extraído de la Propuesta Metodológica y Económica del proyecto FORS.

UGT HUALLANCA		
Provincia	Distrito	Espacios comunales de intervención
Bolognesi	Huallanca	Comunidad Campesina Crespo y Castillo
		Comunidad Campesina Yacuash
		Comunidad Campesina Ututupampa
		Comunidad Campesina Yaruwilca
	Aquia	Comunidad Campesina Aquia
		Comunidad Campesina Base Racrachaca
		Comunidad Campesina Base Pachapaqui
		Comunidad Campesina Base Uranyacu
	Chiquian	Comunidad Campesina Chiquian
		Comunidad Campesina Carcas
Recuay	Catac	Comunidad Campesina Catac
		Comunidad Campesina Utcuyacu
Huari	San Marcos	Comunidad Campesina Túpac Amaru
		Zona Tres caseríos: Taruscancha, Huallacancha, Ninacocha
Huamalíes (Huánuco)	Puños	Comunidad Campesina Puños
	Llata	Distrito de Llata

Elaboración: Equipo de Proyecto FORS.

(\*) Extraído de la Propuesta Metodológica y Económica del proyecto FORS.

UGT VALLE FORTALEZA		
Provincia	Distrito	Espacios comunales
Bolognesi	Colquioc	Distrito de Colquioc
	Cajacay	Distrito Cajacay
	Antonio Raimondi	Distrito Antonio Raimondi
	Chiquián	Centro de salud de Chiquián
	Huayllacayan	Distrito de Huayllacayan
Recuay	Pampas Chico	Distrito Pampas Chico
	Marca	Distrito de Marca
	Pararin	Pararín (Sectoros del Valle Fortaleza: Rinconada, Mandahuaz, Huáncar, Malvado y Huaquish)
	Llacllin	Centro Poblado de Chaucayán
Barranca (Lima)	Paramonga	Centro Poblado de Huaricanga
		Centro Poblado de Anta

Elaboración: Equipo de Proyecto FORS.

(\*) Extraído de la Propuesta Metodológica y Económica del proyecto FORS.

UGT HUARMEY		
Provincia	Distrito	Espacios comunales de intervención
Huarmey	Huarmey	AA.HH. Puerto Huarmey
		AA.HH. 09 de Octubre
		Huarmey distrito (AA.HH.)

Elaboración: Equipo de Proyecto FORS.

(\*) Extraído de la Propuesta Metodológica y Económica del proyecto FORS.

## ANEXO 2: MARCO LÓGICO PARA EL ESTUDIO CAP

NIVEL	LINEAS DE ACCION Y ACTIVIDADES	INDICADOR	META
<b>FIN</b>	Contribuir a la creación de ambientes saludables y promoción de prácticas que aseguren en el tiempo un adecuado control del COVID 19 en la Región de Ancash		
<b>PROPÓSITO</b>	Fortalecer las capacidades de respuesta organizada de los sistemas de salud locales y las comunidades/territorios del AIO frente a la emergencia COVID 19, priorizando a la familia y ser humano en su protección, cuidado y capacidad de contagio. Además, acompañar el tránsito hacia una comunidad/territorio saludable que gestione un nuevo escenario post emergencia, protegiendo y promoviendo la salud de la población.	% de familias del ámbito de intervención que han mejorado sus hábitos para hacer frente al COVID-19 y el cuidado de su salud en general	80%
<b>COMPONENTE</b>	1. MOVILIZACION LOCAL DE RESPUESTA AL COVID 19 Y REACTIVACION SOCIAL	% de familias del ámbito de intervención bajo un Sistema de Vigilancia Basado en la Comunidad (SVBC) que funciona exitosamente	75%
<b>SUB COMPONENTE</b>	1.1. Conformación y fortalecimiento de espacios locales COVID-19	# de espacios comunales del ámbito de intervención con Comités COVID-19 activos	35
<b>SUB COMPONENTE</b>	1.2. Acompañamiento a las iniciativas comunales de respuesta al COVID 19 (contención y reactivación)	# de espacios comunales del ámbito de Comités COVID-19 que implementan con éxito iniciativas comunales de respuesta al COVID-19 (contención y reactivación)	35
<b>SUB COMPONENTE</b>	1.3. Fortalecimiento de los Espacios COVID distritales	# de espacios COVID-19 distritales fortalecidos y articulados con los Comités COVID-19 comunales	13
<b>COMPONENTE</b>	2. FORTALECIMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD LOCALES PARA LA RESPUESTA DE ATENCIÓN A LA PANDEMIA COVID SEGÚN NIVEL DE ATENCIÓN	% de EESS responsables de la respuesta de atención a la pandemia que cuentan con las competencias adecuadas según nivel de atención	90%
<b>SUB COMPONENTE</b>	2.1 Soporte al trabajo de establecimientos de salud	% de personal de los EESS que manifiestan satisfacción con la AT recibida	80%

### ANEXO 3: INDICADOR DE LA ESTRATEGIA GLOBAL 2020 CARE PARA MEDICIÓN

Resultado	Indicador	Descripción completa	Desagregaciones
Enfoque de CARE - Incrementar la resiliencia.	Indicador 21. % de personas que han participado activamente en reducir su vulnerabilidad a los shocks que les afectan.	% de personas que han participado activamente en reducir su vulnerabilidad a los shocks que les afectan, en la población en la que CARE desea impactar. Número total de personas en la población en la que CARE desea impactar.	- Mujeres y niñas - Hombres y niños