**EVALUACIÓN FORMATIVA Y SUMATIVA DEL PROGRAMA ASH EN ESCUELAS Y ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**

UNICEF VENEZUELA

TÉRMINOS DE REFERENCIA

Consultoría institucional

**1. CONTEXTO**

Desde el seno de las Naciones Unidas, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC), órgano encargado de supervisar la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), emitió su Observación General Núm. 15 sobre derecho al agua (OG 15, 20 enero de 2003)[[1]](#footnote-2), estableciendo los elementos esenciales que configuran el derecho. Ahí se destaca que existe un vínculo indisoluble entre el acceso al agua y los derechos a la vida, a la alimentación, a la salud, al saneamiento, a la vivienda, al medio ambiente y a la educación. Esta relación pone de manifiesto la conexión entre los derechos y cómo la mayor o menor eficacia de unos, favorece o pone en riesgo la de los demás, en especial, los derechos de las poblaciones más vulnerables como es el caso de los niños, niñas y adolescentes.

En Venezuela, aunque el acceso al agua segura no está explícitamente consagrado en la Constitución de 1999, adquiere rango constitucional a través de la ratificación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. La Constitución también establece que las aguas son de dominio público y esenciales para la vida y el desarrollo, obligando al Estado a garantizar su protección y gestión sostenible, en consonancia con la protección del ambiente como principio del régimen socioeconómico.

Sin embargo, y a pesar de contar desde 2018 con el Ministerio del Poder Popular de Atención de las Aguas (MINAGUAS)[[2]](#footnote-3), el Estado venezolano ha necesitado capacidad técnica y financiera para desarrollar una gestión del agua acorde con su entramado jurídico y político. Lesionando seriamente el derecho al agua y los derechos relacionados de las personas bajo su jurisdicción.

Aunque no se disponen de cifras oficiales, según la ENCOVI 2023, el 89% de los hogares está conectado a un acueducto, de estos el 30% reciben agua diariamente. Además, el 70% de los hogares enfrenta interrupciones en el suministro de agua, recibiéndola solo algunos días de la semana. Esta situación resalta la necesidad urgente de mejorar la infraestructura y la gestión del agua para garantizar un acceso más constante y confiable a este recurso esencial[[3]](#footnote-4).

En este sentido, la población venezolana ha venido afrontando constantes fallas en el suministro de agua en sus viviendas, incluyendo la pérdida de este servicio; que la impulsan a buscar alternativas (comprar agua embotellada, pago de camiones cisterna, tomas improvisadas desde montañas, ríos y demás fuentes del recurso hídrico) que le permitan abastecerse, asumiendo así, altos riesgos para su salud.

Por ejemplo, en 2025 según datos de las Naciones Unidas, aproximadamente 4,3 millones de personas en el país carecen de acceso al servicio de agua en términos de cantidad, calidad y continuidad, debido al deterioro de los sistemas de abastecimiento y tratamiento de agua[[4]](#footnote-5). Los demás componentes de agua, saneamiento e higiene, tales como el saneamiento ambiental y doméstico, el control de vectores, el manejo de aguas residuales, la higiene, el manejo de desechos domésticos, comerciales, industriales y hospitalarios, y el control de vectores también se han visto afectados[[5]](#footnote-6).

El deterioro de esta situación impacta de forma negativa en otros servicios; ya que representa un riesgo de salud pública y de nutrición, especialmente para los grupos más vulnerables (niños, niñas y adolescentes, mujeres embarazadas y lactantes)[[6]](#footnote-7). El problema influye directamente, en la participación de los niños y de las niñas en las escuelas, así como la atención a los pacientes más vulnerables en los establecimientos de salud operativos.

En 2023 el Observatorio Venezolano de Servicios Públicos (OVSP) indicó que la calidad y cantidad del servicio de agua en Venezuela sigue siendo una preocupación significativa. Se reveló que el 61,5% de los encuestados calificó negativamente el servicio de agua debido a la inconstancia del suministro[[7]](#footnote-8). Esta situación afecta directamente la salud pública, ya que la falta de acceso a agua potable adecuada está relacionada con un aumento en enfermedades transmitidas por el agua. Además, según CEDICE el 84% de la población utiliza el lavado de manos como medida preventiva contra enfermedades, lo que resalta la necesidad de al menos 10 litros de agua diarios solo para este propósito[[8]](#footnote-9). La mejora en la gestión del agua es crucial para reducir los riesgos sanitarios y garantizar el bienestar de la población.

Respecto a la gestión de residuos sólidos, en Venezuela sigue representando un desafío significativo. Según el Observatorio de Ecología Política de Venezuela, en 2024, la recolección de basura en muchas ciudades es irregular, con intervalos que pueden extenderse por varias semanas[[9]](#footnote-10). Esta situación ha llevado a la acumulación de desechos en las calles y vertederos improvisados, lo que genera problemas de salud pública y medioambientales. Además, la Fundación Instituto de Ingeniería para Investigación y Desarrollo Tecnológico destaca que la falta de políticas efectivas y la infraestructura deficiente agravan la problemática, afectando la calidad de vida de los ciudadanos[[10]](#footnote-11). Es urgente implementar soluciones sostenibles y programas de sensibilización para mejorar la gestión de residuos y reducir su impacto negativo en la sociedad.

La situación descrita también ha tenido un impacto negativo en los servicios de Agua, Saneamiento e Higiene (ASH) en las escuelas. Según un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF, muchas escuelas en el país carecen de acceso regular a agua potable y servicios sanitarios adecuados, lo que pone en riesgo la salud de los estudiantes y el personal. Además, la falta de insumos básicos como jabón y papel higiénico agrava la situación, aumentando la incidencia de enfermedades infecciosas. Mejorar las condiciones de ASH en las escuelas es esencial para garantizar un entorno de aprendizaje seguro y saludable, y requiere la colaboración de autoridades, organizaciones no gubernamentales y la comunidad en general para implementar soluciones sostenibles[[11]](#footnote-12).

Con las medidas de contención del COVID-19, las escuelas habían estado parcialmente cerradas durante más de 18 meses, desde el brote hasta el 25 de octubre de 2021. La falta de limpieza, desinfección y mantenimiento de los servicios durante el cierre prolongado de las escuelas resultó en un mayor deterioro de los servicios de ASH, lo que dificultó la preparación de las escuelas para garantizar un regreso seguro. Las encuestas de UNICEF durante 2020-2024 como línea de base a 821 escuelas públicas en trece estados mostró que el 63% de las escuelas seleccionadas tenían acceso limitado a los servicios de ASH y el 12% carecía de estos servicios.

Para 2025, de acuerdo con la encuesta ASH SIT de UNICEF Venezuela, de las 821 escuelas registradas desde 2020, 42% (348) de las escuelas cuentan con línea de salida[[12]](#footnote-13). De estas, 19% con servicio limitado (1 estrella), mientras que el 3% se encuentran en estado crítico y sin servicio (ninguna estrella). Esto implica que el 22% de las escuelas apoyadas por UNICEF aún cuentan con servicio limitado o sin servicio en el caso más extremo, impactando directamente en el acceso a ASH de niños, niñas y adolescentes en las escuelas y sus alrededores inmediatos, los niños corren un mayor riesgo de contraer o propagar enfermedades. Es importante considerar que también se ha generado una mejora en el acceso, contando con 70% de escuelas con (2 estrellas) y 8% con (3 estrellas) las cuales tienen servicio parcial y totalmente[[13]](#footnote-14).

Esta situación también se extiende a establecimientos de salud, estos en Venezuela enfrentan serias deficiencias en ASH, lo que agrava la crisis sanitaria del país. Según un informe de Monitor Salud de 2023, el suministro de agua en los hospitales es irregular, con disponibilidad de 0 a 6 horas al día en la mayoría de los casos. Esta falta de agua potable y de insumos de limpieza y desinfección pone en riesgo la salud de los pacientes y del personal médico. Niños, niñas, adolescentes y mujeres embarazadas y lactantes son especialmente vulnerables a estas condiciones, ya que la falta de higiene adecuada puede llevar a infecciones y complicaciones graves. Además, la escasez de equipos de protección personal, como tapabocas y guantes, aumenta el riesgo de contagio de enfermedades[[14]](#footnote-15).

En consonancia con la encuesta ASH FIT[[15]](#footnote-16) realizada de 2020 a 2025 en 283 establecimientos de salud (de ellos, 150 ambulatorios, 19 consultorios populares, 29 Centros de Diagnóstico Integral CDI y 85 hospitales) en el país. De estos, el 75% contaban con servicios ASH limitados, un 21% sin servicios, mientras que el 4% contaban con servicios mejorados, considerando los valores de línea base establecidos al momento de ingreso del establecimiento a la encuesta. Esto indica que más de 90% de los establecimientos registrados requerían servicios ASH en su totalidad o funcionaban de forma limitada, implicando una urgencia a nivel de instalaciones y servicios.

Para 2025, de acuerdo con la encuesta ASH FIT de UNICEF Venezuela, de los 283 establecimientos de salud desde 2020, 31% (107) de los establecimientos cuentan con línea de salida[[16]](#footnote-17). De estas, 65% con servicio limitado, mientras que el 7% se encuentran en estado crítico y sin servicio. Esto implica que el 72% de los establecimientos apoyadas por UNICEF aún cuentan con servicio limitado o sin servicio en el caso más extremo, impactando directamente en el acceso a ASH de niños, niñas y adolescentes en estos espacios y sus alrededores inmediatos. Es importante considerar que también se ha generado una mejora en el acceso, contando con 27% de los establecimientos los cuales tienen acceso a servicios ASH.

El programa ASH de UNICEF Venezuela fue introducido en la segunda parte de su programa país 2015-2019, extendido hasta 2022, a partir de la incorporación en 2018 de la programación humanitaria como respuesta a la crisis económica en el país. Debido a la aparición del COVID-19, UNICEF reforzó las actividades de ASH y la entrega de suministros de higiene, formalizando en 2020-2021 un resultado especifico de ASH y un subcomponente (Output) centrado en ASH en instituciones en una nueva estructura del programa país. Alineado con su Plan Estratégico global 2022-2025, UNICEF reconfirmó en su programa país 2023-2026 de Venezuela su objetivo de contribuir a que todos los niños, incluidos los adolescentes, tienen acceso a servicios y suministros de agua, saneamiento e higiene. Se incorporó nuevamente un área de resultado que cubre ASH y un resultado especifico respecto al mejoramiento de las prácticas y la provisión de servicios de ASH de manera sostenible y resiliente en instituciones, tal como escuelas y establecimientos de salud, con enfoque a instituciones que atienden niños, niñas adolescentes y mujeres embarazadas y en periodo de lactancia más vulnerables. Considerando la rápida expansión del programa ASH en instituciones durante los últimos cinco años, su respuesta y necesidad de adaptación a muchos desafíos (incluida la pandemia de COVID-19) y la necesidad de pasar de un enfoque humanitario de corto plazo a un enfoque de desarrollo de más largo plazo considerando la sostenibilidad y el fortalecimiento de los sistemas, UNICEF está planeando una evaluación de su programa ASH en escuelas y establecimientos de salud.

**2. OBJETO DE LA EVALUACIÓN**

La presente evaluación tiene como objeto evaluar el programa de Agua, Saneamiento e Higiene (ASH) en las escuelas y establecimientos de salud ejecutado durante 2020-2025 en Venezuela. Tal como descrito anteriormente, las actividades de ASH en instituciones fueron introducidas en el programa anterior de UNICEF y continuado durante el programa país actual. El enfoque y las modalidades de implementación han variado a lo largo de los años. En general, durante 2020-2022, el programa estaba enfocado en contribuir a la respuesta a la pandemia y a sus consecuencias. Desde 2023, el programa tiene un enfoque más sistémico. A continuación, se detalla cómo se enmarca el Programa de ASH en escuelas y en establecimientos de salud en el actual programa país.

**Resultados esperados**

Las acciones vinculadas a ASH en escuelas han estado dirigidas a *contribuir en la promoción de la asistencia y retención escolar, y de los derechos a la infancia* en general *con enfoque de género, edad y diversidad de forma responsiva y* las acciones vinculadas a ASH en establecimientos de salud han estado dirigidas a *mejorar las prácticas y la provisión de servicios de agua, saneamiento e higiene en estos espacios.*

Durante el período 2019-2022, los resultados esperados en ASH en escuelas se centraron en el "Retorno Seguro a las escuelas en Contexto COVID-19", establecido por el Ministerio del Poder Popular para la Educación (MPPE), incluyó la entrega de kits de limpieza y desinfección, equipos de protección personal (EPP) para el personal educativo, y apoyo para la instalación de puntos de lavado de manos con agua y jabón en las entradas de las escuelas y comedores. También ASH en establecimientos de salud se centró en intervenciones en establecimientos de tercer y cuarto nivel[[17]](#footnote-18) para contribuir a la mejora de la salud materno-infantil, interviniendo en hospitales con perforación de pozos para asegurar fuentes de agua alternativas. Para ese período las intervenciones en instituciones estaban orientadas al Objetivo estratégico 1 del área ¨Garantizar el acceso de la población vulnerable (especialmente niños, niñas, adolescentes, mujeres lactantes y gestantes) a los servicios básicos de agua, saneamiento e higiene en los establecimientos de salud y nutrición, instituciones educativas y centros de protección¨. Para el período referencial aún no se había establecido una teoría del cambio.

Actualmente (2023 en adelante), el programa **ASH en las escuelas** de UNICEF Venezuela, basado en los derechos de la infancia, busca fortalecer la capacidad de las escuelas para identificar y gestionar sus necesidades de agua, saneamiento e higiene (ASH). Empodera a los niños para hacer realidad su derecho al ASH adecuado en escuelas, hogares y comunidades. El objetivo es mejorar los servicios de agua, saneamiento e higiene en las escuelas, creando un entorno saludable y mejorando la salud y el rendimiento escolar. Promueve medidas simples y económicas para garantizar el lavado de manos, acceso a agua potable y baños limpios separados por género, siguiendo un enfoque incremental para alcanzar los estándares nacionales de ASH en las escuelas.

El programa de **ASH en establecimientos de salud** busca recuperar y consolidar los servicios de agua, saneamiento e higiene mediante el fortalecimiento de capacidades del personal, socios y aliados, y la rehabilitación de infraestructura, especialmente en áreas de salud materno-infantil y recuperación nutricional. Las intervenciones incluyen provisión de suministros, herramientas, equipos de protección, asistencia técnica y desarrollo de capacidades. Además, se pretende escalar las prácticas de ASH y PCI en instituciones vulnerables, promoviendo metodologías como ASH-FIT, y fomentando la participación de mujeres, niñas, indígenas, afrodescendientes y personas con discapacidad. Se fortalecerá el sector de ASH mediante alianzas estratégicas y apoyo a la preparación y respuesta a emergencias con modelos resilientes y planes de financiamiento innovadores.

De acuerdo con la **teoría del cambio para el programa ASH** definida en 2023 (Anexo 1) se esperan como cambios principales, relacionados con el Programa ASH en escuelas y en establecimientos de salud aquellos provenientes del **segundo cambio sistémico** de la teoría del cambio (TdC) *¨En 2026, las instituciones (establecimientos de salud, espacios de aprendizaje y protección) que atienden niños, niños y adolescentes y MEL más vulnerables, mejoran las prácticas y la provisión de servicios de agua, saneamiento e higiene de manera sostenible y resiliente¨.*

El segundo cambio sistémico se enfoca en asegurar servicios y prácticas ASH adecuadas y resilientes en instituciones como establecimientos de salud, escuelas y centros de protección, para crear entornos seguros y sostenibles que mejoren la salud, educación, nutrición y protección infantil. Las **intervenciones** se centrarán en la recuperación de servicios ASH, integrando capacidades, operación, mantenimiento y resiliencia climática. El empoderamiento comunitario fortalecerá el vínculo escuela-comunidad-ambulatorio. Se generarán evidencias y modelos adaptados que integren resiliencia climática y reducción de riesgos de desastres, apoyando al gobierno en la adaptación de modelos de recuperación de servicios ASH y estrategias nacionales. Se priorizarán intervenciones que aborden prioridades de género, población indígena, personas con discapacidad, participación adolescente e innovación, y se fortalecerán alianzas estratégicas.

El detalle de la estrategia de implementación de estas intervenciones puede observarse en el punto referido.

Además de esto el programa de ASH cuenta con una **jerarquía de indicadores de resultado** (2023) (Anexo 2), en la cual ASH en escuelas y en establecimientos de salud se encuentran representados en el producto 4.2 orientado a ¨ASH en Instituciones¨ (vea caja).

|  |
| --- |
| **Indicadores del Output 4.2 ASH en instituciones**   * + - Número de escuelas alcanzadas con servicios básicos de ASH a través de programas apoyados por UNICEF.     - Porcentaje de escuelas priorizadas que evidencian mejoras en la calidad y continuidad de los servicios de ASH.     - Número de niños, niñas y adolescentes que acceden a servicios ASH en espacios de aprendizaje y espacios de protección.     - Número de mujeres y niñas adolescentes cuyas necesidades de salud e higiene menstrual se abordan a través de programas apoyados por UNICEF.     - Número de establecimientos de salud que reciben servicios básicos de ASH a través de programas apoyados por UNICEF.     - Número de personas (en el área de salud) alcanzadas con actividades de cambio de comportamiento sobre prácticas ASH. |

**Marco conceptual**

**ASH en Escuelas**

El programa ASH en la escuela cuenta con una **estrategia** (Anexo 3) centrada en mejorar los servicios de ASH para crear entornos escolares saludables y resilientes. Se enfoca en fortalecer las capacidades del personal educativo y de mantenimiento, rehabilitar la infraestructura de ASH, y proporcionar suministros y asistencia técnica. Además, promueve prácticas de ASH y de Prevención y Control de Infecciones (PCI) en instituciones vulnerables, fomenta la participación comunitaria y el liderazgo juvenil en temas ambientales, y establece alianzas estratégicas con universidades y el sector público para fortalecer las capacidades en ASH. La estrategia también incluye la preparación y respuesta a emergencias, asegurando la sostenibilidad de las intervenciones a través de estructuras resilientes y el empoderamiento comunitario.

**A diagram of a child's development

AI-generated content may be incorrect.**

**Imagen N°1. Marco Conceptual de ASH en Escuelas**

**ASH en establecimientos de salud**

UNICEF en Venezuela basa su programa en establecimientos de salud en la metodología ASH FIT (Herramienta de Agua y Saneamiento para la Mejora de Establecimientos de Salud) de UNICEF y la OMS, la cual es una herramienta de mejora continua basada en la gestión de riesgos, diseñada para mejorar la calidad de los servicios de ASH en los establecimientos de salud, especialmente en países de ingresos bajos y medianos[[18]](#footnote-19). Esta metodología se centra en evaluar y mejorar aspectos clave como el acceso al agua potable, el saneamiento adecuado, la higiene de manos, la limpieza del entorno y la gestión de desechos de atención de salud. Además, ASH FIT proporciona un marco para desarrollar, monitorear y aplicar planes de mejora que abarquen infraestructura, comportamientos y operaciones de mantenimiento, con un enfoque en la resiliencia climática y la equidad de género.

ASH FIT también incluye directrices prácticas y herramientas para que el personal y los administradores de los establecimientos de salud puedan priorizar y mejorar los servicios de ASH de manera continua. La metodología no solo se limita a la salubridad del agua, sino que también aborda la gestión de instalaciones, edificios y energía, así como la implementación de normas de prevención y control de infecciones. En resumen, ASH FIT es una guía integral que busca mejorar la calidad de la atención sanitaria mediante la optimización de los servicios de agua, saneamiento e higiene en los establecimientos de salud.

**Estrategia de implementación**

La sección ASH de UNICEF Venezuela junto a los socios implementadores han contribuido a facilitar el acceso a servicios de agua segura, saneamiento e higiene, así como entrega a insumos esenciales, en escuelas y establecimientos de salud para niños, niñas y adolescentes y sus familias.

**ASH en Escuelas**

El Programa ASH en escuelas, iniciado dentro del Programa País de UNICEF Venezuela 2015-2019 y extendido hasta 2022, se centró en el "Retorno Seguro a las escuelas en el contexto COVID-19". Durante 2020-2022, apoyó al Ministerio del Poder Popular para la Educación (MPPE) mediante la entrega de kits de limpieza y desinfección, equipos de protección personal, instalación de puntos de lavado de manos y distribución de material comunicacional sobre higiene. Estas actividades estuvieron alineadas con los esfuerzos nacionales para responder a la pandemia, incluyendo la implementación de programas de educación a distancia bajo el Plan “Cada Familia una Escuela 2020-2021” para garantizar la atención educativa durante el cierre parcial de las escuelas[[19]](#footnote-20).

Durante la implementación del “Plan Victoria Bicentenaria Inicio de Clases Seguro y Progresivo 2021-2022”, se brindó apoyo a las escuelas para el retorno seguro a la educación presencial, destacando la adecuación de servicios estratégicos como agua potable y gestión de desechos. En 2022, el programa ASH de UNICEF centró sus intervenciones en el acompañamiento al programa de alimentación escolar, ajustando la entrega de kits de higiene y rehabilitando cocinas y comedores, además de instalar puntos de lavado de manos y formar al personal en la distribución y preparación de alimentos.[[20]](#footnote-21).

Como parte de la estrategia ASH en escuelas, se crearon comités escolares integrados por maestros, cocineros, estudiantes y la comunidad para promover buenos hábitos de higiene y gestión de desechos. Estas actividades buscan reducir barreras a la participación y fomentar la adopción de buenas prácticas tanto en las escuelas como en las comunidades.

Posterior a este período el programa de ASH en escuelas desde 2023 se promueve como parte del Programa Escuela Amiga de la Infancia, el cual integra a niños, niñas, familias y comunidades vulnerables mediante un trabajo multisectorial. Se desarrolla en dos ámbitos: *Upstream*, que fortalece vínculos con autoridades educativas, crea alianzas, desarrolla capacidades técnicas y apoya la educación ambiental y la gestión de riesgos; y *Downstream,* que implementa modelos en terreno, mejora el entorno escolar, promueve los cambios de comportamiento asociados a hábitos de higiene, el liderazgo y empoderamiento juvenil, y fomenta la resiliencia al cambio climático en las escuelas.

UNICEF Venezuela implementa su estrategia ASH en **tres líneas principales**: mejorar los servicios de agua, saneamiento e higiene en las escuelas para crear entornos saludables y resilientes; proporcionar conocimientos básicos sobre agua, higiene y saneamiento a niños fuera de la escuela para facilitar su reinserción; y mejorar estos servicios en las comunidades alrededor de las escuelas, beneficiando tanto a los estudiantes como a sus familias y comunidades vulnerables.

La implementación de su programa ASH es a través de **cuatro modalidades** que pueden combinarse: implementación directa con personal o consultores; acuerdos bilaterales con el Ministerio del Poder Popular para la Educación (MPPE); colaboración con organizaciones no gubernamentales con capacidad técnica; y trabajo con organizaciones de base comunitaria. Estas modalidades buscan combinar recursos y esfuerzos para lograr resultados comunes y definidos en conjunto.

Hasta 2023, UNICEF trabajó en escuelas a través de socios implementadores para compras, rehabilitaciones y fortalecimiento de capacidades. Desde 2024, UNICEF realiza directamente las rehabilitaciones y la mayoría de las compras de insumos, mientras que los socios se enfocan en el fortalecimiento de capacidades y la promoción de la higiene. En todas las modalidades, UNICEF puede adquirir y entregar directamente los bienes y suministros según la estrategia definida por el equipo de Supply.

**ASH en Establecimientos de Salud**

Desde 2020, el programa ASH en establecimientos de salud ha implementado la metodología ASH FIT de UNICEF y la OMS para mejorar el acceso al agua potable, saneamiento, higiene de manos, limpieza y gestión de desechos. Hasta 2022, se priorizó la PCI durante la emergencia del COVID-19. Para 2023-2026, el enfoque está en escalar prácticas de ASH y PCI en instituciones vulnerables, fortalecer capacidades, promover metodologías como ASH-FIT y 3-estrellas, y apoyar la resiliencia institucional. Desde 2024, UNICEF asume directamente la rehabilitación y adecuación de establecimientos de salud y la mayoría de las compras de insumos clave, mientras que el fortalecimiento de capacidades se realiza mediante consultorías ASH-PCI basadas en ASH FIT 2.0.

UNICEF Venezuela implementa la metodología ASH FIT en establecimientos de salud mediante ocho pasos prácticos: análisis situacional, establecimiento de objetivos y hoja de ruta, desarrollo de normas y mecanismos de rendición de cuentas, mejora de infraestructura y mantenimiento, seguimiento y revisión de datos, desarrollo del personal de salud, involucramiento de comunidades, y realización de investigaciones operativas. Entre 2020 y 2023, se realizaron evaluaciones en 205 establecimientos, logrando mejoras en saneamiento y gestión de residuos, aunque se necesita reforzar la higiene de manos. Desde 2024, UNICEF asume directamente la rehabilitación y adecuación de establecimientos de salud y la mayoría de las compras de insumos clave, mientras que el fortalecimiento de capacidades se realiza mediante consultorías ASH-PCI basadas en ASH FIT 2.0.

El programa ASH en establecimientos de salud de UNICEF Venezuela se guía por *el Marco de Acción Mundial 2024-2030*[[21]](#footnote-22), que busca garantizar el acceso universal a servicios seguros, sostenibles e inclusivos de agua, saneamiento, higiene, gestión de residuos y electricidad. Este marco enfatiza la integración de estos servicios en la planificación del sistema de salud, la resiliencia climática y la sostenibilidad. Establece objetivos para mejorar la equidad, inclusión y participación comunitaria, y requiere seguimiento periódico, hojas de ruta presupuestadas y financiación suficiente. Además, destaca la necesidad de liderazgo sólido, asociaciones colaborativas e inversiones para lograr una atención sanitaria de calidad.

Igual que la implementación del programa ASH en escuela, las modalidades de implementación en establecimientos de salud han variado:

* Hasta 2023, las actividades en los establecimientos de salud se realizaban casi en su totalidad a través de OSC (Organizaciones de la Sociedad Civil), incluyendo compras, rehabilitaciones y fortalecimiento de capacidades.
* A partir de 2024, UNICEF se encarga directamente de las rehabilitaciones y adecuaciones en estos establecimientos, así como de la mayoría de las compras de insumos clave, a través del equipo de compras y logística (S&L). El fortalecimiento de capacidades y las actividades "*soft*" se llevan a cabo mediante consultorías ASH-PCI, basadas principalmente en la metodología ASH FIT 2.0.

Una pequeña parte de la implementación en los establecimientos de salud es realizada por socios, asociada a PD (Documentos de Programa) de ASH Nutrición, e incluye adecuaciones menores de infraestructura, suministros y fortalecimiento de capacidades, en apoyo a las actividades lideradas por Nutrición en estos establecimientos

|  |
| --- |
| **Integración del enfoque de género en el Programa ASH en la Escuela y ASH en Establecimientos de Salud**  UNICEF Venezuela integra el enfoque de género en el programa ASH en la escuela. Durante la rehabilitación de los sanitarios, se prioriza la privacidad, seguridad y bienestar de los niños, niñas y adolescentes, con énfasis en la protección de las niñas, adolescentes y mujeres, a través de las siguientes adaptaciones: garantizar baños segregados por sexo; crear baños separados para los estudiantes y el personal de la escuela; equipar los baños con cerraduras internas e iluminación adecuada; ubicar los baños cerca de otras instalaciones escolares para minimizar las amenazas a los usuarios, especialmente a las mujeres y las niñas; equipar los baños con productos de gestión de la higiene menstrual (MHM) y contenedores para los residuos de higiene menstrual.  En los establecimientos de salud, UNICEF Venezuela también incorpora el enfoque de género al asegurar que las instalaciones de agua, saneamiento e higiene sean accesibles y seguras para mujeres, niñas y otros grupos vulnerables. Esto incluye la capacitación del personal de salud en prácticas de higiene sensibles al género y la provisión de suministros adecuados para la gestión de la higiene menstrual. Además, se promueve la participación activa de mujeres y niñas en la toma de decisiones relacionadas con los servicios ASH, lo que contribuye a la creación de un entorno de atención sanitaria más inclusivo y equitativo. Estas acciones no solo mejoran la calidad de los servicios de salud, sino que también fortalecen la resiliencia y el empoderamiento de las comunidades. |

**Cobertura del programa**

El apoyo de UNICEF Venezuela y sus socios en ASH durante 2020-2025, ha llegado a:

* 821 instituciones educativas[[22]](#footnote-23), distribuidas en 13 entidades federales del territorio nacional, a saber: Amazonas, Anzoátegui, Aragua, Apure, Bolívar, Delta Amacuro, Distrito Capital, Falcón, La Guaira, Miranda, Sucre, Táchira y Zulia; y
* 283 establecimientos de salud, distribuidos en 17 entidades federales del territorio nacional, a saber: Amazonas, Anzoátegui, Apure, Barinas, Bolívar, Carabobo, Delta Amacuro, Distrito Capital, Falcón, La Guaira, Mérida, Miranda, Monagas, portuguesa, Sucre, Táchira y Zulia

En 2024, alcanzando una población directa de 527.000 niños, niñas y adolescentes (270.000 niñas y 257.000 niños) a través de todo el Programa. Actualmente, este continúa en ejecución.

ASH en Escuelas (ASH SIT)

|  |
| --- |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| |  | | --- | |  | | |
|  |
| **Gráfico N°1. Línea de base de escuelas (821) apoyadas durante 2020-2025** |
|  |
| **Gráfico N°2. Línea de salida de escuelas (348) apoyadas durante 2020-2025** |

|  |
| --- |
|  |

**Fuente: Digestor ASH-SIT Escuelas (Power Bi)**

De esas 821 escuelas, 348 (42%) han recibido atención integral que incluye mejoras a nivel de infraestructura, formación, recepción de insumos y otros. En estas se aplicó una línea de base y de salida que indica que el 70% (244) y el 8% (29) cumplen con los requisitos de dos y tres estrellas, considerados como aquellas que presentan una evolución en el acceso a servicios ¨aceptable¨ y ¨óptima¨. Presentando de las 13 entidades federales, 12 (92%) que cuentan con escuelas de dos estrellas y 2 con tres estrellas (15%)

**UNICEF Venezuela. ASH-SIT. Clasificación de las escuelas (%),**

**según entidad federal 2020-2025[[23]](#footnote-24)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Entidad federal** | **Escuelas con línea de base[[24]](#footnote-25)** | **ASH-SIT. Clasificación de las escuelas (%)** | | | |
| **% escuelas**  **0 estrellas** | **% escuelas**  **1 estrella** | **% escuelas**  **2 estrellas** | **% escuelas**  **3 estrellas** |
| Amazonas | 85 | 8% | 67% | 25% | 0% |
| Anzoátegui | 21 | 29% | 47% | 24% | 0% |
| Apure | 124 | 37% | 46% | 17% | 0% |
| Aragua | 3 | 0% | 100% | 0% | 0% |
| Bolívar | 95 | 14% | 57% | 28% | 1% |
| Delta Amacuro | 21 | 12% | 78% | 10% | 0% |
| Distrito Capital | 27 | 0% | 63% | 37% | 0% |
| Falcón | 51 | 10% | 84% | 6% | 0% |
| La Guaira | 1 | 0% | 0% | 100% | 0% |
| Miranda | 192 | 2% | 74% | 23% | 1% |
| Sucre | 11 | 10% | 45% | 45% | 0% |
| Táchira | 85 | 1% | 75% | 24% | 0% |
| Zulia | 105 | 12% | 50% | 35% | 3% |
| **Total** | **821** | **11%** | **64%** | **24%** | **1%** |

**Tabla 1. Clasificación de las escuelas (Línea de base)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Entidad federal** | **Escuelas con línea de salida[[25]](#footnote-26)** | **ASH-SIT. Clasificación de las escuelas (%)** | | | |
| **% escuelas**  **0 estrellas** | **% escuelas**  **1 estrella** | **% escuelas**  **2 estrellas** | **% escuelas**  **3 estrellas** |
| Amazonas | 23 | 0% | 39% | 61% | 0% |
| Anzoátegui | 10 | 0% | 0% | 10% | 90% |
| Apure | 22 | 18% | 23% | 41% | 18% |
| Aragua | 3 | 0% | 100% | 0% | 0% |
| Bolívar | 59 | 3% | 37% | 58% | 2% |
| Delta Amacuro | 3 | 0% | 0% | 100% | 0% |
| Distrito Capital | 11 | 0% | 0% | 91% | 9% |
| Falcón | 44 | 0% | 0% | 93% | 7% |
| La Guaira | 1 | 0% | 0% | 100% | 0% |
| Miranda | 79 | 1% | 11% | 87% | 1% |
| Sucre | 3 | 0% | 0% | 0% | 100% |
| Táchira | 40 | 0% | 12% | 78% | 10% |
| Zulia | 50 | 6% | 28% | 60% | 6% |
| **Total** | **348** | **3%** | **19%** | **70%** | **8%** |

**Tabla 2. Clasificación de las escuelas (Línea de salida)**

**Fuente: Digestor ASH-FIT escuelas (Power Bi)**

ASH en establecimientos de salud (ASH FIT)

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Gráfico N°3. Línea de base de establecimientos de salud (284) apoyados durante 2020-2025**    **Gráfico N°4. Línea de salida de establecimientos de salud (107) apoyados durante 2020-2025**  **Fuente: Digestor ASH-SIT establecimientos de salud (Power Bi)**  De estos 284 establecimientos de salud, 107 (38%) han recibido atención integral que incluye mejoras a nivel de infraestructura, formación, recepción de insumos y otros. En estos se aplicó una línea de base y de salida que indica que el 65% tiene acceso limitado a servicios, y el 27% cuentan con servicios mejorados.  **UNICEF Venezuela. ASH-FIT. Clasificación de Los establecimientos (%),**  **según entidad federal 2020-2025[[26]](#footnote-27)**   |  |  | | --- | --- | | **Entidad federal** | **Establecimientos de salud con línea de base[[27]](#footnote-28)** | | **% E.S**  **S/ servicio** | **% E.S**  **S. Limitado** | **% E.S**  **2 S. Mejorado** | | Amazonas | 7 | 14% | 86% | 0% | | Anzoátegui | 9 | 0% | 89% | 11% | | Apure | 26 | 54% | 46% | 0% | | Barinas | 1 | 0% | 100% | 0% | | Bolívar | 27 | 11% | 85% | 44% | | Carabobo | 1 | 0% | 100% | 0% | | Delta Amacuro | 8 | 38% | 50% | 12% | | Distrito Capital | 43 | 16% | 70% | 14% | | Falcón | 5 | 0% | 100% | 0% | | La Guaira | 4 | 25% | 75% | 0% | | Mérida | 2 | 0% | 100% | 0% | | Miranda | 32 | 19% | 81% | 0% | | Monagas | 1 | 0% | 100% | 0% | | Portuguesa | 1 | 0% | 100% | 0% | | Sucre | 4 | 25% | 75% | 0% | | Táchira | 26 | 35% | 58% | 8% | | Zulia | 87 | 16% | 83% | 1% | | **Total** | **284** | **11%** | **64%** | **24%** |   **Tabla 3. Clasificación de los establecimientos de salud (Línea de base)**   |  |  | | --- | --- | | **Entidad federal** | **Establecimientos de salud con línea de salida[[28]](#footnote-29)** | | **% E.S**  **S/ servicio** | **% E.S**  **S. Limitado** | **% E.S**  **2 S. Mejorado** | | Amazonas | 1 | 0% | 0% | 100% | | Anzoátegui | 3 | 0% | 67% | 33% | | Apure | 7 | 0% | 100% | 0% | | Barinas | 0 | 0% | 0% | 0% | | Bolívar | 14 | 0% | 79% | 21% | | Carabobo | 0 | 0% | 0% | 0% | | Delta Amacuro | 2 | 0% | 0% | 100% | | Distrito Capital | 15 | 0% | 67% | 33% | | Falcón | 0 | 0% | 0% | % | | La Guaira | 3 | 0% | 0% | 100% | | Mérida | 0 | 0% | 0% | 0% | | Miranda | 13 | 23% | 62% | 15% | | Monagas | 1 | 0% | 100% | 0% | | Portuguesa | 0 | 0% | 0% | 0% | | Sucre | 3 | 0% | 67% | 33% | | Táchira | 21 | 14% | 57% | 29% | | Zulia | 24 | 8% | 63% | 29% | | **Total** | **107** | **3%** | **19%** | **70%** |   **Tabla 4. Clasificación de los establecimientos de salud (Línea de salida)**  **Fuente: Digestor ASH-SIT centros de salud (Power Bi)** | |

**Partes interesadas**

En la Tabla 5 se presenta un mapeo inicial de las partes interesadas que han sido involucrado en el diseño o la implementación de los programas ASH en escuelas y en establecimientos de salud apoyados por UNICEF en Venezuela. El mapeo deberá desarrollarse más durante la fase inicial de la evaluación.

**Tabla 5. Resumen de las partes interesadas de los programas de ASH en la Escuela y en Establecimientos de Salud**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Actores** |
| UNICEF | Liderado por la sección de ASH de UNICEF Venezuela, varias secciones de UNICEF apoyan las intervenciones, como Sección de Educación, Sección de Salud y Nutrición, y Sección de Planificación, Monitoreo y Evaluación.  Rol:   * Sección de ASH (Agua, Saneamiento e Higiene): Lidera la implementación de los programas, asegurando que las infraestructuras y servicios de agua, saneamiento e higiene sean adecuados y sostenibles. También se encarga de la capacitación del personal y la comunidad en prácticas de higiene. * Sección de Educación: Colabora en la integración de las prácticas de ASH en el currículo escolar y en la promoción de hábitos de higiene entre los estudiantes. Trabaja en la creación de un entorno escolar seguro y saludable. * Sección de Salud y Nutrición: Asegura que las intervenciones de ASH estén alineadas con las necesidades de salud y nutrición de la población. Promueve la higiene en los establecimientos de salud para prevenir infecciones y mejorar la calidad de la atención. * Sección de Planificación, Monitoreo y Evaluación: Realiza el seguimiento y evaluación de los programas de ASH para medir su impacto y efectividad. Asegura que los datos recolectados se utilicen para mejorar continuamente las intervenciones. * Personal de los Programas de Agua, Saneamiento e Higiene y de Educación: Implementan las actividades en el terreno, trabajando directamente con las comunidades y las escuelas. Facilitan talleres, distribuyen materiales educativos y supervisan las mejoras en las infraestructuras. |
| Gobierno | **Nacional**: Ministerio Público, Ministerio de Aguas, Ministerio del Poder Popular para la Educación y Ministerio del Poder Popular para la Salud.  Role:   * Ministerio Público: Supervisa y garantiza el cumplimiento de las leyes y regulaciones relacionadas con el acceso a agua potable y saneamiento. También puede intervenir en casos de violaciones de derechos relacionados con el acceso a estos servicios esenciales. * Ministerio de Aguas: Es responsable de la gestión y distribución del agua potable. Colabora con UNICEF para asegurar que las escuelas y establecimientos de salud tengan acceso continuo y seguro a agua de Calidad. * Ministerio del Poder Popular para la Educación: Trabaja en la integración de prácticas de ASH en el currículo escolar y en la mejora de las infraestructuras de agua y saneamiento en las escuelas. Promueve la educación en higiene entre los estudiantes para fomentar hábitos saludables. * Ministerio del Poder Popular para la Salud: Coordina con UNICEF para implementar y supervisar las prácticas de ASH en los establecimientos de salud. Asegura que las instalaciones de salud cumplan con los estándares de higiene y saneamiento para prevenir infecciones y mejorar la calidad de la atención médica   **Regional**: Centros de Desarrollo para la Calidad educative (CDCE) estadales, autoridades únicas de salud  Roles:   * Los Centros de Desarrollo para la Calidad Educativa (CDCE) estadales coordinan y supervisan la implementación de políticas y programas educativos, incluyendo las iniciativas de ASH en las escuelas. Facilitan la formación continua de maestros, personal educativo y comunidades escolares en prácticas de higiene y saneamiento, y realizan evaluaciones periódicas de las infraestructuras y prácticas de ASH para asegurar su calidad y efectividad. * Las autoridades únicas de salud aseguran que los establecimientos de salud cumplan con las normativas y estándares de higiene y saneamiento establecidos por el Ministerio de Salud. Supervisan y evalúan las condiciones de ASH en los establecimientos de salud para identificar áreas de mejora y garantizar la calidad de los servicios, además de proveer capacitación y recursos al personal de salud para mejorar las prácticas de higiene y manejo de desechos.   **Local:** Mesas técnicas de agua, empresas hidrológicas, Centros de Desarrollo para la Calidad Educativa (CDCE) municipales y parroquiales, comités de salud y brigadas de salud.  Roles:   * Mesas técnicas de agua: Facilitan la participación comunitaria en la gestión del servicio de agua potable, ayudando a identificar necesidades y soluciones locales. * Empresas hidrológicas: gestionan el suministro de agua en varios estados, trabajando en conjunto con UNICEF para mejorar la infraestructura hídrica y garantizar el acceso a agua segura. * Centros de Desarrollo para la Calidad Educativa (CDCE) municipales y parroquiales: Coordinan y supervisan la implementación de políticas educativas, incluyendo las iniciativas de ASH en las escuelas. Facilitan la formación continua y realizan evaluaciones periódicas de las infraestructuras y prácticas de ASH. * Comités de salud: Supervisan y evalúan las condiciones de ASH en los establecimientos de salud, asegurando el cumplimiento de las normativas y estándares de higiene y saneamiento. * Brigadas de salud: Proveen capacitación y recursos al personal de salud y a las comunidades para mejorar las prácticas de higiene y manejo de desechos, además de realizar actividades de promoción de la higiene |
| Socios implementadores | 32 organizaciones no gubernamentales (ONG) locales entre 2020-2024 (19 para ASH en escuelas y 13 para establecimientos de salud). El número de socios ha variado a lo largo de los años.  Rol: los socios locales implementadores son esenciales para asegurar la efectividad y sostenibilidad de las intervenciones. Sus roles incluyen la implementación de proyectos en el terreno, garantizando la instalación y mantenimiento adecuado de infraestructuras y servicios; la capacitación y sensibilización de comunidades y personal sobre prácticas de higiene y saneamiento; el monitoreo y evaluación de las intervenciones para medir su impacto y efectividad; la colaboración comunitaria para identificar necesidades y desarrollar soluciones adaptadas al contexto local; y la respuesta rápida en situaciones de emergencia para mitigar riesgos para la salud pública. Su conocimiento y presencia local permiten una implementación más efectiva y adaptada a las necesidades de las comunidades. |
| Socios en coordinación | * ONG del Clúster de Agua, Saneamiento e Higiene   Rol: desempeñan roles cruciales en los programas de ASH de UNICEF. Estas organizaciones colaboran en la implementación de proyectos, asegurando la instalación y mantenimiento adecuado de infraestructuras y servicios de agua y saneamiento. Además, proporcionan capacitación y sensibilización a las comunidades, personal educativo y de salud sobre prácticas de higiene, promoviendo comportamientos saludables. También realizan el monitoreo y evaluación de las intervenciones para medir su impacto y efectividad, y trabajan estrechamente con las comunidades locales para identificar necesidades específicas y desarrollar soluciones adaptadas al contexto. En situaciones de emergencia, estas ONG son esenciales para la rápida implementación de soluciones de ASH que mitiguen los riesgos para la salud pública   * Agencias de las Naciones Unidas (ej. OPS)   Rol: Las agencias de las Naciones Unidas en Venezuela desempeñan roles cruciales en los programas de ASH de UNICEF. Estas agencias colaboran en la implementación de proyectos, asegurando la instalación y mantenimiento adecuado de infraestructuras y servicios de agua y saneamiento. Proveen capacitación y sensibilización a las comunidades y al personal educativo y de salud sobre prácticas de higiene, promoviendo comportamientos saludables. Además, realizan el monitoreo y evaluación de las intervenciones para medir su impacto y efectividad, y trabajan estrechamente con las comunidades locales para identificar necesidades específicas y desarrollar soluciones adaptadas al contexto. En situaciones de emergencia, estas agencias son esenciales para la rápida implementación de soluciones de ASH que mitiguen los riesgos para la salud pública.   * Organizaciones de Base Comunitaria (ASH)   Roles: para asegurar la efectividad y sostenibilidad de las intervenciones. Estas organizaciones facilitan la participación activa de la comunidad en la identificación de necesidades y soluciones locales, promoviendo la apropiación y el mantenimiento de las infraestructuras de agua y saneamiento. Además, las OBC proporcionan capacitación continua y sensibilización sobre prácticas de higiene, fomentando comportamientos saludables. También colaboran en el monitoreo y evaluación de las intervenciones, asegurando que las soluciones implementadas sean efectivas y adaptadas al contexto local. Su conocimiento y presencia en la comunidad son cruciales para el éxito de los programas de ASH. |
| Donantes | Rol: apoyo financiero a las intervenciones |
| Población objetivo (titulares de derechos, garantes de derechos y su entorno) | * Niños, niñas y adolescentes atendidos * Cuidadores atendidos * Población en general sensibilizada * Miembros de la comunidad educativa (niños, niños y adolescentes, directores, docentes, madres, padres y representantes, personal de mantenimiento, madres procesadoras de alimentos). * Líderes comunitarios y otros miembros de la comunidad * Docentes (de espacios educativos formales y no formales) * Personal de salud de establecimientos de salud. * Personal de las instituciones gubernamentales formados (Ministerios, CDCE y otros) * Organizaciones de Base Comunitaria que participan en escuelas, tales como las BRICOMILES, Consejos Comunales y las Mesas Técnicas de Agua (MTA). |

.

**3. PROPÓSITO Y OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN**

Para que UNICEF Venezuela logre en 2026 que cada niño, niña y adolescente, principalmente los más vulnerables, mejore la adopción de prácticas de higiene y acceso a servicios resilientes al clima, agua, saneamiento e higiene dignos y equitativos y, viva en un entorno seguro, sostenible y limpio, el propósito de esta evaluación formativa es permitir mejorar la efectividad organizacional de UNICEF Venezuela, e informar el diseño de la próxima fase y ampliar las intervenciones de agua, saneamiento e higiene; además de mejorar la asociación colaborativa con socios técnicos y financieros clave en el sector ASH. Los hallazgos identificados en la evaluación permitirán también presentar ante los varios tipos donantes los beneficios/ventajas de invertir en ASH en escuelas y también proponer nuevas oportunidades de financiación del sector.

El objetivo principal de la evaluación es proporcionar pruebas imparciales e independientes para evaluar en qué medida el Programa de ASH en las escuelas y en establecimientos de salud promueve prácticas de higiene, acceso a servicios dignos y equitativos de agua y saneamiento, y un entorno seguro, sostenible y limpio. Se evaluará la pertinencia, eficiencia y eficacia del programa, así como su conectividad, escalabilidad y sostenibilidad desde un enfoque Nexus. Además, se revisará el fortalecimiento de capacidades de los socios implementadores y la coherencia interna del programa con otras acciones de UNICEF y normas internacionales. La evaluación también considerará la posibilidad de ampliar o replicar los modelos de implementación, tomando en cuenta las dimensiones de género, equidad e inclusión, y la integración de enfoques de derechos humanos.

Es importante realizar la evaluación en este momento, ya que el enfoque de tres estrellas para ASH en escuelas y establecimientos de salud son programas emblemáticos de UNICEF y, después de 5 años de implementación, es oportuno observar lo que ha funcionado bien y lo que se puede mejorar, y también qué aprendizajes podría ofrecer para la región de LAC en general y más allá. Además, brinda una buena oportunidad para determinar cómo está afectando a los estudiantes, las escuelas, pacientes, trabajadores y las comunidades, y qué papel está desempeñando en la mejora de la higiene y la mitigación de la propagación de enfermedades.

Los objetivos específicos de la presente evaluación formativa y sumativa son:

1. Evaluar la *pertinencia, eficiencia y eficacia* de los esfuerzos de UNICEF con respecto a su programa de Agua, Saneamiento e Higiene en escuelas y establecimientos de salud, para realizar los ajustes y/o modificaciones a que haya lugar.
2. Evaluar la *conectividad, escalabilidad y sostenibilidad* de los programas ASH en la escuela y ASH en establecimientos de salud desde un enfoque Nexus, considerando su viabilidad a mediano plazo, y determinar si UNICEF puede retirar su apoyo sin comprometer la calidad o cantidad de servicios disponibles para las poblaciones vulnerables.
3. Revisar en qué medida los socios implementadores han fortalecido sus capacidades y estandarizado su trabajo en escuelas y establecimientos de salud, contribuyendo a la ejecución de programas de calidad, determinar qué necesidades siguen vigentes para su mejora y construir los criterios básicos que permita al Programa ASH de UNICEF Venezuela, mejorar su asociación colaborativa con socios técnicos y financieros clave.
4. Evaluar la *coherencia* interna de los programas ASH en la escuela y en establecimientos de salud con otras acciones de UNICEF y su compatibilidad con las normas y estándares internacionales, así como su consistencia con las políticas públicas sectoriales, la estrategia de ASH en la escuela y metodologías de ASH SIT y FIT, y otras acciones (gubernamentales y no gubernamentales).
5. Evidenciar la posibilidad de ampliar/replicar y las ventajas/desventajas de los modelos de implementación directos o mediante socios en las intervenciones del programa Agua, Saneamiento e Higiene de UNICEF Venezuela en escuelas y establecimientos de salud, tomando en cuenta las dimensiones de género, equidad e inclusión y el CPD 2023-2026.
6. Evaluar la integración adecuada del enfoque de equidad (incluso discapacidad), género, edad, interculturalidad y derechos humanos en el programa.

UNICEF Venezuela espera que la evaluación permita visualizar una mejor comprensión de los resultados alcanzados por los programas ASH en la escuela y en establecimientos de salud, identificar lecciones aprendidas y proporcionar recomendaciones que ayuden a fortalecer, profundizar o ajustar los programas en el marco del enfoque de Nexus. De manera que, tanto el Gobierno de la República Bolivariana de Venezuela, como los niños, niñas, adolescentes, cuidadores, cuidadoras y los miembros del Sistema Rector Nacional para la Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes, también podrán conocer la información y establecer mecanismos de revisión y propuestas para mejorar la ejecución y resultados de estos programas.

La audiencia principal de esta evaluación formativa es UNICEF Venezuela, quien utilizará la información para fortalecer la estrategia ASH durante el CPD 2023-2026. Las audiencias secundarias previstas incluyen entidades gubernamentales (MPPE), así como socios para el desarrollo y socios implementadores que apoyan la implementación del programa de ASH en las escuelas y establecimientos de salud del país.

**5. ALCANCE DE LA EVALUACIÓN**

La evaluación formativa se enfoca en la implementación del programa de ASH en escuelas y establecimientos de salud bajo el programa país de Venezuela 2015-2022 (extensión) y el programa país de Venezuela 2023-2026, particularmente la manera en que se está probando el enfoque de 3 estrellas (ASH SIT) para apoyar el logro de los resultados de ASH en escuelas en Venezuela y el enfoque ASH FIT en establecimientos de salud para el logro de resultados en estos.

La evaluación a nivel formativo tiene como objetivo principal alcanzar una mayor transparencia en los procesos ASH en escuelas y centros de salud, mediante la realización de evaluaciones externas regulares que aporten un factor sumativo. Los hallazgos obtenidos se utilizarán internamente para informar la planificación futura, asegurando la sostenibilidad y la estrategia de salida de los programas implementados. Además, se analizarán los tipos de implementación y se buscará la complementariedad con otras secciones, utilizando los resultados para reforzar la integración y mejorar la calidad educativa y la atención en salud en su conjunto.

Para la evaluación, se busca incluir actores y niveles que abarcan tanto el ámbito institucional como el establecimiento, específicamente en escuelas y centros de salud. En el sector educativo, sería beneficioso colaborar con el CDCE, considerando su dinámica y aportes. En el sector salud se priorizarán las intervenciones a nivel del establecimiento y de forma complementaria el enfoque ministerial (nivel nacional). Además, es importante incluir autoridades subnacionales y nacionales, aunque el enfoque principal será más *downstream[[29]](#footnote-30)*, sin dejar de lado la coherencia y eficacia a nivel *upstream*[[30]](#footnote-31). La implementación en los últimos años ha estado más centrada en los centros de salud y escuelas, lo que refuerza la importancia de evaluar a nivel institucional y de establecimiento.

*Alcance programático/temático*: El programa ASH de UNICEF Venezuela en escuelas y establecimientos de salud se evaluarán en su totalidad. La programación de ASH en centros de protección, la cual también forma parte del resultado 2 del componente de ASH del programa país, no forma parte de esta evaluación.

*Alcance geográfico*: Deberá tomar en cuenta la implementación en las 13 entidades federales del país y su Distrito Capital (Tabla 1) en el caso de las escuelas y la diversidad de socios no gubernamentales que han participado en el programa en los años 2020 y 2025 (en total, 19 socios) y organizaciones públicas de las localidades donde los socios actúan, también la atención remota qué se incorpora desde 2020 y continúa en la actualidad, especialmente en las zonas donde existe dificultad de acceso. Para establecimientos de salud, deberá de tomar en cuenta implementación en las 13 entidades federales del país y su Distrito Capital (Tabla 3) y la diversidad de socios no gubernamentales que han participado en el Programa en los años 2020 y 2024 (en total, 13 socios) y organizaciones públicas de las localidades donde los socios actúa.

*Alcance temporal*: Se analizará la primera y segunda fase que corresponde al período 2020-2024.

**6. MARCO DE LA EVALUACIÓN**

Los criterios de evaluación que se utilizarán serán los estándares de calidad del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE)[[31]](#footnote-32) en combinación con criterios para evaluaciones de emergencias[[32]](#footnote-33). Los principales criterios son pertinencia, eficacia, eficiencia, conectividad, sostenibilidad y coherencia. Se utilizarán estándares de igualdad de género, derechos humanos y respuesta humanitaria y los criterios de evaluación que abordan la coordinación, el género y la equidad (incluso discapacidad e interculturalidad). El fin es centrar la evaluación en la eficacia del programa en el contexto humanitario y la preparación para la transición a un contexto de desarrollo.

| **Criterios** | **Preguntas guiadoras** |
| --- | --- |
| **Pertinencia** | 1. ¿En qué medida, los objetivos y el diseño del Programa ASH en escuelas y establecimientos de salud de UNICEF Venezuela han respondido a las políticas y las prioridades de UNICEF a escala mundial y nacional? ¿Continúa siendo apropiado como parte del programa de ASH en estos actuales momentos, considerando la perspectiva del CPD 2023-2026? ¿Requiere algunos cambios/ajustes para fortalecerlo y ser más pertinente?  2. ¿En qué medida las partes interesadas de diferentes edades y géneros, en particular niños, niñas y adolescentes, docentes, cuidadores y personal de salud, perciben que los objetivos y actividades del programa se adaptan a sus necesidades de ASH y al contexto cultural en todos los sitios geográficos de intervención? |
| **Coherencia** | 1. ¿En qué medida se establecieron alianzas o mecanismos para armonizar sinergias con otras intervenciones y fomentar la intersectorialidad dentro de UNICEF (Educación y Salud), así como mecanismos de coordinación significativos con actores clave como gobiernos nacionales y locales, sociedad civil, ONG, academia y otras agencias de la ONU en diferentes zonas del país, para evitar la duplicación de esfuerzos, mejorar la comunicación y definir roles y responsabilidades de manera más clara?  2. ¿En qué medida se integran y se mantienen sistemáticamente las preocupaciones por la equidad, discapacidad, los derechos humanos, la edad, la diversidad, interculturalidad y la igualdad de género tanto a lo interno (ejecución de los programas ASH en escuelas y establecimientos de salud) como a lo externo (con relación a las políticas públicas)? |
| **Eficacia** | 1. ¿En qué medida la programación de ASH en las escuelas y establecimientos de salud llegó a los niños, niñas y adolescentes más vulnerables, ¿incluso personas con discapacidad y de diferentes géneros (cobertura geográfica, duración, relación de niños, niñas y adolescentes alcanzados frente a niños, niñas y adolescentes necesitados)?  2. ¿En qué medida los niños, niñas y adolescentes y sus cuidadores (mujeres y hombres) tienen acceso a servicios ASH recuperados y/o consolidados en las escuelas y establecimientos de salud, que promueven la inclusión, la pertenencia y la acción? ¿En qué medida se usaron los servicios recuperados y/o consolidados?  3. ¿En qué medida las niñas y adolescentes tienen acceso a la salud e higiene menstrual (incluyendo información e insumos) en las escuelas?  4. ¿Cómo ha cambiado la programación estructurada de ASH en la escuela la forma en que los estudiantes, docentes y personal escolar se relacionan con las prácticas y servicios de ASH y PCI, así como con los proveedores y normas sociales comunitarias?  5. ¿En qué medida los socios implementadores han fortalecido sus capacidades y estandarizado su trabajo en ASH en escuelas y establecimientos de salud, contribuyendo a la ejecución de programas de calidad? ¿Qué necesidades actuales se presentan?  6. ¿Qué ventajas y oportunidades de mejora presentó la implementación directa de rehabilitaciones ASH en escuelas y establecimientos de salud versus la implementación vía socios? ¿Cuál modalidad resultó más integral y conveniente a mediano y largo plazo?  7. ¿En qué medida la rehabilitación de infraestructura ASH en establecimientos de salud ha influido en la mejora, asistencia y usos de las zonas de atención materno infantil?  8. ¿En qué medida la rehabilitación de infraestructura ASH en escuelas ha influido en la inscripción, asistencia y permanencia de los niños, niñas y adolescentes en la escuela? |
| **Eficiencia** | 1. ¿En qué medida la priorización y uso de los recursos económicos, humanos y técnicos permitieron la adecuada y oportuna implementación de los programas ASH en escuelas y establecimientos de salud apoyados por UNICEF?  2. ¿En qué medida UNICEF y los socios implementadores con programación estructurada de ASH en escuelas y establecimientos de salud usan sus recursos de una manera que permite el monitoreo de costos y el logro máximo por dólar de inversión (costo de respuesta / beneficiario)? |
| **Conectividad, sostenibilidad y escalabilidad** | 1. ¿En qué medida los órganos y/o entes de toma de decisiones de educación y salud (gobierno, sociedad civil, agencias de desarrollo) y los socios implementadores han tomado acciones para asegurar que el programa de ASH en escuelas y establecimientos de salud se institucionalice financiera, organizacional y de otra manera en consideración de la posible ausencia de la asistencia humanitaria?  3. ¿En qué medida el programa ASH en escuelas y establecimientos de salud puede ser escalados a nivel departamental y nacional y replicados en otros municipios?  4. ¿Cuáles fueron los principales factores que permitieron o limitaron la ampliación del programa ASH en escuelas y el enfoque Tres Estrellas y el programa ASH y establecimientos de salud y el enfoque WAHS FIT, con consideración de la capacidad específica del país?  5. ¿Cómo se están implementando las estrategias de sostenibilidad (mantenimiento preventivo, comités, prácticas, etc.) en las intervenciones de ASH en escuelas y centros de salud para garantizar que las mejoras de servicios y prácticas se mantengan en el tiempo?  6. ¿Cómo aborda ASH los desafíos emergentes del clima (por ejemplo, eventos climáticos extremos, degradación de los recursos, contaminación, desastres e impactos relacionados con el cambio climático) para promover la resiliencia al clima de las implementaciones ASH? |

Las preguntas claves de evaluaciones son formuladas a un nivel estratégico. Durante la fase inicial el equipo de evaluación deberá desarrollar una matriz de evaluación con preguntas de evaluación refinadas basadas en entrevistas iniciales de actores claves de UNICEF y una revisión inicial de documentos. En su propuesta el equipo ya puede proponer sugerencias de ajustes a las preguntas y su justificación. La matriz de evaluación explicará cómo se examinará y medirá cada pregunta de evaluación, a través de qué criterios de juicios, qué indicadores, con qué métodos y qué fuentes. En el Anexo 6 se incluye un ejemplo de un formato de un matriz de evaluación. Los derechos humanos, el género, la equidad y la discapacidad deben estar claramente integrados en la matriz.

**7. METODOLOGIA**

***7.1. Diseño metodológico***

La metodología debe basarse tanto en las normas y estándares de las Naciones Unidas,[[33]](#footnote-34) como en la orientación sobre la integración de los derechos humanos, el género y discapacidad en la evaluación.[[34]](#footnote-35) El equipo de evaluación debe presentar en su propuesta técnica el cómo proponen operacionalizar los enfoques de derechos humanos, igualdad de género y equidad (incluso discapacidad) en la evaluación. La evaluación tendrá un carácter externo e independiente y será llevada a cabo de una manera objetiva, imparcial, abierta y participativa, con base en evidencia verificada empíricamente que sea válida y confiable.

La metodología descrita a continuación es tentativa, sujeta a observaciones y se espera que los equipos de evaluación propongan mejoras, junto con una metodología detallada que se adapte a lo solicitado en estos TDR. El equipo evaluador deberá desarrollar una estrategia metodológica adecuada para adaptarse a la naturaleza de esta evaluación, e incluir detalles del diseño de la evaluación, enfoques a adoptar, métodos de recopilación y análisis de datos; y un marco de evaluación.

El equipo evaluador debe proponer una metodología concreta para responder a las preguntas de evaluación, demostrando una buena comprensión de las preguntas y articulando suposiciones detrás de la metodología propuesta. La propuesta debe explicar como el equipo propone formar juicios evaluativos a través del análisis de los datos para responder a las preguntas.

El equipo evaluador aplicará un enfoque de métodos mixtos que sea lo más participativo posible. La información de las diferentes líneas de la investigación se triangulará para mejorar la confiabilidad de los hallazgos y asegurar que las recomendaciones se basen en la realidad.

Se propone que se aplicará un enfoque con base teórica, utilizando la teoría de cambio del programa como marco para la evaluación y para investigar la contribución de las estrategias del programa a la cadena de resultados. La propuesta técnica debe claramente describir para qué/cómo se utilizará la teoría del cambio en la evaluación; y, especificar otras metodologías complementarias (o alternativas) para valorizar los resultados (Anexo 1).

Durante la fase inicial, el equipo de evaluación debe realizar un mapeo y categorización del programa de ASH en la escuela y en establecimientos de salud (ej. categorización geográfica, tipo de intervención, tipo de población atendida/objetivo, tipo de socio implementador, …), así como un mapeo de cronograma para analizar la implementación progresiva de las diferentes intervenciones con el apoyo de diferentes socios.

Se sugiere un diseño de evaluación, basado en los siguientes métodos mixtos de recopilación de información, los cuales el equipo de evaluación seleccionado deberá detallar más en su informe inicial al UNICEF:

* Entrevistas con informantes claves.
* Discusiones de grupos focales con los niños, niñas y adolescentes de diferentes géneros y edades, así como cuidadores/as de los niños, niñas y adolescentes que asisten a las actividades de los programas y de las escuelas.
* Entrevistas a directores de las escuelas.
* Entrevistas a directores de establecimientos de salud.
* Discusiones de grupos focales con personal de salud de los establecimientos.
* Discusiones de grupos focales con personal docente, administrativo y de mantenimiento de las escuelas.
* Revisión documental del programa, incluidos los registros financieros de los socios sobre las transferencias recibidas de UNICEF.
* Entrevistas a personal de socios implementadores.
* Entrevistas al personal de UNICEF.
* Encuestas de observación basadas en ASH-FIT y ASH-SIT.
* Observaciones.

En las siguientes tablas (6 y 8) se listan los distintos tipos de beneficiarios y otros actores que pueden ofrecer informaciones y opiniones valiosas para esta evaluación distribuidos por método y establecimiento:

**Tabla 6. Distribución de actores por método y establecimiento. En escuelas**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Revisión documental** | **Entrevistas (cualitativas)** | **Encuestas** | **Grupos focales** |
| Revisión documental del programa, incluidos los registros financieros de los socios sobre las transferencias recibidas de UNICEF. | Informantes clave  Entrevistas a directores de las escuelas. | Observación (encuestas tres estrellas)  ASH FIT  ASH SIT y medición de sostenibilidad. | Discusiones de grupos focales con los niños, niñas y adolescentes de diferentes géneros y edades, así como cuidadores/as de los niños, niñas y adolescentes que asisten a las actividades de los programas y de las escuelas. |
| Encuestas a personal de UNICEF. | Discusiones de grupos focales con personal docente, administrativo y de mantenimiento de las escuelas. |
| Entrevistas a los niños, niñas y adolescentes de diferentes géneros y edades, así como cuidadores/as de los niños, niñas y adolescentes que asisten a las actividades de los programas y de las escuelas. |
| Entrevistas a docentes |
| Entrevistas a personal de socios implementadores |

**Tabla 7. Distribución de actores por método y establecimiento. En establecimientos de salud**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Revisión documental** | **Entrevistas (cualitativas)** | **Encuestas** | **Grupos focales** |
| Revisión documental del programa, incluidos los registros financieros de los socios sobre las transferencias recibidas de UNICEF. | Informantes clave | Observación (encuestas tres estrellas)  ASH FIT  ASH SIT y medición de sostenibilidad. | Grupos focales con los niños, niñas y adolescentes de diferentes géneros y edades, así como cuidadores/as de los niños, niñas y adolescentes que asisten a las actividades de los programas y de los establecimientos de salud. |
| Entrevistas a directores de establecimientos de salud. |
| Entrevistas a personal de UNICEF. | Discusiones de grupos focales con personal de salud de los establecimientos. |
| Entrevistas a los niños, niñas y adolescentes de diferentes géneros y edades, así como cuidadores/as de los niños, niñas y adolescentes que asisten a las actividades de los programas y de los establecimientos de salud. |
| Entrevistas a personal de salud |
| Entrevistas a personal de socios implementadores |

Es importante que se evite la duplicación de esfuerzos; por lo tanto, se tomarán en cuenta los resultados de los monitoreos de terceros que recogen la opinión de los niños, niñas y adolescentes y sus cuidadores sobre los servicios recibidos de las organizaciones aliadas y los informes de seguimiento del personal de UNICEF responsable del Programa. La atención se centrará en las lagunas de conocimiento y en las áreas estratégicas de evaluación de nivel superior. La Tabla 8 presenta una lista preliminar de los documentos que se revisarán.

**Tabla 8. Lista preliminar de documentos**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipo de información** | **Años** | **Alcance geográfico** |
| Documentos del programa de país | CPD 20198-extendido a 2022  CPD 2023-2026 | Nacional |
| Notas estratégicas de los programas y teorías de cambio | 2023 | Nacional |
| Acuerdos con las organizaciones implementadoras o socias | 2022, 2023,2024 | Nacional |
| Informes a donantes | 2021,2022,2023,2024 | Nacional |
| Informes de seguimiento y progreso del programa | 2022-2025 | Nacional |
| Notas conceptuales de los proyectos | 2020-2024 | Nacional |
| Informes trimestrales, de auditoría, y de cierre de proyecto, de socios implementadores de UNICEF Venezuela; | 2021, 2022, 2023, 2024 | Nacional |
| Sitrep de UNICEF | 2022, 2023, 2024 | Nacional |
| Planillas y/o reportes 5W/345 W (contenido y procesamiento) | 2020-2024 | Nacional |
| Evaluaciones e informes producidos por la Oficina de País | 2021,2022,2023, 2024 | Nacional |
| Informes de monitoreo de terceros al programa ASH en escuelas | 2022,2023,2024 | Nacional |
| Informes de monitoreo de terceros al programa ASH en establecimientos de salud | 2022,2023,2024 | Nacional |
| Encuestas de ASH-SIT/3-estrellas (cuestionario y procesamiento) – Escuelas | 2020-2024 | Nacional |
| Encuestas de ASH-FIT/3-estrellas (cuestionario y procesamiento) – Establecimientos de salud | 2020-2024 | Nacional |
| Informes de ONG internacionales asociadas y literatura internacional relacionada con los Programas ASH en Escuelas y Establecimientos de salud. | 2020-2024 | Nacional |
| Marco de política nacional, estrategias gubernamentales, documentos de políticas, y manuales de formación y procedimientos operativos estándar (si aplica). | 2020-2024 | Nacional |
| Notas estratégicas de los programas y teorías de cambio | 2023 | Nacional |

UNICEF proporcionará una carpeta inicial de documentos al equipo de evaluación. Durante la fase inicial el equipo de evaluación tiene la responsabilidad de identificar y conseguir otros documentos relevantes. El equipo de evaluación implementará una primera revisión de los documentos durante la fase inicial de la evaluación y continúa la revisión documental durante la fase de implementación de la evaluación. La propuesta técnica debe incluir cómo el equipo propone organizar la revisión documental y datos secundarias (identificación, sistematización y análisis) de manera sistemática.

La metodología tendrá un componente cuantitativo y cualitativo. El componente cuantitativo incluirá encuestas y observación estructurada en las escuelas. La propuesta técnica debe demostrar la capacitad del equipo de evaluación de implementar encuestas en las zonas del programa y explicar el proceso de encuesta. La propuesta técnica debe demostrar la experiencia del equipo de evaluación con observación directa estructurada para intervenciones de ASH y explicar el tipo de información se propone recopilar a través de este método.

Se espera que el equipo de evaluación realice una observación directa en una selección de instituciones educativas y establecimientos de salud, utilizando una ficha de recolección de datos[[35]](#footnote-36) estructurada basada principalmente en ASH FIT y SIT. Los objetivos de medición de la herramienta se centran en evaluar su efectividad, uso y utilidad en diferentes contextos. Es crucial identificar qué aspectos necesitan mejorarse para una adecuada contextualización y asegurar la sostenibilidad de lo ya realizado en los programas. Además, se espera que la observación analice la implementación por parte de los socios en comparación con la implementación directa, en términos de sostenibilidad a largo plazo de las intervenciones realizadas. Finalmente, el componente cuantitativo también debe incluir un análisis de datos secundarios cuantitativos, como los reportados en ASH SIT, ASH FIT y los datos financieros del programa, para la triangulación con los hallazgos cualitativos.

El equipo evaluador será responsable del muestreo / selección de las personas entrevistadas en conjunto con el equipo de UNICEF. La propuesta debe incluir una propuesta inicial de una estrategia de muestreo coherente, identificando, entre otros, las unidades de muestreo, criterios de muestreo y tamaño de las muestras.

El componente cualitativo incluirá la revisión documental ya la recolección de datos primarios cualitativos, tal como entrevistas y grupos focales. La recolección de datos primarios cualitativos sirve para obtener una comprensión más profunda del desempeño del programa, sus estrategias y contexto. Se espera que el equipo de evaluación propone en su propuesta técnica los métodos cualitativos más apropiados para responder a las preguntas de evaluación considerando le programa y sus actores. A partir del mapeo preliminar de partes interesadas y lista de actores propuesta antes, la propuesta técnica debe incluir una propuesta de actores a consultar, el método cualitativo aplicado y número de personas a consultar. Durante la fase inicial de la evaluación el equipo de evaluación debe realizar un mapeo completo de partes interesadas del programa, a partir del cual se realiza el muestreo en coordinación con UNICEF.

Respecto a la evaluación de la calidad y capacidad de intervenciones de los socios implementadores, el equipo evaluador deberá de desarrollar un instrumento para valorar la capacidad de los socios implementadores para implementar el programa ASH en la escuela y ASH en establecimientos de salud de acuerdo a estándares y marcos globales de ASH y se espera que esta evaluación se base, en primer lugar, en la revisión de los documentos/informes del programa de los socios implementadores y en la recopilación de datos previos y, en segundo lugar, en entrevistas.

La consulta de niños, niñas, y adolescentes debe ser pertinente/relevante y utilizando técnicas de investigación cualitativa apropiada. La propuesta técnica debe demonstrar la experiencia del equipo de evaluación con la recolección de datos con niños, niños y adolescentes, especificar los métodos propuestos y garantizar que los niños, niñas y adolescentes que son beneficiarios directos del Programa sean escuchados, puedan comunicar sus prioridades y participar en el proceso de evaluación.

El equipo se encargará de recopilar datos en el terreno con una participación mínima de los asociados o del personal del UNICEF. Sin embargo, UNICEF facilitará la recopilación de datos generales reportados por los socios y la logística del trabajo de campo necesarios para este ejercicio. En la metodología se incluirán mecanismos específicos para retroalimentar los resultados de la evaluación a las partes interesadas.

La evaluación requerirá una amplia participación de los beneficiarios, lo que puede ser un desafío dadas las limitaciones de movilidad en general y en las comunidades vulnerables en particular. Los evaluadores harán todo lo posible para encontrar formas de desarrollar metodologías culturalmente apropiadas y protocolos de entrevistas remotas cuando sea necesario.

Los informantes clave, especialmente de los socios gubernamentales, los socios implementadores y UNICEF deben ser entrevistados para obtener una comprensión más profunda de la relevancia del programa para los diversos interesados y como encajan las diferentes estrategias. Los grupos de discusión pueden llevarse a cabo con los asociados en la ejecución, el personal de UNICEF o con los beneficiarios, según corresponda.

La propuesta metodológica del equipo de evaluación debe incluir una declaración sobre la idoneidad y tipo de investigación comparativa; y, en general, explicar cómo se propone establecer relaciones causales entre las acciones/productos y los resultados. En el caso que el equipo de evaluación propone evaluar los resultados del programa a través la comparación entre un grupo de intervención y un grupo de comparación, la propuesta técnica debe proponer el diseño, estrategia de identificación, condiciones por su factibilidad y cualquier limitante. Para responder al criterio de eficiencia el equipo de evaluación debe especificar la metodología de análisis. Igualmente, la propuesta técnica debe proponer la metodología para evaluar la escalabilidad y replicabilidad del programa.

La dimensión de género y equidad debe ser integrado en la metodología de la evaluación. Todos los datos que recopile el equipo de evaluación se desglosarán por género y edad (especialmente diferenciando niñez de adolescencia). La propuesta debe presentar como el equipo propone integrar las dimensiones de género, equidad, discapacidad e interculturalidad en la evaluación.

La propuesta técnica debe incorporar una síntesis de limitaciones anticipadas y estrategias de mitigación propuestas por el equipo de evaluación.

**7.2. *Consideraciones éticas y estándares de calidad***

**Normas de evaluación**

La evaluación tendrá que estar alineada con las normas y estándares de evaluación de las Naciones Unidas y tendrá un carácter externo e independiente y será llevada a cabo de una manera objetiva, imparcial, abierta y participativa, con base en evidencia verificada empíricamente que sea válida y confiable. Asimismo, el equipo de evaluación tiene la obligación de declarar por escrito toda experiencia previa suya o de su familia que podría dar lugar a un conflicto de intereses y tratar de manera honesta los conflictos de intereses que pudieran surgir durante la evaluación.

Se espera que el equipo de evaluación cumpla con las directrices y estándares establecidos por la ONU y UNICEF. El equipo se guiará por los siguientes documentos: a) [UNICEF’s revised Evaluation Policy](https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N23/229/17/PDF/N2322917.pdf?OpenElement) (2023); b) [the United Nations Evaluation Group (UNEG) Norms and Standards for Evaluation](http://www.unevaluation.org/document/detail/1914) (2016); c) [UNEG Code of Conduct for Evaluation in the UN system](http://www.unevaluation.org/document/detail/100) (2008); d) [UN SWAP Evaluation Performance Indicator](http://www.uneval.org/document/detail/1452) (2018); e) [UNEG Guidance on Integrating Human Rights and Gender Equality in Evaluation](https://www.unevaluation.org/uneg_publications/uneg-guidance-integrating-human-rights-and-gender-equality-evaluations) (2024); f) [UNICEF-Adapted UNEG Evaluation Report Standards](https://www.unicef.org/evaluation/documents/unicef-adapted-uneg-evaluation-reports-standards) (2017); y [UNICEF guidance on disability-inclusive evaluation](https://www.unicef.org/evaluation/documents/disability-inclusive-evaluations-unicef-guideline-achieving-undis-standards) (2022).

**Aspectos éticos en la evaluación**

La evaluación debe llevarse a cabo con los más altos estándares de integridad y respeto por las creencias, usos y costumbres del entorno social y cultural; los derechos humanos y la igualdad de género; y por el principio de "no hacer daño» para la asistencia humanitaria.

Los evaluadores deberán respetar los derechos de las instituciones e individuos a proporcionar información de manera confidencial, deberán asegurarse de que los datos sensibles estén protegidos y que no se puedan rastrear hasta su origen; y deben validar las declaraciones contenidas en el informe final con quienes proporcionaron la información relevante. Los evaluadores deben obtener el **consentimiento informado** para el uso de la información privada de aquellos que la brindaron.

La evaluación deberá cumplir con la [Guía ética para evaluación del UNEG](http://www.unevaluation.org/document/detail/2866) (2020) y [el Procedimiento de UNICEF en cuanto a estándares éticos en investigación, evaluación, recolección de la información y análisis](https://www.unicef-irc.org/files/documents/d-4221-Final-Procedure-Ethical-Standards-Evidence-2021.pdf) (2021). Tal como indicado en el Procedimiento ético todos los contratistas que participen en la generación de conocimientos empíricos primarios deben haber completado una capacitación en cuestiones éticas impartida por la organización u otra de nivel similar antes del comienzo de la labor[[36]](#footnote-37). La propuesta técnica debe especificar la capacitación ya cumplida por los miembros del equipo o la capacitación prevista.

A efectos de la participación de niñas, niños y adolescentes en la presente evaluación, se deberá seguir los estándares éticos propuesto por UNICEF en el documento conocido como ERIC (Ethical Research Involving Children) que puede ser consultado en el siguiente vínculo <https://childethics.com/>. Además, de acuerdo con el Procedimiento ético de UNICEF, la participación de niños, niñas y adolescentes en este ejercicio de evaluación deberá pasar por una revisión ética a cargo de un comité de ética externo, y para lo cual se deben preparar los protocolos correspondientes.

El equipo de evaluación debe demonstrar en su propuesta técnica que tiene experiencia en diseñar e implementar la recopilación de datos primarios con beneficiarios de Programas ASH, la aplicación de herramientas para evaluar el acceso a servicios, y el manejo de sus consideraciones éticas.

***7.3. Diseminación***

El equipo evaluador presentará y discutirá, los resultados en cuatro sesiones: a) con oficiales y jefes/as de UNICEF Venezuela y de Evaluación de la Oficina Regional de UNICEF LACRO (interno); b) con integrantes de las organizaciones socias y c) con autoridades y funcionarios públicos d) actores del sistema educativo y de salud (externos). Para estas presentaciones, los evaluadores decidirán si usarán algún tipo de material audiovisual (videos, fotografías, entre otros) a fin de facilitar la comunicación de los resultados, pero, es importante que notifique desde el inicio de la evaluación, a fin de garantizar el cumplimento de las pautas, técnicas y procedimientos de UNICEF sobre el registro de fotos y videos.

Los hallazgos de la evaluación serán utilizados tanto para hacer incidencia externa como interna en UNICEF**. Externamente,** se emplearán para influir en la formulación de políticas públicas y abogar por cambios regulatorios que mejoren el acceso a servicios de agua, saneamiento e higiene, creando un entorno habilitador. Además, los resultados de la evaluación servirán para movilizar recursos adicionales, demostrando el impacto y la efectividad de las intervenciones de UNICEF. **Internamente,** los hallazgos permitirán ajustar y mejorar las estrategias y programas, asegurando que las intervenciones sean más efectivas y sostenibles. También se utilizarán para desarrollar planes y estrategias mejor alineados con las necesidades y realidades del terreno, basándose en la evidencia recopilada.

**8. Control de calidad y entregables**

La evaluación será gestionada por la sección de Planificación, Monitoreo y Evaluación (PM&E) de UNICEF en Venezuela, en coordinación con la sección de Evaluación de la Oficina Regional de UNICEF LACRO y la sección de Agua, Higiene y Saneamiento (ASH) de UNICEF Venezuela. La aprobación de los entregables será competencia de la sección de PM&E que también actúa como el primer punto de contacto para el equipo de evaluación y es responsable de la gestión y aspectos administrativos de la contratación.

Se conformará un grupo de referencia liderado por el jefe/a de Planificación, Monitoreo y Evaluación UNICEF Venezuela e integrado además por el jefe/a de Agua, Higiene y Saneamiento en Venezuela, un punto focal de evaluación de PM&E de UNICEF Venezuela, un especialista de evaluación de LACRO, un especialista de Agua, Higiene y Saneamiento de LACRO y un experto académico. La participación del área de Agua, Higiene y Saneamiento será fundamental para facilitar la labor de los evaluadores, aconsejarlos, revisar los entregables y dar retroalimentación. Este grupo de referencia se encargará de:

* Supervisar el proceso de evaluación y brindar orientación al equipo de evaluación.
* Revisar todos los productos de la evaluación conforme lo previsto en estos TDR, y asegurar la calidad de todos los entregables de acuerdo con las Normas y Estándares del UNEG y las Directrices Éticas y otros procedimientos pertinentes, verificando que las metodologías de evaluación, los hallazgos y las conclusiones sean relevantes.
* Proporcionar una sesión informativa introductoria al equipo de evaluación para asegurarse de que todos los elementos de los presentes términos de referencia se comprendan plenamente.

Los términos de referencia del grupo de referencia serán compartidos y discutidos por los miembros. El jefe/a de Agua, Higiene y Saneamiento con su equipo, se asegurará de que toda la documentación pertinente esté disponible para los consultores y ayudará a organizar las reuniones del equipo de evaluación con las partes interesadas pertinentes. El líder del equipo de evaluadores coordinará las aportaciones del equipo y será responsable de la calidad de los productos.

El equipo de evaluación trabajará en estrecha colaboración con los responsables, tanto gubernamentales como no gubernamentales, durante la evaluación. El grupo técnico de referencia aportará información específica sobre las partes interesadas y apoyará cualquier coordinación que se considere necesaria.

Todos los viajes locales deben ser discutidos y aprobados por la sección de PM&E de UNICEF en Venezuela en coordinación de la sección de Agua, Higiene y Saneamiento.

Los entregables serán los siguientes:

A. Informe inicial:

1. Presentación del contexto y objeto de evaluación (incluso el mapeo de actores e intervenciones, y el mapeo de cronograma)
2. Propósito, objetivos y alcance de la evaluación
3. Limitaciones, consideraciones éticas, derechos humanos, género y otras dimensiones.
4. Marco de evaluación (incluyendo matriz del Anexo 6)
5. Metodología completa con:

* Explicación y justificación del diseño metodológico
* Muestreo y lista de personas a entrevistar y sitios a visitar
* Métodos de recolección de datos (Instrumentos de recolección de información - cuestionario, pautas de entrevistas, etc. – deben ser añadidos en un anexo);
* Limitaciones y medidas de mitigación
* Consideraciones éticas
* Análisis de los datos (cómo se analizarán los datos, qué técnica se utilizará, software, etc.)
* Diseminación de la evaluación

1. Cronograma, descripción del rol y responsabilidades de cada miembro del equipo.
2. Entregables y control de calidad

B. Informe final (Máximo 60 páginas):

1. Resumen Ejecutivo (Máx. 5 páginas)
2. Introducción
3. Contexto y presentación del objeto de evaluación
4. Propósito, Objetivos y Alcance de la Evaluación
5. Marco de evaluación: Criterios y Preguntas de Evaluación
6. Metodología
   1. Explicación y justificación del diseño metodológico
   2. Aplicación de métodos de recolección de datos y estrategia de muestreo
   3. Aplicación de métodos de análisis
   4. Consideraciones éticas y control de calidad
   5. Limitaciones y estrategias de mitigación
7. Hallazgos (por criterio de evaluación)
8. Lecciones aprendidas y buenas prácticas
9. Conclusiones
10. Recomendaciones
11. Bibliografía
12. Anexos:

* TDR
* Teoría de cambio
* Matriz de evaluación
* Herramientas de recolección de la información
* Guías de entrevista e instrumento de encuesta
* Lista de lugares visitados y lista de entrevistados
* Lista de documentos consultados
* Examen documental y documentos de antecedentes
* Información sobre el y/o la consultor/a de evaluación
* Otros documentos pertinentes

C. Presentación de resultados de la Evaluación en PowerPoint:

Con especial énfasis en:

* Resumen metodológico
* Principales resultados
* Lecciones aprendidas
* Conclusiones
* Recomendaciones

Cada informe entregado será revisado por UNICEF Venezuela y otros actores relevantes, así como por un control de calidad de la Oficina Regional UNICEF LACRO -revisión que durará al menos 1 semana. Mediante una “matriz de comentarios” (Entregable D), el equipo de evaluación deberá integrar, reflejar y/o responder a los comentarios recibidos y entregar una versión revisada de cada informe que incorpore o refleje estos comentarios, siempre y cuando estos no tengan impacto en su independencia. El pago de cada producto sólo se hará cuando se recibe y aprueba la versión revisada del informe incorporando los comentarios recibidos de manera satisfactoria.

Los informes serán contrastados con los criterios establecidos por Unicef en su "Sistema de supervisión de informes de evaluación global" (GEROS)[[37]](#footnote-38) para verificar la calidad de todos los informes de evaluación. Es importante recalcar que el informe final debe contener recomendaciones específicas y factibles, que faciliten a UNICEF Venezuela formular el Management Response de la evaluación. De igual forma, se programará un taller de validación, a través del cual se revisen las recomendaciones emanadas de la evaluación con los actores clave, a fin de que se puedan generar acciones preliminares para responder a dichas recomendaciones.

El equipo de evaluación puede proponer otros productos de diseminación y el uso de métodos (por ejemplo, *infographics o evaluation brief*) para facilitar el uso de la evaluación. En esto caso la propuesta debe indicar claramente su costo en el presupuesto.

**9. Perfil del Equipo de Evaluación**

La empresa/institución consultora deberá acreditar al menos 5 años de experiencia en la realización de estudios y evaluaciones en el área social, preferentemente en el área de salud pública, agua, saneamiento e higiene, y educación. Además, la agencia/institución (o una institución subcontratada) debe tener experiencia demostrada de implementar encuestas y recolección de datos cualitativa en las diferentes regiones de Venezuela que cubren los programas de ASH en la escuela y establecimientos de salud.

Para llevar adelante esta evaluación se requiere un equipo multidisciplinario de consultores (tanto internacionales como nacionales) con experiencia en el diseño y la realización de evaluaciones en el tema de ASH en educación y salud, en contextos de emergencia y de Nexus. El equipo también debe incluir expertos en la implementación de encuestas por muestreo, y con experiencia en investigación cualitativa, incluso recolección de datos niños, niñas y adolescentes y el manejo de consideraciones éticas de esta recolección de datos sobre temas sensibles. Se espera que el equipo de evaluación sea mixto en términos de género y antecedentes culturales y en su conformación deberán estar, como mínimo, profesionales con conocimientos, experiencia y habilidades suficientes para desempeñarse como:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

* Líder de equipo o coordinador de la evaluación (al menos 60 días de dedicación)
* Experto en agua, saneamiento e higiene (ASH) y salud, en emergencias y en contextos de desarrollo (al menos 45 días de dedicación)

Las características mínimas requeridas se presentan en la Tabla 9. Los consultores podrían considerar una composición de equipo diferente si se justifica. El equipo tendría que explicar cómo se ocupará de aspectos de traducción e interpretación si fuese necesario. Cualquier cambio propuesto en la composición del equipo debe justificarse en la propuesta de los consultores.

**Tabla 9. Características del personal clave para la evaluación**

| **Rol** | **Característica** |
| --- | --- |
| Líder del Equipo Especialista en Evaluación | * Maestría relevante en el área de Evaluación, Estudios del Desarrollo, Investigación, Ciencias Sociales, Estadística o un campo relacionado. * Profesional en el área de las Ciencias Sociales, Estadística o un campo relacionado. * 7 a 10 años de experiencia en realización de investigaciones sociales que implican el levantamiento de información primaria utilizando técnicas cualitativas, cuantitativas o mixtas, sensibles a las cuestiones de género. * Experiencia en liderar evaluaciones (por lo menos 5 evaluaciones como líder de equipo) y debe tener 10 años de experiencia en evaluación. * Conocimientos sólidos sobre el trabajo de UNICEF en situaciones de emergencia, especialmente en relación con el acceso a la educación y el ASH de niños, niñas y adolescentes. * Experiencia en la gestión de evaluaciones en el sistema de la ONU y en la gestión de un equipo de evaluación. * Capacidades para realizar análisis estadísticos y el análisis de datos cualitativos. * Capacidad probada para producir informes de alta calidad; debe haber completado al menos dos evaluaciones de programas de alta calidad, preferiblemente en contextos de emergencia de apoyo en ASH y salud y con programas de ASH. * Experto/a en implementación de encuestas, muestreo probabilístico y análisis estadístico. |
| Experto en agua, saneamiento e higiene (ASH) y salud, en emergencias y en contextos de desarrollo | * Grado universitario (preferiblemente maestría) relevante en Ingeniería, Salud, Estudios Ambientales, Estudios del Desarrollo, Educación, otras Ciencias sociales o campos relacionados, Estudios del Desarrollo, Cooperación, Ciencias Sociales, acción humanitaria o un campo relevante a ASH en escuelas y establecimientos de salud. * 7 a 10 años de experiencia en investigación y medición de resultados y/o evaluación de programas de ASH de la niñez en acción humanitaria o del desarrollo; debe haber participado y/ completado al menos dos investigaciones y/o evaluaciones de programas de alta calidad, preferiblemente en contextos de emergencia con programas de ASH. * Experiencia supervisando programas y profesionales de ASH. * Experiencia brindando programas de ASH y salud a los niños, niñas y adolescentes y familias. * Excelente comprensión del concepto de ASH de la niñez, PCI, derechos humanos y de los desafíos de género, inclusión e interculturalidad en contextos humanitarios. * Experiencia en investigación en al área de educación y en escuelas. * Conocimientos sobre temas ASH: tratamiento de agua a nivel domiciliario, saneamiento ambiental, manejo de la higiene (de manos, menstrual, de alimentos, del entorno). * Amplia experiencia en investigación y medición de resultados de programas de ASH de los niños, niñas y adolescentes, en especial en intervenciones en situaciones de emergencia. * Conocimientos sólidos sobre el trabajo de UNICEF en situaciones de emergencia, especialmente en relación con el acceso ASH de los niños, niñas y adolescentes. * Experiencia en conducir entrevistas de campo sobre asuntos sensibles y el manejo de consideraciones éticas al respecto. * Fuerte familiaridad con la literatura internacional y temas relacionados con ASH en contextos humanitarios, incluso conocimiento y experiencia con herramientas para medir el acceso a servicios de los niños, niñas y adolescentes en escuelas y centros de salud. * Conocimiento y experiencia en la aplicación de la metodología 3 estrellas y ASH SIT, así como de ASH FIT o similares para la medición del acceso a servicios en escuelas y centros de salud (deseable). |

**Habilidades presentes en el equipo**

* Experiencia probada en facilitación y recolección de información con niños, niñas y adolescentes.
* Experiencia en el uso de técnicas de evaluación participativa en la recopilación de datos, sensible a las cuestiones de género, interculturalidad y discapacidades.
* Conocimiento de regulaciones y normas éticas de generación de evidencia en Venezuela.
* Excelente conocimiento sobre el territorio nacional, sus particularidades culturales y dinámicas territoriales.
* Excelentes habilidades de comunicación oral y escrita (español).
* Fuertes habilidades interpersonales.
* Capacidad para moverse dentro del territorio nacional.
* Sensibilidad cultural.
* Excelentes habilidades de comunicación oral y escrita (español).
* Alto conocimiento de la integración de género, equidad, inclusión, interculturalidad, derechos humanos y derechos de la niñez y de la adolescencia en las evaluaciones

Es importante que el equipo evaluador, presente una descripción del rol y responsabilidades de cada miembro del equipo y explique las competencias que posee cada miembro con base en los requerimientos del perfil del evaluador (“*matching the required skills*”).

Los consultores podrán realizar su trabajo a distancia excepto en la fase de levantamiento de información en campo y en la propuesta técnica deberá indicarse la modalidad de trabajo de cada consultor y en qué actividades. También especificar el equipo consultor que se encargará del proceso de recolección de datos en campo (en caso de que no corresponda al mismo equipo que dirige y/o coordina la evaluación)

Todos los consultores deberán conocer y respetar también los principios humanitarios con los que trabaja UNICEF y todo el sistema ONU.

Todos los consultores de evaluación deben respetar el Código de Conducta para la Evaluación del UNEG en el Sistema de las Naciones Unidas. Todas las personas contratadas bajo un contrato de servicios de UNICEF, ya sea directamente, a través de un contrato individual o indirectamente a través de un contrato institucional, estarán sujetas al Código de Conducta para Proveedores de la ONU: <https://www.ungm.org/Public/CodeOfConduct>

El equipo evaluador contratado se encargará de llevar a cabo el proceso de recolección en terreno (físicamente) asegurando que el equipo ¨recolector¨ cuente con experiencia en el contexto local venezolano, encargándose de su localización, contratación y coordinación para la obtención de los datos. Se espera que se puedan promover las capacidades locales y aprovechar la experiencia técnica y contextual de expertos, encuestadores y consultoras nacionales para este proceso.

**10. Cronograma**

La evaluación deberá realizarse en un lapso no mayor a **5-6 meses** y tentativamente se plantea la siguiente distribución de tiempos y tareas. Es de esperarse que se modifique esta distribución, por ejemplo, debido a situaciones que obstaculicen el trabajo de campo.

**Tabla 10. Distribución de tiempo y tareas**

| **Fase** | **Tarea** | **Duración** | **Entregable** |
| --- | --- | --- | --- |
| Inicial | * Reunión inicial * Identificación y revisión inicial de fuentes secundarias de información * Entrevistas iniciales * Reconstrucción de la teoría de cambio * Elaboración de diseño metodológico y plan de trabajo * Mapeo de partes interesadas, mapeo de intervenciones, y mapeo de cronograma * Diseño de muestra * Elaboración de instrumentos de recolección de datos * Presentación del informa inicial al grupo de referencia * Revisión ética | 5 semanas | Informe inicial (A) |
| * Revisión y ajustes del informe inicial | 2 semanas |
| Trabajo de campo y análisis de datos | * Piloto de la recolección de datos * Levantamiento de información en terreno (grupos focales, entrevistas, etc.) * Continuación de la revisión documental * Análisis y triangulación de datos | 7 semanas |  |
| Elaboración del informe de resultados de la evaluación | * Preparación de la primera versión (borrador) del informe * Presentación de hallazgos y lecciones aprendidas preliminares | 2 semanas | Informe de resultados en su primera versión |
| * Revisión y respuesta a comentarios | 2 semanas | Matriz de comentarios (D) |
| * Correcciones y preparación de informe final | 1 semana | Informe final (B) |
| Difusión de resultados y aprendizajes | * 3 sesiones con actores participantes (UNICEF, ONG, autoridades y funcionarios) | 2 semanas | Presentaciones en Power Point (C) |

**11. Condiciones administrativas**

Todos los trámites de viaje, incluidos los seguros y los visados, serán gestionados y pagados por la Consultoría. Por lo tanto, los costos de viaje previstos deben incluirse como una partida presupuestaria en la propuesta financiera, esto también aplicará en caso de los viajes locales realizados por el equipo ¨recolector¨ nacional. Todos los viajes locales deben ser discutidos y aprobados por UNICEF con anticipación.

El equipó evaluador trabajará en sus propias computadoras y utilizarán sus propios recursos y materiales de oficina en la ejecución de esta tarea. No se otorgará acceso a los recursos de tecnologías y comunicaciones de UNICEF, tales como computadoras portátiles y dispositivos móviles. También se encargarán de la cobertura del seguro para cualquier eventualidad durante toda la duración de la consultoría. Por lo tanto, la tarifa del contratista incluirá todos los costos administrativos de su oficina.

El pago está sujeto a la aprobación de los productos y se realizará en tres plazos:

* 20 por ciento después del Informe Inicial
* 30 por ciento después de la entrega del Informe de resultados en su primera versión
* 50 por ciento al completar todos los productos a satisfacción de UNICEF.

En caso de desempeño insatisfactorio, el pago se retendrá hasta que se presenten productos de calidad. Si la organización seleccionada no puede completar la tarea, el contrato se rescindirá mediante una carta de notificación enviada 30 días antes de la fecha de la rescisión del contrato. Mientras tanto, UNICEF iniciará otro proceso de selección para identificar al candidato adecuado.

**12. Proceso de Postulación y selección**

Para la postulación se deberá presentar una carta de presentación, una propuesta técnica metodológica detallada y una propuesta económica por separado, de acuerdo con las siguientes especificaciones:

## Propuesta técnico-metodológica

1. La propuesta debe ser presentada por una empresa, organización social o consorcio de empresas, cuya actividad sea la investigación, análisis, sistematización y evaluación en temas sociales, institucionales y económicos, entre otros. En el caso que la propuesta sea presentada por una empresa u organización de personería jurídica internacional, el equipo evaluador deberá tener en su conformación al menos un(a) evaluador(a) venezolano(a).
2. La propuesta técnica debe incluir: a) una propuesta metodológica; b) una explicación del rol de cada miembro del equipo, el nivel de esfuerzo prevista de cada miembro (en número de días de dedicación) y su adecuación con las competencias requeridas y c) la siguiente documentación:

* Presentación y portafolio de la organización postulante,
* Currículos (actualizados y con enlaces a trabajos previos relevantes a la evaluación),
* Una muestra de trabajo relevante para los requisitos de experiencia (es decir, el informe final de una evaluación realizada previamente).

1. Los documentos deben estar en formato PDF, firmados por su representante y con sello de la empresa u organización.
2. No deberá contener precios.

Las empresas u organizaciones cuyas propuestas técnicas no cumplan con todos estos serán inmediatamente rechazadas.

La propuesta técnica tendrá una ponderación de 70/100 y se evaluará tomando en cuenta los siguientes aspectos:

|  |  |
| --- | --- |
| ***Aspectos*** | ***Puntuación máxima*** |
| **I. Perfil de la organización, antecedentes, experiencia y capacidad**  -Experiencia en la implementación de evaluaciones en el tema, en este caso ASH en la escuela, ASH en establecimientos de salud y/o ASH en general (2-3 muestras de trabajo en los últimos 3 años), incluir referencias.  -Experiencia y capacidad de organizar recopilación de datos en Venezuela (regiones del país, con organismos internacionales, agencias ONU en la zona). | 5 |
| **II. Metodología, matriz de evaluación y plan de trabajo propuestos**  - Comprensión de los requisitos de la metodología  - Requerimientos/garantías éticas y de control de calidad - Cronograma realista, con metas claras y ajustado a 6 meses (máximo) - Presentar plan de trabajo con nivel de esfuerzo previsto (número de días de dedicación, para cada miembro del equipo en cada fase de la evaluación) - Considerar limitaciones/riesgos asociados (con alternativas) para cumplir con los entregables establecidos en los TDR.  - Se le dará una consideración clave a la amplitud, claridad, relevancia, lógica, rigor, realismo, practicidad, creatividad y nivel de esfuerzo. | 30 |
| **III. Perfil y capacidad del equipo** - Experiencia, calificaciones de los miembros del equipo, referencias, combinación y complementariedad de conocimientos, disponibilidad, asignación de tiempo, presencia de investigadores locales, roles/estrategia de participación y supervisión. - Consideración clave a la experiencia del líder y de los miembros del equipo: relevancia en términos de experiencia geográfica y temática; experiencia en la realización de evaluaciones en entornos humanitarios y de programas de atención psicosocial; y, experiencia en el manejo de consideraciones éticas de la investigación y recopilación de datos sobre temas psicosocial. Los CV deben incluir enlaces a evaluaciones relevantes, así como al menos tres (3) referencias para cada miembro del equipo. | 35 |
| **Puntuación total de la propuesta** | **70** |

*\*\*Solo las propuestas técnicas que reciban un mínimo de cincuenta (50) puntos serán consideradas para avanzar al proceso de evaluación de la propuesta financiera.*

## Propuesta financiera

Debe ser lo más detallada posible y debe incluir:

1. Honorarios del personal, según categoría y número de días por miembro del equipo;
2. Gastos de viaje (según las directrices de la ONU) con explicación de los supuestos presupuestarios con respecto a la planificación, la composición del equipo, el trabajo de campo, etc.;
3. Cualquier otro gasto (incluido seguro, etc.).

La propuesta financiera debe estar organizada de tal manera que refleje los insumos mostrados en la propuesta técnica y distinga entre costos fijos y estimación de costos reembolsables contra los gastos aprobados. El siguiente nivel de detalle se solicita, según el ejemplo siguiente:

A) Costos fijos.

Proporcione detalles y subtotales para cada uno de los siguientes títulos:

* Honorarios profesionales - Desarrollo de cursos. Indique el número de personas, los días-persona y la tarifa.
* Honorarios profesionales - Entrega de cursos. Indique el número de personas, los días / persona y la tarifa de todos los cursos.
* Tarifas profesionales: informe final y paquete de recursos del curso. Indique el número de personas, los días-persona y la tarifa.
* Otros

B) Gastos reembolsables

* Proporcione detalles bien definidos para todos los costos estimados que los licitantes consideran reembolsables.
* Sume el subtotal general para los elementos de costo estimado reembolsables anteriores.
* Viaje, si aplica. Tenga en cuenta que cualquier viaje se debe decidir en acuerdo mutuo con la oficina de país de UNICEF. La organización seleccionada será responsable de todos los costos de viaje: vuelos, dietas, etc. Cualquier viaje involucrado debe presupuestarse de acuerdo con las Normas de Viaje de las Naciones Unidas como límite

Se sugiere utilizar el formato en el Anexo 7 como guía en la preparación de la propuesta financiera. El formato incluye gastos específicos, que pueden o no ser obligatorios o aplicables, pero se indican para servir como ejemplos.

La cantidad total de puntos asignados para el componente de precio es 30. El número máximo de puntos se asignará a la propuesta de precio más bajo, de entre las propuestas que hayan sido consideradas para esta fase porque cumplieron con el mínimo establecido en la Propuesta Técnica.

Todas las demás propuestas de precios recibirán puntos en proporción inversa al precio más bajo.

El total, de puntos técnicos y de precios que se pueden obtener es 100.

La organización, empresa, organización social o consorcio de empresas proponente que logre el puntaje técnico y de precios combinados más alto (sujeto a cualquier negociación y los diversos otros derechos de UNICEF detallados en estos TDR) se adjudicarán el (los) contrato (s).

Se deberán enviar los documentos mencionados hasta el XX de XXXX de 2025 a la siguiente dirección de correo electrónico: xxxxxx@unicef.org indicando en el asunto el título de la consultoría

**Anexos**

1. **Anexo 1 Teoría del Cambio (Programa ASH)**

**A screenshot of a computer

AI-generated content may be incorrect.**

**A screenshot of a computer screen

AI-generated content may be incorrect.** **A screenshot of a computer

AI-generated content may be incorrect.** A screenshot of a computer

AI-generated content may be incorrect. A screenshot of a computer

AI-generated content may be incorrect.

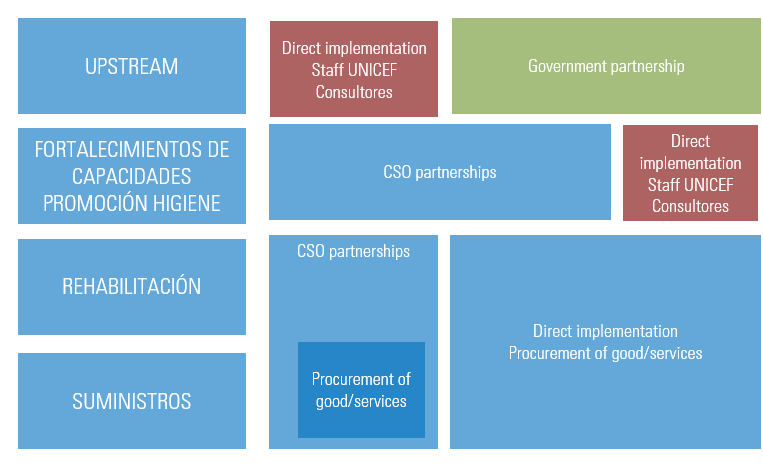
**A screenshot of a computer

AI-generated content may be incorrect.**

1. **Anexo 2 Jerarquía de indicadores de resultado (Programa ASH)**

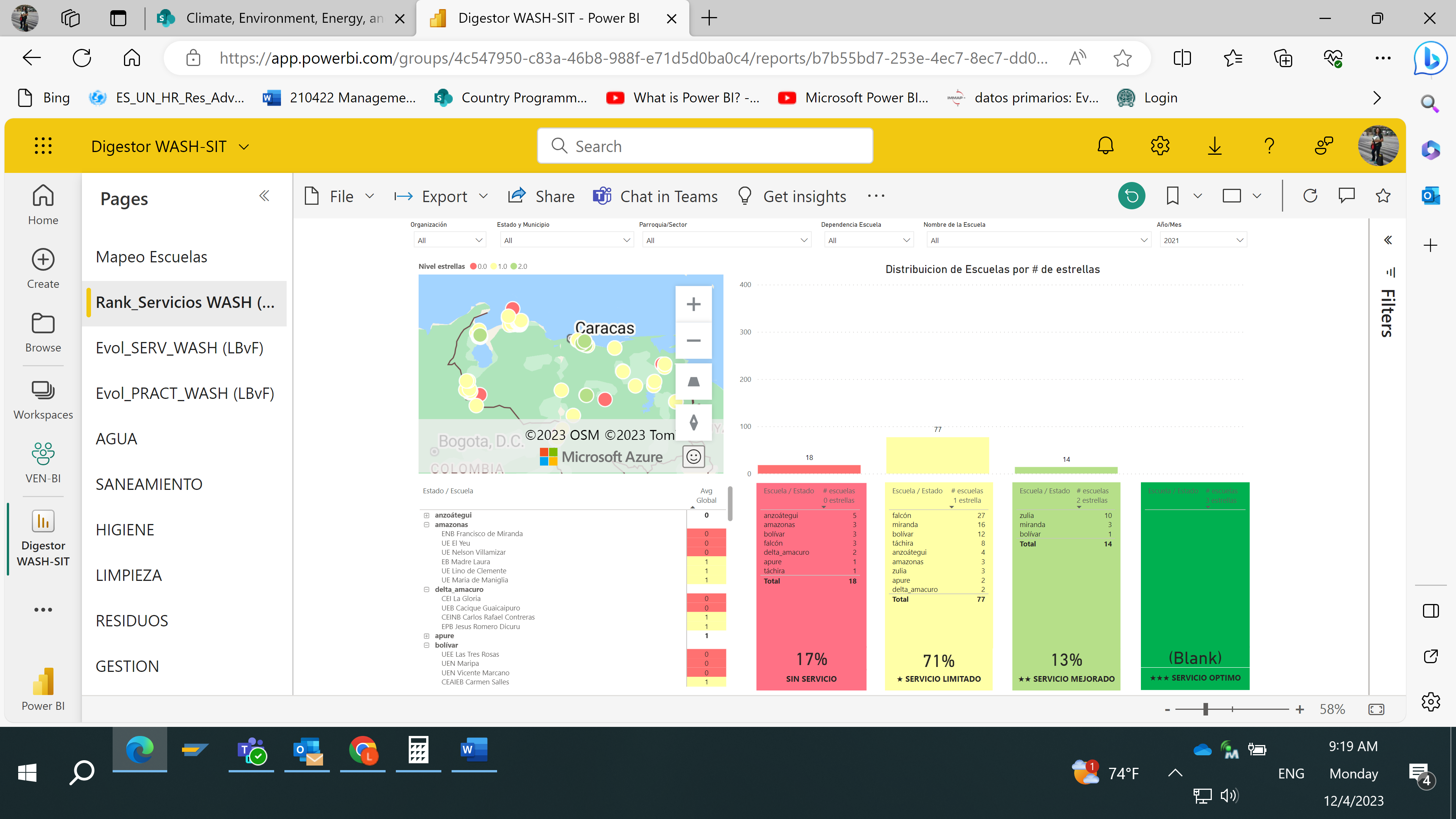
|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **OUTCOME/OUTPUTS** | **INDICADORES DE RESULTADO** | | | **INDICADORES DE PROCESOS / HRP** |
| **AL CIERRE DEL CP** | **A MEDIANO PLAZO** | **A CORTO PLAZO** |
| OUTCOME 4: ASH & CEED | 1. Número de gobiernos locales que han adoptado y aplicado estrategias locales de reducción del riesgo de desastres, de conformidad con las estrategias nacionales en la materia 2. Número de personas con acceso a, como mínimo, servicios básicos de agua potable y disponible cuando se necesite, así como a servicios básicos de saneamiento e higiene 3. Número de establecimientos (escuelas y centros de salud) que cuentan con servicios básicos de agua, saneamiento e higiene |  |  |  |
| Output 4.1: ASH en las comunidades | 4.1.1 Número de personas a las que se ha llegado con al menos servicios básicos de saneamiento a través de programas apoyados por UNICEF (CSI 4.1.1) | 4.1.1.1 Número de personas a las que se ha llegado con al menos servicios básicos de saneamiento a través de programas apoyados por UNICEF (CSI 4.1.1 – todos los puntos de datos) | 4.1.1.1.1 Porcentaje de las comunidades intervenidas en los municipios priorizados que han mejorado su acceso a agua segura y servicios de saneamiento e higiene con el apoyo de UNICEF (conexión con 4.1.2.1.1.1 y 4.1.3.1.1.1) | 4.1.1.1.1.1 Número de personas que reciben al menos servicios básicos de saneamiento a través de programas apoyados por UNICEF |
| 4.1.2 Número de personas a las que se ha llegado al menos agua básica que es segura y está disponible cuando se necesita, a través de programas apoyados por UNICEF (CSI 4.1.2) | 4.1.2.1 Número de personas a las que se ha llegado al menos con agua básica que es segura y está disponible cuando se necesita, a través de programas apoyados por UNICEF (CSI 4.1.2 – todos los puntos de datos) | 4.1.2.1.1.1 Número de personas alcanzadas con al menos agua potable que es segura y está disponible cuando la necesiten a través de Programas apoyados por UNICEF |
| 4.1.3 Número de personas a las que se ha llegado con al menos servicios básicos de higiene a través de los programas apoyados por UNICEF (CSI 4.1.3) | 4.1.3.1 Número de personas a las que se ha llegado con al menos servicios básicos de higiene a través de programas apoyados por UNICEF (CSI 4.1.3 – todos los puntos de datos) | 4.1.3.1.1.1 Número de personas que reciben al menos servicios básicos de higiene a través de programas apoyados por UNICEF |
| 4.1.4 Número de personas involucradas a través de plataformas comunitarias en un diálogo reflexivo hacia la adopción de prácticas saludables (SP...) | 4.1.4.1 Número de personas involucradas a través de plataformas comunitarias en un diálogo reflexivo hacia la adopción de prácticas saludables (SP...) | 4.1.4.1.1 Porcentaje de personas que identifican por lo menos 3 momentos claves para la práctica del lavado de manos | 4.1.4.1.1.1 Número de personas alcanzadas con actividades de cambio de comportamiento sobre prácticas ASH |
| 4.1.4.1.2 Porcentaje de cuidadores de casos SAM/MAM que identifican por lo menos 5 competencias claves de baby ASH | 4.1.4.1.2.1 Número de personas alcanzadas con actividades de cambio de comportamiento sobre prácticas ASH |
| 4.1.4.1.3 Porcentaje de padres, cuidadores y miembros de la comunidad que pueden citar razones precisas por las que la higiene es beneficiosa para el bienestar y desarrollo de niños y niñas | 4.1.4.1.3.1 Número de personas alcanzadas con actividades de cambio de comportamiento sobre prácticas ASH |
| Output 4.2: ASH en las instituciones | 4.2.1 Número de escuelas a las que se han llegado con servicios básicos de ASH, a través de programas apoyados por UNICEF (CSI 4.1.4) | 4.2.1.1 Número de escuelas a las que se han llegado con servicios básicos de ASH, a través de programas apoyados por UNICEF (CSI 4.1.4 – todos los puntos de datos) | 4.2.1.1.1 Porcentaje de escuelas priorizadas que evidencian mejoras en la calidad y continuidad de los servicios de ASH | 4.2.1.1.1.1 Número de escuelas alcanzadas con servicios básicos de agua, saneamiento e higiene a través de programas apoyados por UNICEF |
| 4.2.1.1.2 Porcentaje del personal de CDCE apoyado por UNICEF que ha adquirido competencias básicas para la promoción de prácticas ASH en sus comportamientos y prácticas | 4.2.1.1.2.1 Número de personas (de la comunidad educativa) alcanzadas con actividades de cambio de comportamiento sobre prácticas ASH en la escuela |
| 4.2.1.2 Número de personas a las que se ha llegado al menos agua básica que es segura y está disponible cuando se necesita, a través de los programas apoyados por UNICEF (CSI 4.1.2 – todos los puntos de datos) | 4.2.1.2.1 Porcentaje de niños, niños y adolescentes matriculados que acceden a servicios ASH en escuelas y espacios de protección | 4.2.1.2.1.1 Número de niños, niñas y adolescentes que acceden a servicios ASH en espacios de aprendizaje y espacios de protección |
| 4.2.1.3 Número de mujeres y adolescentes a las que se llega y cuyas necesidades de salud e higiene menstrual se abordan a través de programas apoyados por UNICEF (CSI 4.1.6 – todos los puntos de datos) | 4.2.1.3.1 Porcentaje de niñas y adolescentes mujeres escolarizadas atendidas que tienen acceso continuo y de calidad a programas de salud e higiene menstrual con el apoyo de UNICEF | 4.2.1.3.1.1 Número de mujeres y niñas adolescentes cuyas necesidades de salud e higiene menstrual se abordan a través de programas apoyados por UNICEF |
| 4.2.2 Número de establecimientos de atención de la salud a los que se han llegado con servicios básicos de ASH, a través de programas apoyados por el UNICEF (CSI 4.1.5) | 4.2.2.1 Número de establecimientos de salud a los que se han llegado con servicios básicos de ASH, a través de programas apoyados por UNICEF (CSI 4.1.5 – todos los puntos de datos) | 4.2.2.1.1 Porcentaje de centros de salud priorizados que evidencian mejoras en la calidad y continuidad de los servicios de ASH | 4.2.2.1.1.1 Número de establecimientos de salud que reciben servicios básicos de agua, saneamiento e higiene a través de programas apoyados por UNICEF |
| 4.2.2.1.2 Porcentaje de personal de salud apoyado por UNICEF que ha adquirido competencias básicas en ASH vinculadas a PCI | 4.2.2.1.2.1 Número de personas (en el área de salud) alcanzadas con actividades de cambio de comportamiento sobre prácticas ASH |
| Output 4.3: CEED | 4.3.1 Grado en que se ha desarrollado una justificación climática para el impacto del cambio climático y la escasez de agua en los servicios de ASH (CSI 4.2.4) | 4.3.1.1 Grado en que se ha desarrollado una justificación climática para el impacto del cambio climático y la escasez de agua en los servicios de ASH (CSI 4.2.4 - DP0000316 y DP0000317) |  |  |
| 4.3.2 Grado en que los niños, adolescentes y jóvenes participan en la acción y la promoción para hacer frente al cambio climático, el uso insostenible de la energía y/o la degradación del medio ambiente con el apoyo de UNICEF (CSI 4.3.2) | 4.3.2.1 Grado en que los niños, adolescentes y jóvenes participan en la acción y la promoción para abordar el cambio climático, el uso insostenible de la energía y/o la degradación del medio ambiente con el apoyo de UNICEF (CSI 4.3.2 – todos los puntos de datos) | 4.3.2.1.1 Porcentaje de NNA que desarrollan iniciativas para abordar el cambio climático, el uso sostenido de la energía y/o la degradación ambiental en sus comunidades con el apoyo de UNICEF | 4.3.2.1.1.1 Número de NNA que participan en la acción y promoción para abordar el cambio climático, el uso sostenido de la energía y/o la degradación ambiental con el apoyo de UNICEF |
| Línea reportada por DRR | 4.3.3 Grado en que los marcos de los gobiernos nacionales y locales para la preparación y/o la acción temprana/anticipatoria se actualizan para que tengan en cuenta a los niños a nivel nacional y local (CSI 4.3.3) | 4.3.3.1 Grado en que los marcos de los gobiernos nacionales y locales para la preparación y/o la acción temprana/anticipatoria se actualizan para que tengan en cuenta a los niños a nivel nacional y local (CSI 4.3.3 – todos los puntos de datos) | 4.3.3.1.1 Porcentaje de gobiernos locales apoyados por UNICEF que han desarrollado o actualizado estrategias locales de gestión de riesgos que son sensibles a la niñez y adolescencia | 4.3.3.1.1.1 Número de gobiernos locales que reciben apoyo de UNICEF para el desarrollo o actualización de sus marcos para la preparación y/o acción temprana frente a emergencias |

1. **Anexo 3 Estrategia de ASH en la Escuela**



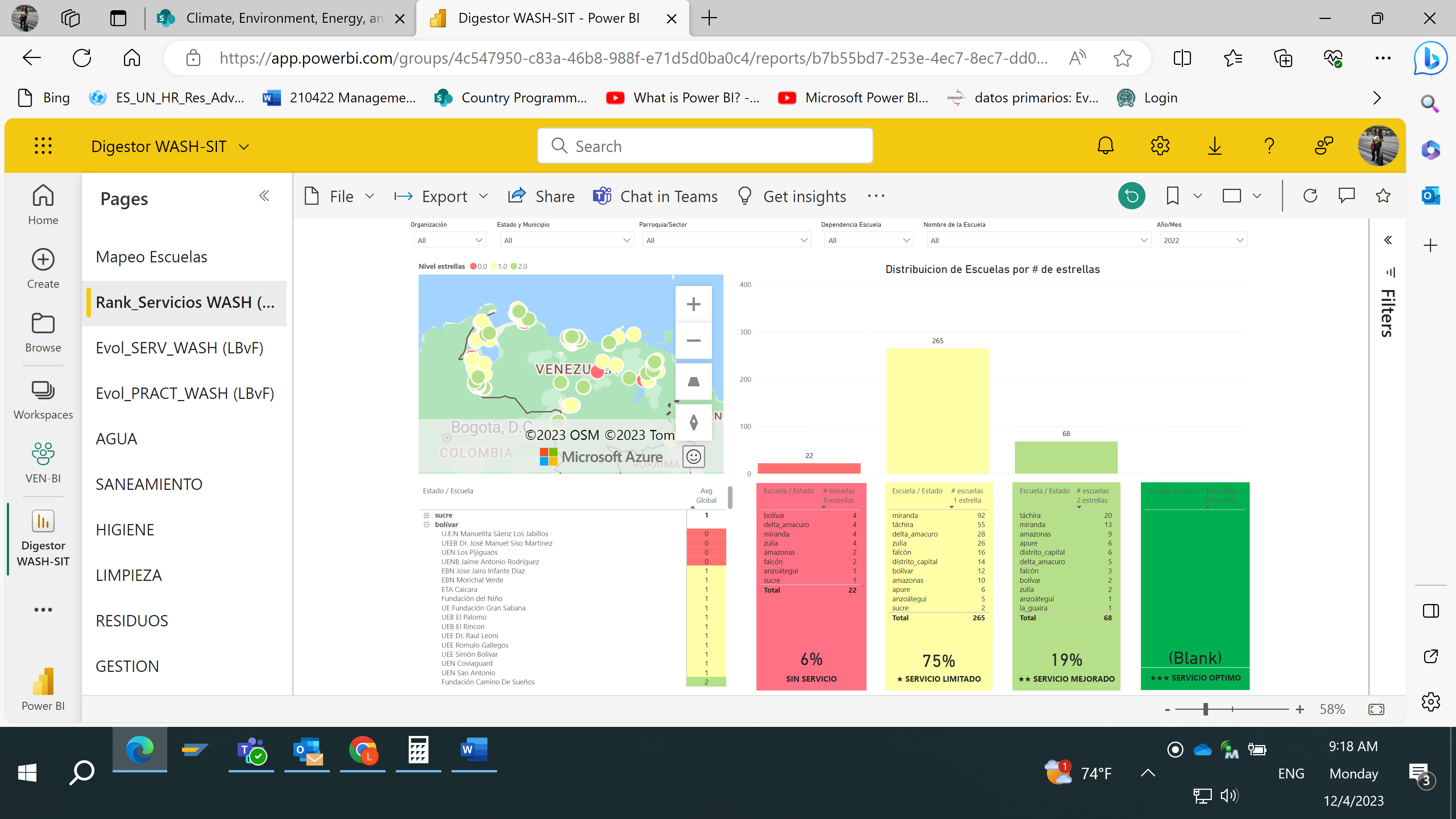
1. **Anexo 4 (Escuelas según número de estrellas)**

**UNICEF Venezuela. Distribución de las escuelas, según número de estrellas 2021**



**Fuente:** UNICEF. Base de Datos y Digestor. Power Bi 2020-2025

**UNICEF Venezuela. Distribución de las escuelas, según número de estrellas 2022**



**Fuente:** UNICEF. Base de Datos y Digestor. Power Bi 2020-2025

**UNICEF Venezuela. Distribución de las escuelas, según número de estrellas 2023**

A screenshot of a computer

AI-generated content may be incorrect.

**Fuente:** UNICEF. Base de Datos y Digestor. Power Bi 2020-2025

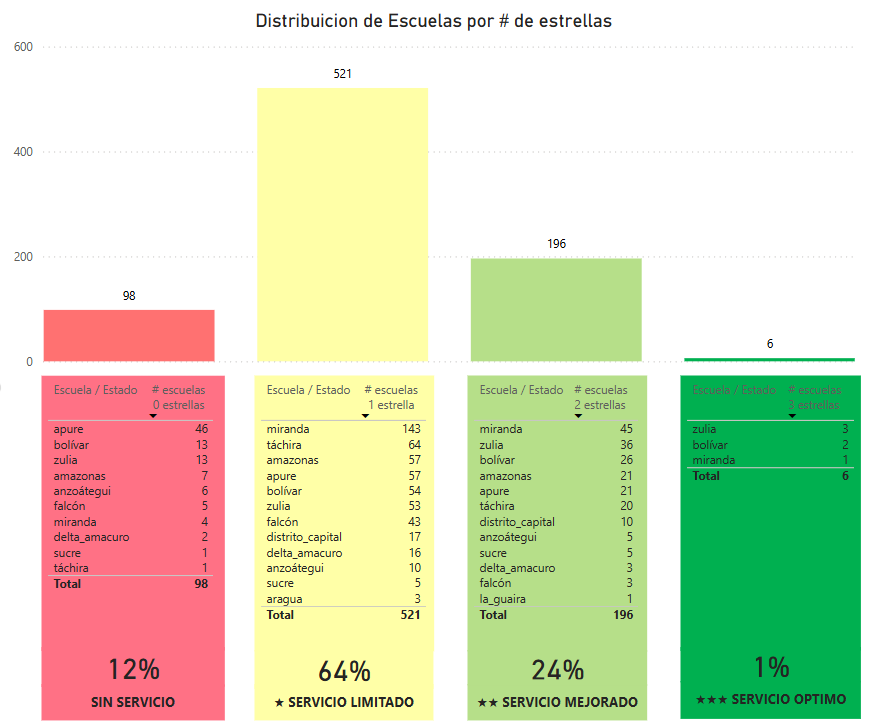
**UNICEF Venezuela. Distribución de las escuelas, según número de estrellas 2024**

A screenshot of a graph

AI-generated content may be incorrect.

**Fuente:** UNICEF. Base de Datos y Digestor. Power Bi 2020-2024

**UNICEF Venezuela. Distribución de las escuelas, según número de estrellas 2020-2025**



**Fuente:** UNICEF. Base de Datos y Digestor. Power Bi 2020-2025

1. **Anexo 5 UNICEF Venezuela. Aspectos de la evaluación**

|  |  |
| --- | --- |
| **ASH en Escuelas** | |
| **Año(s) escolar(es):** | Períodos escolares 2020-2021; 2021-2022; 2022-2023; 2023-2024; 2024-2025 |
| **Fase de implementación / Tipo de Programa:** | Apoyo al regreso a Escuelas |
| **Áreas Geográficas cubiertas** | Un total de 821 instituciones educativas, distribuidas en un total de en 13 estados a nivel nacional Amazonas, Anzoátegui, Aragua, Apure, Bolívar, Delta Amacuro, Distrito Capital, Falcón, La Guaira, Miranda, Sucre, Táchira y Zulia. |
| **Tipo de Programa ASH** | * Urbano * Rural |
| **Tipo de dependencia de escuelas** | * **Estadales** (dependen del presupuesto de las gobernaciones de cada estado) * **Municipales** (dependen del presupuesto de las alcaldías de cada municipio) * **Nacionales** (dependen directamente del Ministerio del Poder Popular para la Educación, y en cada estado son gestionadas a través de la Zona Educativa de cada estado) * **Subvencionadas** (reciben un subsidio del MPPE y otra parte es autogestionada - ej. Fe y Alegría, AVEC). * Otras |
| **Stakeholders / partes interesadas** | * Niños, niños y adolescentes y Miembros de la Comunidad * Donantes (públicos, institucionales, embajadas, instituciones financieras, etc.) * ONG socios implementadores de UNICEF * ONG del Clúster de ASH y de Educación * Monitoreo de Terceros (ej. CISOR) * Organizaciones de Base Comunitaria (ej. Mesas Técnicas de Agua, BRICOMIL, Consejos Comunales, etc.) * Agencias de las Naciones Unidas (ej. PMA, FAO) * Entidades Gubernamentales (MPPE, Centros para el desarrollo de la calidad educativa ~~Zonas Educativa~~s, Alcaldías, Gobernaciones, MINAGUAS y sus empresas hidrológicas etc.) |
| **Que NO incluye la evaluación:** | Otros componentes de ASH, tales como:   * ASH y Protección * ASH y Nutrición * Acceso al Agua * Saneamiento comunitario |

|  |  |
| --- | --- |
| **ASH en establecimientos de salud** | |
| **Año(s) escolar(es):** | Períodos escolares 2020-2021; 2021-2022; 2022-2023; 2023-2024; 2024-2025 y años respectivos |
| **Fase de implementación / Tipo de Programa:** | ASH en establecimientos de salud  ASH FIT |
| **Áreas Geográficas cubiertas** | Un total de 283 establecimientos de salud, distribuidas en un total de en 17 estados a nivel nacional: Amazonas, Anzoátegui, Apure, Barinas, Bolívar, Carabobo, Delta Amacuro, Distrito Capital, Falcón, La Guaira, Mérida, Miranda, Monagas Portuguesa, Sucre, Táchira y Zulia |
| **Tipo de Programa ASH** | * Urbano * Rural |
| **Tipo de dependencia de los establecimientos de salud** | * **Estadales** (dependen del presupuesto de las gobernaciones de cada estado) * **Municipales** (dependen del presupuesto de las alcaldías de cada municipio) * **Nacionales** (dependen directamente del Ministerio del Poder Popular para la Salud, y en cada estado son gestionadas a través de Secretarías de Salud) * Municipales * Otras |
| **Stakeholders / partes interesadas** | * Donantes (públicos, institucionales, embajadas, instituciones financieras, etc.) * ONG socios implementadores de UNICEF * ONG del Clúster de ASH y de Educación * Monitoreo de Terceros (ej. CISOR) * Organizaciones de Base Comunitaria (ej. Mesas Técnicas de Agua, BRICOMIL, Consejos Comunales, etc.) * Agencias de las Naciones Unidas (ej. PMA, FAO) * Entidades Gubernamentales (MPPS, Alcaldías, Gobernaciones, etc.) * Niños, niños y adolescentes y Miembros de la Comunidad |
| **Que NO incluye la evaluación:** | Otros componentes de ASH, tales como:   * ASH y Protección * Acceso al Agua * Saneamiento comunitario |

1. **Anexo 6: UNICEF Venezuela. Ejemplo de matriz de evaluación**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Criterio** | **Pregunta de evaluación** | **Formación del juicio**  **(criterio)** | **Indicadores** | **Fuentes de información** | **Métodos de recolección** |
| Pertinencia |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Eficiencia |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Eficacia |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Conectividad y Sostenibilidad |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Coherencia |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. **Anexo 7: UNICEF Venezuela. Formato sugerido para la presentación de la Propuesta Financiera**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Descripción de la actividad/Ítem** | **Persona propuesta**  **(Cargo/función)** | **Tarifa todo incluido (personal)** | **Nro. de días propuesto** | **Costo total en US$** |
| 1. Ítem 1: |  |  |  |  |
| 1.1 Personal |  |  |  |  |
| 1.2 Otro |  |  |  |  |
| *Subtotal Costos:* |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 2. Ítem 2: |  |  |  |  |
| 2.1 Personal |  |  |  |  |
| 2.2 Otro |  |  |  |  |
| *Subtotal Costos:* |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 3. Ítem 3: |  |  |  |  |
| 3.1 Personal |  |  |  |  |
| 3.2 Otro |  |  |  |  |
| *Subtotal costos:* |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 3.3 Costos de viaje reembolsables |  |  |  |  |
| *Subtotal Costos:* |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Gran Total** |  |  |  |  |

1. ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Comité de Derechos Económicos y Sociales. Observación General N.° 15. Derecho Al Agua. E/C.12/2002/11. 20 de enero de 2003. En: <https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2FC.12%2F2002%2F11&Lang=es>. Último acceso 25 de agosto de 2023. [↑](#footnote-ref-2)
2. Decreto N° 3.466 del 26/06/2018, publicado en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 41.427. [↑](#footnote-ref-3)
3. ENCOVI (2024). Encuesta Nacional sobre Condiciones de Vida 2023. Radiografía de la vulnerabilidad social de Venezuela y Propuestas de Políticas Públicas. Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales, Universidad Católica Andrés Bello. En: <https://cdn.prod.website-files.com/5d14c6a5c4ad42a4e794d0f7/65f8aa0a4054c8b7a93fe274_Presentacio%CC%81n%20ENCOVI%202023%20integrada%20prensa%20v1303%20(1).pdf> Última vez consultado el 25 de febrero de 2025. [↑](#footnote-ref-4)
4. Naciones Unidas Venezuela (2025). Agua limpia y saneamiento. En: <https://venezuela.un.org/es/sdgs/6> Última vez consultado el 25 de febrero de 2025 [↑](#footnote-ref-5)
5. UNOCHA (2024). Venezuela: Informe de situación, enero-febrero 2024. En: <https://www.unocha.org/publications/report/venezuela-bolivarian-republic/venezuela-informe-de-situacion-enero-febrero-2024> Última vez consultado el 25 de febrero de 2025. [↑](#footnote-ref-6)
6. UNOCHA (2023). Plan de Respuesta Humanitaria Venezuela. En: <https://venezuela.un.org/sites/default/files/2022-08/PLAN_DE_RESPUESTA_HUMANITARIA_2022_23.pdf> Última vez consultado el 25 de febrero de 2025. [↑](#footnote-ref-7)
7. Caleidoscopio Humano (2023). OVSP: Nuevos datos revelan cambios en la tendencia de opiniones positivas sobre servicios públicos. En: <https://caleidohumano.org/ovsp-nuevos-datos-revelan-cambios-en-la-tendencia-de-opiniones-positivas-sobre-servicios-publicos/> Última vez consultado el 25 de febrero de 2025. [↑](#footnote-ref-8)
8. CEDICE (2020). Monitor de Servicios Públicos. Observatorio Gasto Público CEDICE. En: <https://cedice.org.ve/ogp/wp-content/uploads/2022/12/2020_JUL_Monitoreo_SP_VF.pdf> Última vez consultado el 25 de febrero de 2025. [↑](#footnote-ref-9)
9. OEP (2024). Persiste problemática de gestión de desechos sólidos en el país. Observatorio de Ecología Política de Venezuela. En: <https://ecopoliticavenezuela.org/2024/06/07/persiste-problematica-de-gestion-de-desechos-solidos-en-el-pais/> Última vez consultado el 25 de febrero de 2025. [↑](#footnote-ref-10)
10. Fundación Instituto de Ingeniería para Investigación y Desarrollo Tecnológico (2020). Nota Técnica Gestión Integral de Residuos Sólidos Urbanos en Venezuela, del Problema a la Oportunidad (Parte 2). Contexto Legal y acciones emprendidas. En: <https://www.fii.gob.ve/gestion-integral-de-residuos-solidos-urbanos-en-venezuela-del-problema-a-la-oportunidad-parte-2-contexto-legal-y-acciones-empredidas/> Última vez consultado el 25 de febrero de 2025. [↑](#footnote-ref-11)
11. OMS; UNICEF; JMP (2022). Avances en materia de agua para consumo, saneamiento e higiene en las escuelas actualización de los datos de 2000 a 2021. En: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/365222/9789240062849-spa.pdf> Última vez consultado el 25 de febrero de 2025. [↑](#footnote-ref-12)
12. La línea de salida solo es aplicada a escuelas qué reciben apoyo integral en función de mejorar el acceso a servicios ASH. [↑](#footnote-ref-13)
13. UNICEF (2025). Encuesta ASH SIT para el ranking de servicios ASH en escuelas. En: Servidor privado de Power Bi UNICEF (por favor solicite acceso). Última vez consultado el 11 de marzo de 2025. [↑](#footnote-ref-14)
14. Monitor Salud (2023). Informe ¿Salud sin agua?, sobre la situación del agua y los insumos en los establecimientos de salud. En: https://redsindicalvenezolana.com/2023/11/23/agua-insumos-y-proteccion-lo-que-les-falta-a-los-centros-de-salud-de-venezuela/ Última vez consultado el 25 de febrero de 2025. [↑](#footnote-ref-15)
15. UNICEF Venezuela (2025). ASH FIT en establecimientos de salud para el ranking de servicios ASH. En: Servidor privado de Power Bi UNICEF (por favor solicite acceso). Última vez consultado el 11 de marzo de 2025. [↑](#footnote-ref-16)
16. La línea de salida solo es aplicada a establecimientos qué reciben apoyo integral en función de mejorar el acceso a servicios ASH. [↑](#footnote-ref-17)
17. *Establecimientos de tercer nivel*: son hospitales que brindan servicios especializados y sub-especializados. Estos centros cuentan con tecnología avanzada y personal altamente capacitado para tratar enfermedades complejas. Entre los servicios que ofrecen se encuentran la cirugía especializada, cuidados intensivos, tratamientos oncológicos y neurología avanzada. Estos hospitales juegan un papel crucial en el sistema de salud, proporcionando atención integral y de alta calidad a los pacientes que requieren intervenciones médicas sofisticadas*. Establecimientos de cuarto nivel:* son los más avanzados y especializados dentro del sistema sanitario. Estos centros están equipados con tecnología de punta y cuentan con equipos multidisciplinarios altamente capacitados para atender casos extremadamente complejos. Entre los servicios que ofrecen se encuentran los institutos de investigación médica, centros de trasplante de órganos y hospitales universitarios con programas de formación avanzada. Estos hospitales son centros de referencia tanto a nivel nacional como internacional, y desempeñan un papel crucial en la atención de pacientes que requieren intervenciones médicas de máxima complejidad. Gaceta Oficial (2020). resolución del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS). En: <https://www.ghm.com.ve/wp-content/uploads/2020/01/41796.pdf> última vez consultado en 08 de abril de 2025. [↑](#footnote-ref-18)
18. ASH FIT (2025). ASH FIT en español. En: [https://www.ASHinhcf.org/ASH-fit-espanol/](https://www.washinhcf.org/wash-fit-espanol/) Última vez consultado en 06 de marzo de 2025. [↑](#footnote-ref-19)
19. MPPE-FUNDABIT. *Cada Familia una Escuela 2020-2021*. En: http://cadafamiliaunaescuela.fundabit.gob.ve/ [↑](#footnote-ref-20)
20. MPPE-MINCI. http://www.minci.gob.ve/wp-content/uploads/2021/10/VF.PLAN-VICTORIA-BICENTENARIA-3.pdf [↑](#footnote-ref-21)
21. UNICEF; WHO (2024). Marco de Acción Mundial 2024-2030. Servicios universales de agua, saneamiento, higiene, desechos y electricidad en todos los establecimientos de salud para lograr servicios de atención de salud de calidad En: [https://www.ASHinhcf.org/wp-content/uploads/2024/05/Global-framework-2024-2030.pdf](https://www.washinhcf.org/wp-content/uploads/2024/05/Global-framework-2024-2030.pdf) Última vez consultado en 06 de marzo de 2025. [↑](#footnote-ref-22)
22. Escuelas públicas, que incluyen educación inicial, educación primaria y educación secundaria. [↑](#footnote-ref-23)
23. El Enfoque Tres Estrellas para ASH en las escuelas está diseñado para promover la eficacia de los programas de cambio de comportamientos de higiene, al tiempo que garantiza que las escuelas cumplan con los criterios esenciales para proporcionar un entorno saludable para los niños. El enfoque se desarrolló en respuesta a análisis recientes de cuellos de botella de los programas ASH en las escuelas en todo el mundo y se basa en programas exitosos como *Fit for School*, programa apoyado por GIZ. En el Enfoque Tres Estrellas, se alienta a las escuelas a tomar medidas sencillas para garantizar que todos los estudiantes se laven las manos con jabón, tengan acceso a agua potable y dispongan de baños limpios, separados por género y adaptados a los niños en la escuela todos los días. [↑](#footnote-ref-24)
24. Escuelas ingresadas con línea de base de forma progresiva desde 2020 hasta 2025 [↑](#footnote-ref-25)
25. Escuelas ingresadas con línea de salida de forma progresiva desde 2020 hasta 2025 (42% de las ingresadas por la línea de salida). [↑](#footnote-ref-26)
26. El Enfoque de ASH FIT en los establecimientos de salud está diseñado para mejorar y mantener la infraestructura y los servicios de agua, saneamiento e higiene en los establecimientos de salud, especialmente en países de ingresos bajos y medianos. Este enfoque basado en riesgos proporciona una guía práctica para evaluar y mejorar continuamente estos servicios, asegurando una mejor calidad de atención sanitaria. Además, ASH FIT incluye la gestión de desechos de salud y promueve la colaboración entre diferentes sectores para implementar soluciones sostenibles. ASH [↑](#footnote-ref-27)
27. Establecimientos de salud ingresados con línea de base de forma progresiva desde 2020 hasta 2025 [↑](#footnote-ref-28)
28. Establecimientos de salud ingresados con línea de salida de forma progresiva desde 2020 hasta 2025 (38% de las ingresados por la línea de salida). [↑](#footnote-ref-29)
29. *Intervenciones downstream: Estas se centran en la implementación directa y en la provisión de servicios a nivel comunitario o institucional. Incluyen actividades como la construcción de infraestructura de agua y saneamiento, la capacitación en higiene, y la distribución de suministros necesarios para mantener prácticas higiénicas. El objetivo es abordar las necesidades inmediatas y mejorar las condiciones de vida de las personas en el corto plazo (UNICEF).* [↑](#footnote-ref-30)
30. *Intervenciones upstream: Estas se enfocan en las políticas, la planificación y la creación de un entorno favorable para la sostenibilidad de los servicios ASH. Incluyen la colaboración con gobiernos y autoridades para desarrollar marcos regulatorios, políticas públicas, y estrategias a largo plazo que aseguren el acceso continuo y seguro a servicios de agua, saneamiento e higiene. El objetivo es crear un impacto duradero y estructural que beneficie a las comunidades a largo plazo (UNICEF).* [↑](#footnote-ref-31)
31. OECD/DAC Network on Development Evaluation. *Better Criteria for Better Evaluation. Revised Evaluation Criteria.*

    *Definitions and Principles for Use*. En: <http://www.oecd.org/dac/evaluation/revised-evaluation-criteria-dec-2019.pdf>. Última revisión 15 de septiembre 2023. [↑](#footnote-ref-32)
32. ALNAP. *Guía de evaluación de la acción humanitaria*. En: <https://www.alnap.org/system/files/content/resource/files/main/es-alnap-eha-guide-2016.pdf>. [↑](#footnote-ref-33)
33. UNEG (2016). *Normas y Estándares para evaluación*. En: <http://www.uneval.org/document/detail/1914>. [↑](#footnote-ref-34)
34. UNEG (2014). *Integración de los Derechos Humanos y la Igualdad de Género en la Evaluación*. En: <http://www.uneval.org/document/detail/1616>. Disability-inclusive evaluations in UNICEF: Guideline for achieving UNDIS standards, UNICEF, 2023. En: <https://www.unicef.org/evaluation/documents/disability-inclusive-evaluations-unicef-guideline-achieving-undis-standards>. [↑](#footnote-ref-35)
35. Se espera que esta herramienta pueda revisarse en el marco de la fase de incepción. [↑](#footnote-ref-36)
36. La siguiente capacitación [Introducción a la ética en la generación de pruebas’](https://agora.unicef.org/course/info.php?id=7449) en español o Introduction to Ethics in Evidence Generation (Staff and Project Managers) (https://agora.unicef.org/course/info.php?id=33000) cumple con el requisito. Pero, cursos alternativos también son aceptables. [↑](#footnote-ref-37)
37. Véase: UNICEF-Adapted-UNEG-Evaluation-Report-Standards.pdf [↑](#footnote-ref-38)