

**Bases para el Concurso 003 - 2006 CARE PERU  
SEGUNDA CONVOCATORIA<sup>1</sup>**

**SELECCIÓN DE FIRMAS O CONSULTORES ESPECIALIZADOS EN  
EVALUACIÓN E INVESTIGACIÓN PARA EL PROGRAMA  
“FORTALECIMIENTO DE LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SIDA Y LA  
TUBERCULOSIS EN EL PERÚ”**

- Item 3: Tercera medición de indicadores del Objetivo 5 del componente VIH: Sub-Estudio cuanti-cualitativo y de percepciones respecto a la CONAMUSA y COREMUSAS
- Item 4: Tercera medición de indicadores de los Objetivos 1 y 3 del componente TB: Sub-estudio cuanti-cualitativo sobre la prevención y control de la Tuberculosis y la TB-MDR en el sistema sanitario y en el contexto comunitario

**I. GENERALIDADES**

**1 ORGANISMO QUE CONVOCA**

- 1.1 CARE Perú es un organismo privado e internacional sin fines políticos, religiosos, ni lucrativos, constituido para ayudar a los sectores menos favorecidos de los países en vías de desarrollo. Care Perú fue constituido en el Perú por Resolución Suprema No. 433, de fecha 31 de agosto de 1970, expedida en atención a la nota No. 289 del 13 de Julio de 1970 de la Embajada de los Estados Unidos de América.
- 1.2 Care Perú bajo los alcances de los programas “Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA en el Perú” y “Fortalecimiento de la Prevención y Control de la Tuberculosis en el Perú”, convenios entre The Global Fund y Care Perú como “Principal Recipient”; respectivamente:  
Grant Number: PER – 202 – G01 – H  
Grant Number: PER – 202 – G02 – T
- 1.3 De la entidad convocante: CARE Peru estará encargado de llevar a cabo un proceso competitivo y transparente para seleccionar las personas jurídicas o naturales que ejecutarán los sub-estudios comprendidos en la tercera medición de indicadores del Programa “Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y la Tuberculosis en el Perú” mediante las siguientes tareas:
- Elaborar y consensuar con SR y contrapartes técnicas los términos de referencia
  - Organizar el proceso competitivo de acuerdo a los procedimientos aprobados por el Fondo Mundial (Concurso)
  - Realizar la convocatoria vía un medio impreso de circulación nacional
  - Asegurar y dar soporte logístico a los Comités de Adjudicaciones y Técnico – Evaluadores para la revisión de las propuestas que se presenten al Concurso
  - Otorgar la Buena Pro a las personas jurídicas o naturales (ie. Contratistas) que ejecutarán los sub-estudios

---

<sup>1</sup> En la primera convocatoria del Concurso 003-2006 se asignó el estudio correspondiente al ítem 2. Posteriormente, en el Concurso por Invitación 004-2006 se asignó el estudio correspondiente al ítem 1.

- Conformar y formar parte del Comité Técnico Permanente que realizará la supervisión y seguimiento de la ejecución de los sub-estudios y realizará la revisión y aprobación de los productos a ser elaborados por los contratistas en el marco de la tercera medición de indicadores del Programa "Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y la Tuberculosis en el Perú"

## **2 ORGANISMOS QUE CONTRATAN**

2.1 Los organismos contratantes serán los Sub-Receptores de los objetivos que serán beneficiados por cada uno de los sub-estudios, de acuerdo a la siguiente distribución:

- Item 3: El Centro Ecuménico Rosa Blanca, organismo privado sin fines de lucro. Aporta el 100% del monto total del contrato por este ítem.
- Item 4: ADRA PERU, organismo privado sin fines de lucro. Aporta el 100% del monto total del contrato por este ítem.

2.2 De las entidades contratantes: Estarán encargadas de elaborar y supervisar, en coordinación con CARE Peru, el respectivo contrato a cada una de las personas jurídicas ó naturales que resultaren ganadores de la Buena Pro del proceso competitivo convocado por CARE Peru.

2.3 Otras tareas que llevarán a cabo las entidades contratantes durante la ejecución del estudio serán las siguientes:

- Firmar mediante su Representante legal cada uno de los contratos respectivos
- Realizar la cancelación de los productos respectivos de acuerdo a lo establecido en las bases administrativas y términos de referencia del Concurso 003-2006 Segunda Convocatoria y contrato respectivo, en función a:
  - Definición del producto entregado y aprobado por el Comité Técnico Permanente
  - Monto y porcentaje señalado en las bases y términos de referencia
  - La constatación de la aprobación de cada producto, mediante acta firmada por los miembros del Comité Técnico Permanente
- Las entidades contratantes y el Comité Técnico Permanente tienen el derecho de supervisar con la periodicidad que estimen oportuna el estado y avance de los productos referidos a los sub-estudios, pudiendo solicitar información a los contratistas acerca de los mismos y formular observaciones que consideren convenientes. Se entiende que la supervisión no implica aprobación total de los trabajos ni de sus resultados parciales
- Las entidades contratantes sólo podrán realizar modificaciones al contrato a solicitud del Comité Técnico Permanente, mediante acta firmada por sus miembros

## **3 BASE LEGAL**

3.1 Esta convocatoria se rige por el Convenio de Donación entre el Fondo Mundial y CARE Perú de fecha 1 de Junio del 2006; por los Convenios firmados entre CARE Peru y los Sub-Receptores beneficiarios de los sub-estudios concursados en el presente proceso; así como por lo dispuesto en las bases de esta Convocatoria.

## **4 OBJETO**

4.1 Item 3: Seleccionar un/a consultor/a que realice la Tercera Medición de los Indicadores de Resultado e Impacto del Programa Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y la Tuberculosis en el Perú para el Objetivo 5 del componente VIH, Sub-Estudio cuanti-cualitativo y de percepciones respecto a la CONAMUSA y COREMUSAS

4.2 Item 4: Seleccionar una firma consultora o equipo de consultores que realice la Tercera Medición de los Indicadores de Resultado e Impacto del Programa Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y la Tuberculosis en el Perú para los Objetivos 1 y 3 del componente Tuberculosis: Sub-estudio cuanti-cualitativo sobre la prevención y control de la Tuberculosis y la TB-MDR en el sistema sanitario y en el contexto comunitario

## **5 PLAZO DE EJECUCION**

5.1 Item 3: 42 días calendario no consecutivos.

5.2 Item 4: 56 días calendario no consecutivos.

## **6 IDIOMA**

6.1 Las propuestas se deben presentar solamente en idioma castellano.

## **7 COBERTURA GEOGRÁFICA**

7.1 La consultoría se llevará a cabo en las ciudades de Lima-Callao e Ica ó Chimbote para el ítem 3 y Lima-Callao y una ciudad adicional a propuesta del postor para el ítem 4, de acuerdo a las especificaciones de los Términos de Referencia (Anexo G para el Ítem 3 y Anexo H para el Ítem 4)

## **8 VALOR REFERENCIAL**

8.1 Item 3: El valor referencial es de NUEVE MIL SETESCIENTOS CINCUENTA CON 00/100 NUEVOS SOLES S/. 9,750.00, incluido el Impuesto a la Renta y otros de ley para personas naturales.

8.2 Item 4: El valor referencial es de CUARENTICINCO MIL CIENTO VEINTE CON 00/100 NUEVOS SOLES S/. 45,120.00, incluido el IGV para personas jurídicas o el Impuesto a la Renta y otros de ley para personas naturales.

## **9 FUENTE DE FINANCIAMIENTO**

9.1 El financiamiento proviene del Convenio de Donación entre el Fondo Mundial y CARE Perú de fecha 1 de Junio de 2006 y de los respectivos convenios parciales de ejecución de objetivos entre CARE Perú y los Sub-Receptores del Programa, de acuerdo al siguiente detalle:

9.2 Item 3: Convenio N° VIH-5-Fase II entre CARE Peru y el Centro Parroquial Ecuménico Rosa Blanca, de Fecha 22 de Diciembre de 2005.

9.3 tem 4: Convenio N° TB 1-Fase II entre CARE Peru y ADRA PERU, de Fecha 26 de Junio de 2006.

## **10 SISTEMA Y MODALIDAD**

10.1 La Contratación de la consultoría objeto de la presente convocatoria será realizada bajo el sistema de precios a suma alzada

## **11 CALENDARIO DEL PROCESO**

<b>Actividad</b>	<b>Fecha</b>
1. Publicación de convocatoria	19 Noviembre 2006
2. Acceso a bases (5:00 pm)	21 Noviembre 2006
3. Recepción de consultas	27 Noviembre 2006
4. Absolución de consultas y acceso a respuestas en página WEB (5:00 pm)	28 Noviembre 2006
5. Recepción de expedientes institucionales y propuestas (4:00 pm)	11 Diciembre 2006
6. Presentación de postores elegidos, evaluación y selección	13 Diciembre 2006
7. Publicación de resultados en página WEB (5:00 pm)	15 Diciembre 2006
8. Suscripción de contratos entre Sub-Receptores beneficiarios de los estudios y ganadores de la Buena Pro	20 Diciembre 2006

## **12 REQUISITOS DE LOS POSTORES**

- 12.1 Pueden presentarse como postores las personas jurídicas acreditadas como tal y constituidas legalmente en el Perú así como personas naturales con equipos calificados que brinden consultoría en estudios de línea de base y evaluación de proyectos sociales, con comprobada experiencia, de acuerdo a lo solicitado en los términos de referencia de cada ítem.
- 12.2 En el caso de las personas jurídicas, la representación de la propuesta, firma de contrato y todo otro acto de carácter legal será ejercida por el Representante Legal.
- 12.3 En el caso de las personas naturales, la representación de la propuesta, firma de contrato y todo otro acto de carácter legal será ejercida por el consultor principal.
- 12.4 Un mismo postor podrá presentarse a uno o a más ítems del presente concurso con una ó más propuestas para cada ítem.
- 12.5 Una misma persona jurídica podrá ganar uno o más ítems de este concurso, siempre y cuando se trate de propuestas con equipos diferentes.
- 12.6 En el caso de personas naturales, un mismo equipo principal podrá presentarse a uno o más ítems de este concurso, pero sólo podrá ganar uno de ellos. De ser el caso, se tomará como válida la propuesta del mismo equipo principal que obtenga el mayor puntaje en la evaluación técnica.
- 12.7 Los postores participantes deberán cumplir con todos los requerimientos exigidos en los términos de referencia (Anexo G para el Ítem 3 y Anexo H para el Ítem 4), todos sus anexos y documentos complementarios que forman parte de las presentes Bases.
- 12.8 Es requisito para ser postor no estar comprendido en ninguno de los impedimentos señalados en las presentes Bases.

- 12.9 Están impedidos de ser postores y/o contratistas las personas siguientes:
- 1) El cónyuge, conviviente o los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad de las siguientes personas.
    - a. Las personas jurídicas o naturales cuyos apoderados o representantes legales sean cónyuge, conviviente o parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad de las personas que pertenecen al equipo de gestión del programa del Receptor Principal del programa ni a equipos de gestión de los Sub-Receptores.
    - b. Las personas naturales o jurídicas precedentes que tengan una participación superior al cinco por ciento del capital o patrimonio social de la entidad convocante ó de las entidades contratantes, dentro de los veinticuatro meses anteriores a la correspondiente convocatoria.
    - c. La persona natural o jurídica que haya participado como tal en la elaboración de la información técnica previa que da origen al presente proceso privado de selección y sirve de base para el objeto del contrato.
  - 2) Los postores no podrán presentarse asociados temporalmente en consorcios o bajo cualquier otra forma de colaboración empresarial.
- 12.10 Un(a) consultor(a) de una organización que es parte de un Sub-Receptor del Programa (sea líder o miembro de un consorcio Sub-Receptor) sólo podrá presentarse en un equipo consultor que aplique a un ítem que NO corresponda al objetivo que ejecuta dicho Sub-Receptor.
- 12.11 Una organización que es parte de un Sub-Receptor del Programa (sea líder o miembro de un consorcio Sub-Receptor) sólo podrá aplicar a un ítem que NO corresponda al objetivo que ejecuta dicho Sub-Receptor.

## **II ACTIVIDADES DE LA CONVOCATORIA**

### **13 PUBLICACIÓN DE LA CONVOCATORIA AL CONCURSO**

- 13.1 El concurso será informado a través de una convocatoria pública y difundida en un medio escrito de circulación nacional el día 19 de Noviembre, luego de la aprobación del Comité de Adquisiciones.
- 13.2 Desde el 21 de Noviembre hasta el 7 de Diciembre, se encontrará a disposición de los postores interesados un CD conteniendo información sobre la primera y la segunda medición de indicadores que ya se ha realizado para el Programa "Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y la Tuberculosis en el Perú" (Anexo P de las presentes bases). El lugar donde se podrá recabar este CD informativo será la sede de CARE Perú (General Santa Cruz 659, Jesús María Lima 11), en el horario de 9:00 a 4:00 pm de lunes a viernes.

### **14 RECEPCION DE CONSULTAS**

- 14.1 Las consultas se realizarán únicamente por correo electrónico el 27 de Noviembre, según cronograma de actividades dirigiéndose a la siguiente dirección: [consultas@care.org.pe](mailto:consultas@care.org.pe). Escribir en Asunto/Título del mail: Convocatoria para Medición de Indicadores -II Ronda-Consulta y empezar el mensaje con el título del ítem de interés.

### **15 ABSOLUCION DE CONSULTAS**

- 15.1 El Comité de Adjudicación absolverá las consultas, aclarará las bases o se pronunciará sobre las solicitudes, según corresponda, mediante un pliego absolutorio que se hará de

conocimiento de todos los interesados en forma simultánea y general, a través de la página web del programa / CARE Perú

<http://www.care.org.pe/websites/fondomundial/segavan3.htm>

15.2 El pliego absolutorio publicado en la pagina web de CARE PERU es definitivo e irrevisable, y contra ello no procede impugnación alguna.

15.3 Se recomienda revisar asimismo el pliego de absolución de consultas publicado en la primera convocatoria del Concurso 003-2006, el cual se encuentra publicado en la página WEB

[http://www.care.org.pe/websites/fondomundial/pdfs/Licitaciones2006/CONSULTAS\\_CONCURSO\\_003%20final.pdf](http://www.care.org.pe/websites/fondomundial/pdfs/Licitaciones2006/CONSULTAS_CONCURSO_003%20final.pdf)

ó por la ruta (identificar casillero del Concurso 003-2006):

<http://www.care.org.pe/websites/fondomundial/segavan3.htm>

15.4 Las consultas absueltas así como toda aclaración o enmienda contenidas en el pliego absolutorio formarán parte integrante de las Bases y de las condiciones del contrato, consecuentemente si la propuesta presentada no se adecua a lo absuelto y aclarado, se tendrá como no presentada.

15.5 El postor que no acceda al pliego absolutorio, quedará obligado a aceptarlo como válido.

15.6 El pliego absolutorio estará a disposición de los interesados a partir del día 28 de Noviembre de 2006, en la página Web de CARE Perú.

15.7 Queda establecido, bajo cualquier circunstancia, que lo informado por la entidad convocante a través de su página web es de conocimiento de todos y cada uno de los postores.

#### **IV. CONDICIONES DE CARÁCTER TÉCNICO ECONÓMICO**

##### **16 PLAZO DE VALIDEZ DE LA OFERTA**

16.1 La oferta tendrá validez hasta la suscripción del contrato, que regirá a partir de la fecha en que se realice la apertura del sobre y se presentará en Nuevos Soles, salvo que se presente una Prorroga o Postergación, en virtud de lo cual no se contarán los días que dure la postergación.

##### **17 GARANTIA DE FIEL CUMPLIMIENTO**

17.1 Si el postor que obtenga la Buena Pro en el ítem 4 es **persona jurídica**, entregará antes de la suscripción del Contrato y como requisito indispensable para poder suscribirlo una Carta Fianza de Garantía de Fiel Cumplimiento 20% del monto del contrato, incondicional, solidaria, irrevocable y de realización automática en el país, emitida por entidad bancaria supervisada por la Superintendencia de Banca y Seguros.

17.2 La Carta Fianza de Garantía de Fiel Cumplimiento deberá tener vigencia hasta 30 días posteriores a la aprobación de la liquidación final del Contrato.

17.3 Si el postor que obtenga la Buena Pro en el ítem 4 es **persona natural**, entregará antes de la suscripción del Contrato y como requisito indispensable para poder suscribirlo una letra de cambio de 20% del monto del contrato. La fecha de vencimiento de esta Letra de Cambio se encontrará en blanco.

## 18 PLAZO DE LA PRESTACIÓN

18.1 Las prestaciones se iniciarán a la firma del contrato y concluirá a la entrega a satisfacción del Comité Técnico Permanente, del último producto concertado (ver plazos máximos de ejecución por ítem en el acápite 5 de estas bases).

## 19 CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

19.1 La conformidad de los productos del servicio será otorgada por del Comité Técnico Permanente constituido de manera ad-hoc para realizar el seguimiento y la aprobación de los productos de este Concurso, en coordinación con el equipo de gestión de CARE Perú y los equipos técnicos de cada Sub-Receptor.

## 20 FORMA DE PAGO

20.1 Cuadro de pagos y productos del Ítem 3 (incluye impuestos de ley)

Producto	Fecha de Entrega	Costo en S/.	%
Firma del contrato	20 Diciembre 2006		
Entrega de Plan de Trabajo	10 de Enero 2007		
Plan de Trabajo aprobado por Comité Técnico	15 Enero 2007	6338	65
Informe Preliminar de Resultados del estudio	20 Febrero 2007		
Informe Preliminar de Resultados del estudio aprobado por Comité técnico	28 Febrero 2007		
Taller de Presentación de Resultados	15 de Marzo 2007		
Informe Final aprobado por Comité Técnico y entregables completos	25 de Marzo 2007	3413	35
Entrega de informe final	30 de marzo 2007		
TOTAL		9750	100

20.2 Cuadro de pagos y productos del Ítem 4 (incluye impuestos de ley)

Producto	Fecha de Entrega	Costo en S/.	%
Firma del contrato	20 Diciembre 2006		
Entrega de Plan de Trabajo	10 de Enero 2007		
Plan de Trabajo aprobado por Comité Técnico	15 Enero 2007	20304	45
Informe Preliminar de Resultados del estudio	20 Febrero 2007		

Informe Preliminar de Resultados del estudio aprobado por Comité técnico	28 Febrero 2007		
Taller de Presentación de Resultados	15 de Marzo 2007	11280	25
Entrega de informe final	25 de Marzo 2007		
Informe Final aprobado por Comité Técnico y entregables completos	30 de marzo 2007	13536	30
TOTAL		45120	100

## V. PRESENTACIÓN Y ENTREGA DE PROPUESTAS

### 21 PRESENTACIÓN DE PROPUESTAS

21.1 Para el Item 3, junto con los documentos referidos a la elegibilidad del postor, se requiere la entrega de la Hoja de Vida detallada, sustentada y documentada del consultor principal y del consultor asociado (si aplica éste último). Para el ítem 4, junto con los documentos referidos a la elegibilidad del postor se requiere la entrega de una propuesta técnica que describa la manera como el equipo consultor desarrollará los términos de referencia además de las hojas de vida de los miembros del equipo consultor. Los documentos requeridos serán sometidos a la evaluación de un comité técnico evaluador.

21.2 Los documentos técnicos y económicos serán formulados en idioma español y presentados en dos (02) sobres cerrados cada sobre conteniendo 01 original y 02 copias, además del archivo electrónico en MS Word 97 o superior.

#### 21.3 ITEM 3:

##### 1) Sobre Nro. 1: Propuesta Técnica

Contiene los siguientes documentos:

- Solicitud de presentación a la convocatoria (Anexo A)
- Declaración jurada del (los) consultor(es), indicando el compromiso que asumen desde el principio hasta el final de la consultoría en caso de salir ganadores (Anexo C)
- Declaración Jurada indicando el compromiso con el estricto cumplimiento de los términos de referencia del Item 3 hasta la entrega del producto final y entregables (Anexo E)
- Declaración Jurada de cada uno de los miembros del equipo de no estar impedido de participar (Anexo B)
- Declaración Jurada de Derechos sobre los productos de la consultoría (Anexo D).
- Constancia de RUC activo emitida por la SUNAT para el consultor principal
- Formularios de Hoja de Vida de cada miembro del equipo consultor (Anexo I)

##### 2) Sobre Nro. 2: Propuesta Económica

Contiene la propuesta Económica, expresada en Nuevos Soles, según modelo (Anexos J y K). Se considerará como máximo dos (2) decimales. La Propuesta Económica corresponde al precio ofertado, a suma alzada, incluidos tributos, en particular el Impuesto a la Renta y otros de ley.

#### 21.4 ITEM 4:

#### 21.4.1 Sobre y contenidos entregables del postor:

### 3) Sobre Nro. 1: Propuesta Técnica

Contiene los siguientes documentos:

#### En caso el postor sea persona natural:

- Solicitud de presentación a la convocatoria (Anexo A)
- Declaración jurada de cada miembro del equipo principal (incluyendo al líder o jefe de equipo), indicando el compromiso que asume desde el principio hasta el final de la consultoría en caso de salir ganadores (Anexo C)
- Declaración Jurada de cada uno de los miembros del equipo de no estar impedido de participar (Anexo B)
- Declaración Jurada de Derechos sobre los productos de la consultoría (Anexo D).
- Constancia de RUC activo emitida por la SUNAT
- Garantía de Seriedad de Oferta: consiste en una Carta Fianza incondicional, solidaria, irrevocable y de realización automática al solo requerimiento de CARE Perú, emitida por una entidad bancaria, por el equivalente al 2% del Valor Referencial, con un plazo mínimo de un (1) mes a partir de la fecha de publicación de resultados (según calendario de actividades establecido). En virtud de la realización automática, a primera solicitud, la empresa emisora de la Garantía de Seriedad de Oferta no podrá oponer excusión alguna a la ejecución de la garantía, debiendo limitarse a honrarla de inmediato dentro del plazo máximo de tres (3) días calendario. La falta de pago oportuno genera responsabilidad solidaria para el emisor de la garantía y para el postor, dando lugar al pago de intereses en favor de CARE Perú, conforme a ley, sin necesidad de requerimiento alguno, siendo automática la constitución en mora.
- Descripción general de la propuesta de estudio y anexos respectivos, la misma que debe ser congruente con todos y cada uno de los requisitos de los Términos de Referencia (Anexo H).
- Formularios de Hoja de Vida de cada miembro del equipo consultor (Anexo I)

#### En caso el postor sea persona jurídica:

- Solicitud de presentación a la convocatoria (Anexo A)
- Escritura de Constitución Notarial
- Certificado de vigencia de poderes, expedido por Registros Públicos.
- Declaración Jurada de no estar impedido de participar (Anexo B)
- Declaración Jurada de Derechos sobre los productos de la consultoría (Anexo D).
- Garantía de Seriedad de Oferta: consiste en una Carta Fianza incondicional, solidaria, irrevocable y de realización automática al solo requerimiento de CARE Perú, emitida por una entidad bancaria, por suma equivalente al 2% (DOS POR CIENTO) del Valor Referencial, con un plazo mínimo de un (1) mes a partir de la fecha de publicación de resultados (según calendario de actividades establecido). En virtud de la realización automática, a primera solicitud, la empresa emisora de la Garantía de Seriedad de Oferta no podrá oponer excusión alguna a la ejecución de la garantía, debiendo limitarse a honrarla de inmediato dentro del plazo máximo de tres (3) días calendario. La falta de pago oportuno genera responsabilidad solidaria para el emisor de la garantía y para el postor, dando lugar al pago de intereses en favor de CARE Perú, conforme a ley, sin necesidad de requerimiento alguno, siendo automática la constitución en mora.
- Descripción general de la propuesta de estudio y anexos respectivos según Términos de Referencia (Anexo H)
- Formularios de Hoja de Vida de los miembros del equipo consultor, incluyendo al líder del equipo (Anexo I)

### 4) Sobre Nro. 2: Propuesta Económica

Contiene la propuesta Económica, expresada en Nuevos Soles, según modelo (Anexos J y K). Se considerará como máximo dos (2) decimales. La Propuesta Económica corresponde al precio ofertado, a suma alzada, incluidos tributos, en particular el I.G.V. cuando se trata de personas jurídicas y el Impuesto a la Renta y otros de ley cuando se trate de personas naturales.

21.5 Los sobres deberán ser rotulados de la siguiente manera:

Concurso 003 - 2006 CARE PERU  
2da. convocatoria  
PROGRAMA "FORTALECIMIENTO DE LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SIDA Y LA TUBERCULOSIS EN EL PERÚ"  
Item Nro.....  
SOBRE N°1 – **PROPUESTA TÉCNICA**  
**Nombre o Razón Social del Postor:**

Concurso 003 - 2006 CARE PERU  
2da. convocatoria  
PROGRAMA "FORTALECIMIENTO DE LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SIDA Y LA TUBERCULOSIS EN EL PERÚ"  
Item Nro.....  
SOBRE N°2 – **PROPUESTA ECONOMICA**  
**Nombre o Razón Social del Postor:**

21.6 Todos los documentos a presentar en cada sobre, deberán estar foliados correlativamente empezando por el número uno y deberán llevar el sello y la firma del postor o su representante legal.

21.7 Cuando las propuestas tengan que ser presentadas total o parcialmente mediante formularios o formatos, éstos podrán ser llenados por cualquier medio, incluyendo el manual.

21.8 El postor deberá examinar cuidadosamente las condiciones y requisitos de las presentes Bases. La información solicitada se debe presentar de la forma establecida, en folios numerados y visados, identificados con los mismos títulos, y en la misma secuencia; no debiendo contener adiciones, borraduras, enmendaduras y/o correcciones. Los documentos que las presenten serán rechazados, por lo que la respectiva propuesta se tendrá por no presentada y será devuelta al postor. No se aceptará rectificaciones o complementos sustanciales a los documentos presentados en la forma y plazos establecidos, salvo en los casos de errores y omisiones subsanables especificados en las presentes Bases.

21.9 Cuando el postor que no cumpla con todos los requisitos técnicos mínimos descritos en los anexos o haya omitido la presentación de algún documento en la propuesta técnica, o cuando el defecto del documento sea de naturaleza sustantiva o de fondo, de modo que su subsanación pudiera modificar el alcance de la propuesta, ésta se tendrá por no presentada y será devuelta al respectivo postor.

21.10 Se consideran errores u omisiones subsanables:

- La falta de sello y/o firma del postor preseleccionado o su representante legal en alguna de los folios.
- Error de compaginación, siempre y cuando la documentación esté completa.
- La falta de presentación del número solicitado de copias.

- Otros que no alteren el resultado de la evaluación y que a criterio del Comité de Adjudicación sean procedentes.

21.11 Los documentos que conforman las propuestas, se presentarán anillados o con fastener en cada caso, debidamente ordenados, utilizándose separadores adecuados para facilitar la ubicación de cada uno de los documentos presentados. Tanto los originales como las copias deberán ser claros y legibles.

21.12 La solicitud y documentación deberá presentarse a la dirección de CARE Perú, Av. Gral. Santa Cruz No 659, Jesús María. Las propuestas se recibirán hasta el día 11 de Noviembre de 2006, programado en el Cronograma de actividades, de 9:00 a 16:00 horas (Hora Exacta). NO habrá ampliación del plazo.

21.13 El Comité de Adjudicación es el único autorizado para interpretar las bases durante el ejercicio de sus funciones y sólo para los efectos de su aplicación.

## **VI. EVALUACIÓN DE PROPUESTAS**

### **22 CRITERIOS DE EVALUACIÓN**

22.1 El Comité de Adjudicación procederá a abrir el sobre Nro. 1 remitidos por los postores. El Comité de Adjudicación comprobará que los documentos presentados sean los solicitados. De no ser así, los devolverá inmediatamente al respectivo postor, teniéndolos por no presentados.

22.2 De existir errores u omisiones subsanables, y de no ser posible la subsanación inmediata, el Comité de Adjudicación otorgará el plazo de un (1) día hábil para dicho efecto, en cuyo caso la propuesta continuará vigente para todo efecto.

22.3 El Comité de Adjudicaciones levantará un acta indicando la identificación de los postores que pasarán a la evaluación de propuestas.

22.4 El proceso de evaluación de propuestas comprende dos fases:

#### **22.4.1 PRIMERA FASE: Evaluación de Propuesta Técnica**

22.4.1.1 Sólo ingresarán a la evaluación de la propuesta técnica aquellos postores que hayan cumplido con presentar todos los documentos solicitados en estas bases.

##### **22.4.1.2 Para el Item 3, los ejes de evaluación serán los siguientes:**

- Formación profesional (25% de la evaluación técnica): se refiere a las calificaciones académicas que presenta el consultor o consultores que se presentan como equipo para el estudio. Considera: la formación profesional, el post grado y especializaciones referidas al tema de la consultoría.
- Experiencia profesional (50% de la evaluación técnica): se refiere a la solidez de la experiencia profesional previa para permitir que el estudio sea realizado con la calidad y oportunidad requeridos. Considera: experiencia de por lo menos 5 años en investigaciones sociales bajo metodologías cuantitativas y cualitativas, realización de estudios de línea de base y diagnósticos, en monitoreo, evaluación y gestión de proyectos sociales enfocados en salud, experiencia de trabajo con personas viviendo con VIH y pacientes de TB, etc. Se ha incluido valoración positiva de la experiencia docente relevante como un plus.
- Publicaciones (25% de la evaluación técnica): pretende evaluar las competencias y conocimientos del consultor para generar un informe final satisfactorio, conciso y a la

vez profundo en el análisis. Valora especialmente las publicaciones relacionadas con investigaciones en temas de salud pública, VIH / SIDA y TBC.

- Se evaluará de acuerdo al Formato que se adjunta en el anexo J de las bases administrativas de este concurso. Se valorará especialmente la experiencia previa en estudios similares, investigaciones cualitativas y cuantitativas, en proyectos de salud y especialmente en proyectos gestionados a través de estructuras multisectoriales como la CONAMUSA. La calificación será sumativa (adicionando la experiencia de todos los miembros del equipo consultor que postule la propuesta). Se tomarán referencias y constatará documentación presentada.

#### **22.4.1.3 Para el Item 4, los ejes de evaluación serán los siguientes:**

- Eje 1: "Calidad de la propuesta de estudio" (55% de la evaluación técnica), se refiere a la solidez del diseño del estudio, su coherencia interna, la organización del equipo de trabajo para cumplir con los objetivos y el diseño del estudio y la valoración de los instrumentos de gestión que deben asegurar al equipo principal un adecuado monitoreo del desarrollo del estudio. Evalúa la solidez conceptual de la propuesta, la metodología propuesta para el estudio, la precisión en la descripción de las actividades que realizará el equipo principal y el nivel de detalle y pertinencia del plan de trabajo.
- El eje II "Capacidades institucionales / del equipo principal" (45% de la evaluación técnica), se analiza las capacidades técnicas de todo el equipo propuesto, tanto a nivel de su formación profesional y experiencia previa como de su producción científica. Deberán incluirse cartas de constancia de anteriores clientes y empleadores. Cualquier otra información que el postor considere una ventaja comparativa será analizada y valorada. Evalúa las capacidades técnicas y experiencia previa de los miembros del equipo principal, del líder del equipo principal y el valor agregado que presenta la propuesta.

22.4.1.4 El puntaje total de esta primera fase de selección es de 100 puntos, con una puntuación mínima requerida de 60 puntos. El detalle de los criterios de evaluación de las propuestas y puntajes para el ítem 3 se encuentra en el Anexo J y para el ítem 4 se encuentran en el anexo K.

#### **22.4.2 SEGUNDA FASE: Evaluación de la Propuesta Económica:**

22.4.2.1 Los sobres de las propuestas económicas serán abiertos una vez terminada la evaluación de las propuestas técnicas. La fecha de apertura de los sobres se anunciará a través de la página web.

22.4.2.2 El Comité de Adjudicación, una vez iniciado el acto de apertura del Sobre Nro. 2, tomará conocimiento de los resultados de la evaluación de la propuesta técnica a través de un cuadro comparativo preparado por los Comités Técnicos Evaluadores, en el cual se consignará el puntaje obtenido por cada una de las propuestas técnicas y su correspondiente orden de prelación, indicando además las propuestas desestimadas, de ser el caso. Para la prosecución del proceso privado de selección resulta suficiente la presentación de una propuesta válida.

22.4.2.3 Luego, en el mismo acto, el Comité de Adjudicación procederá a abrir los sobres que contienen las propuestas económicas de los postores que hayan aprobado la evaluación de la propuesta técnica.

22.4.2.4 No cabe subsanación alguna respecto a las omisiones o errores de la Propuesta Económica.

22.4.2.5 Las propuestas económicas deberán presentarse de acuerdo a lo establecido en los anexos L y M.

22.4.2.6 El puntaje máximo para la propuesta económica será de 100 puntos. La evaluación económica consistirá en asignar el puntaje máximo establecido a la propuesta económica de menor monto. Al resto de las propuestas se les asignará puntaje inversamente proporcional, según la siguiente fórmula:

$$P_i = \frac{O_m \times PMPE}{O_i}$$

**donde:**

P<sub>i</sub> = Puntaje de la oferta Económica i

O<sub>i</sub> = Oferta Económica i

O<sub>m</sub> = Oferta Económica del precio mas bajo

PMPE = Puntaje máximo de la Propuesta Económica

i = Propuesta

## 22.5 EVALUACION FINAL

22.5.1 Para el puntaje total, una vez calificadas las propuestas técnicas y económicas, se utilizarán los coeficientes de ponderación siguientes:

<b>Coeficiente de ponderación para evaluación técnica: 0.80</b> <b>Coeficiente de ponderación para evaluación económica: 0.20</b>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

22.5.2 La propuesta que obtenga el mayor puntaje de acuerdo a la ponderación descrita será declarada ganadora.

22.5.3 Para el Item 4: En caso de presentarse un empate en el puntaje total se dará como ganador a la propuesta que haya obtenido el puntaje más alto en el acápite I de calificación "Calidad de la Propuesta de Estudio". De continuar el empate, se dará como ganador a la propuesta que haya obtenido mayor puntaje en los numerales 1 y 2 del acápite II de calificación "Capacidades institucionales / equipo principal" (1. Capacidades técnicas de los miembros del equipo principal y 2. Capacidades técnicas del líder de equipo).

22.5.4 Estos resultados tienen el carácter de inapelables.

## 23 ADJUDICACIÓN DE LA BUENA PRO

### 23.1 DE LA ADJUDICACIÓN DE LA BUENA PRO

23.1.1 En el acto de Adjudicación, el Comité Especial anunciará la propuesta ganadora, indicándose el orden en que han quedado calificados los postores, a través de un cuadro comparativo. Se levantará un acta, conteniendo los resultados de la licitación, la cual será suscrita por todos los miembros del Comité de Adjudicación.

23.1.2 Cualquier postor podrá solicitar por escrito copia del Acta de Adjudicación y detalle de las calificaciones otorgadas a las demás propuestas, la misma que le será entregada dentro del día siguiente de presentada su solicitud.

### **23.2 NOTIFICACIÓN DE LA BUENA PRO**

23.2.1 Los postores podrán tomar conocimiento de los resultados del concurso a través de la página WEB de Care Perú el día 15 de Diciembre de 2006

23.2.2 Apenas otorgada la Buena Pro de cada Item del presente concurso, CARE Perú, en tanto entidad convocante, cursará carta a los Sub-Receptores contratantes informando los resultados del concurso y detallando la relación de los postores que completaron las dos fases del proceso de calificación para cada item con el respectivo orden de prelación, para que se proceda a la celebración del contrato respectivo.

### **23.3 RECURSO DE APELACIÓN.**

23.3.1 Los resultados de este proceso, una vez declarados por el Comité de Adjudicaciones, no son apelables.

## **24 CONTRATO**

24.1 Los Términos de Referencia de cada item concursado en el presente proceso, formarán parte del contrato firmado entre el contratista que gane la Buena Pro y el Sub Receptor beneficiario del estudio. En tal sentido, en caso hubiere contradicción, discrepancia, ambigüedad o inconsistencia sea entre los términos y condiciones del contrato y/o entre aquéllos y los términos de referencia durante la ejecución de los estudios, los términos de referencia de estos últimos prevalecerán.

24.2 Una vez informado de los resultados el postor ganador y previa entrega de la documentación señalada en las presentes Bases, deberá cumplir con la suscripción del respectivo contrato dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes de ser convocado al efecto por la entidad contratante.

24.3 En caso que el postor ganador no suscriba el contrato dentro de un plazo máximo de 10 días calendario, ello autorizará a la entidad contratante a pasar al postor que quedó en segundo lugar.

24.4 **SÓLO EL ITEM 4 SI GANARE LA BUENA PRO UNA PERSONA JURÍDICA:** Antes de la suscripción del contrato, y dentro de un plazo no mayor de CINCO (5) DIAS de haber sido notificado por la entidad contratante, el postor al que se le hubiere adjudicado la buena pro, deberá entregar una **Carta Fianza de Garantía de Fiel Cumplimiento de Contrato**, incondicional, solidaria, irrevocable y de realización automática al solo requerimiento del Sub-Receptor del objetivo beneficiario del estudio, emitida por una entidad bancaria por un importe equivalente al 20% (VEINTE POR CIENTO) del monto del contrato (incluido el I.G.V. en caso de personas jurídicas o el Impuesto a la Renta y otros de ley en caso de personas naturales), y con vigencia hasta la aprobación de todos los productos que contemplan las presentes bases. En virtud de la realización automática, a primera solicitud, la empresa emisora de la Garantía no podrá oponer excusión alguna a su ejecución, debiendo limitarse a honrarla de inmediato dentro del plazo máximo de tres (3) días calendario. La falta de pago oportuno genera responsabilidad solidaria para el emisor de la garantía y para el contratista, dando lugar al pago

de intereses en favor de la entidad contratante, conforme a ley, sin necesidad de requerimiento alguno, siendo automática la constitución en mora.

24.5 SÓLO EL ITEM 4 SI GANARE LA BUENA PRO UNA PERSONA NATURAL: Antes de la suscripción del contrato, y dentro de un plazo no mayor de CINCO (5) DIAS de haber sido notificado por la entidad contratante, el postor al que se le hubiere adjudicado la buena pro, deberá entregar una **Letra de Cambio** de realización automática al solo requerimiento del Sub-Receptor del objetivo beneficiario del estudio, por un importe equivalente al 20% (VEINTE POR CIENTO) del monto del contrato (incluidos los impuestos de ley en caso de personas naturales), y con vigencia hasta la aprobación de todos los productos que contemplan las presentes bases. En virtud de la realización automática, a primera solicitud, el emisor de la Letra de Cambio no podrá oponer excusión alguna a su ejecución, debiendo limitarse a honrarla de inmediato dentro del plazo máximo de tres (3) días calendario. La falta de pago oportuno genera responsabilidad para el contratista, dando lugar al pago de intereses en favor de la entidad contratante, conforme a ley, sin necesidad de requerimiento alguno, siendo automática la constitución en mora.

24.6 Luego de la firma del contrato, el contratista recibirá las bases de datos, encuestas, mapas y toda otra información relevante perteneciente a los dos estudios previos realizados por el programa (línea de base - primera medición de indicadores y la segunda medición).

## **25 DISPOSICIONES FINALES**

### **25.1 SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS**

25.1.1 Cualquier litigio, controversia, desavenencia, diferencia o reclamación que surja entre las partes sobre la interpretación, ejecución o validez del contrato y que no pueda ser resuelto de mutuo acuerdo entre ellas, será sometido a arbitraje de derecho. El respectivo laudo será definitivo y obligatorio, no procede apelación alguna.

25.1.2 El arbitraje será resuelto por un árbitro único. En caso que las partes no se pongan de acuerdo en su designación dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes de solicitado el arbitraje, dicha designación estará a cargo del Centro de Arbitraje y Conciliación Nacional e Internacional de la Cámara de Comercio de Lima, a cuyo reglamento las partes se someten para todo aquello que no sea objeto de acuerdo expreso.

25.1.3 Todos los gastos del arbitraje serán cubiertos por la parte perdedora.

25.1.4 Sin perjuicio de lo precedentemente pactado y según corresponda, las partes renuncian expresamente al fuero de sus domicilios y se someten a la jurisdicción de los jueces y tribunales de la ciudad de Lima, señalando las direcciones precisadas en el encabezamiento de este Contrato como domicilio donde deben efectuarse todas las notificaciones, citaciones y avisos.

### **25.2 DEVOLUCION DE DOCUMENTOS PRESENTADOS**

25.2.1 Todos los documentos de los postores no favorecidos con la Buena Pro se devolverán dentro de los treinta (30) días siguientes de haber quedado consentido el otorgamiento de la Buena Pro, a excepción de las propuestas, las que serán archivadas junto con la propuesta ganadora.

25.2.2 Los documentos no recogidos oportunamente por los postores preseleccionados serán eliminados, sin responsabilidad

## 26 ANEXOS

Anexo A:	Modelo de solicitud de Presentación a la Convocatoria
Anexo B:	Modelo de Declaración Jurada de no estar impedido de participar en el proceso de selección
Anexo C:	Declaración Jurada sobre compromiso con el estudio hasta su culminación
Anexo D:	Declaración Jurada de derechos sobre los productos de la Consultoría
Anexo E:	Declaración Jurada de compromiso con el estricto cumplimiento de los términos de referencia del Item 3
Anexo F:	Anulado para este proceso
Anexo G:	Términos de Referencia Item 3: Tercera medición de indicadores del Objetivo 5 del componente VIH: Sub-Estudio cuanti-cualitativo y de percepciones respecto a la CONAMUSA y COREMUSAS <ul style="list-style-type: none"><li>• Apéndice 1: Matriz de Indicadores correspondientes a este sub-estudio</li><li>• Apéndice 2: requisitos de información y otras especificaciones para el levantamiento de los indicadores</li><li>• Apéndice 3: Modelo de protocolo o ficha técnica para cada indicador</li><li>• Apéndice 4: Ayuda Memoria sobre la Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud CONAMUSA</li><li>• Apéndice 5: Decreto Supremo de la CONAMUSA</li><li>• Apéndice 6: Reglamento de la CONAMUSA, donde se podrá apreciar la relación de instituciones que la conforman</li></ul>
Anexo H:	Términos de Referencia Item 4: Tercera medición de indicadores de los Objetivos 1 y 3 del componente TB: Sub-estudio cuanti-cualitativo sobre la prevención y control de la Tuberculosis y la TB-MDR en el sistema sanitario y en el contexto comunitario <ul style="list-style-type: none"><li>• Apéndice 1: Matriz de Indicadores correspondientes a este sub-estudio</li><li>• Apéndice 2: requisitos de información y otras especificaciones para el levantamiento de los indicadores</li><li>• Apéndice 3: Modelo de protocolo o ficha técnica para cada indicador</li><li>• Apéndice 4: Relación de distritos cuyos Municipios han promulgado el Acuerdo Municipal de reconocimiento del Plan Distrital de lucha contra la TB</li><li>• Apéndice 5: 70 Areas de elevado riesgo de transmisión de TB (AERT-TB) en las que el programa interviene</li><li>• Apéndice 6: Relación de AERT donde la comunidad recibió capacitación sobre TB</li><li>• Apéndice 7: Criterios de selección de AERT-TB para la intervención del Programa desde la fase I</li></ul>
Anexo I:	Formato para presentación de hoja de vida de los miembros del equipo principal
Anexo J:	Ficha consolidada con indicadores de evaluación de hojas de vida del Item 3
Anexo K:	Ficha consolidada con indicadores de evaluación técnica Item 4
Anexo L:	Modelo de carta Propuesta económica
Anexo M:	Modelo de formato para presupuesto detallado
Anexo N:	Tabla de Indicadores Clave del Programa, con metas comprometidas con el Fondo Mundial para los años 3, 4 y 5
Anexo O:	Glosario de términos clave para los componentes VIH / SIDA y TBC del Programa
Anexo P:	CD con información sobre las dos primeras mediciones de indicadores del Programa “Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y la Tuberculosis en el Perú”, a ser recogido de la sede de CARE Perú en horario de oficina (9:00am a 4:00 pm)



**Anexo A**  
**Sobre 1: Solicitud de Presentación a la Convocatoria**

Lima,.....

**Señores**  
**CARE PERU**  
**Presente**

**De nuestra especial consideración**

La institución ....., tiene el agrado de dirigirse a ustedes a fin de manifestarles nuestro deseo de participar en el Concurso Nro. 003-2006 CARE PERU Segunda Convocatoria PROGRAMA FORTALECIMIENTO DE LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SIDA Y LA TUBERCULOSIS EN EL PERU, cuya finalidad es seleccionar firmas o consultores especializados en investigación y evaluación para el programa.

Motiva la presente hacer entrega oficial a CARE Peru de nuestra propuesta para el (indicar nombre del item al que se presenta.....).

Adjuntamos la documentación que sometemos a su consideración, la cual fue elaborada de acuerdo con las Bases de la Convocatoria. Aceptamos participar en el presente concurso tomando en consideración la totalidad del contenido en dichas bases y sus anexos.

Asimismo, declaramos que toda la documentación presentada es fidedigna y reconocemos que de demostrarse cualquier falsedad o distorsión en la documentación presentada, el Comité Técnico Evaluador tiene el derecho de descalificar nuestra postulación.

Atentamente

.....  
**Nombre y firma del Representante Legal ó líder del equipo postor**  
(Certificación notarial de la Firma)

## Anexo B

### Sobre 1: Declaración Jurada de no estar impedido para participar en el proceso de selección

Lima, .....

**Señores  
CARE PERU  
Presente**

El que suscribe,....., identificado (a) con DNI....., (representante legal de.....), declaro bajo juramento que los datos de la Institución que a continuación señalo son verdaderos:

- Dirección
- Domicilio legal en Lima
- (Razón social)
- Teléfono
- E-mail
- Fax
- RUC
- (Inscripción en los Registros Públicos
  - Fecha
  - Nº de Ficha o Folio
  - Socios y participación)
- (Representante legal) (líder del equipo postor)
- Cargo del (Representante Legal) (líder del equipo)
- Documento de Identidad

Asimismo señalamos que:

1. La Institución no tiene impedimento alguno para ser postor y participar en el proceso de selección.
2. Conocemos, aceptamos y nos sometemos en su totalidad a las Bases, anexos y condiciones del proceso de selección para la ejecución del proyecto.
3. No estamos comprendidos en acciones legales ni judiciales a la fecha de la licitación.
4. No mantenemos vínculo accionario ni directivo con CARE, con los miembros del Comité de Adjudicación o con los miembros del Comité Técnico Evaluador
5. Somos responsables de la veracidad de los documentos e información que presentamos para efecto del presente proceso de selección.
6. Nos comprometemos a mantener nuestra oferta durante el Proceso de Licitación y a suscribir el contrato en caso salir favorecidos con la Buena Pro.

.....  
**Nombre y firma del Representante Legal ó líder del equipo postor**  
(Certificación notarial de la Firma)

**Anexo C**

**Sobre 1: Declaración Jurada sobre compromiso con el estudio hasta su culminación (para miembros de equipos principales presentados por persona natural)**

Lima, .....

**Señores  
CARE PERU  
Presente**

**El que suscribe,.....,  
identificado con DNI.....**

Estimados señores,

Conste por el presente documento que yo, ....., identificado con DNI....., con domicilio en .....

declaro bajo juramento mi compromiso de participar en las actividades y asumir las responsabilidades asignadas a mi persona según la propuesta (indicar el nombre del ítem al que postula.....), presentada por el Sr. (nombre del líder del equipo principal) al Nro. 003-2006 CARE PERU Segunda Convocatoria PROGRAMA FORTALECIMIENTO DE LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SIDA Y LA TUBERCULOSIS EN EL PERU, en caso de ganar ésta la Buena Pro.

Mi compromiso se hace extensivo al cumplimiento de los plazos fijados en la propuesta en mención tanto para el desarrollo de las actividades específicas como en la entrega de los productos referidos en las bases del Concurso.

Remito esta información a solicitud y como parte de los requisitos para la presentación de la propuesta.

Atentamente,

.....  
**Nombre y firma**  
(Certificación notarial de la Firma)

.....  
**DNI**

.....  
**Cargo que ocupará en el equipo principal**

**Anexo D**

**Sobre 1: Declaración Jurada de derechos sobre los productos de la Consultoría**

**El que suscribe,.....,  
identificado con DNI....., representante legal  
de.....,**

**DECLARA BAJO JURAMENTO lo siguiente:**

1. Toda la documentación producida y la información recolectada en el marco de esta consultoría constituyen objeto del concurso 004-2006 CARE Peru y serán producto del servicio de consultoría contratado para desarrollar el estudio (indicar nombre del item al que postula.....).
2. De ser contratada (nuestra empresa) (nuestro equipo) para desarrollar dicho el estudio, reconocemos y aceptamos que los productos desarrollados son de propiedad de CARE Perú.
3. Por lo tanto, nos comprometemos a entregar las encuestas y otros instrumentos aplicados, grabaciones y transcripciones de grupos focales, detalle de las muestras aplicadas, relación de personas encuestadas, entrevistadas ú otro, archivos y bases de datos con información sobre esta consultoría y toda otra información o documentación propia del estudio a CARE Perú en forma integral y documentada al final del estudio.

.....  
**Nombre y firma del Representante Legal ó líder del equipo postor**  
(Certificación notarial de la Firma)

**Anexo E**

**Sobre 1: Declaración Jurada de compromiso con el estricto cumplimiento de los términos de referencia del Item 3**

**El que suscribe,.....,  
identificado con DNI....., representante legal  
de.....**

.....

**DECLARA BAJO JURAMENTO lo siguiente:**

1. He revisado y analizado con detalle los términos de referencia correspondientes al Item 3 “Tercera medición de indicadores del Objetivo 5 del componente VIH: Sub-Estudio cuanti-cualitativo y de percepciones respecto a la CONAMUSA y COREMUSAS “ del Concurso 003-2006 Segunda Convocatoria.
2. Reconocemos y aceptamos en todos sus extremos, desde los aspectos técnicos y económicos hasta los aspectos temporales y contractuales, los términos de referencia publicados como anexo G en las bases del Concurso 003-2006 Segunda Convocatoria.
3. Por lo tanto, de ser contratado nuestro equipo para desarrollar dicho el estudio, nos comprometemos a realizar el estudio ““Tercera medición de indicadores del Objetivo 5 del componente VIH: Sub-Estudio cuanti-cualitativo y de percepciones respecto a la CONAMUSA y COREMUSAS“ cumpliendo de manera satisfactoria dichos términos de referencia.

.....  
**Nombre y firma del Representante Legal ó líder del equipo postor**  
(Certificación notarial de la Firma)

**Anexo F**

**(ANULADO PARA ESTE PROCESO)**

## **Anexo G**

### **TERMINOS DE REFERENCIA ITEM 3**

ANEXO G  
TÉRMINOS DE REFERENCIA

COORDINADORA NACIONAL MULTISECTORIAL EN SALUD  
CONAMUSA

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

CARE - PERÚ

*CONCURSO 003 - 2006 CARE PERU  
SEGUNDA CONVOCATORIA*

*SELECCIÓN DE FIRMAS ESPECIALIZADAS EN EVALUACIÓN E INVESTIGACIÓN  
PARA EL PROGRAMA*

**ITEM 3:** Tercera medición de indicadores del Objetivo 5 del componente VIH:  
Sub-Estudio cuanti-cualitativo y de percepciones respecto a la CONAMUSA y  
COREMUSAS

**Noviembre de 2006**

Objeto de la convocatoria	Seleccionar un/a consultor/a que realice la Tercera Medición de los Indicadores de Resultado e Impacto del Programa Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y la Tuberculosis en el Perú para el Objetivo 5 del componente VIH, Sub-Estudio cuanti-cualitativo y de percepciones respecto a la CONAMUSA y COREMUSAS
Modalidad	Concurso
Ámbito del estudio	Opción 1: Lima, Callao e Ica Opción 2: Lima, Callao y Chimbote
Precio referencial	El valor referencial es de NUEVE MIL SETESCIENTOS CINCUENTA CON 00/100 NUEVOS SOLES S/. 9,750.00, incluido el Impuesto a la Renta y otros de ley para personas naturales

## I. Antecedentes

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

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

### **Componente VIH:**

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

- Adolescentes y jóvenes entre 12 y 19 años, tanto del contexto escolar como de comunidades
- Personas viviendo con VIH/SIDA (incluye HSH, TS, gestantes y niños VIH positivos);
- Grupos vulnerables, como hombres que tienen sexo con hombres – HSH-, trabajadoras sexuales –TS-
- Personas privadas de su libertad (población de penales)
- Personas que son pacientes de VIH ó coinfección TB/VIH o lo han sido y sus familiares

Las poblaciones denominadas “beneficiarios intermedios” son las siguientes:

- Redes y organizaciones de la sociedad civil
- Redes y asociaciones de personas viviendo con VIH/SIDA
- Profesionales del Sistema Nacional de Salud
- Personal del Sistema Nacional Penitenciario
- Docentes de educación secundaria

En términos generales, el programa desarrolla las siguientes estrategias:

- Promoción y prevención: incremento de la concientización a través de la información, educación y campañas de comunicación, pruebas de tamizaje en gestantes y profilaxis para evitar la transmisión vertical.
- Tratamiento: provisión de tratamientos antiretrovirales y acceso a los mismos para el 100% de los pacientes que lo necesiten.
- Incidencia política y abogacía: para fortalecer la respuesta articulada entre los sectores del gobierno, sociedad civil, con una perspectiva de ciudadanía y respeto por los derechos humanos.

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

- Objetivo 1: busca prevenir la transmisión de ITS / VIH / SIDA entre la población de adolescentes y jóvenes, promoviendo estilos de vida saludables desde una perspectiva de equidad de género y derechos humanos. Las actividades de este objetivo se orientan a reducir el riesgo de adquirir ITS, incluido el VIH/SIDA, e incrementar el número de adolescentes que buscan tratamiento y consejería. Las actividades incluyen: modificación de la currícula escolar actual sobre educación sexual (con énfasis en ITS y VIH); capacitación de maestros para implementar la nueva currícula; capacitación y organización de adolescentes escolares como promotores de pares; capacitación y organización de adolescentes de la comunidad como promotores de pares fuera del sistema educativo; organización de campañas regionales de concientización conducidas por los promotores; y la realización de un estudio para identificar las estrategias innovadoras y eficaces para promover el acceso y uso del condón.
- Objetivo 2: busca promover la prevención en poblaciones vulnerables (HSH, TS y población privada de su libertad en los penales). Sus actividades son: formar, organizar y comprometer a trabajadores sexuales como educadores de pares; formar, organizar y comprometer a hombres que tienen sexo con hombres como educadores de pares; capacitación de grupos vulnerables (HSH y TS) en derechos humanos; mejorar la provisión y calidad de los servicios de salud mediante la capacitación en VIH/SIDA de equipos multidisciplinarios; y capacitación de promotores de pares en los tres principales penales de Lima y Callao.
- Objetivo 3: busca reducir la transmisión vertical de VIH (madre a niño) a través de la promoción de tamizajes de VIH voluntarios en la población de gestantes y proveyendo tratamiento antiretroviral, reemplazo de la leche materna y otros tipos de apoyo a las madres VIH positivas. Sus actividades son: realización de campañas de información, educación y comunicación para prevenir la transmisión vertical; entrenamiento al personal de salud en el uso de pruebas rápidas de VIH, asegurando la existencia de los insumos en el Ministerio de Salud; aplicación de pruebas rápidas; fortalecimiento y expansión de los servicios de consejería para gestantes VIH positivas.
- Objetivo 4: busca mejorar la calidad de la oferta integrada de servicios de salud para personas que viven con VIH y garantizar el acceso libre y universal al tratamiento antiretroviral. Son actividades de este objetivo: capacitar a personas

que viven con VIH, sus familias y amigos en cuidados domiciliarios integrales de salud y soporte; capacitar voluntarios de la comunidad para proporcionar cuidados en casa a las personas que viven con VIH; capacitar consejeros de pares en prevención, autocuidados y asesoría informativa en centros de salud; capacitar en atención integral de salud y administración de tratamientos antiretrovirales a los equipos multidisciplinarios responsables; proveer un aproximado de 5250 tratamientos antiretrovirales para pacientes naive, 700 tratamientos de rescate y asumir la continuación del tratamiento de 1050 pacientes; y ampliar el acceso a pruebas de monitoreo de carga viral y CD4.

- Objetivo 5: busca reforzar la respuesta nacional multisectorial e interinstitucional al VIH/SIDA, con la participación del Estado, organizaciones no-gubernamentales, personas viviendo con VIH/SIDA, el sector privado y agencias de cooperación. Constituyen actividades de este componente: promover el trabajo conjunto entre las organizaciones de la sociedad civil de Lima respecto a la problemática del VIH/SIDA; organización de foros nacionales y regionales sobre participación, ciudadanía, prevención y cuidado integral de VIH/SIDA donde se alcancen acuerdos intersectoriales e interinstitucionales para proponer políticas sobre el VIH/SIDA; fortalecer a la CONAMUSA a nivel regional; abogacía para la modificación de la norma 26626 en favor de la provisión integral universal de tratamientos antiretrovirales.

El presente ítem enfoca sus términos de referencia técnicos y actividades de consultoría en el Objetivo 5 del componente VIH, denominado "**Fortalecer la respuesta de la sociedad civil y el Estado frente a la epidemia VIH/SIDA**". En el apéndice 5 se puede apreciar un resumen de lo que es la COORDINADORA NACIONAL MULTISECTORIAL EN SALUD - CONAMUSA.

## **II. Objetivos de la consultoría**

1. Recolectar y sistematizar información cuantitativa sobre los indicadores de Impacto y Resultado del programa
2. Recolectar y sistematizar información cualitativa que apoye la interpretación de los indicadores del programa
3. Realizar el análisis de situación y contexto de los indicadores del programa integrando tanto la información cuantitativa como la cualitativa y comparando dicha información con los hallazgos de las mediciones previas realizadas en el marco del programa (primera y segunda medición de indicadores de los años 2004 y fines del 2005 respectivamente)

## **II. Descripción de la consultoría**

### **1. Aspectos Generales**

La consultoría busca realizar la medición y análisis de los indicadores del Objetivo 5 del Componente VIH del Programa por tercera vez en la vida del Programa, el mismo que en Noviembre de 2006 culminará su tercer año de operaciones. En este sentido, se define a este estudio como una evaluación ex post transversal del tipo descriptivo. En todo el

proceso, se tomará en cuenta el punto de vista de las contrapartes técnicas del programa (miembros de la Asamblea y de la Secretaría Ejecutiva de la CONAMUSA, miembros de las COREMUSAS), sub-receptores, agrupaciones de personas afectadas y demás organizaciones que integran la Coordinadora Nacional Multisectorial de Salud (CONAMUSA).

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

**Objetivo 5 del programa: “Fortalecer la respuesta de la sociedad civil y el Estado frente a la epidemia VIH/SIDA”**

- Ambito de intervención: Lima, Callao, Chimbote, Ica e Iquitos.
- Población objetivo: Redes y organizaciones de la sociedad civil; Redes y asociaciones de personas viviendo con VIH/SIDA; autoridades del Estado que intervienen directa o indirectamente en la respuesta nacional contra el VIH/ SIDA y la TB.
- Indicadores: R.5.2, R.5.4, R.5.5, a.5.1.1. Todos desagregados para el análisis por género y por ciudad
- Contrapartes: miembros de la Asamblea de la CONAMUSA, miembros de la Secretaría Ejecutiva de la CONAMUSA, miembros de las COREMUSAS
- Sub-Receptor: Consorcio liderado por el Centro ecuménico Rosa Blanca

## **2. Metodología del Estudio**

La consultoría abarca la recolección y sistematización de información cuantitativa y cualitativa referida a los indicadores de cada objetivo del programa, que serán medidos por tercera vez en el presente marco. Esto significa que se deberá completar alguna información operacional sobre los indicadores antes de iniciar la recolección de la información.

**En este sentido, la propuesta de tercera medición de indicadores deberá plantearse como dos subestudios complementarios entre sí.** Uno del tipo cuantitativo donde se analicen los niveles de los indicadores con la información recolectada por fuente primaria y fuente secundaria, y otra del tipo cualitativo que facilite la interpretación de los indicadores del programa desde las percepciones de los actores involucrados y la comprensión del contexto de la intervención.

Para el caso de aquéllos indicadores cuya definición o fuente de información falte precisar para operacionalizar la medición cuantitativa (cf. Apéndice 1 de estos términos de referencia.), ó para aquéllos indicadores en que se requiera precisar o ampliar las necesidades de información cualitativa (cf. Apéndice 2 de estos Términos de Referencia) será necesario que el contratista defina, en conjunto con las instancias pertinentes de la Secretaría Ejecutiva de la CONAMUSA, Sub-Receptor y CARE Perú dichos indicadores durante la elaboración de su plan de trabajo, y asegure con el apoyo del Sub-Receptor del Objetivo 5 los mecanismos para obtener la información faltante a fin de completar dichos indicadores.

### **1. Sub-Estudio Cuantitativo:**

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

- **Metodología sugerida para la recolección de información por fuente primaria:**
- El contratista deberá basarse en los indicadores oficiales del programa para este objetivo (cf. Apéndice 1), pudiendo añadir otros indicadores que considere pertinente.
  - Las poblaciones objetivo son las señaladas en el acápite 1 de Aspectos Generales, (tanto beneficiarios intermedios como beneficiarios finales)
  - Como primer paso, será necesario hacer una revisión de las matrices de indicadores con el equipo técnico y de monitoreo y evaluación del Sub-Receptor beneficiario de este sub-estudio, incorporando en la medida de lo posible a los sectores contrapartes y personas afectadas, mediante entrevistas y/o mediante talleres. Durante esta revisión, por cada indicador se confirmará las fuentes de información y la existencia en dichas fuentes de las variables básicas que intervienen en su cálculo
  - Generar los protocolos de cada indicador final antes del inicio de la recolección de información, que sean aprobados por el Comité Técnico Permanente del presente estudio
  - Proponer el detalle de la información adicional cualitativa para comprender el contexto y comportamiento de los indicadores.
  - Revisar y validar los instrumentos de recolección específicos que se generen, con las contrapartes y los ejecutores; haciendo los ajustes necesarios e integrando nuevas necesidades de información si fuera el caso.
  - Realizar el recojo de la información basándose en la Encuesta de Institucionalización de la CONAMUSA que fuera aplicada en las dos mediciones anteriores de indicadores, realizando los ajustes que considere convenientes para completar información cualitativa y otra que apoye la interpretación del estado de avance de los indicadores. Se considerará muestra similar y comparable a la trabajada en la primera y segunda medición previamente. Así,
    - Para el indicador R.5.2: Se realizarán encuestas a representantes de las instituciones miembros de la Asamblea de la CONAMUSA , precisando que no se entreviste a aquéllos representantes que directamente participan o están acreditados ante la Asamblea para evitar sesgos en las preguntas (Ver Apéndice 5: Decreto Supremo de la CONAMUSA y Apéndice 6: Reglamento de la CONAMUSA, donde se podrá apreciar la relación de instituciones que la conforman).
    - Para los indicadores R.5.3 y R.5.5: Se realizarán encuestas sobre una muestra representativa de personas viviendo con VIH que pertenecen a los GAMS, según la selección realizada para la segunda medición de los indicadores (ver mayor información Anexo P).
    - Para el indicador R.5.4: Se realizarán encuestas a representantes de las instituciones miembros de las COREMUSAS, precisando que no se entreviste a aquéllos representantes que directamente participan o están acreditados ante la Asamblea de COREMUSA para evitar sesgos en las preguntas.
  - Los parámetros de la medición: población y muestras, ciudades en las cuales se recolectará la información, parámetros de ponderación, criterios de selección de hogares y demás, DEBERÁN SER COMPATIBLES Y COMPARABLES CON LOS UTILIZADOS EN LAS MEDICIONES ANTERIORES. Para ello, el postor deberá:

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

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

- El indicador a ser obtenido de fuente secundaria es el a.5.1.1 (Cf. apéndice 1 de estos términos de referencia).
- El contratista deberá describir el protocolo del indicador mencionado.
- El contratista deberá establecer el detalle de la forma como ha realizado la estimación numérica del indicador en base a las actas de acuerdos de la Secretaría Ejecutiva y de la CONAMUSA, detallando los parámetros que ha establecido para definir el indicador.

- Se espera que el contratista establezca una recomendación técnica para establecer la mejor manera de realizar el seguimiento trimestral del indicador en el futuro.
- La información procedente de fuente secundaria deberá ser analizada e interpretada de manera participativa con el equipo técnico del Sub-Receptor beneficiario de este estudio, contrapartes y agrupaciones de personas afectadas.
- Para la obtención de la información base para estimar este indicador, el contratista contará con el apoyo del Sub-Coordinador de Monitoreo del Sub-Receptor beneficiario de este sub-estudio para recolectar dicha información, y así poder acceder a las actas de las contrapartes.
- En este marco, el Sub Coordinador de Monitoreo del Sub-Receptor respectivo asume la responsabilidad de proporcionar al contratista la información secundaria definida para este sub-estudio de manera oportuna y completa, así como de servir de “puente” entre el contratista y el equipo técnicos del Sub-Receptor y las contrapartes clave (Secretaría Ejecutiva y personas afectadas) para asegurar el análisis e interpretación de la información secundaria bajo una metodología participativa.

## **2. Sub-Estudio Cualitativo de percepciones acerca de la CONAMUSA y COREMUSAS:**

Para el sub-estudio cualitativo, el equipo postor:

- Deberá considerar que la interpretación de todos y cada uno de los indicadores se complementará y apoyará en la información cualitativa recolectada. Por lo tanto, se deberá precisar la aproximación metodológica que empleará (objetivos, ejes de análisis), con el fin de conocer la valoraciones desde la perspectiva de los beneficiarios intermedios y las poblaciones metas
- Describirá la información a recolectar y sistematizar así como los instrumentos a usar
- Proponer el detalle de la información adicional cualitativa para comprender el contexto y comportamiento de los indicadores.
- Para cada indicador cuya interpretación se apoyará por medio de información cualitativa, se describirá la información a recolectar y sistematizar así como los instrumentos a usar.
- Deberá precisar la aproximación metodológica que empleará (objetivos, ejes de análisis), con el fin de conocer la valoraciones desde la perspectiva de los beneficiarios intermedios y las poblaciones metas.
- La información cualitativa para este sub-estudio podrá ser obtenida por una ó más de las siguientes fuentes:
  - Encuesta de Institucionalización de la CONAMUSA
  - Grupos focales (opcional)
  - Entrevistas a profundidad (opcional)
- Precisar qué ítems de la Encuesta de Institucionalización de la CONAMUSA servirán para enriquecer el análisis cualitativo de los indicadores mencionados en el sub-estudio cuantitativo.
- En caso utilizar grupos focales, encuestas y entrevistas, para lo cual:
  - Deberá precisar el diseño de la recolección de información.
  - Definirá los criterios de selección de la muestra de participantes.
  - Para grupos focales, conformar muestras de trabajo con por lo menos 10 miembros de cada población meta.

- En caso utilizar entrevistas a profundidad adicionalmente a las encuestas y grupos focales, definirá el número de informantes clave de cada una de dichas poblaciones.
- Para la interpretación cualitativa referida al indicador a.5.1.1, explorar las características de la participación de los miembros de la CONAMUSA en los comités técnicos y consultivos y qué recomiendan los involucrados para mejorar dicha forma de participación.
- Involucrar a Sub-Receptores, contrapartes de Secretaría Ejecutiva, agrupaciones de personas afectadas y CARE en el análisis de la información.

### 3. Cronograma, Recursos y Administración

La consultoría tendrá una duración aproximada de seis semanas de trabajo no consecutivas, distribuidos de la siguiente manera

Actividad	Producto a entregar	Fechas	Fecha de entrega del producto
Análisis documental y trabajo preliminar: 2 semanas	Plan de Trabajo	20 de Diciembre 2006 al 10 de Enero 2007	10 de Enero 2007
Trabajo de campo: 3 semanas de trabajo no consecutivas	Un Informe Preliminar de Trabajo de campo y Resultados preliminares	11 de Enero al 15 de Febrero 2007	20 de Febrero 2007
Taller de presentación de resultados: 1 día	Taller de presentación de resultados	15 de Marzo de 2007	15 de Marzo 2007
Preparación del informe final: 1 semana	Informe Final Cuanti – Cualitativo (integrando sub-estudios cuantitativo y cualitativo y datos secundarios y primarios)	18-25 de Marzo 2007	25 de Marzo 2007

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

El equipo básico del estudio deberá demostrar las siguientes credenciales:

- Formación en ciencias sociales o de la salud.
- Formación en manejo de bases de datos y programas estadísticos: Excel, SPSS, Epi Info.
- Formación en metodologías cuantitativas y cualitativas de investigación social
- 5 años de experiencia comprobable en:
  - ejecución de proyectos sociales y/o enfocados en salud,
  - realización de estudios diagnósticos referidos a temas de salud pública
  - realización de estudios líneas de base,
  - monitoreo, evaluación y gestión de programas;
  - experiencia de trabajo con organizaciones sociales,
  - aplicación de enfoques participativos de evaluación, perspectiva de género, inclusión de grupos vulnerables y desarrollo humano;
  - capacidad para trabajar en equipo de manera coordinada y horizontal con otros profesionales, autoridades, dirigentes de organizaciones sociales y

- sociedad civil, en especial con experiencia de trabajo con personas afectadas por TBC y VIH.
  - experiencia en investigación cualitativa
  - experiencia en investigación cuantitativa
  - experiencia de trabajo con Personas Viviendo con VIH/SIDA y pacientes de TB y TB-MDR
- Experiencia demostrada en proyectos gestionados a través de estructuras multisectoriales como la CONAMUSA

El equipo podrá estar conformado por uno ó dos consultores que acrediten la experiencia requerida. La calificación será sumativa, es decir, en caso tratarse de dos consultores, la experiencia de ambos consultores será evaluada como conjunto.

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

1. Elaboración del Plan de trabajo y ajustes / elaboración de instrumentos
2. Consultas a equipo técnico del objetivo 5 sobre necesidades de información, plan de trabajo e instrumentos (ie. talleres, a distancia)
3. Consultas a la Secretaría Ejecutiva de la CONAMUSA (SE) sobre necesidades de información, plan de trabajo e instrumentos (ie. talleres, a distancia).
4. Organización del recojo de información y procesamiento de la información:
5. Convocatoria, evaluación y selección de supervisores y encuestadores (donde aplique).
6. Capacitación de los supervisores, encuestadores y entrevistadores (donde aplique).
7. Supervisión del trabajo de campo (recolección de información, aplicación de encuestas, reuniones técnicas).
8. Control de calidad de la información.
9. Revisión y participación en la elaboración de las bases de datos.
10. Recolección de información cuantitativa – fuente primaria
11. Recolección de información cuantitativa – fuente secundaria<sup>2</sup>
12. Recolección de información cualitativa
13. Análisis e interpretación
14. Consultas a equipo técnico del objetivo 5 y SE sobre interpretación de los hallazgos (ie. talleres, a distancia)
15. Informe preliminar
16. Informe final (integrando parte cuantitativa y cualitativa, data primaria y secundaria)
17. Taller de presentación de resultados (los costos serán cubiertos por el Programa)

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

El/la responsable del equipo tendrá la responsabilidad final sobre el proceso y los productos de la evaluación, incluyendo la calidad y el respeto de los plazos.

---

<sup>2</sup> A ser realizada por los Sub-Coordinadores de Monitoreo y Evaluación de los Sub-Receptores beneficiarios del estudio.

El equipo consultor presentará sus informes al Sub-Coordinador de Monitoreo del Sub-Receptor beneficiario de este estudio, quién a su vez lo derivará al Comité Técnico Permanente para la revisión técnica del caso y posterior aprobación. El Comité Técnico Permanente, instancia ad hoc conformada por diversos especialistas en Monitoreo del Programa y por representantes de las contrapartes, realizará el control metodológico de los documentos presentados y la aprobación del mismo.

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

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

#### **4. Resultados esperados de la consultoría**

##### **Plan de trabajo**

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

Así, el esquema del plan de trabajo debe incluir los siguientes ítems:

- Marco conceptual: que denote conocimiento del tema del VIH y TBC en el país (niveles epidemiológico, clínico, de políticas públicas, de programas y proyectos existentes, normativa existente, etc.).
  - Metodología: especificar por separado las metodologías a utilizar para la parte cuantitativa y cualitativa del estudio, en el entendido que la parte cualitativa debe permitir la triangulación con la información obtenida por otras fuentes y profundizar en detalles de los procesos claves que afectan los niveles de los indicadores.
  - Metodología para el estudio cuantitativo:
    - Características del estudio (tipo y diseño del estudio).
    - Metodología
    - Diseño muestral y selección de COREMUSAS y otras unidades de análisis a ser estudiadas
    - Estrategias para la supervisión de la recolección de campo
    - Mecanismos a implementar para asegurar el control de calidad y consistencia de la información
    - Técnicas para el procesamiento de la información
    - Información del programa que será requerida para la realización del estudio
    - Consideraciones éticas
  - Metodología para el estudio cualitativo:
    - Características del estudio.

- Metodología (áreas o ejes de análisis, tipo de información a recolectar por cada indicador, técnicas para el recojo de la información, descripción de los instrumentos a utilizar indicando la población u objeto de cada uno de ellos)
- Muestras: selección propuesta de COREMUSAS y otras unidades de análisis a ser estudiadas
- Estrategias para la supervisión de la recolección de campo
- Técnicas para el procesamiento de la información
- Consideraciones éticas
- Información del programa que será requerida para la realización del estudio
- Productos entregables de la consultoría
- Equipo consultor
  - Descripción de las actividades, tareas y responsabilidades de cada miembro del equipo consultor
  - Mecanismos de coordinación / comunicación que se implementará entre el equipo consultor y el equipo responsable de la consultoría
- Plan de visitas a realizar para la recolección de campo
- Programación de reuniones quincenales de coordinación con el Comité Técnico Permanente y/o el Sub-Coordinador de Monitoreo del Sub-Receptor
- Cronograma del estudio
- Protocolo de cada uno de los indicadores
- Instrumentos
- Presupuesto detallado

En el estudio cuantitativo, se espera que el plan de trabajo especifique el protocolo de cada uno de los indicadores a medir (nombre del indicador, operacionalización, concepto, período de referencia, tipo y tamaño de muestra preliminares, fuente a la cual se recurrirá, fuentes alternativas), medios de verificación y método de recolección, los instrumentos validados que serán aplicados (incluye la aprobación de un Comité de Ética oficialmente establecido en caso necesario). (cf. Apéndice 3). Además de ello:

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

En el caso del estudio cualitativo, se espera contar en este plan de trabajo con la definición final consensuada con el Sub-Receptor del Objetivo 5, Secretaría Ejecutiva de CONAMUSA y CARE de los indicadores específicos y ejes de análisis, el tamaño de las muestras por cada tipo de población y objeto de estudio, los instrumentos validados que serán aplicados (incluyendo la aprobación de un Comité de Ética oficialmente establecido en caso necesario) .

En el cronograma, por cada sub-estudio (cuantitativo, cualitativo) se detallarán las actividades a realizar (lugares, fechas, responsables por actividad y subactividad), de tal forma que permita a la entidad contratante y al Comité Técnico Permanente el monitoreo del desarrollo de los siguientes pasos de la consultoría. Además de ello:

- El cronograma deberá incluir reuniones al mínimo quincenales con el Comité Técnico Permanente y/o el Sub-Coordinador de Monitoreo del Sub-Receptor para evaluar el avance de la consultoría.

- El plan de trabajo debe incluir asimismo la relación de insumos y tipos de apoyo específico que se requerirá de cada actor clave del programa para llevar adelante el recojo de la información.

Para el Plan de Trabajo, el consultor deberá revisar mínimamente la siguiente información:

- Directorios de CONAMUSA y COREMUSA.
- Cronograma de reuniones y/a asamblea de CONAMUSA y COREMUSA.
- Evaluación del estudio e instrumentos de las dos anteriores mediciones.
- Información epidemiológica relevante de pacientes afectados por TB y PVVIH en las DISAS Lima Ciudad, Lima Norte, Lima Sur, Lima Este y Callao y Diresas Ica, Chimbote, Iquitos y Piura.

### **Informe preliminar**

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

El informe tendrá tentativamente el siguiente esquema:

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

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

### **Taller de Presentación de Resultados**

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

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

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

Se hace notar que el consultor asumirá contractual y profesionalmente el compromiso de participar en el taller de presentación de resultados el día 15 de Marzo de 2007 o su reprogramación si eso ocurriera.

### Informe final

El informe, tendrá tentativamente el siguiente esquema:

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

El Informe Final debe incluir lo siguiente:

- a) Interpretación de los hallazgos, comparándolos con los hallazgos de los anteriores estudios (primera y segunda medición de indicadores).
- b) Establecer en las recomendaciones **propuestas específicas de sistemas de información** (ie. Procedimientos, flujo de información, procesamiento, instrumentos, forma de recolección, etc.) para realizar el seguimiento periódico de los indicadores del Programa ahí donde sea necesario.
- c) En los anexos, los indicadores deberán ser presentados conforme al modelo de **protocolo para cada indicador** o ficha técnica que se ilustra en el Apéndice 3 de este documento.
- d) Cuando un indicador correspondiente a fuente secundaria no exista en la fuente oficial, el equipo de consultores especificará una **propuesta para que los medios oficiales puedan implementar el seguimiento** y reporte de la información referida a dicho indicador.

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

## IV. Productos esperados de la consultoría y forma de pago

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

**1er. Desembolso:**

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

**2do. Desembolso:**

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

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

Producto	Fecha de Entrega	Costo en S/.	%
Firma del contrato	20 Diciembre 2006		
Entrega de Plan de Trabajo	10 de Enero 2007		
Plan de Trabajo aprobado por Comité Técnico	15 Enero 2007	6338	65
Informe Preliminar de Resultados del estudio	20 Febrero 2007		
Informe Preliminar de Resultados del estudio aprobado por Comité técnico	28 Febrero 2007		
Taller de Presentación de Resultados	15 de Marzo 2007		
Informe Final aprobado por Comité Técnico y entregables completos	25 de Marzo 2007	3413	35
Entrega de informe final	30 de marzo 2007		
TOTAL		9750	100

**V. Condiciones de la consultoría**

- Los indicadores de la medición de línea de base que figuran en el Apéndice 1 así como los requisitos de información para levantamiento de los indicadores consignados en el Apéndice 2 son mandatorios. El postor podrá recomendar indicadores adicionales de interés según las características del programa.
- La metodología deberá contar con un sustento técnico sólido que permita su replicabilidad para las posteriores mediciones.

- Se negociará una penalidad por incumplimiento de oferta y plazos antes de la firma del contrato.
- La propiedad intelectual de la información y los productos generados por esta consultoría será cedida a CARE Perú.

## VI. Presentación de propuestas

- Sobre la presentación de propuestas:
  1. Hoja de vida del (los) consultor(es) (80% del puntaje): se evaluará de acuerdo al Formato que se adjunta en el anexo J de las bases administrativas de este concurso. Se valorará especialmente la experiencia previa en estudios similares, investigaciones cualitativas y cuantitativas, en proyectos de salud y especialmente en proyectos gestionados a través de estructuras multisectoriales como la CONAMUSA. La calificación será sumativa (adicionando la experiencia de todos los miembros del equipo consultor que postule la propuesta). Se tomarán referencias y constatará documentación presentada.
  
  2. Propuesta económica detallada (20% del puntaje): según el formato del anexo M de las bases administrativas del concurso. Se valorará aquí el buen nivel de detalle (organizando los rubros de gasto en función a las actividades a desarrollar), y la consistencia del desagregado con un plan de trabajo detallado. Las propuestas económicas serán calificadas de menor a mayor, según la fórmula que se indica en el ítem 22.5.6 de las bases administrativas del concurso.
  
- Presentar hasta el 11 de Noviembre de 2006 a las 4:00 pm las hojas de vida y propuesta económica en dos sobres cerrados (un sobre por tipo de propuesta), con carta de presentación firmada por el consultor principal, en: General Santa Cruz 659, Jesús María.
  
- Los sobres deberán indicar el nombre del consultor principal. La carta de presentación debe contener los datos de contacto de la misma (dirección, teléfono, correo electrónico, etc.).
  
- Los resultados del concurso serán publicados en

<http://www.care.org.pe/websites/fondomundial/segavan3.htm>

## VII. Calendario de Actividades del Concurso

Actividad	Fecha
1. Publicación de convocatoria	19 Noviembre 2006
2. Acceso a bases (5:00 pm)	21 Noviembre 2006
3. Recepción de consultas	27 Noviembre 2006

4. Absolución de consultas y acceso a respuestas en página WEB (5:00 pm)	28 Noviembre 2006
5. Recepción de expedientes institucionales y propuestas (4:00 pm)	11 Diciembre 2006
6. Presentación de postores elegidos, evaluación y selección	13 Diciembre 2006
7. Publicación de resultados en página WEB (5:00 pm)	15 Diciembre 2006
8. Suscripción de contratos entre Sub-Receptores beneficiarios de los estudios y ganadores de la Buena Pro	20 Diciembre 2006

## **VIII. Consultas**

Mayor información sobre el programa en:  
<http://www.care.org.pe/concurso/index.html>

Dirigir las consultas a:  
[consultas@care.org.pe](mailto:consultas@care.org.pe)

Se recibirán las consultas el 27 de Noviembre por correo electrónico. Las respuestas a las consultas serán publicadas el 28 de Noviembre en la página WEB de CARE.

## APÉNDICE 1

### MATRIZ DE INDICADORES PARA LA TERCERA MEDICION DE INDICADORES

(Ver archivo Excel adjunto)

#### **INSTRUCCIONES PARA UBICAR LOS INDICADORES:**

1. Junto con las bases del concurso 003-2006 CARE Perú Segunda Convocatoria, se encuentra publicado el archivo en Excel "Apendice1 Matriz de indicadores.xls".
2. El Apéndice 1 tiene dos hojas electrónicas, una para los sub-estudios del componente VIH y otra para los sub-estudios del componente TB
3. Los pasos a seguir para identificar los indicadores de este sub-estudio son los siguientes:
  - a. Bajar el archivo Excel de la WEB del concurso a su disco duro.
  - b. Ubicarse en la hoja electrónica del componente al que pertenece el item al que postula.
  - c. Desplegar las opciones de filtro que aparecen en la columna A, denominada "ITEM (sub-estudio)".
  - d. Seleccionar el número de item que corresponde al estudio al que postula. En este caso, seleccionar Item 3 en la hoja VIH.
  - e. Por ejemplo, si postula al Item 3, seleccionar "3". Aparecerán todos los indicadores que se va a levantar en el sub-estudio del item 3.
  - f. Los indicadores están separados por nivel: Impacto/efecto, Resultado, producto e insumo. Los códigos correspondientes para cada nivel son los siguientes:
    - i. Impacto/efecto: codificados con la letra "E" al inicio.
    - ii. Resultado: codificados con la letra "R" al inicio.
    - iii. Producto: codificados con la letra "a" al inicio.
    - iv. Insumo: codificados con la letra "s" al inicio.
  - g. Verificar que su selección ha identificado todos los indicadores del caso, subiendo el cursor hasta el inicio de la hoja.

CARE / pbb  
30set06

## APÉNDICE 2

### REQUISITOS DE INFORMACIÓN Y OTRAS ESPECIFICACIONES PARA EL LEVANTAMIENTO DE LOS INDICADORES

(Ver archivo Excel adjunto)

#### **INSTRUCCIONES PARA UBICAR LOS INDICADORES:**

4. Junto con las bases del concurso 003-2006 CARE Perú Segunda Convocatoria, se encuentra publicado el archivo en Excel "Apendice2 Requisitos indicadores.xls".
5. El Apéndice 2 tiene dos hojas electrónicas, una para los sub-estudios del componente VIH y otra para los sub-estudios del componente TB
6. Los pasos a seguir para identificar los indicadores de este sub-estudio son los siguientes:
  - a. Bajar el archivo Excel de la WEB del concurso a su disco duro.
  - b. Ubicarse en la hoja electrónica del componente al que pertenece el item al que postula.
  - c. Desplegar las opciones de filtro que aparecen en la columna A, denominada "ITEM (sub-estudio)".
  - d. Seleccionar el número de item que corresponde al estudio al que postula.
  - e. Por ejemplo, si postula al Item 3, seleccionar "3". Aparecerán todos los indicadores que se va a levantar en el sub-estudio del item 3. En este caso, seleccionar Item 3 en la hoja VIH.
  - f. Los indicadores están separados por nivel: Impacto/efecto, Resultado, producto e insumo. Los códigos correspondientes para cada nivel son los siguientes:
    - i. Impacto/efecto: codificados con la letra "E" al inicio.
    - ii. Resultado: codificados con la letra "R" al inicio.
    - iii. Producto: codificados con la letra "a" al inicio.
    - iv. Insumo: codificados con la letra "s" al inicio.
  - g. Verificar que su selección ha identificado todos los indicadores del caso, subiendo el cursor hasta el inicio de la hoja.

**APÉNDICE 3**  
**Ejemplo en caso de Fuente Secundaria**  
**Modelo de Protocolo para cada Indicador**

<b>Indicador E.1</b>	<b>Proporción de HSH seropositivos al VIH</b>
<b>Operacionalización o fórmula de cálculo</b>	Número de HSH positivos con diagnóstico de laboratorio confirmado / Total de HSH examinados
<b>Período de referencia</b>	Año 2002
<b>Valores estimados y tamaño de muestra</b>	Total: 13,9% (n= 456/3280) Intervalo de confianza al 95% (IC): 12,7%-15.1%  Lima: 22.9% Iquitos: 11.6% Pucallpa: 5.7% Arequipa: 6.6% Sullana : 10.2%
<b>Fuente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe de Vigilancia Centinela en HSH, MINSA – OGE, 2002</li> <li>• Dos documentos metodológicos y una matriz resumen de resultados entregados por OGE.</li> </ul>
<b>Justificación de selección de la fuente</b>	Estudio más extenso y reciente disponible. Fuente oficial: metodológicamente replicable
<b>Población</b>	HSH mayores de 18 años que acudieron a CERETS/UAMP en las 5 ciudades.
<b>Selección de participantes</b>	Selección consecutiva de todos los hombres que reportaron haber tenido una pareja sexual masculina en el último año, que acudieron a estos establecimientos entre mes 1 y mes 2 del 2002 derivados por Promotores Educadores de Pares. Participantes brindan consentimiento escrito, y se excluyen sujetos con trastornos psiquiátricos.
<b>Representatividad e Interpretación</b>	Los participantes principalmente son TS travestis que acuden para controles de ITS. Se trata probablemente de una muestra de alto riesgo. Las ciudades, excepto Arequipa, son también de alta prevalencia.
<b>Estimados y fuentes alternativas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Lama J et al. Trends in HIV, sexually transmitted infections and risk behaviors among men who have sex with men in Lima, Peru. XV Conferencia Internacional del SIDA, Tailandia, Julio 2004.</i> [La vigilancia centinela en Lima en 1996, 1998 y 2000 muestra una tendencia creciente en la prevalencia de HIV en HSH]</li> <li>• <i>Carcamo C et al, Sexually Transmitted Disease (STD) Prevalences from the 2002 National Household-Based General Population Survey of Young Urban Adults in Peru. XV Congreso Bienal de la Sociedad Internacional de Investigación en Enfermedades de Trasmisión Sexual, Canadá, Julio 2003.</i> [En la introducción se describe una seroprevalencia de HIV de 6.0% en 4,851 HSH encuestados durante la vigilancia centinela del 2001 en 24 ciudades]</li> </ul>

**Ejemplo en caso de Fuente Primaria  
Modelo de Protocolo para cada Indicador**

<b>Indicador R.1.3</b>	<b>Proporción de adolescentes mujeres y varones que tienen información sobre ITS y VIH</b>
<b>Operacionalización o fórmula de cálculo</b>	Porcentaje promedio de respuestas correctas de una lista de 23 preguntas sobre conocimientos respondidas por escolares de 12 a 17 años durante encuestas en colegios.
<b>Período de referencia</b>	2004
<b>Valores estimados y tamaño de muestra</b>	Total: 57.3% (n=1,953), intervalo de confianza al 95%: 54.1% - 60.4% Varones: 55.9%, intervalo de confianza al 95%: 52.0% - 59.7% Mujeres: 59.2%, intervalo de confianza al 95%: 55.2% - 63.2%
<b>Fuente</b>	Encuesta SASE ad-hoc en centros educativos de ciudades seleccionadas. Base de datos, instrumentos y dos informes preliminares fueron proporcionados por CARE
<b>Justificación</b>	Estudio diseñado específicamente para calcular los indicadores R.1.1.1 al R.1.1.6. El indicador fue seleccionado como promedio de respuestas correctas para evitar la arbitrariedad de definir un número de respuestas correctas que se considere como el mínimo aceptable. No se incluyeron otras preguntas consideradas "no ligadas" (transmisión de ITS por besos, picaduras o baños, por ejemplo) porque no ayudaban a discriminar los niveles de conocimiento en la muestra (Ver anexo).
<b>Población</b>	Escolares de 12 a 17 años de edad en colegios estatales de Lima, Callao, Ica, Chimbote, Piura, Huancayo e Iquitos. En Lima se incluyó los distritos de San Juan de Miraflores, Villa María del Triunfo y Villa El Salvador, y en el Callao se incluyó a Callao, La Perla, Carmen de la Legua y Bellavista
<b>Selección de Participantes</b>	El estudio incluyó colegios con educación secundaria de al menos 1000 alumnos en Lima y Callao, y 500 alumnos en las otras ciudades. En Lima se incluyeron 12 colegios, 6 en el Callao y 3 en cada una de las otras ciudades. Los colegios se seleccionaron aleatoriamente en forma proporcional al tamaño de los mismos. En cada colegio se tomaron ~15 alumnos por año de estudios (65 en total), seleccionados por muestreo sistemático. La encuesta fue auto-administrada, y los participantes debían traer el consentimiento firmado de sus padres o tutores legales.
<b>Análisis</b>	Las preguntas indagan por el conocimiento de cuatro infecciones conocidas como ITS (gonorrea, sífilis, chancro y VIH/SIDA), dos formas de transmisión de ITS (embarazo y relaciones sin protección, dos formas de transmisión del VIH (transfusiones, embarazo, relaciones sexuales y compartir agujas), síntomas de ITS (pus en el pene, herida/llaga genital, flujo/descenso vaginal y ardor genital), cuatro formas de prevención de ITS (usar preservativo, abstinencia, evitar promiscuidad y evitar sexo con prostitutas) y cinco formas de prevención del VIH (usar preservativo, abstinencia, evitar promiscuidad, evitar sexo con prostitutas y no compartir agujas) Los datos fueron analizados en forma ponderada.
<b>Representatividad e Interpretación</b>	Esta muestra corresponde a una población adolescente urbana de estrato socioeconómico medio y bajo en grandes colegios públicos de grandes ciudades. Para plantear metas respecto a este indicador debe considerarse que una mejora de 4% en promedio corresponde a que toda la población logre una respuesta correcta más (~1/23)

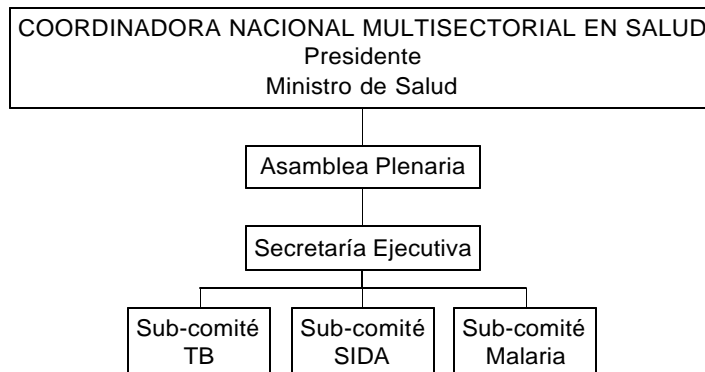
## APÉNDICE 4

### Ayuda Memoria sobre la Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud CONAMUSA

En el año 1992, el país presenta una primera propuesta sobre control de TB al Fondo Global, la cual es rechazada, entre las causas de su rechazo, es que la propuesta tenga un mecanismo de participación de la sociedad civil; llamado por el Fondo Global, Mecanismo Coordinador del País (MCP); es así que la elaboración de la segunda propuesta recoge las sugerencias del Fondo Global, producto de ello el Ministerio de Salud en Agosto del 2002 crea la Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud (CONAMUSA) con un total de 27 representantes de diversos sectores

Es importante tener en cuenta que el Fondo Global dentro del perfil de cooperación considera la participación de la sociedad civil en la elaboración de la propuesta, que las actividades a solicitar financiamiento sean complementarias dentro del plan de trabajo del Ministerio de Salud, y que debe existir un Organismo No Gubernamental como Receptor Principal (RP) de los fondos asignados; es así que el CONAMUSA elige CARE como Receptor Principal de los fondos asignados.

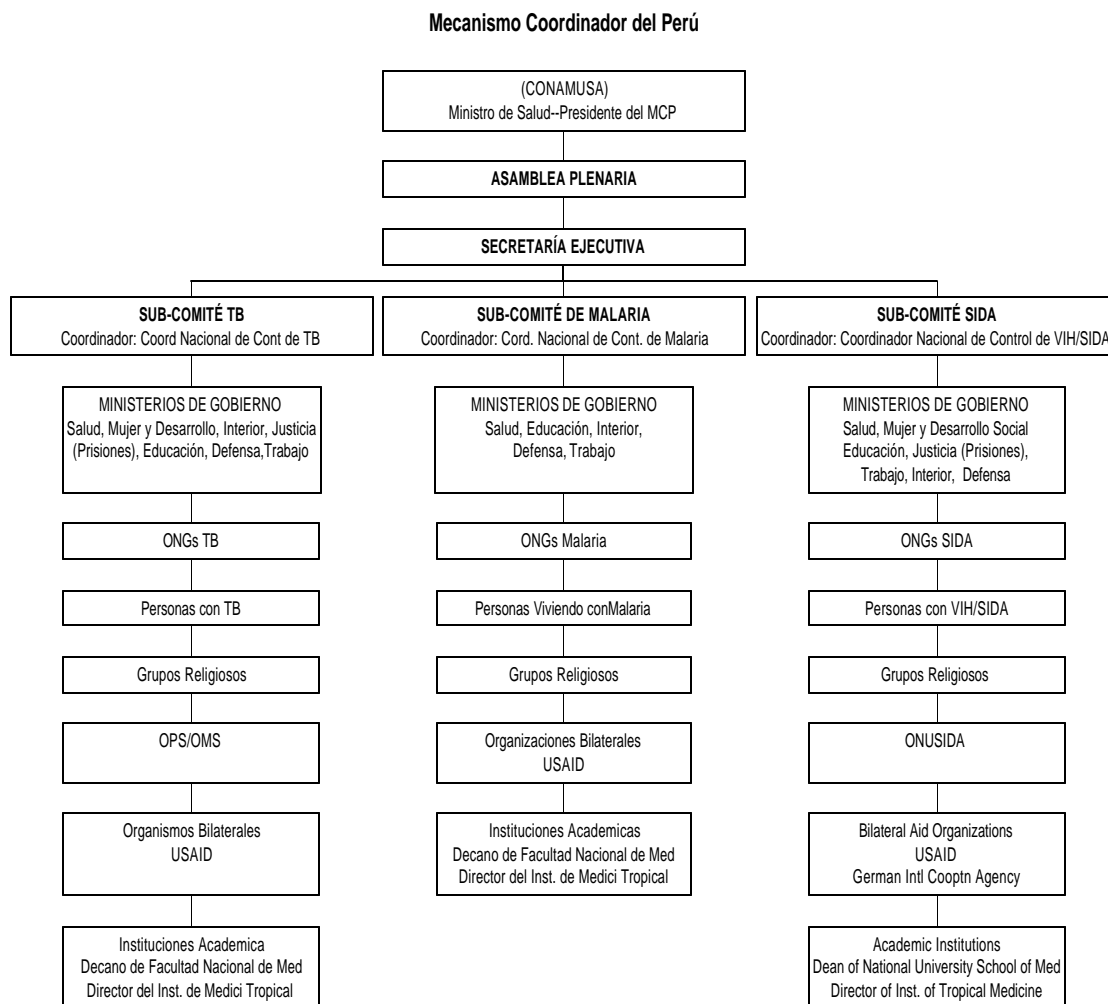
### Mecanismo Coordinador del Perú



La CONAMUSA es presidido por el Ministro de Salud o su representante, y en ella se encuentran representadas entidades públicas, ONG, pacientes organizados, entre otras; para su funcionamiento óptimo cuenta con la participación de una Secretaria Ejecutiva, la cual dentro de sus múltiples funciones es la de aprobar diferentes propuestas.

Con este nuevo perfil el país envía al Fondo Global su segunda propuesta con tres componentes de intervención, VIH, Coinfección VIH-TB y TB, siendo aprobados por el Fondo los componentes de VIH y TB

Estando el CONAMUSA a más de 3 años de su creación y más de 1 año de la ejecución del Proyecto del Fondo Global es necesario darse un tiempo para revisar y analizar la información existente en relación a CONAMUSA y su fortalecimiento como parte de su institucionalización; para ello existe un estudio de Línea de Base inicial, el cual debe servir de parámetro inicial de evaluación en un segundo estudio de Línea de Base.



Es objetivo actual es poder medir el fortalecimiento de la CONAMUSA como institución; para ello es importante conocer la relación de miembros firmantes del CONAMUSA tal como se presento en la propuesta al Fondo Global, la cual adjuntamos como anexo 1.

Es importante entender como institucionalización el reconocimiento por la comunidad en todos sus aspectos y por el sistema de organización que fomenta, considerando su documentación, manuales, reglamentos, presupuestos, reconocimiento legal por Decreto Supremo, entre otros.

La CONAMUSA, al final de la fase I del Programa, había iniciado con fuerza su proceso de descentralización. Para ello, durante os dos primeros años de la intervención se instalaron COREMUSAS (Coordinadoras Regionales Multisectoriales en Salud) en 5 ciudades: Lima, Callao, Chimbote, Ica e Iquitos, y tiene la perspectiva de ampliar su ámbito de acción a otras 7 ciudades más en el transcurso de la fase II del Programa.

**APÉNDICE 5**  
**Decreto Supremo de la CONAMUSA**

**(ver PDF adjunto)**

**APÉNDICE 6**  
**Reglamento de la CONAMUSA, donde se podrá apreciar la relación de instituciones  
que la conforman**

**(ver PDF adjunto)**

## **Anexo H**

### **TERMINOS DE REFERENCIA ITEM 4**

ANEXO H  
TÉRMINOS DE REFERENCIA

COORDINADORA NACIONAL MULTISECTORIAL EN SALUD  
CONAMUSA

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

CARE - PERÚ

*CONCURSO 003 - 2006 CARE PERU  
SEGUNDA CONVOCATORIA*

*SELECCIÓN DE FIRMAS ESPECIALIZADAS EN EVALUACIÓN E INVESTIGACIÓN  
PARA EL PROGRAMA*

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

Noviembre de 2006

Objeto de la convocatoria	Seleccionar una firma consultora o equipo de consultores que realice la Tercera Medición de los Indicadores de Resultado e Impacto del Programa Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y la Tuberculosis en el Perú para los Objetivos 1 y 3 del componente Tuberculosis: Sub-estudio cuanti-cualitativo sobre la prevención y control de la Tuberculosis y la TB-MDR en el sistema sanitario y en el contexto comunitario
Modalidad	Concurso
Ámbito del estudio	Lima, Callao y una ciudad adicional (de entre aquéllas donde interviene el objetivo TB3) propuesta por el postor
Precio referencial	El valor referencial es de CUARENTICINCO MIL CIENTO VEINTE CON 00/100 NUEVOS SOLES S/. 45,120.00, incluido el IGV para personas jurídicas o el Impuesto a la Renta y otros de ley para personas naturales

## I. Antecedentes

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

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

### **Componente TB:**

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

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

Las poblaciones denominadas “beneficiarios intermedios” son las siguientes:

- Equipos de salud multisectoriales
- Trabajadores de salud del INPE

- Autoridades de gobiernos locales
- Representantes de organizaciones sociales de base
- Redes y asociaciones de pacientes de TB

En términos generales, el programa desarrolla las siguientes estrategias:

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

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

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

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

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

## **II. Objetivos de la consultoría**

1. Recolectar y sistematizar información cuantitativa sobre los indicadores de Impacto y Resultado del programa
2. Recolectar y sistematizar información cualitativa que apoye la interpretación de los indicadores del programa
3. Realizar el análisis de situación y contexto de los indicadores del programa integrando tanto la información cuantitativa como la cualitativa y comparando dicha información con los hallazgos de las mediciones previas realizadas en el marco del programa (primera y segunda medición de indicadores de los años 2004 y fines del 2005 respectivamente)

## **II. Descripción de la consultoría**

### **1. Aspectos Generales**

La consultoría busca realizar la medición y análisis de los indicadores de los Objetivo 1 y 3 del Componente TB del Programa por tercera vez en la vida del Programa, el mismo que en Noviembre de 2006 culminará su tercer año de operaciones. En este sentido, se define a este estudio como una evaluación ex post transversal del tipo descriptivo. En todo el proceso, se tomará en cuenta el punto de vista de las contrapartes técnicas del programa (Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis, Red Solidaria de personas afectadas de TB), sub-receptores, agrupaciones de personas afectadas y demás organizaciones que integran la Coordinadora Nacional Multisectorial de Salud (CONAMUSA).

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

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

➤ Ambito de intervención: Lima y Callao.

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

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

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

## **2. Metodología del Estudio**

La consultoría abarca la recolección y sistematización de información cuantitativa y cualitativa referida a los indicadores de cada objetivo del programa, que serán medidos por tercera vez en el presente marco. Esto significa que se deberá completar alguna información operacional sobre los indicadores antes de iniciar la recolección de la información.

**En este sentido, la propuesta de tercera medición de indicadores deberá plantearse como dos subestudios complementarios entre sí.** Uno del tipo cuantitativo donde se analicen los niveles de los indicadores con la información recolectada por fuente primaria y fuente secundaria, y otra del tipo cualitativo que facilite la interpretación de los indicadores del programa desde las percepciones de los actores involucrados y la comprensión del contexto de la intervención.

Para el caso de aquéllos indicadores cuya definición o fuente de información falte precisar para operacionalizar la medición cuantitativa (cf. Apéndice 1 de estos términos de referencia.), ó para aquéllos indicadores en que se requiera precisar o ampliar las necesidades de información cualitativa (cf. Apéndice 2 de estos Términos de Referencia) será necesario que el contratista defina, en conjunto con las instancias pertinentes del MINSA, Red Solidaria de pacientes de TB, Sub-Receptor y CARE Perú dichos indicadores durante la elaboración de su plan de trabajo, y asegure con el apoyo del Sub-Receptor del Objetivo 1 y de CARE Peru los mecanismos para obtener la información faltante a fin de completar dichos indicadores.

### **1. Sub-Estudio Cuantitativo:**

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

- **Metodología sugerida para la recolección de información por fuente primaria:**
- El contratista deberá basarse en los indicadores oficiales del programa para este objetivo (cf. Apéndice 1), pudiendo añadir otros indicadores que considere pertinente.
  - Las poblaciones objetivo son las señaladas en el acápite 1 de Aspectos Generales (tanto beneficiarios intermedios como beneficiarios finales)
  - Como primer paso, será necesario hacer una revisión de las matrices de indicadores con el equipo técnico y de monitoreo y evaluación del Sub-Receptor beneficiario de este sub-estudio, incorporando en la medida de lo posible a los sectores contrapartes y personas afectadas, mediante entrevistas y/o mediante talleres. Durante esta revisión, por cada indicador se confirmará las fuentes de información y la existencia en dichas fuentes de las variables básicas que intervienen en su cálculo
  - Generar los protocolos de cada indicador final antes del inicio de la recolección de información, que sean aprobados por el Comité Técnico Permanente del presente estudio
  - Revisar y validar los instrumentos de recolección específicos que se generen, con las contrapartes y los ejecutores; haciendo los ajustes necesarios e integrando nuevas necesidades de información si fuera el caso.
  - Realizar 5 tipos de encuestas, en las cuales se considerará muestra similar y comparable a la trabajada en la primera y segunda medición realizada previamente, y como mínimo las mismas preguntas realizadas en las dos anteriores mediciones. Así,
    - Para el indicador R.1.1 – Encuesta I: Se realizarán encuestas a todos los Comités Multisectoriales de lucha contra la TB de los distritos cuyos Municipios han promulgado el Acuerdo Municipal de reconocimiento del Plan Distrital de lucha contra la TB (Ver Apéndice 4).
    - Para los indicadores R.1.2 y R.1.3 – Encuesta II: se realizarán encuestas a todas las organizaciones sociales de base incluidas en el Directorio Institucional de los 20 distritos del proyecto (Ver en Anexo P de Bases administrativas el Directorio Institucional trabajado por el Programa en la Fase I).
    - Para los indicadores: R.1.4, R.1.5, R.1.10, R.1.11 – Encuesta III: Se realizarán encuestas a una muestra aleatoria de los enfermos de TB y sus familiares de las 70 Areas de elevado riesgo de transmisión de TB (AERT-TB) (Ver Apéndice 5 Y Apéndice 6).
    - Para los indicadores R.1.3. R.1.4 y R.1.5 – Encuesta IV: Se realizarán adicionalmente encuestas a una muestra aleatoria de los equipos de TB (personal de salud) de las 70 AERT-TB.
  - Para las encuestas III y IV las muestras de las encuestas serán aleatorias y bietápicas, tomando en cuenta en una primera etapa el número de AERT-TB y su distribución geográfica en el ámbito de las Direcciones de Salud –DISA- y en una segunda etapa el número de pacientes de TB. En la primera etapa el marco muestral estará constituido por 70 AERT-TB distribuidas en las 5 DISAs de Lima y Callao. La muestra será a un 95% de confianza y un margen de error de estimación del 10%.
  - Los parámetros de la medición: población y muestras, ciudades en las cuales se recolectará la información, parámetros de ponderación, criterios de selección de

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

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

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

- Los indicadores de fuente secundaria para este objetivo están definidos en el apéndice 1 de estos términos de referencia: E.1, E.2, E.3, E.5, E.7, E.8, E.4.1, R.1.6, R.1.7, R.1.8, R.1.9, R.1.9, R.1.12, R.1.13, R.1.14, R.3.1, R.3.2, R.3.3, R.3.4, R.3.5, R.3.6, a.3.1.1, a.3.1.2.
- Se trabajará con datos de fuente secundaria procedente de fuentes oficiales del año 2006, considerando como hito crítico de la recolección de la información secundaria que la información de los indicadores respecto al año 2,006 estará disponible en el mes de Marzo del 2,007 luego de la Jornada de Evaluación Anual

de la Estrategia Sanitaria Nacional de TB. En caso para el mes de Marzo de 2007 no estuviera disponible la información del año 2006, el contratista desarrollará el cálculo y análisis respectivo de los indicadores de fuente secundaria tomando como base el informe y datos del año 2005.

- La fuente general y oficial es el Informe Anual de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis. Las fuentes específicas de estos indicadores, por el lado del Ministerio de Salud, son el Libro de registro de sintomáticos respiratorios, Libro de registro de muestras para investigación bacteriológica, Libro de registro y seguimiento de pacientes con tuberculosis y de Pacientes de TB-MDR, Tarjetas de control de asistencia y administración de tratamiento, y Formato para estudio de cohorte por esquemas diferenciados tanto para TB como para TB-MDR, informes operacionales de cada DISA y nivel nacional, entre otros, de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis, etc..
- La información será colectada de acuerdo a las características de ubicación geográfica y población solicitadas ahí donde estén disponibles y también a nivel NACIONAL..
- Para el caso de los indicadores E.5 y E.7, referidos a los AERT-TB:
  - El contratista deberá realizar con el apoyo de los coordinadores de monitoreo del Objetivo 1 y en estrecha coordinación con las autoridades de la ESN PCT, la recolección de la información sobre las variables que se incluyen en la definición de un área geográfica específica como AERT-TB (cf. Apéndice 1: Los AERT son aquellas áreas geográficas de los establecimientos que presentan los siguientes criterios: mayor N<sup>o</sup> de casos nuevos BK positivo, mayor N<sup>o</sup> de casos de morbilidad, mayor densidad poblacional; pueden haber más de un AERT en un distrito; se definen como AERT -TB aquellas áreas geográficas con tasa de incidencia de tuberculosis pulmonar frotis positivo mayor que 150 casos por 100,000 personas y por lo menos una morbilidad de 30 casos ó el número de casos de morbilidad mínima de 50, que fueron seleccionados al inicio del proyecto). Para mayor información, revisar los criterios con que fueron seleccionados en la fase I los AERT-TB en los cuales interviene el Programa en el apéndice 7.
  - En función a este recojo de información del MINSA sobre los establecimientos de salud, el contratista deberá re-estimar las variables para cada AERT-TB para concluir:
    - Cuáles de los AERT-TB en los que intervino el Objetivo 1 en la fase I del programa continúan estando en condición de AERT-TB y cuáles de ellos ya han dejado de ser AERT-TB
    - Qué jurisdicciones de cada DISA de Lima y Callao se encuentran en el año 2006 bajo la condición de AERT-TB.
- El contratista deberá describir el protocolo de cada indicador, con detalle de la fuente y metodología utilizada por dicha fuente para cuantificar el indicador (muestreo, representatividad, método de recojo de información y forma de procesamiento).
- El contratista debe asimismo asegurar que dicha metodología cumplió en su momento con estándares mínimos de calidad y realizar un análisis crítico de la misma, evaluando si será posible replicarla para realizar comparaciones posteriores.
- Todo dato requerido en estos Términos de Referencia que no se encuentre disponible en las fuentes secundarias oficiales para los años de referencia, deberá

ser recolectado por el contratista mediante fuente primaria de acuerdo a los parámetros del acápite anterior.

- La información procedente de fuente secundaria deberá ser analizada e interpretada de manera participativa con el equipo técnico de los Sub-Receptores beneficiarios de este estudio, contrapartes técnico sectoriales y agrupaciones de personas afectadas.
- Para aquéllos indicadores definidos como procedentes de fuente secundaria que corresponden a este objetivo, el contratista contará con el apoyo de los Sub-Coordinadores de Monitoreo del Sub-Receptor del Objetivo 1 para recolectar dicha información, y así poder acceder a los datos generados por el sistema de información de la contraparte respectiva.
- En este marco, los Sub Coordinadores de Monitoreo del Objetivo 1 asumen la responsabilidad de proporcionar al contratista la información secundaria definida para este sub-estudio de manera oportuna y completa, así como de servir de “puente” entre el contratista y el equipo técnicos del Sub-Receptor y las contrapartes más importantes (Contrapartes técnico-sectoriales o Ministerios y agrupaciones de personas afectadas) para asegurar el análisis e interpretación de la información secundaria bajo una metodología participativa.

## **2. Sub-Estudio Cualitativo:**

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

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

- Involucrar a Sub-Receptores, contrapartes técnico-sectoriales (Ministerios), agrupaciones de personas afectadas y CARE en el análisis de la información.
- Debe consignarse en el informe los resultados cualitativos de manera explícita evidenciando como éstos permiten explicar y/o comprender los resultados cuantitativos

### 3. Cronograma, Recursos y Administración

La consultoría tendrá una duración aproximada de ocho semanas de trabajo no consecutivas, distribuidos de la siguiente manera:

Actividad	Producto a entregar	Fechas	Fecha de entrega del producto
Análisis documental y trabajo preliminar: 2 semanas	Plan de Trabajo	20 de Diciembre 2006 al 10 de Enero 2007	10 de Enero 2007
Trabajo de campo: 3 semanas de trabajo no consecutivas	Un Informe de trabajo de campo y Resultados preliminares	11 de Enero al 15 de Febrero 2007	20 de Febrero 2007
Taller de presentación de resultados: 15 días	Taller de presentación de resultados	1 al 15 de Marzo de 2007	15 de Marzo 2007
Preparación del informe final: 1 semana	Informe Final Cuanti – Cualitativo (integrando sub-estudios cuantitativo y cualitativo y datos secundarios y primarios)	18-25 de Marzo 2007	25 de Marzo 2007

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

El equipo básico del estudio deberá estar conformado por:

- Un líder de equipo, profesional de la salud con 5 años de experiencia comprobable en proyectos y diagnósticos de salud y sociales, líneas de base, investigación cuantitativa y cualitativa, monitoreo, evaluación y gestión de programas; experiencia de trabajo en el área de salud y con organizaciones sociales, con enfoque participativo, de género, inclusión de grupos vulnerables y desarrollo humano; manejo de bases de datos y programas estadísticos: Excel, SPSS, Epi Info; capacidad para trabajar en equipo de manera coordinada y horizontal con otros profesionales, autoridades, dirigentes de organizaciones sociales y sociedad civil, en especial con experiencia de trabajo con personas afectadas por TBC.
- Un consultor asociado, neumólogo o profesional de la salud con experiencia de por lo menos 2 años en la Estrategia Sanitaria Nacional de Tuberculosis en un establecimiento de salud o DISA.
- (opcional) un consultor asociado con experiencia en investigación cualitativa y experiencia de trabajo con pacientes de TB y TB-MDR

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

1. Elaboración del Plan de trabajo y ajustes / elaboración de instrumentos
2. Consultas a equipos técnicos de objetivos sobre necesidades de información, plan de trabajo e instrumentos (ie. talleres, a distancia)

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

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

En el caso de persona natural, el/la responsable del equipo tendrá la responsabilidad final sobre el proceso y los productos de la evaluación, incluyendo la calidad y el respeto de los plazos.

El equipo consultor presentará sus informes al Sub-Coordinador de Monitoreo del Sub-Receptor beneficiario de este estudio, quién a su vez lo derivará al Comité Técnico Permanente para la revisión técnica del caso y posterior aprobación. El Comité Técnico Permanente, instancia ad hoc conformada por diversos especialistas en Monitoreo del Programa y por representantes de las contrapartes, realizará el control metodológico de los documentos presentados y la aprobación del mismo.

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

---

<sup>3</sup> A ser realizada por los Sub-Coordinadores de Monitoreo y Evaluación de los Sub-Receptores beneficiarios del estudio.

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

#### **4. Resultados esperados de la consultoría**

##### **Plan de trabajo**

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

En el estudio cuantitativo, se espera que el plan de trabajo especifique el protocolo de cada uno de los indicadores a medir (nombre del indicador, operacionalización, concepto, período de referencia, tipo y tamaño de muestra preliminares, fuente a la cual se recurrirá, fuentes alternativas), medios de verificación y método de recolección, los instrumentos validados que serán aplicados (incluye la aprobación de un Comité de Ética oficialmente establecido en caso necesario) (cf. Apéndice 3). Además de ello:

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

En el caso del estudio cualitativo, se espera contar en este plan de trabajo con la definición final consensuada con los Sub-Receptores, contrapartes técnicas y CARE de los indicadores específicos y ejes de análisis, el tamaño de las muestras por cada tipo de población y objeto de estudio, los instrumentos validados que serán aplicados (incluye la aprobación de un Comité de Ética oficialmente establecido en caso necesario) .

En el cronograma, por cada sub-estudio (cuantitativo, cualitativo) se detallarán las actividades a realizar (lugares, fechas, responsables por actividad y subactividad), de tal forma que permita a la entidad contratante y al Comité Técnico Permanente el monitoreo del desarrollo de los siguientes pasos de la consultoría. Además de ello:

- El cronograma deberá incluir reuniones al mínimo quincenales con el Comité Técnico Permanente y/o el Sub-Coordinador de Monitoreo del Sub-Receptor para evaluar el avance de la consultoría.

El plan de trabajo debe incluir asimismo la relación de insumos y tipos de apoyo específico que se requerirá de cada actor clave del programa para llevar adelante el recojo de la información.

##### **Informe preliminar**

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

El informe tendrá tentativamente el siguiente esquema:

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

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

### **Taller de Presentación de Resultados**

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

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

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

### **Informe final**

El informe, tendrá tentativamente el siguiente esquema:

1. Resumen ejecutivo (como síntesis de la metodología, las conclusiones, recomendaciones, con tabla resumen de estado inicial, estado encontrado y meta de cada indicador),
2. Introducción, en la cual se mencionará los antecedentes inmediatos referidos al programa, sus diversos logros, el propósito de la evaluación y hallazgos más resaltantes
3. Metodología utilizada (diseño (s) del estudio, población y muestras, métodos y técnicas de recolección de información, instrumentos y técnicas/métodos de procesamiento estadístico de la información),
4. Resultados del estudio, por objetivo y por ciudad o DISA
5. Análisis y discusión de los resultados,
6. Conclusiones
7. Recomendaciones tanto a nivel metodológico como en función a los objetivos del programa para la segunda fase del mismo

8. Anexos (incluir la ficha técnica o protocolo de cada indicador trabajado (\*\*), cronograma final de trabajo, relación de fuentes de información, instrumentos utilizados y otros anexos técnicos relevantes)

El Informe Final debe incluir lo siguiente:

1. Interpretación de los hallazgos, comparándolos con los hallazgos de los anteriores estudios (primera y segunda medición de indicadores).
2. Establecer en las recomendaciones **propuestas específicas de sistemas de información** (ie. Procedimientos, flujo de información, procesamiento, instrumentos, forma de recolección, etc.) para realizar el seguimiento periódico de los indicadores del Programa ahí donde sea necesario.
3. En los anexos, los indicadores deberán ser presentados conforme al modelo de **protocolo para cada indicador** o ficha técnica que se ilustra en el Apéndice 3 de este documento.
4. Cuando un indicador correspondiente a fuente secundaria no exista en la fuente oficial, el equipo de consultores especificará una **propuesta para que los medios oficiales puedan implementar el seguimiento** y reporte de la información referida a dicho indicador.

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

#### **IV. Productos esperados de la consultoría y forma de pago**

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

##### **1er. Desembolso:**

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

##### **2do. Desembolso:**

Entrega de la Memoria del Taller de Presentación de Resultados Finales, entrega de los Power Point utilizados y otro material relacionado. Previo a ello, el contratista deberá haber entregado un informe preliminar de avances del trabajo de campo y también un informe preliminar de resultados, productos ambos que no conllevan desembolso pero que deben ser entregados en las fechas indicadas en el cronograma adjunto.

##### **3er. Desembolso:**

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

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

Producto	Fecha de Entrega	Costo en S/.	%
Firma del contrato	20 Diciembre 2006		
Entrega de Plan de Trabajo	10 de Enero 2007		
Plan de Trabajo aprobado por Comité Técnico	15 Enero 2007	20304	45
Informe Preliminar de Resultados del estudio	20 Febrero 2007		
Informe Preliminar de Resultados del estudio aprobado por Comité técnico	28 Febrero 2007		
Taller de Presentación de Resultados	15 de Marzo 2007	11280	25
Entrega de informe final	25 de Marzo 2007		
Informe Final aprobado por Comité Técnico y entregables completos	30 de marzo 2007	13536	30
TOTAL		45120	100

#### V. Condiciones de la consultoría

- Los indicadores de la medición de línea de base que figuran en el Apéndice 1 así como los requisitos de información para levantamiento de los indicadores consignados en el Apéndice 2 son mandatorios. El postor podrá recomendar indicadores adicionales de interés según las características del programa.
- La metodología deberá contar con un sustento técnico sólido que permita su replicabilidad para las posteriores mediciones.
- El equipo consultor o firma que resultare ganadora deberá entregar una carta fianza equivalente al 20% del monto total del estudio, que garantice que el mismo sea concluido dentro de los plazos previstos y a satisfacción del Sub Receptor beneficiario del estudio, de CARE Perú, contando además con la aprobación del Comité Técnico Permanente.
- Se negociará una penalidad por incumplimiento de oferta y plazos antes de la firma del contrato.
- La propiedad intelectual de la información y los productos generados por esta consultoría será cedida a CARE Perú.

#### VI. Presentación de propuestas

- Sobre la presentación de propuestas:
  1. Propuesta técnica: (80% del puntaje): se espera que el postor entregue una propuesta con un avance metodológico sobre cómo realizaría el estudio, en qué ciudades, con qué muestras de estudio y fuentes de información, con qué instrumentos. Propuestas para mejorar los indicadores con la debida justificación técnica serán bienvenidas. La calificación valorará de manera especial la propuesta de protocolo para cada indicador del programa, especialmente el conocimiento y técnica

que permita establecer claramente la mejor metodología a aplicar para su medición. Asimismo, se espera que el postor demuestre contar con un equipo principal altamente calificado para recolectar, organizar e interpretar la información de la manera más adecuada a satisfacción del cliente, para proporcionar al programa recomendaciones relevantes tanto para la mejora del desempeño del programa como para mejorar los sistemas de información existentes que proporcionan la información sobre los indicadores del programa. Así, el esquema de la propuesta debe incluir los siguientes ítems:

- Marco conceptual: que denote conocimiento del tema de la TB y TB-MDR en el país (niveles epidemiológico, clínico, de políticas públicas, de programas y proyectos existentes, normativa existente, etc.).
- Metodología: especificar por separado las metodologías a utilizar para la parte cuantitativa y cualitativa del estudio, en el entendido que la parte cualitativa debe permitir la triangulación con la información obtenida por otras fuentes y profundizar en detalles de los procesos claves que afectan los niveles de los indicadores.
- Metodología para el estudio cuantitativo:
  - Características del estudio (tipo y diseño del estudio en general y de cada sub-estudio).
  - Resumen del avance metodológico (protocolo y forma de recolección de información tentativos para cada indicador, descripción de los instrumentos a utilizar indicando la población ú objeto de cada uno de ellos, )
  - Diseño muestral y selección propuesta de ciudades, DISAS y otras unidades de análisis a ser estudiadas
  - Estrategias para la supervisión de la recolección de campo
  - Mecanismos a implementar para asegurar el control de calidad y consistencia de la información
  - Técnicas para el procesamiento de la información
  - Información del programa que será requerida para la realización del estudio
  - Consideraciones éticas
- Metodología para el estudio cualitativo:
  - Características del estudio.
  - Resumen del avance metodológico (áreas o ejes de análisis, tipo de información a recolectar por cada indicador, técnicas para el recojo de la información, descripción de los instrumentos a utilizar indicando la población ú objeto de cada uno de ellos)
  - Muestras: selección propuesta de ciudades, DISAS y otras unidades de análisis a ser estudiadas
  - Estrategias para la supervisión de la recolección de campo
  - Técnicas para el procesamiento de la información
  - Consideraciones éticas
- Información del programa que será requerida para la realización del estudio
- Productos entregables de la consultoría
- Equipo consultor
  - Descripción de las actividades, tareas y responsabilidades de cada miembro del equipo consultor
  - Mecanismos de coordinación / comunicación que se implementará entre el equipo consultor y el equipo responsable de la consultoría

- Plan de trabajo detallado, incluyendo las visitas a realizar para la recolección de campo
- Programación de reuniones quincenales de coordinación con el Comité Técnico Permanente y/o el Sub-Coordinador de Monitoreo del Sub-Receptor
- Cronograma del estudio
- Apéndices relevantes para apoyar la comprensión de la propuesta por parte del comité técnico evaluador, incluyendo el esquema de reporte final que se utilizará.
- Hojas de vida del equipo principal según anexo I de las bases administrativas del concurso.

2. Propuesta económica detallada por objetivo del programa y rubro de gasto: (20% del puntaje): según el formato del anexo M de las bases administrativas del concurso. Se valorará aquí el buen nivel de detalle (organizando los rubros de gasto en función a las actividades a desarrollar), y la consistencia del desagregado con el plan de trabajo detallado. Las propuestas económicas serán calificadas de menor a mayor, según la fórmula que se indica en el ítem 22.5.6 de las bases administrativas del concurso.

➤ Presentar hasta el 11 de Diciembre de 2006 a las 4:00 pm la propuesta técnica y económica en dos sobres cerrados (un sobre por tipo de propuesta), con carta de presentación firmada por el consultor principal cuando se trate de postulación de persona natural o representante legal de la organización postora, en: General Santa Cruz 659, Jesús María.

➤ Los sobres deberán indicar el nombre del consultor principal cuando se trate de postulación de persona natural o nombre de la organización postulante. La carta de presentación debe contener los datos de contacto de la misma (dirección, teléfono, correo electrónico, etc.).

➤ Los resultados del concurso serán publicados en <http://www.care.org.pe/websites/fondomundial/segavan3.htm>

## VII. Calendario de Actividades del Concurso

Actividad	Fecha
1. Publicación de convocatoria	19 Noviembre 2006
2. Acceso a bases (5:00 pm)	21 Noviembre 2006
3. Recepción de consultas	27 Noviembre 2006
4. Absolución de consultas y acceso a respuestas en página WEB (5:00 pm)	28 Noviembre 2006
5. Recepción de expedientes institucionales y propuestas (4:00 pm)	11 Diciembre 2006
6. Presentación de postores elegidos, evaluación y selección	13 Diciembre 2006

7. Publicación de resultados en página WEB (5:00 pm)	15 Diciembre 2006
8. Suscripción de contratos entre Sub-Receptores beneficiarios de los estudios y ganadores de la Buena Pro	20 Diciembre 2006

## **VIII. Consultas**

Mayor información sobre el programa en:  
<http://www.care.org.pe/concurso/index.html>

Dirigir las consultas a:  
[consultas@care.org.pe](mailto:consultas@care.org.pe)

Se recibirán las consultas el 27 de Noviembre por correo electrónico. Las respuestas a las consultas serán publicadas el 28 de Noviembre en la página WEB de CARE.

## APÉNDICE 1

### MATRIZ DE INDICADORES PARA LA TERCERA MEDICION DE INDICADORES

(Ver archivo Excel adjunto)

#### INSTRUCCIONES PARA UBICAR LOS INDICADORES:

7. Junto con las bases del concurso 003-2006 CARE Perú Segunda Convocatoria, se encuentra publicado el archivo en Excel "Apendice1 Matriz de indicadores.xls".
8. El Apéndice 1 tiene dos hojas electrónicas, una para los sub-estudios del componente VIH y otra para los sub-estudios del componente TB
9. Los pasos a seguir para identificar los indicadores de este sub-estudio son los siguientes:
  - a. Bajar el archivo Excel de la WEB del concurso a su disco duro.
  - b. Ubicarse en la hoja electrónica del componente al que pertenece el item al que postula.
  - c. Desplegar las opciones de filtro que aparecen en la columna A, denominada "ITEM (sub-estudio)".
  - d. Seleccionar el número de item que corresponde al estudio al que postula.
  - e. Por ejemplo, si postula al Item 3, seleccionar "3". Aparecerán todos los indicadores que se va a levantar en el sub-estudio del item 3. En este caso, seleccionar Item 4 en la hoja TB.
  - f. Los indicadores están separados por nivel: Impacto/efecto, Resultado, producto e insumo. Los códigos correspondientes para cada nivel son los siguientes:
    - i. Impacto/efecto: codificados con la letra "E" al inicio.
    - ii. Resultado: codificados con la letra "R" al inicio.
    - iii. Producto: codificados con la letra "a" al inicio.
    - iv. Insumo: codificados con la letra "s" al inicio.
  - g. Verificar que su selección ha identificado todos los indicadores del caso, subiendo el cursor hasta el inicio de la hoja.

## APÉNDICE 2

### REQUISITOS DE INFORMACIÓN Y OTRAS ESPECIFICACIONES PARA EL LEVANTAMIENTO DE LOS INDICADORES

(Ver archivo Excel adjunto)

#### INSTRUCCIONES PARA UBICAR LOS INDICADORES:

10. Junto con las bases del concurso 003-2006 CARE Perú Segunda Convocatoria, se encuentra publicado el archivo en Excel "Apendice2 Requisitos indicadores.xls".
11. El Apéndice 2 tiene dos hojas electrónicas, una para los sub-estudios del componente VIH y otra para los sub-estudios del componente TB
12. Los pasos a seguir para identificar los indicadores de este sub-estudio son los siguientes:
  - a. Bajar el archivo Excel de la WEB del concurso a su disco duro.
  - b. Ubicarse en la hoja electrónica del componente al que pertenece el item al que postula.
  - c. Desplegar las opciones de filtro que aparecen en la columna A, denominada "ITEM (sub-estudio)".
  - d. Seleccionar el número de item que corresponde al estudio al que postula.
  - e. Por ejemplo, si postula al Item 3, seleccionar "3". Aparecerán todos los indicadores que se va a levantar en el sub-estudio del item 3. En este caso, seleccionar Item 4 en la hoja TB.
  - f. Los indicadores están separados por nivel: Impacto/efecto, Resultado, producto e insumo. Los códigos correspondientes para cada nivel son los siguientes:
    - i. Impacto/efecto: codificados con la letra "E" al inicio.
    - ii. Resultado: codificados con la letra "R" al inicio.
    - iii. Producto: codificados con la letra "a" al inicio.
    - iv. Insumo: codificados con la letra "s" al inicio.
  - g. Verificar que su selección ha identificado todos los indicadores del caso, subiendo el cursor hasta el inicio de la hoja.

**APÉNDICE 3**  
**Ejemplo en caso de Fuente Secundaria**  
**Modelo de Protocolo para cada Indicador**

<b>Indicador E.1</b>	<b>Proporción de HSH seropositivos al VIH</b>
<b>Operacionalización o fórmula de cálculo</b>	Número de HSH positivos con diagnóstico de laboratorio confirmado / Total de HSH examinados
<b>Período de referencia</b>	Año 2002
<b>Valores estimados y tamaño de muestra</b>	Total: 13,9% (n= 456/3280) Intervalo de confianza al 95% (IC): 12,7%-15.1%  Lima: 22.9% Iquitos: 11.6% Pucallpa: 5.7% Arequipa: 6.6% Sullana : 10.2%
<b>Fuente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe de Vigilancia Centinela en HSH, MINSA – OGE, 2002</li> <li>• Dos documentos metodológicos y una matriz resumen de resultados entregados por OGE.</li> </ul>
<b>Justificación de selección de la fuente</b>	Estudio más extenso y reciente disponible. Fuente oficial: metodológicamente replicable
<b>Población</b>	HSH mayores de 18 años que acudieron a CERETS/UAMP en las 5 ciudades.
<b>Selección de participantes</b>	Selección consecutiva de todos los hombres que reportaron haber tenido una pareja sexual masculina en el último año, que acudieron a estos establecimientos entre mes 1 y mes 2 del 2002 derivados por Promotores Educadores de Pares. Participantes brindan consentimiento escrito, y se excluyen sujetos con trastornos psiquiátricos.
<b>Representatividad e Interpretación</b>	Los participantes principalmente son TS travestis que acuden para controles de ITS. Se trata probablemente de una muestra de alto riesgo. Las ciudades, excepto Arequipa, son también de alta prevalencia.
<b>Estimados y fuentes alternativas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Lama J et al. Trends in HIV, sexually transmitted infections and risk behaviors among men who have sex with men in Lima, Peru. XV Conferencia Internacional del SIDA, Tailandia, Julio 2004.</i> [La vigilancia centinela en Lima en 1996, 1998 y 2000 muestra una tendencia creciente en la prevalencia de HIV en HSH]</li> <li>• <i>Carcamo C et al, Sexually Transmitted Disease (STD) Prevalences from the 2002 National Household-Based General Population Survey of Young Urban Adults in Peru. XV Congreso Bienal de la Sociedad Internacional de Investigación en Enfermedades de Trasmisión Sexual, Canadá, Julio 2003.</i> [En la introducción se describe una seroprevalencia de HIV de 6.0% en 4,851 HSH encuestados durante la vigilancia centinela del 2001 en 24 ciudades]</li> </ul>

**Ejemplo en caso de Fuente Primaria  
Modelo de Protocolo para cada Indicador**

<b>Indicador R.1.3</b>	<b>Proporción de adolescentes mujeres y varones que tienen información sobre ITS y VIH</b>
<b>Operacionalización o fórmula de cálculo</b>	Porcentaje promedio de respuestas correctas de una lista de 23 preguntas sobre conocimientos respondidas por escolares de 12 a 17 años durante encuestas en colegios.
<b>Período de referencia</b>	2004
<b>Valores estimados y tamaño de muestra</b>	Total: 57.3% (n=1,953), intervalo de confianza al 95%: 54.1% - 60.4% Varones: 55.9%, intervalo de confianza al 95%: 52.0% - 59.7% Mujeres: 59.2%, intervalo de confianza al 95%: 55.2% - 63.2%
<b>Fuente</b>	Encuesta SASE ad-hoc en centros educativos de ciudades seleccionadas. Base de datos, instrumentos y dos informes preliminares fueron proporcionados por CARE
<b>Justificación</b>	Estudio diseñado específicamente para calcular los indicadores R.1.1.1 al R.1.1.6. El indicador fue seleccionado como promedio de respuestas correctas para evitar la arbitrariedad de definir un número de respuestas correctas que se considere como el mínimo aceptable. No se incluyeron otras preguntas consideradas "no ligadas" (transmisión de ITS por besos, picaduras o baños, por ejemplo) porque no ayudaban a discriminar los niveles de conocimiento en la muestra (Ver anexo).
<b>Población</b>	Escolares de 12 a 17 años de edad en colegios estatales de Lima, Callao, Ica, Chimbote, Piura, Huancayo e Iquitos. En Lima se incluyó los distritos de San Juan de Miraflores, Villa María del Triunfo y Villa El Salvador, y en el Callao se incluyó a Callao, La Perla, Carmen de la Legua y Bellavista
<b>Selección de Participantes</b>	El estudio incluyó colegios con educación secundaria de al menos 1000 alumnos en Lima y Callao, y 500 alumnos en las otras ciudades. En Lima se incluyeron 12 colegios, 6 en el Callao y 3 en cada una de las otras ciudades. Los colegios se seleccionaron aleatoriamente en forma proporcional al tamaño de los mismos. En cada colegio se tomaron ~15 alumnos por año de estudios (65 en total), seleccionados por muestreo sistemático. La encuesta fue auto-administrada, y los participantes debían traer el consentimiento firmado de sus padres o tutores legales.
<b>Análisis</b>	Las preguntas indagan por el conocimiento de cuatro infecciones conocidas como ITS (gonorrea, sífilis, chancro y VIH/SIDA), dos formas de transmisión de ITS (embarazo y relaciones sin protección, dos formas de transmisión del VIH (transfusiones, embarazo, relaciones sexuales y compartir agujas), síntomas de ITS (pus en el pene, herida/laga genital, flujo/descenso vaginal y ardor genital), cuatro formas de prevención de ITS (usar preservativo, abstinencia, evitar promiscuidad y evitar sexo con prostitutas) y cinco formas de prevención del VIH (usar preservativo, abstinencia, evitar promiscuidad, evitar sexo con prostitutas y no compartir agujas) Los datos fueron analizados en forma ponderada.
<b>Representatividad e Interpretación</b>	Esta muestra corresponde a una población adolescente urbana de estrato socioeconómico medio y bajo en grandes colegios públicos de grandes ciudades. Para plantear metas respecto a este indicador debe considerarse que una mejora de 4% en promedio corresponde a que toda la población logre una respuesta correcta más (~1/23)

#### APÉNDICE 4

#### Relación de distritos cuyos Municipios han promulgado el Acuerdo Municipal de reconocimiento del Plan Distrital de Lucha contra la TB

1. Carabayllo
2. Los Olivos
3. Rímac
4. Comas
5. La Victoria
6. SMP
7. El Agustino
8. Santa Anita
9. Ventanilla
10. SJM
11. VMT
12. SJL

## APÉNDICE 5

### 70 AERT-TB SELECCIONADOS PARA LA INTERVENCIÓN DEL OBJETIVO 1-TE

	AERT-TB	Distrito	DISA
1	ERMITANO BAJO	INDEPENDENCIA	Lima Ciudad
2	ERMITANO ALTO	INDEPENDENCIA	Lima Ciudad
3	COMAS	COMAS	Lima Ciudad
4	COLLIQUE III ZONA	COMAS	Lima Ciudad
5	GUSTAVO LANATTA	COMAS	Lima Ciudad
6	PROGRESO	CARABAYLLO	Lima Ciudad
7	LA FLOR	CARABAYLLO	Lima Ciudad
8	CAQUETA	RIMAC	Lima Ciudad
9	LOS LIBERTADORES	SAN MARTIN DE PORRES	Lima Ciudad
10	PERU III ZONA	SAN MARTIN DE PORRES	Lima Ciudad
11	PERU IV ZONA	SAN MARTIN DE PORRES	Lima Ciudad
12	INFANTAS	SAN MARTIN DE PORRES	Lima Ciudad
13	PRIMAVERA	LOS OLIVOS	Lima Ciudad
14	LAURA CALLER	LOS OLIVOS	Lima Ciudad
15	PIEDRA LIZA	SAN JUAN DE LURIGANCHO	Lima Este
16	CANTO GRANDE	SAN JUAN DE LURIGANCHO	Lima Este
17	HUASCAR II	SAN JUAN DE LURIGANCHO	Lima Este
18	HUASCAR XV	SAN JUAN DE LURIGANCHO	Lima Este
19	GANIMEDES	SAN JUAN DE LURIGANCHO	Lima Este
20	CRUZ DE MOTUPE	SAN JUAN DE LURIGANCHO	Lima Este
21	10 DE OCTUBRE	SAN JUAN DE LURIGANCHO	Lima Este
22	BAYOVAR	SAN JUAN DE LURIGANCHO	Lima Este
23	JAIME ZUBIETA	SAN JUAN DE LURIGANCHO	Lima Este
24	J.C. MARIATEGUI	SAN JUAN DE LURIGANCHO	Lima Este
25	CALCUTA	EL AGUSTINO	Lima Este
26	AGUSTINO	EL AGUSTINO	Lima Este
27	PRIMAVERA	EL AGUSTINO	Lima Este
28	SAN FERNANDO	EL AGUSTINO	Lima Este
29	BETHANIA	EL AGUSTINO	Lima Este
30	MAGDALENA SOFIA	EL AGUSTINO	Lima Este
31	CHANCAS DE ANDAHUAYLAS	SANTA ANITA	Lima Este
32	FORTALEZA	SANTA ANITA	Lima Este
33	NOCHETO	SANTA ANITA	Lima Este
34	VIÑA SAN FRANCISCO	SANTA ANITA	Lima Este
35	HUAYCAN	ATE -VITARTE	Lima Este
36	MICAELA BASTIDAS	ATE -VITARTE	Lima Este
37	SEÑOR DE LOS MILAGROS	ATE -VITARTE	Lima Este
38	ALFA Y OMEGA	ATE -VITARTE	Lima Este
39	SANTA CLARA	ATE -VITARTE	Lima Este
40	EL PINO	LA VICTORIA	Lima Ciudad
41	EL PORVENIR	LA VICTORIA	Lima Ciudad
42	MAX ARIAS SCHREIBER	LA VICTORIA	Lima Ciudad
43	SAN COSME	LA VICTORIA	Lima Ciudad
44	SAN SEBASTIAN	EL CERCADO	Lima Ciudad
45	JUAN PEREZ CARRANZA	EL CERCADO	Lima Ciudad
46	MIRONES BAJO	EL CERCADO	Lima Ciudad
47	JOSE CARLOS MARIATEGUI	VILLA MARÍA DEL TRIUNFO	Lima Sur
48	JOSÉ GALVEZ	VILLA MARÍA DEL TRIUNFO	Lima Sur
49	NUEVA ESPERANZA	VILLA MARÍA DEL TRIUNFO	Lima Sur
50	VILLA MARÍA	VILLA MARÍA DEL TRIUNFO	Lima Sur
51	SAN JOSE	VILLA EL SALVADOR	Lima Sur
52	JUAN PABLO II	VILLA EL SALVADOR	Lima Sur
53	SAN MARTIN DE PORRES	VILLA EL SALVADOR	Lima Sur
54	SURCO	SURCO	Lima Sur
55	SAN ROQUE	SURCO	Lima Sur
56	CIUDAD DE DIOS	SAN JUAN DE MIRAFLORES	Lima Sur
57	SAN JUAN	SAN JUAN DE MIRAFLORES	Lima Sur
58	BARRETO	SAN JUAN DE MIRAFLORES	Lima Sur
59	PORTADA DE MANCHAY	PACHACAMAC	Lima Sur
60	DELICIAS	CHORRILLOS	Lima Sur
61	GUSTAVO LANATTA	CHORRILLOS	Lima Sur
62	SAN GENARO	CHORRILLOS	Lima Sur
63	MANUEL BONILLA	CALLAO	Callao
64	ACAPULCO	CALLAO	Callao
65	GAMBETTA ALTA	CALLAO	Callao
66	JOSE BOTERIN	CALLAO	Callao
67	RAMON CASTILLA	CALLAO	Callao
68	BOCANEGRA	CALLAO	Callao
69	BASE VENTANILLA	VENTANILLA	Callao
70	MI PERU	VENTANILLA	Callao

## APÉNDICE 6

### AERT-TB DONDE SE CAPACITO A LA COMUNIDAD SOBRE TB

	AERT-TB	Distrito	DISA
1	ERMITANO BAJO	INDEPENDENCIA	Lima Ciudad
2	COMAS	COMAS	Lima Ciudad
3	GUSTAVO LANATTA	COMAS	Lima Ciudad
4	PROGRESO	CARABAYLLO	Lima Ciudad
5	PERU III ZONA	SAN MARTIN DE PORRES	Lima Ciudad
6	PRIMAVERA	LOS OLIVOS	Lima Ciudad
7	LAURA CALLER	LOS OLIVOS	Lima Ciudad
8	PIEDRA LIZA	SAN JUAN DE LURIGANCHO	Lima Este
9	CANTO GRANDE	SAN JUAN DE LURIGANCHO	Lima Este
10	HUASCAR II	SAN JUAN DE LURIGANCHO	Lima Este
11	HUASCAR XV	SAN JUAN DE LURIGANCHO	Lima Este
12	GANIMEDES	SAN JUAN DE LURIGANCHO	Lima Este
13	CRUZ DE MOTUPE	SAN JUAN DE LURIGANCHO	Lima Este
14	10 DE OCTUBRE	SAN JUAN DE LURIGANCHO	Lima Este
15	BAYOVAR	SAN JUAN DE LURIGANCHO	Lima Este
16	JAIME ZUBIETA	SAN JUAN DE LURIGANCHO	Lima Este
17	HUAYCAN	ATE -VITARTE	Lima Este
18	MIC BASTIDAS	ATE -VITARTE	Lima Este
19	SEÑOR DE LOS MILAGROS	ATE -VITARTE	Lima Este
20	MANUEL BONILLA	CALLAO	Callao
21	ACAPULCO	CALLAO	Callao
22	GAMBETTA ALTA	CALLAO	Callao
23	JOSE BOTERIN	CALLAO	Callao
24	BOCANEGRA	CALLAO	Callao
25	BASE VENTANILLA	VENTANILLA	Callao
26	MI PERU	VENTANILLA	Callao

## APÉNDICE 7

### Criterios de selección de AERT-TB para la intervención del Programa desde la fase I

## **AERT-TB: Resumen del proceso de selección y criterios finales de priorización de AERT-TB de acuerdo al estudio de línea de base del Objetivo 1 del proyecto Tuberculosis**

### **Antecedentes:**

La propuesta aprobada del proyecto “Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y la Tuberculosis en el Perú”, estableció una relación de 70 Áreas de Elevado Riesgo de Transmisión de la Tuberculosis (AERT-TB), en base a los criterios de tener una tasa de incidencia mayor a 285 o contar con más de 70 casos.

Cuando se trabajó el estudio de línea de base del proyecto (Julio-Agosto 2004), se detectó que de la lista de los 70 AERT-TB de la propuesta original enviada al Fondo Mundial, 41 AERT-TB ya no tenían como tasa de incidencia  $285 \times 100.000$  sino que ésta tasa había disminuido, y que 17 AERT-TB de los 41 anteriores tenían inclusive una tasa de incidencia menor a 150, lo que significaba que la meta ya se había cumplido en aquéllos aún antes de iniciar el proyecto. Esto significó que la autoridad sanitaria nacional, en coordinación con el Consorcio Colectivo Solidario a cargo del Objetivo y de la línea de base del mismo, decidan revisar la lista de AERT-TB del proyecto, aprovechando la ocasión para ajustar además algunos de los criterios utilizados originalmente haciéndolos más finos y representativos de la realidad de la tuberculosis en el Perú.

De otra parte, cabe mencionar que, con los criterios de selección originales de AERT-TB, al priorizar la tasa de incidencia mayor de  $285 \times 100.000$ , se daban casos de algunos AERT-TB que presentaban sólo 4 ó 5 casos de tuberculosis, motivo por el cual el Consorcio Colectivo Solidario recomendó a la autoridad sanitaria trabajar con AERT-TB que presenten por lo menos 30 casos de tuberculosis, a fin de asegurar la eficacia y eficiencia de la intervención. De esta manera se incluyó este criterio en la selección de los AERT-TB, como se describe a continuación.

### **II. Paso 1: criterios de selección**

Para la identificación de los AERT-TB que participarán en el proyecto, se tomaron dos criterios epidemiológicos: la tasa de incidencia y la tasa de morbilidad. Así,

- 1) Para los centros de salud con tasa de incidencia igual o mayor de 150 y con un mínimo de 30 casos de morbilidad.
- 2) Para los centros de salud que no tenían la tasa de incidencia igual o mayor de 150, se seleccionaron aquellos con morbilidad mayor o igual a 50 casos por año

De acuerdo a la base de datos actualizada de AERT-TB de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la TB del Ministerio de Salud que se utilizó para el estudio de línea de base, se identificaron 148 AERT-TB en Lima y Callao que cumplían uno o los dos criterios anteriores.

### **III. Paso 2: Criterios de priorización**

De la relación de 148 identificados, se realizó una priorización, añadiendo a los criterios epidemiológicos de tasa de incidencia y morbilidad (número de casos nuevos más antiguos) algunos criterios adicionales para poder identificar los 70 AERT-TB en los que trabajaría el proyecto. Así, Los criterios adicionales fueron:

Criterios de inclusión:

- 1) Mayor número de casos de MDR
- 2) Mayor densidad poblacional.

Criterios de exclusión:

- 3) Restricciones administrativas de intervención en EESS que no cuenten con documentación de tenencia del local del MINSA
- 4) El EESS está considerado en otro proyecto de intervención

Aplicando los criterios adicionales, se identificaron 65 AERT-TB.

#### **IV. Paso 3: Casos especiales**

En coordinación con las Direcciones de Salud de Lima y Callao, para completar los 70 AERT-TB en los que trabajará el proyecto se estableció la necesidad de trabajar en 5 casos excepcionales que cumplen un rol importante en la lucha contra la TB en las zonas donde se encuentran ubicados. A continuación se presenta la sustentación de la inclusión de cada establecimiento.

##### DISA LIMA CIUDAD:

Se incluye el centro de salud **Mirones Bajo** con tasa de incidencia 43.7 y morbilidad 38 casos, porque representa un centro que está situado estratégicamente en la margen izquierda del río Rímac y que influye en los centros de salud cercanos (que tampoco han sido incluidos) y que si se sumara la morbilidad de los centros aledaños entonces superaría el criterio mínimo de 50 casos.

Si no se incluye este centro de salud, toda la zona del margen izquierdo del río Rímac quedaría sin apoyo, cuando se conoce que en esa zona hay bastantes casos de tuberculosis, sólo que distribuidos en varios centros de salud.

##### DISA LIMA SUR:

Se incluye el centro de salud **San Genaro** de Chorrillos, con tasa de incidencia 82.4 y morbilidad 49 casos, porque presenta en el 2,003. 3 casos de MDR y en el 2,004 se han incrementado notablemente los casos de MDR.

Se incluye el centro de salud **San Roque** de Surco, con tasa de incidencia 109.6 y morbilidad 33 casos, porque presenta en el 2,003. 3 casos de MDR y en el 2,004 se han incrementado notablemente los casos de MDR.

##### DISA CALLAO:

Se incluye el centro de salud **Ramón Castilla** del Callao, con tasa de incidencia 114.4 y morbilidad 42 casos, porque presenta en el 2,003: 2 casos de MDR y en el 2,004 aumentó su tasa de incidencia a 159.33 y los MDR aumentaron a 3 casos.

Se incluye el centro de salud **Bocanegra** del Callao, con tasa de incidencia 134.1 y morbilidad 40 casos, porque presenta en el 2,003: 3 casos de MDR y en el 2,004 aumentó su tasa de incidencia a 162.76 y los MDR aumentaron a 6 casos.

#### **Conclusiones:**

- 1) Se identificaron los 70 AERT-TB de acuerdo a la relación adjunta en el Anexo 1

- 2) La distribución de AERT-TB del proyecto se basa en los datos actualizados y oficiales de incidencia, morbilidad, TB-MDR y densidad poblacional al año 2003
- 3) Se mantiene la meta del objetivo 1 del proyecto, que es disminuir a menos de 150 x 100.000 la tasa de incidencia de los AERT-TB seleccionados ó a menos de 50 el número de casos en dichos AERT-TB.
- 4) De la relación de 70 Aert-TB originales propuestos por el proyecto, se está trabajando en 29 AERT-TB. Los restantes 41 son producto de la aplicación de los criterios de selección que se expone en este documento. Asimismo, la nueva relación de 70 AERT.-TB corresponde a 20 distritos de Lima y ya no a 27 como lo fue en la propuesta original.
- 5) Luego de la selección y priorización de AERT-TB, se ha modificado la distribución de AERT-TB en los cuales se iba intervenir por Dirección de salud, incrementándose el número de AERT-TB beneficiarios en la DISA Lima Norte, que es la DISA que presenta la mayor morbilidad de tuberculosis y casos de TB-MDR en el país. La distribución final se describe en la siguiente tabla:

Distribución de 70 AERT-TB del proyecto por DISA y distrito

DISA	N° AERT-TB por DISA según propuesta original	N° AERT-TB por DISA actuales del proyecto (cf. LB)
Lima Norte	19	24
Lima Sur	22	16
Lima Este	15	15
Callao	7	8
Lima Ciudad	7	7
TOTAL	70	70

### 70 AERT-TB SELECCIONADOS PARA LA INTERVENCIÓN DEL OBJETIVO 1-TB

	AERT-TB	Distrito	Tasa de incidencia TB pulmonar frotis +	Morbilidad
1	C.S. ERMITANO BAJO	INDEPENDENCIA	151	104
2	C.S. ERMITANO ALTO	INDEPENDENCIA	145	76
3	C.S. COMAS	COMAS	126	129
4	C.S. COLLIQUE III ZONA	COMAS	99	66
5	C.S. GUSTAVO LANATTA	COMAS	97	57
6	C.S. PROGRESO	CARABAYLLO	90	125
7	C.S. LA FLOR	CARABAYLLO	85	50
8	C.S. CAQUETA	RIMAC	147	113
9	C.S. LOS LIBERTADORES	SAN MARTIN DE PORRES	144	85
10	C.S. PERU III ZONA	SAN MARTIN DE PORRES	114	73
11	C.S. PERU IV ZONA	SAN MARTIN DE PORRES	117	110
12	C.S. INFANTAS	SAN MARTIN DE PORRES	115	87

13	C.S. PRIMAVERA	LOS OLIVOS	149	101
14	P.S. LAURA CALLER	LOS OLIVOS	138	54
15	C.S. PIEDRA LIZA	SAN JUAN DE LURIGANCHO	156	111
16	C.S. CANTO GRANDE	SAN JUAN DE LURIGANCHO	123	220
17	C.S. HUASCAR II	SAN JUAN DE LURIGANCHO	176	94
18	C.S. HUASCAR XV	SAN JUAN DE LURIGANCHO	281	187
19	C.S. GANIMEDES	SAN JUAN DE LURIGANCHO	158	118
20	C.S. CRUZ DE MOTUPE	SAN JUAN DE LURIGANCHO	174	91
21	P.S. 10 DE OCTUBRE	SAN JUAN DE LURIGANCHO	125	79
22	C.S. BAYOVAR	SAN JUAN DE LURIGANCHO	168	84
23	P.S. JAIME ZUBIETA	SAN JUAN DE LURIGANCHO	137	105
24	P.S. J.C. MARIATEGUI	SAN JUAN DE LURIGANCHO	322	120
25	CALCUTA	EL AGUSTINO	184.1	140
26	AGUSTINO	EL AGUSTINO	237.3	103
27	PRIMAVERA	EL AGUSTINO	189.7	108
28	SAN FERNANDO	EL AGUSTINO	159.6	127
29	BETHANIA	EL AGUSTINO	268.3	32
30	MAGDALENA SOFIA	EL AGUSTINO	274.9	41
31	CH. ANDAHUAYLAS	SANTA ANITA	201.1	106
32	FORTALEZA	SANTA ANITA	136.7	126
33	NOCHETO	SANTA ANITA	164.2	110
34	VIÑA SAN FCO	SANTA ANITA	335.2	49
35	HUAYCAN	ATE -VITARTE	130	253
36	MIC BASTIDAS	ATE -VITARTE	167.8	81
37	SR MILAGROS	ATE -VITARTE	99.9	57
38	ALFA Y OMEGA	ATE -VITARTE	246.4	54
39	SANTA CLARA	ATE -VITARTE	142.5	70
40	EL PINO	LA VICTORIA	199.4	71
41	EL PORVENIR	LA VICTORIA	125.8	189
42	MAX ARIAS SCHREIBER	LA VICTORIA	84.5	122
43	SAN COSME	LA VICTORIA	600.7	255
44	C.S. SAN SEBASTIAN	EL CERCADO	218.4	105
45	JUAN PEREZ CARRANZA	EL CERCADO	64.6	125
46	C.S. MIRONES BAJO	EL CERCADO	43.7	38
47	JOSE CARLOS MARIATEGUI	VILLA MARÍA DEL TRIUNFO	218.9	120
48	JOSÉ GALVEZ	VILLA MARÍA DEL TRIUNFO	154.9	100
49	NUEVA ESPERANZA	VILLA MARÍA DEL TRIUNFO	171.9	50
50	VILLA MARÍA	VILLA MARÍA DEL TRIUNFO	53.2	74
51	CMI SAN JOSE	VILLA EL SALVADOR	112.2	175
52	CMI JUAN PABLO II	VILLA EL SALVADOR	137.1	131
53	CS SAN MARTIN DE PORRES	VILLA EL SALVADOR	148.1	138
54	SURCO	SURCO	241.5	72

55	SAN ROQUE	SURCO	109.6	33
56	CIUDAD DE DIOS	SAN JUAN DE MIRAFLORES	189.6	71
57	SAN JUAN	SAN JUAN DE MIRAFLORES	98.1	62
58	BARRETO	SAN JUAN DE MIRAFLORES	77	52
59	PORTADA DE MANCHAY	PACHACAMAC	466.7	55
60	DELICIAS	CHORRILLOS	188.3	54
61	GUSTAVO LANATTA	CHORRILLOS	116.4	73
62	SAN GENARO	CHORRILLOS	82.4	49
63	MANUEL BONILLA	CALLAO	107.9	122
64	ACAPULCO	CALLAO	106.8	58
65	BASE GAMBETTA ALTA	CALLAO	114.1	51
66	JOSE BOTERIN	CALLAO	163.3	50
67	RAMON CASTILLA	CALLAO	114.4	42
68	BOCANEGRA	CALLAO	134.1	40
69	BASE VENTANILLA	VENTANILLA	63.9	83
70	MI PERU	VENTANILLA	119.9	79

CARE / pbb - ma  
7 de Marzo del 2005

## ANEXO I

### Sobre 1: Modelo de formato para Hoja de Vida

#### Currículo Vitae

<b>Posición que ocupará en el Equipo Principal</b>	
----------------------------------------------------	--

<b>1. Datos generales</b>
Nombre: Fecha y Lugar de Nacimiento: Documento de identidad: Número de RUC: Dirección: Teléfonos:

*(Ordenar la información cronológicamente empezando por lo más reciente)*

<b>2. Grados y títulos</b>			
<b>Grado o título</b>	<b>Institución donde estudió (consignar nombre, dirección y teléfono)</b>	<b>Se graduó (SI / NO)</b>	<b>Fecha de Obtención</b>

*(Ordenar la información cronológicamente empezando por lo más reciente)*

<b>3. Experiencia Institucional</b>			
<b>Institución (consignar nombre, dirección y teléfono)</b>	<b>Cargo o responsabilidad que tuvo</b>	<b>Fechas (mes y año)</b>	
		<b>Inicio</b>	<b>Fin</b>

*(Ordenar la información cronológicamente empezando por lo más reciente)*

<b>4. Experiencia en investigaciones y consultorías</b>			
<b>Tema de la consultoría, evaluación o investigación</b>	<b>Institución donde se realizó (consignar nombre, dirección y teléfono)</b>	<b>Fechas (mes y año)</b>	
		<b>Inicio</b>	<b>Fin</b>

*(Ordenar la información cronológicamente empezando por lo más reciente)*

<b>5. Publicaciones y artículos</b>
-------------------------------------

Título	Institución que publicó (consignar nombre, dirección y teléfono)	Lugar y fecha de publicación	
		Lugar	Mes y año

*(Ordenar la información cronológicamente empezando por lo más reciente)*

<b>6. Otras competencias específicas</b>
Idiomas:
Informática:
Otros:

*(Sólo para postulantes al ítem 3)*

<b>7. Formación complementaria</b>			
Institución	Nombre del curso	Fechas (mes y año)	
		Inicio	Fin

*(Sólo para postulantes al ítem 3)*

<b>8. Referencias profesionales</b>
1) Nombre, cargo, institución, teléfono, e-mail
2) Nombre, cargo, institución, teléfono, e-mail
3) Nombre, cargo, institución, teléfono, e-mail
4) Nombre, cargo, institución, teléfono, e-mail
5) Nombre, cargo, institución, teléfono, e-mail

NOTA: ACOMPAÑAR CON CONSTANCIAS Y DOCUMENTOS DE RESPALDO,  
INCLUYENDO ESTUDIOS Y OTROS

## ANEXO J

### Ficha consolidada con indicadores de evaluación de Hojas de Vida Item 3

Item de evaluación	Puntaje referencial	Puntaje obtenido	Medio de verificación (revisión documentaria, llamada telefónica, visita)	Resultados de la verificación / observaciones
<b>I. Formación profesional: 25 puntos</b>				
Formación en ciencias sociales o de la salud: Pre grado (4 puntos) Post Grado (6 puntos)	10			
Formación en manejo de bases de datos y programas estadísticos: Excel (1 puntos) SPSS (2 puntos) Epi Info (1 punto) Otro (1 punto)	5			
Formación en metodologías cuantitativas de investigación social	5			
Formación en metodologías cualitativas de investigación social	5			
<b>II. Experiencia: 50 puntos</b>				
Experiencia en ejecución de proyectos sociales y/o enfocados en salud: Ninguna (0) Menor a 2 años (2 puntos) Mayor a 2 años (4 puntos)	4			
Experiencia en realización de estudios diagnósticos referidos a temas de salud pública 0 1 (1 punto) 2-3 (2 puntos) 4-6 (3 puntos) 7 ó más (5 puntos) (se valorará solamente las que tengan relación con el tipo o tema de estudio concursado)	5			
Experiencia en realización de estudios líneas de base 0 1 (1 punto) 2-3 (2 puntos) 4-6 (3 puntos) 7 ó más (5 puntos)	5			

(se valorará solamente las que tengan relación con el tipo o tema de estudio concursado)				
Experiencia en monitoreo y evaluación de programas: Ninguna (0) Menor a 3 años (2 puntos) Mayor a 3 años (4 puntos)	4			
Experiencia de trabajo con organizaciones sociales: Ninguna (0) Menor a 2 años (2 puntos) Mayor a 2 años (4 puntos)	4			
Experiencia en la aplicación de enfoques participativos de evaluación, perspectiva de género, inclusión de grupos vulnerables y/o desarrollo humano: Ninguna (0) Menor a 2 años (2 puntos) Mayor a 2 años (4 puntos)	4			
Capacidad para trabajar en equipo de manera coordinada y horizontal con otros profesionales, autoridades, dirigentes de organizaciones sociales y sociedad civil, en especial con experiencia de trabajo con personas afectadas por TBC y VIH.	3			
Experiencia en realización de investigaciones cualitativas 0 1 (1 punto) 2-3 (2 puntos) 4-6 (3 puntos) 7 ó más (5 puntos) (se valorará solamente las que tengan relación con el tipo o tema de estudio concursado)	5			
Experiencia en investigación cuantitativa: 0 1 (1 punto) 2-3 (2 puntos) 4-6 (3 puntos) 7 ó más (5 puntos) (se valorará solamente las que tengan relación con el tipo o tema de estudio concursado)	5			
Experiencia de trabajo con Personas Viviendo con VIH/SIDA y pacientes de TB y TB-MDR: Ninguna (0) Menor a 2 años (2 puntos) Mayor a 2 años (5 puntos)	5			
Experiencia demostrada en	3			

proyectos gestionados a través de estructuras multisectoriales como la CONAMUSA Ninguna (0 puntos) En proyecto de otras áreas (no salud) (2 puntos) En proyectos de salud (3 puntos)				
Labor docente en salud pública, metodologías de investigación social, gestión de proyectos sociales Ninguna (0 puntos) Menor de 2 años (1 punto) Mayor de 2 años (3 puntos)	3			
<b>III. Publicaciones: 25 puntos</b>				
Publicaciones referidas a salud pública 0 1 (1 punto) 2-3 (2 puntos) 4-6 (3 puntos) 7 ó más (5 puntos) (se valorará solamente las que tengan relación con el tipo o tema de estudio concursado)	5			
Publicaciones referidas a investigaciones cuantitativas / líneas de base: 0 1 (1 punto) 2-3 (2 puntos) 4-6 (3 puntos) 7 ó más (5 puntos) (se valorará solamente las que tengan relación con el tipo o tema de estudio concursado)	5			
Publicaciones referidas a investigaciones cualitativas / estudios diagnósticos 0 1 (1 punto) 2-3 (2 puntos) 4-6 (3 puntos) 7 ó más (5 puntos) (se valorará solamente las que tengan relación con el tipo o tema de estudio concursado)	5			
Publicaciones referidas a evaluación de proyectos 0 1 (1 punto) 2-3 (2 puntos) 4-6 (3 puntos) 7 ó más (5 puntos) (se valorará solamente las que tengan relación con el tipo o tema de estudio)	5			

concurado)				
Publicaciones referidas a VIH / SIDA o TBC: 0 1 (1 punto) 2 (2 puntos) 3 (3 puntos) 4 ó más (5 puntos) (excluyendo las que hayan sido valoradas como publicaciones en los ítems anteriores)	5			
<b>TOTAL: 100 puntos</b>				

## ANEXO K

### Ficha consolidada con indicadores de evaluación técnica Ítem 4

Item	Indicadores	Puntaje
<b>I. Calidad de la Propuesta de estudio: 55 puntos</b>		
Solidez conceptual	Incluye información clínica y epidemiológica relevante (2) Incluye información sobre políticas y otros programas relacionados (1) Incluye información sobre normativa técnica (cf. MINSA, MINEDU, etc.) y normas legales relevantes (1) Denota conocimiento y comprensión del problema que aborda el programa a evaluar (1)	5
Metodología del estudio cuantitativo	Diferenciación metodológica entre la parte cuantitativa y cualitativa del estudio (1) Claridad y pertinencia en los protocolos tentativos presentados para cada indicador (3.5) Prevé estrategias y alternativas adecuadas / convincentes para completar la información faltante sobre los indicadores o aquéllos que no tienen definiciones finales o cuya forma de medición deba ser modificada a criterio del postor (3) Protocolos tentativos para todos los indicadores (3) Selección pertinente y completa de ciudades y otras unidades de análisis a ser estudiadas (2) Presenta estrategia consistente para asegurar el control de calidad y consistencia de la información (2) Estrategias pertinentes y adecuadas para la supervisión de la recolección de campo (1.5) Técnicas pertinentes y adecuadas para el procesamiento de la información (1) Conocimiento y previsión de las consideraciones éticas que debe tener el estudio (Comité de ética para instrumentos, no estigma, discriminación ni maltrato a personas afectadas, etc.) (1) Involucra participación de actores clave en el diseño de protocolos e instrumentos / implementación del estudio / análisis de datos (2)	20
Metodología del estudio cualitativo	Denota parámetros claros para definir la parte cualitativa como un complemento del estudio cuantitativo (1) Define con claridad (operacionalmente) las áreas o ejes de análisis (3) Define con claridad el tipo de información a recolectar por cada indicador (3) Selección propuesta de ciudades, DISAS y otras unidades de análisis a ser estudiadas es pertinente (1) Métodos y técnicas de recolección de información son adecuados para el tipo de información a recolectar (1.5) Instrumentos a utilizar son adecuados indicando las poblaciones y objetos de estudio (1.5) Estrategias para la supervisión de la recolección de campo adecuadas (0.5) Técnicas para el procesamiento de la información adecuadas (0.5) Conocimiento y previsión de las consideraciones éticas que debe tener el estudio (Comité de ética para instrumentos, no estigma, discriminación ni maltrato a personas afectadas, etc.) (1) Involucra participación de actores clave en el diseño de protocolos e instrumentos / implementación del estudio / análisis de datos (1)	14
Actividades del equipo	Conformación completa del equipo (2) Se describe con detalle tareas y responsabilidades de cada miembro del equipo (3) Tareas y responsabilidades descritas para el equipo son completas y pertinentes para el tipo de estudio (2) Mecanismo planteado para la Coordinación / comunicación garantiza fluidez (1)	8
Plan de trabajo y cronograma	Cronograma acorde con las bases y requerimientos del estudio (1) Es detallado (2) Indica lugares a visitar (1) Indica fases del estudio (1)	8

	Incluye entregables (1) Especifica responsables (1) Semanal (1)	
<b>II. Capacidades institucionales / del equipo principal:</b>		<b>45 puntos</b>
Capacidades técnicas de los miembros del equipo	Equipo presenta calificaciones requeridas, se califica como promedio de los miembros del equipo  Detalle: Experiencia con proyectos de salud (4) Experiencia en investigación cualitativa (4) Experiencia en investigación cualitativa (4) Post-grado en especialidad relevante respecto al tema de estudio (4) Publicaciones sobre temática (4) Publicaciones sobre evaluación de proyectos sociales con metodologías cuantitativas o cualitativas (4)	24
Capacidades técnicas del líder del equipo	Experiencia liderando equipos de investigación, enfatizando cuando se trate de estudios similares al que postula (3) Experiencia en investigación cualitativa (3) Experiencia en investigación cualitativa (3) Post-grado en especialidad relevante respecto al tema de estudio (2) Publicaciones sobre temática (2) Publicaciones sobre evaluación de proyectos sociales con metodologías cuantitativas o cualitativas (2)	15
Valor agregado	Cambios en la metodología propuesta en los Términos de referencia bien argumentados o argumentados de manera convincente (3) Soporte de experiencia previa en realización de estudios de línea de base / investigación (3)	6
<b>TOTAL:</b>		<b>100 PUNTOS</b>

**ANEXO L**

**Sobre 2: MODELO DE CARTA de PROPUESTA ECONOMICA**

Lima,.....

Señores  
**CARE PERU**  
Presente.-

Ref.: Concurso Nro. 003-2006 CARE PERU Segunda Convocatoria PROGRAMA FORTALECIMIENTO DE LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SIDA Y LA TUBERCULOSIS EN EL PERU

De nuestra consideración:

....., con R.U.C. Nro. ....  
(representado por ....., según poder inscrito en .....), nos dirigimos a ustedes, para alcanzarles el MONTO TOTAL de nuestra Propuesta Económica para la ejecución del servicio de consultoría

- MONTO TOTAL DE LA PROPUESTA: S/. .....
- (..... Nuevos Soles), incluido (I.G.V.) (Impuesto a la renta y otros de Ley)

El monto de la Propuesta, es a la fecha del Valor Referencial, y por ser a suma alzada incluye todos los costos del contratista que puedan incidir en el costo de la consultoría y que por su naturaleza estén relacionados a su ejecución.

Atentamente,

.....  
**Nombre y firma del Representante Legal ó líder del equipo consultor**  
(Certificación notarial de la Firma)

## ANEXO M

### Sobre 2: Modelo de Formato para presupuesto detallado

**Empresa:**

Item	Cantidad	Unidad de Medida	Costo Unitario S/.	Total S/.
<b>A. Personal</b>				
<b>B. Talleres, grupos focales, otros</b>				-
<b>C. Costos de viaje (colocar # de viajes)</b>				-
<b>D. Materiales varios</b>				-
<b>Sub total ( A+B+C+D )</b>				-
Costos Administrativos Indirectos				
<b>Sub total</b>				-
(IGV 19 %) ó (Impuesto a la renta 10% y otros de Ley)				-
<b>TOTAL GENERAL</b>				-

**ANEXO N:**

**Tabla de Indicadores Clave del Programa, con metas comprometidas con el Fondo Mundial para los años 3, 4 y 5**

**(ver archivo adjunto en PDF)**

## ANEXO O:

### Glosario de términos clave para los componentes VIH / SIDA y TBC del Programa

#### Glosario de términos clave VIH/SIDA

AMP:	Atención Médica Periódica
CERETS:	Centro de Referencia de Enfermedades de transmisión sexual
CEPs:	Consejeros educadores entre pares (PVVs)
CONAMUSA:	Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud
COREMUSA:	Coordinadora Regional Multisectorial en Salud
DGE:	Dirección General de Epidemiología - Ministerio de Salud (antes: Oficina General de Epidemiología)
DIGEMID:	Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas - Ministerio de Salud
DISA:	Dirección de Salud - Ministerio de Salud (plural: DISAS)
DIRESA:	Dirección Regional de Salud - Ministerio de Salud (plural: DIRESAS)
ESN VIH:	Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infecciones de transmisión Sexual, VIH/SIDA - Ministerio de Salud
ESN PCT:	Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis - Ministerio de Salud
EsSalud:	Seguro Social de Salud del Perú
HM:	Hoja de Monitorización de la ESN VIH
HSH:	Hombres que tienen sexo con hombres
INPE:	Instituto Nacional Penitenciario
INS:	Instituto Nacional de Salud - Ministerio de Salud
MINSA:	Ministerio de Salud
MINEDU:	Ministerio de Educación
MINJUS:	Ministerio de Justicia
OGEI:	Oficina General de Estadística e Informática - Ministerio de Salud
ONG:	Organización No Gubernamental
PPL:	Personas privadas de su libertad
PEPs:	Promotores educadores de pares
PVVS:	Personas viviendo con VIH / SIDA.
PVVIH:	Personas viviendo con VIH
RP:	Receptor Principal del programa (CARE – Peru)
SR:	Sub-Receptor (puede tratarse de un consorcio ejecutor, compuesto por varias organizaciones, o de una organización no gubernamental)
TARGA:	Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad
TS:	Trabajadoras sexuales
UAMP:	Unidad de Atención Médica Periódica
UGEL:	Unidad de gestión Educativa de Lima – Ministerio de Educación

## **Glosario de términos clave TB**

AERT-TB	Área de Elevado Riesgo de Transmisión de la Tuberculosis
ASET:	Asociación de enfermos de Tuberculosis a nivel distrital
CONAMUSA:	Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud
COREMUSA:	Coordinadora Regional Multisectorial en Salud
DGE:	Dirección General de Epidemiología - Ministerio de Salud (antes: Oficina General de Epidemiología)
DIGEMID:	Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas - Ministerio de Salud
DISA:	Dirección de Salud - Ministerio de Salud (plural: DISAS)
DIRESA:	Dirección Regional de Salud - Ministerio de Salud (plural: DIRESAS)
ESN PCT:	Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis - Ministerio de Salud
ESN VIH:	Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infecciones de transmisión Sexual, VIH/SIDA - Ministerio de Salud
EsSalud:	Seguro Social de Salud del Perú
GOET:	Grupo organizado de Enfermos de Tuberculosis, a nivel de establecimiento de Salud
INPE:	Instituto Nacional Penitenciario
INH:	Isoniacida
INS:	Instituto Nacional de Salud - Ministerio de Salud
MININTER:	Ministerio del Interior
MINJUS:	Ministerio de Justicia
MINSA:	Ministerio de Salud
ONG:	Organización No Gubernamental
OGEI:	Oficina General de Estadística e Informática - Ministerio de Salud
OSB:	Organización social de base
PPL:	Personas privadas de su libertad
Red Solidaria:	Red de ASETs, de nivel interdistrital.
RP	Receptor Principal del programa (CARE – Peru)
RTE:	Re-tratamiento estandarizado (DOTs PLUS)
RTI:	Re-tratamiento individualizado (DOTs PLUS)
SES:	Socios en Salud
SR	Sub-Receptor (puede tratarse de un consorcio ejecutor, compuesto por varias organizaciones, o de una organización no gubernamental)
TARGA:	Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad
TB-MDR:	Tuberculosis Multidrogas Resistente

**ANEXO P:**

**CD con información sobre las dos primeras mediciones de indicadores del Programa  
"Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y la Tuberculosis en el Perú"**

Puede ser recogido de la sede de CARE Perú en horario de oficina (9:00am a 4:00 pm)  
entre el 21 de Noviembre y el 7 de Diciembre