

COORDINADORA NACIONAL MULTISECTORIAL EN SALUD
CONAMUSA

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

CARE - PERÚ

BASES PARA LA LICITACION PÚBLICA 001-2006 CARE PERU

SELECCIÓN DE ORGANIZACIONES EJECUTORAS DEL PROYECTO
DE FORTALECIMIENTO DE LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SIDA Y LA
TUBERCULOSIS EN EL PERÚ.

COMPONENTE TUBERCULOSIS

Segunda Fase

OBJETIVO 1

**“PROMOVER Y FORTALECER LA PARTICIPACION Y ORGANIZACIÓN
SOCIAL DE LOS ENFERMOS CON TB Y DE LAS POBLACIONES DISTRITALES PARA
DISMINUIR LA TUBERCULOSIS BACILOSCÓPICA EN LAS AERT-TB DE A < 150 POR
100 MIL O A < 50 CASOS POR AÑO”**

ENERO 2006

INDICE

- I. Calendario de Actividades.
- II. Antecedentes.
 - a. De la situación de la Tuberculosis en el Perú
 - b. Del Fondo Mundial
 - c. Del Mecanismo de Coordinación de País (MCP)
 - d. De la participación de CARE Perú como Receptor Principal del Proyecto “Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y la Tuberculosis en el Perú” – Segunda Fase.
- III. De la Red Solidaria.
- IV. Sobre el Proyecto “Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y la Tuberculosis en el Perú”.
- V. Sobre el Objetivo 1 del Componente de Tuberculosis “Promover y Fortalecer la participación y Organización Social de los enfermos de TB de las poblaciones distritales para disminuir la TB bacilos cópica en las AERT-TB – Segunda Fase
 - 1. Definición del Objetivo.
 - 2. Resultados Esperados.
 - 3. Actividades e Indicadores del Objetivo.
- VI. Marco Normativo de la Convocatoria – Base Legal
 - 1. Financiamiento y Presupuesto.
 - 2. Modalidad de Financiamiento.
- VII. Actividades de la Convocatoria.
 - 1. Anuncio Público de Convocatoria.
 - 2. Acceso a las Bases.
 - 3. Consultas y aclaración de bases.
 - 4. Presentación de consultas
 - 5. Absolución de consultas.
 - 6. Postulación de Consorcio o Asociación sin fines de lucro.
 - 7. Presentación de propuestas Interpretación de las Bases.
 - 8. Evaluación de propuestas
 - 9. Cronograma
- VIII. Etapas de la Convocatoria y Concurso.
 - 1. Primera Fase de Elegibilidad.
 - a) Criterios de Elegibilidad de Organizaciones Ejecutoras.
 - b) Criterios de No Elegibilidad de Organizaciones Ejecutoras.
 - 2. Segunda Fase de Selección.
 - 3. Causales de descalificación.
 - 4. Comunicación de Resultados.
 - 5. Adjudicación y Suscripción de Contrato.
 - 6. Devolución de documentos presentados.
- IX. Anexos.

I. Calendario de Actividades

LICITACIÓN 001 – 2006 CARE PERÚ CRONOGRAMA

	ENERO					FEBRERO													MARZO	
	D	J	L	M	M	J	V	S	L	M	M	J - V	L	M	M	J	V	L	27/02	06/03
	22	26	30	31	01	02	03	04	06	07	08	09- 17	20	21	22	23	24	27	06/03	16/03
Publicación de la convocatoria	X																			
Acceso a Bases de Licitación		X																		
Reunión informativa			X																	
Recepción de consultas				X	X	X														
Absolución y publicación de consultas							X	X												
Recepción de expedientes									X	X	X	X								
Evaluación de expedientes													X	X	X	X				
Aprobación de resultados de evaluación																	X			
Publicación de resultados																		X		
Periodo preparatorio para la firma de contratos																			X	
Firma de contratos																				X

II. Antecedentes.

a. De la situación de la Tuberculosis en el Perú

El Perú tiene el 5% de la población de Latinoamérica, sin embargo reporta el 25 % de todos los casos registrados de TB en la región. En 1992 la incidencia de tuberculosis en todas sus formas fue de 243 casos por 100,000. En 1991, El Ministerio de Salud del Perú comenzó a usar la estrategia DOTS para el control de la tuberculosis. Esta estrategia fue aplicada en el país con logros significativos pues se ha reconocido internacionalmente que el Perú, al año 2004 presenta una eficiencia del programa de control de TB que llega 89.6%, La aplicación de la estrategia DOTS se está realizando en todos los servicios de salud del país, lo cual ha contribuido a disminuir la incidencia de la tuberculosis. En el año 2000 se ha registrado una incidencia de 134 casos por 100 000 habitantes. Aunque esto representa un estimado de 45% de reducción en la incidencia de tuberculosis desde 1992, en cifras reales el país registra aproximadamente 35,000 nuevos casos de TB cada año; colocándolo en el 24to lugar de carga de tuberculosis en el Mundo y el segundo en América Latina. Esta incidencia no es uniforme a lo largo del territorio nacional concentrándose principalmente en la capital del país (Lima y Callao reporta el 58% de los casos a nivel nacional) en donde también se concentra la tercera parte de la población nacional. La tasa nacional de TB pulmonar frotis positivo el año 2004 es del 66.39 por 100 mil habitantes, sin embargo en Lima y Callao estas tasas se incrementan; es así que Lima Ciudad tiene una tasa de incidencia de TB Pulmonar Frotis Positivo de 89.15, Lima Norte 108.21, Lima Sur 111.80, Lima Este 156.36 y Callao 116.89 por 100,000 habitantes; encontrándose bastante lejos de las otras provincias del país. El factor mas importante asociado con el riesgo de infección es el contacto próximo con pacientes con TB pulmonar bacteriológicamente positivas, por lo que a mayor

concentración de población mayor probabilidad de transmisión. El hacinamiento es común en los barrios urbanos marginales en la capital de la República y los nuevos asentamientos humanos crecen rápidamente sin que haya un plan de urbanización. A éstos factores se añaden otros factores de riesgo como la pobreza, los estilos de vida (alcoholismo, drogadicción, precariedad, promiscuidad) y nutrición deficiente.

En el año 2002 el Perú presentó al Fondo Mundial una propuesta técnico – económica que permitiera implementar actividades complementarias que fortalezcan la intervención de la Estrategia Nacional Sanitaria de Prevención y Control de TB del Ministerio de Salud.

La propuesta del país se diseñó para una intervención de 5 años (2003 – 2008), a ejecutarse en dos fases: La primera fase de dos años (Diciembre de 2003 a Noviembre de 2005) y la segunda de tres años (Diciembre 2005 a Noviembre 2008). En el marco de este proyecto, durante los años 2004 y 2005 ha existido una intervención importante a nivel de las Áreas de Elevado Riesgo de Transmisión de TB (AERT-TB), en los nueve Penales más grandes del país y en el control de la TB MDR.

El Objetivo 1 de TB de la Propuesta al Fondo Mundial esta dirigido a disminuir el impacto de la TBC en las Áreas de Elevado Riesgo de Transmisión de TB (AERT-TB).

Durante los años 2004 y 2005 se llevó a cabo la primera fase de la Intervención, la cual estuvo a cargo del **Consorcio Colectivo Solidario contra la TBC** realizándose las siguientes actividades.

- Elaboración de Planes Distritales para la prevención y control de la tuberculosis como parte de planes de desarrollo local.
- Capacitación a los equipos de salud en aspectos atención en salud a nivel individual y poblacional, de gestión médico social y en DDHH.
- Mejoramiento continuo de la calidad de la atención en los servicios
- Planes de IECA para el mejoramiento de la vivienda, disminución del hacinamiento, propiciar el uso de alimentos nacionales de alto valor nutritivo y defensa de los DDHH.
- Incorporación como promotores a personas curadas de TB para actividades de quimioprofilaxis y promoción.
- Capacitación para la generación de empleo y micro empresas a enfermos y/o familiares de TB en las AERT-TB.
- Plan para el soporte nutricional de los enfermos y sus familias en pobreza.
- Encuesta en cada AERT-TB para conocer la población que necesita soporte nutricional

a. Del Fondo Mundial

El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (GFATM sus siglas en inglés) fue creado a inicios de 2001 para financiar atraer, dirigir y desembolsar recursos adicionales que lleven hacia un cambio radical en la lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria a través de la asignación de recursos financieros que apoyarán intervenciones agresivas contra estas enfermedades. El propósito del Fondo es el de promover una nueva asociación público-privada que realizará una contribución sostenible y significativa de lucha contra estas tres enfermedades, mitigando, en consecuencia, el impacto causado por VIH/SIDA, tuberculosis y malaria en los países necesitados, y contribuyendo a la reducción de la pobreza como parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

El fondo mundial es un instrumento financiero y no una entidad ejecutora, por lo tanto sus decisiones las basa en programas que reflejen la autonomía nacional y respeten los procesos de formulación e implementación liderados por los mismos países.

El Fondo Mundial contra el SIDA, el Paludismo y la Tuberculosis es una organización independiente regida por un Consejo Internacional de representantes de donantes y gobiernos, ONG y de las PVVS representantes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial.

El Fondo Mundial contra el SIDA, la Malaria y la Tuberculosis prometió, en el marco de una reunión de su Consejo Internacional en Chiang Mai (Tailandia), destinar 623 millones de dólares (535,683 millones de euros) a sus programas de lucha contra estas tres patologías.

Esta cantidad se suma a las promesas de subvención precedentes, que ascienden a un total de 2.100 millones de dólares (1.805,67 millones de euros) para 125 países desde enero de 2002, según informó el propio Fondo en un comunicado, que también precisó que el 60 por ciento de las ayudas se destinan a la lucha contra el SIDA y, sobre todo, al continente africano.

b. Del Mecanismo de Coordinación de País (MCP)

El Mecanismo de Coordinación de País (MCP) es un elemento capital en el compromiso del Fondo Mundial de procurar que los países sientan como propias las iniciativas y participen en el proceso de adopción de decisiones. Estas asociaciones a nivel nacional elaboran propuestas de subvención y las someten al Fondo Mundial, según las necesidades prioritarias del país. Una vez aprobada la ayuda, supervisan los progresos realizados durante la fase de ejecución. Los MCP engloban a representantes tanto del sector público como del privado, incluidos organismos multilaterales y bilaterales, organizaciones no gubernamentales, instituciones académicas, empresas privadas y personas que viven con alguna de las tres enfermedades.

En nuestro país, el Ministerio de Salud, decidió instalar el Mecanismo de Coordinador de País (MCP), con la participación de las diversas organizaciones públicas y privadas de la sociedad civil del país comprometidas en la lucha de las enfermedades mencionadas entre ellas las propias PVVS o afectados de TB. Se realizaron diversas reuniones con dos niveles de discusión, una relacionada a la propuesta técnica en la que participaban subcomisiones y otra relacionada a la necesidad de la formación del MCP.

Para poder ejecutar las estrategias planteadas, en el marco del Fondo Mundial, se consideró realizar una alianza estratégica entre el estado y la sociedad civil; como producto de ello, se instaló el 08 de agosto del 2002 el Mecanismo de Coordinación de País (MCP) que en nuestro País adoptó el nombre de Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud (CONAMUSA) representando a varios sectores de la población, como el Estado, organismos de cooperación externa, iglesias, universidades, ONGs y asociaciones civiles.

La finalidad inicial de la creación de la Coordinadora Nacional Multisectorial de Salud (CONAMUSA), fue preparar y presentar una propuesta país ante el Fondo Mundial de Lucha contra la Malaria, la Tuberculosis y el VIH/SIDA; la cual consiguió el financiamiento respectivo, motivo de la actual convocatoria, que ya intervino en una primera fase.

La CONAMUSA es un grupo de trabajo que congrega a organizaciones de la sociedad civil vinculadas al trabajo de la prevención del VIH/SIDA y la TBC, ONGs otros sectores del Estado, las personas que viven con el virus, iglesias, universidades, sociedades científicas y los organismos cooperantes, que en la actualidad se encuentran en una etapa de fortalecimiento y reconocimiento.

c. De la participación de CARE Perú como Receptor Principal del Proyecto “Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y la Tuberculosis en el Perú” – Segunda Fase.

CARE Perú ejerce un papel importante en la lucha contra la pobreza en el Perú. Muchos de sus programas y proyectos se convierten en modelos de trabajo para otros, incluyendo el sector público.

Los programas de CARE Perú han ido evolucionando a través de tiempo pero la institución aun se mantiene fiel a su filosofía de trabajo: "CARE ayuda a la gente a ayudarse a si misma".

Actualmente CARE Perú desarrolla sus actividades en 11 departamentos del país. Seis de ellos tienen oficinas denominadas Direcciones Regionales, además de seis de menor tamaño denominadas Oficinas Zonales y de la oficina de Lima.

En el contexto de la aplicación del País al Fondo Global, CARE Perú fue propuesto por la CONAMUSA como Receptor Principal y al aprobarse la propuesta técnico económica, se aprobó también esta designación.

Luego de cumplida la fase preparatoria, en ceremonia pública llevada a cabo el 24 de octubre del 2003, se produjo la firma del Convenio de Donación entre el Fondo Global y CARE PERU, con el objetivo de implementar los planes operativos aprobados para los componentes TBC y VIH/SIDA durante 2 años, a partir del 15 de noviembre del 2003.

CARE Perú, en su condición de Receptor Principal del Fondo de donación, es la organización encargada de administrar los recursos económicos y asegurar el logro de las metas comprometidas con el Fondo Mundial, seleccionar los entes ejecutores de los sub proyectos facilitando los bienes y servicios necesarios para la ejecución de las actividades programáticas del Proyecto de Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y la Tuberculosis. En Junio del 2005, CARE Perú fue ratificado por la CONAMUSA para continuar ejerciendo el rol de Receptor Principal del proyecto en la segunda fase del mismo, la cual se extiende desde Diciembre de 2005 hasta Noviembre de 2008, motivo de la presente convocatoria.

III. De la Red Solidaria.

La Asociación de Enfermos de Tuberculosis “Victoria Castillo de Canales” – ASET Comas, es una organización popular participativa del distrito de Comas (Lima Perú), cuyos miembros son personas con tuberculosis que luchan organizadamente por recuperar su propia salud y la de sus compañeros, ayudándose a superar los difíciles problemas que les afectan.

ASET Comas ha superado la esfera de ser una organización de acogida y ayuda de enfermos para enfermos, hoy, es también interlocutor y actor destacado en la presentación de propuestas y aportes a las políticas de lucha contra la tuberculosis (TB). ASET ha convertido a individuos pasivos en ciudadanos en la búsqueda de una verdadera y justa aplicación de los derechos y responsabilidades en lo referente a salud.

Desde el año 2004, ASET COMAS a través de la Actividad 4 Objetivo 1 de TB del Colectivo Solidario contra la TB, participa en la ejecución del proyecto del Fondo Mundial lo que ha permitido ampliar su experiencia Educativa y organizativa a 16 distritos de Lima y Callao; compartiendo y apoyando a otros distritos a conformar su ASET de acuerdo a su realidad local.

Hoy en día existen 16 distritos que han constituido su propia ASET y están integrados en la **Red Solidaria de Enfermos de Tuberculosis** la cuál articula a las ASETs conformadas incluyendo a provincias como Huancayo, Ica, Chimbote y Pucallpa. La presente propuesta tiene que contemplar entre sus actividades el trabajo coordinado y en conjunto con la **Red Solidaria de enfermos de Tuberculosis**, de acuerdo con lo establecido en el numeral VII punto 6: De los postores.

Es así que se han constituido nuevos espacios de intercambio de experiencias, aprendizaje y apoyo mutuo para superar las adversidades de la enfermedad, concertar acciones, defender los derechos del enfermo, analizar la problemática y proponer alternativas que contribuyan a una lucha integral y solidaria contra la TB.

IV. Sobre el Proyecto “Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y la Tuberculosis en el Perú”.

El proyecto “Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y la Tuberculosis en el Perú”, fue presentado al Fondo Mundial en septiembre del 2002 y aprobado en enero del 2003. Consta de 2 componentes: VIH/SIDA y Tuberculosis. El proyecto tiene un tiempo de duración de 05 años, que se extiende desde el 1ro. de Diciembre del 2003 hasta el 30 de Noviembre del 2008.

Tanto el componente VIH/SIDA como el componente Tuberculosis tienen en común contribuir con los esfuerzos nacionales para controlar ambas epidemias, mediante una mejora de la capacidad actual de respuesta que abarca: la optimización de los recursos, el incremento de la calidad de las intervenciones y la expansión de la cobertura de atenciones. Adicionalmente, el proyecto promueve la consolidación

de alianzas entre organizaciones del sector público y privado, no gubernamentales y personas viviendo con VIH y/o Tuberculosis, favoreciendo la colaboración entre todos ellos.

El Componente Tuberculosis

La finalidad de este componente es reducir las tasas nacionales de mortalidad, incidencia y prevalencia de TB, reducir las tasas de fracaso a esquemas de tratamiento primario, extender la cobertura de la estrategia DOTS –Plus e incrementar los ratios de curación de Tuberculosis Multidrogoresistente TB-MDR. El impacto esperado de la intervención luego de cinco años es el siguiente:

INDICADOR	LINEA DE BASE	METAS FINAL SEGUNDA FASE 2006 – 2008
Tasa de incidencia de casos positivos de tuberculosis bacilosκόpica en la población peruana	68,4 / 100000	60 / 100000
Tasa de mortalidad por TB en todas su formas.	3,95 / 100000	2.1/100000
Porcentaje de fracasos a esquemas primarios (sospechosos de TB MDR)	3.8%	1.5%
Tasa de curación de casos de TB MDR	42% esquema estandarizado 76% esquema individualizado 46.9% tasa promedio de curación	75% (tasa promedio de curación)
Planes locales que incluyen el control integral de TB ejecutados con participación social de enfermos, familias y organizaciones sociales en distritos con alto riesgo de transmisión de TB.	0 Distritos	14 Distritos

Una dimensión especial de este componente la constituye la participación directa de los pacientes de TB, sus familias, organizaciones sociales de base, iglesias y ONG's en la lucha contra la TB. Todos ellos participan en grupos de coordinación y mesas de trabajo en asocio con los gobiernos locales. A través de los grupos de coordinación, se asegurará la participación de los aliados estratégicos en tareas como: Identificar aspectos críticos de la epidemia, mejorar el soporte para la recuperación de los pacientes, asegurar la integración de las acciones de cuidado de la tuberculosis, monitorear las acciones de prevención y promoción de la salud (incluyendo las actividades de defensa pública y el énfasis en los derechos de los pacientes a contar con programas de tratamiento de calidad), proveer ayuda complementaria en nutrición a los pacientes de TB y promover más y mejores oportunidades de empleo a las personas afectadas.

Las poblaciones meta del componente son:

- Personas viviendo en las áreas designadas como de elevado riesgo de transmisión (AERT-TB)
- Pacientes de TB y TB-MDR, sus familias y contactos.
- Equipos de salud multidisciplinarios.
- Grupos organizados de la sociedad civil comprometidos en la lucha contra la TB.
- Personas privadas de su libertad.
- Trabajadores de salud dentro del sistema penitenciario.
- Autoridades de nivel distrital (gobiernos locales).

- Estudiantes y promotores comunitarios.

En términos generales, el componente apoyará actividades de:

- Reducción de la prevalencia e incidencia de TB en las áreas de elevado riesgo (AERT-TB).
- Expandir la lucha contra la TB-MDR a nivel nacional.
- Extender la cobertura de DOTs PLUS y mejorar la calidad de los cuidados en la lucha contra la TB en los sistemas de salud y penitenciario.

La mejora de los indicadores señalados, se plantea que se producirá en la medida del logro de los siguientes tres objetivos;

- **Objetivo 1 TB:** Promover y fortalecer la participación social de los enfermos con TB y de las poblaciones distritales, para disminuir la TB bacilosómica en los AERT-TB (Áreas de elevado riesgo de transmisión de TB) de = 285 por 100/100,000 a < 150/100,000 o de = 70 casos nuevos por año a < 50 casos.
- **Objetivo 2 TB:** Disminuir la tasa de incidencia de casos positivos de tuberculosis bacilosómica de mas de 2364 por 100,000 internos de penales a menos de 1,000/100,000 en los 09 mas grandes penales del país.
- **Objetivo 3 TB:** Extender la cobertura del DOTs Plus de 45% a 85% y mejorar la tasa de curación de pacientes TB-MDR de 60% a 75%.

El Ministerio de salud estimó que, al final del proyecto, se habrán visto beneficiados directamente por el proyecto las siguientes poblaciones:

- 2,980 (100%) de enfermos de TB que se atienden en los centros de salud de Áreas de Elevado Riesgo de Transmisión de TB (AERT) y sus familias cada año.
- 360 (100%) de enfermos de TB de los 9 más importantes penales del Perú cada año; e indirectamente se beneficiarán:
 - 1'455,666 habitantes que viven en los AERT,
 - 4'000,000 habitantes que viven en los Distritos con AERT,
- 14,804 PPL de los 9 penales referidos.
- El tercer objetivo ofrece beneficios directos a 2,807 enfermos con TB-MDR que se espera sean diagnosticados de esta condición y sus familias en la primera fase del proyecto.
- Secundariamente 28'000,000 habitantes de todo el Perú en su riesgo de desarrollar TB por la elevada tasa de infección que existe en el país y TB-MDR en los próximos años de no controlarse el problema en este momento.

V. **Sobre el Objetivo 1 del Componente de Tuberculosis “Promover y Fortalecer la participación y Organización Social de los enfermos de TB de las poblaciones distritales para disminuir la TB bacilosómica en las AERT-TB a < 150 por 100 mil o a < 50 casos por año”.**

En el país se ha implementado eficientemente la estrategia DOTs para el control de la tuberculosis desde el año 1990, la misma que contempla cinco componentes, voluntad política (La tuberculosis es una prioridad de salud), capacidad diagnóstica para baciloscopías, adecuado suministro de drogas e insumos, tratamiento directamente observado y monitoreo (registro, capacitación y supervisión); siendo cierto que de acuerdo a esta estrategia se ha logrado una considerable reducción de los indicadores a razón de un 4.5 a 5 % anual a la actualidad.

La filosofía detrás del diseño de este objetivo fue fortalecer el Programa DOTs del Ministerio de salud facilitando y promoviendo la participación social y el involucramiento de las organizaciones de pacientes de Tuberculosis que fueron generadas en Lima y Callao en la primera fase del proyecto. Tomando esto en consideración, todas las actividades programadas y planteadas en este objetivo deben contemplar el fortalecimiento de las estrategias del MINSA, por lo tanto se espera que la propuesta para el objetivo 1 del

Componente TB plantee cómo las actividades de captación, detección, prevención como quimioprofilaxis en VIH y contactos del Programa DOTs serán fortalecidas a través de la participación de la sociedad en las medidas de prevención y control de TB en la comunidad.

El Programa DOTs del Ministerio de Salud trabaja de manera focalizada, en las zonas del país que ha identificado como Areas de Elevado Riesgo de Transmisión de la Tuberculosis (AERT-TB). Dichas áreas corresponden por lo general a la jurisdicción geográfica de un establecimiento de Salud.

Para la identificación de las áreas de elevado riesgo de transmisión de tuberculosis en las cuales intervino el proyecto en la primera fase, se consideró una variedad de indicadores y cruce de los mismos; como la incidencia de TB frotis positivo, morbilidad de tuberculosis, número de fracasos a esquemas primarios, número de casos nuevos, número de casos de TB MDR, número de abandonos a esquemas primarios y secundarios, y así se puede seguir enumerando un gran número de indicadores

Es así que para definir AERT-TB, se tomaron dos criterios epidemiológicos como criterios de selección: la tasa de incidencia y la tasa de morbilidad, lo que dio las siguientes alternativas para la clasificación:

- 1) Centros de salud con tasa de incidencia igual o mayor de 150/100,000 hab. y con un mínimo de 30 casos de TBMDR por año.
- 2) Centros de salud que no tienen la tasa de incidencia igual o mayor de 150, y morbilidad mayor o igual a 50 casos TBMDR por año.

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

- 1) Criterios de inclusión:
 - Mayor número de casos de MDR.
 - Mayor densidad poblacional.
- 2) Criterios de exclusión:
 - Restricciones administrativas de intervención en EESS que no cuentan con tenencia del local del MINSA.
 - El EESS está considerado en otro proyecto de intervención.

En las Direcciones de Salud de Lima y Callao, 207 establecimientos de salud cumplen con los criterios de definición de AERT. De acuerdo a los términos del proyecto sólo se intervendrá en 70 AERT por lo que los resultados de la intervención en esta baja proporción de AERT puede que no influyeran adecuadamente en los indicadores de impacto de control de la tuberculosis a nivel de Lima y Callao.

Sólo el 4.8% de las organizaciones sociales participan en actividades permanentes de prevención y control de la TB, por lo que será muy importante la motivación y capacitación de estas organizaciones, a la vez que su participación en el desarrollo e implementación de planes distritales que incluyan la prevención y control de la TB.

Al investigar la capacitación de los equipos de salud de la ESN TB en los AERT-TB en el control integral de la TB y la defensa de los derechos humanos, en el año 2004 el proyecto halló que el 12.2% de los equipos está capacitado, pero al analizar cuántos miembros de los equipos estaban capacitados individualmente en estos temas, se encontró que sólo lo están el 5.3% y si se considera también que el 35.6% respondió que ha transcurrido más de 2 años desde el último programa educativo recibido, se concluye que es necesaria la capacitación del personal de salud en el control integral de la TB y la defensa de los derechos humanos.

Los programas de soporte nutricional se deben focalizar en el sector pobre de los enfermos de TB, ya que se trata del sector más vulnerable en razón de que los niveles de nutrición influyen en la TB.

Es filosofía del Fondo Mundial que las intervenciones en los países tienen que tener un componente amplio de participación de las organizaciones sociales de base (OSB), y en general participación comunitaria, en

razón que la lucha por la prevención y control de TB, ya no es solo tarea del establecimiento de salud, sino que pasa a ser importante labor de la sociedad organizada en OSB; que entre sus acciones tienden a mejorar los indicadores operacionales de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de TB en el AERT-TB; para los cual las personas capacitadas en sus respectivos roles de personal de salud, líderes de la comunidad, promotores de salud, autoridades y otros tengan capacitación e información adecuada para poder realizar actividades concretas, que cuyos productos se reflejen en la mejora de los indicadores operacionales y por consiguiente epidemiológicos.

La distribución de las AERT-TB y la relación que tienen estas AERT-TB con las DISAs es importante a tener en cuenta, ya que es el territorio de intervención.

Distribución de 70 AERT-TB del proyecto por DISA

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	JOSÈ 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

Durante la fase I que culminó el 30 de Noviembre de 2005, el Sub Receptor de este objetivo fue el “**consorcio Colectivo Solidario**”, conformado por 13 organizaciones: Alternativa Centro de Investigación Social y Educación Popular, Socios en Salud Sucursal del Perú; Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), Centro de Estudios y Prevención de Desastres (PREDES), Asociación de enfermos de tuberculosis "Victoria Castillo de Canales" ASET-Comas, Instituto de Salud MSC Cristóforis Deneke (ISDEN), Centro de Formación y Retiros Monseñor Oscar Romero (COR), Grupo Red de Economía Solidaria del Perú (GRESP), INPET - Instituto de Promoción del Desarrollo Solidario, Mesa de Salud Integral (MSI), Instituto de Fomento de una Educación de Calidad (EDUCA), Talleres Infantiles Proyectados a la Comunidad (TIPACOM), Instituto de Investigación y Capacitación de la familia y la Mujer – INCAFAM; que presento como líder de consorcio al Servicio de Medicinas PRO-VIDA.

En cuanto a los logros obtenidos por las acciones de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis del Ministerio de Salud en coordinación con el Sub-Receptor en la fase I del proyecto, el más reciente informe de evaluación nacional de la ESN PCT del MINSA (llevado a cabo en el mes de Agosto de 2005), reporta lo siguiente:

Indicador y avances año 2004 ¹	Avance del Primer Semestre del 2005	Meta Noviembre 2005
0.4% de casos nuevos de TB pulmonar frotis positivo (TB FP+) diagnosticados entre contactos examinados	0,3%	0.8%
86% de contactos menores de 15 años han recibido quimioprofilaxis por 6 meses	86,4%	90%
1397 personas viviendo con VIH han recibido quimioprofilaxis	598 casos	1550
4.1% (565 personas) abandonaron la estrategia DOTs en el año 2004	4,1%	3%
18,289 pacientes recibiendo tratamiento DOTs	8,442 casos	20,000
90% (16,000 pacientes) de pacientes curados de TB (de acuerdo a la última cohorte)	ND (información anual)	18,000 pacientes 90% de tasa de curación

Fuente: ESN PCT - MINSA, Agosto 2005

En lo que respecta a los casos de TB FP (+) diagnosticados entre contactos, cabe precisar que se trata de un indicador que se reporta desde Agosto de 2005 a pedido de la gerencia de portafolio del Fondo Mundial para Perú, relacionado a la cantidad de pacientes con diagnóstico de TB FP (+) que se obtuvieron del examen de contactos. Con ello se espera reforzar la estrategia de búsqueda de casos a través del examen de contactos, detectar precozmente casos y disminuir el porcentaje de casos frotis positivos.

En cuanto a la cobertura de Quimioprofilaxis en menores de 15 años, se ha protegido a 86,4% de contactos. En el caso de la cobertura de quimioprofilaxis para las PVIH, el indicador considera el número de casos que ingresa a tratamiento preventivo en personas viviendo con VIH que acuden a la ESN PCT a nivel nacional. Al respecto, en el primer semestre de 2005 se ha protegido a 588 PVIHs, proyectándose de manera conservadora para el segundo semestre una cifra similar a la alcanzada en el período anterior.

La proporción de los pacientes que abandonan el DOTs describe la eficiencia del trabajo de la ESN PCT. Hasta el primer semestre de 2005 se mantenía el porcentaje de abandonos en 4,1%, pero se espera que, con los ajustes y capacitación pertinentes que el nivel central de la ESN PCT, está ejecutando con apoyo del programa, disminuyan los pacientes con TB que abandonen el DOTs.

El número de casos de TB Pulmonar FP (+) que se encuentran bajo tratamiento con drogas de primera línea (estrategia DOTs), se refiere al número de casos que se espera incluir en DOTs a fines de la primera fase. Es esperable que al

¹ Acerca de los avances en términos de los indicadores de cobertura referidos específicamente a los indicadores epidemiológicos y operacionales generados por la Estrategia Sanitaria de Prevención y control de la TB en el Perú del Ministerio de Salud, cabe precisar que varios de los indicadores muestran información de carácter anual. No obstante ello, la información es recolectada trimestralmente por el MINSA pero procesada y analizada cada seis meses por los equipos de la ESN PCT a nivel nacional en encuentros nacionales especialmente organizados para ello, por lo que la información disponible suele ser semestral. En este contexto, los datos sobre el avance del año 2005 en total estarán disponibles en el mes de Marzo del año 2006.

buscar más, se diagnostiquen más casos y que ingresen más pacientes al tratamiento DOTS (posteriormente esta cantidad de pacientes disminuirá). La disminución del número de casos tiene que ver con la ruptura de la cadena epidemiológica al mejorar el diagnóstico precoz de los nuevos casos. El avance de 8,442 casos en DOTS durante el primer semestre de 2005 representa aún el 42% de la meta esperada, siendo que los avances del año se conocerán en el mes de Marzo de 2006.

Respecto al porcentaje de curación de pacientes en DOTs, este indicador se calcula anualmente a partir de la cohorte que ingresó en el primer semestre del año 2004, y el valor obtenido fue 89.6% para ese periodo. Cabe mencionar que el porcentaje de curación de pacientes en esquema DOTs da luces sobre la eficacia del programa. En el caso de cepas pan sensibles, dicha efectividad va de la mano con la calidad del programa².

En lo referente al avance de los indicadores de cobertura generados por el Sub-Receptor en estrecha coordinación con la ESN PCT del MINSA, se ha logrado que 19 distritos cuenten con un ASET (Asociación de Enfermos de Tuberculosis) y/o un Grupo Organizado de pacientes de TB (GO-TB). Esto representa el 95% de los distritos de intervención del Objetivo 1, superando significativamente la meta esperada para los dos primeros años del programa que era llegar al 20% de los mismos, lo que significa que la respuesta social a la propuesta organizativa del Objetivo 1 para el abordaje de la TBC a través del accionar de los mismos afectados en las zonas de más alto riesgo ha sido excelente, superando las expectativas del programa. Los distritos que cuentan con ASET y también con GOETs en los AERT-TB respectivos son: Comas, Carabayllo, Independencia, Rímac, Callao, San Martín de Porres, Ate Vitarte, El Agustino, San Juan de Lurigancho, La Victoria, Ventanilla, Villa El Salvador, San Juan de Miraflores, Pachacamac, Los Olivos y Santa Anita. Los distritos que solamente tienen GO-TB pero no ASET son Villa María del Triunfo y Lima Cercado.

Asimismo, 19 distritos cuentan con un plan participativo para el control de la TB, desarrollado con las organizaciones sociales de base en coordinación con las autoridades municipales: Los Olivos, Rímac, Comas, El Agustino, San Martín de Porres, Santa Anita, La Victoria, Cercado de Lima, Independencia, Ate Vitarte, Ventanilla, San Juan de Lurigancho, Villa El Salvador, Villa María del Triunfo, Chorrillos, San Juan de Miraflores, Pachacamac, Callao y Surco (cumplido en el trimestre anterior). En diez de los distritos mencionados los planes concertados ya cuentan con la opinión favorable de sus respectivos Concejos Municipales: Los Olivos, Rímac, Comas, El Agustino, Ventanilla, Santa Anita, Carabayllo, San Martín de Porres, La Victoria y San Juan de Lurigancho.

En cuanto a las capacitaciones realizadas por el Sub-Receptor, en el mes de Febrero 2005 se culminó la capacitación de 540 miembros de equipos de salud de 70 Centros de Salud denominados AERT-TB y de otros 36 establecimientos de salud que se encuentran cercanos a los anteriores. En el segundo año del programa se inició la segunda etapa de la capacitación, realizando el refuerzo mediante nuevas sesiones de taller para la conformación y seguimiento de grupos de mejora continua de la calidad en cada Centro de Salud. Así, en la segunda etapa de refuerzo y seguimiento, se ha llegado a 548 miembros de los equipos de salud de los 70 AERTs y otros establecimientos cercanos a dichos AERT-TB. De ellos, 148 habían recibido la capacitación en la primera etapa de la misma (capacitación realizada el primer año del proyecto), recibiendo en esta segunda ocasión un refuerzo de la primera. Los restantes 400 capacitados en el segundo año fueron personas nuevas en el curso, y se integraron al mismo debido a la alta rotación que existe actualmente en los equipos de salud de los establecimientos del MINSA en el marco de la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud, que promueve la rotación de los equipos de salud para que conozcan desde adentro los servicios de todas las estrategias del MINSA.

Continuando con el rubro de las capacitaciones, en la primera fase se logró capacitar a 554 personas (ex pacientes de TB y familiares) en temas socio-empresariales y de empleo dependiente-independiente. A las personas capacitadas se las organizó en Sociedades Populares de Inversión (SPIs) en las cuales se ha promovido la elaboración de planes de negocios y se han entregado fondos rotatorios para fortalecer los pequeños negocios de sus integrantes. Asimismo, 93 de los capacitados fueron colocados en empresas en el marco de pasantías para que impulsen su inserción a la vida laboral y mejora de sus ingresos. Aunque esta actividad no cuente con recursos en la 2da Fase se espera que el SR que opere este objetivo continúe dando soporte a las acciones.

Otros avances en términos de las actividades de este objetivo se aprecian en la siguiente tabla de resultados:

Tabla resumen de resultados por actividad del Objetivo 1³

³ Según instrucciones del Fondo Mundial: 80% a más de avance = color verde; menos de 80% de avance = color rojo.

Actividad	Indicador Clave		Avance total proyecto Dic. 03 - Nov. 05
Planes distritales para la prevención y Control de TB como parte de los planes de desarrollo local	Número de distritos que tienen un plan participativo de control de la TB como parte de su Plan de Desarrollo Local	Programado	16
		Ejecutado	19
		% de avance	119%
Capacitación a los equipos de salud en aspectos de atención en salud a nivel individual y poblacional, de gestión médico social y en DDHH	Número de miembros del personal de salud capacitados para mejorar la calidad del servicio en establecimientos de salud de AERT-TB (*)	Programado	1050
		Ejecutado	1088
		% de avance	104%
Mejoramiento continuo de la calidad de atención en los servicios	Número de consultorios en AERT-TB que mejoran su infraestructura con apoyo del proyecto ⁴	Programado	70
		Ejecutado	61
		% de avance	87%
Planes de IECA para el mejoramiento de la vivienda, disminución del hacinamiento, propiciar el uso de alimentos nacionales de alto valor nutritivo y defensa de los DDHH	Número de pacientes TB capacitados para la consolidación de la Red Solidaria de Asociaciones de pacientes con TB	Programado	600
		Ejecutado	859
		% de avance	143%
Incorporación como promotores a personas curadas de TB para actividades de quimioprophilaxis y promoción	Número de promotores (ex enfermos de TB y estudiantes) que realizan un plan de fomento y prevención para la salud integral en la comunidad	Programado	700
		Ejecutado	848
		% de avance	121%
Capacitación para la generación de empleo y micro empresas a enfermos y/o familiares de TB en las AERT-TB	Número de personas con TB o sus familiares capacitados para la generación de empleo y/o creación de microempresas	Programado	500
		Ejecutado	554
		% de avance	111%
Plan para el soporte nutricional de los enfermos y sus familias en pobreza	Número de AERT-TB con planes de soporte nutricional	Programado	70
		Ejecutado	70
		% de avance	100%

(*) Indicador no acumulativo. Usualmente se refiere a un refuerzo respecto a lo trabajado el año anterior para la misma población.

La propuesta técnica que el postor presente debe considerar la inclusión de los logros alcanzados en la primera fase del proyecto.

1. Definición del Objetivo.

Promover y Fortalecer la participación y organización social de los enfermos con TB y de las poblaciones distritales para disminuir la TB baciloscópica positiva en las AERT-TB.

2. Resultados Esperados.

El objetivo 1, a lo largo de los cinco años de su intervención espera promover y fortalecer la participación y organización social de los enfermos con TB a través de programas de organización, educación, apoyo nutricional, ocupacional y defensas de sus DDHH, incorporando a los

⁴ Los 9 centros de salud se encuentran en proceso. A Diciembre de 2005 las mejoras de infraestructura en todos ellos se encontraban ya casi culminadas. La culminación de la meta de esta actividad NO está incluida entre las actividades de la segunda fase que son materia de esta Licitación.

establecimientos de salud locales, para disminuir, en las poblaciones denominadas “*Áreas de Elevado Riesgo de Transmisión de Tuberculosis*” (AERT-TB) las tasas de incidencia a menos de 150 por 100 mil al año 2008 y del número de casos positivos de tuberculosis bacilosκόpica a menos de 50 por año.

La propuesta debe contemplar la medición, monitoreo y análisis periódicos de todos los indicadores de impacto y de resultado / cobertura comprometidos con el Fondo Mundial

Así, las metas DE IMPACTO comprometidas con el Fondo Mundial para el objetivo 1 son las siguientes:

INDICADORES CLAVE	INDICADOR BASE	TERCER AÑO	CUARTO AÑO	QUINTO AÑO	COMENTARIO
Tasa de incidencia de tuberculosis con baciloscopia positiva en la población peruana	68,4 / 100000	70/100000	64/100000	60 / 100000	La medición será anual y se reportará en el Q2 del año siguiente al año de la medición. El Ministerio de Salud no cuenta con información sobre este indicador en una frecuencia menor, y la información está disponible después de la evaluación anual de indicadores operacionales que hace el MINSA en Marzo de cada año.
Tasa de mortalidad por TB en todas sus formas	3,82/100000	3,10/100000	2,79/100000	2.1 / 100000	Este indicador estará determinado en gran medida por el avance del programa TARGA y por el avance en esquemas más efectivos de tratamiento de MDR
Número de AERT -TB	70	40	20	0	Indicador decreciente.

De modo similar, las metas de resultado que se espera se alcance a través del Objetivo 1 son las siguientes⁵:

⁵ Se precisa que las metas de impacto se deberán medir anualmente, en tanto que las metas de resultados varían en su frecuencia de medición entre frecuencias anual, semestral, trimestral o inclusive mensual, según el indicador.

INDICADORES CLAVE	Línea de base del indicador	TERCER AÑO				CUARTO AÑO	QUINTO AÑO
		Q1	Q2	Q3	Q4		
% de nuevos casos de tuberculosis pulmonar detectados a través del examen de contactos FP+ ⁶	0,4%	--	--	--	0.8%	1,2%	1,6%
% de contactos menores de 15 años con quimioprofilaxis por 6 meses ⁷	85%	--	--	--	85%	85%	85%
% de personas viviendo con VIH bajo tratamiento profiláctico con INH ⁸	1.241	---	49%	49%	50%	52%	55%
Número y porcentaje de personas que abandonaron el tratamiento DOTs ⁹	676 4.8%	--	--	--	3%	2,50%	2,50%
Número de pacientes recibiendo tratamiento DOTs (esquema 1) ¹⁰	18.546	5,000	10000	15000	18.655	19.029	17.886
Porcentaje de detección de casos DOTs ¹¹	70%	--	72%	72%	72%	74%	76%
Porcentaje de éxito terapéutico en DOTs ¹²	89,60%	--	--	--	89%	90%	91%
Número y % de distritos con AERT-TB trabajando con ASET, GO-TB o ASDEN (Red Solidaria) activo ¹³	1	8 27%	8 27%	10 33%	12 40%	16 80%	17 85%
% de organizaciones sociales de base participando en actividades de prevención y control de la TB en distritos con AERT-TB ¹⁴	4,8%	--	10%	10%	20%	40%	50%
% de enfermos y familiares de los distritos con AERT-TB que han recibido programas educativos para el control integral de la TB y defensa de los DDHH ¹⁵	5,1%	--	50%	50%	70%	75%	80%
% de enfermos y sus familias en situación de pobreza con soporte nutricional ¹⁶	12,6%	--	10%	10%	30%	50%	70%
% de AERT-TB que cuentan con el reconocimiento social de la Red Solidaria por su respeto a los DDHH, apoyo a los pacientes de TB y avance en los indicadores operacionales de TBC ¹⁷	POR DEFINIR	--	--	--	14%	20%	20%
% de AERT-TB con personas capacitadas para la generación de empleo y microempresas ¹⁸	9,7%	--	10%	10%	30%	50%	70%
Nro. de promotores de salud capacitados y desarrollando actividades educativas. ¹⁹	350	0	0	450	450	550	650
Número de miembros de la comunidad que recibieron información básica y adecuada sobre la enfermedad ²⁰	POR DEFINIR	0	800	2000	2000	4000	6000

⁶ N° de nuevos casos de TBP contactos de FP / N° de contactos de TB FP examinados. Este indicador es considerado dentro de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de TB del Ministerio de Salud como indicadores operacionales. Los indicadores operacionales son medidos semestralmente por el MINSa.

⁷ N° de niños menores de 15 años con quimioprofilaxis / N° de niños menores de 15 años examinados contactos de casos con TB FP. Este indicador es considerado dentro de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de TB del Ministerio de Salud como indicadores operacionales. Los indicadores operacionales son medidos semestralmente por el MINSa.

⁸ N° de personas viviendo con VIH con quimioprofilaxis / N° de personas viviendo con VIH notificadas. Este indicador empezará a ser estimado en el segundo semestre del año 3. Hasta el año 2005, la Estrategia Sanitaria de TBC del MINSa registraba el número de pacientes pero no calculaba una comparación con la población notificada (utilizaba número y no porcentaje).

⁹ N° personas que abandonan tratamiento / N° de pacientes que inician tratamiento. Este indicador es considerado dentro de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de TB del Ministerio de Salud como indicadores operacionales. Los indicadores operacionales son medidos semestralmente por el MINSa.

¹⁰ En los años 2006 y 2007 se espera mejorar la oferta de detección y diagnóstico de los casos de TB. Como efecto de esto, se espera un incremento anual de aproximadamente 2% en el número de casos de TB detectados. A partir del año 2008 el número de nuevos casos empezará a decaer en un orden estimado de 6% anual. Este indicador es considerado dentro de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de TB del Ministerio de Salud como indicadores operacionales. Los indicadores operacionales son medidos semestralmente por el MINSa.

¹¹ Se define como la identificación de Sintomáticos Respiratorios entre las personas atendidas mayores de 15 años. La fórmula de cálculo es: Sintomáticos respiratorios identificados / esperado. Este indicador es considerado dentro de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de TB del Ministerio de Salud como indicadores operacionales. Los indicadores operacionales son medidos semestralmente por el MINSa.

¹² Fuente de información: cohorte de tratamiento del esquema 1 (6 meses previos de tratamiento más 3 meses de consolidación de información). Fórmula de cálculo: % de pacientes curados en el esquema 1 / número de pacientes ingresados al mismo esquema. Equivale al indicador "% de pacientes curados de TB". Este indicador es considerado dentro de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de TB del Ministerio de Salud como indicadores operacionales. Los indicadores operacionales son medidos semestralmente por el MINSa.

A fin de considerar que las metas descritas en las tablas precedentes sean alcanzadas, se valorará especialmente el hecho que la propuesta presente consistencia interna entre las actividades que proponga el postor y los indicadores descritos.

3. Actividades del Objetivo.

Bajo la premisa de asegurar el cumplimiento de las metas del proyecto que se han mostrado en las tablas de indicadores de resultado / cobertura precedentes, el Postor deberá elaborar una propuesta técnico – económica que incluya las actividades y sub-actividades y estrategias que considere más pertinentes y costo efectivas para alcanzar las metas en los plazos establecidos por el proyecto

Las actividades y sub-actividades que el Postor plantee, deberán asimismo ser presentadas con sus respectivos costos, indicadores de producto e indicadores de insumo de acuerdo al formato de plan operativo que se adjunta en el Anexo III.

Se sugiere organizar la intervención en cuatro ejes estratégicos de intervención: Fortalecimiento de las organizaciones de la sociedad Civil para complementar las acciones de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y control de la TB en las AERT-TB; Capacitación comunitaria de los pacientes organizados y sus familias en las AERT-TB; Soporte Nutricional comunitario para la Prevención y Control de TB en las AERT-TB y Sostenibilidad de la generación de ingresos en la comunidad para la prevención y control de TB en las AERT-TB.

Dada la importancia que tiene para el donante el cumplimiento de las metas comprometidas en los plazos previstos, un quinto eje debe estar enfocado de manera transversal a los anteriores. Es el eje estratégico de monitoreo y evaluación de la intervención.

¹³ Esta información no es generada por ningún sistema de información existente, por lo que debe recolectarse a través de estudios especiales que se han presupuestado para ser realizados con una frecuencia anual. Por ello, la medición de este indicador será anual, y estará disponible en el primer trimestre del año siguiente al período de medición.

¹⁴ Al igual que el indicador anterior, no es generado por algún sistema de información; por lo que requiere ser programado y recolectado considerando la participación en actividades de prevención y control de TB en las AERT -TB.

¹⁵ Se considerará 2 familiares por paciente (familiares que conviven o no con el paciente). Cada paciente registrar'a a sus dos familiares capacitados. La información será anual, y se reportará al final de cada año.

Para la medición se aplicará una encuesta de opinión a los pacientes, dirigentes y familiares cada 6 meses (duración del tratamiento). Adicionalmente, se mantendrán los registros de asistentes a las sesiones educativas para el caso de los pacientes
Indicador no acumulativo, parámetro anual.

¹⁶ En el año 3, se recolectará mediante encuestas.

A partir del año 4 se espera que la ESN PCT asuma esta variable en sus registros operacionales y sea posible coleccionar esta información de los registros MINSA.

Soporte nutricional : canasta, vaso de leche, educativo

Supuesto: se mantendrán los programas de apoyo social que tiene el gobierno en sus diferentes instancias y la transferencia a las regiones no afectará la ejecución. Se hará abogacía al respecto

¹⁷ Indicador no acumulativo

¹⁸ Es un indicador que se viene trabajando desde la primera fase y que debe continuar en esta segunda fase.

¹⁹ La medición de este indicador será trimestral

²⁰ Miembros de la comunidad que reciben información básica y adecuada de la enfermedad, para promover en la comunidad conductas saludables de vida, asimismo que los propios miembros de la comunidad estén alertas en la detección y captación de sintomáticos respiratorios



La propuesta debe contemplar actividades y subactividades que, respondiendo en la medida de lo posible a los ejes estratégicos sugeridos, aseguren el cumplimiento de las metas y se interrelacionen entre sí para potenciar la calidad de los resultados obtenidos.

TERMINOS DE REFERENCIA PARA LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA.

La Propuesta debe mostrar:

- Los logros alcanzados por el organismo ejecutor en la primera fase, como las lecciones aprendidas de la primera fase; asimismo la propuesta debe mostrar un eje integrador de la primera y segunda fase, para garantizar continuidad del proceso.
- Cómo se intenta alcanzar las metas señaladas en los indicadores de impacto, resultado/cobertura, en los tiempos señalados según lo requerido.
- Consistencia interna entre los impactos, resultados, actividades y sub-actividades
- Cómo se integra con el MINSA.
- Cómo se integra con la Red Solidaria.
- Debe proponer actividades que garanticen el logro de los indicadores propuestos.
- La metodología de monitoreo y evaluación de las diferentes actividades propuestas
- Cómo se integra a otros actores sociales.
- Cómo integra nuevos actores sociales estratégicos de la comunidad.
- Ser innovadora, creativa, precisa, costo eficiente e impactante en la comunidad.
- Las alianzas estratégicas del consorcio.
- La propuesta debe demostrar claramente las fortalezas del consorcio o postor para poder interrelacionarse con la comunidad, en sus diferentes niveles, además de relacionarse con el Ministerio de Salud en todos sus niveles.
- Los recursos humanos calificados, con experiencia para el desarrollo de las actividades y garantizar los logros planteados y esperados.

Como insumo para la elaboración de la propuesta, CARE Perú pondrá a disposición de los diferentes postores la siguiente información (a ser entregada en un CD a solicitud del postor)

- Estudio de Línea de Base inicial a la primera fase.
- Estudio de Línea de Base Final a la primera fase, en la medida de su disponibilidad.
- Propuesta original al Fondo Mundial aprobada en el 2002.
- Directorio de OSBs elaborado por el Consorcio Colectivo Solidario en la fase I del proyecto.
- Tabla de indicadores del Proyecto para la segunda fase, cuyo cumplimiento es obligatorio.
- Los informes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de TB del Ministerio de Salud. Web: www.minsa.gob.pe
- Informes trimestrales y anuales del Colectivo Solidario.
- Informes trimestrales del Receptor Principal al Fondo Mundial (ver <http://www.care.org.pe/websites/fondomundial/segavan1.htm>).
- Plan operativo desarrollado por el Colectivo Solidario en la fase I.
- Guía de Herramientas de Vigilancia y Evaluación del Fondo Mundial

Las actividades propuestas deben estar enmarcadas en los siguientes ejes estratégicos de intervención, los cuales deben plasmarse en actividades que contribuyan directamente al alcance de las metas del proyecto:

1. Fortalecimiento de las organizaciones de la sociedad civil para complementar las acciones de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la TB en las AERT-TB.
 - La propuesta debe contemplar trabajar con la Red Solidaria de Enfermos de Tuberculosis.
 - La propuesta debe contemplar integrar las diferentes organizaciones sociales de base (OSB) en la Red Solidaria con la finalidad de fomentar la prevención y realizar vigilancia social para el control de la TB en las AERT-TB.
 - La Organización Ejecutora debe demostrar ser considerada organización líder de opinión en la comunidad con respecto a las acciones de prevención y control de TB; para lo cual es importante toda documentación de reconocimiento en dichos aspectos.
 - Tener poder de convocatoria, demostrando apertura en el dialogo y capacidad de negociación con diferentes OSB para trabajar en equipo y lograr la integración de diferentes OSB en la Red Solidaria.
 - Tener asegurado una metodología estratégica de amplia coordinación con diferentes organizaciones sociales de base que desarrollen actividades de prevención y control de TB en la comunidad.
 - La propuesta debe contemplar los aspectos a considerarse como acciones preventivas y de control de TB en la comunidad orientadas a mejorar los indicadores e la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de TB..
2. Capacitación comunitaria de los pacientes organizados y sus familias en las AERT-TB

Para la segunda fase, dentro de las actividades de capacitación comunitaria, se requiere:

- Conocimiento de programas preventivos y de control de TB en la comunidad.
- Demostrar amplio conocimiento de enseñanza a adultos.
- Amplio conocimiento de temática de derechos humanos.
- Proponer programas de capacitación de adultos para formar promotores de salud que realicen actividades educativas sobre la TB y de Información, Educación y Comunicación en las comunidades de los AERT-TB.
- Proponer formas de medición oportuna y viable de las actividades educativas desarrolladas por los promotores de salud, tanto en lo referente a las actividades desarrolladas por los mismos promotores como en lo que respecta a la asimilación de saberes por parte de los miembros de la comunidad (cf. indicadores y metas del objetivo).

3. Soporte Nutricional comunitario para la Prevención y Control de TB en las AERT-TB
 - Definir población objetivo.
 - Definir el tipo de actividades relacionadas con el soporte nutricional comunitario.
 - Proponer acciones de vigilancia de la calidad y oportunidad de la entrega de la canasta de alimentos a los pacientes de TB y sus familias
 - Proponer acciones de incidencia política ante las instancias gubernamentales respectivas, para dar sostenibilidad a la canasta de alimentos de los pacientes de TB-MDR

4. Sostenibilidad de la generación de ingresos en la comunidad para la prevención y control de TB en las AERT-TB
 - Proponer estrategias y acciones para dar seguimiento y soporte técnico a las Sociedades Populares de Inversión (SPIs) generadas en la fase I del proyecto.
 - Asegurar el uso eficiente de los recursos de capital semilla entregados en la fase I del proyecto
 - Sistematizar los logros alcanzados por las SPIs en términos de la evolución de los planes de negocios de sus miembros y mejora de los ingresos.
 - Realizar el seguimiento de los pacientes de TB y sus familiares que fueron insertados a la vida laboral en la fase I.

5. Sistema de monitoreo y evaluación deberá considerar:
 - Una asignación presupuestal de no menos del 10% del valor del objetivo para actividades de monitoreo y evaluación, incluyendo por lo menos \$ 20,000 para la realización mediciones cuantitativas y cualitativas referidas a los indicadores de impacto y resultado del proyecto. Que se deben realizar al final de cada año.
 - El cumplimiento de las metas de resultado en los tiempos señalados.
 - El cumplimiento de las metas de impacto en los tiempos señalados.
 - La entrega de reportes mensuales y trimestrales al Receptor Principal, en coordinación con el Ministerio de Salud.
 - El seguimiento y reporte periódico de los indicadores del objetivo
 - Como condición precedente al primer desembolso luego de la firma del contrato, se solicitará la elaboración de un plan de monitoreo y evaluación de acuerdo a los lineamientos del plan de monitoreo del Receptor Principal.
 - La presencia de por lo menos un especialista en SM&E encargado de las siguientes tareas:
 - Implementación de bases de datos para beneficiarios intermedios y finales que incluyan pautas de estandarización que se de desde CARE..
 - Estrecha coordinación con su administrador para la realización del monitoreo financiero vinculado con la ejecución del plan operativo, específicamente la ejecución financiera a nivel de productos. mínimo a nivel trimestral.
 - El objetivo debe asegurar el diseño oportuno y uso de formatos complementarios para el monitoreo directo de las actividades y beneficiarios. dichos formatos serán definidos al interior de cada objetivo con la contraparte técnica respectiva y la asistencia técnica de los especialistas de sistema de monitoreo y evaluación, VIH y TB de CARE Perú.
 - Visitas de monitoreo y supervisión en el marco del plan de monitoreo del programa
 - Visitas de supervisión conjuntas entre el sub-receptor y la contraparte técnica y/o agrupaciones de afectados, relativas básicamente a la mirada constructiva que se puede dar desde el punto de vista de la vigilancia social a las actividades de las contrapartes técnicas que son apoyadas directamente por el fondo mundial, su efectividad y satisfacción de los beneficiarios.

VI. Marco Normativo de la Convocatoria – Base Legal

1. Financiamiento y Presupuesto.

Total :	ME	\$ 800,038
	MN	S/. 2,680,127

Inicio : Marzo del 2006
Final : Noviembre 2008
Total de meses : 33 meses.

2. Modalidad de Financiamiento.

El Financiamiento tendrá carácter de “donación con cargo” proveniente del Fondo Mundial.

VII. Actividades de la Convocatoria.

1. Anuncio Público de Convocatoria.

El anuncio se publicará simultáneamente en un medio de comunicación nacional y en la página Web de CARE Perú.

2. Acceso a las Bases.

En el plazo establecido en el Cronograma aprobado e incluido en el aviso de convocatoria, las organizaciones interesadas podrán acceder a las bases administrativas de la licitación ingresando a la página web de CARE PERU Web: www.care.org.pe

No se entregara material impreso.

3. Consultas y aclaración de bases.

El día y hora, según Cronograma de actividades, CARE Perú y CONAMUSA, realizarán una reunión informativa para las organizaciones interesadas en participar con el propósito de garantizar la mayor cobertura a la licitación. La reunión se llevará a cabo en un lugar por confirmar.

4. Presentación de consultas

Las consultas se realizarán únicamente por correo electrónico hasta la fecha programada según cronograma de actividades dirigiéndose a la siguiente dirección: aleuridan@care.org.pe

5. Absolución de consultas.

- 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 de CARE Perú.
- Las consultas absueltas así como toda aclaración o enmienda 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.
- El postor que no acceda a las respuestas a las consultas formuladas por él ó por los demás postores, quedará obligado a aceptarlas como válidas.
- Las respuestas estarán a disposición de los interesados a partir del día de absolución de consultas según Cronograma de actividades, por la misma vía. Asimismo estarán disponibles en la página Web del CARE Perú.

6. De los Postores: Postulación de Consorcio

- Se tendrá por aceptada únicamente la postulación de consorcios.
- Los consorcios podrán estar constituidos por Organizaciones No Gubernamentales de Desarrollo, universidades u otras afines de manera que aporten con su experiencia al logro de las metas planteadas en la 2da Fase del Proyecto.

- Los Consorcios o Asociaciones de organizaciones públicas y/o privadas sin fines de lucro después de una revisión exhaustiva de las actividades del Objetivo 1 Componente Tuberculosis del Proyecto “Fortalecimiento de la prevención y control del SIDA y la Tuberculosis en el Perú”, Desarrollarán una propuesta de plan de trabajo según el formato adjunto, que tomará en cuenta las actividades a realizar y las referencias técnicas correspondientes según anexo.

PERFIL DE LOS CONSORCIOS

- El consorcio debe tener entre sus miembros, personal con conocimiento de las políticas vigentes del sector salud y de la Estrategia Nacional Sanitaria de Prevención y Control de TB del MINSA.
- El líder del consorcio debe ser nombrado en forma democrática, con la participación de todos los miembros del consorcio, y con la firma de un acta de elección.
- Acreditar experiencia en los últimos 3 años de trabajo con proyectos relacionados a la tuberculosis.
- Acreditar experiencia en proyectos participativos con organizaciones de pacientes.
- Experiencia de trabajo con el sector gubernamental y otros actores sociales de la comunidad.

Además el líder del consorcio debe:

- Estar legalmente constituido y con situación legal vigente.
- Estar constituidas como organizaciones no gubernamentales nacionales, debidamente establecidas de acuerdo a la legislación peruana y registrada ante la Agencia Peruana de Cooperación Internacional (APCI).
- Experiencia institucional en gestión de volúmenes de recursos financieros por un monto no menor al 25% del monto de financiamiento de las diferentes actividades.
- Estados financieros de los dos últimos años, que demuestren una situación financiera solvente preferiblemente auditados.
- Tener un sistema administrativo – contable acorde con las exigencias de la Cooperación Internacional

Perfil del equipo de trabajo

- Considerar dentro del equipo de trabajo a un profesional con conocimiento en los indicadores de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de TB.
- Un profesional en sistema de monitoreo y evaluación.

Articulación con la Red Solidaria de Enfermos de Tuberculosis de Lima y Callao

El consorcio ganador trabajará de manera coordinada con la Red Solidaria de Enfermos de Tuberculosis de Lima y Callao en las siguientes condiciones que faciliten el respeto de la autonomía y consolidación de dicha organización social:

1. Previo a la firma del contrato, el consorcio y la Red Solidaria de Enfermos de Tuberculosis de Lima y Callao elaborarán un Documento de Relacionamiento que deberá ser refrendado por la Secretaría Ejecutiva de CONAMUSA
2. En el marco de dicho Documento de Relacionamiento, se precisará un mecanismo de solución de diferencias en la toma de decisiones donde no medie conflicto de intereses.
3. El consorcio ganador respetará la estructura organizativa de la Red Solidaria e incluirá a sus representantes (directivos y asesores: técnico, legal y social) en los espacios de toma de decisiones. En dichos espacios se establecerá la paridad de votos entre la Red Solidaria de Enfermos de Tuberculosis de Lima y Callao (50%) y el consorcio ganador (50%). Los asesores tendrán voz pero no voto.
4. El consorcio ganador compatibilizará las actividades de los ejes estratégicos de la propuesta técnica del Objetivo 1 del componente TB con el Plan de Trabajo establecido por la Red Solidaria de Enfermos de Tuberculosis de Lima y Callao.

- 5 En la implementación de las actividades del Eje Estratégico de Fortalecimiento de las Organizaciones de la Sociedad Civil para complementar las acciones de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la TB en las AERT-TB, el consorcio ganador contribuirá con la consolidación de la Red Solidaria de Enfermos de Tuberculosis de Lima y Callao.

7. Presentación de propuestas Interpretación de las Bases.

- La solicitud y documentación necesaria para la postulación según anexos deberá presentarse en original impreso y dos copias en sobre cerrado a la dirección de CARE Perú, Av. Gral. Santa Cruz No 659, Jesús María, acompañado del archivo electrónico respectivo en Microsoft Word versión 97 o superior hasta el día programado en el Cronograma de actividades de Postulación de Consorcio o Asociación de Organizaciones sin fines de lucro; y NO habrá ampliación del plazo.
- El Comité de Adquisiciones es el único autorizado para interpretar las bases durante el ejercicio de sus funciones y sólo para los efectos de su aplicación, sin perjuicio de lo que eventualmente resuelva la instancia superior a raíz de una impugnación.

8. Evaluación de propuestas

El comité de adjudicación velará por el cumplimiento de lo establecido en las bases a fin de preseleccionar inicialmente y luego seleccionar y otorgar la buena pro al consorcio que acredite el mayor puntaje en la evaluación.

9. Cronograma

El Cronograma del presente proceso de selección está indicado en el Calendario de Actividades de las presentes Bases.

VIII. Etapas de la Convocatoria y Concurso.

Para el logro de los objetivos el postor debe presentar una propuesta que contemple la estrategia por medio de la cual se garantice el cumplimiento de los objetivos y metas medidas en los indicadores de resultado / cobertura y procesos medidos periódicamente durante los próximos de tres años.

Además debe presentar la documentación debida, en los plazos que estipula el cronograma de actividades en dos sobres cerrados:

- Sobre 1: Criterios de Elegibilidad
- Sobre 2: Documentos Técnicos

El proceso contempla dos fases:

Primera: Fase de Elegibilidad: Consiste en calificar los criterios de elegibilidad de los consorcios postores, para ello se debe evaluar toda la documentación presentada en un primer sobre cerrado, señalando los criterios de elegibilidad y no elegibilidad.

Segunda: Fase de Selección: Solo ingresarán a la evaluación pertinente aquellos consorcios que han sido previamente definidos como elegibles.

Los documentos técnicos deben ser remitidos en sobre cerrado y considerarán los siguientes elementos:

- Capacidad Institucional.
- Propuesta técnica (5 ejes estratégicos, incluyendo Monitoreo y Evaluación) y de gestión programática, con su Anexo “Plan Operativo” (Anexo III de las Bases Administrativas)
- Plan de Sostenibilidad de la intervención.

- Propuesta Económica Financiera

CON RESPECTO A LA PROPUESTA TÉCNICA Y DE GESTIÓN PROGRAMÁTICA:

1) TÉCNICA

La Propuesta Técnica del Objetivo 1 del componente Tuberculosis, deben incorporar como mínimo:

- Marco conceptual
- Antecedentes e información relevante sobre cada una de las poblaciones beneficiarias del proyecto; es imprescindible que la propuesta contemple el análisis de los alcances de las diferentes actividades durante la primera fase; así como considerar el alcance de la segunda fase en los próximos tres años.
- Objetivos generales y específicos de los planes.
- Descripción del diseño, contemplando el abordaje por actividades, subactividades y tareas, considerando metodología estratégica que garantice alcanzar los indicadores de resultados / cobertura en los tiempos referidos, constituyéndose como términos de referencia de la propuesta, mediante los cuales se evaluará la eficiencia de la intervención (Ejes estratégicos del 1 al 4).
- Considerar la participación de otros actores y contrapartidas de la propuesta
- Sistema de monitoreo y evaluación (Eje estratégico 5)
- Análisis de la evaluación de los resultados
- Plan Operativo, de acuerdo a formato estándar adjunto en el Anexo III.

2) DE GESTIÓN

En base al Plan Operativo y al presupuesto aprobado por el Fondo Mundial, cuyas versiones en físico y magnético han sido puestas a disposición de los SR, se solicita desarrollar una propuesta de gestión que considere los siguientes aspectos:

1. Organización del equipo de gestión:

En base a una estructura adecuada al logro de las metas programáticas, se solicita establecer la funcionalidad del equipo para un desempeño eficiente.

Siendo este un pequeño núcleo de recursos humanos se requiere diseñar una estrategia que permita aprovechar otros recursos del proyecto u otros aportes extra-institucionales.

2. Creación de Sinergia con otros objetivos:

El diseño original del proyecto tanto en su componente TB, como VIH/SIDA estaba pensado en función a una multiplicidad de actividades conexas que contribuyeran al logro del objetivo general de cada componente.

Si bien es cierto, durante la primera fase del proyecto cada objetivo de ambos componentes ha actuado de manera independiente, en esta segunda fase se pretende consolidar los logros iniciales e instaurar un trabajo concertado en base a la identificación de actividades complementarias entre los 3 objetivos del componente TB.

Se espera que el postor identifique posibles áreas de trabajo concertado con sus homólogos de los otros objetivos del componente TB y esboce una estrategia que permita tomar ventaja de esta condición.

3. Política de Vinculación con las contrapartes técnicas y establecimiento de aliados a nivel comunitario

El consorcio requiere fortalecer sus vínculos tanto a nivel de las instituciones del sector público como a nivel comunitario.

Para ello se requieren claras políticas institucionales (sobretudo a nivel del consorcio) que favorezcan un acercamiento efectivo tanto a los contrapartes técnicas (MINSA) como a la Red solidaria de Enfermos de TB como máxima expresión organizativa de los afectados a nivel de la comunidad.

Estas políticas deberán ser adoptadas desde antes del inicio de la Segunda Fase en base a los lineamientos propuestos en el Item VII. 6 de los Postores: Postulación de Consorcio, de manera que la implementación del Proyecto no presente dificultades serias.

Se espera que el diseño de estas políticas esté basado en los principios rectores de cada institución y en la filosofía que impulsa el Fondo Mundial. Recomendamos visitar la página web del Fondo a fin de acceder a esta información.

El consorcio y sus directivos deben ser capaces de tener políticas de apertura, dialogo y coordinación con los diferentes actores sociales de la comunidad.

PLAN DE SOSTENIBILIDAD DE LA INTERVENCIÓN

El Plan de sostenibilidad deberá comprender aspectos relativos a la sostenibilidad técnica, social y económica de las actividades contempladas por el proyecto. Asimismo se diseñará en base a los criterios incluidos en el Instrumento II A 6 de las presentes bases administrativas.

PROPUESTA ECONÓMICO - FINANCIERA

La propuesta económico- financiera se debe presentar a nivel de Actividades, Productos y Rubros, según el Anexo III

El rubro de “Gastos Administrativos” no debe ser mayor a 6% de los gastos directos del proyecto.

1. Primera Fase: Evaluación de los criterios de elegibilidad y no elegibilidad de las Organizaciones Ejecutoras (Primera Fase de Elegibilidad).

a. Criterios de Elegibilidad de Organizaciones Ejecutoras .

Se evaluará primeramente los criterios de elegibilidad. La carencia de uno de ellos es suficiente para la no elegibilidad de la organización postulante.

Los criterios de elegibilidad que se encuentran en los anexos, son excluyentes y están referidos a todos los miembros en general del consorcio y al líder en particular, en aspectos de gestión financiera y administrativa. Se exceptúa a las organizaciones de personas afectadas

El cumplimiento de estos criterios por la organización ejecutora será evidenciado en la documentación que se presentará en respuesta a esta convocatoria según anexo. Las

organizaciones que postulan bajo la forma de consorcio, deberán identificar a la organización líder, que será la responsable de la propuesta.

b. Criterios de No Elegibilidad de Organizaciones Ejecutoras.

- Carencia de uno de los criterios de elegibilidad definidos anteriormente.
- Presentación de información falsa o distorsionada.

2. Segunda Fase: Selección de Organismo Ejecutor.

Aquellas asociaciones de organizaciones o consorcios que cumplan con los criterios de elegibilidad serán evaluados sobre los siguientes criterios: 1) Propuesta técnica; 2) Propuesta de gestión programática; 3) Capacidades de monitoreo y evaluación y 4) Plan de Sostenibilidad de la intervención

El puntaje total de esta segunda fase de selección es de 100 puntos teniendo en consideración la siguiente distribución:

- Propuesta técnica (30 puntos)
- Propuesta de gestión programática (30 puntos)
- Capacidades de monitoreo y evaluación (30 puntos)
- Plan de Sostenibilidad de la intervención (10 puntos)

La puntuación mínima requerida para adjudicación es de 60 puntos. Las referencias técnicas de la propuesta se encuentran en los anexos 7 al 14. Se declara ganador al consorcio que obtenga la mayor puntuación, En caso de presentarse un empate se dará como ganador a la propuesta que haya obtenido el puntaje más alto en la propuesta técnica. De continuar el empate, se dará como ganador a la propuesta que haya obtenido mayor puntaje en Capacidades de monitoreo. De continuar el empate, se procederá de manera similar con los criterios propuesta de gestión y sostenibilidad.

Estos resultados tienen el carácter de inapelables.

Para efectos de la presente Licitación, se entiende por Capacidades institucionales al conjunto de características que conforman el perfil de la organización con relación al componente TB y al objetivo 1 y la (s) actividad (es) a la cual la organización esta interesada en participar. Se espera que mediante un documento narrativo los postores hagan explícitas estas características de acuerdo a los rubros señalados en los anexos correspondientes a esta actividad normativo administrativo, capacidad de gestión y experiencia técnico laboral.

3. Causales de descalificación.

Se consideran como causales de descalificación las siguientes:

- Entrega de documentación incompleta respecto de aquella solicitada en estas bases
- Presentación de información falsa o distorsionada

4. Comunicación de Resultados.

Los resultados de evaluación, serán comunicados por escrito a los postulantes en las fechas establecidas según el cronograma de actividades.

5. Adjudicación y Suscripción de Contrato.

El representante legal del consorcio ganador de la Buena Pro suscribirá el contrato pertinente con CARE PERÚ dentro de los diez días hábiles siguientes a la publicación de los resultados, luego de haber suscrito el Documento de Relacionamiento con la Red Solidaria de Enfermos de TB de Lima y Callao.

En caso que la operación no se formalice dentro del plazo estipulado, por causas imputables al postor, el ente convocante podrá adjudicar el contrato al postor que haya obtenido el segundo lugar en la tabla de resultados.

6. Devolución de documentos presentados.

Los consorcios no seleccionados podrán recoger los documentos presentados dentro de los 30 días posteriores a la comunicación de los resultados. Después de ese plazo, esta documentación será desechada.

IX. Anexos.

TABLA I
MATRIZ DE EVALUACIÓN DE CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

Criterios de elegibilidad	Miembros del consorcio	Líder del consorcio	Instrumento/ Anexo	Documento Probatorio
Estar debidamente constituidas como organismos públicos y privados y con situación legal vigente. Por excepción se excluye de este requisito a las organizaciones de personas afectadas	✓		Instrumento No I Ficha de Verificación de los Criterios de elegibilidad	Escritura Publica De Constitución
Estar constituidas como Organizaciones No Gubernamentales nacionales, debidamente establecidas de acuerdo a la legislación peruana y registrada ante la Agencia Peruana de Cooperación Internacional (APCI). Por excepción se excluye de este requisito a las organizaciones extranjeras en cuyo caso acreditarán su condición legal vigente en el país de origen. La organización líder sí tiene que ser una organización establecida de acuerdo a la legislación peruana.	✓		Instrumento No I Ficha de Verificación de los Criterios de elegibilidad	Copia Actualizada de Registro ante la Agencia Peruana de Cooperación Internacional (APCI).
No estar impedido para participar según Anexo 2	✓		Anexo N° 1.2: Declaración jurada de poder participar	Idem
Postular en forma asociada o en consorcio (involucrando ONGs, universidades, gobiernos locales, etc.). Se debe identificar a la organización que lidera el consorcio y que será el responsable de la propuesta.		✓	Anexo N° 1.4: Promesa formal de consorcio	Idem
Experiencia institucional en gestión de volúmenes de recursos financieros por un monto no menor al 25% del monto de financiamiento de las diferentes actividades		✓	Anexo II A 1	Idem.
Estados financieros de los dos últimos años, que demuestren una situación financiera solvente preferiblemente auditados		✓	Instrumento No I Ficha de Verificación de los Criterios de elegibilidad	Estados financieros de los dos últimos años, preferiblemente auditados
Capacidad para el trabajo Inter Institucional con MINSA, gobiernos locales y regionales, instituciones de afectados, OSB, etc.		✓	Anexo N° 1.3: Declaración Jurada de Trabajo Colaborativo	Idem

TABLA II
ADECUACIÓN DE CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD
CAPACIDADES TECNICAS²¹

Criterios de elegibilidad	Miembros del consorcio	Líder del consorcio	Instrumento/ Anexo	Documento Probatorio
Experiencia en los últimos 3 años de trabajo con proyectos relacionados al componente Tuberculosis.	✓		Anexo N° II A 1: Relación de proyectos ejecutados en los tres últimos años	Idem
Experiencia de Participación en consorcios o redes de instituciones a nivel local, metropolitano, regional y/o nacional		✓	Anexo N° II A 1: Relación de proyectos ejecutados en los tres últimos años	Idem
Haber conformado una alianza con instituciones locales para diseñar y ejecutar proyectos piloto en la población.		✓	Anexo N° II A 1 Relación de proyectos ejecutados en los tres últimos años	Idem
Que presente Plan Operativo que contemple cómo alcanzar las metas de todos los indicadores de los proyectos y que proponga cómo hacer sostenible todas las actividades realizadas en la primera fase.		✓	Anexo 1.6 Instrumento II A 6,	Propuesta de Gestión Programática
Conocimiento y experiencia en todos los temas incluidos en el objetivo correspondiente		✓	Instrumento II, Anexo II A 1	Relación de Proyectos
Conocimiento y experiencia en seguimiento, monitoreo y evaluación de proyectos de salud		✓	Instrumento II A 5.	Propuesta de M&E
Conocimiento y experiencia de trabajo en las zonas de implementación del objetivo		✓	Instrumento II A, II A 1. Anexo II A 1	Relación de Proyectos
Documentación que evidencie como van a coordinar y trabajar con instancias gubernamentales distintas al MINSA relacionadas al proyecto (convenios u otros)		✓	Instrumento II A 1, Anexo 1.4	Propuesta de Gestión Programática

²¹ Incluir a representantes de personas afectadas de acuerdo al Perfil del Asesor Comunitario incluido en la Carpeta de Documentos de Evaluación

INSTRUMENTO I
FICHA DE VERIFICACION DE CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD-CAPACIDADES INSTITUCIONALES
(Para cada uno de los miembros del consorcio)

Consortio:.....

Institución miembro del consorcio:

.....

Objetivo al que aplica:

Verificación de Documentos del Expediente de Capacidades Institucionales

Documentación		SI	NO	N.A. <small>22</small>	Ubicación
1	Solicitud de presentación a la convocatoria				Exp. Inst.
2	Escritura de Constitución Notarial				Exp. Inst.
3	Copia actualizada de Registro ante la APCI				Exp. Inst.
4	Poderes actualizados en los Registros Públicos de las organizaciones miembros del consorcio. Por excepción se excluye de este requisito a las organizaciones de personas afectadas				Exp. Inst.
5	Declaración Jurada de no estar impedido				Anexo I.2
6	Declaración jurada de trabajo colaborativo con entidades del sector público y/ o instituciones locales correspondiente a la temática				Anexo I. 3
7	Estados financieros de los dos últimos años, auditados (con comentarios del auditor)				Exp. Inst.
8	Promesa de Consorcio o Asociación				Anexo I. 4
9	Pacto de Integridad				Anexo I. 5

Firma de evaluadores:	Evaluadores:	ELEGIBLE
1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	
	Fecha:	
Observaciones:		

²² N.A. No Aplica

INSTRUMENTO I ANEXO "A"

Relación de organizaciones y/o consorcios que acreditan físicamente y de modo completo la documentación de verificación y que están en condiciones de pasar a la fase de evaluación de capacidades técnicas.

OBJETIVO No:

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN Y/O CONSORCIO
1.
2.
3.
4.
5.
6.

Firma de evaluadores: 1. 2. 3. 4.	Evaluadores: 1. 2. 3. 4. Fecha:
Observaciones:	

INSTRUMENTO I ANEXO B

FICHA DE VERIFICACIÓN DE REFERENCIAS

(Uso Opcional)

ORGANIZACIÓN:

(REGISTRO RESUMIDO DE INFORMACIÓN DE CADA ORGANIZACIÓN)

INSTITUCION REFERENTE	PERSONA CONTACTADA	APRECIACIÓN
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

2. ASPECTOS A EXPLORAR

2.1. RAZONES POR LAS QUE CONOCE A LA ORGANIZACIÓN:

- Ha trabajado para ella
- Tiene coordinaciones inter-institucionales
- Desarrollan actividades de modo conjunto.
- Supervisa la organización
- Brinda asistencia técnica y/o financiera

2.2. MAYOR FORTALEZA DE LA ORGANIZACION:

- En aspectos administrativos internos
- En aspectos técnicos
- En las relaciones con otras instituciones
- En las relaciones con las comunidades y organizaciones de base

2.3. MAYOR DEBILIDAD

- En aspectos administrativos internos
- En aspectos técnicos
- En las relaciones con otras instituciones
- En las relaciones con las comunidades y organizaciones de base

2.4. En que tipo de proyecto conoce que tiene mayor experiencia y desempeño

2.5. Capacidades para conducir un proyecto preventivo – promocional en salud .

NOMBRE Y FIRMA (DEL RESPONSABLE DE LA TOMA DE INFORMACION)

Anexo I. 1

Solicitud de Presentación a la Convocatoria

Lima, de febrero de 2006

Señores
CARE PERU
Presente

De nuestra especial consideración

Las instituciones,,, tienen el agrado de dirigirse a ustedes a fin de manifestarles nuestro deseo de participar en la convocatoria para el concurso de selección de organizaciones que ejecutarán las acciones de la segunda fase (2006-2008) del Objetivo 1 denominado "Promover y Fortalecer la participación y Organización social de los enfermos de TB y de las poblaciones distritales para disminuir la TB baciloscóptica en las AERT-TB " perteneciente al Componente TB de la propuesta peruana presentada al Fondo Global de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (GFATM) el año 2003.

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

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 (de la asociación o consorcio)
(Certificación notarial de la Firma)

Anexo I. 2

Declaración Jurada de poder participar

(Por cada institución participante en la Asociación o Consorcio)
(Adjuntar una declaración jurada por cada institución 2A, 2B, 2C, etc.)

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
 - N° de Ficha o Folio
 - Socios y participación
- Representante legal
- Cargo del Representante Legal
- Documento de Identidad

Asimismo señalamos que:

- I. 1. Señalamos que la Institución no tiene impedimento alguno para ser postor y participar en el proceso de selección.
- II. 2. Que, conocemos, aceptamos y nos sometemos en su totalidad a las Bases, condiciones del proceso de selección para la ejecución del proyecto.
- III. 3. Que, no estamos comprendidos en acciones legales ni judiciales a la fecha del concurso.
- IV. 4. Que, somos responsables de la veracidad de los documentos e información que presentamos para efecto del presente proceso de selección.
- V. Que, nos comprometemos a mantener nuestra oferta durante el proceso de Licitación Pública y a suscribir el contrato en caso salir favorecidos en la Buena Pro.
- VI. Declaramos conocer las sanciones contenidas en el estatuto de Care PERU que podrían, de ser pertinentes, sernos aplicadas.

.....
Nombre y firma del Representante Legal (de la institución)
(Certificación notarial de la Firma)

Anexo I. 3

**Declaración Jurada de Trabajo Colaborativo con Entidades del Sector
Público e Instituciones Locales**

(Sólo para el líder del consorcio)

El que suscribe,, identificado (a) con DNI
....., representante legal de, declaro bajo
juramento que durante la ejecución de los proyectos abajo mencionados, se ha
realizado un Trabajo Colaborativo con Entidades del Sector Público correspondiente de
acuerdo a los lineamientos del sector y con Instituciones Locales.

Listado de proyectos (de los últimos 3 años)

1.
2.
3.
4.
5.

.....
Nombre y firma del Representante Legal (*de la institución*)
(Certificación notarial de la Firma)

Anexo I. 4

Promesa Formal de Consorcio

Las instituciones,,, acreditamos una PROMESA FORMAL DE CONSORCIO como participantes en la presente convocatoria para el concurso de selección de organizaciones que ejecutarán las acciones de la segunda fase (2006-2008) del Objetivo 1 denominado "Promover y Fortalecer la participación y Organización social de los enfermos de TB y de las poblaciones distritales para disminuir la TB baciloscopy en las AERT-TB "perteneciente al Componente TB de la propuesta peruana presentada al Fondo Global de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (GFATM) el año 2003.

Las partes de este consorcio respondemos solidariamente por todas las consecuencias derivadas de nuestra participación individual o en conjunto dentro del consorcio en el presente proceso de selección y en la ejecución del contrato derivado de éste. El organismo que lidera nuestro consorcio y que será el responsable directo del monitoreo de la ejecución de la propuesta y el contrato derivado de éste es....., Asimismo, hemos designado como nuestro representante legal común a con poderes suficientes para ejercitar los derechos y cumplir con las obligaciones que se deriven de nuestra calidad de postores y del contrato hasta la liquidación del mismo.

.....
Nombre y firma del Representante Legal (*de la institución A*)
(Certificación notarial de la Firma)

.....
Nombre y firma del Representante Legal (*de la institución B*)
(Certificación notarial de la Firma)

.....
Nombre y firma del Representante Legal (*de la institución C*)
(Certificación notarial de la Firma)

De acuerdo a la convocatoria de la referencia efectuada por ustedes, DECLARO BAJO JURAMENTO en mi calidad de Representante Legal que toda la información contenida en el presente documento y todos los presentados por mi representada en el presente proceso de selección es fidedigna y que se pueden corroborar en los documentos que se adjuntan a nuestra propuesta

.....
Nombre y firma del Representante Legal (*de la asociación o consorcio*)
(Certificación notarial de la Firma)

Anexo I 5

Pacto de Integridad

El que suscribe,....., identificado con DNI....., representante legal de..... y del consorcio señalado en Anexo 3

DECLARA BAJO JURAMENTO lo siguiente:

A través del presente PACTO DE INTEGRIDAD, recíprocamente reconocemos la importancia de aplicar los principios que rigen los procesos de contratación, confirmamos que no hemos ofrecido u otorgado, ni ofreceremos ni otorgaremos, ya sea directa o indirectamente a través de terceros, ningún pago o beneficio indebido o cualquier otra ventaja inadecuada a funcionario alguno del Comité de Adquisiciones y no haber celebrado ni celebraremos acuerdos formales o tácitos entre los postores o con terceros, con el fin de establecer prácticas restrictivas de la libre competencia. En caso de detectarse o comprobarse el incumplimiento del Pacto de Integridad por nuestra parte, aceptamos ser sancionados de la siguiente manera:

- De encontrarse nuestra propuesta presentada en proceso de evaluación será descalificada automáticamente.
- Si el incumplimiento se detectara con posterioridad al otorgamiento de los Fondos a nuestro favor, entonces se resolverá el contrato en forma inmediata y se establecerán las demás Sanciones Administrativas, Procesos Civiles o Penales a que hubiera lugar

El presente Pacto de Integridad tiene a su vez el compromiso de CARE PERÚ de evitar la extorsión y la aceptación de sobornos de parte de los funcionarios.

El incumplimiento del pacto de integridad por nuestra parte, sea como postor o beneficiario, generará nuestra inhabilitación individual y como consorcio para contratar con CARE Perú sin perjuicio de las responsabilidades administrativas, civiles y penales que correspondan. Estas responsabilidades se aplicarán así mismo en el caso de incumplimiento del presente Pacto de Integridad por los funcionarios o servidores de mi representada, por lo cual me hago responsable y firmo en prueba de aceptación.

.....
Nombre y firma del Representante Legal (*de la asociación o consorcio*)
(Certificación notarial de la Firma)

INSTRUMENTO II

FICHA INDIVIDUAL PARA LA EVALUACION DE CAPACIDADES TECNICAS

Consortio:.....
Institución miembro del consorcio:
Objetivo al que aplica:

CRITERIOS	PUNTAJE MAXIMO	PUNTAJE ASIGNAD O
1. PROPUESTA TECNICA Y DE GESTION PROGRAMATICA	60	
1.1. Propuesta Técnica	30	
1.2. Gestión Programática	30	
2. CAPACIDADES DE MONITOREO Y EVALUACION	30	
2.1 Marco de Referencia	7.5	
2.2 Eficacia del Sistema	7.5	
2.3 Perfil del Sub-Coordinador del Sistema de M&E	4.5	
2.4 Participación de los beneficiarios	3	
2.5 Evaluación	7.5	
3. SOSTENIBILIDAD	10	
3.1. Sostenibilidad Técnica	5	
3.2. Sostenibilidad Social	3	
3.3. Sostenibilidad Económica	2	
PUNTAJE TOTAL	100	

.....
 Nombre y firma del evaluador

.....
 Nombre y firma del evaluador

.....
 Nombre y firma del evaluador

**INSTRUMENTO II A
EVALUACION DE LA PROPUESTA TECNICA
(30 PUNTOS)**

CRITERIOS	PUNTAJE MAXIMO	PUNTAJE ASIGNADO
1. Ejes Estratégicos	30	
1.1. Fortalecimiento de las organizaciones de la Sociedad Civil para complementar las acciones de la ESN PyC de TB en los AER-TB	7.5	
1.1.1. Marco conceptual 1.1.2. Antecedentes 1.1.3. Objetivos generales y específicos. 1.1.4. Descripción del diseño 1.1.5. Plan Operativo, de acuerdo a Anexo III.		
1.2. Capacitación comunitaria de los pacientes organizados y sus familias en las AERT-TB	7.5	
1.2.1. Marco conceptual 1.2.2. Antecedentes 1.2.3. Objetivos generales y específicos. 1.2.4. Descripción del diseño 1.2.5. Plan Operativo, de acuerdo a Anexo III.		
1.3. Soporte Nutricional comunitario para la Prevención y Control de TB en las AERT-TB	7.5	
1.3.1. Marco conceptual 1.3.2. Antecedentes 1.3.3. Objetivos generales y específicos. 1.3.4. Descripción del diseño 1.3.5. Plan Operativo, de acuerdo a Anexo III.		
1.4. Sostenibilidad de la generación de ingresos en la comunidad para la prevención y control de TB en las AERT-TB	7.5	
1.4.1. Marco conceptual 1.4.2. Antecedentes 1.4.3. Objetivos generales y específicos. 1.4.4. Descripción del diseño 1.4.5. Plan Operativo, de acuerdo a Anexo III.		
TOTAL	30	

**INSTRUMENTO II A 1
EVALUACION DE LA GESTION PROGRAMATICA
(30 PUNTOS)**

CRITERIOS	PUNTAJE MAXIMO	PUNTAJE ASIGNADO
1. Experiencia en ejecución de proyectos de desarrollo en salud (Anexo II A 1)	03	
<p style="text-align: center;">En el listado de Proyectos ejecutados, columna Nombre del Proyecto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 01 punto por cada Proyecto relacionado con salud. 		
2. Experiencia en ejecución de proyectos relacionados con tuberculosis (Anexo II A 1)	04	
<p style="text-align: center;">En el listado de Proyectos ejecutados, columna Objetivo General:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 02 punto por cada Proyecto cuyo objetivo está relacionado con el componente TB. 		
3. Experiencia y capacidad técnica del personal que participará en el proyecto	08	
<ul style="list-style-type: none"> • Calificación de personal directivo de acuerdo al currículum vital, Según Anexo II B 2 	6	
<ul style="list-style-type: none"> • Calificación de personal técnico de acuerdo al currículum vital, Según Anexo II B 3 	2	
4. Aspectos de Gestión Programática	15	
<ul style="list-style-type: none"> • Organización del equipo de gestión 	5	
<ul style="list-style-type: none"> • Creación de Sinergia con otros objetivos 	5	
<ul style="list-style-type: none"> • Política de Vinculación con las Contrapartes Técnicas y establecimiento de aliados a nivel comunitario expresado en alianzas estratégicas, que garantice el logro de los indicadores al final de la intervención. 	5	
PUNTAJE TOTAL	30	

Anexo II A 1
Relación de Proyectos Ejecutados en los tres últimos años²³
Experiencia en la ejecución de proyectos en general y similares a
la convocada

(Para cada uno de los miembros del consorcio)

Consorcio:.....

Institución miembro del consorcio:

.....

Objetivo al que aplica:

N° Orden	Nombre y Objetivo General del Proyecto	Monto Total de Inversión en US \$	Modalida d de Gestión	Ciudad	Tiempo de Ejecución		Financiado por	Referencia Teléfono ²⁴
			I/C/A. ²⁵		Fecha			
					Inicio	Término		

²³ Esta relación ofrece información muy útil sobre conocimiento y experiencia en aspectos temáticos, en cobertura de servicios y en materia de gestión colaborativa con diversos actores locales.

*

24 Se refiere tanto a donantes como a actores locales que hayan participado en el diseño y/o implementación del proyecto

²⁵ Modalidad de gestión: Individual (I), en Consorcio © o en Alianza (A)

INSTRUMENTO II A 2
CALIFICACIÓN RESUMEN DE HOJA DE VIDA - PERSONAL DIRECTIVO

NOMBRE	CARGO	EXPERIENCIA (años)			FORMACIÓN PROFESIONAL (Marcar con una X)					
		En Gerencia	En Gerencia de OSFL(*)	En Gerencia de Proyectos de Desarrollo	Egresado		Titulado		Post-Grado	
					Si	No	Si	No	Si	No
Se califican todos los Directivos presentados.										
TOTAL										
		Más de 4 años: 2 De 1 a 3 años: 1 Menos de 1 año: 0			Si:.....1 No:.....0					

(puntaje máximo 6 puntos)

(*) Organizaciones sin fines de lucro

NOTA: Tener en cuenta que ninguna columna debe ser dejada sin calificación. Para el caso del rubro "experiencia" todas las celdas deben tener un puntaje entre 0 y 2. Para el rubro "Formación Profesional" todas las celdas deben tener un puntaje entre 0 y 1. No hay cantidad mínima ni máxima de personas que pueden ser inscritas en el formato. Independiente mente del número de personas inscritas en el formato, el 100% será dado verticalmente, si la organización ha alcanzado el 100% en las 6 columnas obtendrá 4 y 3 puntos según sea el caso de personal técnico o directivo.

INSTRUMENTO II A 3
CALIFICACION RESUMEN DE HOJA DE VIDA – PERSONAL TECNICO
(Puntaje máximo 2 puntos)

(*) Organizaciones sin fines de lucro

NOMBRE	CARGO	EXPERIENCIA (años)			FORMACION PROFESIONAL (Marcar con una X)					
		Profesional	En OSFL	En Proyectos de Desarrollo	Egresado		Titulado		Post Grado	
					Sí	No	Sí	No	Sí	No
Se califica todo el personal técnico presentado										
TOTAL										
		Más de 4 años: 2			Sí:1					
		De 1 a 3 años: 1			No:2					
		Menos de 1 año: 0								

NOTA: Tener en cuenta que ninguna columna debe ser dejada sin calificación. Para el caso del rubro "experiencia" todas las celdas deben tener un puntaje entre 0 y 2. Para el rubro "Formación Profesional" todas las celdas deben tener un puntaje entre 0 y 1. No hay cantidad mínima ni máxima de personas que pueden ser inscritas en el formato. Independientemente del número de personas inscritas en el formato, el 100% será dado verticalmente, si la organización ha alcanzado el 100% en las 6 columnas obtendrá 6 y 4 puntos según sea el caso de personal técnico o directivo.

INSTRUMENTO II A 4
EVALUACION DE ASPECTOS DE GESTION PROGRAMATICA
(15 PUNTOS)

CRITERIOS	PUNTAJE MAXIMO	PUNTAJE ASIGNADO
1. Organización del equipo de gestión	5	
<ul style="list-style-type: none"> • Establece la funcionalidad del equipo con criterio de eficiencia • Diseña estrategias de complementariedad de recursos 		
2. Creación de Sinergia con otros objetivos	5	
<ul style="list-style-type: none"> • Identifica actividades compatibles con otros S.R. y plantea una estrategia de aproximación • Propone un plan de trabajo concertado 		
3. Política de Relacionamiento con las contrapartes técnicas y establecimiento de aliados a nivel comunitario	5	
<ul style="list-style-type: none"> • El consorcio ha acordado una política que favorece un acercamiento efectivo con contrapartes técnicas y comunitarias; inclusive entre los mismos postulantes, asegurando el logro de los indicadores en relación a sus fortalezas. • La política esta basada en principios rectores de las organizaciones miembro y en la filosofía del Fondo Mundial 		
PUNTAJE TOTAL		15

INSTRUMENTO II A 5
EVALUACION DE LAS CAPACIDADES DE MONITOREO Y
EVALUACION (30 PUNTOS)

CRITERIOS	PUNTAJE MAXIMO	PUNTAJ ASIGNAD
1. Marco de Referencia <ul style="list-style-type: none"> • Describe cómo la organización monitorea sus proyectos (experiencia previa) • Reconoce la importancia del monitoreo en el logro de los objetivos del programa • Reconoce la diferencia entre monitoreo(proceso y resultados)y evaluación (resultados e impacto del programa) • Puede diferenciar entre el acompañamiento técnico/ supervisión del programa y el monitoreo (entendiendo este último como un proceso sistemático basado en indicadores jerarquizados y en la comparación permanente de los logros con un parámetro específico) 	7.5	
2. Eficacia del Sistema <ul style="list-style-type: none"> • Describe con detalle estrategia de seguimiento de los indicadores del plan operativo • Considera un seguimiento cuantitativo (de indicadores específicos) adicionales a los del proyecto (es decir, de interés interno para el SR y/o para la contraparte técnica) • Considera un seguimiento cualitativo (visitas de campo, encuestas, entrevistas, observación, grupos focales) • Considera todos los indicadores de impacto y resultado del Objetivo y añade otros nuevos para el nivel de actividad 	7.5	
3. Perfil del Sub Coordinador de SM&E <ul style="list-style-type: none"> • Experiencia de por lo menos tres años en monitoreo de proyectos sociales, a nivel cuantitativo y cualitativo , de preferencia en el área de salud • Manejo de metodologías cuantitativas y cualitativas de investigación social • Capacidad demostrada de interrelación eficiente con otros actores sociales 	4.5	
4. Participación de los beneficiarios <ul style="list-style-type: none"> • Considera incluir la opinión/satisfacción de los beneficiarios respecto del programa • Incluye el involucramiento de los beneficiarios en el recojo y análisis de la información referida al proyecto y en los procesos evaluativos mas generales 	3	
5. Evaluación <ul style="list-style-type: none"> • Considera un sistema de retroalimentación a los equipos de campo y a los actores sociales involucrados en la ejecución del proyecto • Describe estrategias para llevar a cabo los estudios anuales para medición del avance de los indicadores de resultado, a nivel cuantitativo y a nivel cualitativo 	7.5	
PUNTAJE TOTAL	30	

INSTRUMENTO II A 6
EVALUACION DE LA PROPUESTA DE SOSTENIBILIDAD (10
PUNTOS)

CRITERIOS	PUNTAJE MAXIMO	PUNTAJE ASIGNADO
3. SOSTENIBILIDAD	10	
3.1. Sostenibilidad Técnica	5	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Propone intervenciones que conduzcan a una transferencia exitosa del proyecto al sector correspondiente. 		
3.2. Sostenibilidad Social	3	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Considera previsiones para el desarrollo de habilidades de los operadores de los sistemas (salud, educación, penales etc.) 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Considera previsiones de articulación y complementación técnica, económica y normativa con actores sociales e institucionales estratégicos. 		
3.3. Sostenibilidad Económica	2	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Propone un plan de sostenimiento de las actividades propuestas al finalizar el proyecto. 		
PUNTAJE TOTAL	10	

ANEXO III

Plan Operativo

Resultados	Objeto del Gasto							Total gasto del periodo (a)
	Recursos Humanos	Infraestructura	Equipos	Capacitación/planificación	Bienes	Medicinas / insumos médicos	Monitoreo y evaluación	
Actividad 1								0
Producto ...								
Producto ...								
Producto ...								
Actividad 2								0
Producto ...								
Producto ...								
Producto ...								
Actividad 3								0
Producto ...								
Producto ...								
Producto ...								
Sub total	0	0	0	0	0	0	0	0
Administración del proyecto								
TOTAL GENERAL	0	0	0	0	0	0	0	0