



Invirtiendo en nuestro futuro

El Fondo mundial

De lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria

FORMATO DE PROPUESTA – SÉPTIMA CONVOCATORIA

El Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria lanza su Convocatoria para la presentación de propuestas para el financiamiento de subvenciones de la Séptima Convocatoria. Para presentar las propuestas al Fondo Mundial, los solicitantes subvencionables (en adelante los 'solicitantes') deberán utilizar el siguiente formato. **Se recomienda que lea detenidamente las Directrices para la presentación de propuestas antes de comenzar a rellenar el formato.**

Nombre del solicitante	MECANISMO DE COORDINACION PAIS EN APOYO A LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL VIH / SIDA, TUBERCULOSIS Y MALARIA- PARAGUAY (MCP)
País / países	PARAGUAY
Componentes incluidos en este formato de propuesta <i>(Marque todas las casillas que correspondan)</i>	
<input type="checkbox"/>	VIH/SIDA ¹
<input checked="" type="checkbox"/>	Tuberculosis ¹
<input type="checkbox"/>	Malaria

Programa: Séptima Convocatoria

Fecha límite para la presentación de propuestas: 4 de julio de 2007

Estudio por parte de la Junta Directiva de las propuestas recomendadas: 14 al 16 de noviembre de 2006

¹ En contextos en los cuales el VIH/SIDA impulsa la epidemia de tuberculosis, los componentes de VIH/SIDA y/o tuberculosis deben incluir actividades que aborden conjuntamente la tuberculosis y el VIH. Para más información, consúltese la "Política Provisional sobre Actividades Colaborativas TB/HIV de la OMS", en el sitio http://www.who.int/tb/publications/tbhiv_interim_policy/en/.

Índice

SECCIONES DE LA PROPUESTA QUE HAN DE COMPLETAR LOS SOLICITANTES

página

1.	Introducción a la propuesta	1
2.	Elegibilidad de los países.....	12
3.	Tipo de solicitante y criterios de selección de la propuesta	
3A:	Tipo de solicitante (incluyendo las normas de elegibilidad)	17
3B:	Autorización de la propuesta	31
4.	Sección de componentes	38 y/o 77 y/o 116
5.	Presupuesto de los componentes	68 y/o 107 y/o 145

ANEXOS EXIGIDOS

- A. Tabla de metas e indicadores (*rellenar una tabla para cada componente*)
- B. Lista preliminar de productos farmacéuticos y otros productos de salud (*rellenar una tabla por cada componente*)
- C. Datos de los miembros del MCP, MCP subnacional o MCR (*rellenar una sola vez*)
- + Presupuesto detallado (*rellenar un presupuesto detallado para cada componente*)
- + Plan de trabajo detallado (*rellenar un presupuesto detallado para cada componente*)

Al final de las secciones 3 y 5 del formato de propuesta se puede encontrar una lista de comprobación de todos los anexos que el candidato debe adjuntar al formato de propuesta (para cada componente de la enfermedad).

DOCUMENTOS DE REFERENCIA PARA LOS SOLICITANTES

(Éstos y otros documentos se encuentran disponibles en <http://www.theglobalfund.org/es/apply/call7/documents/>)

Mecanismos de coordinación de país:	El documento del Fondo Mundial “Directrices revisadas en materia de objetivos, estructura y composición de los Mecanismos de Coordinación de País y requisitos para optar a las subvenciones” (Directrices del MCP). “Aclaraciones sobre los requisitos mínimos de los MCP – Séptima convocatoria”
Monitoreo y evaluación:	“Guía de Herramientas de Monitoreo y Evaluación”, Varias agencias, Segunda edición, enero 2006 (herramientas M+E) “Herramienta para reforzar los sistemas de monitoreo y evaluación”, junio de 2006
Gestión de adquisiciones y suministros:	“Guía para redactar un Plan de gestión de adquisiciones y suministros” del Fondo Mundial, enero de 2006

Cómo utilizar este formato

1. **Antes de empezar** – Compruebe que tiene todos los documentos que van con este formato:
 - Directrices para la Presentación de propuestas para la Séptima Convocatoria
 - Una copia completa de este formato de propuesta
 - Una copia completa de los Anexos A, B y C de este formato de propuesta.
2. **Lea detenidamente** las **Directrices para la Presentación de propuestas** para la Séptima Convocatoria antes de comenzar a rellenar este formato.
3. En el propio formato de propuesta también se incluyen otras directrices (aparecen en *cursiva azul*) para completar determinadas secciones. En algunos casos, se indica una extensión máxima recomendada para la respuesta.
4. Para **evitar una duplicación de tareas**, le recomendamos que aproveche al máximo la información disponible (por ejemplo, planes nacionales de desarrollo del sector sanitario, marcos nacionales de monitoreo y evaluación, análisis situacionales de los puntos fuertes y débiles de las respuestas actuales a la(s) enfermedad(es) y documentos de información destinados al Fondo Mundial sobre las subvenciones y/o trabajos actuales que reciben apoyo de otros donantes o agencias de financiamiento).
5. **Rellene las listas de comprobación** que aparecen al final las secciones 3 y 5 del formato de propuesta para garantizar que envía una solicitud completa.
6. **Adjunte todos los documentos** solicitados en el formato de propuesta, **incluyendo** un presupuesto, un plan de trabajo y todos los documentos que se deban adjuntar a la propuesta.
7. Consulte nuestras “Preguntas frecuentes” en:
<http://www.theglobalfund.org/es/apply/call7/documents/>

Notas importantes:

1. **En el sitio web del Fondo Mundial se publicará una parte o la totalidad de la información presentada por los solicitantes una vez que de la Junta Directiva adopte una decisión para la concesión de fondos para la Séptima Convocatoria.**
2. **La Junta Directiva del Fondo Mundial está estudiando actualmente la posibilidad de publicar los formatos de evaluación elaborados por el Panel de Revisión Técnica durante el proceso de examen de las propuestas (“Formatos de Revisión del PRT”) en el sitio web del Fondo Mundial.** Si se adopta esta decisión, en el sitio web del Fondo Mundial se publicarán los Formatos de Revisión del PRT correspondientes a la Séptima Convocatoria (tanto los aprobados como los **rechazados**) una vez que la Junta Directiva haya adoptado una decisión para la concesión de fondos para dicha convocatoria.

Cómo utilizar este formato

DIFERENCIAS RESPECTO A LA SEXTA CONVOCATORIA

Modificaciones realizadas para que sea más sencillo rellenar el formato de propuesta:

1. **Toda la información que debe presentarse sobre los MCP, MCP SUBNACIONALES y MCR** (incluyendo los **requisitos de elegibilidad**) **figura ahora en la sección 3A**, junto a la información sobre el “Tipo de solicitante”;
2. Se ha modificado **el orden** de la **sección 4** para permitir que los Solicitantes describan mejor el contexto general de la estrategia/país, la forma en que la solicitud de financiamiento se inscribe en otras acciones nacionales y lo que se logrará en el marco de esta propuesta;
3. En la **sección 4** también se solicita información detallada **sobre tres lecciones clave aprendidas a partir del examen de las propuestas de la Sexta Convocatoria realizado por el Panel de Revisión Técnica**, que son las siguientes:
 - (a) abordar los **comentarios del PRT** sobre propuestas rechazadas en convocatorias anteriores (sección 4.6.1) **y adjuntar los correspondientes formatos de revisión del PRT**;
 - (b) informar sobre la solicitud de fondos adicionales de la Séptima Convocatoria para los mismos servicios clave cubiertos por subvenciones anteriores del Fondo Mundial, cuando existan **grandes cantidades de dinero no desembolsadas** correspondientes a dichas subvenciones anteriores, incluidas las subvenciones sin firmar de la Sexta Convocatoria (sección 4.6.4(a)); y
 - (c) describir cómo se han abordado en la convocatoria los obstáculos experimentados por los Receptores Principales (“RP”) que han sido designados nuevamente como tales para la Séptima Convocatoria;
4. **En la sección 5 se piden detalles menos complejos sobre el presupuesto**, en respuesta a los comentarios recibidos de los Solicitantes y del Panel de Revisión Técnica en la Sexta Convocatoria;
5. **El Anexo A (Tabla de metas e indicadores)** se presenta para cada enfermedad. Los solicitantes pueden utilizar la lista de indicadores potenciales pre-rellenada cuando sea relevante para su propuesta o bien modificar la tabla;
6. **El Anexo B (Lista preliminar de productos farmacéuticos y otros productos de salud) se ha elaborado con Microsoft Excel** para ayudar a los Solicitantes a identificar la información más importante sobre los productos, sus precios y proveedores previstos. También se presenta para cada una de las enfermedades; y
7. **La información de contacto y las firmas de probación de las propuestas correspondientes a los MCP, MCP subnacionales y MCR solicitantes ahora figura en el nuevo Anexo C**. Con ello se pretende facilitar la carga automática de este material en nuestra base de datos a fin de que la información de contacto que aparezca en el sitio web del Fondo Mundial sea la más reciente.

Fortalecimiento de los sistemas de salud – Séptima Convocatoria

Al igual que sucedió en la Sexta Convocatoria, en la Séptima no figura ningún componente individual del fortalecimiento de los sistemas de salud (FSS).

Los solicitantes deben solicitar fondos destinados al FSS para cada componente de la enfermedad dentro de las secciones de cada enfermedad de esta propuesta (secciones 4 y 5). **Se recomienda encarecidamente a los solicitantes que revisen las Directrices para la presentación de propuestas para la Séptima Convocatoria** (secciones 4.4 y 4.5) **y el presente formato de propuesta** (introducción de la sección 4.4) **antes de rellenar dichas secciones**.

1 Resumen de la propuesta

1.1 Información general sobre la propuesta

Tipo de solicitante

Marque una de las casillas siguientes para indicar el tipo de solicitante. Si necesita más información, consulte las Directrices para la presentación de propuestas, secciones 1.1 y 3A.

- Mecanismo de Coordinación de País de ámbito nacional
- Mecanismo de Coordinación de País subnacional
- Mecanismo de Coordinación Regional (incluye a los pequeños Estados insulares en desarrollo)
- Organización Regional
- Solicitante sin Mecanismos de Coordinación de País

Componente(s) y título(s) de la propuesta

Marque la casilla o casillas que proceda para indicar los componentes que incluye su propuesta. Indique también el título de cada componente de la propuesta. Si necesita más información, consulte las Directrices para la presentación de propuestas, sección 1.1.

Componente	Título
<input type="checkbox"/> VIH/SIDA ²	
<input checked="" type="checkbox"/> Tuberculosis ²	Alto a la Tuberculosis: Hacia el acceso universal a la protección contra la tuberculosis, con énfasis en las poblaciones indígenas.
<input type="checkbox"/> Malaria	

Moneda en que debe presentarse la propuesta

Marque únicamente **una** de las casillas que figuran a continuación. **Nota: Debe utilizar la misma moneda en todo el formato de propuesta** (es decir, para todos los componentes para los que se solicita financiamiento). Se supondrá que todas las cantidades financieras indicadas en toda la propuesta figuran en **una única** moneda.

- USD
- EUR

² En contextos en los cuales el VIH/SIDA impulsa la epidemia de tuberculosis, los componentes de VIH/SIDA y/o tuberculosis deben incluir actividades que aborden conjuntamente la tuberculosis y el VIH. Para más información, consúltese la "Política provisional sobre Actividades Colaborativas TB/HIV" de la OMS, en el sitio http://www.who.int/tb/publications/tbhiv_interim_policy/en/.

1 Resumen de la propuesta

Resumen de la asistencia técnica prestada durante la preparación de la propuesta

Marque la casilla o casillas correspondientes en la columna de la izquierda para indicar si ha recibido asistencia técnica durante la preparación de las secciones **de esta propuesta** que figuran a continuación e indique en las otras columnas la(s) organizaciones (en su caso) que hayan prestado dicha asistencia, así como la duración de la misma. En la sección 4.11 se solicita información sobre la asistencia técnica y de gestión que se precise durante el período de la propuesta.

Sección/ Componente	Nombre de la organización u organizaciones que prestan asistencia y tipo de ésta	Duración de la asistencia técnica
<input checked="" type="checkbox"/> Secciones 1 a 3B	Organización Internacional del Trabajo Facultad de Ciencias Médicas Organización Panamericana de la Salud	Junio 2007 Abril a 4 de Julio Abril a 4 de Julio
<input type="checkbox"/> Componente y/o presupuesto de VIH/SIDA		
<input checked="" type="checkbox"/> Componente y/o presupuesto de tuberculosis	Organización Panamericana de la Salud OPS Gente, Ambiente y Territorio GAT Organización Internacional del Trabajo OIT	Abril a Julio 2007 10 de Mayo al 4 Julio 2007 Junio 2007
<input type="checkbox"/> Componente y/o presupuesto de malaria		

1.2 Resumen del financiamiento de la propuesta por componente

Los fondos solicitados para cada componente de la tabla 1.2 (es decir, VIH/SIDA, tuberculosis y/o malaria), incluida a continuación, tienen que ser iguales al total del correspondiente resumen presupuestario por categoría de costo que figure en la tabla 5.3 para cada componente de la enfermedad. La moneda que aparezca en la siguiente tabla debe ser la misma que la indicada en la sección 1.1.

Tabla 1.2 – Resumen del financiamiento total

Componente	Total de fondos solicitados para el período de la propuesta					
	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Total
VIH/SIDA						
Tuberculosis	1.035.817	1.113.389	1.335.632	1.253.786	1.280.130	6.018.755
Malaria						
Total de todos los componentes						

1 Resumen de la propuesta

1.3 Información de contacto para consultas del Fondo Mundial

Indique los datos completos de dos personas **que estarán disponibles y debidamente autorizadas para responder a las preguntas del Fondo Mundial sobre la totalidad del formato de propuesta a partir del 4 de julio de 2007** (es decir, **sobre todos los componentes** de la solicitud y **no** sobre cada enfermedad). Esta información es necesaria para garantizar una comunicación ágil y eficaz. Es preciso que se pueda acceder fácilmente a estas personas para aclaraciones técnicas o administrativas, durante un período de aproximadamente **tres meses** a partir de la presentación de la propuesta.

Tabla 1.3 - Información de contacto para consultas del Fondo Mundial

Información de contacto para consultas sobre la propuesta del solicitante tras su presentación		
	Contacto principal	Contacto secundario
Nombre	Dr. Juan Carlos Jara	Ing. Miryam Caballero
Cargo	Director	Directora Adjunta
Organización	Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social	Centro de Estudios y Formación para el Ecodesarrollo ALTERVIDA
Dirección postal	Venezuela 1356 c/ Tte. Insaurralde Asunción, Paraguay	Itapúa 1372 entre Primer Presidente y Río Monday B° Trinidad – Asunción, Paraguay
Teléfono	595-21-290238	595-21-281271
Fax	595-21-203344	595-21-281272
Dirección de correo electrónico	pnctub@mspbs.gov.py	tbc@altervida.org.py
Correo electrónico alternativo	pnct_py@yahoo.es	altervida@altervida.org.py

1 Resumen de la propuesta

1.4 Resumen sinóptico de la propuesta del solicitante

Facilite un breve resumen de los componentes incluidos en esta propuesta y de la idea principal de los trabajos que se llevarán a cabo. Los solicitantes que pidan fondos para más de un componente de enfermedad deberán mencionar **brevemente cada componente en esta sección**, y deberán presentar un "Resumen Ejecutivo" específico de cada componente en la sección 4.2.

(Longitud máxima de esta sección: una página en total)

La propuesta apunta a disminuir la incidencia, prevalencia y mortalidad de la tuberculosis en la población indígena y en la población cubierta por el seguro social en Paraguay. Sus objetivos son: (i) Aumentar el acceso universal por medio de un diagnóstico de calidad en las comunidades indígenas, que incorpore el enfoque intercultural. (ii) Mitigar el efecto socio-económico y cultural en los individuos y en la comunidad entre población indígena proporcionando tratamiento centrado en el paciente. (iii) Proteger de la tuberculosis a las poblaciones indígenas fortaleciendo las acciones de abogacía, comunicación y movilización social, con un enfoque intercultural y empoderamiento de la sociedad civil. (iv) Extender la estrategia Alto a la Tuberculosis de modo que todos los proveedores de atención de salud de la seguridad social la apliquen a la población beneficiaria.

Para el logro de estos objetivos se proponen cuatro estrategias:

- La identificación y registro de casos sintomáticos respiratorios y el examen con baciloscopia de calidad, así como el tratamiento estandarizado con supervisión estricta para garantizar su éxito; estas tareas serán realizadas por voluntarios indígenas en el seno de cada comunidad.
- El desarrollo de la capacidad intercultural en el sector salud que atiende a la población objeto, por medio de acciones de abogacía y comunicación social.
- La movilización de los propios indígenas y organizaciones referentes para afectar políticas públicas relativas al sector para dar sostenibilidad a las acciones.
- La integración del personal de salud del seguro social a la estrategia Alto a la Tuberculosis por medio de capacitación y supervisión.

El monto total solicitado del Fondo Mundial para esta propuesta es de U\$ 6.018.755 por un plazo de 5 años, con lo que se pretende ampliar la cobertura de las acciones de prevención y control a 126.213 indígenas y 1.334.400 personas beneficiarias del seguro social, lo que hace un 24% de la población total del país.

1 Resumen de la propuesta

1.6 Subvenciones/propuestas anteriores del Fondo Mundial recomendadas para el financiamiento

Por cada componente que figure en la solicitud de la Séptima Convocatoria, facilite **información concreta sobre las cantidades desembolsadas por el Fondo Mundial y gastadas procedentes de subvenciones ya concedidas del Fondo Mundial** (desglosadas por convocatoria) hasta el **31 de marzo de 2007**. Si necesita información más detallada consulte las Directrices para la presentación de propuestas, sección 1,6.

Las subvenciones combinadas para VIH/tuberculosis de la Primera, Segunda y/o Tercera Convocatoria **únicamente** deben incluirse en la tabla VIH/SIDA o en la tabla TB, que figuran a continuación.

Tabla 1.6.2 – Ayudas financieras anteriores del Fondo Mundial para tuberculosis

Tuberculosis	Cantidad total acumulada desembolsada por el Fondo Mundial en virtud de subvenciones a Receptor(es) Principal(es) hasta el 31 de marzo de 2007	Cantidad total acumulada ya gastada de subvenciones anteriores del Fondo Mundial hasta el 31 de marzo de 2007	[Únicamente para MCR u OR solicitantes] Lista de los países incluidos en la propuesta correspondiente
Primera Convocatoria			
Segunda Convocatoria			
Tercera Convocatoria	1.320.067	1.278.915	
Cuarta Convocatoria			
Quinta Convocatoria			
Sexta Convocatoria			
Total	1.320.067	1.278.915	

Tabla 1.6.3 – Ayudas financieras anteriores del Fondo Mundial para malaria

Tabla 1.6.4 – Ayudas financieras anteriores del Fondo Mundial para FSS y otros fines

2 Elegibilidad de los países

El Panel de Revisión Técnica sólo examinará las solicitudes que cumplan todos los criterios de elegibilidad del Fondo Mundial.

Estos criterios de elegibilidad son:

- Sección 2 – Elegibilidad del país
- Sección 3A – Elegibilidad del tipo de solicitante
- Sección 3B – Firma y aprobación de la propuesta

La elegibilidad del país se determina por medio de un proceso que consta de varias fases basado en la clasificación que haga el Banco Mundial del nivel de renta del país (o países) receptores de la propuesta **en el momento de la convocatoria para la presentación de propuestas** (y no en la fecha de cierre de ésta).

Para más información sobre los pasos que debe seguir cada solicitante, lea atentamente esta sección y consulte la sección 2 de las Directrices para la presentación de propuestas.

2.1 Nivel de renta

Marque la(s) casilla(s) que correspondan al país (o países, únicamente en el caso de propuestas multipaíses) en la siguiente tabla e incluya el nombre del país en las casillas correspondientes. **Solicitantes multipaíses** (es decir, MCR u Organizaciones Regionales) → en relación con la elegibilidad de su propuesta, consulte la sección 2.1 de las Directrices para la presentación de propuestas y rellene todas las secciones relevantes en función del nivel de renta de cada uno de los países.

Clasificación del Banco Mundial de los niveles de renta de los países y/o economías incluidos en la propuesta	Nombre del país y/o economía <i>(para las propuestas multipaíses, indique el nombre de cada país y/o economía y el nivel de renta correspondiente)</i>	
<input type="checkbox"/> Renta baja		→ Pase directamente a la sección 3A , Tipo de solicitante
<input checked="" type="checkbox"/> Renta media-baja	PARAGUAY.	→ Complete las secciones 2.2 y 2.3, y luego pase a la sección 3A
<input type="checkbox"/> Renta media-alta		→ Complete las secciones 2.2, 2.3 y 2.4 y luego pase a la sección 3A

2 Elegibilidad de los países

2.2 Cofinanciamiento y mayor dependencia de los recursos internos

Complete esta sección si **alguno** de los países y/o economías receptores de esta propuesta figura en la categoría de renta media-baja o media-alta de la clasificación del Banco Mundial.

2.2.1 MCP y MCP subnacionales solicitantes

Rellene esta tabla por *cada componente* incluido en esta propuesta. Véanse las definiciones y detalles de los requisitos de cofinanciamiento en la sección 2.1.1 de las Directrices para la presentación de propuestas.

En las líneas A y B de las tablas incluidas a continuación deben introducirse cifras enteras y no porcentajes.

Notas importantes:

1. El campo "Total solicitado al Fondo Mundial" de las tablas 2.1.1(a) a (c) debe ser idéntico al presupuesto solicitado en la sección 1.2, la sección 5 y el desglose del presupuesto por categoría de costo de la tabla 5.3 para cada componente correspondiente.
2. Los solicitantes que no tienen MCP no tienen que rellenar la solicitud de cofinanciamiento.

Tabla 2.2.1(a) – Cofinanciamiento VIH/SIDA

Fuentes de financiamiento	VIH/SIDA (utilice la misma moneda seleccionada en la sección 1.1)				
	Año 1	Año 2	Estimación año 3	Estimación año 4	Estimación año 5
Cantidad total solicitada al Fondo Mundial en la Séptima Convocatoria (A) [Tabla 5.3]					
Cofinanciamiento (B) [vinculado al programa de control de enfermedades]					
Porcentaje del cofinanciamiento dentro del financiamiento total: [B/(A+B)] x 100 = %					

2 Elegibilidad de los países

Tabla 2.2.1(b) – Cofinanciamiento, tuberculosis

Fuentes de financiamiento	Tuberculosis <i>(utilice la misma moneda seleccionada en la sección 1.1)</i>				
	Año 1	Año 2	Estimación año 3	Estimación año 4	Estimación año 5
Cantidad total solicitada al Fondo Mundial en la Séptima Convocatoria (A) [Tabla 5.3]	1.035.817	1.113.389	1.335.632	1.253.786	1.280.130
Cofinanciamiento (B) [vinculado al programa de control de enfermedades]	238.193	244.725	251.473	289.194	361.493
Porcentaje del cofinanciamiento dentro del financiamiento total: [B/(A+B)] x 100 = %	23	22	19	23	28

Tabla 2.2.1(c) – Cofinanciamiento, malaria

2.3 Concentrarse en las poblaciones pobres o vulnerables

Todas las propuestas destinadas a países/economías de renta media baja y/o media-alta (incluyendo las propuestas multipaís que comprendan países/economías que no tengan un nivel de renta baja) **deberán demostrar que se centrarán en los grupos de población pobres o vulnerables.** *Las propuestas pueden centrarse en ambos grupos de población, aunque deben centrarse al menos en uno de los dos grupos. Rellene esta sección para cada componente de la enfermedad.*

2.3.1 Describa a qué grupos de población pobres y/o vulnerables beneficiaría su propuesta; por qué y cómo se han identificado dichos grupos; cómo se les ha involucrado en el desarrollo y planificación de la propuesta; y cómo se les va a involucrar en la puesta en práctica de la propuesta.
(máximo de media hoja por componente).

Esta propuesta beneficiará a las comunidades indígenas de 20 grupos étnicos de cinco familias lingüísticas diferentes del Paraguay, cuya población asciende a 87.099 según el censo de 2002. Un poco más de la mitad de esa población (44.135) reside en la Región Oriental y el resto, en la Región Occidental. Esta población constituye uno de los sectores más vulnerables, pues arrastra una pesada carga histórica de marginalidad y estigma desde la época colonial, cuando los pueblos de la Región Oriental eran esclavizados bajo el régimen de encomiendas y los de la Occidental eran perseguidos por no aceptar el yugo español (ver mapas en anexos- Sección 2, Anexo 1).

Esta población vive en situación de extrema pobreza, que se refleja, en parte, en su falta de tierra propia, ya que 45% del total de comunidades indígenas (185) no dispone legal y definitivamente de la tierra que ocupa. Asimismo, 87,5% de la población no dispone de electricidad, y 92,3%, de agua potable, y su grado de educación es drásticamente diferente al de la población en general. Entre las personas de 10 años y más de edad, los indígenas tienen una tasa de analfabetismo de 51%, y 2,2 años promedio de educación, comparado con 7 años del resto de la población.

En el cuadro que sigue, se muestra a proporción de población indígena cuyas necesidades básicas están insatisfechas, en comparación con el mismo indicador para el país en forma global.

2 Eligibilidad de los países

Necesidades básicas insatisfechas entre la población indígena y el total nacional, Paraguay, por tipo de necesidad

Necesidades básicas insatisfechas en relación con:	Población indígena (%)	Nacional (%)
Calidad de vida	74,4	32,1
infraestructura sanitaria	70,4	22,7
capacidad de subsistencia	20,7	13,3
acceso a educación	15,4	6,3

A lo anterior, se agrega que gran parte de las comunidades indígenas son dispersas y se encuentran en territorios de difícil acceso. La mayoría de los pueblos (76,5%) mantienen y se comunican en sus lenguas ancestrales, predominando ampliamente la comunicación oral, ya muy pocos individuos han sido iniciados en el aprendizaje de la escritura.

En el plano de la salud, y específicamente de esta propuesta, la situación es más que difícil. Hasta hace unos años, en las instituciones públicas no se contaba con registros estadísticos diferenciados para la población indígena (y menos aún desglosados por etnia), por lo cual era difícil conocer el estado de salud en las comunidades, y por ende lo que respecta a tuberculosis. Asimismo, los servicios de salud pública en el sector rural no cuentan con las herramientas ni capacidad para dar atención con abordaje intercultural, por lo que necesariamente la demanda insatisfecha se ve complementada, precariamente en muchos casos, por iniciativas y programas de organizaciones civiles. Los trabajos de dichas organizaciones no están coordinados, viéndose afectada en mucho la eficiencia de tales aportes.

Finalmente, la falta de políticas públicas adecuadas para este sector es consecuencia de su escasa representación institucional y de su exclusión social. Esto a su vez se explica en la posición que asume la población nacional no indígena, que va desde la mitificación pseudonacionalista del origen etnocultural de la nación, hasta el menosprecio hacia los indígenas.

La participación de los potenciales beneficiarios en la planificación, ejecución y evaluación de la propuesta se dio a través de referentes calificados, tanto del sector público (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, a través del Departamento de Poblaciones Vulnerables, el Programa Nacional de Control de Tuberculosis y el Hospital del Indígena, y el Instituto Paraguayo del Indígena), como del privado (organizaciones civiles como por ejemplo, Gente Ambiente y Territorio y la Asociación de Servicios de Cooperación Indígena – Menonita).

Anexos: Sección 2. Anexos 1 y 2.

4 Sección del componente *Tuberculosis*

En esta sección, **todos los solicitantes deben indicar:**

- (a) qué tipo de solicitante son, y
- (b) la forma en que cumplen los requisitos mínimos de **elegibilidad para presentar una propuesta**.

En esta sección se pide a los solicitantes que adjunten documentos que respalden la información que se resume a continuación.

Al final de la sección 3B, todos los solicitantes deben rellenar una “lista de comprobación” para asegurarse de que han adjuntado todos los documentos.

Los Mecanismos de Coordinación (MCP, MCP subnacionales o MCR) y Organizaciones Regionales solicitantes también deberán rellenar la sección 3B de este formato de propuesta y presentar los documentos acreditativos solicitados.

Los **solicitantes que no sean MCP** no tienen que rellenar la sección 3B. Estos solicitantes deben rellenar la sección 3A.6 de este formato de propuesta y adjuntar documentación que demuestre que son elegibles para recibir ayudas del Fondo Mundial sin formar parte de la estructura un Mecanismo de Coordinación (MCP, MCP subnacional o MCR).

Confirmación del tipo de solicitante

Tabla 3A – Tipo de solicitante

Marque la casilla que corresponda en la siguiente tabla. A continuación pase a la sección correspondiente de este formato de propuesta indicada a la derecha de la tabla que sirve de guía para completar la totalidad de las secciones 3A y 3B.

<input checked="" type="checkbox"/>	Mecanismo de Coordinación de País de ámbito nacional	→ Rellene las secciones 3A.1 y 3A.4 y 3B.1
<input type="checkbox"/>	Mecanismo de Coordinación de País subnacional	→ Rellene las secciones 3A.2 y 3A.4 y 3B.1
<input type="checkbox"/>	Mecanismo de Coordinación Regional para propuestas multipaís (incluye pequeños Estados insulares en vías de desarrollo)	→ Rellene las secciones 3A.3 y 3A.4 y 3B.1
<input type="checkbox"/>	Organización Regional para propuestas multipaís	→ Rellene las secciones 3A.5 y 3B.2
<input type="checkbox"/>	Solicitantes que no sean MCP, únicamente para propuestas nacionales	→ Rellene únicamente la sección 3A.6

Nota Importante →

Cada solicitante debe rellenar solamente una sola versión de las secciones relevantes arriba indicadas y no una nueva versión para cada componente de enfermedad.

Asimismo, los solicitantes **solamente** deben rellenar aquellas secciones indicadas en la tabla 3A que son pertinentes para su solicitud a fin de no dedicar recursos innecesarios a rellenar secciones que no les son aplicables.

4 Sección del componente *Tuberculosis*

3A.1 Mecanismos de Coordinación de País de ámbito nacional (MCP) solicitantes

Para más información, consulte la sección 3A.1 de las *Directrices para la presentación propuestas* y las *Directrices para MCP*.

Tabla 3A.1 – MCP de ámbito nacional: información sinóptica

Nombre del MCP
MECANISMO DE COORDINACION PAIS EN APOYO A LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL VIH / SIDA, TUBERCULOSIS Y MALARIA- PARAGUAY (MCP)

4 Sección del componente *Tuberculosis*

3A.1.1 Modo de funcionamiento

Describa el modo de funcionamiento del MCP de ámbito nacional. En concreto:

- (a) El grado en que el MCP actúa como asociación funcional entre el gobierno y otros participantes importantes, incluido el sector académico y educacional, las organizaciones no gubernamentales y de base comunitaria, las personas que viven con las enfermedades o están afectadas por ellas y las organizaciones que les prestan ayuda; el sector privado; organizaciones religiosas y confesionales y asociados para el desarrollo multilateral/bilateral en el país; y
- (b) el modo en que coordina sus actividades con otras estructuras nacionales encargadas de la supervisión y armonización de la(s) enfermedad(es) (por ejemplo, los Consejos nacionales para el SIDA, las comisiones parlamentarias de salud, las oficinas de monitoreo y evaluación nacionales y otros organismos de relevancia).

(Incluya, por ejemplo, temas que incluyan las normas y mecanismos de toma de decisiones, los procesos de consulta a los grupos representados, la estructura y enfoque principal de algún subcomité, la frecuencia de las reuniones, procesos de supervisión de la ejecución, etc. Se recomienda responder en un máximo de una página. Presente un diagrama en el que figuren las relaciones entre todos los participantes nacionales principales en forma de anexo a esta propuesta. Antes de comenzar la sección 4, indique el número de anexo correspondiente en su lista de comprobación para las secciones 1 a 3B).

a) El MCP desde su constitución ha venido actuando como asociación funcional entre sus miembros, dado que ofrece a sus integrantes un espacio de diálogo para la construcción de alianzas, que permiten una mejor respuesta a las demandas originadas en los proyectos de cada una de las enfermedades. Para sus miembros, el mecanismo es el espacio de coordinación entre estos tres programas y a la vez el mediador natural para los casos de discordancias o conflictos que se suscitan en las áreas de cada uno de los programas. Cada uno de sus integrantes, de acuerdo a su experticia y sector, ejerce una función determinada a prima facie en el Reglamento y en el Manual Operativo del MCP (en trámite de aprobación), y esta función complementa las de los demás alcanzándose de esta manera un nivel de cooperación más alto. A modo de ejemplo, el MCP ha logrado fortalecer los canales de comunicación y de coordinación de acciones entre el sector gubernamental y el de las organizaciones civiles, tanto las de base comunitaria como las confesionales. Las organizaciones como ONUSIDA y OPS, y la Unión Europea, cumplen con su rol de asistencia técnica permanente al MCP y, cuando es necesario, aportan al fortalecimiento de las capacidades de gestión del MCP.

b) La participación dentro del MCP de representantes de los Programas Nacionales ha permitido la coordinación de actividades entre ellas, citándose como ejemplo la desarrollada conjuntamente por los Programas de SIDA y de TB que han gestionado fondos y asistencia técnica específica para la elaboración e implementación de un plan de actividades conjuntas TB-VIH en el año 2006. Este plan surgió al amparo del MCP y considerando las recomendaciones del FG y de los técnicos allí reunidos de todos los sectores. Una situación similar se ha dado con respecto a la gestión de los presupuestos nacionales destinados a cada uno de los Programas, en donde sus responsables han solicitado y obtenido del MCP el apoyo para el lobby correspondiente que permitió el incremento de los fondos nacionales destinados a la lucha contra cada una de las enfermedades en el 2007 y para el presupuesto de 2008. En lo que respecta a Monitoreo y Evaluación, se destacan tres acciones específicas: 1) La creación de Equipos de Monitoreo y Evaluación para cada uno de los proyectos, integrados éstos por representantes técnicos tanto de los programas nacionales, del RECEPTOR PRINCIPAL como del MCP; 2) La elaboración participativa de los Planes de Monitoreo y Evaluación; 3) La participación en los dos puntos anteriores de profesionales del SIMEP (Sistema Integrado de Monitoreo y Evaluación del Paraguay)

Rigen actualmente en el MCP las normas establecidas en el Manual Operativo que incluye disposiciones sobre la conformación del MCP, la deliberación y toma de decisiones, el relacionamiento entre sus miembros y entre el MCP y otras entidades, la estructura, reglamentación de reuniones y asambleas. Se anexa a esta propuesta un ejemplar del Manual Operativo.

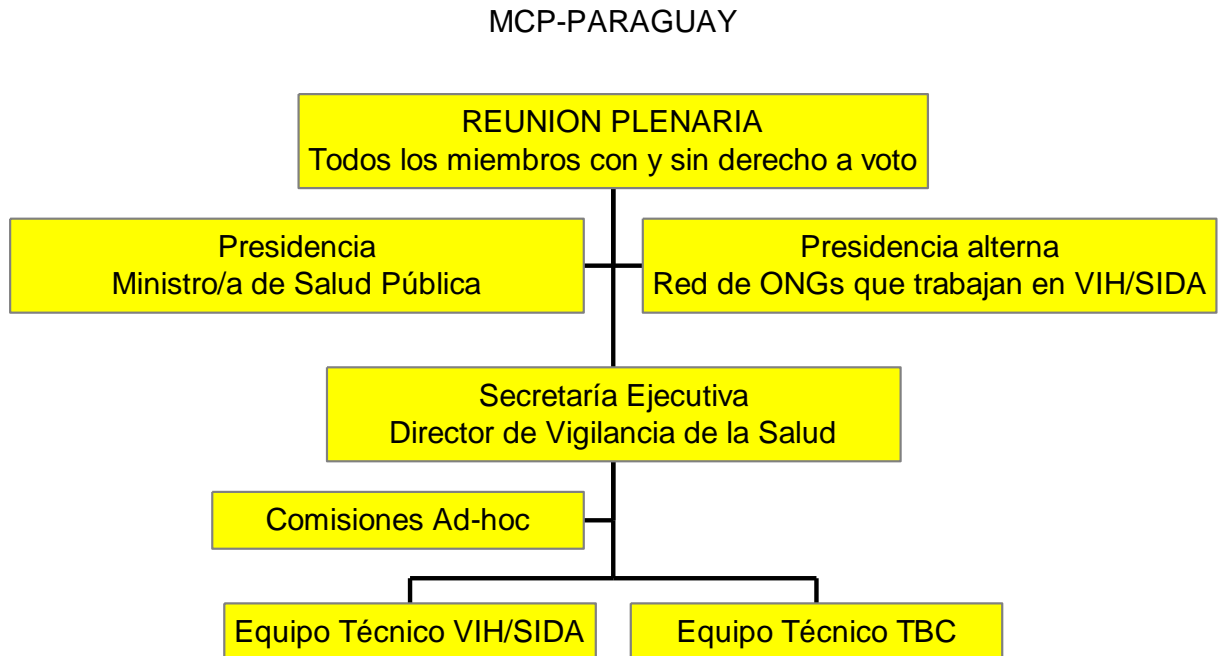
El MCP está integrado por los sectores gubernamental, no gubernamental y de la sociedad civil. Entre sus miembros se encuentran autoridades del Gobierno Nacional, la Fundación VENCER de personas que viven con VIH/SIDA, la Red de ONGs que trabajan con VIH/SIDA y la Coordinadora Nacional de Mujeres Campesinas, Rurales e indígenas. Además lo integran representantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Asunción, sociedades científicas, instituciones religiosas, los programas nacionales de Tuberculosis y de VIH/SIDA, así como Organismos de cooperación internacional. En el año 2004 se incorpora el RECEPTOR PRINCIPAL del proyecto tuberculosis y en el 2006 la Unión Industrial del Paraguay, la Comisión Europea y los RECEPTOR PRINCIPAL de los Proyectos

4 Sección del componente *Tuberculosis*

TB y de VIH/SIDA.

Anexo: Sección 2.A. Anexos 1, 2 y 3.

Diagrama de la actual conformación de la mesa directiva del MCP



→ Tras completar esta sección, rellene TANTO la sección 3A.4 COMO la sección 3B.1.

4 Sección del componente *Tuberculosis*

3A.4 Funcionamiento de los Mecanismos de Coordinación (MCP, MCP subnacionales y MCR solicitantes)

NOTA IMPORTANTE PARA LOS SOLICITANTES:

Todos los MCP, MCP subnacionales y MCR solicitantes deberán cumplir en todo momento los requisitos mínimos de elegibilidad para recibir fondos del Fondo Mundial. En esta sección se pide a los solicitantes que describan las operaciones de su Mecanismo de Coordinación y actualicen la información facilitada en el marco de la Sexta Convocatoria. Al final de las secciones 1 a 3B de este formato de propuesta se le pedirá que lo vuelva a confirmar en la lista de comprobación.

Si necesita información adicional acerca de estos requisitos, consulte:

- *Las Directrices para MCP y*
- *las "Aclaraciones sobre los requisitos mínimos de los MCP".*

3A.4.1 Historial de la solicitud presentada en la Sexta Convocatoria

Tabla 3A.4.1 – Historial de la solicitud presentada por el solicitante en la Sexta Convocatoria

<i>Marque la casilla que corresponda en la siguiente tabla. A continuación pase a la sección correspondiente de este formato de propuesta, tal y como se indica a la derecha de la tabla, para responder a otras preguntas importantes.</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> Presentó una solicitud en la Sexta Convocatoria y se comprobó que cumplía los requisitos mínimos para dicha convocatoria.	→ Rellene la sección 3A.4.2 y cada uno de los Requisitos 3(a), 3(b), 4(a) y 5(a) de las secciones 3A.4.5 y 3A.4.6.
<input type="checkbox"/> No presentó ninguna solicitud en la Sexta Convocatoria o bien fue declarado no elegible para dicha convocatoria	→ Rellene las secciones 3A.4.2 a 3A.4.6, <u>inclusive</u>.

4 Sección del componente *Tuberculosis*

3A.4.2 Cambios en el MCP, MCP subnacional o MCR respecto a la solicitud de la Sexta Convocatoria

Describa **detalladamente** todos los cambios que hayan tenido lugar con relación a los miembros o funcionamiento del Mecanismo de Coordinación (es decir, MCP, MCP subnacional o MCR) desde la presentación de su solicitud para la Sexta Convocatoria del Fondo Mundial. Describa en particular si se han adoptado nuevos procesos para la selección de miembros por sus propios sectores, para resolver conflictos de interés o para supervisar los trabajos de los asociados para la ejecución.

Si se han adoptado nuevos procesos, deberá describirlos y adjuntar los documentos correspondientes en forma de anexo a su propuesta para la Séptima Convocatoria.

Algunas de las instituciones miembros del MCP han modificado la conformación de sus directivas y la representación ante el MCP. Ese fue el caso de algunas de las organizaciones que integran la RED de ONG que Trabajan en VIH/SIDA – Paraguay, siendo que ella misma amplió en el año 2007 el número de sus miembros. Por otra parte, el MCP ha incorporado como miembro al Centro de Información y Recursos para el Desarrollo, CIRD en su carácter de Receptor Principal del proyecto del Fondo Mundial para VIH y SIDA.

El MCP ha acompasado su fortalecimiento a las condiciones económicas y técnicas que disponía, en un proceso ininterrumpido de cohesión y coordinación entre sus miembros. Así, si bien en el año 2005 se aprobó un proyecto de fortalecimiento del MPC, no fue posible llevarlo adelante en el 2006 por falta de fondos. A finales de ese mismo año se concretó la contratación de una consultoría específica que realizó en una primera etapa un diagnóstico y en una segunda una consulta a sus integrantes acerca de las percepciones y expectativas hacia esta nucleación. Desde los primeros meses del 2007 se fue consolidando un documento dado en llamar Manual Operativo, que establece por un lado las normas para un más eficiente funcionamiento del MCP y por otro lado, facilita la cohesión y asociación funcional entre los miembros, la transparencia de las acciones y la formalidad de los procesos creados por el mismo MCP. Este Manual de Operaciones recoge también el mecanismo de resolución de conflictos de interés y también el “accountability” de las acciones de sus integrantes en particular y del MCP en general.

Anexo: Sección 3.A. Anexos 1,4,5 y 6.

4 Sección del componente *Tuberculosis*

Nota: las siguientes secciones siguen el orden que figura en el documento denominado "Aclaraciones sobre los requisitos mínimos de los MCP – Séptima convocatoria" que puede encontrar en:
<http://www.theglobalfund.org/es/apply/call7/documents/>

Se recuerda a los solicitantes que en lo referente a esta sección, por "Mecanismo de Coordinación" (MC) se hace referencia a un MCP, un MCP subnacional o un MCR solicitante, según corresponda.

3A.4.3 Principio de afiliación amplia e inclusiva	
<p>(a) Requisito 1 → Selección de representantes del sector no gubernamental</p> <p>Proporcione pruebas de cómo se ha seleccionado a los miembros de los MCP que representan a cada uno de los sectores no gubernamentales (<i>es decir, sector académico/educativo, ONG y organizaciones con base comunitaria, sector privado, organizaciones religiosas y confesionales</i>) por parte de sus propios sectores, basándose en un proceso documentado y transparente, desarrollado dentro de su propio sector.</p> <p><i>Indique a continuación (marcando las casillas correspondientes) qué documentos acreditan la declaración del solicitante de que cumple este requisito Y adjunte en forma de anexo los documentos que demuestren la transparencia del proceso de cada sector para la selección de los representantes del MC y las actas de las reuniones u otros documentos de <u>cada sector</u> en los que conste la selección de su representante actual.</i></p>	
Documentación que acredita el cumplimiento del Requisito 1	Indique el anexo de esta propuesta que recoge estos documentos <i>Antes de comenzar la sección 4, indique el número del anexo correspondiente en sus listas de comprobación para las secciones 1 a 3B.</i>
<input type="checkbox"/> Criterios de selección para cada sector adoptados por el sector correspondiente	
<input checked="" type="checkbox"/> Actas de la(s) reunión(es) en las que el sector designó de forma transparente a su representante	<i>Anexo; Sección 3.A. Anexo 4. Acta de la reunión de las instituciones/organizaciones integradas al MCP..</i>
<input checked="" type="checkbox"/> Normas de procedimiento, constitución u otros documentos de gobernanza de un organismo sectorial en los que se identifique el proceso de selección de su miembro	<i>Anexo; Sección 3.A. Anexo 5. Estatutos de las Organizaciones de la Sociedad Civil que integran el MCP</i>
<input checked="" type="checkbox"/> Cartas u otra correspondencia de un sector en la que se describa el proceso transparente para la elección y el resultado del proceso de selección	<i>Anexo; Sección 3.A. Anexo 6. Nota de presentación de representantes para el MCP</i>
<input type="checkbox"/> Anuncios en periódicos u otras convocatorias transmitidas públicamente dirigidas a los miembros de cada sector para seleccionar a un representante de dicho sector para que sea miembro del MCP, MCP subnacional o MCR.	
<input type="checkbox"/> Otros: <i>(indíquese):</i>	

4 Sección del componente *Tuberculosis*

(b) **Resume brevemente cómo cumple el Requisito 1 la información facilitada en los anexos arriba indicados.**

El MCP está conformado por los principales referentes de cada sector, y en algunos casos por las organizaciones que son las únicas referentes de ese sector. A saber:

Sector Público: los ministerios y programas que son los entes rectores en cada caso

Sector Privado: el mayor y más antiguo gremio empresarial en el país es la Unión Industrial del Paraguay

Sector Académico: la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional es igualmente la más antigua institución de enseñanza terciaria en el sector salud y forma parte del Consejo Nacional de Universidades que integra a todas las del país.

Sector Confesional: a conocimiento de los miembros del MCP existe una sola organización confesional desarrollando un programa sobre tuberculosis, atendiendo a los lineamientos del ente rector que es el PNCT. Esta organización es la Asociación Evangélica Mennonita

Sector ONG: las organizaciones que trabajan en el área de VIH y SIDA se agruparon en la Red de ONGs, que incluye organizaciones de distintos puntos del país y que trabajan sobre una línea programática, acorde al planeamiento estratégico nacional del área.

Sociedades Científicas: miembros del MCP han invitado a sociedades científicas cuyo campo comprende las enfermedades que le ocupan, de las cuales ha mostrado su interés la Sociedad Paraguaya de Infectología.

Tanto las organizaciones de la sociedad civil, como la sociedad paraguaya de Infectología, han designado a sus respectivos representantes en reuniones ordinarias de sus Comisiones Directivas. Los representantes ante el MCP, ocupan a su vez, cargos directivos en el interior de sus organizaciones. Otros integrantes no gubernamentales, tales como CONAMURI y la Unión Industrial Paraguaya, enviaron notas con la designación de sus representantes ante el MCP. La Iglesia Evangélica Mennonita, la Universidad y los Organismos de Cooperación Internacional han designado a sus representantes a través de sus máximas autoridades institucionales.

Anexo. Sección 3.A. Anexos 1,4,5 y 6.

3A.4.4 Principio de participación de las personas que viven con la(s) enfermedad(es) y/o están afectadas por ella(s).

Requisito 2 → Personas que viven con la(s) enfermedad(es) o están afectadas por ella(s).

Describa la participación en el MCP de las personas que viven con la(s) enfermedad(es) o están afectadas por ella(s).

(Nota importante: Los solicitantes que presenten componentes de VIH/SIDA y/o tuberculosis deberán demostrar claramente que representan a este importante grupo. Consulte detenidamente el documento titulado "Aclaraciones sobre los requisitos mínimos de los MCP – Séptima Convocatoria" del Fondo Mundial antes de rellenar esta sección).

En el Paraguay no se cuenta con una organización que nuclea a personas que vivan o estén afectadas por TB o Malaria. Considerando este punto, el MCP solicitó a la Organización civil GAT (Gente, Ambiente y Territorio) que tienen expertiz en el trabajo con comunidades indígenas y además representan legalmente al pueblo Ayoreo Totobiegosode.

Por otro lado, actualmente existe en todo el país una sola organización de PVVS, que es la Fundación VENCER, que ocupa un lugar en el MCP de Paraguay desde su creación.

4 Sección del componente *Tuberculosis*

3A.4.5 Principio de transparencia y procesos de desarrollo de la propuesta documentados (Requisitos 3, 4 y 5)

Como parte del proceso de análisis de la elegibilidad de las propuestas, el Fondo Mundial examinará la documentación que respalde el proceso de desarrollo de las propuestas de los MC, el proceso de presentación y examen, el proceso de designación del/los receptor(es) principales, así como las acta de la(s) reunión(es) en que el MC haya adoptado los elementos que se incluirían en la propuesta y tomado la decisión acerca del/los receptor(es) principal(es) de la misma. También examinaremos la forma en que el MC supervisará la ejecución durante el período del programa.

Describa cómo los procesos del solicitante han sido **documentados**, son **transparentes** y han sido **establecidos** para cumplir los “**Requisitos**” que figuran a continuación y facilite pruebas:

Requisito 3(a) → Proceso para solicitar la presentación de solicitudes para una posible integración en la propuesta.

DOCUMENTADO: La convocatoria a presentación de perfiles para una posible integración en la propuesta final está documentada en las actas de reunión del MCP y del Comité de Selección (incluida el acta de recepción), en las publicaciones de los periódicos y en las propuestas presentadas en respuesta a la convocatoria.

EQUITATIVO Y TRANSPARENTE: Del proceso de solicitud de presentación de perfiles para una posible integración en la propuesta participaron representantes de casi todos los sectores integrantes del MCP reunidos en un Comité de Selección conformado con aprobación de todo el MCP. Se dio amplia publicidad por medios masivos de comunicación a la convocatoria a presentación de solicitudes.

ESTABLECIDO: las reglas de la convocatoria a presentación de solicitudes fueron acordadas por el pleno del MCP, atendiendo a convocatorias anteriores y a las directivas del Fondo Mundial.

Anexo: Sección 3.A. Anexos 7,8,9,10 y 11.

Requisito 3(b) → Proceso para examinar las solicitudes recibidas por el MC para una posible integración en la propuesta.

DOCUMENTADO: el proceso de examen de solicitudes recibidas por el MCP está documentado en las actas del MCP.

EQUITATIVO Y TRANSPARENTE: el Comité dio cuenta al MCP del examen de solicitudes presentadas, de la forma en que fueron estudiadas y seleccionadas y del mecanismo para su integración.

ESTABLECIDO: las solicitudes fueron examinadas a la luz de las reglas de la convocatoria acordadas por el pleno del MCP, los criterios fundamentados del Comité de Selección y a las directivas del Fondo Mundial.

Cada representante del Comité de Selección recibió una copia de cada uno de los Perfiles de Proyecto y en fecha 25 de mayo de 2007 se reunieron para proceder a la selección. Los resultados fueron comunicados en la reunión del MCP del 29 de mayo de 2007.

Anexo: Sección 3.A Anexo 12.

Requisito 4(a) → Proceso para designar al/los Receptor(es) Principal(es) de las propuestas.

DOCUMENTADO: el proceso de convocatoria y de selección del Receptor Principal se encuentra documentado en las Actas del MCP, en las notas remitidas a las instituciones invitadas a participar en la convocatoria, y en las actas del Comité de Selección conformado para el efecto.

EQUITATIVO Y TRANSPARENTE: Del proceso de selección del RECEPTOR PRINCIPAL participaron representantes de casi todos los sectores integrantes del MCP reunidos en un Comité de Selección conformado con aprobación de todo el MCP. El comité de selección realizó una preselección, de acuerdo a los criterios técnicos preestablecidos, presentando una propuesta preliminar. La decisión final se realizó en Asamblea del MCP de la cual participaron todos los sectores.

ESTABLECIDO: La invitación a la convocatoria para selección del RECEPTOR PRINCIPAL para la propuesta a ser presentada en la 7ma ronda se realizó a todas las instituciones que se presentaron en las dos convocatorias anteriores (5ta y 6ta ronda). La selección se realizó en base a una grilla de puntuación para los requerimientos técnicos y administrativos para seleccionar al RECEPTOR PRINCIPAL; el cual fue sometido a consideración del

4 Sección del componente *Tuberculosis*

pleno del MCP.

Anexo: Sección 3A. Anexos 13, 14 y 15.

Requisito 4(b) → Proceso para revisar/examinar la ejecución del programa por parte del/los Receptor(es) Principal(es) durante el periodo de la propuesta.

DOCUMENTADO: la revisión, monitoreo y evaluación del programa por parte del Receptor Principal estarán documentados en las actas de los Comités de Monitoreo y Evaluación del proyecto conformados para el efecto; en los informes de ejecución del plan de M&E del presente proyecto; así como también en las actas del MCP en las cuales se presentarán los resultados de ejecución del programa.

EQUITATIVO Y TRANSPARENTE: el comité de Monitoreo y Evaluación del proyecto estará conformado además del RECEPTOR PRINCIPAL, por todos los sectores -miembros y no miembros del MCP-, incluidos los representantes de la población indígena (que podrían ser los propios indígenas u organizaciones que las representen a los fines del proyecto).

ESTABLECIDO: tanto el proceso de revisión, análisis y evaluación como los procedimientos para indicar e implementar las acciones correctivas están claramente establecidas en el Plan de M&E y en el Manual Operativo del MCP (en trámite de aprobación).

Anexo: Sección 3A. Anexo 1 y 17.

Requisito 5(a) → Proceso para garantizar los aportes de un amplio abanico de partes interesadas, incluidos los miembros y no miembros de MC, en el proceso de desarrollo de la propuesta.

DOCUMENTADO: el llamado para la recepción de aportes de una amplia gama de partes interesadas se encuentra documentado en las actas de convocatoria para la presentación de perfiles de proyecto, en las publicaciones periodísticas, en el boletín informativo del RECEPTOR PRINCIPAL de la propuesta de VIH y en en acta del MCP donde se decidió invitar a la organización indigenista que posteriormente asesoró al MCP para la elaboración de la propuesta.

EQUITATIVO Y TRANSPARENTE: en el desarrollo de la propuesta se aseguró el aporte tanto de instituciones miembros del MCP como no miembros. Ejemplo de instituciones no miembros; la ONG GAT; el Hospital del Indígena, la Asociación de Servicio Comunitarios Indígena Menonita (ASCIM), y aquellas instituciones que aportaron ideas para la propuesta (Fundación Moisés Bertoni, SER, Facultad de Ciencias Médicas, Consejo de Salud de Fram, CEPEP)³.

ESTABLECIDO: la incorporación de los aportes de todas las partes se realizó en base a criterios definidos por el MCP de acuerdo a las recomendaciones del Equipo Técnico de Tuberculosis; y a las del Fondo Mundial.

Anexo: Sección 3.A. Anexo 7,8,9,10,11 y 12.

Requisito 5(b) → Proceso para garantizar los aportes de un amplio abanico de partes interesadas, incluidos los miembros y no miembros de MCP, en el proceso de supervisión de las subvenciones.

DOCUMENTADO: la supervisión de las subvenciones se realizará a través del equipo de M&E (ver punto 5.A de esta misma sección) del proyecto y del grupo contralor integrado por los mismos beneficiarios y/o sus representantes. Estará documentada en las Actas del Equipo de M&E, en las notas de reunión del grupo contralor (previsto en el objetivo 3 de la presente propuesta), en los informes del Equipo Técnico de TB, y los de supervisión del proyecto.

EQUITATIVO Y TRANSPARENTE: el proyecto prevé un componente de control social el cual se encuentra entre las actividades del Objetivo 3 del proyecto. Con la implementación del control social se pretende garantizar la

³ SER: Sociedad de Estudios Rurales y Cultura Popular; CEPEP: Centro Paraguayo de Estudios de Población.

4 Sección del componente *Tuberculosis*

participación en igualdad de condiciones de una amplia gama de partes, incluida la población indígena.

ESTABLECIDO: al igual que el M&E, la supervisión de la subvención esta claramente establecidas en el Plan de M&E y en el Manual Operativo del MCP (en trámite de aprobación).

Anexo. Sección 3A. Anexos 1 y 17.

3A.4.6 Principio de buena gestión de los conflictos de intereses reales y potenciales

Requisito 6 → ¿Procede el Presidente **y/o** el Vicepresidente del Mecanismo de Coordinación de la misma entidad que el/los Receptor(es) Principal(es) designados en esta propuesta?

Sí

No

En caso afirmativo, resuma a continuación los principales elementos de la política documentada del solicitante para la resolución de conflictos de intereses reales o potenciales, **y adjunte una copia de la política/plan de resolución de conflictos de intereses en forma de anexo de esta propuesta.**

Aunque en el MCP el Presidente y el Presidente Alterno, no pertenecen a la misma entidad que los Receptores Principales de las dos propuestas aprobadas por el Fondo Mundial, el Manual Operativo cuenta con un Capítulo denominado Resolución de Conflictos de intereses, que describe los procedimientos a seguir en caso de presentarse situaciones que afecten a personas o instituciones y requieran la aplicación de medidas pertinentes.

Anexo: SEcción 3.A.Anexo 1.

3A.4.7 Ayudas financieras para el funcionamiento del Mecanismo de Coordinación

¿Tiene el solicitante la intención de solicitar financiamiento para el funcionamiento del MCP?

En la sección 3A.4.7 de las Directrices se ofrece información sobre la disponibilidad de dichos fondos, y los solicitantes deben consultarla antes de rellenar esta sección.

Sí
facilite la información detallada más abajo

No
pase a la sección 3B.1

En caso afirmativo, indique la cantidad solicitada y describa la forma en que esta cantidad cumple con el **plazo** y las **categorías de fondos disponibles**, como se explica en la sección 3A.4.7 de las Directrices para la presentación de propuestas.

Los solicitantes deberán asegurarse de que la cantidad solicitada figure en el presupuesto detallado de los componentes, en una línea separada y claramente identificable del mismo (sección 5.1).

4 Sección del componente *Tuberculosis*

→ Una vez completada esta sección, **pase a la 3B.1.**

3B.1 Composición y aprobación de los Mecanismos de Coordinación (MCP, MCP subnacionales y MCR) solicitantes

Todos los Mecanismos de Coordinación nacionales (MCP), subnacionales (MCP subnacionales) y regionales (MCR) solicitantes deben:

- (a) Rellenar la totalidad de esta sección; y
- (b) Rellenar y adjuntar el “Anexo C” en el que deberán figurar todos los miembros del Mecanismo de Coordinación, su información de contacto y direcciones de correo electrónico. (Puede rellenar este archivo Excel descargándolo del sitio web del Fondo Mundial dedicado a los documentos de la Séptima Convocatoria.)

3B.1.1 Dirección de los Mecanismos de Coordinación

Tabla 3B.1.1 – Información sobre la dirección de los MCP Nacionales/Subnacionales/Regionales (no aplicable a los solicitantes que no sean MCP u Organizaciones Regionales)

	Presidente	Vicepresidente
Nombre	Dr. Oscar Martínez Doldán	Lic. Amelia Mazo
Cargo	Ministro de Salud	Secretaria General
Organización	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social	Red de ONGs que trabajan en VIH/SIDA
Dirección postal	Avda. Pettirossi y Brasil Asunción-Paraguay	
Teléfono	595 (21) 214 741	595-21-440577
Fax	595 (21) 207328	595-21-440577
Dirección de correo electrónico	sgabinete@mspbs.gov.py	redongsida@highway.com.py
Correo electrónico alternativo		

→ Pase a la sección 3B.1.2 (información sobre los miembros).

4 Sección del componente *Tuberculosis*

3B.1.2 Información sobre los miembros de los MCP, MCP subnacionales y MCR

Tenga en cuenta que para *ser elegible para el financiamiento*, los MCP, MCP subnacionales y MCR deben demostrar que entre sus miembros hay personas que viven con las enfermedades o están afectadas por ellas. Se recomienda también que entre los miembros de los MCP, MCP subnacionales y MCR haya una representación mínima del 40% de los sectores no gubernamentales. Para más información al respecto, consulte la sección 3B.1 de las Directrices para la presentación de propuestas y las Directrices para MCP.

Tabla 3B.1.2 – Resumen de los miembros del Mecanismo de Coordinación

Resumen de los miembros de los MCP, MCP subnacionales o MCR	
<p>Todos los MCP, MCP subnacionales o MCR solicitantes deben rellenar la tabla que se incluye a continuación. Se trata de un resumen sólo de la información sobre los miembros que debe presentarse en el 'Anexo C' de este formato de propuesta.</p> <p>En el apartado titulado “Representación sectorial” que aparece en la columna de la izquierda, marque todas las casillas que describan los sectores representados en el MCP, MCP subnacional o MCR. En la columna de la derecha, indique en cifras el número de representantes del sector correspondiente.</p> <p>Compruebe que el número total de miembros que aparezca en la tabla sea <u>igual</u> al número total de miembros que figure en el 'Anexo C' de su propuesta.</p>	
Representación sectorial	Número de miembros que representan al sector
<input checked="" type="checkbox"/> Sector académico/educativo	1
<input checked="" type="checkbox"/> Gobierno	8
<input checked="" type="checkbox"/> Organizaciones no gubernamentales (ONG)/organizaciones con base comunitaria	5
<input checked="" type="checkbox"/> Personas que viven o están afectadas por el VIH/SIDA, tuberculosis y/o malaria	1
<input checked="" type="checkbox"/> Sector privado	1
<input checked="" type="checkbox"/> Organizaciones religiosas/de base confesional	1
<input checked="" type="checkbox"/> Asociados multilaterales y bilaterales para el desarrollo dentro del país	1
<input checked="" type="checkbox"/> Otros: (<i>indíquese</i>): <i>Sociedades Científicas</i>	1
Número total de miembros	19

→ Pase a la sección 3B.1.3 (aprobación de la propuesta).

4 Sección del componente *Tuberculosis*

3B.1.3 Aprobación de la propuesta del MCP, MCP subnacional y MCR

Aprobación de primer nivel

Los miembros de los MCP, MCP subnacional y MCR deben aprobar su propia propuesta para que la solicitud sea elegible.

Para demostrarlo, todos los miembros del Mecanismo de Coordinación (MCP, MCP subnacional o MCR) deben firmar el Anexo C en la columna final, una vez introducida toda la información sobre los miembros.

Recuerde que en el **Anexo C** deberá presentar las **firmas originales** (no fotocopiadas, escaneadas o enviadas por fax) **de los miembros del MCP; MCP subnacional o MCR**. Las actas de las reuniones del MCP, MCP subnacional o MCR en las que se haya examinado y aprobado la propuesta deberán adjuntarse en forma de anexo de esta propuesta. La fecha tope de recepción de la propuesta completa, incluido el Anexo C y las actas, en la Secretaría del Fondo Mundial es el 4 de julio de 2007.

Aprobación de primer nivel	Marque esta casilla únicamente si el MCP, MCP subnacional o MCR ha introducido la información sobre los miembros y éstos han firmado el Anexo C del Formato de propuesta.	<input type="checkbox"/>
-----------------------------------	---	--------------------------

→ Después de completar esta sección, y antes de rellenar los componentes de enfermedad de las secciones 4 y 5, rellene la lista de comprobación de las secciones 1 a 3B.

4 Sección del componente *Tuberculosis*

La siguiente tabla incluye una lista de los distintos anexos que deben adjuntarse a la propuesta. Rellene esta lista de comprobación para asegurarse de que lo ha incluido todo. Indique igualmente el número del anexo correspondiente y el título preciso del documento en la columna derecha de la tabla.

Elemento de la propuesta	Descripción de la información requerida en el Anexo	Título del documento y número asignado a cada anexo
Sección 3A: Tipo de solicitante y criterios de selección para recibir fondos		
Únicamente Mecanismos de Coordinación (MCP, MCP subnacionales o MCR solicitantes)		
3A.1.1 (MCP), 3A.2.1 (MCP subnacionales) o 3A.3.1 (MCR)	Documentos que describan el funcionamiento del Mecanismo de Coordinación de ámbito nacional/subnacional o regional (mandatos, estatutos, reglamentos u otra documentación de gobernanza y un diagrama en el que figure la relación entre los principales actores).	Anexo: Sección 3A. Anexos 1,2 y 3
Documentación en la que se describa el cumplimiento con los requisitos mínimos del Mecanismo de Coordinación (secciones 3A.4.3 a 3A.4.6, inclusive):		
Requisito mínimo 1	Documentación completa acerca de los procesos utilizados para seleccionar representantes del sector no gubernamental del Mecanismo de Coordinación.	Anexo: Sección 3A. Anexos 1,4,5 y 6.
Requisito mínimo 3(a)	- solicitar aportes con miras a su posible integración a la propuesta.	Anexo: Sección 3A. Anexos 7,8,9,10 y 11.
Requisito mínimo 3(b)	- examinar los aportes con miras a su posible integración a la propuesta.	Anexo: Sección 3A. Anexo 12.
Requisitos mínimos 4(a) y 4(b)	- seleccionar y designar al receptor principal (por ejemplo, el acta de la reunión del MCP en la que se haya designado a los receptores principales).	Anexo: Sección 3A. Anexos 12,13,14 y 15.
Requisitos mínimos 5(a) y 5(b)	- garantizar los aportes de un amplio abanico de partes interesadas durante el proceso de desarrollo de propuestas y de supervisión de subvenciones.	Anexo: Sección 3A. Anexos 1,7,8,9,10,11,12 y 17
3A.4.6 – Requisito mínimo 6	Procedimientos documentados para la resolución de posibles conflictos de intereses entre el Receptor Principal y el Presidente o Vicepresidente del Mecanismo de Coordinación.	Anexo: Sección 3A. Anexos 1.
Organizaciones Regionales Solicitantes:		
3A.5.1	Documentación que describa la organización, como estatutos, reglamentos (documentos oficiales de inscripción), así como un resumen de las principales fuentes de financiamiento y las cantidades recibidas.	

4 Sección del componente *Tuberculosis*

Elemento de la propuesta	Descripción de la información requerida en el Anexo	Título del documento y número asignado a cada anexo
Solicitantes no afiliados a un MCP:		
3A.6	Documentación que describa la organización, como estatutos y reglamentos (documentos oficiales del inscripción) y otros documentos de gobernanza, documentos que demuestren las principales formas de gobernanza de la organización; un resumen de la organización, incluyendo sus antecedentes e historial, el ámbito de trabajo y las actividades actuales y anteriores, y un resumen de las principales fuentes de financiamiento y las cantidades recibidas.	
3A.6.2 b	Pruebas documentadas de las tentativas realizadas para incluir la propuesta en la propuesta final de país del MCP correspondiente y, en su caso, la respuesta.	
3A.6.3 <i>(si procede de un país sin MCP)</i>	Presentar pruebas procedentes de las autoridades nacionales competentes de que la propuesta es coherente con las políticas y estrategias nacionales.	
Sección 3B: Aprobación de la propuesta		
3B.1.3 <i>Aprobación de primer nivel de la propuesta (MCP, MCP subnacionales y MCR)</i>	Actas de la reunión en la que se elaboró la propuesta y fue aprobada por el MCP	Anexo C del Formato de propuesta
3B.1.3 <i>(Aprobación de segundo nivel de la propuesta = únicamente MCP subnacionales y MCR)</i>	Pruebas documentadas (inclusive actas de las reuniones del MCP) de que todos los MCP de ámbito nacional han examinado y aprobado la propuesta.	
3B.2.1 <i>(Aprobación de segundo nivel de la propuesta – Únicamente Organizaciones Regionales)</i>	Pruebas documentadas de que los MCP han examinado y aprobado la propuesta.	
Otros documentos relevantes para las secciones 1 a 3B, adjuntados por el solicitante: <i>(añada las filas necesarias a esta sección de la tabla para adjuntar los documentos que sean directamente relevantes)</i>		

4 Sección del componente *Tuberculosis*

(g) **Capacidad de los MCP y los MCR para identificar cuestiones relacionadas con el Fortalecimiento de los Sistemas de Salud.**

Describa a continuación cómo los MCP y los MCR de los países receptores de esta propuesta se aseguran de que tienen, o bien están desarrollando y/o fortaleciendo, capacidad y experiencia con vistas a la identificación de puntos fuertes y débiles, amenazas y oportunidades en relación con el sistema de Salud relevante para los planes nacionales, a fin de prevenir y controlar la(s) enfermedad(es). Los solicitantes también deben indicar si ha habido algún cambio en la capacidad relativa de los MCP o los MCR desde la Sexta Convocatoria.

→ Para más información, consulte las *Directrices para la presentación de propuestas*, sección 4.4.2 (g)

NOTA: DEBE RELLENAR LAS SECCIONES 4 y 5 PARA CADA COMPONENTE DE ENFERMEDAD POR SEPARADO. Esta sección únicamente es solamente para el componente tuberculosis y las secciones 4 y 5 para el VIH/SIDA y la malaria se aparecen separadamente en este formato de propuesta (consulte los títulos de las secciones para encontrar la sección que corresponda a su propuesta).

Para más información sobre los requisitos de esta sección, remítase a las *Directrices para la presentación de propuestas*, sección 4.

4.1 Período solicitado en la propuesta para este componente de enfermedad

Tenga en cuenta el plazo de aprobación de la propuesta por parte de la Junta Directiva del Fondo Mundial (descrito en la cubierta del formato de propuesta). El objetivo es firmar todas las subvenciones e iniciar el desembolso de fondos en un plazo de seis meses a partir de la aprobación por parte de la Junta Directiva. Las propuestas aprobadas deben firmarse en un plazo de doce meses a partir de su aprobación por parte de la Junta Directiva.

Nota importante:

Si el término de su propuesta es inferior a cinco años, rogamos primero consulte las “Preguntas frecuentes” (Nº 132) de la Séptima Convocatoria del Fondo Mundial disponible en:

<http://www.theglobalfund.org/es/apply/call7/documents/documentsfaqs/>

Tabla 4.1.1 – Inicio y duración de la propuesta

	Desde	Hasta
Mes y año:	Enero 2008	Diciembre 2012

4.2 Resumen ejecutivo de los componentes específicos de enfermedad

4.2.1 Resumen Ejecutivo

Describa la estrategia general del componente de la propuesta indicando los retos, necesidades ya existentes y/o nuevas, finalidades, objetivos y resultados previstos que se pretenden lograr con los fondos adicionales solicitados en esta propuesta y especifique los receptores principales (incluyendo las poblaciones beneficiarias y su número estimado). Indique asimismo las instituciones/centros que se beneficiarán de las ayudas a las acciones estratégicas de fortalecimiento de los sistemas de salud.

(Máximo una página, destacando de forma resumida únicamente los aspectos clave de la información que figura en sus respuestas a las preguntas de la sección 4.

Teniendo en cuenta el análisis de la situación de la población indígena en el Paraguay (sección 2.3.1 y 4.3.2) el Programa Nacional de Control de la tuberculosis se ha adherido a la Estrategia Alto a la Tuberculosis, habiendo

4 Sección del componente *Tuberculosis*

logrado expandir su cobertura a las 18 regiones sanitarias del país y una cobertura (a mayo de 2007) del 75% de la población que acude a los servicios de salud pública. Asimismo, se ha mejorado el acceso de la mayor parte de la población a los servicios de detección, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis. No obstante, la población indígena sigue con acceso limitado a estos servicios, debido a las barreras mencionadas anteriormente, lo cual se traduce en sostenidas tasas altas, diagnóstico tardío y muerte. Se observa un aumento de la prevalencia de la tuberculosis con casos frecuentes de manifestación diseminada, grave, especialmente en los niños. Esta población ha registrado tasas hasta 11 veces más altas que la tasa nacional, y contribuye en un 18% de los casos, aunque solo es 1,7% de la población total del país.

Las acciones de prevención y control del Programa Nacional de control de la Tuberculosis se llevan a cabo en prácticamente todos los servicios de salud pública del país, gracias al esfuerzo nacional y a un subsidio Fondo Mundial actualmente en curso. Aún así, 37% de la población total del país no está cubierta por estas acciones. De esta última, 53% o aproximadamente 1,2 millones de personas tienen cobertura de salud por medio de instituciones de la seguridad social: Instituto de Previsión Social, Sanidad Militar y Sanidad Policial.

El informe de avance hacia los Objetivos del Milenio (2005) de Paraguay señaló que era poco probable que el país lograra las metas relacionadas con tuberculosis, en vista de lo cual, esta propuesta se ha estructurado como sigue:

Finalidad: contribuir a disminuir la incidencia, prevalencia y mortalidad por tuberculosis entre la población indígena del Paraguay y entre la población cubierta por las instituciones de la seguridad social.

Objetivos: (i) Aumentar el acceso universal por medio de un diagnóstico de calidad en las comunidades indígenas, que incorpore el enfoque intercultural. (ii) Mitigar el efecto socioeconómico y cultural en los individuos y en la comunidad entre la población indígena proporcionando tratamiento centrado en el paciente. (iii) Proteger de la tuberculosis a las poblaciones indígenas fortaleciendo las acciones de abogacía, comunicación y movilización social, con un enfoque intercultural y empoderamiento de las organizaciones de la sociedad civil. (iv) Extender la estrategia Alto a la Tuberculosis de modo que todos los proveedores de atención de salud de la seguridad social (Instituto de Previsión Social, Sanidad Militar, Sanidad Policial) la apliquen a su población beneficiaria.

Para lograr estos objetivos se proponen cuatro estrategias: (a) Identificación y registro de casos sintomáticos respiratorios y el examen con baciloscopia de calidad, así como el tratamiento estandarizado con supervisión estricta para garantizar su éxito; estas tareas serán realizadas por voluntarios indígenas en el seno de cada comunidad. (b) El desarrollo de la capacidad intercultural en el sector salud que atiende a la población objeto, por medio de acciones de abogacía y comunicación social. (c) La movilización de los propios indígenas y organizaciones referentes para afectar políticas públicas relativas al sector para dar sostenibilidad a las acciones. (d) La integración del personal de salud del seguro social a la estrategia Alto a la Tuberculosis por medio de capacitación y supervisión.

Los resultados esperados previstos para el objetivo 1 son: (i) Al finalizar el 5º año, diagnosticar al menos 2700 casos nuevos de tuberculosis. (ii) Al final del 5º año, establecer 1056 unidades de diagnóstico y 1056 voluntarios capacitados con abordaje intercultural. Para el objetivo 2 se prevé los siguientes resultados: (i) A partir del 2º año, la tasa de éxito del tratamiento será de al menos 85% en los casos de TB BK+ (ii) Se habrá logrado la conversión o negativización de la baciloscopia de esputo en un 80% de los pacientes ingresados a tratamiento supervisado a partir del primer año del proyecto. Los resultados esperados para el objetivo 3 son: (i) Al final del 2º año del proyecto habrá 380 personas capacitadas en comunicación con enfoque intercultural para poner en marcha la estrategia, es decir, al menos a 1 persona de cada uno de los servicios con comunidades indígenas en su área y de cada una de las ONG que trabajan con población indígena. (ii) Al final del 1er año se habrán producido 30 cuñas de radio, que serán transmitidas todos los años siguientes en cada una de las 14 regiones sanitarias que tienen población indígena, en las lenguas de las respectivas etnias; y (iii) Al finalizar el 5º año, de la propuesta, se habrán integrado en forma progresiva a representantes de comunidades indígenas a espacios de decisión de nivel subnacional en las 14 regiones sanitarias con población indígena. Para el resultado 4 se prevé los siguientes resultados: (i) Al cuarto año del proyecto, las instituciones de la seguridad social habrán llevado la cobertura de la estrategia Alto a la Tuberculosis a 100% de los asegurados. (ii) Al final del 5º año se detectará al menos 70% de los casos nuevos entre los asegurados por la seguridad social; y (iii) A partir del 2º año de ejecución del proyecto, la tasa de éxito del tratamiento será de al menos 85% en los casos de TB pulmonar BK+ ingresados durante el año anterior.

Las principales actividades a llevar a cabo para lograr los objetivos son la capacitación de voluntarios en comunidades indígenas para la detección, diagnóstico y supervisión del tratamiento; la ampliación de la cobertura y adaptación de la red de laboratorios diagnósticos a comunidades indígenas; supervisión; definición y elaboración de un plan de abordaje intercultural; capacitación de los recursos humanos en salud en enfoque intercultural; establecimiento de contraloría social, fortalecimiento de la sociedad civil y de las comunidades indígenas para que participen en los espacios de decisión política; abogacía para el establecimiento de alianzas PPM; desarrollo de guías operativas y capacitación del recurso humano para la expansión de la estrategia TAES en las instituciones de la seguridad social.

4 Sección del componente *Tuberculosis*

El monto total solicitado del Fondo Mundial para esta Propuesta es de US\$ 6.018.755 por un plazo de 5 años, con lo cual se espera ampliar la cobertura a 126.213 indígenas y 1.334.400 de población cubierta por el seguro social.

4 Sección del componente *Tuberculosis*

4.3 Contexto del programa nacional para este componente

La información indicada a continuación ayudará a los revisores a comprender el contexto de la enfermedad, lo que funciona correctamente y las bases de las que se partirá, los problemas que abordará la propuesta y las principales limitaciones para la ejecución del componente propuesto. Consulte la sección 4.3 de las Directrices para la presentación de propuestas.

4.3.1 Indique si tiene alguno de los siguientes documentos (*marque la casilla correspondiente*), y, en su caso, adjúntelos en forma de anexo del formato de propuesta:**

Plan estratégico/desarrollo del sector salud nacional **Anexo: Sección 4.1. Anexo 1.**

Estrategia o plan nacional de control de enfermedades, **indicando los objetivos e indicadores nacionales, junto con el presupuesto y los costos correspondientes.**

Anexo: Sección 4.1. Anexo 2.

Políticas importantes de cada subsector que sean pertinentes para la propuesta (por ejemplo, política nacional o subnacional de recursos humanos, o normas y estándares) Política Nacional de Salud Indígena y la Ley 904 de los Pueblos Indígenas. **Anexo: Sección 4.1. Anexo 3 y 4.**

Informes/revisiones de asesoramiento técnico más recientes **que sean directamente relevantes para la propuesta. Anexo: Sección 4.1. Anexo 5.**

Plan nacional de monitoreo y evaluación (sector salud, específico de enfermedades u otro) **Anexo: Sección 3.A. Anexo 3.**

** *Los solicitantes deberán hacer referencia a estos documentos, cuando éstos existan, a lo largo de la sección 4 como apoyo complementario de la estrategia general de la propuesta.*

4.3.2 Antecedentes epidemiológicos y específicos de la enfermedad

(a) En la tabla 4.3.2 indicada a continuación: (i) identifique la población total del país/países; y (ii) presente las estimaciones actuales de la fase de la enfermedad entre los grupos específicos de población que aparecen en la lista.

La "fuente de la estimación" (última columna de la tabla) puede ser una de las estimaciones publicadas recientemente por la OMS, o también de estimaciones o estadísticas nacionales ya publicadas.

Tabla 4.3.2 – Prevalencia estimada de la enfermedad en los grupos de población clave

Población	Número estimado	Año de la estimación	Fuente de la estimación
(i) Población total (todas las edades)	6.119.642	2007	Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censo
(ii) Estimaciones actuales de la fase en que se encuentra la enfermedad entre los siguientes grupos de población:			
Personas que viven con todos los tipos de tuberculosis	6.430	2004	Informe 2006 de la OMS
Personas con tuberculosis recientemente diagnosticadas	2236	2004	PNCT

4 Sección del componente *Tuberculosis*

Población	Número estimado	Año de la estimación	Fuente de la estimación
Personas en tratamiento de tuberculosis recientemente diagnosticadas	2236	2004	PNCT
Muertes anuales relacionadas con la tuberculosis	779	2004	Informe Anual de la OMS 2006
Número de casos anuales de multirresistencia	47	2002	PNCT
Tasa de detección de nuevos casos	63% (tasa de detección Bk+)	2004	PNCT
Tasa de éxito del tratamiento DOTS	85%	2003	PNCT
Otros: <i>(indíquese)</i> Tasa de casos notificados en población indígena (por 100.000 habitantes en casos Nuevos de TB todas las formas).	424	2004	PNCT
Número de casos notificados en población indígena. Casos Nuevos de TB todas las formas.	432	2004	PNCT
Número de casos notificados bajo DOTS por la seguridad social	0	2006	PNCT
Otros: <i>(indíquese)</i>			

- (b) **En referencia a la tabla 4.3.2**, describa los cambios producidos en la fase, tipo o dinámica de la enfermedad, mencionando los grupos de población más afectados durante los últimos tres a cinco años. Resuma también las principales pautas de administración del tratamiento aplicadas o que vayan a aplicarse durante el período de la propuesta y los motivos de su aplicación. Deberá incluir toda la información sobre resistencia (si es pertinente). *(Máximo: dos páginas)*.

La tuberculosis es un problema grave y prioritario para la salud pública en el Paraguay, ya que afecta a las poblaciones más pobres y en las edades más productivas de la vida. El crecimiento demográfico del país de 2,6% anual, y su ingreso nacional bruto per cápita, US\$ 1140 en 2004, lo que lo clasifica como de ingresos económicos medios.

De acuerdo a la estratificación para las actividades de control de la tuberculosis, el Paraguay se ha clasificado en el Escenario 4 del Plan Regional de Control de la Tuberculosis 2006-2015 de la OPS/OMS, debido a la alta incidencia estimada de la enfermedad (OMS 2004) y baja cobertura de la estrategia DOTS/TAES. Estos indicadores, junto con tasas bajas de detección de casos y de éxito de tratamiento notificados por el PNT, amenazan el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio con respecto a tuberculosis para 2015.

La prevalencia nacional de tuberculosis estimada para 2004 fue de 107 casos por 100.000 habitantes, aproximadamente 6.430 casos nuevos de todas las formas y alrededor de 779 muertes por año, según estimaciones de la OMS. Según datos del Sistema de Información del Programa Nacional, el número total de casos registrados en 2005 fue de 2.517, con una tasa de incidencia de 38,1 por 100.000 habitantes y de casos BK+ de 21.9 por 100.000 habitantes.

El análisis de una serie histórica de 10 años (1995-2005) de incidencia de la tuberculosis en el país muestra una tendencia bastante estable, aunque ligeramente ascendente en los casos de tuberculosis de todas las formas a partir

4 Sección del componente *Tuberculosis*

de 2002. La tasa de incidencia para esos años varía de 35,1 (1998) a 41,8 (1996) por cada 100.000 habitantes, variando la tasa de incidencia de casos BAAR (+) entre 16,2 (2001) y 21,9 (2005) casos por 100.000 habitantes con una tendencia al aumento en los últimos años por mejoras en la captación de sintomáticos respiratorios. Esos números probablemente presenten algún grado de sub-registro, pero, con base en las estimaciones de la OMS, el número de casos detectados en Paraguay en 2005 representa 49% de la incidencia estimada y 67% de los números estimados para las formas pulmonares positivas. La tendencia de la mortalidad por tuberculosis es estable y con tendencia al aumento, probablemente por mejoría del sistema de registro. La tasa de mortalidad fue de 4,4 casos por 100.000 habitantes en 1996, y 4,7 por 100.000 habitantes en 2004.

La información disponible sobre tuberculosis en población indígena es parcial e insuficiente y no permite describir tendencias. En 2004, se notificaron 432 casos de tuberculosis en esta población, 91,2% (394) de ellos pulmonares, de los cuales 58% (311) fueron pulmonares positivos. Un importante porcentaje (29,2%) de los casos fueron diagnosticados en menores de 15 años de edad, lo que señala una transmisión activa del bacilo en esta población. La razón hombre:mujer es 1,1:0,9, es decir, 52,5% de los casos son de sexo masculino.

La incidencia de la tuberculosis entre la población indígena es elevada, de 496 casos por 100.000 habitantes u once veces la de la población paraguaya en general. Las regiones sanitarias con la mayor carga de la enfermedad entre la población indígena son: Presidente Hayes (138 casos); Boquerón (83); Amambay (43); Caaguazú (39) y Canindeyú (33). Las Etnias con mayor tasa registrada de casos (x 100.000 habitantes) en 2004 son Maká (2964); Aché (1848); Maskoy (1322); Toba Com (1017) y Angaité (1001). Se considera que el nivel de subregistro es importante, con baja detección, probables déficit en la supervisión estricta del tratamiento y, por consiguiente, baja tasa de curación y de éxito de tratamiento.

Los casos diagnosticados en indígenas reciben los esquemas estándares de tratamiento de primera línea provistos gratuitamente por el PNCT, que están de acuerdo con los estándares internacionales, pero la supervisión estricta, las actividades de detección y el sistema de registro sufren tienen déficit en su implementación. Los principales obstáculos para el control de la TB en esta población son las dificultades de acceso, las barreras culturales y lingüísticas, la medicina tradicional, la migración interna y el tipo de vivienda.

En los últimos tres años, desde el inicio de la ejecución del proyecto TB con el subsidio del Fondo Mundial, las Regiones Sanitarias han reforzado su capacidad diagnóstica, de detección y de supervisión del tratamiento, pero aún no es suficientes para mejorar la cobertura en las poblaciones indígenas, debido a sus características socio-culturales ya mencionadas, que requieren la identificación y aplicación de estrategias y actividades especialmente diferenciadas para hacerlas aceptables y sostenibles en la comunidad.

En la zona de el Chaco Central, se ha puesto en práctica un modelo que conlleva participación activa de la comunidad en la selección de los voluntarios y promotores de salud, quienes realizan las actividades de control de tuberculosis en sus lenguas maternas y respetando realidades culturales. El apoyo de un equipo multidisciplinario que permita un enfoque cultural adecuado y aceptable para cada comunidad y el desarrollo de materiales educativos y de difusión adaptados es también un elemento clave. Se ha tratado de usar este modelo en comunidades de la Región Oriental con buenos resultados (Amambay), pero la insuficiencia de recursos no ha permitido una expansión más amplia.

Las acciones de prevención y control del PNCT se implementan en prácticamente todos los servicios de salud pública del país con recursos nacionales y del Fondo Mundial. No obstante, existe un 37% de la población aun no cubierta. El 53% de la población no cubierta (aproximadamente 1.200.000 personas) forma parte de la cobertura de las instituciones que integran la seguridad social, conformada por el Instituto de Previsión Social, Sanidad Militar y Sanidad Policial, con una cobertura de aproximadamente 20% de la población total del país. En estas 3 instituciones se diagnostican anualmente casos de tuberculosis por simple demanda, sin realizarse tareas de detección según la estrategia DOTS/TAES. Se estima que el subdiagnóstico es cercano al 30%. Aunque estas instituciones reciben los medicamentos antibacilares de primera línea del PNCT, provistos según los esquemas estandarizados en las normas técnicas nacionales, es imperativo iniciar a establecer alianzas entre el sector público y el de la seguridad social, a fin de avanzar hacia el acceso universal a la protección contra la tuberculosis para la población cubierta por el seguro social.

4 Sección del componente *Tuberculosis*

4.3.3 Iniciativas de prevención y control de enfermedades y marcos de desarrollo más amplios

Las propuestas que se presenten al Fondo Mundial deben basarse en un análisis integral de las estrategias nacionales específicas para la enfermedad y los planes y marcos de desarrollo más amplios. Este contexto debería ayudar a determinar cómo se pueden ampliar los programas eficaces para lograr efectos significativos contra las tres enfermedades. Consulte la sección 4.3.3. de las Directrices para la presentación de propuestas.

- (a) Describa exhaustivamente las estrategias actuales de prevención y control de la enfermedad, así como los resultados previstos.

Los solicitantes deberán asegurarse de que la información que faciliten en la siguiente sección tenga en cuenta los resultados acumulados basados en todas las ayudas actuales y previstas procedentes de todos los participantes (Gobierno, principales iniciativas internacionales, donantes y asociaciones internacionales, etc.).

La tuberculosis sigue siendo un serio problema de salud reconocido por el Estado Paraguayo. Por tanto, en razón de los propósitos de sus políticas públicas, asumió compromisos con la población paraguaya y la comunidad internacional de controlar la evolución de la epidemia, buscando reducir su prevalencia en población.

El Programa Nacional de Control de Tuberculosis está integrado en la red de servicios de salud. Constituye un programa unificado y ejecutado en conjunto por los diferentes niveles de organización del sistema de salud del Paraguay. Está subordinado a una política de programación de las acciones con estándares técnicos y asistenciales bien definidos, garantizando desde la distribución gratuita de medicamentos y otros insumos necesarios hasta las acciones preventivas y de control de la enfermedad.

La estrategia TAES (Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado) se puso en efecto en el país en 2000, y su expansión comenzó en 2002 con la asistencia técnica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el apoyo financiero de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI). Los recursos provistos por ACDI se dirigieron a aplicar la estrategia TAES en 6 de las 18 regiones sanitarias del país: 4 de la Región Oriental (Guairá, Ñeembucú, Paraguari y Cordillera) y 2 de la Región Occidental (Boqueron y Presidente Hayes).

En diciembre de 2004 se recibió el subsidio del Fondo Mundial para ampliar la cobertura del TAES a las 18 regiones sanitarias del país, por lo cual se suspendió el financiamiento de ACDI para tuberculosis, en respuesta al acuerdo que regía dicha colaboración.

Esta estrategia continua siendo fundamental para que el PNCT alcance la meta de curar 85% de los pacientes, disminuya la tasa de abandono, evite el surgimiento de bacilos resistentes y asegure un control efectivo de la tuberculosis en el país.

Además de la adopción de TAES, el PNCT reconoce la importancia de integrar las acciones de combate a la tuberculosis, llevando la estrategia a todos los servicios de salud, públicos y privados, enfatizando la necesidad de incorporar a organizaciones gubernamentales y no gubernamentales y de establecer alianzas con organismos nacionales (universidades, Sociedad de Neumología) e internacionales afines: Organización Mundial de Salud (OMS); Organización Panamericana de Salud (OPS), Coalición Global ALTO a la Tuberculosis (Stop TB); Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (UICTER); entre otras.

El país cuenta con un plan estratégico a largo plazo (2006-2015), que tiene el objetivo de disminuir el riesgo de infección, la incidencia, prevalencia de la tuberculosis y su mortalidad por medio de la Estrategia Alto a la Tuberculosis. Las metas principales son (i) notificar por lo menos 70% de los casos nuevos BAAR+ y curar 85% de los mismos para 2008; y que todas las regiones sanitarias del país reviertan la incidencia de la tuberculosis y disminuyan a 50% la mortalidad y la prevalencia para 2015 con respecto a la de 1990 (Objetivos de Desarrollo del Milenio).

Entre los principales resultados obtenidos con el actual subsidio del Fondo Mundial puede mencionarse el haber alcanzado una cobertura de 75% de las unidades del sector público con la estrategia TAES, según el informe del 8º trimestre remitido al Fondo Mundial (febrero 2007), sobre una meta programada de 60% para el mismo trimestre. La detección de casos llegó a 65% en el 8º trimestre (febrero 2007), y el éxito de tratamiento llegó a 89%. Se espera alcanzar una cobertura de 85% en el presente año, 90% en 2008 y 100% en 2009 y mantener o mejorar la tasa de detección bajo TAES en 70% a partir del presente año, mediante supervisión y actividades de refuerzo al personal y otros actores involucrados.

Los principales involucrados en la implementación de esta estrategia corresponden al sector salud pública y a

4 Sección del componente *Tuberculosis*

organizaciones civiles que trabajan en cooperación con el PNCT. Entre las instituciones del sector público se encuentran las 18 Regiones Sanitarias del país (ámbito regional, distrital y local), el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Ambientales (INERAM), otras dependencias del MSPBS como el Programa Ampliado de Inmunizaciones, la Dirección General de Vigilancia de la Salud, Laboratorio Central de Salud Pública, Dirección de Servicios de Salud, Dirección General de Promoción de la Salud, Dirección General de Regiones Sanitarias, y otras.

Entre las organizaciones civiles se encuentran las de la sociedad civil estructuradas en una Red de ONG, las sociedades científicas de Neumología, Infectología y Pediatría, el Hospital Menonita Km81, un laboratorio privado que realiza cultivos recibiendo una parte de sus insumos del Laboratorio Central de Salud Pública y organizaciones varias de índole religiosa.

Anexo. Sección 4. Anexo 6.

- (b) Describa la forma en que estas estrategias de prevención y control de la enfermedad encajan en marcos de desarrollo más amplios como las Estrategias para la Reducción de la Pobreza, la Estrategia de Fortalecimiento de los Sistemas de salud, la Iniciativa para la reducción de la deuda de los países pobres muy endeudados (PPME) y/o los Objetivos de Desarrollo del Milenio, **haciendo hincapié en la forma en que las ayudas adicionales solicitadas en esta propuesta concuerdan con los marcos de desarrollo correspondientes al contexto del país.**

(Incluya también un resumen de todos los vínculos con iniciativas internacionales como la "Iniciativa de Acceso Universal" de la OMS y ONUSIDA o el "Plan Mundial para Detener la tuberculosis 2006-2015" (por ejemplo para actividades de colaboración en materia de VIH/tuberculosis o el "Plan estratégico para hacer retroceder la malaria").

El Paraguay cuenta con tres iniciativas para enfrentar la pobreza: El Plan de Crecimiento Económico con Equidad, la Estrategia Nacional de Reducción de la Pobreza y la Desigualdad (ENREPD) y la Estrategia Nacional de Lucha contra la Pobreza, la Desigualdad y la Exclusión Social elaborada por la Dirección del Plan de Estrategia de Lucha contra la Pobreza. En las tres se observa la inclusión de la perspectiva de género y de grupos excluidos, como los indígenas. El punto central de los tres planes reside en la movilización de recursos y en mejorar la capacidad de gestión de las instituciones del Estado; fomentar el establecimiento de alianzas entre los diferentes sectores (público-público o público-privado) y en el desarrollo de políticas públicas.

En este marco, el gobierno ha dado prioridad a una red de promoción y protección social, a fin de proporcionar seguridad alimentaria a la población más pobre y vulnerable del país. Los pacientes con tuberculosis, y sobre todo la población indígena, frecuentemente requieren estar insertos en un programa de apoyo alimentario, con lo cual se reforzaría la implementación de un programa integrado de servicios de promoción, prevención, protección y cuidado ofrecidos a nivel nacional.

En relación con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el Gobierno, a fin de alcanzar las metas previstas, ha desarrollado su Plan Estratégico 2006 - 2015, que incluye todos los componentes de la estrategia Alto a la Tuberculosis en forma creciente y progresiva. Se identificaron situaciones de alta prioridad, como la tuberculosis entre la población indígena, reconocidamente más susceptible de enfermar por TB según los datos de notificación que constan en el PNCT y en la Tabla 4.3.2 del presente formulario. En este marco, la propuesta presente es coherente con el Plan Estratégico 2006 - 2015, y busca contribuir al logro de las metas y objetivos planteados en dos de sus componentes:

El Componente 2: Hacer frente a TB/VIH, la tuberculosis multifarmacorresistente y otros retos, que en su punto 2.3 establece "Tratar prisioneros, refugiados y otros grupos de alto riesgo y situaciones especiales" dentro de los cuales se considera a la población indígena; el Componente 4: Involucrar a todos los proveedores de atención, que establece "Enfoques público-público y la mezcla público-privado (PPM), incluyendo los Estándares Internacionales para atención de tuberculosis (ISTC)". En este componente se considera la inclusión de la seguridad social como actor estratégico para dar acceso a su población a cobertura de servicios de detección, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis.

4 Sección del componente *Tuberculosis*

- (c) Describa la forma en que esta propuesta pretende: (1) utilizar los sistemas nacionales, si existen éstos, para la planificación y la elaboración de presupuestos, para la gestión de adquisiciones y suministros, para el monitoreo, la evaluación y la auditoría, y (2) lograr una mayor armonización y adaptación de los asociados a los ciclos del país en lo referente a los procedimientos relacionados con los informes, presupuestos, gestión financiera y adquisición.

1) Para la planificación y elaboración de presupuestos, el Ministerio de Salud conforma un equipo técnico integrado por representantes (del área técnica y administrativa) de instituciones involucradas en el control de la TB, ONGs que trabajan con etnias indígenas, con la asesoría de la OPS. Este equipo técnico tiene a su cargo la planificación y elaboración de presupuesto, así como adquisiciones y suministros. En la elaboración de la propuesta actual se ha trabajado con el mismo equipo al que se ha incorporado el Receptor Principal de la Propuesta. En relación a monitoreo y auditoría, se conformarán equipos de coordinación y de Monitoreo y Evaluación para la ejecución de la propuesta; estos equipos son interinstitucionales y multisectoriales, integrados al Sistema de Monitoreo y Evaluación Nacional (SIMEP); del mismo modo que se ha trabajado en el sistema de Monitoreo y Evaluación del programa que viene ejecutándose actualmente con apoyo financiero del Fondo Mundial. La gestión de adquisiciones y suministros tiene dos componentes principales:

a) Programático: el PNCT es responsable de la gestión de medicamentos antibacilares, insumos de diagnóstico y funcionamiento del sistema de información. En lo referente a la propuesta, se utilizará este mismo sistema.

b) Administrativo: el RECEPTOR PRINCIPAL es responsable de todos los procesos administrativos diferentes a los relacionados con la gestión de medicamentos e insumos básicos para detección y diagnóstico.

2) Para lograr la armonización a los ciclos del país, se mantendrá la temporalidad y frecuencia actualmente utilizados en el programa en ejecución, en todo lo referente a informes, presupuestos, gestiones y adquisiciones.

4.3.4 Sistema de Salud nacional

- (a) Describa brevemente las limitaciones principales del sistema de Salud relacionadas con este componente centrándose en los puntos fuertes y débiles, las oportunidades y las amenazas del sistema de Salud.

Al elaborar esta descripción tenga en cuenta la lista de acciones estratégicas para el fortalecimiento de los sistemas de salud (“Acciones estratégicas de FSS”) que figuran en la sección 4.4.2 de las Directrices para la presentación de propuestas.

El sector salud en Paraguay está constituido por: el sub-sector público conformado a su vez por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Sanidad Militar, la Sanidad Policial, la Sanidad Municipal, la Corporación de Obras Sanitarias y el Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción; el sub-sector estatal integrado por el Instituto de Previsión Social (IPS), la Cruz Roja Paraguaya; el sub-sector privado, unificado en la Asociación de Hospitales, Sanatorios y Clínicas Privadas y conformado por múltiples centros privados, laboratorios farmacéuticos y farmacias. La distribución de la cobertura de los diferentes sectores varía, siendo un 63% por el Ministerio de Salud Pública, 15% por el IPS, 12% por los servicios privados, 5% por la Sanidad Militar y Policial y 5% el Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción.

El Modelo de atención, en su formulación, incorpora los principios de equidad y universalidad, a la estrategia de extensión de cobertura, de la atención primaria y la promoción de la salud. El MSPyBS cuenta con un importante conjunto de normas, programas y planes de significativo contenido y calidad técnica que siguen esta inspiración.

Fortalezas:

Entre las principales fortalezas del Sistema de Salud puede nombrarse: (i) el registro de un aumento del financiamiento público en salud de un 29,7% del total de gasto general del país en 2002 a un 33,1% en 2004; (ii) su fortalecimiento, así como la implementación de la Atención Primaria de Salud es una prioridad para este decenio; (iii) la tuberculosis, una prioridad política que se contempla en el Plan Nacional de Salud 2005-2008, y en el Plan estratégico de Tuberculosis 2006-2015. Otra fortaleza es la experiencia de ejecución exitosa del subsidio del Fondo Mundial, que ha creado capacidad y ha generado lecciones aprendidas y modelos exitosos.

Debilidades:

Entre las principales debilidades del sistema pueden citarse: (i) la segmentación a nivel de proveedores y falta de coordinación de los diferentes subsectores; (ii) la falta de coordinación y asociación que conlleva a una separación de funciones. El MSPyBS desarrolla funciones de rectoría, provisión y financiamiento. El Instituto de Previsión Social (IPS) y el sector privado desarrollan funciones de aseguramiento, provisión y financiamiento. El MSPyBS, el IPS y el sector privado son autónomos y no existe articulación entre ellos; (iii) la falta de reglamentación en la implementación de las leyes.

4 Sección del componente *Tuberculosis*

Oportunidades:

Entre las oportunidades se citan: (i) a partir de la promulgación de la ley 1032 se dispone de fondos institucionales descentralizados; (ii) el hecho de que las comunidades afectadas son concientes de que necesitan fortalecer su capacidad de incidencia política y participación sobre las autoridades locales y sus decisiones políticas para que integren en los planes de desarrollo territorial las acciones que se contemplan desde el Plan Nacional de Salud y desde los ODM; (iii) la existencia de procesos de movilización social en curso para convocar y organizar a las poblaciones vulnerables, reducir sus condiciones de vulnerabilidad y mejorar su acceso a servicios de calidad; (iv) por último, la desventaja del retraso en el proceso de descentralización, según el mandato de la Constitución Política del Estado de 1992, se convierte en una oportunidad para que el MSPyBS fortalezca su capacidad organizativa, ejercite su función rectora y lidere este proceso a partir del Consejo Nacional y los Consejos Departamentales y Regionales de Salud hacia la construcción de un sistema de protección social en salud. Esto es una cuestión central en un escenario en el que confluyen distintos actores con intereses competitivos y diferentes paradigmas para interpretar las necesidades de salud de la población.

Amenazas:

Entre las Amenazas se citan: (i) cambios estructurales en las políticas sub nacionales que puedan repercutir en políticas nacionales.

(b) Describa las prioridades nacionales para abordar estas limitaciones.

La apertura democrática y los cambios en la Constitución confieren al MSPyBS una oportunidad política para descentralizar el sistema de salud y superar la fragmentación y segmentación existentes. La Política Nacional de Salud 2005-2008 tiene como pilares: a) Reforma de la salud; b) Promoción de la salud; c) Protección social en salud con financiamiento solidario y aseguramiento; d) Salud ambiental y saneamiento básico; e) Desarrollo de los RRHH y de la educación permanente.

Todo parece apuntar a que la descentralización cierre la brecha entre sociedad y Estado, por tanto, el MSPyBS sale al encuentro de la oportunidad de cambio, proponiendo al Congreso la Ley 1032 que crea el Sistema de Salud contemplando, para su implementación, tres instancias de coordinación, consenso y participación, ellas son: El Consejo Nacional de Salud, los Consejos Regionales de Salud y los Consejos Locales de Salud, en consonancia con los niveles de división territorial administrativa del país, es decir, Gobiernos Departamentales e Intendencias Municipales.

Anexo. Sección 4. Anexo 1.

(c) **Coordinación y sinergias**

Describa brevemente la forma en que se coordinan los programas específicos de cada enfermedad en el marco del Plan Nacional de Desarrollo del Sector Salud, en caso de que lo hubiera. Por ejemplo, la forma en que el componente propuesto está relacionado (en su caso) con la estrategia nacional para enfermedades transmisibles y con las prioridades del plan.

Si la propuesta del solicitante comprende más de un componente, describa las sinergias que se esperan lograr con la combinación de los distintos componentes. Por ejemplo, actividades de colaboración para la tuberculosis/VIH.

(Por sinergias se entiende el valor añadido que los diferentes componentes se aportan entre sí o la forma en que la combinación de estos componentes puede tener un efecto más amplio).

En el marco del Plan Nacional de Salud, relacionado con el desarrollo de las funciones esenciales de salud pública, en la línea de acción que tiene que ver con el fortalecimiento de la funcionalidad del Ministerio de Salud se viene realizando su restructuración para integrar programas con servicios, y de esa manera asegurar una gerencia eficaz, eficiente y con rendición de cuentas de sus actuaciones y resultados. Es así que la coordinación de los programas de enfermedades transmisibles se realiza a través del plan nacional de salud y bajo la dependencia de la Dirección General de Vigilancia de la Salud del MSP y BS.

La presente propuesta espera contribuir a la implementación del plan de actividades colaborativas TB-VIH, específicamente lo que tiene que ver con la búsqueda de VIH en pacientes con TB, lo cual se encuentra enmarcado entre las actividades propuestas en el actual proyecto de VIH financiado por el Fondo Mundial (ronda 6).

4 Sección del componente *Tuberculosis*

4.3.5 Mecanismos de financiamiento común	
<p><i>En esta sección se pide información sobre el financiamiento solicitado en esta propuesta que se pretende que provenga de un mecanismo de financiamiento común (como los enfoques sectoriales (SWAp) o el financiamiento de fondos comunes (de ámbito nacional, subnacional o sectorial)).</i></p>	
(a) ¿Se prevé que una parte o la totalidad de los fondos solicitados para este componente de enfermedad sea aportada mediante un mecanismo de financiamiento común?	<input type="checkbox"/> Sí → <i>responda a las siguientes preguntas.</i>
	<input checked="" type="checkbox"/> No → <i>pase a la sección 4.4</i>
(b) ¿Se canalizarán los fondos solicitados a los asociados/receptores ejecutantes a través de un mecanismo de financiamiento común durante todos los años de la propuesta y para todas las intervenciones/actividades propuestas? En caso negativo, indique en qué años, para qué actividades y por qué se ha elegido este enfoque.	
N/A	
(c) Describa el mecanismo de financiamiento común, si ya está operativo y cómo funciona. Indique en su respuesta los asociados para el desarrollo que formen parte del mecanismo de financiamiento común y el nivel de la contribución financiera de cada uno de ellos (en porcentaje) a dicho mecanismo. <i>(Presente también, en forma de anexo, documentos en los que se describa el funcionamiento del mecanismo. Ejemplos de documentos de este tipo: El acuerdo entre las partes contribuyentes; procedimientos de supervisión y evaluación conjuntas, detalles de la gestión, examen conjunto y procedimientos de contabilidad, etc.)</i>	
N/A	
(d) Describa el proceso de supervisión independiente de los resultados del mecanismo de financiamiento común. <u>Describa asimismo</u> los resultados de las evaluaciones recientes del mecanismo de financiamiento común realizadas con arreglo a estos procesos. En particular, los solicitantes deberán explicar ampliamente los posibles resultados adversos y las medidas que se han adoptado para responder a los mismos. <i>Adjunte, en forma de anexo de su propuesta, la evaluación externa más reciente de las operaciones del mecanismo de financiamiento común.</i>	
N/A	
(e) Describa la evaluación realizada por el solicitante (incluyendo referencias a los criterios utilizados durante el proceso de evaluación) de la capacidad que tiene el mecanismo de financiamiento común para absorber los fondos adicionales obtenidos a través de esta propuesta y para supervisar de forma eficaz los trabajos propuestos. <i>Facilite información, en su caso, sobre los cambios que se hayan acordado con el mecanismo de financiamiento común como resultado de esta propuesta para garantizar que los fondos (una vez aprobados) se utilicen de una manera transparente, eficiente y oportuna.</i>	
N/A	
(f) Explique de qué forma contribuirán los fondos solicitados en esta propuesta (<i>en caso de ser aprobados</i>) a lograr productos y resultados que, de lo contrario, no contarían con el apoyo de los recursos de que dispone actualmente o dispondrá en el futuro el mecanismo de financiamiento común. <i>Si el mecanismo de financiamiento cubre otros elementos aparte de este componente, los solicitantes deben explicar el proceso mediante el cual garantizarán que los fondos solicitados sean utilizados para actividades relativas a la tuberculosis durante el período de la propuesta.</i>	
N/A	

4 Sección del componente *Tuberculosis*

4.4 Evaluación de las necesidades generales

Los productos y resultados previstos en esta propuesta (de ser aprobada) deben basarse en un análisis de las carencias financieras y programáticas de los planes/programas nacionales de prevención y control de la enfermedad.

Para ayudar a los solicitantes a identificar estas deficiencias:

Paso 1: En la **sección 4.4.1** se pide a los solicitantes que identifiquen las carencias de las principales áreas programáticas contempladas en esta propuesta y el **nivel de cobertura adicional que se solicita a través de la misma.**

Se trata de resumir únicamente las principales carencias. Aún así, los solicitantes deben describir las intervenciones/actividades concretas previstas en la propuesta (en la sección 4.6) y las metas e indicadores propuestos para evaluar los resultados durante el período de la propuestas en la “Tabla de metas e indicadores” del anexo A);

Paso 2: En la **sección 4.4.2** se pide a los solicitantes que describen las acciones estratégicas para fortalecer los sistemas de salud (“**Acciones estratégicas de FSS**”) que sean indispensables para conseguir los productos y resultados previstos en esta propuesta **y para identificar las ayudas solicitadas para estas acciones en esta propuesta.** Las Acciones estratégicas de FSS se explican con más detalle en las Directrices para la presentación de propuestas para la Séptima Convocatoria (sección 4.4.2). *En la sección 4.4.2 se pide también información sobre el nivel de apoyo actual y previsto para estas mismas acciones, y*

Paso 3: En la **sección 4.5** se pide a los solicitantes que identifiquen las necesidades financieras generales para la enfermedad, destinadas al país o países receptores de la propuesta. **En esta tabla se les pide que identifiquen,** en función de la enfermedad específica del país, **las necesidades financieras generales necesarias para prevenir y controlar la enfermedad. Por otro lado, en la “línea A” de la tabla 4.5. se deberían indicar las necesidades de los sistemas de salud específicas de cada enfermedad esenciales y del programa. En el resto de líneas de la tabla se deberían incluir también las necesidades del programa y de los sistemas de salud, en el caso de que sean esenciales para la prevención de la enfermedad y el plan de control.** *Se trata de resumir únicamente las necesidades financieras. Los solicitantes deben presentar una solicitud de presupuesto detallado por cada componente de enfermedad (en la sección 5) y resumir esta solicitud en la tabla 1.2.*

Para más información, consulte las secciones 4.4 y 4.5 de las Directrices para la presentación de propuestas.

4.4.1 Evaluación de las necesidades programáticas

4.4.1 Evaluación de las necesidades programáticas generales

- (a) **Describa, basándose en un Plan estratégico para el sector salud ya existente (o si no lo hubiera, en un análisis de las finalidades nacionales y/o regionales, así como de un análisis minucioso de los datos sobre el monitoreo de la enfermedad y las estimaciones de la población de los grupos destinatarios correspondientes a las estrategias de prevención y control), las necesidades programáticas generales indicando el número de personas que necesitan estos importantes servicios.** Indique las necesidades cuantitativas para entre tres y cinco servicios principales que se pretenda ofrecer para este componente de enfermedad (por ejemplo, tratamiento de observación directa a corto plazo contra la tuberculosis). Asimismo, especifique con claridad el porcentaje de estas necesidades que ya cubren (o cubrirán) fuentes nacionales u otros donantes durante el período completo de la propuesta.

Recuerde que este análisis de las deficiencias deberá utilizarse para rellenar la tabla de metas e indicadores de la sección 4.6. Cuando rellene esta sección, consulte la sección 4.4.1 de las Directrices para la presentación de propuestas.

Se han determinado 3 servicios principales que se pretenden ofrecer con esta propuesta:

4 Sección del componente *Tuberculosis*

1) Detección y diagnóstico de TB con enfoque intercultural para población indígena

En el 2006, 107.347 indígenas necesitaban acceder al servicio de detección y diagnóstico de TB, apoyado en un enfoque intercultural, de ellas, sólo 12.597 (12%) recibieron este servicio; por tanto la brecha es de 94.750 personas, proyectándose esta cifra a 111.519 para el 2012.

La propuesta pretende cubrir un 9% de las necesidades de la población indígena durante su primer año, luego en forma acumulativa, un 35% en el 2° año, un 58% en el 3°, 83% en el 4° año y 100% en el 5° año.

2) Tratamiento de TB con enfoque intercultural para población indígena

Para el año 2006 se estimaba que unas 719 personas precisaban el servicio de tratamiento, sin embargo, solo unas 561 personas lo recibieron. Por lo tanto, unas 157 personas no accedieron a este servicio. La proyección para el año 2012 muestra que este número habrá ascendido a 289. La propuesta pretende cubrir este servicio con un porcentaje idéntico al del servicio de detección y diagnóstico: un 9% de las necesidades de la población indígena durante su primer año, luego en forma acumulativa, un 35% en el 2° año, un 58% en el 3°, 83% en el 4° año y 100% en el 5° año

3) Detección y diagnóstico de TB de acuerdo a las normas nacionales en servicios de salud de la seguridad social

Para el año 2006 se estimaba que la población cubierta por las 3 instituciones (Instituto de Previsión Social, Sanidad Militar y Sanidad Policial) era de 1.201.829 personas, las cuales carecían de acceso a este servicio. Se prevé cubrir la brecha en forma creciente y acumulativa: 25% al 2° año, 50% en el 3°, 75% en el 4° y 100% en el 5°, llegando a una proyección de población cubierta de 1.334.400 personas para el 2012.

(b) **Rellene la tabla 4.4.1**

La tabla 4.4.1 está destinada a ayudar a los solicitantes a ilustrar con claridad las necesidades programáticas generales expresadas en el número de personas que requieren servicios clave. Los solicitantes deberán usar este análisis de deficiencias para rellenar la tabla de metas e indicadores del anexo A del formato de propuesta (véase la sección 4.6 de las Directrices para la presentación de propuestas).

Asimismo, facilite a continuación información relevante sobre los grupos de destinatarios y las posibles hipótesis, incluyendo el tamaño de dichos grupos.

Para el caso de la población indígena, se propone llegar al 100% de la población que habita ambas regiones geográficas (occidental y oriental) al final del 5° año del proyecto. Se asume que el crecimiento de la población indígena será aproximadamente igual al de la población general no indígena, es decir, 2,6% anual. El subregistro actual se estima en aproximadamente 30%. Este sector de la población se encuentra –por varias razones- entre las consideradas vulnerables y el número de casos de tuberculosis es considerablemente superior a los valores a nivel nacional (11 veces superior a los casos registrados en población no-indígena). Por esta razón se maneja la hipótesis de que si no se interviene de manera puntual y acorde a la realidad social y cultural de estos pueblos, el problema de la tuberculosis se agravaría en demasía previéndose un aumento anual de 15% de casos incidentes.

En el caso de la seguridad social se asume un crecimiento de la población cubierta por la misma como igual a la tasa nacional de crecimiento, considerando que la estructura económica no variará en sus parámetros fundamentales en los próximos años, incluida la tasa de formalidad de la economía. Teniendo en cuenta que en este sector están incluidos de forma obligatoria todos los trabajadores asalariados que prestan servicios o ejecutan alguna obra en virtud de un contrato de trabajo, verbal o escrito; cualquiera sea su edad y monto de la remuneración; y que los mismos constituyen el 6 a 10% de la población económicamente activa del país, se estima un aumento gradual de la cobertura de los servicios de control de tuberculosis en un 25% anual a partir del año 2. El número de casos por año para esta población se calculó considerando una tasa inicial de 35 x 100.000 habitantes anual; estimándose una detección de al menos 70% de los casos incidentes en esta población.

4 Sección del componente *Tuberculosis*

Cuando rellene esta tabla de información sobre servicios clave y zonas de prestación de servicios, consulte las Herramientas de M+E.

Nota importante: Para un mínimo de tres (y hasta un máximo de cinco) áreas de "servicios clave" objetivo de esta propuesta, indique el tamaño del grupo objetivo en la parte A de la tabla 4.4.1, y a continuación rellene las Partes B, C y D para la misma área de "servicios clave". [Por ejemplo, si los resultados del país previstos para 2012 es que 10.000 pacientes de tuberculosos seropositivos recibieron TPC durante el tratamiento de su tuberculosis (Parte A de la tabla), y el apoyo actual y previsto, incluyendo todas las ayudas actuales del Fondo Mundial y de otros donantes, se indicará que 3.000 pacientes recibirán TPC para 2012 (parte B de la tabla) y que la necesidad no cubierta será de 7.000 personas (parte C de la tabla). En la parte D de esta tabla, los solicitantes deben describir el grado de cobertura adicional de este servicio clave contemplado en esta propuesta.

Tabla 4.4.1 – Evaluación de las necesidades programáticas generales

		Análisis de las deficiencias programáticas							
		Real		Prevista					
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Parte A: Personas que NECESITAN los servicios clave (ej.: resultados del país previstos/deseados para 2012)									
Servicio clave 1	Detección y diagnóstico de TB con enfoque intercultural para población indígena	104547	107347	110238	113225	116311	119497	122795	126213
Servicio clave 2	Tratamiento de TB con enfoque intercultural para población indígena		719	827	951	1093	1257	1383	1521
Servicio clave 3	Detección y diagnóstico de TB en servicios de salud de la seguridad social		120182 ₉	122392 ₈	124602 ₉	126812 ₈	129022 ₄	131220 ₀	133440 ₀
Servicio clave 4									
Servicio clave 5									
Parte B: Número de personas QUE RECIBEN ACTUALMENTE o QUE SE PREVÉ QUE RECIBAN los servicios clave contemplados en esta propuesta con los recursos actuales o previstos:									
Servicio clave 1	Detección y diagnóstico de TB con enfoque intercultural para población indígena		12597	12925	13261	13605	13959	14322	14694
Servicio clave 2	Tratamiento de TB con enfoque	492	561	640	730	832	948	1081	1232

4 Sección del componente *Tuberculosis*

		Análisis de las deficiencias programáticas							
		Real		Prevista					
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
	intercultural para población indígena								
Servicio clave 3	Detección y diagnóstico de TB en servicios de salud de la seguridad social	0	0	0	0	0	0	0	0
Servicio clave 4									
Servicio clave 5									
Parte C: NECESIDADES TOTALES NO SATISFECHAS para personas que necesitan los servicios clave contemplados en esta propuesta (A1 – B1 = C1, A2 – B2 = C2 etc.)									
Servicio clave 1	Detección y diagnóstico de TB con enfoque intercultural para población indígena		94750	97313	99964	102716	105538	108473	111519
Servicio clave 2	Tratamiento de TB con enfoque intercultural para población indígena		157	187	221	261	309	302	289
Servicio clave 3	Detección y diagnóstico de TB en servicios de salud de la seguridad social		1201829	1223928	1246029	1268128	1290224	1312200	1334400
Servicio clave 4									
Servicio clave 5									
Parte D: PORCENTAJE DE LAS NECESIDADES NO SATISFECHAS QUE CUBRIRÁ ESTA PROPUESTA									
Servicio clave 1	Detección y diagnóstico de TB con enfoque intercultural para población indígena	<i>La información introducida en las columnas adyacentes deberá coincidir con las metas anuales para estos "servicios clave" de la "Tabla de metas</i>			9	35	58	83	100

4 Sección del componente *Tuberculosis*

		Análisis de las deficiencias programáticas							
		Real		Prevista					
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Servicio clave 2	Tratamiento de TB con enfoque intercultural para población indígena	<i>e indicadores" (anexo A) de la propuesta del solicitante.</i>			9	35	58	83	100
Servicio clave 3	Detección y diagnóstico de TB en servicios de salud de la seguridad social					25	50	75	100
Servicio clave 4									
Servicio clave 5									

4 Sección del componente *Tuberculosis*

4.4.2 Acciones estratégicas destinadas a fortalecer los sistemas de salud

Como se explica al principio de la sección 4.4, algunas “Acciones estratégicas de FSS” pueden resultar indispensables (dependiendo del contexto concreto del país) para la consecución de los productos y resultados contemplados en esta propuesta. Entre estas Acciones Estratégicas de FSS pueden encontrarse acciones para mejorar los resultados de la subvención, superar obstáculos actuales o previstos y/o apoyar y mantener la expansión/ampliación de las intervenciones destinadas a prevenir y controlar la enfermedad.

Por ello, el Fondo Mundial recomienda vivamente a los solicitantes que incluyan en su propuesta una solicitud de apoyo para las Acciones Estratégicas de FSS coordinadas con la estrategia nacional de control de la enfermedad.

Antes de rellenar esta sección, los solicitantes deben consultar la sección 4.4.2 de las Directrices para la presentación de propuestas para la Séptima Convocatoria, donde se facilita información mucho más detallada sobre las Acciones Estratégicas de FSS que pueden recibir fondos en la Séptima Convocatoria.

4.4.2 Descripción de las Acciones Estratégicas de FSS incluidas en este componente

(a) **Rellene la tabla 4.4.2 con la descripción de hasta cinco acciones** (copie la tabla tanta veces como sea necesario):

- (i) las **Acciones Estratégicas de FSS** que sean **indispensables para conseguir los productos y resultados previstos en este componente de enfermedad.**
- (ii) **la forma en que las acciones se relacionan con el trabajo previsto durante el período del programa y abordan** los puntos principales derivados del análisis del sistema de Salud mencionado en su respuesta a la pregunta 4.3.4;
- (iii) **las demás ayudas disponibles actualmente o previstas para las mismas acciones** a fin de lograr los productos y resultados previstos en esta propuesta.

Asegúrese de que las acciones estratégicas de FSS coincidan (en su caso) con el Plan Nacional de Desarrollo del Sector Salud y/o el Plan Estratégico de este sector y su calendario (compruebe también de que presenta este plan en forma de anexo de la propuesta como se solicita en la sección 4.3.1).

Para demostrar claramente la relación solicitada en el apartado (ii), los solicitantes deberán establecer una relación entre las Acciones Estratégicas de FSS propuestas y las finalidades concretas para la enfermedad y sus indicadores de impacto.

Consulte la información sobre los indicadores revisados para el FSS en la sección 4.4.2 de las Directrices para la presentación de propuestas. (En caso de que sólo se proponga una sola acción estratégica, los solicitantes deben incluir la justificación de esta decisión utilizando para ello la orientación que se ofrece en las Directrices para la presentación de propuestas.)

Recuerde ampliar la tabla para incluir hasta cinco Acciones Estratégicas de FSS.

4 Sección del componente *Tuberculosis*

Tabla 4.4.2A – Resumen de las Acciones Estratégicas de FSS esenciales solicitadas en la Séptima Convocatoria

4.4.2A Resumen de los fondos solicitados para las Acciones Estratégicas de FSS en la Séptima Convocatoria					
<p>En la siguiente tabla, resume el total de los fondos solicitados, para cada año, para las Acciones Estratégicas de FSS de esta propuesta para este componente de enfermedad. <i>Será la suma de la “Solicitud de Financiación” para cada año, para cada una de las Acciones Estratégicas de FSS incluidas en este componente de enfermedad, según se ha indicado en la tabla 4.4.2 (en la página siguiente, copiada para un total de hasta cinco Acciones Estratégicas de FSS). Se recuerda a los solicitantes que deben asegurarse de que las necesidades financieras globales (tabla 4.5) incluyan las necesidades específicas de los sistemas de salud esenciales y del programa para garantizar que en el análisis de deficiencias se reflejen todos los recursos disponibles, previstos y necesarios.</i></p>					
Total de fondos solicitados para las Acciones Estratégicas de FSS esenciales para el período de la propuesta					
Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Total

Tabla 4.4.2 – Resumen de las Acciones Estratégicas indispensables para esta propuesta

Acción 1	<i>(Descripción de la Acción Estratégica de FSS, su justificación y sus vínculos con esta propuesta – no más de media página para cada acción)</i>				
<p>Describa a continuación los productos/resultados previstos que se lograrán con estas Acciones Estratégicas de FSS durante el período de la propuesta, así como la cantidad <u>total</u> solicitada para cada año <i>(La información financiera concreta sobre los fondos solicitados debe incluirse en la sección 5 del presupuesto detallado).</i></p>					
Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	
Fondos solicitados para el año 1– Séptima Convocatoria	Fondos solicitados para el año 2– Séptima Convocatoria	Fondos solicitados para el año 3– Séptima Convocatoria	Fondos solicitados para el año 4– Séptima Convocatoria	Fondos solicitados para el año 5– Séptima Convocatoria	
<p>Describa a continuación las demás ayudas actuales y previstas para esta acción durante el período de la propuesta</p> <p><i>En la columna de la izquierda, introduzca el nombre de otros proveedores de fondos para acciones estratégicas de FSS. En las columnas restantes, facilite información sobre el tipo de los productos.</i></p>					
Nombre del proveedor de fondos ↓	Período de las ayudas para acciones de FSS	Nivel de las ayudas financieras otorgadas durante el período de la propuesta <i>(en la misma moneda que el resto de la propuesta)</i>	Resultados previstos de las ayudas actuales y previstas		
Gobierno					
Otras subvenciones del Fondo					

4 Sección del componente *Tuberculosis*

Mundial (con elementos de FSS)			
Otros: <i>(indíquese)</i>			
Otros: <i>(indíquese)</i>			
Otros: <i>(indíquese)</i>			
Otros: <i>(indíquese)</i>			

4.4.2. Acciones Estratégicas de FSS - continuación

Riesgos derivados de las ayudas para estas acciones y cuestiones intersectoriales

Se recomienda a los solicitantes que consulten las Directrices para la presentación de propuestas antes de rellenar los apartados (b) a (g) que figuran a continuación.

- (b) Describa sus observaciones sobre las implicaciones más amplias que tendrían las acciones estratégicas propuestas y sus posibles efectos sobre el funcionamiento y los resultados del sistema de Salud, las instituciones y partes interesadas principales, y otros programas de salud (indicando sus ventajas, desventajas, oportunidades y riesgos, o mediante un ejercicio similar). Describa en particular las posibles estrategias de atenuación de riesgos adoptadas en respuesta a las amenazas potenciales al sistema de Salud y las opciones propuestas para garantizar la sostenibilidad a largo plazo de las estrategias incorporadas en esta propuesta.

N/A

- (c) ¿Se han integrado Acciones Estratégicas de FSS transversales dentro de **este componente** que beneficien a otros componentes de enfermedad que **también** se han presentado para recibir fondos en la Séptima Convocatoria?

Sí
→ *rellene los apartados (d), (e) y (f)*

No
→ *pase a la sección 4.4.2(f)*

- (d) **Si ha respondido afirmativamente a la pregunta (c)**, presente una breve descripción de los componentes y de la forma en que las Acciones Estratégicas de FSS de este componente contribuirán a la consecución de los productos y resultados contemplados en los demás componentes.

N/A

4 Sección del componente *Tuberculosis*

(e)	<p>Si procede, presente una justificación pormenorizada (<i>con información clara sobre las relaciones directas con este componente de enfermedad</i>) de aquellas Acciones Estratégicas de FSS transversales de este componente que, en su opinión, deban financiarse incluso si uno o ambos (según el caso) de los demás componentes presentados en la Séptima Convocatoria no reciben una recomendación de financiamiento.</p> <p><i>(Máximo de dos páginas, incluyendo información resumida sobre las acciones y cantidades presupuestadas correspondientes. Compruebe que las cantidades presupuestadas para las Acciones Estratégicas de FSS se indiquen claramente en el presupuesto detallado que se exige en la sección 5 para este componente). Para más información, consulte la sección 4.4.2(d) de las Directrices para la presentación de propuestas.</i></p>	
N/A		
(f)	<p>¿Se han integrado Acciones Estratégicas de FSS transversales dentro de otro componente de su propuesta para la Séptima Convocatoria que beneficien a dicho componente?</p> <p><i>Los solicitantes deberán asegurarse de que en el presupuesto detallado de los demás componentes se indiquen claramente los costos de las Acciones Estratégicas de FSS. Asimismo, los solicitantes deberán asegurarse de que no se incluyan duplicaciones de costos en los diversos componentes.</i></p>	
		<input type="checkbox"/> Sí, Tuberculosis
		<input type="checkbox"/> Sí, Malaria
		<input type="checkbox"/> No
N/A		
(g)	<p>Capacidad de los MCP y los MCR para identificar cuestiones relacionadas con el Fortalecimiento de los Sistemas de Salud</p> <p>Describa a continuación cómo los MCP y los MCR de los países beneficiarios de esta propuesta se aseguran de que tienen, o bien están desarrollando y/o fortaleciendo, capacidad y experiencia con vistas a la identificación de puntos fuertes y débiles, amenazas y oportunidades en relación con el sistema de Salud relevante para los planes nacionales, a fin de prevenir y controlar la(s) enfermedad(es). Los solicitantes también deben indicar si ha habido algún cambio en la capacidad relativa de los MCP o los MCR desde la Sexta Convocatoria.</p> <p><i>→ Para más información, consulte las Directrices para la presentación de propuestas, sección 4.4.2 (g)</i></p>	
N/A		

4 Sección del componente *Tuberculosis*

4.5 Resumen de las necesidades financieras

4.5.1 Evaluación de las necesidades financieras generales

Basándose en el análisis de las finalidades y los objetivos nacionales para la prevención y el control de la enfermedad, describa las necesidades financieras generales específicas para la enfermedad. Incluya información sobre cómo se ha desarrollado este costo (por ejemplo, mediante estrategias nacionales costeadas, el marco de gastos a medio plazo, u otros). [Como se describe en el paso 3 de la sección 4.4, el análisis deberá recogerse toda inversión necesaria para acciones estratégicas de fortalecimiento de los sistemas de salud descritos en la sección 4.4.2.](#)

Resuma las necesidades financieras generales en la tabla 4.5.

Las estimaciones de las necesidades financieras específicas para combatir la enfermedad en este grupo de alto riesgo presentan algunas particularidades. En primer lugar, la novedad del proyecto. Desde el Estado nunca se realizó ningún proyecto con enfoque intercultural y con visita a la comunidad, por lo que recurrir estrictamente a costos históricos no reflejará toda la realidad. En segundo lugar, la disponibilidad de datos, en el caso de los grupos indígenas, limita aun más la calidad de las estimaciones que se puedan practicar. A pesar de las limitaciones mencionadas se pudieron hacer unas estimaciones basadas en algunas fuentes que, con sus limitaciones, pueden servir de marco de referencia a las necesidades financieras. Veamos dos de ellas.

Si bien desde el Estado nunca se atendió a la población indígena con el esquema propuesto del proyecto, un esquema análogo de atención ha sido implementado por la ASCIM desde hace unas décadas en un grupo significativo de comunidades indígenas que representan aproximadamente el 12% de la población actual. La mejor información con la que contamos es de 2006. En efecto, el costo de atención global de la salud por indígena fue US\$ 26,10, que constituye un marco de referencia importante de partida. Es la mejor información con la que se cuenta porque captura las dos principales características del proyecto actual: abordaje intercultural y atención en las comunidades. Adicionalmente, una proporción significativa de este costo se basa en el área de prevención (estimado en 60%) y una de las principales enfermedades se centran los esfuerzos es tuberculosis. Se trata de aproximadamente 91 comunidades atendidas y las distancias que se recorren son enormes en la zona del chaco central y que también forman buena parte de los costos.

Hay también diferencias que mencionar con relación al proyecto que se quiere implementar. En primer lugar, el enfoque es en salud integral no solo en tuberculosis. Por otro lado, ASCIM lleva al menos cuatro décadas trabajando y muchas inversiones que se han hecho en relación directa (salud) o indirecta (educación, caminos, etc.) no se reflejan en un costo anual en este presupuesto. Conviene destacar, igualmente, que la atención de ASCIM es integral y abarca también otras áreas como la educativa. Finalmente, los insumos (láminas, medicamentos) relacionados a la tuberculosis son proveídos por el PNCT y no se reflejan en el presupuesto.

En el otro extremo podemos tomar algunos presupuestos de algunas instituciones del Estado que atienden a los indígenas y que se pueden identificar con cierta seguridad. El Hospital del Indígena es el hospital que se encarga exclusivamente de la atención a los indígenas de todo el país, con excepción de aquellos beneficiados por la atención de ASCIM (12%). Según las estimaciones de los funcionarios encargados, un 30% de todas las atenciones del hospital son para pacientes con tuberculosis. Este hospital también se beneficia con remedios del PNCT. El hospital es un centro de atención receptiva, es decir, recibe a aquellos que pudieron llegar hasta su servicio.

La segunda institución del Estado, objeto de análisis es el PNCT. Las estimaciones que tenemos indican que de 100 pacientes nuevos que se atienden cada año, aproximadamente 18 son indígenas. Con este esquema de presupuestario se calculó el costo de esta estrategia por indígena que fue US\$ 2,38 en el 2006, cifra mucho más baja teniendo en cuenta los datos de ASCIM.

Cabe destacar que hay otras instituciones y/o presupuestos públicos que se destinan a la atención de los indígenas. En primer lugar, ASCIM recibe un aporte presupuestario del Estado paraguayo equivalente a US\$ 360 mil aproximadamente para el 2006. Sin embargo, el monto de atención destinado al sector salud no está disponible, ya que esta institución tiene varios servicios, entre ellos los educativos. El Instituto del Indígena también atiende a los indígenas en relación con la distribución de tierra, organización de sus comunidades y otras atenciones sociales con un presupuesto para el 2006 de aproximadamente US\$ 1,17 millones. No tiene atención en el área de salud, salvo intervenciones puntuales, aunque cuenta con una red de acceso a las comunidades donde trabaja.

4 Sección del componente *Tuberculosis*

Otras instituciones/instancias que están diseñadas para la población paraguaya en general, pero que también atienden a indígenas son: Dirección de Poblaciones Vulnerables del MSP y BS, Instituto de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente (INERAM), Centros de Atención de las 18 Regiones Sanitarias del país. Lógicamente, realizar una estimación presupuestaria del costo de atención en indígenas no fue estrictamente posible debido a la carencia de información exacta.

Teniendo en cuenta estos cálculos y estimaciones presupuestarias adicionales, se proyectaron dos tipos de costos en la atención a los indígenas en el nuevo proyecto. Por un lado la inversión en el enfoque intercultural (inversiones únicas en cada comunidad para el inicio del proyecto) se estimó en US\$ 25,1 por indígena. Por otro lado, se estimó en US\$ 9 por indígena el costo mantener el programa con este enfoque en los indígenas en los primeros cinco años del proyecto. Esta cifra es bastante baja si se compara con la de ASCIM (US\$ 26,10), pero sustancialmente más elevada de la que se gasta hoy en los servicios (US\$ 2,38). Luego del quinto año del proyecto se espera que el costo por indígena sea inferior a US\$ 9, pero sustancialmente mayor que US\$ 2,38.

Este incremento no se reflejará estrictamente en todo el presupuesto al menos por tres razones:

- En primer lugar, ya existen ONGs trabajando en muchas comunidades indígenas que este proyecto aprovechará para armar redes y montar alianzas que perduren luego del proyecto y hagan menos costosa la atención. Esto no se refleja financieramente porque es muy difícil medir.
- En segundo lugar, el trabajo a desarrollar con los indígenas incluye un emponderamiento para que ellos se involucren en primer lugar en la problemática de la enfermedad y luego consigan ayudas adicionales de las instituciones públicas regionales o locales. No es una cuestión imposible, ya que el INDI actualmente financia algunos desplazamientos a los indígenas como ser los traslados a un hospital.
- En tercer lugar, una vez que se hayan desarrollado las redes durante la vida del proyecto y se conozcan mejor las comunidades, se trabajará en la optimización de los gastos recurrentes relacionados.

En el caso de la alianza público-privada (PPM) en los servicios de la seguridad social la estimación de las necesidades se realizó en base a los costos del proyecto actual del FM en ejecución en lo relacionado principalmente a capacitación, ya que el proyecto vigente no contempla alianzas de este tipo.

De acuerdo con la información de referencia con la que contamos que es la ejecución presupuestaria del año 1 y 2 del proyecto aprobado en la tercera ronda del FM. Adicionalmente, la ejecución de las capacitaciones se realizó con la cobertura prevista en los servicios de salud que sale con un costo por población cubierta de US\$ 0,27. Esta cifra referencial es la que se proyecta en el marco de las necesidades financieras. No obstante, en el año 1 del proyecto futuro se aplica un monto global de inversión inicial que representa el diseño y elaboración de las capacitaciones (manuales, etc.) que no están bien representados en el proyecto actual (se elaboraron antes del proyecto actual).

La evaluación de las necesidades financieras generales, así como el presupuesto detallado del componente capitaliza las experiencias presupuestarias desarrolladas por el Receptor Principal del proyecto vigente ya que este lo será también del proyecto futuro. Por último, vale la pena señalar que las necesidades financieras generales se trabajaron de la manera más específica posible con relación al presupuesto.

Se anexa la brecha programática financiera (Anexo. Sección 4. Anexo 7); el presupuesto PNCT 2005-2007 (Anexo. Sección 4. Anexo 8); Presupuesto Hospital del Indígena 2007 (Anexo: Sección 4. Anexo 9) y el Informe ASCIM 2006 (Anexo: Sección 4. Anexo 10).

4 Sección del componente *Tuberculosis*

4.5.2 Fuentes actuales y previstas de financiamiento

(a) Fuentes nacionales

Describa las contribuciones financieras actuales y previstas de todas las fuentes nacionales pertinentes (inclusive préstamos y alivio de la carga de la deuda) relacionadas con este componente. Explique también el establecimiento de prioridades de dicho financiamiento para garantizar que los recursos se utilicen de forma eficaz y oportuna (por ejemplo, explique si se dispone de recursos nacionales importantes, como por ejemplo el alivio de la deuda a países pobres altamente endeudados (HIPC) u otros recursos con los que se cuente para respaldar las estrategias de prevención de la enfermedad y de control, y cómo se emplean eficazmente estos recursos).

En la tabla 4.5 resuma también dichas cantidades económicas para los años anteriores y siguientes, y en la Línea B, indique el total general.

El cálculo de las fuentes de financiamiento nacionales se hará en exclusiva relación a los objetivos del proyecto futuro (indígenas), ya que en realidad la totalidad de gastos del área de tuberculosis en la población general es mayor y más difícil de identificar.

El Paraguay no es beneficiario de las iniciativas de HIPC. Por lo tanto, todas las financiaciones en ese marco no se aplican. Las fuentes financieras nacionales que se pueden identificar con relativa facilidad corresponden al Hospital del Indígena y al PNCT. En menor medida se pudieron identificar otras como el costo de las regiones sanitarias y los del INERAM. La totalidad de financiación anual es US\$ 225,8 mil para el año 2006, único año para el que se tienen las mejores estimaciones. Para los demás años, se realizan unas proyecciones.

También el Estado Paraguayo tiene su aporte al esquema de financiación de ASCIM, pero es más complejo de identificar exactamente el monto para el sector salud de la institución y no lo recogemos por eso.

(b) Fuentes externas

Describa las contribuciones financieras actuales y previstas, anticipadas desde todas las fuentes externas pertinentes (incluyendo, a partir de la sección 1.6, subvenciones existentes del Fondo Mundial y otros fondos de donantes externos) relacionadas con este componente.

En la tabla 4.5 resuma también dichas cantidades económicas para los años anteriores y siguientes, y en la Línea C, indique el total general.

El cálculo de las fuentes de financiamiento externas se hará en exclusiva relación a los objetivos del proyecto futuro (indígenas), ya que en realidad el proyecto vigente del Fondo Mundial financia la lucha contra la tuberculosis pero con un esquema diferente del que aquí se propone. Por lo tanto incluir esas fuentes de financiamiento podría generar confusiones ya que el proyecto actual no financia ni financiará las iniciativas contempladas en el proyecto futuro.

4.5.3 Sinopsis las deficiencias financieras

En la tabla 4.5, línea E, indique el cálculo de la diferencia entre las necesidades globales estimadas (línea A, tabla 4.5) y los recursos actuales y previstos para este componente (línea D, tabla 4.5).

Esta tabla es sólo un resumen de las deficiencias de financiamiento global. En la sección 5, los solicitantes deberán aportar un presupuesto detallado (véase la sección 5) para determinar la cantidad solicitada en esta propuesta.

4 Sección del componente *Tuberculosis*

4.5.4 Adicionalidad

Describa la forma en que los recursos recibidos del Fondo Mundial complementarán los recursos existentes y previstos, y no serán un sustituto de los mismos. Describa los planes para garantizar que esto seguirá siendo así durante todo el período de la propuesta.

La atención a los indígenas en el área de salud y, particularmente, tuberculosis se centra en la recepción de pacientes que pueden acudir a los centros de atención médica. Esa es la orientación que tiene el Hospital del Indígena, el PNCT y las regiones sanitarias donde se trabaja con pacientes con tuberculosis. Esa infraestructura ya funciona y, en el caso del Hospital Indígena, especialmente, está bien financiada y su presupuesto ha ido aumentando de manera importante cada año.

El proyecto futuro construirá sobre esta infraestructura especialmente de recursos humanos que actualmente tiene el Estado dotándola del componente intercultural y del enfoque de atención en las comunidades indígenas. Es un desafío enteramente distinto y con razonable esperanza de éxito a juzgar por la experiencia de ASCIM.

Hay consenso en la administración pública de que hay partidas presupuestarias que ya se financiarán exclusivamente con fuentes nacionales. En primer lugar, los recursos humanos serán del sector público que ya hoy están trabajando. En segundo lugar, los medicamentos son financiados exclusivamente por el Estado y no se contempla en el proyecto futuro ninguna financiación para el efecto. Por último, los indígenas han conseguido organizarse mejor en los últimos años para reclamar más y mejor atención y eso se ha visto reflejado en el incremento de las partidas presupuestarias del Hospital Indígena. Por esta razón, entre otras, el proyecto no contempla inversiones en los sistemas sanitarios, salvo pequeñas mejoras complementarias contempladas en el presupuesto detallado.

4.5.5 Estrategia para lograr la sostenibilidad

Describa las estrategias y los planteamientos que se adoptarán durante todo el período de la propuesta para garantizar la posibilidad de que las intervenciones/actividades iniciadas y/o ampliadas por esta propuesta sean sostenibles (y continúen siéndolo) una vez concluido el período de la propuesta. (Véase la sección 4.5.5 de las Directrices para la presentación de propuestas.)

Nota → No es necesario que los solicitantes demuestren autosuficiencia económica para las intervenciones previstas para el final de período de la propuesta. En cambio, en su descripción deberían incluir una explicación de qué van a hacer el país o los países receptores de la propuesta para abordar su capacidad para absorber el aumento de recursos y los gastos recurrentes, y cómo pretenden los marcos nacionales de planificación aumentar los recursos financieros y no financieros para garantizar una prevención y un control efectivos de la(s) enfermedad(es).

La sostenibilidad de la propuesta desde el punto de vista técnica estará garantizada por:

- El mantenimiento de las estrategias de abordaje con enfoque intercultural, por parte del personal de salud de los distintos servicios,
- El fortalecimiento de las capacidades técnicas de los equipos locales,
- El fortalecimiento de las capacidades institucionales de coordinación en el marco del trabajo en redes que integren a las organizaciones civiles, así como la creación o fortalecimiento –a partir de esto– de los Consejos Nacionales de Salud considerados en el Sistema Nacional de Salud,
- El empoderamiento comunitario para el desempeño de roles referentes a tareas de detección y tratamiento de la enfermedad,
- Desarrollo de la capacidad de contraloría ciudadana por parte de las comunidades beneficiadas y las instituciones de apoyo.

El eje de la sostenibilidad del proyecto se basa en utilizar lo mejor posible la infraestructura ya existente del sector público: sistema de salud pública y recursos humanos. Por esta razón los gastos de recursos humanos en el proyecto futuro están estrictamente relacionados con los objetivos y estos desaparecen una vez terminado el proyecto. Los funcionarios públicos se beneficiarán con la capacitación en enfoque intercultural y esa capacidad quedará en el sector público.

Los únicos gastos recurrentes que permanecen luego de la vida del proyecto son los de coordinación y supervisión (viáticos y movilidad especialmente). Ahora bien, estos son importantes y deberán sostenerse para asegurar la eficacia futura de la atención de tuberculosis en poblaciones indígenas.

Con relación a esto se planearon algunas estrategias de acción:

4 Sección del componente *Tuberculosis*

El proyecto contempla una estrategia de trabajo con Organizaciones de la sociedad civil y con los Consejos Locales de Salud. Trabajando dispersamente con los indígenas en diferentes temas existe un conjunto de personas privadas y ONGs con los cuales se trabajará y se aprovechará para llegar a las comunidades indígenas y aprovechará su trabajo para incluir tuberculosis en su agenda. De tal manera que sea un esfuerzo adicional que no requiera grandes inversiones y que sea fácilmente sostenible en el futuro con un mínimo de coordinación. Algunas comunidades son atendidas por personas religiosas que hacen un servicio voluntario y que bien capacitadas pueden dar mayor sostenibilidad a esta iniciativa.

Desde el punto de vista financiero se contempla una estrategia de emponderamiento de las organizaciones indígenas para concienciar sobre los problemas de tuberculosis y procurar pequeños incrementos presupuestarios para los gastos recurrentes y/o la búsqueda de otros donantes que incluso podrían provenir de las mismas OSCs que ya están trabajando en las comunidades. Los gastos recurrentes más importantes deben ser gradualmente asumidos por los presupuestos regionales (Regiones Sanitarias, Gobernaciones y Municipios) y para este efecto se contemplan actividades de Abogacía también por parte del MCP. También se contempla que una vez hecho el trabajo de coordinación de atención e instalada la capacidad se estima que los costos de coordinación y supervisión serán más eficientes y más bajos. Por último también se prevé un incremento presupuestario nacional por encima del vegetativo para atender estos costos. Nótese que los costos del proyecto se estabilizan a partir del año 4, pero las coberturas en términos de comunidades siguen aumentando hasta el último año del proyecto.

En el caso de las alianzas PPM se trata prácticamente de una inversión en capacitación del recurso humano durante la vida del proyecto y estos no generan un gasto recurrente, ni tampoco contrataciones adicionales de recursos humanos, más allá de la vida del proyecto.

4 Sección del componente *Tuberculosis*

Tabla 4.5 - Contribuciones financieras para la respuesta nacional

Análisis de las deficiencias financieras <i>(use la misma moneda seleccionada en la sección 1.1)</i>								
<i>Consulte las instrucciones de la sección 4.4., paso 3</i>	Real		Planificado		Estimado			
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Línea A → Costos de las necesidades globales específicas de la enfermedad incluidas las necesidades esenciales de los sistemas de salud específicos de la enfermedad	N/D	554.562	568.948	1.714.985	1.746.532	2.014.738	2.017.590	2.246.300
Fuente nacional B1 : Préstamos y alivio de la deuda <i>(indique el nombre del donante)</i>								
Fuente nacional B2 : Recursos de financiación nacional	N/D	225.768	231.606	238.193	244.725	251.473	289.194	361.493
Fuente nacional B3 : Contribuciones del sector privado (nacional)		328.794	337.342	346.101	355.099	364.332	373.804	383.523
Total de las entradas de la línea B → Total de recursos nacionales actuales y previstos		554.562	568.948	584.294	599.824	615.805	662.999	745.016
Fuente externa C1 : Todas las del Fondo Mundial actuales y previstas	905.275 incluye fondos recibidos en noviembre del 2.004	289.627	534.881	534.881	534.881			
Fuente externa C2 <i>(indique el nombre del donante)</i>								
Fuente externa C3 <i>(indique el nombre del donante)</i>								

4 Sección del componente *Tuberculosis*

Análisis de las deficiencias financieras <i>(use la misma moneda seleccionada en la sección 1.1)</i>								
<i>Consulte las instrucciones de la sección 4.4., paso 3</i>	Real		Planificado		Estimado			
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Fuente externa C4: Subvenciones/ contribuciones del sector privado (internacional)								
Total de las entradas de la línea C → Total de recursos externos actuales y previstos	905.275 incluye fondos recibidos en noviembre del 2.004	289.627	534.881	534.881	534.881			
Línea D → Total de recursos actuales y previstos (ej. línea D = total línea B + total línea C)	905.275 incluye fondos recibidos en noviembre del 2.004	844.189	1.103.829	1.119.175	1.134.705	615.805	662.999	745.016
Línea E → Total de la diferencia no cubierta (Línea A – Línea D)		264.935	34.067	1.180.104	611.827	1.398.933	1.354.591	1.501.284
<i>La tabla de arriba se ofrece a efectos de planificación a fin de determinar la cuantía máxima de las necesidades de financiamiento. El Fondo Mundial entiende que el período de la propuesta (si fuese aprobada) podrá no limitarse a años naturales, dependiendo de la fecha de comienzo del acuerdo de subvención que se firme.</i>								

4 Sección del componente *Tuberculosis*

4.6 Estrategia de ejecución/componente tuberculosis

Esta sección describe el planteamiento estratégico de la propuesta y las actividades para las que se requiere apoyo durante el período de la propuesta. La sección 4.6 contiene información importante sobre las finalidades, los objetivos, las áreas y actividades de prestación de servicios así como los indicadores que se utilizarán para medir el desempeño. Para más información sobre los requisitos de esta sección, consulte la sección 4.6 de las Directrices para la presentación de propuestas.

Para la sección 4.6, todos los solicitantes deberán presentar lo siguiente para cada componente de enfermedad:

1. Una **Tabla de metas e indicadores** → Se incluye como **anexo A** al formato de propuesta. *Al establecer las metas en esta tabla, **remítase claramente al análisis de necesidades programáticas de la sección 4.4.** Todos las metas deberán ser medibles y deberán identificar la base de referencia actual. **Es importante indicar que esta tabla se utilizará para medir los resultados del programa durante todo el período de la propuesta.** Si desea conocer las definiciones de los términos utilizados en esta tabla, consulte la “Nota explicativa” de la primera página del “anexo A” (tabla de metas e indicadores) del formato de propuesta. Consulte la sección 4.6 de las Directrices para la presentación de propuestas.*

y

2. Un **Plan de trabajo** → que debe cumplir los siguientes requisitos. *Consulte la sección 4.6 de las Directrices para la presentación de propuestas.*
 - a. *Está estructurado del mismo modo que la estrategia del componente, es decir, refleja las mismas finalidades, objetivos, áreas de prestación de servicios y actividades.*
 - b. *Abarca únicamente los dos primeros años del período de la propuesta y es:*
 - i. **concreto con respecto al año 1; con información desglosada por trimestres;**
 - ii. **orientativo para el año 2, con información al menos cada semestre.**
 - c. **Es coherente con la tabla de metas e indicadores** (anexo A del formato de propuesta) arriba indicada.

Tenga en cuenta que también es necesario presentar otros documentos para que la solicitud de financiamiento de la Convocatoria 7 esté completa. Se recomienda a los solicitantes que utilicen una lista de comprobación por cada enfermedad después de rellenar la sección 5 para asegurarse así de que se adjuntan todos los documentos necesarios en la propuesta presentada al Fondo Mundial.



INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA LOS SOLICITANTES QUE VUELVAN A PRESENTAR UNA PROPUESTA NO APROBADA DE LA QUINTA O SEXTA CONVOCATORIA PARA EL MISMO COMPONENTE DE ENFERMEDAD

4 Sección del componente *Tuberculosis*

4.6.1 Nueva presentación de una propuesta no aprobada de Quinta y/o Sexta Convocatoria

Si se trata de una propuesta que ya fue presentada para el mismo componente de enfermedad en la Quinta o Sexta Convocatoria y que no fue aprobada, **adjunte el “Formato de Revisión del PRT”** que el Fondo Mundial entregó al solicitante tras la decisión de la Junta Directiva de las convocatorias anteriores.

(Los formatos de revisión del PRT deberán indicarse como anexo a la propuesta en la lista de comprobación incluida al final de la sección 5 de este componente de enfermedad).

En la sección siguiente, describa los ajustes específicos que se han realizado a esta propuesta teniendo en cuenta cada uno de los “puntos débiles” señalados por el PRT en el “Formato de Revisión del PRT”.

(Máximo: dos páginas. Los solicitantes deberán asegurarse de indicar claramente a qué propuesta anterior se refieren, así como las medidas concretas que se han adoptado para solucionar las cuestiones planteadas por el PRT. Los solicitantes deberán detallar los aspectos que se han reforzado en esta propuesta con respecto a la propuesta anterior que no fue aprobada).

N/A

4.6.2 Finalidades, objetivos y áreas de prestación de servicio

Remitiéndose a su evaluación de las necesidades totales de la sección 4.4.1, ofrezca un resumen de la finalidad o finalidades, los objetivos y las áreas de prestación de servicios de la propuesta.

*(La información aportada **será un resumen de un máximo de una página** y los solicitantes deberán ofrecer **información cuantitativa detallada en el anexo A (“tabla de metas e indicadores”) del formato de propuesta**)*

La finalidad de la propuesta actual es contribuir a disminuir la incidencia, prevalencia y mortalidad por tuberculosis entre la población indígena del Paraguay y entre la población cubierta por las instituciones de la seguridad social. Los Objetivos son:

1) Aumentar el acceso universal por medio de una diagnóstico de calidad en las comunidades indígenas que incorpore el enfoque intercultural.

Resultados esperados:

Area de prestación de servicios: Grupo de alto riesgo. Comunidades indígenas.

- R1.2 Al finalizar el 5° año, y durante el periodo de ejecución del proyecto, se habrá diagnosticado al menos 2700 casos nuevos de tuberculosis
- R1.2 Al final del 5° año, se habrán establecido 1.056 unidades de diagnóstico y habrá igual número de voluntarios capacitados con abordaje intercultural para el diagnóstico en comunidades indígenas

2) Mitigar el efecto socio-económico y cultural en los individuos y en la comunidad entre la población indígena proporcionando tratamiento centrado en el paciente.

Resultados esperados:

Area de prestación de servicios: Grupo de alto riesgo. Comunidades indígenas.

- R2.1 A partir del 2° año, la tasa de éxito del tratamiento será de al menos 85% en los casos de tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva captados durante el año anterior.
- R2.2 Se habrá logrado la conversión o negativización de la baciloscopia de esputo en un 80% de los pacientes ingresados a tratamiento supervisado a partir del primer año del proyecto.

3) Proteger de la tuberculosis a las poblaciones indígenas fortaleciendo las acciones de abogacía, comunicación y movilización social con un enfoque intercultural y con empoderamiento de la sociedad civil.

Resultados esperados:

Area de prestación de servicios: Grupo de alto riesgo. Comunidades indígenas.

- R3.1 Al final del 2° año del proyecto habrá 380 personas capacitadas en comunicación con enfoque intercultural para poner en marcha la estrategia, es decir, al menos a 1 persona de cada uno de los servicios con comunidades indígenas en su área y de cada una de las ONG que trabajan con población indígena.
- R3.2 Al final del 1er año se habrán producido 30 cuñas de radio, y a partir del segundo año, todos los años siguientes se habrán transmitido en cada una de las 14 regiones sanitarias que tienen población indígena, en las lenguas de las respectivas etnias.
- R3.3 Al finalizar el 5° año de la propuesta, se habrán integrado en forma progresiva a representantes de comunidades indígenas a espacios de decisión de nivel subnacional, comenzando con 3 en el 1er año, hasta

4 Sección del componente *Tuberculosis*

completarse las 14 regiones sanitarias con población indígena en el 5° año.

4) Extender la estrategia Alto a la tuberculosis de modo que todos los proveedores de atención de salud de la seguridad social (Instituto de Previsión Social, Sanidad Militar, Sanidad Policial) la apliquen a su población beneficiaria.

Resultados esperados:

Area de prestación de servicios: Alianza Público-Público.

- R4.1 Al cuarto año del proyecto, las instituciones de la seguridad social habrán llevado la cobertura de la estrategia Alto a la Tuberculosis a 100% de los asegurados, la que se mantendrá durante el quinto año. R4.2 Al final del 5° año se detectará al menos 70% de los casos nuevos entre los asegurados por la seguridad social.
- R4.2. A partir del 2° año de ejecución del proyecto, la tasa de éxito del tratamiento será de al menos 85% en los casos de tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva ingresados durante el año anterior.

Los componentes transversales de la propuesta y de cada objetivo están focalizados en la promoción de los derechos humanos, la igualdad de género, la reducción del estigma y la discriminación social. Además, para la ejecución de esta propuesta se fortalecerán Alianzas entre los sectores público y privado, las organizaciones de la sociedad civil y las organizaciones que trabajan con comunidades indígenas. Se espera que al final del proyecto quede instalada una provisión de servicio de detección, diagnóstico y supervisión de tratamiento, en forma descentralizada y con enfoque intercultural.

4.6.3 Intervenciones específicas, grupos objetivo e igualdad

(a) Intervenciones/actividades específicas respaldadas por esta propuesta

Explique de forma clara y detallada las actividades que se realizarán dentro de cada área de prestación de servicios para cada objetivo. Incluya un resumen de todas las actividades propuestas, cómo se ejecutará y por quién.

(Si se han planificado medidas para fortalecer los sistemas de salud, los solicitantes han de facilitar también información adicional en la sección 4.6.2.)

Las principales actividades e intervenciones respaldadas por esta propuesta se detallan en el Anexo: Sección 4, Anexo 11.

(b) Grupos objetivo

Describa los grupos objetivo (y, si procede, los motivos para la inclusión o exclusión de determinados grupos). Explique también la forma en que los grupos objetivo participaron en la planificación, ejecución y evaluación de la propuesta antes de su presentación al Fondo Mundial. Describa el impacto que tendrá el programa en estos grupos.

El grupo objetivo corresponde es toda la población indígena del Paraguay. En la región oriental predominan las comunidades pertenecientes a la familia lingüística Guaraní, y en la occidental, principalmente las comunidades que forman parte de los troncos lingüísticos Mataco-mataguayo, Lengua-maskoy, Zamuco y Guaicuru (éste último el minoritario).

La participación de estos grupos de población en la planificación, ejecución y evaluación de la propuesta, se dio a través de referentes calificados, tanto del sector público (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, a través del Departamento de Poblaciones Vulnerables, el Programa Nacional de Control de Tuberculosis y el Hospital del Indígena, y el Instituto Paraguayo del Indígena), como del privado (organizaciones civiles, como por ejemplo la Asociación de Servicios de Cooperación Indígena – Menonita).

El impacto que se espera tendrá el programa será el acceso universal a la protección de estos pueblos contra la tuberculosis; mejorando con ello su calidad y esperanza de vida. Asimismo, los grupos objetivos se beneficiarán, por un lado, de acciones de mitigación del impacto de la tuberculosis y de un cambio en su calidad de vida, y por otro, den un mejor acercamiento multilateral entre las culturas indígenas y no indígenas, que redundaría en

4 Sección del componente *Tuberculosis*

beneficio que van más allá de los estrictamente sanitarios.

(c) Acceso a los servicios en condiciones de igualdad

Describa cómo se garantizarán los principios de equidad al seleccionar a los pacientes que tendrán acceso a los servicios, especialmente si la propuesta incluye servicios que alcanzarán sólo a una parte de la población que los necesita (por ejemplo, los programas de terapia antirretrovírica).

Dado que esta propuesta tiene por finalidad asegurar los servicios a todas las poblaciones indígenas del país, la equidad estará intrínsecamente garantizada. Asimismo, al usar el abordaje intercultural, que reconoce la diversidad y riqueza cultural de los diferentes grupos y promueve el reconocimiento y respeto mutuo entre culturas diferentes, se instituirá una modalidad de trabajo que de por sí contribuye a la equidad y a la sostenibilidad de las acciones.

En el caso de los asegurados del Seguro Social, la equidad estará garantizada por que la propuesta contempla el universo de población cubierta por este tipo de prestación de servicios.

(d) Desigualdades sociales objetivo de esta propuesta

Explique cómo aborda esta propuesta las necesidades de los grupos marginales específicos del país o los países beneficiarios de la misma. *Por ejemplo, si su propuesta se dirige a un género, grupo de edad u otro grupo demográfico actualmente excluido o infra-representado en las actividades de prestación de servicios actuales, indíquelo y describa la forma en que dichos grupos pasarán a ser objetivo.*

Asegúrese de que incluye las metas y los indicadores adecuados para monitorear los resultados en función de las tres estrategias en el "Anexo A" (Tabla de Metas e Indicadores).

Los pueblos indígenas en el Paraguay han sido históricamente excluidos, principalmente por medio de discriminación cultural, cuya reivindicación se traduce en una larga lucha, apoyada en algunos casos por referentes y organizaciones de la sociedad civil.

En los últimos tiempos han surgido varias iniciativas pero sin eco favorable en las políticas públicas del sector, por lo que en muchos casos la situación de pobreza de la población indígena se ha recrudecido y con ello su vulnerabilidad a las enfermedades, entre ellas la tuberculosis.

En el caso de la salud, el principal problema radica en aspectos culturales relacionados con el concepto indígena de las enfermedades y su curación, que en la mayoría de los casos va íntimamente ligado a aspectos espirituales, y en el rechazo de esta visión por la cultura occidental, donde dichas consideraciones son tomadas con menosprecio sin tratar de entender los conceptos y códigos de culturas diferentes, afecta la eficacia del trabajo en salud para este sector.

La Propuesta contempla trabajar fundamentalmente con la población indígena debido a la necesidad de extender la cobertura de protección contra la tuberculosis, sobre todo en estos pueblos altamente marginados, con difícil acceso a los servicios de salud y con la mayoría de sus necesidades básicas insatisfechas. La propuesta tiene por objeto la prevención y control de la tuberculosis con aporte antropológico para lograr el enfoque intercultural que permitía socializar el conocimiento de otras culturas y el desarrollo de capacidades de observación y empatía (principalmente los médicos y personal de salud) para ver con otra óptica, sin desmedro ni prejuicios, las particularidades culturales de los grupos étnicos y sus comunidades.

(e) Estigma y discriminación

Describa cómo contribuirá esta propuesta a reducir el estigma y la discriminación que sufren las personas que viven con o que están afectadas por VIH/SIDA, tuberculosis y/o malaria, según corresponda, y otros tipos de estigma y discriminación que facilitan la propagación de estas enfermedades.

El estigma entre las poblaciones indígenas se da a varios niveles, el primero, de carácter general, es intrínseco al hecho de ser indígena. Por otra parte, con respecto a la tuberculosis, el estigma alcanza al enfermo y se genera en el seno familiar y de la propia comunidad. Lo último surge del hecho que la población indígena ve la tuberculosis no como una enfermedad, sino como producto de aspectos espirituales (hechizo de algún curandero o chaman) La cura de la enfermedad se ve en los mismos términos.

Para revertir dicha situación, de aprobarse esta propuesta, los recursos se utilizarán para que los profesionales de la

4 Sección del componente *Tuberculosis*

salud aprendan e incorporen en su quehacer los conceptos del enfoque intercultural, para lo cual recibirán capacitación. De esta manera, dispondrán de herramientas para manejar los códigos y signos de las diferentes culturas, y podrán entender la cosmovisión de dichos grupos étnicos. Todo ello permitirá generar un escenario en el cual las relaciones, especialmente en lo referente a tuberculosis, se basen en el respeto mutuo.

Se propone un plan de trabajo que desde el inicio se desarrolle con los propios afectados, y sus referentes comunitarios (líderes, dirigentes, chamanes, maestros), a fin de involucrarlos a los últimos en la implementación del proyecto. Esto permitirá mejorar la detección y tratamiento de la tuberculosis y socializar ampliamente el tema, lo que facilitará el seguimiento del enfermo con apoyo de la familia extendida y de la propia comunidad.

Esta acción será apoyada (en forma de cooperación y/o alianzas) por las redes de salud (locales, regionales y nacionales), las organizaciones civiles, religiosas y otras instituciones vinculadas a las comunidades y pueblos indígenas.

Vínculos con otros programas

4.6.4 Resultados de las subvenciones actuales del Fondo Mundial y vínculos con ellas

- (a) Si esta propuesta solicita financiamiento para los mismos "Servicios clave" o intervenciones financiadas por subvenciones anteriores del Fondo Mundial (incluidas las subvenciones sin firmar de la Convocatoria 6), explique los motivos **de forma detallada**.

*Para rellenar esta sección, los solicitantes deberán remitirse específicamente a la tabla de análisis de deficiencias programático de la sección 4.4, y deberán indicar claramente si las finalidades, los objetivos y las áreas de prestación de servicio en esta propuesta suponen una **ampliación de los productos y los resultados planificados** ya financiados mediante subvenciones anteriores del Fondo Mundial, **complementarias** pero sin solaparse con las intervenciones, o intervenciones **nuevas e independientes**. Se recomienda a los solicitantes que incluyan un diagrama para explicar las intervenciones que constituyan una ampliación, en los casos que proceda.*

Se recomienda a los solicitantes que incluyan en esta sección comentarios sobre cualquier volumen significativo de fondos no desembolsados por subvenciones anteriores del Fondo Mundial (incluidas las cantidades de la "fase 2" cuya disposición está prevista). Deberá explicarse el motivo o los motivos por los que una subvención de la Convocatoria 6 sigue sin firmar en el momento de presentación de esta propuesta..

Esta propuesta no solicita financiamiento para los mismos servicios clave que actualmente financia el subsidio del Fondo Mundial para tuberculosis en Paraguay. Ese último, de la Tercera Ronda, tenía por objeto crear las condiciones para aplicar TAES en los servicios de salud pública. La presente Propuesta tiene el propósito de beneficiar a las poblaciones indígenas del país con la aplicación de la estrategia Alto ala Tuberculosis, es decir, proporcionando servicios de detección, diagnóstico y tratamiento a esa población. Asimismo, tiene por objeto ampliar la cobertura de los servicios de prevención y control de la tuberculosis por medio de la estrategia DOTS en los servicios de salud de la seguridad social y lograr que tales servicios sigan las pautas nacionales de tratamiento de la enfermedad

- (b) Cuando esta propuesta tenga vínculos con intervenciones planificadas ya financiadas por subvenciones del Fondo Mundial, **describa, mediante referencia a la información generada con respecto a las subvenciones existentes****, cómo se han incorporado a la estrategia de ejecución de esta propuesta los obstáculos y las lecciones aprendidas de la ejecución para garantizar la viabilidad general de las intervenciones planificadas (**máximo: una página**).

*(**Los solicitantes deberán hacer referencia, por ejemplo, a los "Informes de progreso y solicitudes de desembolso" de un receptor principal, o a la tarjeta de puntuación de subvenciones publicada por el Fondo Mundial cuando una subvención ha completado la Fase 1).*

Si bien el subsidio obtenido en la Tercera Ronda y actualmente en ejecución apunta a una población y servicios diferentes de la actual Propuesta, las lecciones aprendidas en la ejecución de la primera se incorporaron en la última. Por ejemplo, la participación de una amplia variedad de actores de diversos sectores en la planificación, seguimiento y evaluación del programa facilita su implementación y el avance hacia los objetivos; también

4 Sección del componente *Tuberculosis*

contribuye a la sostenibilidad creando las condiciones para ello. Asimismo, el diseño con enfoque sociocultural de los programas se diseñen garantiza el éxito de las acciones.

El empoderamiento de la población beneficiaria del proyecto, le permite participar activamente de los procesos, discusiones y soluciones al problema.

4.6.5 Resultados del financiamiento de otros donantes para la misma enfermedad y vínculos con la misma

Incluya un resumen de los logros principales (por lo que respecta a los resultados y al impacto de la enfermedad) que están previstos durante el mismo plazo de esta propuesta con el financiamiento de otros donantes externos, ya sean bilaterales o multilaterales. Describa también si existen obstáculos importantes para la ejecución en las subvenciones/programas que puedan ser importantes para la estrategia de ejecución de esta propuesta, y si así fuera, qué medidas se van a adoptar para hacer frente a los mismos.

La Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI) desde 2006 se encuentra apoyando un proyecto de atención integral para enfermedades prevalentes en 45 comunidades y aldeas indígenas del departamento de Boquerón, cubriendo 7 etnias diferentes e incorporando el enfoque intercultural. A la fecha se han realizados las capacitaciones de los profesionales de salud del nivel regional (departamental) en el enfoque intercultural y se está realizando el acompañamiento antropológico para incorporar este enfoque en los planes y estrategias locales. En un total de cuatro de 45 comunidades se ha logrado un acercamiento entre la comunidad indígena y los prestadores de salud para elaborar los planes operativos locales; se han creado las bases y condiciones para el funcionamiento de la escuela para técnicos en salud indígena; se ha iniciado el proceso para ahondar en la gestión intercultural de la salud entre ambos sectores (los beneficiarios y prestadores). Se puso en evidencia la necesidad de fortalecer las capacidades técnicas locales -desde el auxiliar de salud hasta el médico, lo cual dio origen a esta propuesta .

Contribuciones del sector privado

4.6.6 Contribuciones del sector privado:

- (a) Si se pretende que el sector privado sea un participante/coinversionista de los objetivos globales de esta propuesta, indique a continuación un resumen de las contribuciones principales (financieras o no) anticipadas por el sector privado durante el período de la propuesta y explique por qué dichas contribuciones son importantes para lograr los resultados y los productos.

→ En las Directrices hallará la **definición del sector privado** y varios ejemplos de los tipos de contribuciones financieras y no financieras del sector privado en el marco de una asociación común de inversión.

N/A

- (b) En cuanto al grupo o grupos de población en los que se centrará la asociación común de inversión del sector privado, indique en la tabla que se incluye a continuación la cuantía anual de la contribución anticipada. (Para las contribuciones no financieras, procure indicar, si es posible, un valor monetario, y, como mínimo, una descripción de dicha contribución.)

Tamaño del grupo de población en el que se centra

la contribución del sector privado →

En las Directrices hallará ejemplos de "Descripción de la Contribución".

** Añada líneas adicionales si lo necesita para identificar a todos los participantes principales del sector privado

Valor de la contribución

(use la misma moneda que la seleccionada en la sección 1.1)

4 Sección del componente *Tuberculosis*

** Nombre del participante del sector privado	Descripción de la contribución <i>(en palabras)</i>	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Total

4 Sección del componente *Tuberculosis*

4.7 Información del receptor principal

En esta sección los solicitantes deben describir los acuerdos de ejecución propuestos, e incluir la designación del receptor principal (o los receptores principales). Para más información, consulte las Directrices para la presentación de propuestas, sección 4.7.

Cuando el solicitante sea una Organización Regional, o un solicitante que no sea miembro de un MCP, el término "Receptor Principal" hará referencia a la organización ejecutora.

El solicitante podrá designar uno o varios Receptores Principales para la ejecución e informar al Fondo Mundial durante el período de la propuesta.

Para poder optar al financiamiento de la Séptima Convocatoria los MCP, MCP subnacional y MCR solicitantes deberán asegurarse de que los receptores principales hayan sido **seleccionados de forma transparente** (consulte la sección 3A.4.5 de este formato de propuesta)

Tabla 4.7: Receptores Principales designados

Indique si la ejecución será gestionada por uno o varios Receptores Principales	<input checked="" type="checkbox"/> Uno
	<input type="checkbox"/> Varios

Responsabilidad de ejecución			
Nombre de Receptores Principales designados	Sector representado	Nombre de la persona de contacto	Dirección, teléfono, números de fax y correo electrónico
ALTER VIDA	ONG	Miryan Caballero de Espínola	Itapúa 1372 – Telefono: 595 – 21 – 298.842/3; Fax: 595 – 21 – 298.845; tbc@altervida.org.py

4.8 Gestión de programas y financiera

4.8.1 Enfoque de la gestión

Describa el enfoque de gestión propuesto con respecto a la planificación, la ejecución y el monitoreo del programa. Indique la justificación que de los acuerdos propuestos.

(Describa en líneas generales los acuerdos de gestión, funciones y responsabilidades entre los asociados, los Receptores Principales designados y el MCP, MCP subnacional o MCR, según corresponda. Máximo : una página).

El enfoque de gestión del proyecto para la planificación, organización, ejecución y monitoreo de las actividades contemplará en todo momento los principios de eficacia, eficiencia, transparencia, coherencia y amplia participación, en observancia de los términos de referencia del acuerdo de cooperación entre el FG y el RP, así como las directivas respecto a las funciones y responsabilidades establecidas para los diferentes actores involucrados en la propuesta.

En relación a la operación del proyecto se presenta una matriz del Plan de Actividades, por objetivos, actividades y tareas, para el primer y segundo año, con el detalle mensual de los tiempos de ejecución, indicando además los ejecutores para cada una de ellas. Así mismo, el presupuesto detalla el flujo anual de fondos, para todos los años (agrupados por trimestre) y para las actividades contempladas en dicho Plan.

Se realizarán reuniones periódicas de coordinación entre el equipo técnico del proyecto y los subreceptores encargados de la ejecución de cada actividad y tarea, de manera a garantizar la correcta orientación de las acciones

4 Sección del componente *Tuberculosis*

consideradas en el Plan.

Para la ejecución de las actividades consideradas en la matriz del Plan de Acción, se asegurará la disponibilidad oportuna de recursos humanos y físicos.

Todas las recomendaciones y sugerencias que puedan contribuir a la consecución de los objetivos de la propuesta, serán canalizadas a través de la Secretaría Ejecutiva del MCP.

Todos los procesos, estarán sistematizados en Manuales de Organización, Funciones, Normas y Procedimientos. Esto permitirá la agilidad y eficiencia de tales procesos en vista al logro de los objetivos de la propuesta, teniendo en cuenta el involucramiento de varios organismos y acuerdos operativos.

4.8.2 Capacidades del Receptor Principal

Tenga en cuenta que si son varios los Receptores Principales, la sección 4.8.2 deberá rellenarse tantas veces como receptores haya.

- (a) Describa las capacidades técnicas, gerenciales y financieras destacables de cada Receptor Principal ("RP") designado. Describa también cualquier inconveniente técnico, gerencial y financiero que se prevea que estos mecanismos puedan tener y cómo se abordarán. Indique las evaluaciones de los RP que se hayan hecho para el Fondo Mundial o para otros donantes (por ejemplo, fortalecimiento de la capacidad, requisitos de personal y de formación, etc.).

Alter Vida Centro de Estudios y Formación para el Ecodesarrollo, nació en el año 1985, cuenta con más de 20 años de experiencia en la ejecución de proyectos.

Tiene como su Visión; Ser una Organización Civil comprometida con el desarrollo sustentable, generadora de propuestas técnicas y políticas, reconocida por la calidad de su gestión.

El Promedio de presupuestos administrados por Alter Vida en los últimos cinco años es de aproximadamente 2 millones de dólares anuales.

Se han firmado convenios con importantes entidades internacionales y nacionales que financian los proyectos que gestionan y ejecutan los distintos Programas con los que cuenta Alter Vida. Algunas de las Entidades son la Global Fund, BID (Banco Interamericano de Desarrollo), USAID (Agencia del Gobierno de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional), Unión Europea, DIAKONIA (Acción Ecuménica Sueca), ICCO (Organización Intereclesiástica para cooperación al Desarrollo), FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación), UNOPS (Oficina de Servicios para Proyectos de las Naciones Unidas).

En el Año 2006, hemos recibido de la Global Fund, la calificación AAA, al Proyecto N° PRY 304GO1T "Concertación Intersectorial Participativa para una Intervención Sustentable en la Prevención y Control de la Tuberculosis en la República del Paraguay" que es la mayor calificación otorgada por esta Entidad.

La institución cuenta con auditorías externas periódicas, por cada proyecto y auditoría institucional anual, cuenta además con recursos en Guaraníes, Dólares Americanos y Euros distribuidos en dos Entidades Bancarias Internacionales como son el ABN Amro Bank, e Interbanco. El Importe del activo fijo supera el millón de dólares americanos.

La administración se realiza mediante un Sistema Integrado de Gestión Financiera Contable Bimonetaria que se encuentra en red con los distintos sectores del Área Administrativa. Además posee un manual de funciones y procedimiento, en el cual se describe detalladamente los pasos para las contrataciones y adquisiciones requeridos por los proyectos.

La institución cuenta en su staff con un importante grupo de profesionales especializados en las distintas áreas requeridas para el desarrollo de los diferentes Proyectos, en un 80% Profesionales Universitarios, que se actualizan permanentemente en sus áreas de capacidad y de acuerdo a las necesidades de los proyectos.

4 Sección del componente *Tuberculosis*

(b) ¿Ha administrado el RP alguna subvención del Fondo Mundial con anterioridad?	<input checked="" type="checkbox"/> Sí
	<input type="checkbox"/> No
Si la respuesta a (b) es afirmativa , indique la justificación de la designación del mismo RP para gestionar las actividades de la propuesta.	
El RECEPTOR PRINCIPAL es seleccionado en base a: (i) su capacidad financiera actual, lo cual se demuestra en los resultados de diferentes auditorías realizadas; (ii) la experiencia exitosa en el manejo del subsidio del Fondo Mundial en la 3ra ronda; y (iii) en base a la capacidad técnica de sus recursos humanos lo cual queda demostrado en las evaluaciones realizadas al componente de tuberculosis.	
(c) ¿Gestiona actualmente el RP designado algún gran programa financiado por otro donante?	<input checked="" type="checkbox"/> Sí
	<input type="checkbox"/> No
(d) Indique el presupuesto total (actual y previsto) gestionado por cada Receptor Principal designado .	
El presupuesto total gestionado actualmente por ALTER VIDA, es de US\$ 2.500.000 (Dólares Dos millones quinientos mil.-) en el año 2007. Anexo: SEcción 4. Anexo 12.	
(e) Describa el historial de resultados del RP designado en la gestión de estos programas/subvenciones. En particular , en caso de que uno o varios Receptores Principales designados para un programa o subvención anteriores no hayan sido del todo satisfactorios, describa los cambios que llevará a cabo el RP en los procedimientos de ejecución para esta propuesta, a fin de garantizar unos resultados más sólidos, transparentes y eficaces con respecto al producto y los resultados previstos.	
ALTER VIDA cuenta con una buena gestión de proyectos y por tanto buenos resultados de su gestión, demostrados por las auditorías realizadas a los proyectos en todos los años, los cuales han resultado satisfactorios. Así mismo, se ha recibido de varias agencias de cooperación, felicitaciones por los resultado de los proyectos, entre ellos la comunicación del Fondo Mundial, en la cual manifiesta que han calificado el desempeño programático del Proyecto financiado por dicha institución y gestionado por ALTER VIDA como un “A, es decir que cumple/ excede las expectativas en relación a sus metas, mencionando que el promedio de cumplimiento de las metas fijadas en un 86%, refleja el buen desempeño del Proyecto, con buena performance también en las distintas categorías de indicadores”. Por otra parte, es importante destacar que las otras Agencias Donantes que apoyan la insitución, se caracterizan por una alta exigencia en cuanto al nivel de desempeño de las contrapartes para otorgar financiamiento a los proyectos.	
(f) Describa la forma en que el solicitante se ha convencido (incluyendo referencias a algún criterio de evaluación) de que el RP será capaz de absorber el trabajo y los fondos adicionales generados por esta propuesta de forma transparente, eficaz y oportuna .	
EL MCP consideró que el RP elegido será capaz de absorber el trabajo con fondos adicionales tomando en consideración <ul style="list-style-type: none"> ○ La relación entre el RECEPTOR PRINCIPAL y principal sub beneficiario, el PNCT, es óptima, y se trabajó de forma consensuada. ○ AlterVida adquirió experiencia en el área de la salud y de la tuberculosis; sí como en el manejo de subsidios del Fondo Mundial. ○ AlterVida mostró prolijidad en cuento al manejo financiero. Fue elegida en forma transparente luego de una convocatoria en la 3ra y 7ma ronda del FM. 	

4 Sección del componente *Tuberculosis*

4.8.3 Información del sub-receptor	
(a) ¿Se espera que algún sub-receptor desempeñe algún papel durante el período de esta propuesta? <i>(El Fondo Mundial podría considerar que no hubiera sub-receptores sólo en casos muy puntuales).</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Sí → <i>rellene el resto de la sección 4.8.3</i>
	<input type="checkbox"/> No → <i>pase a la sección 4.9</i>
(b) ¿Cuántos sub-receptores participarán o se espera que participen en la ejecución?	<input type="checkbox"/> 1 – 5
	<input type="checkbox"/> 6 – 20
	<input checked="" type="checkbox"/> 21 – 50
	<input type="checkbox"/> más de 50
(c) ¿Se ha determinado ya quiénes serán sub-receptores?	<input checked="" type="checkbox"/> Sí → <i>rellene las secciones 4.8.3. (d) –(e) y (f) y pase a la 4.9</i>
	<input type="checkbox"/> No → <i>pase a la sección 4.8.3. (g) – (h)</i>
(d) Describa:	
(i) El proceso transparente por el que se determinaron los sub-receptores, la justificación del número de sub-receptores y los criterios que se aplicaron en el proceso de identificación.	
(ii) Con respecto al apartado (b) anterior, describa la experiencia de ejecución pasada de los sub-receptores que o bien van a recibir una porción significativa del financiamiento de esta propuesta o que participarán en la concesión de financiamiento a otros sub-sub-receptores <i>(Señale también los posibles obstáculos de importancia que puedan afectar a los buenos resultados transparentes por parte de estos sub-receptores y las medidas que adoptará el RP durante la ejecución para limitar dichos riesgos).</i>	
<p>Para las acciones programáticas que involucra a los entes rectores relacionados con la prevención y control de la tuberculosis, los subreceptores se determinaron de manera directa, teniendo en cuenta que éstas funciones son de su competencia e indelegables. Entre ellas tenemos al Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, la Dirección General de Vigilancia de la Salud, la Dirección General de Promoción de la Salud, el Laboratorio Central de Salud Pública y las Regiones Sanitarias involucradas en el proyecto. Respecto a las ONGs, estas serán identificadas durante el desarrollo del proyecto a través de un mapeo que permitirá conocer las instituciones del sector que trabajan en las áreas de interés. Para la designación de subreceptores de este sector, se establecerán criterios y mecanismos de selección para elegir a las mas competentes.</p> <p>En el proyecto actual algunos de los subreceptores están participando en la ejecución de las actividades del proyecto financiado por el Fondo Mundial y durante la experiencia de trabajo se ha evidenciado el buen desempeño de los mismos en cuanto a la ejecución programática y financiera; así mismo en el proceso de desarrollo han ido desarrollando sus habilidades de trabajo interinstitucional e interdisciplinario, lo que ha permitido incorporar las recomendaciones y sugerencias planteadas en los diferentes niveles de operación, con la finalidad de mejorar el cumplimiento de objetivos e indicadores correspondientes.</p>	

4 Sección del componente *Tuberculosis*

- (e) **Adjunte una lista de los sub-receptores que se hayan designado**, incluyendo: (i) el nombre del sub-receptor; (ii) el sector al que representa (sociedad civil, ONG, sector privado, Gobierno, sector académico/educativo, etc.); y (iii) mediante referencia a la tabla 5.2 en la sección del presupuesto, las principales áreas de prestación de servicio correspondientes al trabajo de la propuesta.

Explique a continuación el porcentaje relativo de intervenciones que llevarán a cabo sub-receptores no gubernamentales y el motivo de la asignación del trabajo.
(Máximo: dos páginas).

Tal como se mencionó en el párrafo anterior, los sub receptores predeterminados son:

Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. Gobierno. Todas las áreas de prestación de servicios.

Dirección General de Vigilancia de la Salud. Gobierno. Todas las áreas de prestación de servicios.

Dirección General de Promoción de la Salud. Gobierno. Todas las áreas de prestación de servicios.

Laboratorio Central de Salud Pública. Gobierno. Todas las áreas de prestación de servicios.

Regiones Sanitarias. Gobierno. Todas las áreas de prestación de servicios.

- (f) **Sólo si procede, explique por qué no se designaron los sub-receptores antes de presentar la propuesta.**

(Se recuerda a los solicitantes que sólo en casos muy puntuales se aceptará la no designación de sub-receptores. La designación de estos asociados clave para la ejecución sirve de ayuda para la evaluación de la capacidad y la viabilidad de ejecución.)

La contratación de servicios que puedan desarrollar las ONG's en el marco del proyecto se realizará siguiendo los siguientes criterios:

* Que manifiesten interés en establecer alianzas con el proyecto,

* Que su área de acción y las actividades que realiza coincida con los intereses del proyecto;

* Que demuestre solvencia en cuanto a antecedente de trabajos realizados y manejo transparente y eficiente de fondos,

* Que cuente con recursos humanos capacitados en los aspectos de interés del proyecto, y

* Que esté en condiciones de comprometer sus recursos humanos y físicos para los fines del proyecto.

Sobre este punto se describe más detalladamente en el numeral 4.8.3. f y g.

En cuanto a la contratación de otros servicios que no implican relaciones directas con los pueblos indígenas como ser la impresión de materiales de difusión entre otros, se aplicará lo indicado en los manuales de procedimientos del RP. En todos los casos, el proyecto prevé recursos, tanto humanos como financieros para llevarlos a cabo.

- (g) **En caso de que no se hayan designado sub-receptores antes de la presentación de la propuesta, describa detalladamente el procedimiento que se seguirá para seleccionarlos si ésta resulta aprobada.** Aporte datos sobre los criterios que se aplicarán en el proceso de selección, el periodo durante el cual se realizará el proceso de selección y los motivos por los que el solicitante considera que este proceso de selección no repercutirá negativamente en las conclusiones y resultados previstos durante el periodo inicial de dos años de cualquier subvención que se conceda.

Para designar a las ONGs, se procederá a realizar un mapeo que permitirá identificar claramente a cada una de ellas por región sanitaria involucrada en el proyecto, los temas de trabajo, los recursos humanos y físicos que dispone entre otras informaciones de interés. Posteriormente se realizarán jornadas de socialización de los resultados del mapeamiento, a la cual se convocará a todas las instituciones identificadas, procediéndose en el mismo evento a informar sobre el alcance del proyecto y las diferentes formas en que las mismas se podrán involucrar. En esa misma ocasión se solicitará a las instituciones presentes, manifestar al RP su interés de participar en la ejecución del proyecto, utilizando para el efecto los formularios que serán elaborados y entregados en esa oportunidad. A través de ello, las ONG's

4 Sección del componente *Tuberculosis*

interesadas podrán demostrar su capacidad según los criterios expresados en el punto 4.8.3.f. El RP con la participación de representantes de los pueblos indígenas, y con la ayuda de los formularios presentados por las ONG's interesadas, evaluará la capacidad de cada organización y procederá a la selección de quien reúna las mejores condiciones de participar en el desarrollo del proyecto. Este procedimiento no repercutirá negativamente en las conclusiones y resultados previstos en la etapa inicial de la subvención, debido a que en la selección participarán activamente representantes de los pueblos indígenas.

4.9 Marco de monitoreo y evaluación

El Fondo Mundial fomenta el desarrollo de planes y sistemas de monitoreo y evaluación (M+E) nacionales y la utilización de estos sistemas para comunicar los resultados del programa de subvenciones en el contexto global de las prioridades y acciones del país para la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Cuando rellenen la siguiente sección, los solicitantes deberán aclarar cómo y de qué manera el monitoreo y la evaluación de la ejecución del trabajo financiado por esta propuesta se relacionan con las iniciativas de recopilación ya existentes.

Se recomienda a los solicitantes que consulten la Guía de monitoreo y evaluación cuando rellenen esta sección.

4.9.1 Plan de monitoreo y evaluación

Describa la forma en que los asociados de ejecución obtendrán y recopilarán los datos relacionados con el producto y los resultados previstos establecidos en la "tabla de metas e indicadores" (*que ha de adjuntarse en forma de "anexo A" de la propuesta, véase la sección 4.6*) durante el período de la propuesta, y cómo se comunicarán al solicitante (ya sea un MCP, un MCP subnacional o un MCR), al Fondo Mundial y al organismo responsable para el monitoreo y la evaluación del país.

Indique también los estudios que se prevé que sean respaldados (en su totalidad o parcialmente) por el financiamiento solicitado en esta propuesta, la justificación de la realización de dichos estudios, y la forma en que éstos (y sus resultados) contribuirán y mejorarán los sistemas únicos de recopilación de datos nacionales.

(En caso de que exista un plan nacional de monitoreo y evaluación, los solicitantes podrán adjuntarlo como anexo a su solicitud identificándolo claramente con un nombre y un número)

El Plan de M&E elaborado para esta propuesta (Anexo: Sección 3A. Anexo 17) presenta una propuesta general de los lineamientos metodológicos, los indicadores y medios de verificación que serán utilizados, en su implementación. El documento, contiene también una breve reseña de las características del equipo integrado de M&E que tendrá a su cargo la implementación del plan, además se definen los roles y funciones de sus miembros.

Para la implementación de las actividades de Evaluación y Monitoreo del Proyecto, el MCP impulsa la conformación de un equipo integrado por representantes del Receptor Principal, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, representantes del Mecanismo de Coordinación País; la Organización Panamericana para la Salud (OPS/OMS) y representantes de las comunidades indígenas, que pueden ser los propios indígenas u organizaciones que trabajan con las mismas en el marco de la interculturalidad. Son objetivos del plan:

1. Realizar un seguimiento regular y sistemático de las actividades desarrolladas para el logro de los objetivos planteados por el proyecto.
2. Identificar las áreas que precisan ser fortalecidas durante la ejecución del Proyecto; así como identificar efectos o impactos imprevistos y que pueden ser negativos para el logro de los objetivos del proyecto; de manera a plantear soluciones a corto plazo y re/direccionar recursos del Proyecto.
3. Identificar los avances hacia el logro de los resultados esperados y el impacto alcanzado mediante la ejecución del Proyecto
4. Sistematizar la experiencia de implementación del Proyecto de control de la Tuberculosis en poblaciones indígenas, a través de un enfoque intercultural, de manera a identificar y relevar las experiencias exitosas que podrán contribuir a lograr una mejor respuesta, en este tipo de población meta.

Para el monitoreo serán utilizados los instrumentos del sistema de registro de datos para TB adaptados para poblaciones indígenas. Para ello el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis elaborará como una de las primeras actividades de implementación del Proyecto de Control de la Tuberculosis en Poblaciones Indígenas del Paraguay.

Los formularios, planillas y fichas de registro y seguimiento empleados por el Receptor Principal del Proyecto,

4 Sección del componente *Tuberculosis*

también serán utilizados como medios de verificación; así como los reportes y otras formas de registro utilizados por otros actores que participan en la implementación del Proyecto. La disponibilidad de datos sobre el mismo fenómeno, desde diferentes perspectivas o actores es un recurso metodológico que permitirá mejorar la exactitud o precisión de las conclusiones y aumentar la confiabilidad de los resultados del monitoreo y posteriormente de la evaluación.

Como parte de las actividades de Monitoreo se incluirán visitas de campo a los servicios de salud y a las comunidades indígenas beneficiadas por el Proyecto. Para el Monitoreo de Desempeño, se elaborarán y utilizarán fichas de registro y entrevistas semi/ estructuradas, las que permitirán conocer las características y calidad de la implementación del Proyecto en relación a sus metas y objetivos. Las visitas de campo deben ser planificadas y realizadas, al menos 2 veces al año y deben generar sugerencias para el fortalecimiento del desempeño de los servicios de salud, las capacitaciones y las supervisiones.

El monitoreo de las acciones de capacitación, y las de información, educación y comunicación (IEC) para la prevención y control de la tuberculosis, se realizará a través del Plan de Capacitación (contenidos, metas y objetivos de cada actividad) que acompañará los formularios de solicitud de fondos al RECEPTOR PRINCIPAL y a través de la observación participantes de la actividad de capacitación.

La evaluación se basará en las metas y objetivos del Proyecto, en el que se contemplan los indicadores que se buscan alcanzar a través de la implementación de las actividades y acciones previstas por el mismo.

La evaluación será realizada en dos etapas, una primera auto/evaluación interna y posteriormente una evaluación externa. La evaluación interna será realizada por el equipo de M&E. Se utilizarán como insumos los informes del proceso de Monitoreo así como informes de investigaciones operativas que se realicen en relación a los indicadores. La misma tendrá una frecuencia anual.

La evaluación externa, será realizada en forma conjunta por Organismos e instituciones internacionales con autoridad y legitimidad en el tema de la implementación de Programas y Proyectos de TB en comunidades indígenas. Los términos de referencia de la evaluación externa, incluida la agenda de la Evaluación; serán elaboradas a partir de los resultados obtenidos a través del monitoreo y evaluaciones anuales.

4.9.2 Evaluación de la capacidad de los sistemas de M+E

Si no existiese ningún plan nacional de M+E o si se considera que el trabajo previsto en la propuesta supondrá una carga adicional para los sistemas existentes de M+E nacionales, regionales y/o subregionales, **se recomienda a los solicitantes que revisen la “*Guía de fortalecimiento de sistemas de M+E*” y describan en el formato de resumen indicado a continuación las principales deficiencias encontradas y cómo esta propuesta incorpora un plan para superar esas deficiencias a fin de contribuir a un marco eficaz de monitoreo y evaluación en el país.**

Los solicitantes deberán explicar especialmente la forma en que se gestionarán o reducirán las deficiencias y los obstáculos potenciales/reales encontrados en relación con la propuesta durante el período de la misma. Las implicaciones presupuestarias que surjan de esta evaluación deberán incluirse en los datos del presupuesto solicitados en la sección 5.

El Fondo Mundial recomienda que se utilice entre un 5 y un 10% del total del presupuesto del componente para el fortalecimiento de los sistemas de monitoreo y evaluación..

El sistema de M&E de este proyecto estará integrado al Sistema de M&E del Paraguay (SIMEP) cuyo plan se anexa (Anexo: Sección 3A. Anexo 3).

4 Sección del componente *Tuberculosis*

4.10 Gestión de las adquisiciones y los suministros de productos de salud

En esta sección los solicitantes deberán describir la estructura de gestión y los sistemas actuales para la gestión de las adquisiciones y los suministros (GAS) de productos de salud (incluidos los medicamentos). Al rellenar esta sección, los solicitantes deberán consultar las Directrices para la presentación de propuestas, de la sección 4.10.

4.10.1 Papeles y responsabilidades para la gestión de las adquisiciones y los suministros de productos de salud			
(a) En la tabla siguiente, describa las funciones y las responsabilidades previstas para la gestión de las adquisiciones y los suministros. <i>Si se ha previsto la subcontratación de alguna función, indíquelo en la segunda columna y señale el nombre del proveedor del servicio subcontratado previsto.</i>			
Actividad	¿Qué organizaciones y/o departamentos son responsables de esta función? <i>(Indique si se trata del Departamento de Control de Enfermedades del Ministerio de Salud, el Ministerio de Economía, un asociado no gubernamental o un asociado técnico).</i>	En esta propuesta, ¿cuál es el papel de la organización responsable de esta función? <i>(Señale si el RP, el SR, el agente de adquisiciones, el de almacenamiento, el de gestión de suministros, etc.).</i>	Indique si se necesita personal adicional o asistencia técnica.
Sistemas y políticas de adquisiciones	RP N/A	Definición del sistema y la política de adquisiciones del Proyecto y la aplicación de la misma.	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
Garantía de calidad y control de calidad de los productos farmacéuticos	N/A	N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
Leyes (patentes) internacionales y nacionales	N/A		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Coordinación	RP	Identificar las necesidades de adquisición del proyecto y organizar los llamados a concursos de ofertas; realizar la compra y la entrega a los sub beneficiarios.	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
Sistemas de información de gestión (SIG)	RP	Informar sobre las adquisiciones y suministros en base a las instrucciones del Fondo Mundial.	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
Selección de productos	RP	Aplicar lo establecido en el sistema y la política de adquisiciones en lo referente a la selección	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

4 Sección del componente *Tuberculosis*

		de productos.	
Previsión	RP	Elaboración del plan de acción anual y el presupuesto.	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
Adquisiciones y planificación	RP	Garantizar la inclusión de las adquisiciones necesarias en el plan de acción y el presupuesto. Organizar los llamados a concursos de ofertas; realizar la compra y la entrega de los productos adquiridos a los sub beneficiarios.	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
Gestión de almacenamiento e inventarios	RP	Verificación de las condiciones de guarda de los productos adquiridos y entregados a los sub beneficiarios; codificación de los mismos para su control e inventario periódico.	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
Distribución a otros depósitos y usuarios finales	RP	Verificación de las condiciones de guarda de los productos adquiridos y entregados a los sub beneficiarios; codificación de los mismos para su control e inventario periódico.	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
Garantizar un uso justificado	RP	Verificación y control de las planillas de registro y distribución de los productos, equipos y vehículos entregados a los sub beneficiarios.	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
(b) Explique brevemente la estructura organizativa de la unidad con responsabilidad general sobre esta propuesta para la gestión de las adquisiciones y los suministros de productos de salud, incluidos los medicamentos. Indique cómo coordina sus actividades con otras entidades, como por ejemplo el Organismo Nacional de Regulación de Medicamentos, el Ministerio de Economía (para la presupuestación y la planificación), el Ministerio de Salud, almacenes de medicamentos, distribuidores, etc.			
La presente propuesta no se prevé la gestión de adquisiciones y suministros de productos de salud, razón por la cual no se requerirá la coordinación con otras entidades nacionales en referencia a estos productos, es decir las entidades mencionadas en este apartado. Las adquisiciones de equipos, materiales y otros que el proyecto requerirá, se realizará cumpliendo los procedimientos de ALTER VIDA, establecidos en el Manual de Procedimientos y el Manual de Adquisiciones y Suministros del Proyecto PRY - 304 – G01 - T.			

4 Sección del componente *Tuberculosis*

4.10.2 Capacidad de adquisición	
(a) ¿Se encargará de la gestión de las adquisiciones y los suministros de medicamentos y otros productos de salud (o será gestionada mediante un subcontrato) el Receptor Principal exclusivamente o también podrán encargarse los sub-receptores?	<input checked="" type="checkbox"/> Sólo el Receptor Principal
	<input type="checkbox"/> Sólo los sub-receptores
	<input type="checkbox"/> Ambos
(b) Para cada organización de la que se prevea su participación en la adquisición de medicamentos y otros productos de salud, indique en la tabla siguiente los datos sobre el volumen actual de medicamentos y otros productos de salud adquiridos cada año. <i>Si participan más de cuatro organizaciones en la adquisición, utilice los tabuladores de su teclado para añadir líneas adicionales en la parte inferior de la tabla.</i>	
Nombre de la organización	Valor total de los medicamentos y los otros productos de salud adquiridos durante el ejercicio anterior (expresado en la misma moneda que esta propuesta)
Alter Vida Año 1, microscópios y vitaminas	27.251
Alter Vida Año 2; Microscópios y vitaminas.	33.505

4.10.3 Coordinación	
(a) Para las organizaciones mencionadas en la sección 4.10.2.(b), indique en términos porcentuales, en función del valor total , las distintas fuentes de financiamiento de la contratación, tales como los programas nacionales, los donantes multilaterales y bilaterales, etc.	
En relación a lo mencionado en la sección 4.10.2 (b), ALTER VIDA será la responsable por el valor total del financiamiento mencionado.	
(b) Describa la participación en cualquier programa de donación mediante el cual se suministren (o se hayan solicitado) medicamentos u otros productos de salud en la actualidad, <u>incluidos</u> : el Fondo Mundial para drogas (Global Drugs Facility) para los medicamentos antituberculosos y los programas de donaciones de medicamentos de las empresas farmacéuticas, las agencias multilaterales y las ONG, que sean relevantes para esta propuesta.	
N/A	El RP se encargó de las gestiones de drogas de segunda línea,

4.10.4 Gestión de suministros (almacenamiento y distribución) <u>N/A</u>	
(a) ¿Se ha designado ya a algún organismo para que se encargue de las funciones de gestión del suministro (almacenamiento y distribución) de medicamentos y otros productos de salud relacionados durante el período de la propuesta?	<input type="checkbox"/> Sí → <i>pase a (b)</i>
	<input type="checkbox"/> No → <i>pase a 4.10.5</i>

4 Sección del componente *Tuberculosis*

<p>(b) Si la respuesta al apartado (a) anterior es afirmativa, indique qué tipos de organismos participarán en la gestión de suministros de medicamentos y otros productos de salud relacionados durante el período de la propuesta. <i>Si se marca más de una de las casillas de la derecha, describa también brevemente las interrelaciones entre las entidades al responder a los apartados (c) y (d).</i></p>	<input type="checkbox"/> Almacenes médicos nacionales o equivalentes <input type="checkbox"/> Organización(es) nacional(es) subcontratada(s) <i>(indique cuál(es))</i> <input type="checkbox"/> Organización(es) internacional(es) subcontratada(s) <i>(indique cuál(es))</i> <input type="checkbox"/> Otros <i>(indique cuáles)</i>
<p>(c) Describa la capacidad actual de cada organización para el almacenamiento de medicinas y otros productos de salud relevantes, e indique cómo se gestionará de forma transparente el aumento de exigencias de esta propuesta.</p>	
<p>(d) Describa la capacidad actual de cada organización para la distribución de medicinas y otros productos de salud relevantes, e indique cómo se gestionará el incremento de cobertura y cómo se afrontarán los posibles retos si los hubiera. Indique también un cálculo orientativo del porcentaje del país y/o población cubiertos en esta propuesta, y el incremento que supone con respecto a los acuerdos de distribución existentes.</p>	

4.10.5 Selección de productos farmacéuticos

¿Tiene previsto utilizar las directrices de tratamientos de referencia nacionales (“DTR”) que concuerdan con las DTR de la Organización Mundial de la Salud (“OMS”) durante el período de la propuesta? **Si la respuesta es negativa**, describa a continuación las DTR que prevé utilizar y la justificación de su utilización.

En la sección 5.4.1, se pide a los solicitantes que rellenen el **“anexo B” de este formato de propuesta** para cada componente de enfermedad, a fin de aportar más detalles sobre las DTR, así como de los precios estimados de los medicamentos.

N/A

4 Sección del componente *Tuberculosis*

[Sólo para los componentes tuberculosis y VIH/SIDA:]

4.10.6 Tuberculosis multirresistente	
¿Se solicita en la propuesta financiamiento para el tratamiento tuberculosis multirresistente?	<input type="checkbox"/> Sí
	<input checked="" type="checkbox"/> No
<p><i>En caso afirmativo tenga en cuenta que toda adquisición o contratación de medicamentos para el tratamiento de la tuberculosis multirresistente financiada por el Fondo Mundial deberá canalizarse a través del Comité de Aprobación (Green Light Committee, GLC) de la Alianza Mundial Alto a la Tuberculosis. Por este motivo, las propuestas deben indicar si ya se ha presentado una propuesta aprobada al Comité de Aprobación o si ésta está en curso. Para más información remítase al sitio web de GLC, en http://www.who.int/tb/dots/dotsplus/management/ten/. Véanse también las Directrices para la presentación de propuestas, sección 4.10.6.</i></p> <p>Los solicitantes deberán asegurarse también de que se presupuesta de forma transparente una cantidad equivalente a 50.000 USD para cada año del período de la propuesta, en la sección 5 de la propuesta, para sufragar los honorarios del Comité de Aprobación. Los solicitantes deberán tener en cuenta que este dinero tendrá que reservarse para el Comité de Aprobación y no podrá transferirse a otras actividades de la ejecución.</p>	

4.11 Asistencia técnica y gerencial y desarrollo de la capacidad

La asistencia técnica y el desarrollo de la capacidad pueden solicitarse en todas las fases del ciclo del programa, a partir de la aprobación, incluso con respecto al desarrollo de planes de monitoreo y evaluación o de adquisición, la mejora de la gestión de aptitudes financieras, etc. Una vez completada esta sección, consulte las Directrices para la presentación de propuestas, sección 4.11.

4.11.1 Formación y desarrollo de la capacidad
<p>Describa las restricciones de capacidad a las que deberá hacer frente durante la ejecución de esta propuesta y las estrategias planificadas para abordar estas restricciones. Esta descripción debería indicar las deficiencias actuales y las estrategias que se emplearán para superarlas, a fin de seguir desarrollando la capacidad nacional, la capacidad de los receptores principales y la de los sub-receptores, así como la de cualquier grupo objetivo. Asegúrese de incluir estas actividades en el presupuesto detallado de la sección 5.</p>
<p>El personal del Receptor Principal y de los subreceptores, al igual que el personal de los servicios públicos de salud, no maneja los aspectos que tienen que ver con el abordaje con enfoque intercultural. La antropología aplicada a la salud define al abordaje intercultural como la capacidad de observación y empatía en la relación con pacientes indígenas. Como consecuencia de esto, los programas de salud, entre ellos el de la TB, no logran resultados eficaces y eficientes y por tanto no se atiende suficientemente y con equidad a estas poblaciones.</p> <p>El proyecto atiende esta situación y plantea realizar jornadas y talleres para la capacitación de todos los actores involucrados, principalmente el plantel médico y personal de salud de las Regiones Sanitarias que atenderá a poblaciones indígenas, en técnicas de abordaje intercultural que permitirán por un lado crear el escenario adecuado para implementar y desarrollar la estrategia Alto a la Tuberculosis, en un marco de respeto mutuo, con el involucramiento y participación activa, de los grupos indígenas y ONGs que trabajan para el sector. El Receptor Principal aprovechará estos eventos de capacitación para adquirir habilidades, razón por la cual no representará costos adicionales al proyecto.</p> <p>En algunas regiones, los Consejos de Salud no están conformados o no operan eficazmente, a esto se agrega que los pueblos indígenas no tienen representación institucional en los mismos, por tanto no inciden positivamente en las políticas públicas sectoriales a nivel regional.</p> <p>Se espera que con la implementación de esta propuesta con enfoque Intercultural, las comunidades indígenas y ONGs que las acompañan, desarrollen capacidades que les permitan, desde su perspectiva cultural, integrarse activamente a los mecanismos institucionales de decisión e influir positivamente en las políticas regionales.</p>

4 Sección del componente *Tuberculosis*

Por otro lado, las instituciones involucradas en servicio de seguridad social, actualmente no aplican las normas y procedimientos establecidos por el Programa Nacional de Tuberculosis en relación a la implementación de la estrategia DOTS/TAES.

Con el proyecto se establecerán acuerdos y convenios de trabajo con las instituciones que prestan servicios de seguridad social, que permitirán el desarrollo de capacidades del personal de salud de dicho sector por parte del PNCT.

4.11.2 Asistencia técnica y de gestión

(a) Evaluación de las necesidades

Describa cualquier necesidad de asistencia técnica, incluida la asistencia para mejorar las capacidades de gestión para contribuir a la consecución del producto y los resultados de la propuesta. Si procede, vincule su respuesta de esta sección a las posibles limitaciones de capacidad del receptor principal y/u otros socios ejecutores de esta propuesta.

(Recuerde que la asistencia técnica y de gestión deberá cuantificarse y reflejarse en la sección del presupuesto de los componentes, sección 5.) Indique en su explicación el proceso mediante el cual se valoraron y evaluaron las necesidades.

El RP ha desarrollado suficientemente sus capacidades de gestión mediante el proyecto financiado por el FM actualmente en curso, experiencia que será aplicada para desarrollar las capacidades de los integrantes del equipo que se incorporarán al proyecto especialmente en el aspecto administrativo. Para desarrollar las capacidades en cuanto al enfoque intercultural, se aprovecharán los diferentes eventos de capacitación organizados por el proyecto para mejorar las capacidades en este aspecto, razón por lo cual no representan costos adicionales al proyecto. Los eventos que serán capitalizados para la capacitación de los integrantes del equipo del proyecto, son los mismos mencionados en el punto 4.11.1.

(b) Mecanismos y recursos previstos para la contratación de servicios

Describa cómo se espera obtener asistencia técnica y de gestión durante el período de la propuesta de forma transparente y oportuna. Señale concretamente si se obtendrá asistencia local, nacional y/o internacional, el plazo previsto (a corto o a largo plazo) y la justificación de este planteamiento. Explique también la forma en que la provisión de la asistencia prevista contribuirá a un incremento de la capacidad a largo plazo para responder a la enfermedad de forma eficaz.

La contratación de servicios que puedan desarrollar las ONG's en el marco del proyecto se realizará siguiendo los siguientes criterios:

- * Que manifiesten interés en establecer alianzas con el proyecto,
- * Que su área de acción y las actividades que realiza coincida con los intereses del proyecto;
- * Que demuestre solvencia en cuanto a antecedente de trabajos realizados y manejo transparente y eficiente de fondos,
- * Que cuente con recursos humanos capacitados en los aspectos de interés del proyecto, y
- * Que esté en condiciones de comprometer sus recursos humanos y físicos para los fines del proyecto.

Sobre este punto se describe más detalladamente en el numeral 4.8.3. f y g.

En cuanto a la contratación de otros servicios que no implican relaciones directas con los pueblos indígenas como ser la impresión de materiales de difusión entre otros, se aplicará lo indicado en los manuales de procedimientos del RP. En todos los casos, el proyecto prevé recursos, tanto humanos como financieros para llevarlos a cabo.

5 Presupuesto del componente *Tuberculosis*

5. Presupuesto del componente tuberculosis – Visión general y directrices

Es en esta sección 5 donde los solicitantes detallan su solicitud de financiamiento que se resume en la tabla 1.2. **Deberá completarse la sección 5 para cada componente de enfermedad que incluya en su propuesta.**

La sección 5 se ha reestructurado para la Séptima Convocatoria y ahora presenta el siguiente orden:

1. prepare un presupuesto detallado de los componentes (sección 5.1);
2. a partir de dicho presupuesto detallado, prepare un resumen por objetivo y por área de prestación de servicios (sección 5.2);
3. a partir de dicho presupuesto detallado, prepare un resumen por categoría de costo (sección 5.3); y
4. a continuación, aporte datos sobre hipótesis presupuestarias clave (sección 5.4).

Financiamiento aportado a través de un mecanismo común de financiamiento

Si se va a contribuir a parte o la totalidad del financiamiento solicitado para este componente a través de un mecanismo de financiamiento común (relevante para la sección 4.3.5), **los solicitantes deberán:**

- (a) recopilar la información presupuestaria en las secciones 5.1 – 5.3 basándose en el uso, la atribución o la asignación previstos de los fondos solicitados en el mecanismo de financiamiento común; **y**
- (b) adjuntar, **en forma de anexo a su propuesta**, los planes/proyecciones operativos anuales para el mecanismo de financiamiento común, y describir la relación entre dicho plan y esta solicitud de financiamiento en la cubierta de éste.

5.1 Presupuesto detallado de los componentes

Deberá adjuntar en forma de anexo de su propuesta un presupuesto detallado de los componentes por enfermedad para el período de la propuesta.

El presupuesto detallado también deberá integrar el plan de trabajo mencionado en la sección 4.6.

El presupuesto detallado de los componentes deberá cumplir los siguientes criterios (consulte las Directrices para la presentación de propuestas, sección 5.1):

- (a) *Estructurarse del mismo modo que la estrategia del componente, es decir, reflejar las mismas finalidades, objetivos, áreas de prestación de servicios y actividades.*
- (b) *Deberá cubrir el período total de la propuesta y:*
 - (i) *ser detallado para los años 1 y 2, con información financiera desglosada por trimestres para el primer año, y al menos semestral para el segundo año;*
 - (ii) *ofrecer información e hipótesis resumidas respecto al resto del período de la propuesta (año 3 y en adelante).*
- (c) *Deberá especificar todas las hipótesis básicas, incluso las relativas a unidades y costos unitarios (evitando utilizar pagos únicos), y tendrá que ser coherente con las hipótesis y explicaciones indicadas en la sección 5.4.*
- (d) *Deberá integrar el plan de trabajo detallado para el año 1 y esbozar el plan de trabajo para el año 2 (consulte la sección 4.6).*
- (e) *Deberán indicarse claramente las acciones estratégicas de fortalecimiento de los sistemas de salud.*
- (f) *Debe ser coherente con otros análisis presupuestarios indicados en otras partes de la propuesta, inclusive con los de la presente sección 5.*

5 Presupuesto del componente *Tuberculosis*

5.2 Resumen por objetivo y área de prestación de servicios

Proporcione un desglose del presupuesto anual por objetivo y área de prestación de servicios (APS) a partir de su presupuesto detallado de los componentes (sección 5.1). Los objetivos y las áreas de prestación de servicios de la lista deben parecerse a los de la tabla de metas e indicadores (anexo A del formato de propuesta). Deberán indicarse en esta tabla los totales tanto para cada año (total vertical) como para cada APS (total horizontal).

Los totales solicitados para cada año y para el período completo de la propuesta tendrán que coincidir con los totales indicados en la sección 5.3 (desglose del presupuesto por categoría de costos).

Tabla 5.2: Desglose de la asignación presupuestaria por área de prestación de servicios y objetivo.

Nº de objetivo	Área de prestación de servicios <i>Por referencia a su 'tabla de metas e indicadores' (anexo A al formato de propuesta)</i>	Desglose presupuestario por APS <i>(utilice la misma moneda que en la sección 1.1 del formato de propuesta)</i>					
		Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Total
1	Grupo de alto riesgo (Comunidades Indígenas)	190.335	263.364	402.424	310.986	405.154	1.572.263
2	Grupo de alto riesgo (Comunidades Indígenas)	173.319	280.148	355.052	270.058	258.242	1.336.819
3	Grupo de alto riesgo (Comunidades Indígenas)	333.240	279.722	297.311	388.025	388.025	1.635.142
4	Alianza Publico-Publico y Publico-Privada	112.033	71.442	75.132	80.004	76.176	414.787
	Monitoreo y Evaluacion (RP)	91.937	85.760	86.760	85.760	85.760	435.977
	Administracion (RP)	134.953	132.953	118.953	118.953	117.953	623.767
Total de fondos solicitados al Fondo Mundial		1.035.817	1.113.389	1.335.632	1.253.786	1.280.130	6.018.755

5 Presupuesto del componente *Tuberculosis*

5.3 Resumen por categoría de costo


En la tabla 5.3 **de la página siguiente**, incluya un desglose del presupuesto anual por categoría de costo a partir de su presupuesto detallado de los componentes (*sección 5.1*)

- (a) A diferencia de la Sexta Convocatoria, las categorías de costos de la tabla 5.3 se han ampliado para ofrecer una mayor claridad entre las diferentes categorías de costos.
- (b) En la sección 5.3 de las **Directrices para la presentación de propuestas**, se ofrece una guía sobre las categorías presupuestarias y los gastos que corresponden a cada categoría.
- (c) El total solicitado para cada año y para el período completo de la propuesta tendrá que coincidir con los totales indicados en la sección 5.2 (desglose por “área de prestación de servicio”).

(El “Total de fondos solicitados al Fondo Mundial” deberá ser coherente con las cantidades indicadas en la tabla 1.2 relativa a este componente.)

5 Presupuesto del componente *Tuberculosis*

Tabla 5.3 – Desglose presupuestario por categoría de costo

Utilice el botón "TBTable53Line"  de la barra de herramientas estándar para insertar una fila al final de la tabla

	Desglose presupuestario por categoría de costo (utilice la misma moneda que en la sección 1.1 del formato de propuesta)					
	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Total
Recursos humanos	130.900	74.100	83.950	75.350	69.650	433.950
Asistencia técnica	114.450	0	0	0	100.000	214.450
Formación	276.191	607.170	766.518	723.330	673.238	3.046.447
Productos sanitarios y equipamiento sanitario	3.584	0	4.752	0	0	8.336
Medicamentos y productos farmacéuticos	0	0	0	0	0	0
Costos de gestión de adquisiciones y suministros	0	0	0	0	0	0
Infraestructura y otro equipamiento	75.960	66.320	66.080	46.240	46.240	300.840
Materiales de comunicación	181.722	39.966	79.900	39.900	39.900	381.388
Monitoreo y evaluación	91.937	85.760	86.760	85.760	85.760	435.977
Apoyo vital a clientes/poblaciones objetivo	5.040	41.472	69.696	69.696	69.696	255.600
Planificación y administración	134.953	132.953	118.953	118.953	117.953	623.767
Gastos generales	0	0	0	0	0	0
<i>Otros: (Se definirá con más detalle para cumplir con las categorías de planificación del presupuesto nacional)</i>	21.080	65.648	59.023	94.557	77.693	318.000
Total de fondos solicitados al Fondo Mundial	1.035.817	1.113.389	1.335.632	1.253.786	1.280.130	6.018.755

5 Presupuesto del componente *Tuberculosis*

5 Presupuesto del componente *Tuberculosis*

5.4 Hipótesis presupuestarias clave

El presupuesto detallado de los componentes (sección 5.1) deberá incluir todas las hipótesis presupuestarias clave. A continuación, se pide a los solicitantes que indiquen sus hipótesis presupuestarias para los años 1 y 2 con respecto a tres áreas clave.

5.4.1 Productos farmacéuticos y otros productos y equipos sanitarios

Los solicitantes deberán rellenar el anexo B de este formato de propuesta (listado preliminar de productos farmacéuticos y otros productos de salud) para aportar datos sobre las hipótesis presupuestarias para los años 1 y 2 con respecto a productos de salud (intuidos los consumibles), medicamentos, equipamiento sanitario y servicios directamente vinculados a la gestión de las adquisiciones y suministros de productos de salud.

No olvide que los costos unitarios y los volúmenes han de ser totalmente coherentes con la información que figura en el presupuesto detallado de los componentes. Si se utilizan precios procedentes de fuentes distintas a las indicadas a continuación, se debe incluir una justificación.

- (a) **Incluya un listado (de nombres genéricos de producto) de medicamentos** para la tuberculosis que se usarán durante los años 1 y 2 (**incluyendo los multirresistentes a la tuberculosis**), e indique qué medicamentos esenciales se incluyen, y si se están siguiendo las directrices de tratamiento de referencia de la OMS. **Véase también la sección 4.10.5.**
(Rellene la tabla B.1 del anexo B del formato de propuesta.)
- (b) **Señale el costo medio por persona y año (o el costo medio por tratamiento) de estos medicamentos.**
(Rellene la tabla B.2 del anexo B del formato de propuesta.)
- (c) Indique **el costo total** de todos los otros medicamentos que se usarán durante los años 1 y 2. No es necesario especificar cada producto en esta categoría.
(Rellene la tabla B.2 del anexo B del formato de propuesta.)
- (d) Incluya un listado de otros productos de salud (por ejemplo, preservativos, diagnósticos, suministros hospitalarios y médicos), equipos de salud y no sanitarios, y servicios vinculados directamente con la gestión de las adquisiciones y los suministros. Han de indicarse los costos unitarios de los productos de salud (por ejemplo, los artículos consumibles).
(Rellene las tablas B.3 y B.4 del anexo B del formato de propuesta.)

Existe información disponible sobre costos unitarios apropiados en:

- *Fuentes y Precios de Medicamentos y Diagnósticos Especiales para Personas que viven con VIH/SIDA.* Copenhague/Ginebra, UNAIDS/UNICEF/WHO-HTP/MSF, Junio 2005, http://www.who.int/medicines/areas/access/med_prices_hiv_aids/en;
- Market News Service, *Materiales farmacéuticos iniciales y medicamentos esenciales*, OMC/UNCTAD/Centro de Comercio Internacional y OMS (<http://www.intracen.org/mas/mns.htm>);
- *Guía indicativa de precios internacionales de medicamentos sobre productos terminados de medicamentos esenciales*, Ciencias de la Administración para la Salud en colaboración con la OMS (publicación anual) (http://www.msh.org/what_msh_does/cpm/index.html); y
- *Medicamentos de primera línea contra la tuberculosis, fórmulas y precios suministrados/serán suministrados por el Fondo Mundial para drogas (Global Drug Facility)* http://www.stoptb.org/gdf/drugsupply/drugs_available.asp.)

Indique a continuación cualquier información adicional relativa a los costos unitarios

N/A

5 Presupuesto del componente *Tuberculosis*

5.4.2 Costos de Recursos Humanos

En los casos en que los recursos humanos (RR.HH.) constituyan una parte importante del presupuesto, explique de qué manera se presupuestó este gasto con respecto a los dos primeros años, en qué medida los gastos de RR.HH. fortalecerán la capacidad de los sistemas de salud por lo que respecta a los clientes/población objetivo y cómo se mantendrán estos salarios una vez terminado el período de la propuesta.

(Máximo: media página).

(Entre la información útil para respaldar el presupuesto se incluye: Un diagrama/organigrama del RP; una lista de los puestos propuestos, indicando el cargo, función y salario anual previsto; y la cantidad (en términos porcentuales) de tiempo que se asignará al trabajo en esta propuesta. Adjunte esta información en forma de anexo de la propuesta, indicando el número de anexo correspondiente).

Los gastos de recursos humanos en este proyecto constituyen un 7% de los gastos por categoría de gastos y no generarán gastos recurrentes. Este proyecto no tiene previsto la incorporación de personal por parte del sector público, originados por este proyecto, por dos razones. Las regiones sanitarias ya cuentan con personal de salud para atender con el enfoque actual y son estos profesionales los que recibirán capacitación intercultural. En segundo lugar, se capacitarán servidores voluntarios en cada comunidad como se ha desarrollado en ASCIM y en algunas otras comunidades diseminadas por el país con éxito.

En cuanto a los gastos de recursos humanos contratados por el Receptor Principal, estos serán de carácter temporal y finalizarán una vez acabado el proyecto.

5.4.3 Otras partidas de gastos clave

Justifique el modo en que se han presupuestado en los dos primeros años las otras categorías de gasto que forman una parte importante del presupuesto (por ejemplo, la infraestructura y demás equipamiento, los materiales de comunicación o la planificación y la administración).

(Máximo: media página. Adjúntelo como anexo e indique el número de anexo correspondiente).

El proyecto se centra en la capacitación en todos los aspectos, técnicos y culturales a todos los involucrados en la atención a las comunidades indígenas y la visita a estas comunidades. Esas son las principales inversiones del proyecto. No existen inversiones en infraestructura, salvo las relacionadas con esos objetivos.

Existe una inversión elevada en formación y capacitación que constituye el 51% del presupuesto del proyecto. La capacitación se da en todos en los niveles profesionales, con la capacitación en la técnica del DOT/TAES y el enfoque intercultural para aquellos que tienen contacto con la población indígena. Adicionalmente, se realizarán capacitaciones a los voluntarios de las comunidades indígenas y a personal de las OSCs que trabajan con indígenas.

Gastos relacionados con capacitación son los materiales de comunicación que constituyen un 7%. Se elaborarán y difundirán materiales escritos y sonoros. Dado que entre los indígenas la comunicación oral tiene mucha más fuerza y las emisiones radiales son las que llegan a todo el país, una buena parte de las difusiones se centrarán en espacios radiales. Además, estos materiales deberán ser preparados en sus respectivos idiomas. A pesar de no ser muy numerosos en relación al total de la población, los indígenas tienen aproximadamente cinco familias lingüísticas, hecho que eleva los costos de preparación de materiales.

Los gastos de infraestructura son esencialmente vehículos. Los costos de los vehículos son más elevados porque son todo-terrenos. Las regiones donde viven las comunidades tienen caminos muy precarios y se necesitan vehículos fuertes para llegar hasta ellos. Así mismo los costos de reparación y mantenimiento también son elevados ya que el desgaste es mayor por el tipo de camino.

En Asistencia Técnica se presupuestan dos estudios de prevalencia con un costo referencial estimado. La categoría de Apoyo vital a población objetivo se compone principalmente de las bicicletas para los promotores voluntarios de cada comunidad. En el rubro Otros (Servicios de Enlace) se presenta la financiación promedio para trabajar con las OSCs que ya están trabajando con los indígenas en otras áreas de asistencia y procurar que ayuden a que el proyecto sea aceptado por cada comunidad indígena.

5 Presupuesto del componente *Tuberculosis*

A pesar de que al final del año 5 del proyecto se llegarán al cien por ciento de las comunidades, los gastos, especialmente los recurrentes, no suben en esa misma proporción por varias razones. Por un lado, las alianzas que se piensan desarrollar con las OSCs, que ya trabajan con indígenas, como vehículo de comunicación con las comunidades se estima que generarán, economía de escala y ahorrarán recursos de movilización una vez instaladas. Una parte de los trabajos de supervisión y coordinación irán asumiendo las regiones paulatinamente, mediante un enfoque de trabajo conjunto que se desarrollará. El emponderamiento y coordinación de las comunidades indígenas en los Consejos de Salud también se traducirá en ahorros de movilización, que son los más costosos, al involucrar a los gobiernos regionales y locales en la atención de sus necesidades.

