



Organismo de control independiente del Fondo Mundial y editor del *Global Fund Observer*

P.O. Box 66869-00800, Nairobi, Kenia      web: [www.aidspace.org](http://www.aidspace.org)      Email: [info@aidspan.org](mailto:info@aidspan.org)  
Conmutador: +254-20-418-0149      Fax: +254-20-418-0156

# **La Guía Aidspace para las Propuestas al Fondo Mundial de la Ronda 10**

## **Volumen 2: El Proceso de Solicitudes y el Formato de Propuesta**

**Versión A: Solicitantes de un País**

**Mayo 24, 2010**

por

**David Garmaise**

*Derechos de Autor © Mayo 2010 por Aidspace. Todos los derechos reservados.*

# Índice

<b>Prólogo.....</b>	<b>5</b>
<b>Lista de Abreviaturas y Siglas .....</b>	<b>7</b>
<b>Capítulo 1: Introducción .....</b>	<b>8</b>
Propósito de esta Guía .....	8
Terminología Usada en esta Guía.....	8
¿Qué Iniciativas Apoyará el Fondo Mundial? .....	9
Contenido de Esta Guía (Volumen 2).....	9
<b>Capítulo 2: ¿Qué hay de nuevo para la Ronda 10? .....</b>	<b>11</b>
Financiamiento de Una Sola Vía .....	11
Criterio de priorización .....	12
Propuestas MARP .....	14
Fortaleciendo los Sistemas Comunitarios .....	15
Recomendaciones Condicionales del PRT .....	16
Criterios de Revisión .....	16
“Valor del Dinero” .....	16
Plan AT .....	16
Otros Cambios .....	17
<b>Capítulo 3: Información General sobre el Proceso de Solicitudes de la Ronda 10.....</b>	<b>18</b>
Directrices para las Propuestas – Ronda 10 .....	18
Proceso para la Elaboración de la Propuesta .....	19
Orientación en Torno al Contenido Técnico de las Propuestas.....	19
Financiamiento Disponible para la Ronda 10.....	19
Requisitos de Elegibilidad.....	20
Documentos y Vínculos Relevantes.....	21
Versiones del Formato de Propuesta.....	21
Dónde Puede Obtener Copias del Formato de Propuesta y Sus Anexos.....	22
Proceso para Enviar una Propuesta .....	23
Algunos Conceptos Clave utilizados en todas las Propuestas .....	25
Orientación General sobre cómo Llenar el Formato de Propuesta.....	26

<b>Capítulo 4: Guía sobre Secciones Específicas del formato de la propuesta para la Ronda 10.....</b>	<b>29</b>
SECCIÓN 2: RESUMEN DEL SOLICITANTE Y ELEGIBILIDAD.....	31
2.1 Integrantes y Operaciones.....	31
2.1.3. Conocimiento y experiencia del participante en temas transversales .....	31
2.2 Elegibilidad.....	33
2.2.2. Proceso de desarrollo de la propuesta .....	33
2.2.3. Proceso para supervisar la implementación del programa.....	35
2.2.4. Proceso para seleccionar a los Receptores Principales.....	36
SECCIÓN 3: RESUMEN DE LA PROPUESTA .....	37
3.1 Transición al financiamiento de una sola vía .....	37
3.3 Alineación a ciclos internos de país.....	38
3.4 Resumen de la propuesta de la Ronda 10 .....	39
SECCIÓN 4: DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA.....	41
4.1 Programa nacional .....	41
4.2 Perfil epidemiológico de las poblaciones meta .....	44
4.3 Restricciones principales y vacíos en los sistemas de salud, por enfermedad y en los sistemas comunitarios.....	45
4.3.1 Programa de VIH.....	45
4.3.2 Sistemas de Salud .....	47
4.3.3 Sistemas Comunitarios .....	49
4.3.4. Esfuerzos para resolver las debilidades y vacíos .....	51
4.4 Estrategia de la propuesta.....	53
4.4.1 Intervenciones .....	53
4.4.2 Abarcando las debilidades de una categoría anterior de la propuesta 3.....	56
4.4.3 Lecciones aprendidas desde la experiencia de implementación.....	58
4.4.5 Promoviendo la equidad social y de género .....	60
4.4.6 Asociaciones con el sector privado .....	66
4.4.8 Vínculos con recursos no pertenecientes al Fondo Mundial .....	68
4.4.9. Estrategia para mitigar las consecuencias no planeadas del programa de apoyo adicional en los sistemas de salud .....	70
4.5. Sustentabilidad del programa.....	71
4.5.1. Fortaleciendo la capacidad y los procesos en la entrega de servicio de VIH para lograr resultados mejorados de salud y aspectos sociales .....	71
4.5.2 Alineación con marcos de desarrollo más amplios.....	73
4.5.3 Mejorando el valor del dinero .....	74
4.6. Sistema de Monitoreo y Evaluación .....	75
4.6.1 Sistemas de medición de impacto y de resultados .....	75
4.6.3 Vínculos con el Sistema Nacional de M&E .....	76
4.6.4 Fortaleciendo los sistemas de monitoreo y evaluación .....	77

4.7. Capacidad de Implementación .....	78
4.7.1 Receptor(es) Principal(es).....	78
4.7.2 Sub-receptores.....	80
4.7.3 Sub-receptores a identificar .....	82
4.7.4 Coordinación entre y con los implementadores.....	85
4.7.5 Fortalecimiento de la capacidad de implementación .....	86
4.8. Otros Productos Farmacéuticos y de Salud .....	88
4.8.4 Alineación con los sistemas existentes.....	88
4.8.5. Sistemas de distribución y almacenamiento .....	89
SECCIÓN 5: SOLICITUD DE FONDOS.....	90
5.1 Vacíos en el Análisis Financiero.....	90
5.1.1 Explicación de las necesidades financieras y financiamiento adicional del Fondo Mundial.....	90
5.1.2 Financiamiento Nacional.....	91
5.1.3 Financiamiento Externo.....	92
5.2 Presupuesto Detallado .....	93
5.4. Resumen del Presupuesto Detallado por Categoría de Costos.....	94
5.4.1 Contexto del Presupuesto Total.....	94
5.4.2 Recursos Humanos.....	95
5.4.3 Otros rubros de grandes gastos.....	96
5.4.4 Medición del costo unitario por servicio y efectividad de costos.....	97
SECCIÓN 4B: DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA – INTERVENCIONES TRANSVERSALES DE SSYS .....	98
4B.1 Descripción de la intervención transversal de SSyS.....	98
4B.2 Compromiso de participantes clave de SSyS en el desarrollo de la propuesta.....	100
4B.3. Estrategia para reducir las consecuencias no planeadas.....	101
SECCIÓN 5B: INTERVENCIONES TRANSVERSALES DE SSYS .....	102
<b>Anexo I: Criterio de Revisión de Propuestas.....</b>	<b>103</b>

**Nota:** Los títulos del Capítulo 4: Guía sobre Secciones Específicas del Formato de la Propuesta para la Ronda 10 son exactamente los mismos títulos del formato de la propuesta para la Ronda 10. En esta guía, Aidsplan proporciona una guía sobre muchas de las preguntas del formato de la propuesta para la Ronda 9, pero no todas. Esto explica dónde están los vacíos en los números de la sección del Índice.

# Prólogo

## **Aidspan**

Aidspan es una ONG situada en Kenia, cuya misión consiste en reforzar la efectividad del Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria al fungir como un organismo de control independiente del Fondo y para los implementadores de subvenciones a través de proporcionar información, análisis y asesoría, facilitando un debate crítico y promoviendo una mayor transparencia, responsabilidad, efectividad e impacto.

Aidspan también publica el boletín *Global Fund Observer (GFO, por sus siglas en inglés)*, una fuente electrónica e independiente de noticias, análisis y comentarios acerca del Fondo Mundial. Para recibir el GFO sin cargo alguno, envíe un correo electrónico a: [receive-gfo-newsletter@aidspan.org](mailto:receive-gfo-newsletter@aidspan.org). El espacio del asunto y cuadro de texto del correo puede dejarse en blanco.

Aidspan financia su trabajo principalmente a través de subsidios de fundaciones. Aidspan no acepta dinero del Fondo Mundial ni realiza trabajo de asesoría remunerado o cobra por cualquiera de sus materiales.

Aidspan y el Fondo Mundial mantienen una relación positiva de trabajo pero no tienen una conexión formal. *La Junta Directiva, personal y otras estructuras del Fondo Mundial no tienen influencia y no asumen ninguna responsabilidad por el contenido de este informe o de cualquier otra publicación de Aidspan.*

## **Agradecimientos, permisos y retroalimentación**

Aidspan agradece a sus fundadores por el apoyo proporcionado durante las operaciones del 2003-2010: The Monument Trust, Dr. Albert y la Sra. Monique Heijn, the Open Society Institute, Hivos, Irish Aid, La Fundación para el tratamiento de niños con sida, el Departamento Noruego de Relaciones Exteriores, Merck & Co., ONUSIDA, Anglo Americano, la Fundación Glaser Progress, La Fundación John M. Lloyd, el Fondo MAC AIDS, GTZ, y dos donadores privados.

David Garmaise, autor de este informe, puede ser contactado en el correo: [garmaise@aidspan.org](mailto:garmaise@aidspan.org). Bernard Rivers, Director Ejecutivo de Aidspan puede ser contactado en el correo: [rivers@aidspan.org](mailto:rivers@aidspan.org). David Garmaise, tiene su base en Tailandia y trabaja medio tiempo como Consultor Senior de Aidspan. En los últimos cinco años ha sido autor, co-autor y ha editado numerosos informes y guías de Aidspan.

Se permite reproducir, imprimir o citar este informe, en su totalidad o en partes, siempre y cuando se mencione lo siguiente: "Reproducción de 'La Guía Aidspan para las propuestas del Fondo Mundial, Ronda 10', disponible en: [www.aidspan.org/guides](http://www.aidspan.org/guides) "

## **Publicaciones de Aidspan**

Esta guía forma parte de una docena de publicaciones gratuitas de Aidspan realizadas para aquellos que solicitan la implementación o apoyo de subvenciones del Fondo Mundial. A continuación se presenta una lista parcial de las publicaciones de Aidspan.

- **Global Fund Observer:** Boletín electrónico gratuito que proporciona noticias, análisis y comentarios de cerca de 8,000 suscriptores alrededor de 170 países. (más de 120 temas recabados en los últimos seis años; actualmente solamente disponible en Inglés)

- **La Guía Aispan para las propuestas del Fondo Mundial, Ronda 10 – Volumen 1: Anticipando el Trabajo** (Abril 2010, disponible en Inglés, Francés, Español y Ruso )
- **Informe Aidsplan: Fortalezas Clave para las propuestas del Fondo Mundial, Rondas 8 y 9** (Enero 2010; disponible en Inglés, Francés, Español y Ruso)
- **Guía para principiantes del Fondo Mundial** (Julio 2009; disponible en Inglés, Francés, Español y Ruso)
- **Guía Aidsplan sobre los roles y responsabilidades de los MCP en la supervisión de la subvención** (Marzo 2009; disponible en Inglés, Francés, Español y Ruso)
- **Informe Aidsplan: Análisis a la clasificación de subvenciones del Fondo Mundial** (Noviembre 2008; disponible solamente en Inglés)
- **Informe Aidsplan: subvenciones del Fondo Mundial, ¿Funcionan para las mujeres? Evaluación de la respuesta de género en los programas financiados por el Fondo Mundial en África Subsahariana** (Julio 2008; disponible solamente en Inglés)
- **Documento oficial Aidsplan: Ampliación para cubrir la necesidad y vencer las barreras al desarrollo de Programas Financiados por el Fondo Mundial** (Abril 2008; disponible solamente en Inglés)
- **Documento oficial Aidsplan: Proporcionando apoyo técnico actualizado para mejorar la efectividad de las subvenciones del Fondo Mundial** (Marzo 2008; disponible solamente en Inglés)
- **Guía Aidsplan sobre las solicitudes al Fondo Mundial de la Ronda 8 – Volumen 2: El proceso de solicitud y formato de la propuesta** (Marzo 2008; disponible en Inglés, Francés y Español)
- **Documentos de Aidsplan para la entrega de propuestas en país** (Diciembre 2007; disponible en Inglés, Francés, Español y Ruso)
- **Guía Aidsplan para la creación y ejecución efectiva de un Mecanismo Coordinador de País (MCP)** (Segunda edición, Septiembre 2007; disponible en Inglés, Francés y Español)
- **Guía Aidsplan Entendiendo los procesos del Fondo Mundial para la implementación de subvenciones – Volumen 1: De la aprobación a la firma del Acuerdo** (Diciembre 2005; título original: “Guía Aidsplan para una implementación efectiva de las subvenciones del Fondo Mundial”, disponible solamente en Inglés.)
- **Guía Aidsplan Entendiendo los procesos del Fondo Mundial para la implementación de subvenciones – Volumen 2: Del primer desembolso a la segunda fase de renovación** (Noviembre 2007; disponible en Inglés, Francés y Español)

## Descargas

Para descargar una copia de cualquiera de estas publicaciones, visite la página: [www.aidsplan.org](http://www.aidsplan.org). Si usted no cuenta con acceso al sitio web pero sí tiene acceso al correo electrónico, envíe una solicitud a: [publications@aidspan.org](mailto:publications@aidspan.org) especificando qué publicaciones actualmente disponibles son las que le gustaría recibir como documento adjunto vía correo electrónico. Aidsplan no crea o distribuye copias impresas de estas publicaciones.

## Lista de Abreviaturas y Siglas

A continuación encontrará una lista de las abreviaciones y siglas utilizadas en esta Guía:

APS	Área de prestación de servicio
ALF	Agente Local del Fondo
DOTS	Tratamiento de observación directa a corto plazo
GDF	Servicio Farmacéutico Mundial para TB
GFO	Global Fund Observer
GPI	Gestión de procuración e insumos
FSS	Fortalecimiento del sector salud
IEC	Información, educación y comunicación
M&E	Monitoreo y evaluación
MCP	Mecanismo Coordinador de país
MCR	Mecanismo de Coordinación Regional
MFD-MCP	Mecanismo fuera del mecanismo de coordinación de país
OBC	Organización de base comunitaria
OBF	Organizaciones basadas en la fe
OCS	Organización de la sociedad civil
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH y sida
OR	Organización Regional
PCV	Prueba y consejería voluntarias
PEPFAR	[E.U.A.] Plan de emergencia presidencial para aliviar el SIDA
PMF	Preguntas más frecuentes
PRT	Panel de Revisión Técnica
PVV	Persona(s) que vive con VIH/SIDA
RP	Receptor Principal
SR	Sub-receptor
Sub-MCP	Mecanismo Sub-nacional de Coordinación de país
SWAp	Enfoque sectorial ampliado
TB	Tuberculosis
UNICEF	Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia

# Capítulo 1: Introducción

*Este capítulo resume el propósito de esta guía y describe el contenido de la misma. También incluye notas breves sobre terminología y sobre qué iniciativas es que el Fondo Mundial apoyará.*

## Propósito de esta Guía

La intención de *La Guía de Aidspace para las Propuestas al Fondo Mundial de la Ronda 10* es que sea útil tanto para aquellas personas que necesitan *menos* información a la contenida en las directrices para la presentación de propuestas preparadas por el Fondo Mundial (por ejemplo, debido a que sólo necesitan saber si tan siquiera deberían considerar preparar una propuesta), como para aquellos que requieran de *más* información.

La Guía discute los factores que se esconden detrás de algunas de las preguntas realizadas en el “Formulario de Propuesta – Ronda 10” (en el sucesivo “formato de la propuesta”).

Esta Guía no pretende indicar a los lectores lo que deberían incluir en sus propuestas al Fondo Mundial. Por el contrario, el objetivo es desmitificar el proceso de presentación de propuestas y proveer una orientación clara sobre lo que se espera del mismo. Esta Guía está basada en la premisa de que no existe una sola manera “correcta” de completar el formato de la propuesta. La misma alienta a quienes vayan a presentar propuestas a que describan claramente sus planes para enfrentar el VIH/SIDA, la Tuberculosis (TB), o la Malaria; así como demuestren de manera convincente que esos planes son viables, capaces de producir los resultados anticipados y que las personas que los prepararon están (a) comprometidos y (b) son capaces de implementarlas.

Esta es una guía bastante larga. Sugerimos que los lectores usen las secciones que necesiten, o utilicen la guía como una herramienta de referencia, en vez de tratar de leerla completamente en una sola sesión.

Nuevamente, Aidspace está produciendo la guía de solicitud de propuestas en dos volúmenes. “Volumen 1: Anticipando el Trabajo,” que proporciona información que los solicitantes pueden usar en el periodo que antecede la convocatoria del Fondo Mundial para las propuestas de la Ronda 10. La mayor parte de la información del Volumen 1 es genérica por lo que puede utilizarse en cualquier ronda de financiamiento.

El “Volumen 2: El proceso de entrega de propuestas y el formato de la propuesta” (este documento), proporciona una guía específica para el proceso de entrega de propuestas y el formato de la propuesta de la Ronda 10. Existen dos versiones del Volumen 2: Versión A (para solicitudes de un solo país) y la Versión B (para solicitudes de multi-países). Esta es la Versión A.

## Terminología Usada en esta Guía

A lo largo de esta guía, el término “propuesta” es usado para describir la solicitud que será presentada al Fondo Mundial, y el término “programa” se utiliza para describir las actividades a implementarse si la propuesta es aceptada para recibir financiamiento. El término “sub-propuestas nacionales” (“sub-propuestas” para resumirla) es usado para describir las mini-propuestas que los interesados por país podrían presentar para su posible inclusión en la propuesta del MCP.



El término “ONG” se refiere a organizaciones no gubernamentales – ej.: organizaciones sin fines de lucro que funcionan fuera de la esfera gubernamental. Las organizaciones de base comunitaria (OBCs) son un tipo de ONG. Para los fines de esta guía, la referencia a las “ONGs” normalmente incluye a las OBCs.

El Fondo Mundial identifica cinco tipos de propuestas, clasificadas según su fuente:

- Mecanismo de Coordinación de País (MCP)
- Mecanismo Sub-Nacional de Coordinación de País (Sub-MCP)
- Mecanismo de Coordinación Regional (MCR)
- Organización Regional (OR)
- Mecanismo Fuera Del-Mecanismo de Coordinación de País (MFD-MCP)

A veces, el Fondo Mundial usa el término “MCP” para incluir no sólo a los MCPs sino también a los Sub-MCPs y MCRs. Esto podría causar confusión, pero generalmente el contexto clarifica el significado. El Fondo Mundial también usa el término “mecanismo de coordinación” para referirse a los MCPs, Sub-MCPs y MCRs. En esta guía, nosotros también utilizamos dicho término de la misma manera.

El Fondo Mundial usa el término “MFD-MCP” para referirse a las propuestas presentadas por organizaciones (en el país) distintas al MCP y del Sub-MCP. En esta guía, nosotros también utilizamos dicho término de la misma manera.

Debemos aclarar que el Fondo Mundial tiende a usar los términos “MCP” y “MCP nacional” de manera intercambiable. En esta guía, nosotros generalmente sólo usamos “MCP,” a menos que estemos citando o parafraseando de otras fuentes.

## ¿Qué Iniciativas Apoyará el Fondo Mundial?

El Volumen 1 de esta guía proporcionó una lista del tipo de iniciativas que el Fondo Mundial apoyará, con base a una lista suministrada en las Directrices para las Propuestas R9. Posteriormente, el Fondo Mundial ha realizado algunos cambios a la lista. Estos cambios no alteran el alcance ampliado de las iniciativas que el Fondo Mundial apoya; simplemente, proporcionan más y mejores ejemplos. Los solicitantes deberán familiarizarse con la lista de iniciativas (ver el Anexo 3 de las Directrices de las Propuestas para la R10). Dicho anexo también contiene una descripción de los tipos de iniciativas que el Fondo Mundial no apoya.

## Contenido de Esta Guía (Volumen 2)

**Capítulo 2: ¿Qué hay de nuevo para la Ronda 10?** Describe los cambios principales al proceso de solicitud para la Ronda 10, comparado con rondas anteriores.

**Capítulo 3: Información General sobre el Proceso de Solicitudes de la Ronda 10** describe las directrices que el Fondo Mundial ha generado para la Ronda 10 y las diferentes versiones del formato de la propuesta y explica dónde obtener las copias de las directrices, el formato de la propuesta y sus documentos adjuntos. El capítulo también describe el proceso de entrega de propuestas, explica algunos conceptos clave usados en todas las propuestas y proporciona una guía general sobre cómo llenar el formato de la propuesta. El Capítulo 3 también contiene notas breves sobre el proceso para desarrollar una propuesta, dónde obtener una orientación sobre el contenido técnico de las propuestas, los fondos disponibles para la Ronda 10 y sobre documentos y enlaces relevantes.

**Capítulo 4: Guía sobre secciones específicas del Formato de la Propuesta para la Ronda 10**, el eje de éste proporciona una guía de Aidsplan sobre muchas (pero no todas) las preguntas sobre el formato de la propuesta. Contiene varios extractos de las propuestas que fueron aprobadas en rondas anteriores y que fueron elogiadas por el Panel de Revisión Técnica (PRT). Ver la “Nota a los Lectores” al inicio del Capítulo 4 para más información.

El **Anexo I** contiene el criterio que el PRT usará para revisar las propuestas de la Ronda 10.

**Nota especial:** Queríamos asegurarnos de publicar el Volumen 2 lo antes posible después del lanzamiento de la Ronda 10 el 20 de mayo de 2010 de tal forma que sea útil para los solicitantes que preparan sus propuestas para la Ronda 10. Esto fue un reto debido al poco tiempo con el que contábamos para trabajar las versiones finales del formato de la propuesta, sus documentos adjuntos y las Directrices para las propuestas de la R10. Hemos hecho nuestro mejor esfuerzo para proporcionar una guía útil en el tiempo disponible.

## Capítulo 2: ¿Qué hay de nuevo para la Ronda 10?

*Este capítulo describe los cambios principales en el proceso de solicitudes de la Ronda 10 comparados con rondas anteriores.*

### Financiamiento de Una Sola Vía

El cambio más grande en el formato de la propuesta para la Ronda 10 es que los solicitantes pueden elegir enviar una propuesta “consolidada” en lugar de una propuesta “regular” si son elegibles y están listos para la transición del financiamiento de una sola vía. Esto está alineado con la decisión del Fondo Mundial de cambiar hacia un financiamiento de una sola vía por enfermedad por RP.

Si los solicitantes están enviando una propuesta para una enfermedad en particular, y si ya cuentan con una o más subvenciones para esa enfermedad y si por lo menos una de esas subvenciones existentes tendrá al menos doce meses del tiempo de implementación restante desde la fecha de inicio establecida para el programa cubierto por su propuesta para la Ronda 10. Entonces estos solicitantes son elegibles para la transición a un financiamiento de una sola vía. (Por definición los solicitantes que no cumplan estos criterios no son elegibles para la transición de financiamiento a una sola vía en la Ronda 10).

A los solicitantes de la Ronda 10 que son elegibles para la transición de financiamiento a una sola vía se les ofrecen tres opciones:

**OPCIÓN 1:** Transición a financiamiento de una sola vía al enviar una propuesta consolidada en la Ronda 10. En una propuesta consolidada, las nuevas actividades propuestas están consolidadas con las subvenciones existentes para la misma enfermedad. Esto daría como resultado que el solicitante firme uno o más acuerdos de financiamiento de una sola vía si la propuesta es aprobada para su financiamiento.

**OPCIÓN 2:** Transición a financiamiento de una sola vía durante las negociaciones de la subvención para la Ronda 10. Bajo esta opción, el solicitante deberá enviar una propuesta regular en la Ronda 10, pero debe indicar que desea consolidar su propuesta para la Ronda 10 con las subvenciones existentes para la misma enfermedad durante las negociaciones del acuerdo de la subvención. Esto daría como resultado que el solicitante firme uno o más acuerdos de financiamiento a una sola vía si la propuesta es aprobada para su financiamiento.

**OPCIÓN 3:** Aplazar por el momento cualquier decisión acerca de la transición de financiamiento a una sola vía. Los solicitantes que eligen esta opción podrán hacer la transición de financiamiento a una sola vía cierto tiempo después del período de solicitud de financiamiento para la Ronda 10. Si no lo han hecho al inicio de la Ronda 11, tal vez se les pida enviar una propuesta consolidada en ese momento, dependiendo qué enviaron en la Ronda 11, qué enviaron y qué estatus tienen las subvenciones existentes en ese momento.

Tome nota que para poder hacer la transición de financiamiento a una sola vía en la Ronda 10 (por ejemplo, Opción 1 ó 2) los solicitantes no necesariamente tienen que nombrar nuevamente al RP existente en las propuestas de la Ronda 10. Los solicitantes tienen varias opciones. Pueden (a) redistribuir las actividades de la subvención existente entre los RP existentes; (b) asignar las actividades de las subvenciones existentes a nuevos RP

recién nombrados; (c) asignar nuevas actividades a un RP existente o (d) asignar nuevas actividades a un RP recientemente nombrado o alguna combinación de lo anterior. Esta información, incluida en las Directrices para la elaboración de propuestas de la Ronda 10 es importante y puede ser nueva para muchos lectores. Significa que mientras un país podría terminar con un acuerdo de financiamiento a una sola vía por enfermedad por RP, las subvenciones consolidadas no necesariamente tienen el mismo RP que anteriormente.

A continuación se describe lo que sucedería si el solicitante selecciona la Opción 1 en la preparación de la solicitud para la Ronda 10:

- El solicitante debe describir de manera consolidada los objetivos, las áreas de prestación de servicios (APS) y las actividades tanto para las nuevas actividades propuestas como para las actividades de las subvenciones existentes para la misma enfermedad y RP. Sin embargo, el solicitante debe hacer la distinción entre las actividades nuevas y las existentes.
- El solicitante también debe describir qué cambios hay en las actividades o en las poblaciones meta, si los hubiera; y qué cambios han ocurrido para aquellas actividades que forman parte de las subvenciones existentes; qué vínculos existen, si los hay entre las nuevas actividades y las actividades existentes; qué vínculos existen, si lo hay, entre las actividades propuestas y las subvenciones existentes del Fondo Mundial para otras enfermedades o para el fortalecimiento de los sistemas de salud y cómo se evitará la duplicación cuando existan estos vínculos.
- El solicitante debe enlistar las APS y actividades de las subvenciones existentes consolidadas dentro de la propuesta para la Ronda 10; explicar si una subvención existente y a qué extensión será consolidada dentro de la propuesta para la Ronda 10; explicar si cada APS y actividad será incluida y a qué extensión en la subvención existente para incluirse en la propuesta consolidada de la Ronda 10 y justificar cualquier cambio propuesto.
- El solicitante deberá describir cualquier cambio principal en los indicadores y metas para las actividades de las subvenciones existentes que se hayan consolidado y deberá proporcionar la lógica para que esos cambios sean significativos.
- El presupuesto debe incluir costos para la propuesta consolidada por enfermedad; por ejemplo, tanto para las actividades nuevas como para las existentes. El solicitante también deberá proporcionar el detalle del presupuesto solicitado (suposiciones de presupuesto, costos unitarios, etc.) para la solicitud completa de financiamiento de la Ronda 10, no sólo para el nuevo financiamiento.
- Los indicadores y metas mostrados en el Marco de Desempeño deberán ser para la propuesta consolidada por enfermedad; es decir, tanto para las actividades nuevas como para las existentes.

[Ver “Orientación de Aidsplan sobre las Propuestas Consolidadas” en la siguiente página].

**Nota:** Si usted está enviando una propuesta MARP (poblaciones en mayor riesgo) y es elegible y está listo para la transición de financiamiento a una sola vía, el Fondo Mundial sugiere ampliamente que seleccione la Opción 2 (transición durante las negociaciones de la subvención para la Ronda 10) en lugar de la Opción 1 (envío de una propuesta consolidada).

## **Criterio de priorización**

Si no se cuenta con suficiente dinero disponible para financiar todas las propuestas de la Ronda 10 recomendadas por el Panel de Revisión Técnica (PRT); entonces, las propuestas

recomendadas serán calificadas según el criterio de priorización del Fondo y recibirán los fondos con base en su calificación (conforme los fondos estén disponibles).

El criterio de priorización, recientemente reformado por el Fondo Mundial, se basa en un índice compuesto que toma en cuenta el mérito técnico de la propuesta, tal como lo determine el PRT, el nivel de pobreza del país y la carga de país por enfermedad. Las propuestas pueden calificar hasta cuatro puntos para cada uno de estos tres factores. Para detalles sobre el índice compuesto ver “Nuevo Criterio de Priorización que da menos peso al mérito técnico” en el Tomo 122 del Global Fund Observer (GFO), disponible en: [www.aidspace.org/gfo](http://www.aidspace.org/gfo). También puede consultar información del Fondo Mundial sobre la priorización para la Ronda 10 en: [www.theglobalfund.org/en/applicationfaq](http://www.theglobalfund.org/en/applicationfaq).

### **Orientación de Aidspace con relación a las Propuestas Consolidadas**

Las razones para hacer una transición de financiamiento a una sola vía son sólidas. Para un RP que cuenta con varias subvenciones para una enfermedad representa mucha burocracia tanto para el RP como para el Fondo Mundial. La gran mayoría puede evitarse si las subvenciones múltiples están consolidadas en una sola.

Los solicitantes que están seguros de querer cambiar a un financiamiento de una sola vía en la Ronda 10 ahorrarán tiempo considerable durante el proceso de negociación de la subvención si eligen la Opción 1 (enviando una propuesta consolidada) en lugar de la Opción 2 (transición durante las negociaciones de la subvención de la Ronda 10) ya que mucho del trabajo relacionado con la consolidación ya se ha realizado al momento que inicien las negociaciones de las subvenciones. Por lo tanto, la Opción 1 puede ser atractiva para los solicitantes si ya están trabajando en la consolidación de la subvención.

Sin embargo, Aidspace cree que la mayoría de los solicitantes preferirían *no* enviar una propuesta consolidada en la Ronda 10 debido a las siguientes razones:

1. La transición al financiamiento de una sola vía es un proceso complicado y existe muy poca guía disponible sobre cómo hacerlo.
2. Es la primera vez que el Fondo Mundial ha diseñado un formato de propuesta para acomodar las propuestas consolidadas; por lo que puede haber ciertos problemas técnicos.
3. Elegir enviar una propuesta consolidada hace que el formato complicado de la propuesta sea aún más complicado.
4. Los solicitantes solamente tienen tres meses para preparar sus propuestas, en lugar de los cuatro meses.

Los solicitantes elegibles para la transición de financiamiento a una sola vía pero que deciden no enviar una propuesta consolidada en la Ronda 10, pueden hacer la transición de financiamiento a una sola vía en la Ronda 10 al seleccionar la Opción 2 (transición durante las negociaciones de la subvención de la Ronda 10) o pueden elegir la Opción 3 y detener la transición después del periodo de solicitudes de la Ronda 10.

En esta guía, no proporcionamos cualquier tipo de orientación sobre cómo llenar dichas secciones del formato de la propuesta que estén relacionadas específicamente con las propuestas consolidadas. Tuvimos un tiempo limitado para revisar los documentos de la Ronda 10 y no contamos con el beneficio de experiencia previa con las propuestas consolidadas.

Anteriormente, el mérito técnico contaba considerablemente con mayor peso. Bajo el criterio “viejo” cuando no había suficiente dinero, las propuestas se filtraban primeramente por el mérito técnico y posteriormente se aplicaba el índice compuesto.

En el pasado, cuando el criterio de priorización tenía que usarse, todas las propuestas recomendadas recibían fondos eventualmente. Sin embargo, no hay garantía de que esto suceda para la Ronda 10; depende del costo total de las propuestas recomendadas para su financiamiento y de cuánto dinero puede recaudar el Fondo Mundial de los donadores.

## Propuestas MARP

En la Ronda 10, por primera vez, los solicitantes de países que cuentan con epidemias concentradas de VIH/sida dentro de las “poblaciones en mayor riesgo” (MARPs, por sus siglas en inglés) tendrán la opción de solicitar fondos específicamente para estas poblaciones bajo una nueva vía de financiamiento (la “reserva MARPs”). Esta vía está abierta a todos los solicitantes (MCP, Sub.MCP, RCM y MFD-MCP). Sin embargo, el solicitante debe elegir si enviará una propuesta MARP o una propuesta “regular” de VIH/sida ya que no puede enviar ambas en la misma ronda ni la propuesta MARP puede incluir un componente transversal de SSyS.

(Un solicitante que envía una propuesta a través de la vía MARP aun así puede enviar por separado propuestas de malaria o TB a través de la vía regular de propuestas; las propuestas de TB y malaria pueden incluir un elemento transversal de SSyS).

Existe un techo sobre cuánto es que puede pedir un solicitante al enviar una propuesta MARP: hasta \$5 millones para la Fase 1 y hasta \$12.5 millones para todo el periodo de vida de la propuesta. Existen límites también para el tamaño de la vía de financiamiento para la Ronda 10: la cantidad total ha aprobarse a lo largo de todas las propuestas de la Ronda 10 tiene un tope de \$75 millones para la Fase 1 y \$200 millones para todo el periodo de vida de las propuestas.

Las propuestas MARP pueden enfocarse en una o más de las poblaciones en mayor riesgo. El Fondo Mundial define estas poblaciones “como poblaciones en mayor riesgo para la infección por VIH que demuestren una prevalencia mayor de VIH que la población en general, con un énfasis particular en hombres que tienen sexo con otros hombres, personas transgénero y sus parejas sexuales; personas dedicadas al trabajo sexual, ya sean mujeres, hombres o personas transgénero.”<sup>1</sup> Los solicitantes que envían propuestas MARP deberán cubrir los mismos criterios de elegibilidad que aplican a todos los solicitantes que envían propuestas regulares.

La vía de financiamiento MARP se estableció debido a las preocupaciones que el nuevo criterio de priorización (ver sección anterior) otorgaría a solicitantes de países de ingreso bajo y medio-alto con epidemias concentradas en desventaja. La nueva vía de financiamiento busca abarcar esta desventaja al proporcionar un canal por separado en la que las propuestas de países de ingresos medios no tengan que competir contra propuestas que abarcan epidemias generalizadas en países de ingresos bajos.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Según las preguntas frecuentes emitidas por el Fondo Mundial, este énfasis no limita las solicitudes para esos grupos. Por ejemplo, los solicitantes que deseen trabajar en prisiones o con comunidades de migrantes que demuestren una prevalencia mayor de VIH que la población en general, pueden solicitar fondos bajo la reserva MARP. Las preguntas frecuentes también dicen que “por supuesto, los solicitantes que puedan demostrar vínculos de usuarios de drogas inyectables, trabajo sexual y/o comportamiento sexual entre varones se les aconsejaría hacerlo”.

<sup>2</sup> *Entendiendo la Nueva Vía de Financiamiento para VIH para las Poblaciones en Mayor Riesgo en la Ronda 10*, Amigos del Fondo Mundial, América Latina y El Caribe.

Cuando el Fondo Mundial estableció la vía MARPs de financiamiento, se dijo que “recomendaba ampliamente” a los solicitantes de países de ingresos medios que estén enviando propuestas MARPs a que demostrarán claramente la contribución en aumento por parte del gobierno durante el periodo de vida de la propuesta. El Consejo dijo que esto sería algo que el Panel de Revisión Técnica (PRT) consideraría en la formulación de sus recomendaciones.

En teoría, sería posible que un solicitante MFD-MCP enviara una propuesta MARP para la Ronda 10 aún cuando el MCP de ese país esté enviando una propuesta regular de VIH/sida ya que no son el mismo solicitante y en teoría ambas propuestas podrían aprobarse. Sin embargo, una propuesta de un solicitante MFD-MCP aún tendría que cumplir el criterio de elegibilidad para las solicitudes MFD-MCP. (Ver “Decidiendo si va enviar una propuesta MFD-MCP” en el Capítulo 2 del Volumen 1 de esta guía; vea también la nota sobre la nueva información del Fondo Mundial sobre las propuestas MFD-MCP en: [www.theglobalfund.org/en/applicationfaq](http://www.theglobalfund.org/en/applicationfaq)).

En el caso de que no hubiera suficientes fondos disponibles para pagar todas las propuestas MARP recomendadas se usará el criterio de priorización para calificar las propuestas. Este criterio es similar al usado para las propuestas regulares (ver sección anterior), excepto que el nivel de pobreza del país no se incluye en el índice compuesto. Para más detalles ver la Decisión No. GF/B21/DP18 en el documento del Consejo de Decisiones disponible en: [www.theglobalfund.org/en/board/meetings/twentyfirst](http://www.theglobalfund.org/en/board/meetings/twentyfirst).

En el caso de que a una propuesta recomendada por el PRT no se le puedan dar fondos bajo la vía MARP debido a que la máxima cantidad de recursos asignadas a esta vía pueden agotarse, la propuesta se agrupará junto con las propuestas del vía regular de fondos, usando el criterio de priorización establecido para esa vía.<sup>3</sup>

Aquellos solicitantes que deseen enviar propuestas MARP deberán usar el mismo formato de propuesta que se ha usado para las propuestas regulares. En la primera página del formato de la propuesta, se pide a los solicitantes indicar si la propuesta que van a enviar es una propuesta MARP. El Fondo Mundial ha emitido una nota informativa sobre las propuestas MARP en: [www.theglobalfund.org/en/applicationfaq](http://www.theglobalfund.org/en/applicationfaq).

## Fortaleciendo los Sistemas Comunitarios

La Ronda 10 ha dado un énfasis sobre el fortalecimiento de los sistemas comunitarios (FSC). Se ha agregado una nueva pregunta al formato de propuestas pidiendo una descripción de las debilidades y vacíos en los sistemas comunitarios existentes. También se pide a los solicitantes proporcionar información sobre lo que se ha estado haciendo para abarcar dichas debilidades y vacíos.

También, la nota informativa del Fondo Mundial sobre FSC se ha actualizado (ver: [www.theglobalfund.org/en/applicationfaq](http://www.theglobalfund.org/en/applicationfaq)). La nota informativa define a “los sistemas comunitarios” como “estructuras y mecanismos dirigidos por la comunidad cuyo uso final es para los integrantes de la comunidad y las organizaciones de base comunitaria y grupos para que interactúen, coordinen y entreguen sus respuestas a los desafíos y necesidades que afectan sus comunidades”.

Finalmente, se ha desarrollado un documento de 81 páginas *Marco de trabajo sobre el Fortalecimiento de los Sistemas Comunitarios*. El Marco de FSC tiene como principal

---

<sup>3</sup> Ibid.

objetivo fortalecer el compromiso de la sociedad civil con el Fondo Mundial. Debe ser útil para los solicitantes que quieran asegurar que su propuesta incluye estrategias sólidas para fortalecer los sistemas comunitarios. El marco de FSC está disponible en: [www.theglobalfund.org/documents/civilsociety/CSS\\_Framework.pdf](http://www.theglobalfund.org/documents/civilsociety/CSS_Framework.pdf).

Tanto el marco de FSC como la nota informativa mencionadas anteriormente, incluyen secciones sobre cómo integrar el FSC en las propuestas del Fondo Mundial.

## Recomendaciones Condicionales del PRT

En la Ronda 10, por primera vez el PRT puede recomendar la aprobación de una propuesta condicional sobre la remoción de un número limitado de elementos. Esta remoción de elementos no está sujeta a la apelación.

## Criterios de Revisión

La Junta Directiva del Fondo Mundial, en su reunión de abril del 2010, hizo algunos cambios al criterio usado por el Panel de Revisión Técnica (PRT) para revisar las propuestas. Los cambios se diseñaron para asegurar que el criterio refleja las decisiones políticas recientes del Fondo Mundial en temas tales como equidad de género, orientación sexual e identidades de género así como el fortalecimiento de los sistemas comunitarios. El criterio que se usará en la Ronda 10 se muestra en el Anexo I de esta guía.

## “Valor del Dinero”

El Fondo Mundial ha incluido dos nuevas preguntas en el formato de propuestas para la Ronda 10 relacionadas con el concepto de “valor del dinero” (secciones 4.5.3 y 5.4.4). El Fondo Mundial define “el valor del dinero” como “el uso de las intervenciones con mayor costo-efectividad” y “el uso óptimo de los recursos para lograr los resultados que se pretenden”. En esta orientación para la Ronda 10, el Fondo Mundial reconoce que “todavía no existe gran evidencia por país en muchos de los contextos locales sobre el valor del dinero en las intervenciones” y menciona que el PRT no penalizará a los solicitantes por no proporcionar esta evidencia en la Ronda 10. El Fondo Mundial ha desarrollado una nota informativa sobre este tema y está disponible en: [www.theglobalfund.org/en/applicationfaq](http://www.theglobalfund.org/en/applicationfaq).

## Plan AT

Aquellos solicitantes que envíen propuestas para la Ronda 10 y que se apruebe su financiamiento, se les pedirá que preparen un Plan de Asistencia Técnica (Plan AT) describiendo a gran detalle la AT que se incluye en la propuesta. El Plan AT deberá prepararse al momento de las negociaciones de la subvención. Sin embargo, si el contexto del país no lo permite, el solicitante tendrá hasta el final de los cinco años de la subvención para entregar el plan. El Plan AT no tiene que enviarse junto con la propuesta (aunque puede enviarse); pero sí se debe incluir un resumen sobre qué incluirá el Plan AT en el formato de la propuesta. Esto es similar a la reglas existentes que requieren que el RP desarrolle un plan de productos farmacéuticos y de la salud y un plan de monitoreo y evaluación antes de la firma de la subvención y que el resumen de información de estos temas se incluya en la propuesta.



## Otros Cambios

Otros cambios al formato de la propuesta no son significativos. Generalmente, tal como con el criterio de revisión, los cambios reflejan una decisión política reciente de la Junta Directiva. Nosotros notamos dos cambios:

- Las preguntas sobre la capacidad y experiencia de los miembros del MCP sobre cuestiones de género – Secciones 2.1.3 (b) y 2.4.4 (b) - se han fortalecido.
- Se ha agregado una nueva pregunta –Sección 4.6.2 – sobre el impacto y los sistemas de medición de resultados. Se pide a los solicitantes que envíen información sobre encuestas, actividades de supervisión y recolección rutinaria de datos que se usará para medir el impacto y los indicadores de resultado relevantes a la propuesta.

Además, la tabla de prioridades que se ha estado usando en rondas anteriores se ha removido. Esta fue la sección en la que se pedía a los solicitantes qué indicaran cuál de las intervenciones propuestas serían las prioridades principales y que proporcionaran información adicional sobre estas prioridades.

## Capítulo 3: Información General sobre el Proceso de Solicitudes de la Ronda 10

*Este capítulo describe las Directrices que el Fondo Mundial produjo para la Ronda 10; contiene unas notas breves sobre el proceso para elaborar una propuesta, dónde puede obtenerse una orientación sobre el contenido técnico de las propuestas, sobre el financiamiento disponible para la Ronda 10; describe las distintas versiones del formato de propuesta; explica donde pueden obtenerse copias del formato de propuesta y sus anexos. El capítulo también explica el proceso de envío de las propuestas; describe algunos conceptos clave utilizados en todas las propuestas y da una orientación general sobre cómo llenar el formato de la propuesta.*

### Directrices para las Propuestas – Ronda 10

El Fondo Mundial ha desarrollado directrices sobre la preparación de propuestas para la Ronda 10 (mencionadas en esta guía como “Directrices para las propuestas a la R10”).<sup>4</sup> La primera parte de estas directrices contiene información general sobre qué documentos deberán entregarse en la solicitud; cómo obtener el formato de la propuesta y otros documentos para la Ronda 10; el idioma de las propuestas; qué tipo de actividades apoyará el Fondo Mundial y algunos de los cambios para la Ronda 10 que se hicieron para reflejar las decisiones recientes en cuanto a las políticas de la Junta Directiva del Fondo Mundial. Esta parte también enlista las notas informativas de los temas relacionados con la Ronda 10 que el Fondo Mundial ha preparado, resume los principios guía del Fondo y describe los pasos requeridos para desarrollar una propuesta sólida. Finalmente, esta parte explica a detalle qué es una propuesta consolidada, cuáles son los beneficios de entregar una propuesta consolidada en la Ronda 10 y qué pasos están involucrados en el llenado de la propuesta consolidada.

Recomendamos leer cuidadosamente esta sección de las directrices antes de empezar a llenar el formato de la propuesta. Las notas de las Directrices para las propuestas de la R10 están disponibles en los seis idiomas de Naciones Unidas: árabe, chino, inglés, francés, ruso y español en: [www.theglobalfund.org/en/applynow](http://www.theglobalfund.org/en/applynow).

La parte principal de las directrices para las propuestas de la R10 proporciona una orientación para ayudar a los solicitantes a llenar cada sección del formato de la propuesta. Al menos, los solicitantes deberán referirse a esta sección conforme vayan llenando cada pregunta del formato de la propuesta. Además, esta sección incluye mucha información que los solicitantes deben estar al tanto conforme vayan desarrollando el programa que se describirá en su propuesta, por lo que recomendamos que los solicitantes lean esta sección de las directrices para las propuestas de la R10 antes de iniciar con el llenado del formato de la propuesta.

En el Anexo 1 de las Directrices para las propuestas de la R10, el Fondo Mundial ha proporcionado una lista de los países cuyas economías están clasificadas como de renta baja y media-baja por el Banco Mundial; una lista de los países cuyas economías están calificadas como de renta media-alta por el Banco Mundial y quién es elegible para hacer una solicitud en la Ronda 10 para uno o más de los tres elementos por enfermedad; y una lista de los pequeños Estados insulares que son elegibles para presentar propuestas.

---

<sup>4</sup> En realidad hay dos grupos de directrices, uno para los solicitantes para un solo país y uno para los solicitantes para varios países. Ambos grupos de directrices son muy similares. Cuando algo esté relacionado sólo con uno de los grupos de directrices, llamaremos a las directrices para los solicitantes de un solo país como “Directrices para las Propuestas R10 – SUP,” y a las directrices para los solicitantes de varios países como “Directrices para las Propuestas R10– SVP.”

El Anexo 2 de las Directrices para las propuestas R10, el Fondo Mundial enlista el criterio que el PRT usará para revisar las propuestas enviadas para la R10 y que hayan sido filtradas por la Secretaría del Fondo Mundial. Los solicitantes deben familiarizarse con esos criterios antes de completar sus propuestas

El Anexo 3 de las Directrices para las propuestas R10, el Fondo Mundial da una lista de los tipos de actividades que apoyará o no apoyará. El Anexo 4 de las Directrices para las propuestas R10, el Fondo Mundial describe el proceso de filtrado o evaluación de las propuestas presentadas en la Ronda 10. El Anexo 5 de las Directrices para las propuestas contiene una lista de acrónimos y abreviaturas.

## **Proceso para la Elaboración de la Propuesta**

En el Volumen 1 de esta guía, Aidsplan sugiere que usted desarrolle un plan de acción para la elaboración de su propuesta. El plan de acción debe incluir todos los pasos que debe tomar para redactar, aprobar y presentar la propuesta, conjuntamente con los cronogramas de cada paso. Si todavía no ha comenzado el proceso de solicitar sub-propuestas a nivel nacional para su posible inclusión en la propuesta, esos pasos también deben ser incluidos en su plan de acción. Todos los mecanismos de coordinación deben reservar suficiente tiempo en sus planes de acción para permitir que todos sus miembros den comentarios y apoyen la propuesta.

Por favor ver el Volumen 1 de esta guía para una orientación más detallada sobre el proceso de elaboración de la propuesta.

## **Orientación en Torno al Contenido Técnico de las Propuestas**

El Fondo Mundial no da una orientación sobre el contenido técnico de las propuestas. Aidsplan tampoco intentará hacerlo en esta guía. En el Volumen 1 de esta guía, Aidsplan enumera una cantidad de organizaciones que los solicitantes pueden consultar para recibir una orientación sobre el contenido técnico.

## **Financiamiento Disponible para la Ronda 10**

Existe gran incertidumbre sobre si hay fondos suficientes disponibles para pagar todas las propuestas de la Ronda 10 recomendadas por el Panel de Revisión Técnica (PRT) para su financiamiento. Inicialmente, tanto la Ronda 8 como la Ronda 9, no contaban con fondos suficientes para abarcar todas las propuestas recomendadas y algunas propuestas tendrán que “ponerse en lista de espera”. Sin embargo, eventualmente, conforme más fondos llegaron, todas las propuestas recomendadas fueron aprobadas. Esta situación puede o no presentarse nuevamente para la Ronda 10. Depende del costo total de las propuestas recomendadas por el PRT y dependerá de cuánto dinero puede recuadrar el Fondo Mundial. La Junta Directiva del Fondo Mundial decidió en su junta de abril del 2010 que solamente los fondos recibidos al final del 2011 para su uso en el 2011 podían usarse para financiar las propuestas recomendadas de la Ronda 10 (para detalles sobre esto, ver “Ronda 10, a ser lanzada el 20 de mayo” en el número 122 del GFO disponible en: [www.aidsplan.org/gfo](http://www.aidsplan.org/gfo)).

En el 2008, la Ronda 8, fue la ronda más grande nunca antes vista, representando costos de \$3.1 miles de millones para los primeros dos años de las propuestas aprobadas. Para la Ronda 9, los costos fueron de \$2.2 miles de millones (estas cifras son previo al 10% de “las ganancias por eficiencia” autorizado por la Junta).

Actualmente, el Fondo Mundial dice que con base en las promesas confirmadas, no hay dinero disponible para la Ronda 10. Sin embargo, el Fondo Mundial se encuentra en medio de un “reabastecimiento” con los donadores debido a que especificaron en octubre cuánto esperan dar al Fondo en los próximos tres años. Por eso, la cantidad de dinero disponible para la Ronda 10 aumentará para el momento en el que la Junta Directiva del Fondo Mundial apruebe las propuestas de la Ronda 10 en su reunión de diciembre del 2010.

La determinación de cuánto dinero se puede usar para la Ronda 10 se hará con base en el dinero no comprometido que los donadores proporcionen para su uso hasta el 31 de diciembre del 2011. El Fondo Mundial dice que “espera un proceso exitoso de reabastecimiento, el cual permitirá que todas las propuestas de la Ronda 10 recomendadas por el PRT reciban fondos” pero eso “no se puede garantizar en estos momentos, el nivel de recursos disponibles”.

*(La declaración completa del Fondo Mundial sobre los recursos disponibles para la Ronda 10 está disponible en: [www.theglobalfund.org/en/applicantsimplementers/resources](http://www.theglobalfund.org/en/applicantsimplementers/resources).)*

La incertidumbre respecto a los fondos no debe impedir a los solicitantes que envíen propuestas ambiciosas. Si no hay fondos suficientes para pagar todas las propuestas recomendadas para la Ronda 10, se hará uso de la revisión reciente al criterio de priorización realizado por la Junta Directiva (ver “Criterio de Priorización” en el *Capítulo 2: ¿Qué hay de nuevo en la Ronda 10?*). Las propuestas se calificarán usando el índice compuesto que toma en cuenta el mérito técnico de la propuesta tal como lo determine el PRT y el nivel de pobreza del país así como la carga por enfermedad. Las propuestas que tengan la calificación más alta en el índice compuesto serán las que recibirán primero los fondos; las otras propuestas recibirán fondos hasta que haya fondos disponibles, en orden descendente según la clasificación obtenida en el índice. La cantidad de financiamiento solicitada no es un criterio de priorización. Por lo que no hay ventaja para el solicitante si reduce el tamaño o alcance de su propuesta. Además, si el tamaño del financiamiento solicitado para todas las propuestas recomendadas para la Ronda 10 es muy grande, este será un gran mensaje para los donadores acerca de la necesidad de aumentar sus contribuciones.

## Requisitos de Elegibilidad

Todos los solicitantes al Fondo Mundial deben cumplir ciertos requerimientos. Estos requerimientos se describen en la sección “¿Quién es Elegible para Presentar Propuestas?” en el Capítulo 2 del Volumen 1 de esta guía. El Fondo Mundial ha emitido un documento titulado *Nota Importante para todos los solicitantes a la Ronda 10: elegibilidad*; disponible en: [www.theglobalfund.org/en/applynow](http://www.theglobalfund.org/en/applynow). La nota exhorta a los solicitantes a poner atención a cada uno de los requisitos de elegibilidad aplicables al tipo de solicitud; particularmente ante las fechas de entrega apretadas para la Ronda 10 (los solicitantes cuentan solamente con tres meses para enviar sus propuestas). La nota dice: **“Es importante considerar que ante la falla al cumplimiento de cualquiera de estos mínimos requerimientos, la Secretaría puede considerar la propuesta como no elegible. Las propuestas no elegibles no serán enviadas al Panel de Revisión Técnica (PRT)”**.

Por lo tanto, es muy importante asegurar que no solamente se cumplen los requisitos de elegibilidad sino que también se entregue la documentación adecuada al Fondo Mundial que demuestre que cumple con los requerimientos. La nota también especifica que en las semanas siguientes a la entrega de las propuestas, los solicitantes pueden ser contactados por la Secretaría para solicitar aclaraciones sobre dicha elegibilidad; que los tiempos de entrega serán muy apretados y que los solicitantes deberán responder a esos límites.

## Documentos y Vínculos Relevantes

Existe una cantidad de documentos que el Fondo Mundial recomienda que los participantes se familiaricen con ellos antes de llenar sus propuestas. Están enlistados en el Volumen 1 de esta guía. Ese mismo capítulo también contiene una lista de recursos y fuentes de información que los solicitantes pueden tener acceso para apoyarlos en el desarrollo del contenido técnico para sus propuestas.

Además, el Fondo Mundial ha desarrollado una serie de 17 notas informativas sobre diferentes temas relacionados con la Ronda 10. La lista de los temas es la siguiente:

- *Fortalecimiento de los Sistemas Comunitarios*
- *Financiamiento por Doble Vía*
- Reducción del daño
- Fortalecimientos de los sistemas de salud
- Mejorando la efectividad de ayuda
- Reserva de las poblaciones en mayor riesgo (MARP)
- Solicitudes de varios países
- Mecanismos fuera del mecanismo de coordinación de país (MFD-MCP)
- Fortalecimiento de los sistemas farmacéuticos y de fármaco-vigilancia
- Prevención de la transmisión materno infantil (PTMI)
- Priorización en la Ronda 10
- Orientación sexual e identidades de género en el contexto de la epidemia de VIH
- Fortalecimiento en la capacidad de implementación
- Co-infección VIH/TB
- Costos unitarios para productos clave de salud
- Valor del dinero
- Mujeres, niñas y equidad de género

El Fondo Mundial también ha realizado un documento de preguntas frecuentes sobre el proceso de solicitudes para la Ronda 10. Las notas informativas y el documento de preguntas frecuentes están disponibles en: [www.theglobalfund.org/en/applicationfaq](http://www.theglobalfund.org/en/applicationfaq). Tendrían que estar disponibles en los seis idiomas de Naciones Unidas.

## Versiones del Formato de Propuesta

Para la Ronda 10, existen dos formatos de propuesta por separado (Secciones 1-5) solicitantes de un país (MCP, Sub-MCP y MFD-MCP) y otro para los solicitantes de varios países (MCRs y ORs). Los formatos de propuesta vienen en un solo formato, un archivo de Word.

El archivo de Word contiene algunas macros. El Fondo las incluyó para facilitarles la selección de los recuadros o botones contenidos en una cantidad de puntos en el formato de propuesta. Si usted cuenta con una PC y su computadora tiene el nivel de seguridad establecido en lo más alto, las macros se inhabilitarían automáticamente cuando usted abra el archivo del formato de propuesta; o, es posible que aparezca una pregunta sobre si desea activar las macros del formato de propuesta. Si esto sucede, sugerimos que las habilite, si puede hacerlo (habilitar las macros solo para estos documentos no debería representar una amenaza de seguridad).

Si las macros no están habilitadas, probablemente notará que no podrá seleccionar fácilmente los recuadros o botones. Si ese fuera el caso, sugerimos coloque una "X" o diga

que “Si”, lo que sea apropiado, lo más cercano al recuadro o botón en cuestión y asegúrese que su respuesta es claramente visible.

Si usted está trabajando con Office para Mac, probablemente las macros no funcionen por lo que deberá seguir las sugerencias de párrafos anteriores cuando las macros no estén habilitadas.

Usted podrá formatear cualquier texto que incluya en el archivo Word. Usted también podrá dividir los archivos Word y pegarlos posteriormente; eso podría ser útil si varias personas están llenando distintas partes del formato de la propuesta. También es posible editar las preguntas en el formato de la propuesta pero sugerimos que no lo haga ya que solamente confundirá a las personas que tienen que leer su propuesta.

## **Dónde Puede Obtener Copias del Formato de Propuesta y Sus Anexos**

Las copias de ambas versiones del formato de la propuesta en Word están disponibles en los seis idiomas de las Naciones Unidas – y pueden descargarse del portal del Fondo Mundial en [www.theglobalfund.org/en/applynow](http://www.theglobalfund.org/en/applynow).

El formato de propuesta viene en cuatro partes:

1. **Las Secciones 1 y 2** (Resumen del Financiamiento y Datos de Contacto así como Resumen del Solicitante y Elegibilidad). Etiquetados en las “Secciones 1-2 Elegibilidad” en el sitio web del Fondo Mundial. Existe solamente una versión de la Sección 1 y 2, ya fuera que estuviera solicitando fondos para VIH, TB o malaria. Si usted solicita fondos para más de un componente por enfermedad, deberá llenar completamente las Secciones 1 y 2 solo una vez.
2. **Las Secciones 3, 4 y 5** (Resumen de la Propuesta, Descripción del Programa y Solicitud de Financiamiento) son secciones separadas. Secciones 3-5, para cada una de las tres enfermedades.
3. **La Sección 4B** (Descripción Programática –Intervenciones Transversales de FSS). Usted necesitará esta sección del formato de la propuesta si está incluyendo un sub-elemento de FSS. La Sección 4B puede ser incluida en sólo uno de los componentes por enfermedad en su propuesta.
4. **La Sección 5B** (Solicitud de Financiamiento – Intervenciones Transversales de FSS). Si usted necesita incluir la Sección 4B en su propuesta, también necesitará incluir la Sección 5B.

Hay tres anexos obligatorios del formato de la propuesta para los cuales el Fondo Mundial proporciona las plantillas:

- **Marco de Desempeño o Marco de Desempeño Consolidado**
- **Lista de productos farmacéuticos y de salud** (si la propuesta solicita fondos para estos productos). Esto se enlista como “Lista preliminar de productos farmacéuticos” en el sitio web del Fondo.
- **Datos de la membresía** (obligatorio para todos los solicitantes excepto los MFD-MCP)

También existe **un formato de elegibilidad**, el cual deben enviarlo ciertos solicitantes del mecanismo de coordinación, dependiendo de las circunstancias. Ver las instrucciones en la Sección 2 del formato de la propuesta.

El Marco de Desempeño Consolidado deberá usarse solamente por solicitantes que envíen una propuesta consolidada. Existen tres versiones de la Lista de Productos Farmacéuticos y de Salud, una por cada enfermedad.

Todos estos documentos pueden descargarse desde el sitio web del Fondo en: [www.theglobalfund.org/en/applynow](http://www.theglobalfund.org/en/applynow). Cuando usted selecciona “Solicitud de Materiales” lo lleva a una página en la que el Fondo Mundial ha proporcionado un “menú” que le permite indicar qué tipo de propuesta está solicitando y genera una lista de todos los documentos que va a necesitar para completar su solicitud. Inclusive usted puede descargar todos estos documentos en un archivo zip.

También puede descargar una plantilla de presupuesto (archivo Excel) desde el mismo sitio web. Aunque al momento de publicación, todavía no estaba enlistado en los documentos para la Ronda 10. Existe un vínculo a las versiones en inglés de una plantilla completamente automatizada y de una plantilla parcialmente automatizada en la Sección 5 de las Directrices para las propuestas de la R10. Las versiones en idiomas diferentes al inglés pueden estar disponibles. El uso de esta plantilla es opcional.

Las copias del formato de la propuesta, sus anexos y el modelo de presupuesto también pueden obtenerse al contactar a las oficinas locales de ONUSIDA, OMS y el Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas (UNFPA). (Los documentos estarán en un CD-ROM). Si usted tiene problemas obteniendo el formato de la propuesta, también puede escribir al Fondo Mundial a la siguiente dirección:

Administrador, Equipo Propuestas por País  
El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria  
8 Chemin de Blandonnet  
CH-1214 Vernier-Ginebra  
Suiza  
Email: [proposals@theglobalfund.org](mailto:proposals@theglobalfund.org)

## Proceso para Enviar una Propuesta

La fecha límite para presentar las propuestas de la Ronda 10 es el **20 de agosto del 2010**. Las solicitudes deben incluir tanto una versión electrónica como en papel del formato de la propuesta. Las dos copias deben ser idénticas. La versión en papel del formato de la propuesta debe contener todas las firmas necesarias.

La versión electrónica debe incluir los archivos de Word (no archivos PDF) para las diferentes partes del formato de la propuesta y los archivos de Excel de los anexos para los cuales el Fondo Mundial proporcionó las plantillas de Excel.

La versión electrónica debe ser recibida por el Fondo Mundial a más tardar a las 12 horas (medio día) hora de Ginebra, Suiza del 20 de agosto del 2010 y deberá enviarse por correo electrónico a: [proposals@theglobalfund.org](mailto:proposals@theglobalfund.org).

La versión en papel de la propuesta debe haberse enviado al Fondo Mundial a más tardar a las 12 horas (medio día) hora de Ginebra del 20 de agosto del 2010 tal como le debe evidenciar el sello postal o de cualquier otro servicio de correos. Las propuestas deben enviarse a la siguiente dirección:

Administrador, Equipo Propuestas por País  
El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria

8 Chemin de Blandonnet  
CH-1214 Vernier- Ginebra  
Suiza

Se aceptarán propuestas en cualquiera de los seis idiomas de las Naciones Unidas y las mismas recibirán un trato igualitario. Debido a que la revisión de las propuestas realizada por el PRT será principalmente en inglés, la Secretaría hará que la propuesta se traduzca a ese idioma a menos que el solicitante también haya anexado su propia traducción exacta de la misma. Eso aplica tanto al formato de la propuesta como a todos los documentos que el Fondo Mundial ha etiquetado como “obligatorios”, “adicionales” u “opcionales”. Sin embargo, la Secretaría no hará la traducción al inglés de otros anexos, incluyendo aquellos que el solicitante decida adjuntar. Ver los comentarios sobre los anexos en “Directrices Generales sobre el llenado del formato de la propuesta” a continuación. Vea también la sección titulada “Antes de empezar a escribir la propuesta” al inicio de las Directrices para las propuestas de la R10.

Cada solicitante puede enviar solamente una propuesta, pero dicha propuesta puede abarcar una, dos o todas las tres enfermedades. Si una propuesta contiene más de un componente por enfermedad, el PRT revisará cada componente por separado.

Para que la solicitud esté completa, debe contener copias llenadas de:

- **Secciones 1-2** del formato de la propuesta, **solamente una** por propuesta
- **Secciones 3-5** del formato de la propuesta, una para cada componente por enfermedad incluido en su propuesta
- **Secciones 4B y 5B** del formato de la propuesta (**Si** usted está enviando un sub componente transversal de FSS dentro de uno de los componentes por enfermedad), **solamente uno** por propuesta
- **Marco de Desempeño** (o **Marco de Desempeño Consolidado**), uno por cada componente por enfermedad incluido en su propuesta
- **Lista de Productos farmacéuticos y de salud**, una por cada componente por enfermedad incluida en sus propuesta (**Si** usted está solicitando fondos para estos productos)
- **Presupuesto detallado y plan de trabajo**, para cada componente por enfermedad incluido en su propuesta y uno para el sub-componente transversal de FSS (**Si** está incluyendo uno en su propuesta)
- Formato de los **Datos de la membrecía** (obligatorio para todos los mecanismos de coordinación), uno por propuesta
- **Formato de elegibilidad** (obligatorio para algunos solicitantes, dependiendo de las circunstancias), uno por propuesta

Además de cualquier documento de elegibilidad que el Fondo Mundial requiera; otros anexos que el Fondo Mundial haya pedido y cualquier anexo que usted decida incluir.

La Secretaría del Fondo Mundial filtrará o examinará las propuestas para ver si están completas y son elegibles. La Secretaría también se asegurará que todas las propuestas se hayan ratificado adecuadamente (es decir, firmado por todos los miembros del mecanismo de coordinación). La Secretaría puede contactar a los solicitantes para pedir aclaraciones sobre las propuestas elegibles. Aquellos solicitantes cuyas propuestas hayan sido rechazadas, se les notificará así como se les informará sobre las razones de su rechazo.



El Panel de Revisión Técnica (PRT) se reunirá en las dos últimas semanas de octubre para revisar las propuestas elegibles y dará recomendaciones a la Junta Directiva del Fondo Mundial. La Junta Directiva considerará las recomendaciones del PRT y tomará las decisiones de financiamiento en la reunión programada del 13-15 de diciembre 2010.

## ¿NECESITA AYUDA?

Si usted tiene preguntas sobre el formato de propuesta o el proceso de solicitudes, puede:

- (a) Consultar la lista de PMFs (Preguntas Más Frecuentes) que creó el Fondo Mundial, disponible en todos los seis idiomas de las Naciones Unidas en: [www.theglobalfund.org/en/applynow](http://www.theglobalfund.org/en/applynow). Las PMF podrán actualizarse periódicamente durante el periodo en el que las propuestas para la Ronda 10 se han aprobado;
- (b) Contactar a los aliados nacionales actuales, y/o buscar los datos de contacto a través de los vínculos de los Aliados del Fondo Mundial para la Ronda 10 en: [www.theglobalfund.org/en/technicalassistance](http://www.theglobalfund.org/en/technicalassistance) (bajo “Información de Aliados Técnicos”); o
- (c) Contactar la línea informativa de las propuestas del Fondo Mundial en la Secretaría del Fondo a través del portal del Fondo Mundial en: <http://myglobalfund.org> (pulse sobre “Haga una pregunta al equipo de propuestas”); o enviando un correo electrónico a: [proposals@theglobalfund.org](mailto:proposals@theglobalfund.org). La línea opera en todos los seis idiomas de Naciones Unidas. El fondo Mundial informa que todas las peticiones serán respondidas dentro de los siguientes cinco días laborales

## Algunos Conceptos Clave utilizados en todas las Propuestas

El formato de la propuesta del Fondo Mundial hace gran uso de términos como “metas”, “objetivos”, “áreas de prestación de servicio”, “actividades”, “indicadores (impacto, resultado, cobertura y productos)”, “información de línea de base” y “poblaciones meta.” La mayoría de esos términos están descritos en la Sección 4.4.1 de las Directrices para las Propuestas R10. A continuación un resumen de lo que el Fondo Mundial implica cuando usa esos términos:

- Una meta es un logro general, muchas veces a nivel nacional, que usted quiere alcanzar como resultado del programa que solicita financiamiento y, muchas veces, también como consecuencia de otros proyectos – por ejemplo, “Reducir la mortalidad relacionada con el VIH”.
- Los objetivos son puntos más específicos, vinculados con la meta, que usted quiere que el programa en particular logre – por ejemplo, “Mejorar los índices de supervivencia de personas con infecciones avanzadas de VIH en cuatro provincias”.
- El área de prestación de servicio son los servicios, en general o áreas de programa dentro de cada actividad que serán suministrados para alcanzar los objetivos – por ejemplo, “Tratamiento antirretroviral (ARV) y monitoreo”.

- Las actividades son las acciones más específicas que serán implementadas en cada área de prestación de servicios – por ejemplo, “Desarrollar un programa para apoyar la adherencia de las personas que estén recibiendo la terapia con antirretrovirales.”
- Los indicadores son aspectos que usted puede medir para demostrar hasta qué punto ha logrado las metas y objetivos, se han suministrado los servicios o se han implementado exitosamente las actividades. Los indicadores de impacto y de resultado miden hasta qué punto se han generado beneficios a las personas a las que se les han proporcionado los servicios. Ambos tipos de indicadores son muy similares; los indicadores de impacto tienden a ser más generales que el de los resultados (por ejemplo, “hombres y mujeres de 15 a 24 años que están infectados con el VIH” es un indicador de impacto, mientras que el “porcentaje de hombres y mujeres jóvenes de 15 a 24 años que nunca se han casado y que nunca han tenido relaciones sexuales” es un indicador de resultado). Los indicadores de cobertura miden cuántas personas son alcanzadas por los servicios. Los indicadores de producto miden los resultados de una actividad (por ejemplo, número de medicamentos enviados).
- Los niveles de línea de base son los valores que tienen los indicadores antes de iniciar el programa.
- Los niveles esperados son aquellos valores que usted anticipa que los indicadores puedan alcanzar en distintos momentos en el plazo de la propuesta como resultado del programa.

## Orientación General sobre cómo Llenar el Formato de Propuesta

A continuación, algunas recomendaciones generales sobre cómo debe llenarse el formato de la propuesta:

- Asegúrese de crear una copia en limpio de respaldo del Formato de la Propuesta antes de empezar a llenarlo.
- Guarde su trabajo periódicamente mientras vaya llenando el formato. Es una buena idea actualizar periódicamente el nombre del archivo conforme lo vaya guardando; de tal forma que si por error borró algún texto, usted podrá regresar a la versión anterior y recuperarla.
- Es una buena idea crear un pie de página en el Formato de la Propuesta que contenga información que identifique a su propuesta.
- **Lea cada pregunta cuidadosamente y responda sólo lo que le solicitan.** Por ejemplo, si a usted le solicitan describir cómo es que su propuesta reducirá el estigma y la discriminación, explique lo que hará su propuesta para enfrentar al estigma y la discriminación pero no escriba tres o cuatro párrafos describiendo cómo se manifiestan el estigma y la discriminación en su país. **No apegarse a lo que la pregunta pide es uno de los más grandes problemas identificados en las propuestas enviadas al Fondo Mundial.**
- Cuando el formato de propuesta diga “máximo media página” o “máximo una página” usted deberá cumplir con esas instrucciones. Escribir tres páginas de texto cuando el Fondo pide “máximo una página” es algo que no será recibido favorablemente por el PRT. Si usted considera que es absolutamente necesario utilizar una extensión mayor a la que le dan, le sugerimos que lo haga a través de un anexo. Sin embargo, tome nota que el PRT no lee la mayoría de los anexos.
- Tal vez quiera agregar un índice (con los números de las páginas) al principio de la parte principal de la propuesta – por ejemplo, Secciones 3-5. Esto ayudará a los

miembros del PRT a encontrar rápidamente alguna sección específica en su propuesta.

## **Anexos**

*A continuación se presenta lo que entendemos es una guía sobre los anexos en la subsección “Qué documentos debe enviar para tener una solicitud completa” en la sección “Antes de empezar a escribir una propuesta” al inicio de las Directrices para las propuestas de la R10”.*

Existen ciertos documentos como el del presupuesto que debe incluirse en la solicitud. El Fondo Mundial se refiere a estos documentos como “obligatorios”. Es casi evidente qué documentos son obligatorios, enlistados en esta guía (vea “Proceso para la entrega de propuestas” en este capítulo) y en las Directrices para las propuestas de la R10 (al inicio) y se mencionan con cierta frecuencia en el formato de la propuesta y en secciones relevantes de las Directrices para las propuestas.

El Fondo Mundial se refiere a dos documentos como “adicionales”. Uno, la Lista de Productos Farmacéuticos y de Salud, el cual es obligatorio si su propuesta solicita fondos para estos productos. El otro, el formato de elegibilidad, el cual es obligatorio para algunos solicitantes del mecanismo de coordinación, según las circunstancias.

El Fondo Mundial se refiere a las Secciones 4B y 5B del formato de la propuesta como documentos “opcionales” pero en realidad son obligatorios si usted está incluyendo un subcomponente transversal del fortalecimiento de los sistemas de salud en su propuesta.

El Fondo Mundial se refiere a todos los otros documentos como “complementarios”. Esto incluye los anexos que por cuenta propia usted decida incluir. (Para propósitos de esta explicación, nosotros llamaremos estos documentos como “anexos agregados por el solicitante” aunque nadie más esté usando este término). En ocasiones, los “anexos agregados por el solicitante” son útiles cuando no se tiene el espacio suficiente en el formato de la propuesta para responder las preguntas tan ampliamente como uno quisiera. Pero sugerimos mantener los “anexos agregados por el solicitante” al mínimo posible, ya que el PRT probablemente no los lea. El PRT ha dicho en varias ocasiones que si los solicitantes quieren que el PRT vea algo importante, deberán asegurarse que la información se incluye en el formato de la propuesta.

Los documentos “complementarios” también incluyen anexos que el Fondo Mundial pide o sugiere que incluya conforme vaya trabajando las preguntas del formato de la propuesta y la guía correspondiente en las Directrices para las propuestas de la R10. (Para propósitos de esta explicación los llamaremos “anexos adicionales” aunque nadie más esté usando este término). No todos los “anexos adicionales” aplican a cada propuesta o solicitante. Los “anexos adicionales” se enlistan en la lista de verificación de documentos al final de las Secciones 2 y 5. (Sin embargo, tome nota que algunos “anexos adicionales” enlistados en la lista de verificación de documentos no se mencionan en el rubro correspondiente del formato de la propuesta ni en las Directrices para las propuestas de la R10). Aidspace considera que la gran mayoría de estos “anexos adicionales” son obligatorios pero no están etiquetados como tal. Sin embargo, sugerimos que revise cuidadosamente la lista de los “anexos adicionales” en la lista de verificación de documentos y asegúrese de haber adjuntado cualquiera de estos anexos que considere necesario deban adjuntarse.

El Fondo Mundial pide que usted debe enumerar cada anexo aunque esto no parece aplicar a los documentos obligatorios. Sugerimos enumerar cada uno de los anexos complementarios (por ejemplo, los “anexos agregados por el solicitante” y cada “anexo adicional”) que usted proporcione, tanto por el nombre como el número de cada anexo en el

espacio proporcionado en la columna del extremo derecho de la lista de verificación de documentos y que incluyan el nombre (o parte de él) y el número en el nombre del archivo. Tome nota que existe una sección por separado al final de la lista de verificación de documentos para los “anexos agregados por el solicitante”. Además, cada vez que agregue un anexo, sugerimos que lo indique en la respuesta a la pregunta del formato de la propuesta al que se refiere el anexo; y que también indique el número del anexo y el título completo del documento.

## Capítulo 4: Guía sobre Secciones Específicas del formato de la propuesta para la Ronda 10

*Este capítulo contiene una guía proporcionada por Aidspace sobre cómo llenar el formato de la propuesta. El capítulo abarca muchas, pero no todas, las preguntas del formato de la propuesta. Favor de ver la “Nota para los lectores” que se presenta a continuación para más información.*

---

### Nota para los lectores acerca de este Capítulo

El formato de este capítulo es diferente a lo que hemos estado usando en guías anteriores. Anteriormente, abarcábamos cada rubro del formato de la propuesta y para cada rubro reproducíamos los textos tanto del formato de la propuesta como las directrices del Fondo Mundial para las propuestas, antes de agregar nuestra propia orientación. La calidad de las instrucciones en el formato de la propuesta y la calidad de las propias directrices del Fondo han mejorado significativamente en rondas recientes. Como consecuencia, en esta guía, en lugar de reproducir los textos del formato de la propuesta y de las Directrices para las propuestas de la R10, hemos usado este espacio para expandir nuestra propia orientación.

En el proceso, hemos aumentado significativamente el uso de extractos relevantes de las propuestas aprobadas en rondas anteriores de financiamiento. Estos extractos están diseñados para mostrar lo que es necesario incluir en su respuesta y qué significa una respuesta bien escrita. Obviamente, los extractos no deberán copiarse tal cual se presenten, pero esperamos que sirvan de retroalimentación. Tome nota que los extractos no son textuales, algunos de ellos se han resumido para ahorrar espacio.

Si usted desea obtener copias de todas las propuestas de las que fueron tomados los extractos, están disponibles en el sitio web del Fondo Mundial. Simplemente vaya al sitio en: [www.theglobalfund.org](http://www.theglobalfund.org), y seleccione el país desde el menú de desplazamiento bajo “Cartera de Subvenciones”; lo llevará a la página por país donde deberá buscar “Cartera de Subvenciones por país” para seleccionar la subvención que viene de la propuesta que está buscando. Una vez que esté en la página de subvenciones, busque la “propuesta original” bajo “Documentos de la subvención para su descarga”.

Muchas de las propuestas extraídas en este capítulo también se citan en el informe Aidspace, *Fortalezas Clave de las propuestas para las Rondas 8 y 9 del Fondo Mundial*, disponibles en: <http://www.aidspace.org/aidspacepublications>. El informe Aidspace también incluye referencias a otras propuestas elogiadas por el PRT; en este capítulo ponemos atención a algunas de ellas, usando un recuadro color morado titulado “Vea también”. El informe Aidspace contiene numerosos vínculos tanto de los extractos citados en el informe como de las propuestas completas.

Para algunas de las preguntas del formato de la propuesta hemos señalado QUÉ HACER y QUÉ NO HACER incluidos en recuadros verdes y lo hicimos con aquellas preguntas que los solicitantes tendían a preocuparse en rondas anteriores por el tema en cuestión.

Hemos tratado de proporcionar una guía a tantas preguntas como es posible del formato de la propuesta. Cuando no existe una guía para una pregunta en particular, puede ser debido a: (a) que la pregunta por sí misma es muy clara y/o las Directrices para las propuestas de la R10 ya dan una guía suficiente o (b) la pregunta es nueva y no estamos en la posición en

este momento de proporcionar una guía. Aidspace tuvo una cantidad limitada de tiempo para revisar las versiones finales del formato de la propuesta y las Directrices para las propuestas de la R10.

No proporcionamos una guía sobre cómo llenar esas secciones del formato de la propuesta que son específicas para propuestas consolidadas. (Enviar una propuesta consolidada es opcional para la Ronda 10). La razón principal de por qué no proporcionamos una orientación para estas preguntas es que son nuevas para la Ronda 10, y no tuvimos el tiempo suficiente para pensar al respecto. Además, enviar una propuesta consolidada es un poco complicado y consume tiempo y Aidspace recomienda a los solicitantes que no seleccionen esta opción (ver el recuadro “Orientación de Aidspace” en el *Capítulo 2: ¿Qué hay de nuevo para la Ronda 10?*).

Este capítulo no cuenta con mucha guía específica sobre las propuestas MARP por la simple razón de que los solicitantes de propuestas MARP usan el mismo formato de propuesta que los solicitantes de propuestas “regulares”.

Para las Secciones 3-5 del formato de la propuesta, hemos usado los títulos de la versión de VIH del formato de la propuesta. Pero las versiones de malaria y TB de las Secciones 3-5 son casi idénticas. La principal diferencia viene de la sección sobre epidemiología y en la lista de verificación al final. Nuestra guía aplica a todas las tres enfermedades.

Las Secciones 4B y 5B del formato de la propuesta, las cuales se refieren a los sub-componentes opcionales transversales del fortalecimiento de los sistemas de salud, se incluyen al final de este capítulo, después de la Sección 5 del formato de la propuesta.

Cuando los posibles solicitantes están revisando este capítulo, sugerimos que tengan abiertos tanto el formato de la propuesta como las Directrices para las propuestas de la R10. Hemos usado el mismo sistema de numeración que aparece en el formato de la propuesta y en las Directrices para las propuestas de la R10. Ya que no proporcionamos una guía para cada pregunta del formato de la propuesta, existen ciertos vacíos en los números de los títulos.

Si usted desea ir directamente a una sección en particular del formato de la propuesta que esté incluida en este capítulo, favor de ir al Contenido, al inicio de esta guía. Los enlaces deberán llevarlo directamente a donde quiere ir.

## SECCIÓN 2: RESUMEN DEL SOLICITANTE Y ELEGIBILIDAD

### 2.1 Integrantes y Operaciones

#### 2.1.3. Conocimiento y experiencia del participante en temas transversales

En la Sección 2.1.3 (a), (b) y (d) respectivamente se le pide describir la capacidad y experiencia de los integrantes del MCP en el fortalecimiento de los sistemas de salud (FSS), cuestiones de género y el diseño de programa multisectoriales. En rondas anteriores financiamiento, muchos solicitantes tendía a divagar al responder esta pregunta; usted deber asegurarse que se apega a lo que se le pide. Sin embargo, si después de describir la capacidad y experiencia de los integrantes del MCP usted desea agregar pasos adicionales para promover el conocimiento del MCP, que no forma parte de la pregunta, ese tipo de información sería útil.

Así es como la propuesta de Camboya para la Ronda 9 describió la capacidad y experiencia de los miembros del MCP en el fortalecimiento de los sistemas de salud:

El MCP consta de miembros que tienen experiencia y que pertenecen al gobierno y a las ONG; muchos de ellos son los mismos implementadores de los programas, específicamente en el sector salud. El MCP se beneficia de una gran participación de socios de desarrollo, tal como la OMS, el Banco Mundial y la Agencia Japonesa de Cooperación Internacional, de los cuales todos se dan cuenta de la importancia de fortalecer los sistemas de salud. De hecho, muchos de ellos son líderes del sector salud del país cuya responsabilidad principal es asegurar la asignación equitativa y equilibrada de los recursos para mejorar los resultados nacionales de salud. Como tal, están muy al tanto de los problemas del sistema de salud y traducen la urgencia de responder a la carga de la enfermedad como un llamado a los grandes líderes y sistemas efectivos de salud así como cómo trabajar para lograrlo. Además, la participación de ONUSIDA en el MCP y de los directores nacionales de programa para VIH/sida, TB y Malaria significa que existe una combinación de experiencia de SSyR y las tres enfermedades específicas lo que asegura que el apoyo de SSyS finalmente fortalecerá los resultados de la respuesta a las tres enfermedades infecciones y viceversa.

Así es como la propuesta de Myanmar para la Ronda 9 describió la capacidad y experiencia de los integrantes del MCP en cuestiones de género:

Muchos miembros del MCP cuentan con la capacidad y la experiencia sobre los problemas relacionados al género, minorías sexuales, hombres y mujeres adolescentes en el contexto de (a) acceso al conocimiento y habilidades y (b) vulnerabilidades de salud, incluyendo una o más de las tres enfermedades. La membresía al MCP abarca un amplio rango de participantes, incluyendo a las poblaciones afectadas, organizaciones de la sociedad civil, organizaciones de mujeres y niños, organizaciones internacionales y el gobierno. Cierta número de miembros tiene experiencia directa como guía para los sistemas de salud, programas y prestación de servicios hacia las necesidades específicas de mujeres y adolescentes, hombres y mujeres en el contexto de la salud sexual y reproductiva (por ejemplo, UNICEF, la OMS, PSI, Marie Stopes International, la Federación de Asuntos de la Mujer de Myanmar, la asociación de cuidados maternos e infantiles de Myanmar). Cierta número de miembros tiene la capacidad y experiencia para lograr que los sistemas y programas de salud sean relevantes para las necesidades de las minorías sexuales; incluyendo a hombres que tienen sexo con otros hombres y las necesidades de las trabajadoras sexuales, así como en la movilización y fortalecimiento de los grupos de base comunitaria para que se encuentren en una mejor posición e influir en los sistemas de salud

y con los proveedores de servicio (por ejemplo, Marie Stopes International, PSI y Save the Children).

En nuestra revisión de las propuestas aprobadas de rondas recientes de financiamiento, encontramos unas cuantas que describen adecuadamente la capacidad y experiencia de los integrantes del MCP en el diseño de programas multisectoriales. Todo lo que se requiere aquí es simplemente decir qué integrantes del MCP cuentan con la capacidad y experiencia para diseñar un programa multisectorial y que describa brevemente esta capacidad y experiencia. Los siguientes extractos de las propuestas de Mongolia y Bosnia-Herzegovina ilustran cómo se puede lograr:

Actualmente, dos miembros del MCP trabajan en puestos gubernamentales donde tienen múltiples funciones: el líder del departamento jurídico del despacho del Secretario de Gobierno de Mongolia y el director de la Secretaría del Consejo Nacional de Sida, en la oficina del Primer Ministro. Además, los miembros de MCP que representan a las agencias de Naciones Unidas, particularmente UNICEF, ONUSIDA y UNFPA también cuentan con la experiencia de planeación y diseño de proyectos a nivel multi-sectorial...

Los miembros del MCP se han comprometido en una serie de procesos multi-sectoriales, incluyendo: desarrollo del marco estratégico de Bosnia y Herzegovina para la prevención y control de VIH/sida; desarrollo del plan estratégico de reducción de la pobreza 2004-2007 y la coordinación de múltiples propuestas para el Fondo Mundial.

Si existen vacíos importantes en el conocimiento y experiencia de los miembros del MCP en cualquiera de las tres áreas descritas anteriormente, debe ser honesto con respecto a estos vacíos pero también debe mencionar que el MCP está cubriendo la situación.

## QUÉ HACER y QUÉ NO HACER

**QUÉ HACER** Describir la capacidad y experiencia de los integrantes del MCP en las tres áreas cubiertas en esta pregunta.

**QUÉ HACER** Refiera la experiencia del MCP en el diseño de programas multisectoriales para propuestas anteriores enviadas al Fondo Mundial, si fuera relevante.

**QUÉ HACER** Mencionar cualquier capacitación que se haya proporcionado a los miembros del MCP, si fuera relevante.

**QUÉ NO HACER** Describir la composición multisectorial del MCP. La creación multisectorial del MCP no es la misma que la experiencia de los integrantes del MCP en el diseño de programas multisectoriales.

**QUÉ NO HACER** Describir la nueva estrategia de género que esté desarrollando el Ministerio de Salud, la pregunta no trata de eso.

**QUÉ NO HACER** Mencionar que el MCP está preocupado por cuestiones de género; se asume que todos los MCP están preocupados por los problemas de género.



## 2.2 Elegibilidad

### 2.2.2. Proceso de desarrollo de la propuesta

Esta es la primera de una serie de preguntas sobre cómo es que el MCP ha cubierto los requerimientos mínimos establecidos por el Fondo Mundial para los MCP. Un MCP que no haya cumplido con los requerimientos mínimos, aún cuando al MCP le haya faltado solamente un requerimiento, puede ser considerado como no elegible por el Panel de Revisión de evaluaciones.

Se le pide que describa tres cosas: (a) el proceso usado para la convocatoria; (b) el proceso usado para la revisión de propuestas; y (c) el proceso usado para asegurar que la retroalimentación de la gente y los participantes diferentes a los miembros del MCP se incluyen en el proceso de desarrollo de la propuesta. Existe un traslape entre el rubro (c) y los rubros (a) y (b). Por lo que, si usted se siente más cómodo respondiendo los tres rubros en un mismo texto, puede ser perfectamente aceptable. Sin embargo, en la guía proporcionada a continuación, tratamos cada rubro por separado.

#### *(a) Proceso para la invitación de propuestas*

Aquí presentamos la respuesta del MCP de Kazajstán con respecto a este rubro en la propuesta de la Ronda 7:

El anuncio con la información sobre la convocatoria de propuestas se publicó en los principales periódicos a nivel nacional [lista de los periódicos proporcionados] tanto en idioma ruso como en kazajo [copia del anuncio proporcionado en un anexo] con instrucciones para contactar el Centro Republicano sobre sida para preguntas y solicitudes. El anuncio, junto con los detalles del procedimiento de envío de propuestas también se incluyó en el sitio web de la página del Centro. Además, todos los sectores clave y participantes fueron informados sobre la convocatoria de propuestas por correo electrónico y verbalmente durante todos los eventos principales realizados alrededor del tiempo de lanzamiento de la Ronda 7.

#### *(b) Proceso para revisar las propuestas*

Si el MCP (o sub-MCP) establece un comité de revisión de propuestas, usted deberá describir (a) la creación del comité, (b) cómo funciona el comité y (c) qué rol, si lo tiene, jugó el MCP en el proceso. Los requerimientos mínimos para el MCP estipulan que los participantes internos como externos al MCP tienen que estar involucrados en el proceso de revisión. Si el comité establecido por el MCP incluyó MFD-MCP deberá explicarlo y describir cómo fueron seleccionados los miembros fuera del MCP. Si el comité no incluyó MFD-MCP deberá describir qué otro proceso se usó para permitir que los participantes no representados en el MCP participen en el proceso de revisión.

#### ***Vea también:***

Costa de Marfil VIH y TB (9), Honduras VIH y TB (9)

Los vínculos a estas propuestas se encuentran en la Guía Aidspace *Fortalezas Clave de las propuestas para la Ronda 8 y 9 del Fondo Mundial*, disponible en:

[www.aidspace.org/aidspacepublications](http://www.aidspace.org/aidspacepublications).

Ver la Fortaleza Clave 13.

Si se usaron algunos otros procesos para la revisión de propuestas; por ejemplo, otro diferente al establecimiento de un comité, deberá describir este proceso.

Si se desarrolló el criterio para la revisión de las propuestas, deberá indicarlo aquí. Tal vez quiera describir cómo se desarrolló dicho criterio, especialmente si se desarrolló con la participación de múltiples participantes. De igual forma, si se estableció un sistema de

calificaciones para clasificar las propuestas, deberá describir brevemente el sistema y explicar cómo se desarrollo.

Puede agregar tanto anexos como documentos que describan el proceso de revisión, incluyendo por ejemplo términos de referencia del comité de revisión, el criterio usado para revisar las propuestas y el sistema de calificación usado para clasificar las propuestas.

Así es como la propuesta de Mongolia para la Ronda 9 describe el proceso de revisión:

Un equipo de evaluación integrado por tres miembros revisó y evaluó independientemente todas las notas conceptuales. Usaron una forma de evaluación con cinco criterios principales: (1) solidez del enfoque; (2) abarcar prioridades y vacíos identificados; (3) capacidad técnica; (4) asociaciones y (5) otras consideraciones tales como sustentabilidad, costo efectividad y externalidades sociales. Cada criterio cuenta con un sub-criterio. Cada sección obtiene una calificación y se evalúa según la importancia del criterio. Las calificaciones se consolidaron para obtener calificaciones totales para cada solicitud [se adjunta Hoja de Evaluación]. El criterio y su importancia relativa se establecieron con anterioridad a la convocatoria de propuestas y se informó a los solicitantes tanto en la convocatoria como durante las reuniones con los participantes... El 1º de Marzo de 2009, el MCP envió cartas oficiales a cada solicitante, informándoles sobre la decisión tomada con relación a la nota conceptual y la evaluación adjunta. Las calificaciones de evaluación y los comentarios pueden ayudar a las organizaciones a escribir notas conceptuales y propuestas más sólidas en un futuro [anexo adjunto]

*(c) Participación de aquellos interesados, diferentes a los miembros del mecanismo de coordinación*

Tal como lo mencionamos anteriormente, existe un traslape entre este rubro y los dos anteriores. Al describir los procesos usados en la convocatoria y en la revisión de propuestas, es probable que usted se refiera a participantes diferentes a aquellos representados en el MCP. Sin embargo, este rubro se refiere al proceso completo de desarrollo de la propuesta, lo cual involucra más acciones que solamente invitar y revisar las propuestas. Por lo tanto, tal vez usted quiera usar este apartado para describir cómo personas que no pertenecen al MCP participaron en el proceso de armar la propuesta final. Los lectores tal vez quieran referirse a la guía sobre desarrollo de la propuesta presentado por Aidsplan en el Volumen 1 de esta guía.

Adicionalmente, usted puede reiterar brevemente cómo es que participantes no pertenecientes al MCP se involucraron en el proceso de la convocatoria y revisión de propuestas sin tener que repetir todo lo dicho en los rubros (a) y (b).

## QUÉ HACER y QUÉ NO HACER

**QUÉ NO HACER** Describir el proceso completo usado por el MCP para armar la propuesta. Solamente se le pide describir aspectos muy específicos de ese proceso.

**QUÉ NO HACER** Indicar cuántas propuestas se recibieron (o quién las envió), a menos que esta información sea relevante en la descripción del proceso de revisión.

### 2.2.3. Proceso para supervisar la implementación del programa

Con respecto al rubro (a), retroalimentación de personas que no pertenecen al MCP, así es como la propuesta de Serbia sobre TB para la Ronda 9 lo describe:

Este tipo de retroalimentación se ha estado realizando a diferentes niveles: (a) todos los puntos relevantes para el MCP también se comentan dentro del Consejo Republicano de sida y en el Consejo Nacional de TB; (b) por lo general, los representantes de la sociedad civil, miembros del MCP, mantienen reuniones con organizaciones y redes de trabajo del sector al que pertenecen para comentar los temas relevantes; (c) por lo general, los miembros gubernamentales del MCP mantienen reuniones con sus supervisores u otras personas interesadas en sus secretarías; y (d) por lo general, los representantes de Naciones Unidas del MCP se reúnen con el Grupo Temático de VIH/sida de la ONU para también comentar los temas relevantes. Ha habido varios casos en los que la retroalimentación de las organizaciones de la sociedad civil, que no forman parte del MCP, tiene una influencia significativa en las decisiones. Además, para la mayor parte de las tareas principales (como la selección del SR, desarrollo de la propuesta de proyecto, adquisiciones mayores) la asociación de grupos de trabajo, señalados por el MCP para dicha propuesta, es diseñada no solamente por el MCP sino también por otras instituciones relevantes.

Con respecto al rubro (b), el proceso de supervisión, el siguiente extracto adaptado de la propuesta de China sobre TB para la Ronda 7 ilustra cómo se puede describir:

Cada reunión del MCP incluirá un informe y discusión del progreso del proyecto en cada subvención desde la reunión anterior... el MCP y los grupos de trabajo sobre VIH/sida, TB y malaria comentarán el informe previo a las reuniones del MCP... Además, los grupos de trabajo proporcionan una rutina de supervisión, evaluación y monitoreo de la implementación del proyecto, incluyendo: revisión de los informes de progreso de seis meses de los RP y retroalimentación del RP; revisión de propuestas por parte del RP para cualquier cambio mayor a los planes de trabajo y asignación de fondos; realizar una evaluación independiente anual que involucre visitas a los sitios; y realizar visitas adicionales no anunciadas a los sitios.

#### **2.2.4. Proceso para seleccionar a los Receptores Principales**

A continuación se presenta la propuesta de Gambia para la Ronda 9 sobre su proceso de selección de los RP:

El borrador del anuncio para la Intención de interés, fue desarrollado por una fuerza de tarea establecida por el MCP. El anuncio se publicó en los periódicos de mayor circulación en Gambia durante tres días de la semana. Los anuncios iniciaron el 12 de enero del 2009 al 28 del enero del 2009. Las solicitudes se mantuvieron guardadas en sobres cerrados y en un lugar seguro hasta que se reunió el ejecutivo, nombrado por el MCP, para evaluarlas. La evaluación se realizó el 20 de marzo del 2009. Los resultados se recopilaron, analizaron y comentaron. Los resultados de selección se presentaron a todo el MCP para su revisión y aprobación. Finalmente, las dos solicitudes que obtuvieron las calificaciones más altas fueron seleccionadas unánimemente como RP durante la reunión del MCP.

## SECCIÓN 3: RESUMEN DE LA PROPUESTA

### 3.1 Transición al financiamiento de una sola vía

Se pide a los solicitantes que seleccionen una de las tres opciones. Es un poco complicado por lo que a continuación presentamos una guía:

SI USTED ESTÁ ENVIANDO UNA PROPUESTA PARA UNA ENFERMEDAD EN PARTICULAR, Y USTED YA CUENTA CON UNA O MÁS SUBVENCIONES EXISTENTES PARA ESA ENFERMEDAD Y AL MENOS UNA DE ESAS SUBVENCIONES EXISTENTES TENDRÁN AL MENOS DOCE MESES RESTANTES PARA SU IMPLEMENTACIÓN A PARTIR DE LA FECHA DE INICIO ESTABLECIDA PARA EL PROGRAMA CUBIERTO POR ESTA PROPUESTA:

- A. Usted puede, si lo desea, enviar una propuesta consolidada en la Ronda 10. Si usted desea seguir este camino, deberá seleccionar la Opción 1. Si su propuesta es aprobada para recibir financiamiento, dará como resultado la firma de uno o más de los acuerdos de financiamiento de subvenciones a una sola vía.
- B. Usted puede, si lo desea, enviar una propuesta regular en la Ronda 10, pero indique que desea hacer la transición a un financiamiento de una sola vía durante las negociaciones de la subvención. Si usted desea seguir este camino, deberá seleccionar la Opción 2. Si su propuesta es aprobada para recibir financiamiento, dará como resultado la firma de uno o más acuerdos de financiamiento de subvenciones a una sola vía.
- C. Usted puede, si lo desea, decidir no seguir la transición a financiamiento de una sola vía en este momento (es decir, en la Ronda 10). Si usted desea seguir este camino, deberá seleccionar la Opción 3. Y podrá ir en esta transición de financiamiento a una sola vía después de cierto tiempo posterior al periodo de solicitudes de la Ronda 10. Si para el inicio de la Ronda 11 no lo ha hecho, se le pedirá que envíe una propuesta consolidada en ese momento, dependiendo de si envía propuestas en la Ronda 11, qué envía y en qué estatus se encuentran las subvenciones existentes en ese momento.

Para poder hacer la transición al financiamiento a una sola vía en la Ronda 10 (por ejemplo, las Opciones 1 ó 2) no necesariamente tiene que volver a nominar al RP existente en su propuesta de la Ronda 10. Tal como se explicó en las Directrices para las propuestas de la R10, los solicitantes tienen varias opciones. Pueden: (a) redistribuir las actividades de las subvenciones existentes entre los RP existentes; (b) asignar actividades continuas de las subvenciones existentes a los RP recientemente nombrados; (c) asignar nuevas actividades a un RP existente; o (d) asignar nuevas actividades a los RP recientemente nombrados o una combinación de los anteriores.

**Nota:** Si usted está enviando una propuesta para una enfermedad en particular y no cuenta con una o más subvenciones existentes para esa enfermedad, o usted cuenta con una o más subvenciones existentes para esa enfermedad pero ninguna de ellas tendrá al menos 12 meses de implementación en el tiempo restante a partir de la fecha de inicio establecida para el programa cubierto por esta propuesta; entonces usted no es candidato para la transición y deberá seleccionar la Opción 3.

### 3.3 Alineación a ciclos internos de país

Como respuesta a la Parte (a) de esta pregunta, a continuación se presenta la propuesta de Indonesia sobre TB para la Ronda 8 que describe la alineación:

Se espera que la fecha de inicio para las subvenciones de la R8 sea alrededor de Julio del 2009 ya que el ciclo fiscal en Indonesia va de enero a diciembre. La planeación del presupuesto nacional de ingresos y egresos inicia a mediados del año (2008). Por lo tanto, la fecha de inicio de la subvención se puede ajustar fácilmente al proceso de planeación del programa nacional. Recientemente, el gobierno de Indonesia ha implementado una regulación para mejorar la armonización entre los fondos de subvenciones externas y los presupuestos de planeación nacional para mejorar la transparencia y eficiencia de la distribución de fondos. Todos los fondos disponibles, incluyendo los externos, se registran e incluyen en el presupuesto nacional.

### 3.4 Resumen de la propuesta de la Ronda 10

El propósito del resumen es proporcionar una visión corta del componente por enfermedad. La tendencia natural es llenar el resumen hasta el final ya que resume la información en el resto de la propuesta. Sin embargo, en nuestra experiencia, ha sido buena idea elaborar un borrador del resumen a la mitad del camino del proceso de llenado de la propuesta. Hay gran valor al forzarnos a resumir el programa en un par de párrafos cortos, aún cuando el resumen deba pasar por varios borradores antes de que sea satisfactorio. Este ejercicio nos lleva a que todos los involucrados tengan una idea más clara de toda “la historia” que cuenta la propuesta. Una vez que el resto de la propuesta se ha llenado, podrá revisar el borrador del resumen para asegurar que es consistente.

A continuación, presentamos nuestro resumen de lo que las Directrices para las propuestas de la R10 dicen; usted debería incluir:

1. Metas principales
2. Objetivos principales
3. Principales APS
4. Intervenciones /actividades
5. Poblaciones clave identificadas
6. Poblaciones blanco (resultados planeados)
7. Referencias a vacíos clave en el programa nacional (Sección 4.3.1) y las necesidades de las poblaciones clave

Para el #4 y #5 (combinados) deberá incluir: (a) poblaciones blanco o prioridad de intervenciones o ambas; (b) por qué han sido seleccionadas como prioridades; (c) diferencias en las poblaciones blanco por sexo y edad; y (d) rango de instituciones o instalaciones necesarias para llegar a estas poblaciones de manera equitativa y efectiva.

Además, en ciertos casos, usted también deberá describir cómo es que estas intervenciones contribuirán al resultado mejorado por enfermedad(es). Ver las Directrices para las propuestas R10 para más detalles.

La guía para esta pregunta ha cambiado en las últimas rondas de financiamiento. China proporcionó el siguiente resumen de su propuesta de VIH para la Ronda 7. Aunque no proporciona todo lo que el Fondo Mundial solicita en esta pregunta, es un buen modelo:

La población migrante de China se estima en aproximadamente 120 millones, y está en crecimiento. El gobierno chino le da una alta prioridad a los migrantes en su agenda política. Este proyecto aumentará la prevención y atención para los migrantes chinos de áreas rurales a urbanas (nongmingong), una gran población que es particularmente vulnerable al VIH y un puente potencial con la población en general.

La propuesta tiene como metas a las provincias que reciben la mayor cantidad de migrantes, incluyendo Beijing, Shanghai, Tianjin (Municipalidades), y Guangdong, Zhejiang, Fujian y Jiangsu (Provincias). Como centros importantes de producción y en crecimiento económico, esas provincias meta podrán proporcionar una cantidad importante de recursos a contrapartida, lo que garantizará la sostenibilidad.

El enfoque del proyecto integra acciones a nivel político con prevención, tratamiento y atención del VIH de alta calidad. Los servicios de alta calidad para el VIH e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) serán diseñados específicamente y tendrán metas cuidadosamente

establecidas, así como estarán integrados en los sistemas más amplios de suministro de asistencia sanitaria y enfoques de desarrollo. Se le dará prioridad a las zonas, sectores económicos o género que tengan una vulnerabilidad concentrada. La cobertura se garantizará por alianzas entre las agencias del gobierno, empresas participantes, Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) y proveedores de asistencia sanitaria comunitaria. El proyecto movilizará los fondos, recursos en especies y las redes del sector privado.

Algunos aspectos innovadores del trabajo propuesto incluyen:

- Suministro de servicios a través de canales múltiples con una participación sólida de ONGs y del sector privado.
- La prevención enfatizará los enfoques de comunicación para el cambio de comportamiento (CCC) que tomen en consideración las características particulares de la población migrante en cada escenario.

El paquete integral de prevención incluye CCC, condones de calidad y servicios accesibles de tratamiento, consejería y prueba de ITS y VIH. Una prioridad destacada será reducir el estigma y la discriminación que existe en China través del respeto de las políticas anti-discriminación actuales, estrategias efectivas de comunicación y alianzas con el sector privado y la sociedad civil.

El proyecto está integrado en el marco estratégico institucional de China para la salud y el VIH:

- El Receptor Principal (RP) es una agencia establecida del gobierno en China con la autoridad y medios para asegurar un enfoque multisectorial y armonizado.
- El programa aportará un alto valor técnico al ser pionero y ampliar métodos con base en las pruebas para atender las múltiples necesidades de la población migrante.

En términos de resultados concretos, el programa suministrará:

- Servicios de prevención de VIH/sida a 3.200.000 migrantes vulnerables, enfocando los comportamientos de mayor riesgo que causan los altos índices de infecciones de transmisión sexual en las industrias que son fuente de migrantes.
- El programa proveerá tratamiento de ITS a 350,000 migrantes, servicios de consejería y prueba del VIH a 800.000 migrantes y atención y tratamiento a 5.000 migrantes que son Personas que Viven con VIH/SIDA (PVVs)

En el resumen mostrado, China fue capaz de proporcionar una visión general muy resumida de todo el proyecto; incluye cierta información epidemiológica, indica el alcance geográfico del proyecto, describe el enfoque total del proyecto, refiere algunos aspectos innovadores del proyecto, explica cómo es que el proyecto encaja dentro del marco de VIH y de salud de China y describe los resultados que el proyecto generará. China lo hizo en una sola página, lo cual era el límite descrito en el formato de la propuesta para la Ronda 7; para la Ronda 10, el límite de páginas se ha ampliado.



## SECCIÓN 4: DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

### 4.1 Programa nacional

En el punto (a), usted debe hacer tres cosas: (a) describir las estrategias actuales nacionales de prevención, tratamiento, atención y apoyo; (b) explicar cómo dichas estrategias son consistentes con el patrón actual y carga de la enfermedad; y (c) describir los resultados mejorados que se esperan obtener de dichas estrategias. Sugerimos que si las estrategias han sido modificadas recientemente por algún cambio epidemiológico, entonces debe incluirse una explicación. Si el *entendimiento* de la epidemiología ha cambiado recientemente, o si el nivel de compromiso político con el fin de tener una estrategia basada verdaderamente en los factores epidemiológicos ha cambiado recientemente, también deberá incluirse una explicación en este rubro.

Describir todo esto en un máximo de dos cuartillas significa que los solicitantes deberán ser sucintos. Nosotros ofrecemos las siguientes sugerencias en relación a cómo organizar su respuesta. Estas sugerencias asumen que existe un plan estratégico implementado que guía la respuesta nacional.

- Dar el título del plan estratégico, así como las fechas cubiertas por el plan.
- Indicar cuándo se desarrolló el plan.
- Enliste brevemente los objetivos y/o áreas prioritarias del plan.
- Bajo cada objetivo u área prioritaria: describa brevemente las estrategias principales; explique cómo las estrategias son consistentes con la epidemiología; enliste las poblaciones meta y describa brevemente los resultados esperados.
- Si ya existen logros como resultado de la estrategia nacional, descríbalos brevemente, ya sea bajo cada objetivo o prioridad o en una sección separada

Cuando describa las estrategias principales, asegúrese de incluir las estrategias diseñadas para asegurar un ambiente político legal y social permisible e incluya las estrategias diseñadas para alcanzar a las poblaciones criminalizadas (incluyendo cómo planea llegar a dichas poblaciones). (Esto es nuevo para la Ronda 10).

La orientación para esta pregunta ha evolucionado en el transcurso de las diferentes rondas de financiamiento. El extracto que se muestra a continuación, muestra cómo se describe el programa nacional para la propuesta de malaria en la Ronda 8 de Etiopía. Aunque no proporciona todo lo que el Fondo Mundial está pidiendo actualmente, para esta pregunta, sigue siendo un buen modelo.

#### **Estrategias nacionales actuales de prevención, tratamiento y apoyo sobre malaria**

La lucha contra la malaria está dirigida por la tercera fase del Programa de Desarrollo del Sector Salud [Ver Anexo 9, Ronda 7]. Las metas del Plan Estratégico Nacional de Malaria son:

- Contribuir a la MDM 6 Objetivo 8 al reducir la carga total de malaria (mortalidad y morbilidad) en un 50% para el año 2010; en comparación con el nivel de línea de base del 2005;
- Contribuir en la reducción de la mortalidad infantil (MDM 4) y contribuir en una salud materna mejorada (MDM 5).

Tal como se describió en el Plan Estratégico de Control y Prevención de la Malaria a cinco años [Ver Anexo 10, Ronda 7], las estrategias actuales de prevención, tratamiento y apoyo son:

**Prevención.** La política completa del país se refiere a la prevención de enfermedades transmisibles. La prevención de la malaria se basa en el uso de un rango de enfoques de control del portador, incluyendo la distribución de redes insecticidas de larga duración, fumigación en interiores y reducción de la fuente a través del control ambiental. Actualmente, las redes insecticidas de larga duración se distribuyen a todas las poblaciones en riesgo de malaria. Más de 20 millones de redes insecticidas de larga duración se han distribuido a los beneficiarios con un promedio de dos redes por vivienda desde el 2005; y actualmente, se ha rociado el 30% de las áreas identificadas para fumigación en interiores.

**Diagnóstico y Tratamiento.** Los enfoques en esta intervención son el diagnóstico de casos de malaria usando pruebas microscópicas y pruebas rápidas de diagnóstico y el tratamiento oportuno y efectivo contra los casos de malaria. Se utiliza la terapia de combinación basada en la artemisinina (ACT, por sus siglas en inglés) para tratar *P. falciparum* y se usa cloroquina para *P. vivax* y la quinina para la malaria severa para mujeres embarazadas en su primer trimestre y en niños que pesen más de 5 kg o en fallas de primer línea de tratamiento. Actualmente, la mayoría de los diagnósticos y tratamientos de malaria no complicada se realizan a nivel comunitario por medio de la extensión de trabajadores de salud. Los diagnósticos de laboratorio se realizan en los hospitales y centros de salud a los cuales sólo el 30% de la población tiene acceso. El gobierno está ampliando los centros de salud y hospitales en esfuerzos para mejorar la calidad de los servicios a nivel periférico. Las pruebas rápidas de diagnóstico se están implementando para que se usen en los puestos de salud a nivel periférico.

**Control y prevención de la epidemia.** Esta estrategia está dirigida hacia el pronóstico de la epidemia de la malaria, detección temprana para prevenir la dispersión de los brotes epidémicos y hacia una respuesta rápida y efectiva para contener dichos brotes. Lo anterior se basa en la vigilancia que se ha fortalecido a través del sistema integrado de monitoreo de la enfermedad, el cual asegura un monitoreo y entrega semanal de informes de todas las enfermedades epidemiológicas, incluyendo la malaria. El almacenamiento gubernamental de insumos de emergencia permite una respuesta rápida en situaciones epidemiológicas, siendo el uso de fumigación en interiores, la intervención clave de prevención.

**Estrategias de apoyo.** Para apoyar la implementación de estas intervenciones esenciales y para asegurar su uso adecuado también se están implementando estrategias de apoyo, incluyendo el desarrollo de recursos humanos, comunicación y cambio del comportamiento, M&E e investigación operativa.

### **Situación epidemiológica actual**

La transmisión de la malaria presenta un patrón estacional inestable en Etiopía con una transmisión que varía con la altitud y las precipitaciones. Aquellas áreas con alturas mayores a los 2000 metros de altitud se consideran palúdicas; abarcan un 75% estimado de masa continental y albergan el 68% del total de la población. El 65% de esta población está viviendo en áreas en las que los brotes de malaria ocurren con frecuencia. La inmunidad protectora en la población es baja o está ausente con todos los grupos de edad en riesgo de infección y de enfermedad; sin embargo, los niños menores de cinco años y las mujeres embarazadas están en mayor riesgo. Las intervenciones de malaria tienen como meta todas las áreas palúdicas, excepto para la fumigación en interiores, la cual se realiza solamente en áreas propensas a la epidemia.

### **Resultados mejorados esperados**

En el 2005, el Ministerio Federal de Salud (MFS) y sus socios iniciaron la ampliación masiva de estas intervenciones para lograr el impacto. Ahora, Etiopía reporta la cobertura más amplia de redes en África Sub-sahariana seguida de Togo y Sierra Leona [fuente de datos

citada]. Una evaluación reciente de la OMS sobre el impacto de las redes insecticidas de larga duración y la ampliación de la terapia de combinación basada en la artemisinina (ACT) usando la información de las instalaciones de salud mostró una reducción relevante en los casos de malaria y fallecimientos. La media ponderada de la reducción de casos de malaria y fallecimientos en todas las edades entre el 2001-4 y 2007 fue del 53% y 55%, respectivamente; mientras que los casos no relacionados con la malaria aumentaron en un 14% y los fallecimientos no relacionados con la malaria disminuyeron solamente en un 8%. Con el aumento en la cobertura de las intervenciones de prevención como las redes insecticidas de larga duración y la fumigación en interiores, Etiopía espera prevenir los brotes epidémicos; aumentar los sistemas mejorados de información y de M&E asegurarán que esto es demostrable.

## QUÉ HACER y QUÉ NO HACER

**QUÉ HACER** Asegúrese que su respuesta abarca todas las tres partes de esta pregunta.

**QUÉ NO HACER** Describir las debilidades de la estrategia nacional; en otra sección se le pedirá hacer esta descripción.

**QUÉ NO HACER** Describir cómo se está monitoreando la estrategia nacional; esta pregunta no trata de eso.

## 4.2 Perfil epidemiológico de las poblaciones meta

La Sección 4.1(a) es nueva para la Ronda 10. Con relación a la sección 4.2 (c) y (d) el recuadro a continuación identifica algunas propuestas de la Ronda 8 que el PRT identificó como aquellas que tienen información sólida sobre epidemiología. Note que las Secciones 4.2 (c) y (d) de las versiones de TB y malaria de las Secciones 3-5 del formato de la propuesta contienen un lenguaje diferente para los grupos de población y la epidemiología de las poblaciones meta comparado con la versión de VIH en estas secciones.

### ***Vea también:***

Indonesia VIH (8), Mali VIH (8), Bolivia malaria (8), Armenia TB (8), El Salvador TB (8)

Los vínculos a estas propuestas se encuentran en la Guía Aidspace *Fortalezas Clave de las propuestas para la Ronda 8 y 9 del Fondo Mundial*, disponible en [www.aidspace.org/aidspacepublications](http://www.aidspace.org/aidspacepublications). Ver la Fortaleza Clave 2.

## 4.3 Restricciones principales y vacíos en los sistemas de salud, por enfermedad y en los sistemas comunitarios

### 4.3.1 Programa de VIH

El siguiente texto es extraído de la propuesta de Gabón sobre VIH para la Ronda 8. Dese cuenta que los tres títulos en el extracto se relacionan con las tres partes de esta pregunta.

#### **Debilidades principales en la implementación de las estrategias actuales de VIH**

Desde 1987, las autoridades estatales han hecho compromisos políticos dando como resultado el establecimiento de varios acuerdos de respuesta en coordinación y gestión. Sin embargo, no han sido funcionales. Para el periodo 2001-2006 se preparó e implementó un plan estratégico nacional para la lucha contra el sida. En enero del 2006, el gobierno de Gabón adoptó el documento estratégico para el crecimiento y reducción de la pobreza el cual toma en cuenta el problema del VIH. Para poder revitalizar la lucha contra el VIH a nivel nacional, el presidente de la República creó un Ministerio exclusivamente dedicado al tema del VIH para fortalecer la coordinación y mejorar la respuesta nacional.

Descentralización de la implementación: se crearon doce Comités Ministeriales y nueve comités de provincia para la lucha contra el sida y se equiparon con materiales pero no se ha desarrollado un plan de implementación.

Respuesta local y de la comunidad: existen 6 redes temáticas y 4 grandes asociaciones con los participantes principales de la sociedad civil ante la lucha contra el sida. Sin embargo y a pesar de muchos esfuerzos realizados por estos grupos y por las acciones tomadas, la falta de recursos y de capacidades técnicas representa una gran limitante para la realización de proyectos concretos de estas estructuras.

Acceso a y cobertura de los servicios de prevención: las estructuras de la PTMI son insuficientes. Las actividades de comunicación de cambio de comportamiento se desarrollaron especialmente en escuelas de Libreville y en ciudades capitales y algunas cuantas en áreas rurales debido a la dificultad del acceso geográfico, entre otros desafíos.

Acceso a tratamiento y cuidados: las estructuras no cuentan con suficientes capacidades técnicas y financieras para abarcar las necesidades. La capacidad del sistema de cuidados holísticos para niños huérfanos y niños vulnerables (NHV) (salud, psicosocial, educativo y protección legal) siguen siendo insuficientes.

Vigilancia epidemiológica, estudios de comportamiento y M&E: falta de un plan nacional de monitoreo y evaluación; insuficiencias en el sistema de información ya que la encuesta nacional entre la población en general no se ha realizado y los estudios de comportamiento son insuficientes (6 de 9 provincias).

Aspectos de género y derechos de los niños: estos aspectos no se tomaron ampliamente durante la planeación.

#### **Deficiencias en la entrega del servicio a las poblaciones meta**

Las metas de alta prioridad para esta propuesta son las poblaciones más pobres afectadas por el VIH, es decir: mujeres embarazadas y mujeres jóvenes así como sus hijos, PVVs, jóvenes de edades entre 10-24 años que no asisten a la escuela, trabajadoras sexuales (TS) y NHV. Las principales debilidades enlistadas con respecto a la entrega del servicio para mujeres embarazadas y mujeres jóvenes son las siguientes:

- Instalaciones con insuficientes recursos humanos, materiales y financieros para realizar la prueba (en el 2007, al 60.9% de las mujeres consultadas se les realizó la prueba) y tratamiento de mujeres embarazadas que viven con VIH y sus recién nacidos (de las 732 mujeres VIH+ a las que se le realizó la prueba, 494 recibieron

tratamiento ARV) así como la prueba realizada a sus parejas (19.8% de las 732 mujeres a las que se les realizó la prueba).

- La insuficiencia del sistema de monitoreo de la comunidad lleva a un número importante de casos perdidos entre las mujeres embarazadas que viven con VIH y sus hijos (en el 2007, 14% de los niños nacidos de las 732 mujeres VIH positivo fueron monitoreados durante 18 meses y al 4.3% se le realizó la prueba).

### **¿Cómo es que estas debilidades comprometen los resultados nacionales planeados de VIH?**

- Las discrepancias en los resultados de acciones preventivas y tratamiento para PVVs entre las áreas rurales y urbanas pueden llevar a un aumento en la prevalencia del VIH en áreas rurales.
- La cobertura reducida de la PTMI, especialmente en la identificación de mujeres embarazadas VIH positivo (732 de las 2,570 que se asumía o el 28%) de la prevención a través de la terapia antirretroviral (ARV) (494 de las 732 o el 67%) y el monitoreo de los niños nacidos de madres VIH positivo (103 de las 383 madres que dieron a luz en las instalaciones de salud o el 27%). Esta cobertura pobre da como resultado el aumento de número de niños VIH positivo, quienes serán una gran carga para el país.
- La insuficiencia en la cobertura de las intervenciones que dan prioridad a poblaciones como aquellos que tiene ITS, TS, HSH, jóvenes que no asisten a la escuela podría dar como resultado un aumento en la prevalencia de VIH entre estas poblaciones.

Las Directrices para las propuestas de la R10 proporcionan una guía para las Secciones 4.3.1, 4.3.2 y 4.3.3 combinadas. A continuación presentamos nuestro resumen de orientación que es relevante para la Sección 4.3.1:

- Describa la habilidad del programa nacional por enfermedad para llegar de manera equitativa a mujeres y hombres (y a niños y niñas) según las diferentes necesidades así como a otras poblaciones clave.
- Describa si ciertos grupos pueden enfrentar barreras para tener acceso, tal como mujeres y niñas, poblaciones clave, adolescentes o barreras que surjan por cuestiones geográficas, urbano/rural o por otras ubicaciones.

Esto es nuevo para la Ronda 10. En parte es un esfuerzo del Fondo Mundial para asegurar que en la información que usted proporcione a lo largo del formato de la propuesta, usted se refiere específicamente a las poblaciones clave, particularmente mujeres y hombres (y niños y niñas).

Las Directrices para las propuestas de la R10 recomiendan que usted también incluya en su respuesta a las Secciones 4.3.1, 4.3.2 y 4.3.3 “cuestiones que sean comunes para la planeación de VIH, tuberculosis y malaria y la entrega de servicio; cuestiones que sean relevantes para el sistema de salud y el sistema comunitario así como para los resultados de VIH (por ejemplo, servicios de PTMI) pero tal vez no sean relevantes para la planeación y entrega de servicio de malaria y tuberculosis”. No queda claro exactamente a qué se refiere esto, ni qué tanto aplica a la Sección 4.3.1.

#### ***Vea también:***

Gabón VIH (8), Indonesia VIH (8), Myanmar VIH (9), Etiopía malaria (8), Moldavia TB (8)

Los vínculos a estas propuestas se encuentran en la Guía Aidsplan *Fortalezas Clave de las propuestas para la Ronda 8 y 9 del Fondo Mundial*, disponible en [www.aidsplan.org/aidsplanpublications](http://www.aidsplan.org/aidsplanpublications).

Ver la Fortaleza Clave 3.

### 4.3.2 Sistemas de Salud

A continuación, se presenta un extracto de la propuesta de Eritrea sobre malaria para la Ronda 9, la cual describe las debilidades y vacíos en los sistemas de salud del país. Las debilidades y vacíos se enlistan claramente y se describen sucintamente.

Las principales debilidades y/o vacíos en el sistema de salud que están afectando la implementación de las estrategias actuales de control de la malaria son:

1. **Falta de un sistema efectivo de referencias:** actualmente, no existen formatos de referencia y mecanismos estándar de retroalimentación. Además, la falta de ambulancias y de otro tipo de instalaciones para una referencia temprana en la gran mayoría de las instalaciones de salud está obstaculizando ampliamente la referencia temprana de casos severos de malaria a instalaciones cercanas de salud. A cambio, aumentará ampliamente el riesgo de muerte a causa de la malaria.
2. **Recursos humanos:** muchas de las instalaciones de salud, particularmente las estaciones de salud, cuentan principalmente con personal proporcionado por la Asociación de Enfermeras quienes no cuentan con la capacidad suficiente para manejar a cada paciente de malaria; particularmente a los casos severos de malaria. Además, existe una escasez de personal, principalmente en las instalaciones remotas de salud.
3. **Falta de disponibilidad de un banco central de información:** actualmente, la fuente de información/datos del ministerio no está bien integrada ni coordinada. Como resultado, como con el ejemplo de la malaria, existen tres fuentes de información [se citan las fuentes] y siempre existen desacuerdos sobre los datos recolectados por estas tres fuentes, lo que genera ciertos problemas para la programación durante la planeación e implementación del programa.
4. **Falta de capacidad de diagnóstico en la mayoría de las instalaciones de salud:** de todos los casos de malaria reportados, solamente el 20% de los casos son confirmados a través de la microscopia estándar. La falta del servicio de electricidad en la gran mayoría de las instalaciones de salud, particularmente a nivel de las estaciones de salud, representa uno de los cuellos de botella para este diagnóstico bajo.
5. **Uso inadecuado de las pruebas rápidas de diagnóstico por parte de los trabajadores de la salud:** desde el 2007, el Programa Nacional de Control de la Malaria ha estado distribuyendo suficientes pruebas rápidas de diagnóstico en todas aquellas instalaciones de salud que no cuenten con microscopios. Sin embargo, y a pesar de la gran contribución de las pruebas rápidas de diagnóstico, el tratamiento a través del diagnóstico adecuado no ha mejorado mucho. Los desafíos principales que el programa está enfrentando con relación al uso de las pruebas rápidas de diagnóstico para un diagnóstico adecuado y un tratamiento oportuno son la falta de confianza de los trabajadores de salud sobre la efectividad de las pruebas rápidas de diagnóstico y en considerarlas como un trabajo adicional y no como parte de su trabajo.
6. **Falta de un uso eficiente de la información disponible a nivel de las instalaciones:** esto se debe principalmente a la falta de personal dedicado a la información de salud o a la falta de personal de salud capacitado en el control y análisis de la información en las instalaciones de salud con la capacidad para analizar los datos disponibles para una acción adecuada y oportuna.
7. **Débil entrega de informes por parte de la comunidad:** conforme la situación de la malaria se reduce más en el país, la mayoría de los casos de malaria a nivel comunitario permanecerán ocultos. Por lo tanto, a menos que se diseñe un mecanismo en el que se pueda rastrear los casos e informar desde las etapas tempranas en la comunidad, la posibilidad de gravedad de la enfermedad y que se dé el brote de la enfermedad será alta.

- 8. Debilidad en la supervisión de apoyo:** el Ministerio de Salud está ampliando los servicios de salud a nivel de las instalaciones así como hacia las comunidades. Conforme dichos servicios se expanden y mejoran la calidad, será necesaria una supervisión directa enfocada tanto a la malaria como de una manera integrada con otros programas. El Ministerio de Salud ya ha implementado un sistema integrado de supervisión de apoyo el cual debe fortalecerse para monitorear la implementación adecuada de las intervenciones.

Las Directrices para las propuestas de la R10 proporcionan una guía para las Secciones 4.3.1, 4.3.2 y 4.3.3 combinadas. Gran parte de esta orientación aplica a la Sección 4.3.2, aunque a veces no es claro cómo es que la guía se relaciona con las debilidades o vacíos en los sistemas de salud. A continuación presentamos nuestro resumen de la guía que aplica para la Sección 4.3.2:

- Describa los acuerdos estructurales entre el gobierno y la sociedad civil para asegurar un acceso equitativo a los servicios de salud.
- Describa las prioridades del país para fortalecer los sistemas de salud y asegurar un acceso equitativo a los servicios para hombres y mujeres, incluyendo provisión de PTMI y otros servicios de salud sexual y reproductiva así como tratamiento y cuidados para niños.
- Describa la capacidad de los sistemas de salud para lograr y sostener intervenciones ampliadas para responder adecuadamente a la amenaza de la enfermedad(es).
- Describa las formas en las que las instalaciones de los sistemas de salud facilitan o dificultan una entrega efectiva y eficiente de los servicios para cada sector.
- Describa si la creación de la demanda en aumento de las intervenciones de prevención y/o control del programa de apoyo existente (por ejemplo, a través de la provisión de recursos adicionales significativos actuales o planeados de otras fuentes) ha resaltado las áreas de necesidad en aumento para el fortalecimiento de los sistemas de salud.
- Donde exista un análisis o diagrama de las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas existentes por ejemplo el Plan Nacional de Desarrollo para la salud, inclúyalo en la propuesta ya sea en esta sección o como un anexo claramente titulado y numerado.

Sería bueno que en el curso de describir las debilidades y vacíos de los sistemas de salud de su país, se abarquen estos problemas. Si algunos de estos problemas no se cubren, sugerimos que agregue una sección a su respuesta para cubrir algunos o todos. Recuerde que esta orientación en particular del Fondo Mundial está etiquetada como una “recomendación”, por lo que tal vez no será necesario abarcar todos los problemas enlistados.

***Vea también:***

Indonesia VIH (8), Myanmar VIH (9),  
Suazilandia malaria (8)

Los vínculos a estas propuestas se encuentran en la Guía Aidsplan *Fortalezas Clave de las propuestas para la Ronda 8 y 9 del Fondo Mundial*, disponible en [www.aidsplan.org/aidsplanpublications](http://www.aidsplan.org/aidsplanpublications).  
Ver la Fortaleza Clave 3.



### 4.3.3 Sistemas Comunitarios

Esta pregunta es nueva para la Ronda 10, por lo que no podemos proporcionar ejemplos sobre cómo se respondió esta pregunta en rondas anteriores de financiamiento. Vea el *Capítulo 2: ¿Qué hay de nuevo en la Ronda 10?* Para ver los comentarios sobre cómo el Fondo Mundial está aumentando el énfasis en el fortalecimiento de los sistemas comunitarios (FSS) para la Ronda 10. También vea la nota informativa actualizada del Fondo Mundial sobre el FSS en:

[www.theglobalfund.org/documents/rounds/10/R10\\_InfoNote\\_CSS\\_en.pdf](http://www.theglobalfund.org/documents/rounds/10/R10_InfoNote_CSS_en.pdf)

Esta nota informativa define a los “sistemas comunitarios” como “estructuras y mecanismos dirigidos por la comunidad usados por los miembros de la comunidad y las organizaciones de base comunitaria así como por los grupos para interactuar, coordinar y dar respuesta a los desafíos y necesidades que afectan sus comunidades”.

Las Directrices para las propuestas de la R10 proporcionan una orientación para las Secciones 4.3.1, 4.3.2 y 4.3.3 combinadas. Parte de esta guía aplica a la Sección 4.3.3, aunque en ocasiones no queda claro cómo esta guía se relaciona con las debilidades y vacíos en los sistemas comunitarios. A continuación, mostramos nuestro resumen sobre la guía que aplica a la Sección 4.3.3:

- Describa las prioridades de país en el fortalecimiento de los sistemas comunitarios para asegurar un acceso equitativo a los servicios tanto para hombres como para mujeres, incluyendo la provisión de la PTMI y otros servicios de salud sexual y reproductiva así como de tratamiento y cuidados para niños.
- Describa la capacidad de los sistemas comunitarios para lograr y sostener intervenciones ampliadas que respondan adecuadamente a la amenaza de la enfermedad(es).
- Describa si la creación de la demanda en aumento de las intervenciones de prevención y/o control del programa de apoyo existente (por ejemplo, a través de la provisión de recursos adicionales significativos actuales o planeados de otras fuentes) ha resaltado las áreas de necesidad en aumento para el fortalecimiento de los sistemas de salud.

Sería bueno que en el curso de describir las debilidades y vacíos de los sistemas comunitarios de su país, se abarquen estos problemas. Si algunos de estos problemas no se cubren, sugerimos que agregue una sección a su respuesta para cubrir algunos o todos. Recuerde que esta orientación en particular del Fondo Mundial está etiquetada como una “recomendación”, por lo que tal vez no será necesario abarcar todos los problemas enlistados.

**Nota:** Realmente, esta es la única pregunta en el formato de la propuesta dedicada completamente a los sistemas comunitarios. Sin embargo, se espera que usted incluya objetivos y actividades relacionadas con el FSS en la descripción de su programa (en la Sección 4.4.1). En colaboración con un rango de participantes, el Fondo Mundial ha desarrollado el documento *Marco de trabajo del Fortalecimiento de los Sistemas Comunitarios*, disponible en:

[www.theglobalfund.org/documents/civilsociety/CSS\\_Framework.pdf](http://www.theglobalfund.org/documents/civilsociety/CSS_Framework.pdf).

El marco de trabajo del FSS es una herramienta valiosa para diseñar actividades relacionadas con el FSS en su propuesta.

El Marco de FSS se enfoca en seis elementos principales del sistema comunitario:

- Ambientes habilitados e incidencia política
- Redes comunitarias, vínculos, asociaciones y coordinación
- Recursos y construcción de habilidades
- Actividades comunitarias y entrega de servicios
- Fortalecimiento de liderazgo y organizacional
- Monitoreo y evaluación así como planeación

Para cada elemento principal, las intervenciones y actividades potenciales de FSS se agrupan dentro de cada área de prestación de servicios específica y se muestra una serie de indicadores de FSS recomendados.

El marco de trabajo de FSS dice que “en el contexto del Fondo Mundial, se exhorta a los solicitantes a considerar el FSS como una parte integral de las evaluaciones de los programas por enfermedad y los sistemas de salud, asegurando que identifican aquellas áreas en las que se requiere de una participación mayor de la comunidad para mejorar el alcance y calidad en la entrega de los servicios, particularmente para aquellos que es más difícil llegar”.

#### 4.3.4. Esfuerzos para resolver las debilidades y vacíos

Se le pide describir qué se ha estado haciendo y quién lo ha hecho para responder a las debilidades y vacíos que usted identificó en las dos secciones anteriores; por ejemplo, para los sistemas de salud y comunitarios. Esto será difícil de describir en una sola página.

Con respecto a los sistemas de salud, a continuación mostramos un extracto de la propuesta de Eritrea sobre malaria para la Ronda 9, la cual describe las debilidades y vacíos en los sistemas de salud de Eritrea que proporcionamos en la Sección 4.3.2.

- 1. Mejorar el sistema de referencias:** El Ministerio de Salud ha desarrollado lineamientos de referencia que asisten a los trabajadores de la salud para realizar las transferencias efectivas necesarias a instalaciones de mayor nivel. Los lineamientos para la malaria ya están implementados. Se proporcionará el número suficiente de ambulancias a través del sistema de salud, de tal forma que cada paciente de malaria pueda referirse a tiempo. Además, se desarrollarán y distribuirán los formatos estándares de referencia a todas las instalaciones de salud así como a los agentes comunitarios de salud.
- 2. Mejorar la capacidad de los trabajadores de la salud en el manejo eficiente de los casos de malaria:** la mayoría de los trabajadores de la salud que trabajan a nivel de las estaciones de salud son enfermeras asociadas que todavía necesitan recibir capacitación sobre el manejo de la malaria, particularmente de los casos de malaria severa o complicada. Actualmente, el Ministerio de Salud está desarrollando recursos humanos para el plan estratégico de salud. A través de las instituciones de capacitación, el Ministerio de Salud está aumentando la inscripción de alumnos para lograr un resultado mayor que cubrirá las demandas actuales. Se están realizando esfuerzos para proporcionar capacitación interna en el lugar de trabajo para impartir nuevas habilidades y promover habilidades pertinentes para los trabajadores de la salud. Con el apoyo de los socios, el Programa Nacional de Control de la Malaria (PNCM) está a la vanguardia al brindar capacitación a los trabajadores de la salud, particularmente con un enfoque sobre el control de casos y tratamiento de malaria severa y casos no complicados.
- 3. Estableciendo un almacén central de datos:** actualmente, el ministerio está trabajando hacia el establecimiento de un almacén de datos automatizados a nivel nacional y de zona que se consolide de todas las fuentes y genere una plataforma para compartir la información de salud y otros datos relevantes en la toma de decisiones. El personal del Sistema de Información para el Control de la Salud (SICS) del Ministerio de Salud ha involucrado todas las divisiones y programas de control de enfermedad en el desarrollo del SICS para recabar la información relevante para controlar los esfuerzos. Recientemente, la división de M&E terminó la revisión del “Marco Conceptual para el Sistema Integrado de Monitoreo y Evaluación”. El marco de trabajo ha usado ampliamente las herramientas y referencias internacionales más actualizadas de M&E incluyendo el principio de “los tres unos”, los 12 elementos del sistema funcional de M&E y la herramienta de evaluación de M&E del Fondo Mundial (herramienta de fortalecimiento de los sistemas de M&E) así como el kit de M&E del Fondo Mundial. Los planes de acción de M&E específico por enfermedad, incluyendo el de malaria, están explícitamente vinculados con el plan de acción nacional integrado de M&E.
- 4. Mejorar la capacidad de diagnóstico a nivel de las instalaciones de salud así como a nivel comunitario:** Como respuesta ante esta debilidad, los servicios nacionales de laboratorio tienen encomendado la supervisión de apoyo y el control de calidad del diagnóstico de la malaria en todas sus instalaciones. Se han estado realizando esfuerzos para proporcionar microscopios a las regiones y sub-regiones Zoba y proporcionar abastecimiento de electricidad a las instalaciones. Actualmente se han implementado las siguientes medidas: abastecimiento de microscopios suficientes y de pruebas rápidas de diagnóstico; capacitación y distribución de técnicos de laboratorio; distribución de un sistema solar para todas las instalaciones de salud que no cuenten con electricidad y

capacitación a los agentes comunitarios de la salud sobre cómo usar las pruebas rápidas de diagnóstico.

- 5. Mejorar la confianza de los trabajadores de salud en la efectividad de las pruebas rápidas de diagnóstico:** El PNCM ha empezado a brindar capacitación intensiva a los trabajadores de la salud para permitirles tener confianza en el uso de las pruebas rápidas de diagnóstico de la malaria. La orientación y capacitación se extenderá a los agentes comunitarios de la salud (ACS) para permitirles otorgar un diagnóstico de la malaria a través de las pruebas a nivel comunitario.
- 6. Mejorar la capacidad de los trabajadores de la salud en la recolección y uso eficiente de los datos para su acción:** El PNCM en colaboración con los SICS están desarrollando herramientas que proporcionarán un resumen de la información amigable al usuario a manera de gráficas, imágenes e histogramas que no requieran de una pericia especial para interpretarlas. Los trabajadores de la salud, particularmente los técnicos de salud pública y el personal de los SICS a todos los niveles recibirán capacitación para que puedan usar los datos antes de que surja cualquier problema.
- 7. Mejorar el sistema comunitario de entrega de informes de casos de malaria:** los agentes comunitarios de la salud han estado recibiendo capacitación así como los líderes comunitarios, personas de influencia y las ONG locales que trabajan con la comunidad para la entrega de informes lo antes posible para cualquier caso de malaria que surja dentro de la comunidad. El PNCM ha piloteado el uso de Grupos de Mujeres de acción contra la malaria, que han trabajado de manera efectiva y bajo la supervisión de los ACS en el rastreo de los casos de malaria que surjan en los pueblos y que informen sobre ellos. Se están llevando a cabo planes para fortalecer los grupos de mujeres de acción contra la malaria en todas las regiones palúdicas Zobas y se les da la autoridad para que contribuyan con el sistema comunitario de entrega de informes sobre malaria.
- 8. Institucionalización de una supervisión integrada de apoyo:** En los últimos dos años, el Ministerio de Salud ha realizado pasos concretos para introducir e institucionalizar un sistema de apoyo de supervisión integrada. Hasta el momento, se ha desarrollado una lista de control para la supervisión integrada y se ha ofrecido la capacitación sobre el arte y habilidades de la supervisión ejecutada a los trabajadores de salud a todos los niveles del sistema. Esto asegurará que los servicios de calidad que cubren los estándares establecidos se entregan; que se identifican los vacíos de los sistemas de salud y que las acciones adecuadas que lo resuelven se realizan a tiempo. Sobra decir, que la supervisión de los trabajadores comunitarios y personal de las instalaciones de salud contribuirá a un control mejorado de casos de malaria y otros.

Con respecto a los sistemas comunitarios y ya que la pregunta sobre las debilidades y vacíos en los sistemas comunitarios es nueva para la Ronda 10, no podemos proporcionar ejemplos sobre cómo los solicitantes describieron los esfuerzos para resolver las debilidades y vacíos en rondas anteriores de financiamiento.

## QUÉ HACER y QUÉ NO HACER

**QUÉ HACER** Recuerde indicar no solamente lo que se ha hecho sino también quién lo ha hecho.

**QUÉ NO HACER** Describir qué hará esta propuesta para abarcar las debilidades y vacíos en los sistemas de salud y comunitario. Esta pregunta se refiere a lo que ya se ha hecho.

## 4.4 Estrategia de la propuesta

### 4.4.1 Intervenciones

Esta es una parte muy importante de su propuesta y deberá llenarse en conjunto con el Marco de Desempeño y el plan de trabajo; ambos son adjuntos obligatorios para la propuesta.

Una forma de organizar su respuesta sería usar una serie de tablas, una para cada APS. La tabla puede ser algo similar a la que mostramos a continuación. El contenido técnico para este ejemplo se ha adaptado de la propuesta de China sobre TB para la Ronda 7.

Meta 1: Reducir la morbilidad y mortalidad de la TB resistente a medicamentos múltiples (TB-RMM) en China			
Objetivo 1 : Expandir la estrategia PMDRT en 50 lugares de 10 provincias en China			
<b>APS 1.6: Apoyar a los pacientes a través de la observación directa para mejorar la adherencia al tratamiento de la TB-RMM</b>			
Indicador(es): [a ser incluidos aquí]			
Actividades clave	Información Adicional	Ejecutor	Población meta
<b>Actividad 1.6.1:</b> Dar DOT a lo largo del tratamiento de la TB-RMM usando trabajadores de salud periféricos y dando incentivos financieros para el suministro de DOT.		[nombre de RP o SB]	Pacientes con TB
<b>Actividad 1.6.2:</b> Dar subsidios de transporte a los pacientes más pobres con TB-RMM para que puedan viajar a las clínicas para DOT.	Cada lugar de PMDRT hará los arreglos para el DOT de cada paciente con TB-RMM y le dará un pago por gestión del paciente a cada trabajador DOT. El lugar también dará un pago para el transporte a aproximadamente un 20% de los pacientes más pobres con TB-RMM para que puedan viajar a la clínica para DOT.	[nombre de RP o SB]	Pacientes con TB
<b>Actividad 1.6.3:</b> Dar consejería y apoyo psicológico.	Las ONGs locales serán contratadas para que den consejería y apoyo psicológico a los pacientes y sus familias. El proyecto también estimulará la formación de grupos de pacientes, que son muy importantes para los primeros informes sobre la adherencia a tratamiento del paciente.	[nombre de RP o SB]	Pacientes con TB

Otra opción es presentar la información en el formato de párrafo sin el uso de tablas.

El siguiente extracto abreviado es de la propuesta de Chad sobre VIH para la Ronda 8:

**Objetivo 5: Ampliar el acceso a los Centros de realización de la prueba voluntaria y de consejería (PCV) a nivel nacional**

**APS 5.1: Prueba y consejería:** Para asegurar el acceso universal al tratamiento, a todos los infectados deberá realizárseles la prueba para que el sistema de cuidados a la salud puedan cubrirlos. Primeramente, deseamos proporcionar regularmente las 46PCV ya existentes con los re-agentes y consumibles para la duración de la propuesta. Los suministros también deberán ser proporcionados para las 26PCV que se crearán al final de la Ronda 3 en el 2010 y las 22 PCV que serán operativas después de la suspensión del financiamiento otorgado por el Banco Mundial. Si consideramos las cifras para las visitas de PCV y las campañas masivas de concientización, la propuesta realizará la prueba y asesorará a 726,500 personas en diferentes comunidades. Se han planeado 956 nuevas PCV a lo largo del territorio nacional. (El Anexo No. 16 Marco Estratégico Nacional (NSF, por sus siglas en inglés); 22 PCV son operativas y 28 están registradas dentro del marco de la Ronda 3; por lo que esta propuesta apoya la reubicación de 46 nuevas PCV abarcando todos los HD: 4 de estas PCV son móviles y 490 consejeros recibirán capacitación para todos los niveles (central y regional). Deseamos asegurar una provisión regular de re-agentes y consumibles para toda la duración del proyecto. Las misiones de supervisión realizadas por la estructura de referencias asegurará que las directrices y normas de consejería se aplican como se requiere: 4 equipos de PCV móviles se establecerán para las zonas que son difíciles (refugiados, personas desplazadas y nómadas) y para la gente joven localizada en grandes ciudades de Ndjamená, Moundou y las 11 islas del lago Chad. El CNLS coordinará la implementación del proyecto a través de la referencia de la PCV, el APMS y la PCV pertenecen a la Alianza Nacional de Miembros Religiosos para la lucha contra el sida en Chad (ANARET/Sida).

**Actividades principales para el APS 5.1**

- 5.1.1: Restablecer 46 PCV, de las cuales 18 pertenecen a organizaciones religiosas, 20 a ONG/Aociaciones y 8 a organizaciones públicas
- 5.1.2: Establecimiento de 4 unidades móviles de PCV para estrategias avanzadas
- 5.1.3: Capacitación sobre cuidados totales a 490 consejeros
- 5.1.4: Organización de un taller para la revisión de las directrices de PCV y el manual de consejería
- 5.1.5: Proporcionar las 96 PCV
- 5.1.6: Organizar una campaña nacional y regional para promover la prueba voluntaria

**Indicador**

- Número de personas beneficiadas de la consejería con la transmisión de los resultados de la prueba

**Población meta**

- Gente joven y adultos

**Ejecutor a cargo**

- UNAD, RP Sociedad civil

El siguiente extracto abreviado es de la propuesta de Tailandia sobre TB para la Ronda 8:

**Objetivo 1: Lograr una implementación de DOTS de alta calidad**

**APS 1.1 Incidir en el compromiso político local para crear un ambiente habilitado y de apoyo para las actividades de control de TB y asegurar recursos financieros**

Ejecutores: RP-DDC, SR-DHSS (Departamento de Servicios de apoyo para la salud)

Población Meta: miembros del Comité del Fondo Comunitario de Salud, Tambon miembros del Consejo Directivo de Salud

Indicadores: Número de acuerdos (que cubran TB) firmados por Tambon

1.1.1 Talleres de sensibilización para los participantes a nivel distrital y de provincias para TB y TB/VIH.

Incrementar y fortalecer el compromiso político, coordinación entre la administración de distrito, las oficinas públicas de salud, las ONG y la sociedad civil y mejorar la planeación. Proponemos talleres de planeación y concientización de las provincias. Durante estos talleres, se espera que los asistentes desarrollen una estrategia con los planes de implementación y presupuestos para asegurar la sustentabilidad de los programas de control de TB a nivel distrital. Esta actividad está vinculada con el APS Administración y Supervisión (Actividades 1.3.2 y 1.3.3) para el seguimiento y monitoreo de los planes de implementación.

1.1.2 Movilizar el compromiso político para la TB con el del Fondo Comunitario de Salud (CHFC, por sus siglas en inglés)/Consejo de Salud de Tambon para asegurar financiamiento para TB en Tambon (distrito menor)

El CHFC/Consejo de salud de Tambon es un organismo existente local que supervisa las actividades de salud pública en la comunidad y controla los recursos locales de salud. El concepto de incidir con el CHFC/Consejo de Salud de Tambon para apoyar las actividades de control de TB de base comunitaria se ha documentado exitosamente y ha sido recomendado por el 4º Programa de Revisión Nacional de TB. Proponemos generar incidencia local a este nivel al insertar a los representantes de TB en 2,648 CHFC/Consejo de Salud de Tambon. Se espera que los representantes mencionen los problemas de TB en las agendas de reunión del consejo de salud, realicen incidencia por el compromiso local para el control de la TB, aumenten la responsabilidad de los servicios locales de salud para las actividades de control de TB y apoyen los esfuerzos de movilización comunitaria. Para desarrollar esta actividad, se llevarán a cabo talleres para diseñar incidencia política y promover actividades de TB de dos representantes para Tambon. Se desarrollará un acuerdo de entendimiento (AdE) para el CHFC/Consejo de Salud de Tambon para formalizar la colaboración para apoyar las actividades de control de la TB en Tambon. Esta propuesta usará la reunión regular del CHFC/Consejo de Salud de Tambon para comentar la preparación del acuerdo y otras actividades que le den autoridad a la comunidad. RESULTADO ESPERADO: Después de cinco años, 50% de la gente de Tambon acordó patrocinar algunas actividades de TB.

***Vea también:***

Chad VIH (8), Georgia VIH (9), Honduras VIH (9), Mauricio VIH (8), Eritrea malaria (9), Suazilandia malaria (8), Ecuador TB (9), Tailandia TB (8)

Los vínculos a estas propuestas se encuentran en la Guía Aidspace *Fortalezas Clave de las propuestas para la Ronda 8 y 9 del Fondo Mundial*, disponible en [www.aidspace.org/aidspacepublications](http://www.aidspace.org/aidspacepublications). Ver la Fortaleza Clave 1.

#### 4.4.2 Abarcando las debilidades de una categoría anterior de la propuesta 3

El texto que se presenta a continuación muestra cómo una propuesta sobre malaria para la Ronda 8 del MCP de Camerún explicaba cómo había cubierto las debilidades desde la primera vez que se envió la propuesta. Las debilidades identificadas por el PRT se resumen en negritas, bajo cada una, el MCP proporciona su explicación.

**1. Sin demostración sobre cómo la cobertura de las redes insecticidas tendrán un sustento y se extenderán para ampliar la cobertura universal (aún cuando también se implemente la fumigación en interiores) dentro de los grupos de sub-población meta identificados y/o la población en general.**

En el resumen ejecutivo, se indica que la fumigación en interiores es una intervención complementaria en aquellas áreas con una cobertura relativamente alta de redes insecticidas y redes insecticidas de larga duración para crear una sinergia y lograr una reducción rápida de la transmisión de la malaria. También se menciona que las áreas de implementación aumentarán progresivamente (15% por año) para cubrir todos los distritos endémicos del país y gradualmente dar paso al alto uso de redes insecticidas de larga duración para sostener los logros y seguir con la carga de la reducción de la malaria. Para lograrlo, la entrega de redes insecticidas de larga duración y de redes insecticidas seguirá otorgándose por medio del uso de varios fondos [patrocinadores enlistados] y otros socios [socios enlistados] aún en las comunidades identificadas con fumigación de interiores mientras ésta se expande para lograr una reducción rápida de la transmisión de la malaria. Con este entendimiento y antecedente, esta propuesta pretende recaudar fondos para aumentar la fumigación en interiores dentro del contexto del control de vector integrado (CVI) usando las dos intervenciones principales de manera complementaria. El CVI implica el uso de un rango de intervenciones, por lo general incluida y en sinergia con la estrategia nacional adoptada para prevenir la malaria en Camerún. Como resultado, el aumento de la fumigación en interiores no reemplaza la expansión de las redes insecticidas, ya que facilitará un desarrollo posterior de recursos humanos y materiales necesarios para acelerar la entrega de redes insecticidas, incluyendo el tratamiento de redes insecticidas el cual está disponible ampliamente en Camerún.

**2. Falta de información sobre si el reconocimiento físico está disponible para justificar las intervenciones propuestas.**

La gran información epidemiológica, ambiental y entomológica necesaria para considerar generalmente la fumigación en interiores y la otra intervención principal de redes insecticidas en cualquier lugar de Camerún está disponible. Tal como se indicó en la sección 4.3.2 b, Camerún está dividido en tres áreas geo climáticas principales que están documentadas adecuadamente en lo que se refiere a la transmisión de la malaria. En la misma sección se hace mención al estudio de resistencia de vector con un mapeo resultante que permite determinar qué insecticida usar en las diferentes regiones de Camerún.

Generalmente, la estrategia mundial actual para el vector de control de la malaria recomienda tanto las redes insecticidas como la fumigación en interiores en todos los ambientes epidemiológicos de la transmisión de la malaria. La estrategia describe que en las áreas de malaria estable/transmisión alta como lo es Camerún, la fumigación en interiores puede usarse rápidamente para reducir la transmisión a través de una campaña enfocada en la alta cobertura del área meta. También, una vez que la transmisión se ha reducido, la fumigación en interiores se puede continuar a niveles reducidos en las áreas seleccionadas de alto riesgo y se pueden complementar con otros métodos de control del vector de la malaria tal como las redes insecticidas de larga duración a través del enfoque de control de vector integrado e intervenciones de control de parásitos. Por lo tanto, la propuesta se basa en el principio general de los lineamientos de la OMS sobre el hecho de que la fumigación en interiores puede implementarse en todos los ambientes epidemiológicos, incluyendo lugares de alta transmisión cuando y donde sea factible bajo circunstancias locales.



**3. Los costos de algunos rubros presupuestados son inadecuadamente altos (por ejemplo, los vehículos) y no tienen justificación**

El costo unitario por vehículo (Pick up 4X4 todo terreno) incluye autorización de aduanas que anteriormente lo absorbía el gobierno de Camerún.

#### 4.4.3 Lecciones aprendidas desde la experiencia de implementación

La propuesta de Camerún sobre malaria para la Ronda 9 proporcionó una respuesta muy bien organizada para esta pregunta, usando el formato de tabla.

Campo	Lecciones aprendidas	Acciones tomadas en la Ronda 9
Adquisición y distribución de redes insecticidas de larga duración	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bloqueos administrativos en el sistema público de contratación a cargo de llamadas internacionales para las ofertas, las cuales han resultado en retrasos prolongados de 7-8 meses.</li> <li>• Integración de la distribución de las redes insecticidas de larga duración con otras actividades promocionales de la salud (campañas de inmunización, cuidados prenatales, etc.) cobertura ampliada de redes insecticidas de larga duración entre mujeres embarazadas y niños menores de 5 años.</li> <li>• Débil participación de la comunidad lo que lleva a una cobertura baja de las redes insecticidas de larga duración.</li> <li>• Bajo uso de redes insecticidas de larga duración entre mujeres embarazadas y niños menores de cinco años debido a mitos y creencias culturales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opción de un mecanismo de adquisición voluntaria de fondo común.</li> <li>• La distribución rutinaria de redes insecticidas de larga duración seguirá a través de las campañas de cuidados prenatales y de salud para mujeres embarazadas y niños menores de cinco años, respectivamente.</li> <li>• Fortalecimiento con la participación de las organizaciones de la sociedad civil y de base comunitaria en la distribución y seguimiento a nivel comunitario.</li> <li>• Reforzar la comunicación de cambio de comportamiento y la incidencia a nivel comunitario.</li> </ul>
Cobertura del TPI2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baja cobertura de TPI2 (tratamiento preventivo intermitente) entre mujeres embarazadas debido a la entrega de un servicio deficiente en las instalaciones de salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Construcción de habilidades sobre el manejo de la existencia de sulfadoxina-pirimetamina (SP).</li> <li>• Refuerzo de CCC sobre la toma de SP en mujeres embarazadas.</li> </ul>
Implementación de fumigación en interiores	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esta estrategia es muy cara y necesita muchos fondos y conocimiento técnico para su implementación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No se tomo ninguna acción en esta ronda. Sin embargo, se planea implementar la fumigación en interiores cuando su operación sea factible con fondos de la iniciativa de países pobres altamente endeudados.</li> </ul>
Control de inventario	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema pobre de control de inventario llevó a una cuantificación pobre de necesidades y el manejo de provisiones responsable de falta de inventario de la terapia de combinación basada en la artemisinina y SP.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Construcción de habilidades en el control de adquisiciones de insumos a todos los niveles.</li> </ul>

<b>Campo</b>	<b>Lecciones aprendidas</b>	<b>Acciones tomadas en la Ronda 9</b>
Manejo de caso	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso irracional de la terapia de combinación basada en la artemisinina debido a instalaciones de diagnóstico insuficientes en las instalaciones de salud y ausencia de herramientas de diagnóstico a nivel comunitario.</li> <li>• Preferencia del proveedor de salud en la terapia de combinación basada en la artemisinina no subsidiada aumentó el costo de manejo de casos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Introducción de pruebas rápidas de diagnóstico en las instalaciones de salud y a nivel comunitario.</li> <li>• Construcción de habilidades para el personal de salud y para los relevos comunitarios sobre la administración de la terapia de combinación basada en la artemisinina</li> <li>• Refuerzo de la comunicación de cambio de comportamiento.</li> </ul>
Monitoreo y evaluación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baja terminación y fechas de entrega de información a todos los niveles llevo a una decisión insuficiente.</li> <li>• Visitas de supervisión insuficientes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nuevas herramientas de monitoreo y evaluación para implementarse.</li> <li>• Se ha planeado una investigación y evaluación operativa.</li> </ul>
Coordinación y participación de sociedades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La poca coordinación de sociedades dieron como resultado esfuerzos dispersos en el control de la malaria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementar un comité directivo conformado por socios del gobierno y la sociedad civil.</li> <li>• Organizar reuniones periódicas regulares.</li> </ul>

El MCP de Camerún se concentró principalmente en los desafíos que identificó en su experiencia de implementación y cómo estos desafíos se cubrieron en la propuesta para la Ronda 10. Sugerimos incluir varios ejemplos sobre cómo los resultados positivos han influido en el desarrollo de su propuesta. Sería buena idea explicar cómo se identificaron las lecciones aprendidas (por ejemplo, ¿Se llevó a cabo un estudio formal?).

#### 4.4.5 Promoviendo la equidad social y de género

El Fondo Mundial espera que usted incluirá en su propuesta las estrategias y actividades que abarquen el estigma y la discriminación y que promueva la equidad de género. Estas actividades deberán identificarse claramente en la Sección 4.4.1 Intervenciones. En esta Sección (4.4.5) se le pide proporcionar un resumen de estas estrategias y actividades. También se le pide incluir en su respuesta referencias específicas de los objetivos, APS y actividades descritas en la Sección 4.4.1.

Las Directrices para las propuestas de la R10 proporcionan información considerable con relación a lo que debería incluirse en esta sección. A continuación presentamos un resumen de Aidsplan de lo que las Directrices solicitan:

1. Ya sea que la propuesta incluya actividades específicamente diseñadas para asegurar que las mujeres y hombres, niños y niñas y otras poblaciones clave tienen **acceso equitativo** al apoyo social, protección, información y otros servicios. (Si la respuesta es sí, deberá describir brevemente estas actividades).
2. Si grupos particulares pueden recibir **acceso priorizado** a los servicios (Si la respuesta es sí, deberá explicar la lógica).
3. Cómo es que las estrategias y actividades en la propuesta ayudarán a fortalecer la **igualdad social** por grupos meta en mayor necesidad de las intervenciones. Si es adecuado, incluya una explicación de las diferencias en la igualdad de acceso de las diferentes poblaciones (por ejemplo, niñas y niños; vea otros ejemplos en las Directrices para las propuestas de la R10).
4. Estrategias y actividades en la propuesta que abarquen específicamente el **estigma y la discriminación** como una barrera para tener acceso a los servicios. (Ver los ejemplos en las Directrices para las propuestas de la R10).
5. Estrategias y actividades en la propuesta diseñadas específicamente para reducir **desigualdad de género** y cambiar normas dañinas de género.
6. Estrategias y actividades en la propuesta que abarquen específicamente las barreras impuestas por **leyes y políticas represoras**.

Sugerimos que incluya en su respuesta un sección por separado sobre cada uno de estos seis temas, aún cuando pueda existir un traslape entre los temas (particularmente entre los Temas #1 y #3).

Conforme usted proporcione información sobre cada uno de estos temas, deberá asegurarse de explicar:

- Cómo es que las estrategias y actividades de su propuesta relacionadas con la igualdad social y de género responden a la situación epidemiológica descrita en la Sección 4.2;
- Cómo es que las estrategias y actividades de su propuesta relacionadas con la igualdad social y de género abarcan específicamente las debilidades, vacíos y desigualdades descritas en la Sección 4.3 y
- Cómo es que la estrategia propuesta abarca los grupos de poblaciones clave que puedan enfrentar barreras para tener acceso, incluyendo mujeres y niñas, hombres que tienen sexo con otros hombres, personas dedicadas al trabajo sexual, personas transgénero y usuarios de drogas inyectables.

De manera alternativa, usted puede incluir una sección por separado que incluya uno o más de estos tres apartados.

A continuación proporcionamos extractos de varias propuestas de rondas anteriores de financiamiento. Los solicitantes deberán notar que la orientación del Fondo Mundial sobre esta pregunta ha cambiado con el paso del tiempo. Por ejemplo, esta es la primera ocasión que el Fondo ha pedido a los solicitantes que mencionen nuevamente las secciones de epidemiología, debilidades y vacíos al momento de escribir su respuesta.

Así es como la propuesta de Mauricio sobre VIH para la Ronda 8 describió cómo se abarcó el Tema #1 (**acceso igualitario**):

Esta propuesta tiene por objetivo expandir los servicios preventivos llegando a usuarios de drogas inyectables y trabajadores/as del sexo comercial (TSC), migrantes, niños de la calle y prisioneros. De hecho, la pobreza es un factor de riesgo importante que contribuye a reducir el acceso a los servicios existentes. En el caso de Mauricio, las personas que viven en la pobreza en el área Rodríguez, migran a Mauricio, una situación que los pone en gran riesgo de transmisión de VIH conforme se vuelven indigentes y caen en la delincuencia, el trabajo sexual y uso de drogas. Para poder aumentar el acceso a los servicios, esta propuesta tiene el plan de usar trabajadores de alcance pagados y voluntarios comunitarios para hacer las actividades de IEC (información, educación y comunicación), consejería y educación de la conducta saludable así como ser el vínculo y fomentar entre estos grupos marginalizados a que usen los servicios gratuitos de salud. A través de la selección y capacitación de los voluntarios comunitarios será posible identificar a los jóvenes y mujeres vulnerables dentro de la población.

Y a continuación presentamos la propuesta de Vietnam sobre VIH para la Ronda 9 acerca del mismo tema:

Por naturaleza de la epidemia en Vietnam y su concentración entre usuarios de droga inyectables (principalmente hombres) y sus principales parejas sexuales, las trabajadoras sexuales y sus clientes (jóvenes hombres) el acceso equitativo tanto a los servicios de prevención como de cuidados y apoyo para mujeres y hombres es crítico para el éxito de esta subvención. Para abarcar la equidad de género en el acceso a los servicios, esta propuesta incluye en particular las siguientes actividades: prevención enfocada, servicios de referencia, cuidados y apoyo para mujeres dedicadas al trabajo sexual, incluyendo la creación de negociación de uso de condón, búsqueda de un comportamiento saludable y habilidades de empoderamiento; referencia a clubes de salud para mujeres, cuando sea posible para asegurar que las mujeres tienen acceso a consejería relacionada al VIH y a servicios de IEC (información, educación y comunicación) y seguimiento a cuidados. Además, esta propuesta también promueve servicios de PTMI en conjunto con los servicios de salud sexual y reproductiva para asegurar que las mujeres que viven con VIH estén al tanto de los servicios de PTMI y sobre su derecho a tener hijos.

(En esta investigación, Aidsplan no encontró ninguna propuesta en la que el solicitante estuviera planeando **acceso prioritario** a algunos servicios para grupos particulares [Tema #2]).

En la propuesta de Mauricio sobre VIH para la Ronda 8, el MCP describió cómo su propuesta fortalecería el Tema #3 (**igualdad social**):

La pobreza y desigualdad son problemas ampliamente dispersos: por lo general, los pobres viven alrededor de distritos no pobres y la mayor inequidad considera las diferencias dentro de los distritos. La identificación y provisión de servicios se realizara a través del trabajo con las organizaciones de base comunitaria a nivel comunitario por medio de evaluaciones participativas e identificando aquellos en mayor riesgo (por ejemplo, usuarios de drogas inyectables, TSC, jóvenes viviendo en situación de calle y aquellos en situaciones vulnerables como mujeres y jóvenes). La identificación de amas de casa será apoyada con la

identificación del gobierno de 229 centros de pobreza y alrededor de 7,000 familias pobres y vulnerables.

Las inequidades entre la gente rica y pobre prevalecen todavía en Mauricio. Por lo tanto, la pobreza, particularmente la pobreza rural representa una desigualdad seria para tener acceso a servicios preventivos de VIH y sida. Esta propuesta aborda este problema como un intento para asegurar que los comités multi-sectoriales de VIH/sida y de incidencia en salud reproductiva ubicados en centros de cuidados sociales, en los centros para mujeres o en cualquier otra estructura comunitaria se establecen primero en áreas rurales, ciudades pesqueras y en la zona de proceso de exportación (ZPE) y en las áreas en las que los migrantes dedicados a la industria del vestido viven así como identificando a los migrantes de Rodríguez.

Así es como la propuesta de Paraguay sobre VIH para la Ronda 6 explicó cómo el Tema #4 (**estigma y discriminación**) debería abarcarse:

Los derechos humanos, la discriminación y el estigma serán los temas incluidos en la capacitación que se realizara entre los miembros de los servicios de cuidados a la salud en las seis regiones seleccionadas... las actividades específicas de incidencia política se realizarán para promover los cambios de la Ley 102/92 VIH/SIDA y para promover la adopción de una propuesta de ley que prohíba cualquier forma de discriminación.

Si las actividades del proyecto ayudarán a contrarrestar el estigma y la discriminación, aún si las actividades no están enfocadas especialmente en estigma y discriminación, los solicitantes deberán explicarlo. El extracto que se presenta a continuación, está adaptado de la propuesta sobre VIH de la República de Kirguistán para la Ronda 7:

El programa tiene por objetivo entre otras cosas, movilizar las comunidades de personas VIH-positivo quienes dirigirán su participación en la planeación e implementación de la respuesta a la epidemia. El proyecto incluye varias medidas que se implementaran en conjunto por la comunidad de PVVs y otras organizaciones, incluyendo instituciones médicas estatales. Esto será útil para facilitar la reducción del estigma y la discriminación en el sistema de cuidados a la salud y en instituciones relacionadas.

Y así es como la propuesta de Uganda sobre TB para la Ronda 6 lo incluyó:

Conciencia ampliada sobre la TB, que es curable y que los servicios están disponibles (y son gratuitos) reducirá el estigma y la discriminación de pacientes en las comunidades y con los trabajadores de la salud. La observación por distritos que han implementado exitosamente la DOTS a nivel comunitario es que el estigma asociado con la TB se reduce con la participación e involucramiento de la comunidad... las actividades colaborativas de TB/VIH reducirán el estigma.

A continuación, presentamos la propuesta de Bosnia-Herzegovina sobre VIH para la Ronda 9 que describió las estrategias y actividades que abarcaban el Tema #5 (**desigualdad de género**):

El monitoreo, vigilancia y evaluación del VIH asegurará recopilar información sobre las dimensiones de género de la epidemia de VIH; realizar evaluaciones periódicas sobre la conducta de género para recopilar datos complementarios adicionales y evaluar la respuesta actual del sida para ver cómo se abarcan las dimensiones de género de la epidemia si es que se cubren.

#### ***Vea también:***

Eritrea VIH (8), Myanmar VIH (9)  
Nicaragua VIH (8), Tayikistán TB (8)

Los vínculos a estas propuestas se encuentran en la Guía Aidspace *Fortalezas Clave de las propuestas para la Ronda 8 y 9 del Fondo Mundial*, disponible en [www.aidspace.org/aidspacepublications](http://www.aidspace.org/aidspacepublications).  
Vea las Fortalezas Clave 5 y 12

El género será integrado en la estrategia nacional de sida, los planes anuales de acción y en los planes de sector con una atención específica al presupuesto y a la asignación de fondos. Se dará un énfasis especial en la implementación e incremento de intervenciones específicas para cubrir la dinámica de género de la epidemia en términos de prevención de VIH, tratamiento, cuidados y mitigación de impacto para el propósito de una mejor medición de los resultados relacionados con el género y los impactos de los programas de sida; los objetivos y los indicadores serán desarrollados y rastreados.

Para poder crear la capacidad y mutuamente reforzar los vínculos entre la acción sobre VIH y la acción ampliada sobre equidad de género, se realizará la construcción de habilidades para aumentar la competencia de género de aquellos involucrados en iniciativas relacionadas de VIH y en la competencia de VIH de aquellos involucrados en iniciativas relacionadas con el género.

El siguiente extracto es de la propuesta de Zanzíbar sobre VIH para la Ronda 6 sobre el mismo tema:

Para abarcar los problemas de desigualdad de género, esta propuesta incluye las siguientes actividades:

- Hacer un piloto de los lineamientos de la OMS sobre actividades principales de género en los servicios de salud para VIH/sida en cuatro distritos, incluyendo la construcción de habilidades para el sistema de salud y el sistema de apoyo para responder a cuestiones de género;
- Asegurar el monitoreo, cuidados/tratamiento y referencia de la infección por VIH de víctimas de violación, asegurando específicamente la disponibilidad de profilaxis post-exposición y consejería;
- Incorporando estrategias de prevención de la violencia dentro de los servicios de consejería y realización de la prueba y en los servicios de PTMI
- Fortalecimiento de la participación masculina en cuestiones de salud sexual y reproductiva a través de los programas de alcance comunitario y otros medios.

En la propuesta sobre VIH para la Ronda 9, Costa de Marfil usó una tabla para mostrar qué actividades incluía su propuesta que responderían a las desigualdades de género. A continuación, reproducimos una porción de la tabla:

<b>Objetivos y APS</b>	<b>Obstáculos relacionados con cuestiones de género y otras represiones sociales que puedan dificultar el logro de metas y objetivos</b>	<b>Actividades para disipar estas represiones para cambiar las relaciones de género para lograr los objetivos</b>
APS 1.2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La tasa de exposición a los medios de comunicación es muy baja para mujeres en áreas rurales</li> <li>- Movilización social pobre para cambiar el comportamiento de la gente joven</li> <li>- La tasa de asistencia escolar de la población en general es muy baja en CI</li> <li>- Una gran proporción de gente joven se encuentran fuera del sistema académico educativo</li> <li>- La tasa neta de educación de las niñas es solamente del 26.6%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se dieron 36,000 pláticas para la movilización social de niñas y niños jóvenes de edades entre 15 y 24 años</li> <li>- Se completaron 18,000 intervenciones de comunicación de cambio de comportamiento (CCC)</li> <li>- Campañas para mujeres en áreas rurales</li> <li>- Capacitación a 75 maestros y 20 ONG activas en el sector educativo sobre actividades de CCC</li> <li>- Organización de actividades de CCC a nivel local para llegar a niñas, madres y gente joven sin estudios</li> <li>- Organización de 25 torneos para mujeres jóvenes y hombres jóvenes</li> </ul>
APS 1.4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Movilización social muy pobre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoyo para la movilización de ONG</li> <li>- Apoyo para la capacitación de prisioneros en habilidades para la vida otorgada por ONG</li> </ul>
APS 1.6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los hombres jóvenes no usan ningún medio de prevención</li> <li>- En ocasiones, los hombres jóvenes expresan su masculinidad de manera violenta (hecho que las mujeres no controlan para negociar las relaciones sexuales con sus parejas)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 8 talleres de capacitación para profesionales de la salud sobre un enfoque de manejo de síndrome de ITS y fortalecimiento de capacidades sobre género y VIH/ITS</li> <li>- 500 sesiones para crear conciencia sobre las ITS, violencia basada en el género y su impacto en las ITS y el VIH</li> </ul>
APS 1.7	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Barreras sociales y culturales con respecto al uso de condones</li> <li>- Problemas respecto a que las mujeres usen condones femeninos y negocien el uso de condones masculinos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoyo para las actividades de CCC de la organización de base comunitaria dirigidas específicamente a prejuicios con relación al uso de condones</li> </ul>
APS 3.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Por lo general, las mujeres son las primeras en estar informadas</li> <li>- Estigmatización y relaciones desiguales en la toma de decisiones con respecto a cuestiones del hogar y la familia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de estándares y lineamientos sobre PTMI para incluir consideraciones de género</li> </ul>



Así es como la propuesta sobre VIH para la Ronda 9 de Bosnia-Herzegovina describió los planes que abarcan el Tema #6 (**leyes y políticas represoras**):

La revisión legislativa y de políticas se enfocará en la protección de derechos de las poblaciones marginalizadas y vulnerables. Las políticas existentes se adaptarán cuando sea necesario para abarcar los derechos y protección de los grupos vulnerables dentro del binomio de salud. Cuando sea necesario, se formulará una nueva legislación.

Vea también las notas informativas del Fondo Mundial sobre igualdad de género, orientación sexual e identidades de género. Ambas notas incluyen secciones sobre cómo abarcar estos problemas en las propuestas del Fondo Mundial.

## QUÉ HACER y QUÉ NO HACER

**QUÉ HACER** Explicar cómo es que su propuesta cubrirá las desigualdades.

**QUÉ HACER** Proporcionar ejemplos concretos de las estrategias y actividades relevantes de su propuesta.

**QUÉ NO HACER** Escribir un ensayo que describa las desigualdades.

**QUÉ NO HACER** Describir lo que se necesita o qué debería suceder.

**QUÉ NO HACER** Explicar lo que la Constitución de su país dice sobre los derechos.

**QUÉ NO HACER** Usar enunciados muy generales tales como “parte del proyecto se enfocará en el sector penitenciario. Como tal, las necesidades de los prisioneros se cubrirán”.

**QUÉ NO HACER** Decir que “se realizarán todos los esfuerzos para asegurar X ó Y”; simplemente diga qué actividades están incluidas en su propuesta que abarcarán las desigualdades.

#### 4.4.6 Asociaciones con el sector privado

A continuación se presenta un extracto de la propuesta de Bangladesh sobre TB para la Ronda 8 que describe un coinversión con el sector privado:

Desde el 2002, el sector lucrativo privado (zonas de procesamiento de exportación, industria del vestido, hospitales privados y hospitales escuela del sector privado así como médicos privados) se están involucrando cada vez más en el tratamiento de observación directa (DOTS). En el 2002, una empresa coreana se estableció en Chittagong con más de 80, 000 empleados y comenzó los servicios DOTS para mantener saludable a su fuerza laboral. Proporcionaron un espacio y los recursos humanos necesarios, incluyendo médicos, enfermeras y técnicos de laboratorio mientras que el Programa Nacional de TB (PNT) proporcionó medicamentos, logística y capacitaciones y supervisa las actividades. Siguiendo este buen ejemplo, los servicios DOTS se expandieron a Dhaka y a las zonas de procesamiento de exportación (EPZ, por sus siglas en inglés) de Chittagong por medio del PNT. Las zonas de procesamiento de exportación proporcionaron todas las instalaciones, incluido el espacio. Las ONGs proporcionaron de 1 a 2 miembros del personal para cubrir la carga adicional de casos y coordinar con el programa junto con los funcionarios médicos del EPZ, paramédicos y técnicos de laboratorio. El PNT proporcionó capacitación, medicamentos y logística así como la supervisión de las actividades. Como consecuencia, los servicios DOTS se expandieron a las industrias en Khulna y gradualmente a muchas de las industrias pequeñas y medianas del vestido y otras fábricas en todas las ciudades metropolitanas. Todavía existe un gran número de lugares de trabajo que no se han cubierto. Los servicios DOTS también se expandieron a través de los médicos privados y hospitales/clínicas privadas en menor escala. Los médicos reciben orientación sobre DOTS y a cambio, siguen las directrices nacionales en el diagnóstico y tratamiento a la vez que informan al PNT. Los centros DOTS están establecidos en todos los hospitales escuela privados. Proporcionan un espacio y las ONG proporcionan de una 1 a 2 miembros del personal para asistir a los médicos de los hospitales escuela y técnicos de laboratorio a que cubran la carga adicional de casos, consejería y referencia así como el vínculo con el programa.

Recientemente, se ha firmado un acuerdo de entendimiento entre el PNT y la Asociación de exportadores y fabricantes del vestido en Bangladesh (BGMEA, por sus siglas en inglés) para ampliar DOTS en las industrias del vestido y a 12 centros de salud manejados por la BGMEA. Alrededor de 2.5 millones de trabajadores, en su mayoría mujeres, están trabajando en estas industrias. La BGMEA proporcionará el espacio en el centro de salud y de 1-2 miembros de personal adicional será proporcionado al centro, si se aprueba esta subvención para ampliar DOTS para los programas educativos ampliados en las industrias del vestido y en el manejo de casos adicionales y la supervisión de DOTS. Los médicos de la BGMEA supervisarán y monitorearán las actividades. El PNT proporciona la capacitación, medicamentos y la logística. Algunas de estas fábricas se cubrieron con anterioridad mientras que la mayoría esperan ser cubiertas a través de la propuesta de la Ronda 8 del FM. A través de esta intervención, los trabajadores y líderes sindicales contarán con la información correcta sobre los servicios de diagnóstico y tratamiento de la TB.

Así es como la propuesta de Camboya sobre malaria para la Ronda 9 describió la contribución no financiera del sector privado para la propuesta:

El sector privado contribuirá indirectamente con los recursos humanos e infraestructura para la entrega de productos médicos y cuidados, lo cual representa una contribución no financiera. Las principales contribuciones del sector privado incluyen:

- **Venta subsidiada a través del sector de puntos de venta comerciales:** ventas altamente subsidiadas a través del sector privado de productos nacionales recomendados para la malaria para aumentar el acceso a las poblaciones meta no sería posible sin la gran asociación efectiva del sector privado. Los puntos de venta del sector privado tales como farmacias, clínicas y mercados así como las organizaciones de base

comunitaria en áreas en las que inclusive los mercados no llegan se pueden usar como un canal sustentable de entrega de insumos.

- **Integración del tratamiento de redes insecticidas de larga duración con las redes no tratadas:** las redes no tratadas producidas localmente o importadas están disponibles a través de los puntos de venta del sector comercial y mercados a lo largo de Camboya. PSI tiene por objetivo aumentar significativamente el impacto de salud al trabajar con importadores locales para integrar el tratamiento insecticida de larga duración, transformando las redes no tratadas en redes insecticidas de larga duración. Esta estrategia será piloteada con fondos reprogramados de la ronda 6 y su continuación dependerá de los resultados del programa piloto. Si los resultados no son prometedores, los fondos de la ronda 9 se usarán para encontrar formas de tratar el alto número de redes no tratadas obtenidas comercialmente con insecticida de larga duración. Lo que aumentará significativamente la proporción de personas protegidas con las redes tratadas.
- **Colaboración inter-sectorial con los dueños de granjas:** Family Health International (FHI) un sub-sub-receptor piloteará la estrategia para comprometer a los dueños de granjas en la identificación de casos de malaria entre sus trabajadores temporales y asegurar que reciben un diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado por parte de las instalaciones públicas de salud. Los dueños de las granjas se beneficiarán si sus empleados no se enferman tan seguido y esto puede servir como un modelo para la recolección de datos de vigilancia para las poblaciones móviles/migrantes.

***Vea también:***

Tanzania VIH (8), Nigeria malaria (8),  
Bangladesh TB (8), Camerún TB (9)

Los vínculos a estas propuestas se encuentran en la Guía Aidspace *Fortalezas Clave de las propuestas para la Ronda 8 y 9 del Fondo Mundial*, disponible en [www.aidspace.org/aidspacepublications](http://www.aidspace.org/aidspacepublications).  
Ver la Fortaleza Clave 6.

#### 4.4.8 Vínculos con recursos no pertenecientes al Fondo Mundial

En la propuesta sobre VIH para la Ronda 8, el MCP de Vietnam inició esta sección proporcionando una visión general de los programas de apoyo de los donadores. A continuación, se presenta un extracto (“FM-8” se refiere a la propuesta de la Ronda 8 de Vietnam)

Existen tres programas principales de prevención financiados por donadores en Vietnam, incluyendo el Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido (DfID, por sus siglas en inglés), el Banco Mundial (BM) y el plan de emergencia del presidente de Estados Unidos para aliviar el Sida (PEPFAR, por sus siglas en inglés) con apoyo adicional de la Agencia Australiana para el Desarrollo Internacional (AusAID) que probablemente inicie en el 2009. Los donadores principales que trabajan cuestiones de cuidados y tratamiento incluyen PEPFAR, la Iniciativa de Acceso a la Salud de la Fundación Clinton (CHAI, por sus siglas en inglés) y el Fondo Mundial.

La cobertura geográfica a nivel de provincias en la propuesta 10 FM-8 coincidirá con el apoyo de uno o dos donadores enlistados anteriormente, variando por provincia. El FM-8 no será el único donador en cualquiera de las 10 provincias. En ocasiones, los donadores son relegados a distritos específicos dentro de las mismas provincias cuando sus iniciativas son programáticamente equivalentes.

**DfID:** el programa de prevención del VIH del DfID (2004-2008) atiende 21 provincias/ciudades y opera en 3 de las 10 provincias del FM-8. Se enfoca en cuatro aspectos principales, incluyendo: (1) construcción de habilidades del personal, (2) provisión de condones y mercadeo social, (3) intervenciones de cambio de comportamiento identificando el trabajo sexual femenino, sus clientes y a usuarios de drogas inyectables y (4) mejora en el control y tratamiento de ITS. Este programa mide los comportamientos de riesgo, incluyendo el hecho de compartir agujas y uso de condón entre usuarios de droga y trabajadoras sexuales y sus clientes.

#### ***Vea también:***

Vietnam VIH (8), República Democrática del Congo malaria (8)

Los vínculos a estas propuestas se encuentran en la Guía Aidspace *Fortalezas Clave de las propuestas para la Ronda 8 y 9 del Fondo Mundial*, disponible en [www.aidspace.org/aidspacepublications](http://www.aidspace.org/aidspacepublications).  
Vea la Fortaleza Clave 10.

**BM:** El proyecto de prevención del VIH patrocinado por el Banco Mundial (2006-2011) proporciona apoyo a 20 provincias y opera en 5 de las 10 provincias del FM-8. Los indicadores de resultado incluyen el porcentaje de grupos vulnerables en las provincias participantes informando acerca de sus prácticas seguras de inyección (de un estimado del 20% en la línea de base a un 70% al final del proyecto) y el porcentaje de grupos vulnerables en las provincias participantes que reportan el uso del condón durante el sexo (de un estimado del 40% en la línea de base a un 80% al final del proyecto).

Posteriormente, el MCP describió los vínculos entre su propuesta y la asistencia de donadores no pertenecientes al Fondo Mundial. A continuación, un extracto:

#### ***Reducción del Daño (Objetivo 1)***

Los lineamientos nacionales sobre los elementos principales de las intervenciones de reducción del daño (por ejemplo, agujas y jeringas, mercadeo/distribución de condones y alcance entre pares) están bajo desarrollo con base en las experiencias de campo de los proyectos de DfID y del FM así como de las directrices internacionales y las mejores prácticas. El FM-8 se apegará a las directrices nacionales por venir para asegurar que los programas se implementan de manera consistente en todas las provincias. El liderazgo de

las provincias recibirá apoyo para coordinar las intervenciones y evitar un traslape geográfico y asegurar que los insumos están disponibles para todos los programas.

***Cuidados y Tratamiento, PTMI y Prueba y Asesoramiento Voluntarios (PAV) (Objetivo 2)***

El proyecto LIFE-GAP patrocinado por PEPFAR está comprometido a dar apoyo para un cuidado y tratamiento integral, incluyendo ART, PTMI y PAV en los hospitales de las provincias en 5 de las 10 provincias del FM-8 a lo largo de septiembre del 2010. En estas provincias, el FM-8 dará apoyo a las clínicas solamente a nivel distrital y referirá a los pacientes con complicaciones a los hospitales que reciben apoyo de LIFE-GAP siguiendo los procedimientos nacionales. El FM-8 también asumirá la responsabilidad de los hospitales en las provincias al término del proyecto LIFE-GAP.

## **QUÉ HACER y QUÉ NO HACER**

**QUÉ HACER** Describir cómo esta propuesta complementa los programas financiados a través de recursos no provenientes del Fondo Mundial.

**QUÉ HACER** Describir cómo esta propuesta no duplica los programas financiados a través de recursos no provenientes del Fondo Mundial.

**QUÉ NO HACER** Simplemente enlistar los programas apoyados por otras fuentes de financiamiento; eso no es suficiente.

#### 4.4.9. Estrategia para mitigar las consecuencias no planeadas del programa de apoyo adicional en los sistemas de salud

Así es como la propuesta de Kenia sobre VIH para la Ronda 7 describió las consecuencias no planeadas y cómo se cubrieron:

Las acciones del sistema de salud pueden tener también ciertos **efectos negativos** en el resto del sistema de salud. Puede existir una percepción continua de los programas de VIH y sida como aquellos que reciben mejores fondos a diferencia del resto de los programas. Lo que puede generar ciertas tensiones entre los programas. Además, algunas acciones propuestas como la capacitación a trabajadores de la salud en el área de provisión de servicios genera en ocasiones que el personal deje su trabajo por ciertos periodos. Una forma en la que esta propuesta responde ante los efectos negativos es a través de la canalización de fondos para las OSC de tal forma que los servicios de salud saturados no tengan que realizar todas las actividades.

## 4.5. Sustentabilidad del programa

### 4.5.1. Fortaleciendo la capacidad y los procesos en la entrega de servicio de VIH para lograr resultados mejorados de salud y aspectos sociales

Para reiterar lo que las Directrices para las propuestas de la R10 dicen, en esta sección se le pide describir cómo es que las estrategias y actividades de esta propuesta fortalecerán las instituciones existentes para dar los servicios; no solamente en el sector gubernamental sino también en el sector privado y comunitario. Si su propuesta incluye fondos para la administración y asistencia técnica, los detalles relacionados con este apoyo deberán describirse en la Sección 4.7.5.

A continuación, se presenta un extracto de la propuesta sobre malaria para la Ronda 9 del MCP de Camerún que describió cómo fortalecería la provisión del servicio. Tome nota de cómo el MCP describió cuál sería el impacto de su propuesta a nivel local, regional y nacional y cómo a cambio, esto ayudaría a mejorar la sustentabilidad.

La propuesta de la R9 del FM se implementará tanto por parte del gobierno como de la sociedad civil según su ventaja comparativa relevante; por lo tanto, existe la necesidad de un fortalecimiento total de la capacidad de todos los participantes de esta propuesta para asegurar un entendimiento común y lograr la entrega de programas sustentables, efectivos y relevantes sobre el control de la malaria en Camerún.

A nivel comunitario, esta propuesta reclutará 15,500 organizaciones existentes de base comunitaria a nivel nacional con una gran participación femenina, quienes recibirán capacitación sobre el control integral comunitario de enfermedades infantiles, el enfoque de competencias de la malaria y recibirán apoyo con folletos, carteles y registros para realizar visitas a los hogares, puedan dar pláticas de salud, realicen un mapeo del comportamiento a favor del control de la malaria, distribuyan redes insecticidas de larga duración, controlen la malaria en el hogar y recolecten información. La participación de estas organizaciones fortalecerá el acceso y uso de los servicios de control de la malaria en las instalaciones de salud y de la comunidad. La capacidad de movilización de recursos de estas organizaciones también se fortalecerá de tal forma que puedan movilizar recursos de otras fuentes para asegurar su sustentabilidad y seguir con sus actividades, después de la R9 FM. Las organizaciones de base comunitaria estarán integradas en el equipo de control de distrito, el cual comparte información de salud de manera regular.

A nivel regional y de los distritos de salud, 184 organizaciones de la sociedad civil (OSC) trabajarán en colaboración con el Programa Nacional de Control de la Malaria. También recibirán capacitación sobre el enfoque de competencias de la malaria, control de proyectos, movilización de recursos y manejo de información. Recibirán apoyo para supervisar las organizaciones de base comunitaria (OBC), para monitorear la distribución de las redes insecticidas de larga duración y para recopilar datos de control de la malaria.

A nivel nacional, este proyecto reforzará el Sistema Nacional de Información para el control de la salud capacitando al personal de salud en la nueva herramienta de M&E implementada para monitorear los indicadores de malaria. Recibirán apoyo para realizar una planeación y supervisión integradas a todos los niveles. El Comité Nacional de *Roll Back Malaria* no ha podido organizar reuniones regulares de coordinación debido a la falta de fondos. Para cubrir esta falta, la R9 FM ha dispuesto fondos para mejorar la coordinación y seguimiento de las resoluciones tomadas durante las reuniones. Los miembros del comité recibirán capacitación sobre incidencia política y movilización de recursos a favor del control de la malaria.

Los receptores principales y sub-receptores se beneficiarán de la mejora en las capacidades ya que cada socio proporcionará habilidades específicas desde su área de intervención y podrán compartirse con otros miembros para asegurar un paquete holístico en cada una de

las regiones que se encuentren bajo supervisión. Recibirán capacitación sobre el desarrollo de proyectos y escritura de propuestas para permitirles movilizar recursos para respaldar su trabajo. También, para asegurar la entrega oportuna de informes y justificación de los fondos utilizados, recibirán capacitación sobre el control financiero y seguimiento para asegurar una entrega de informes adecuada. Al final de este proyecto, habrá OSC que cuenten con la capacidad para movilizar recursos y seguir con la implementación del proyecto de control de la malaria.

La sustentabilidad se enfatiza en este extracto de la propuesta de Tailandia sobre VIH para la Ronda 8:

La propuesta de la Ronda 8 se desarrolló tomando en cuenta la sustentabilidad. Primero, relaciones cercanas de trabajo entre los mecanismos de coordinación de las provincias y las OSC facilitará un mejor entendimiento de los problemas y las responsabilidades relacionadas con la sustentabilidad de los programas de las poblaciones en mayor riesgo. Segundo, la Oficina de Salud de Seguridad Nacional patrocinará algunos programas específicos para las poblaciones en mayor riesgo a través de las organizaciones de la sociedad civil y organismos gubernamentales. Tercero, la implementación parcial de la estrategia de usuarios de drogas inyectables (UDI) a través de las farmacias proporciona la posibilidad costo-eficiencia y finalmente representa un método más sustentable para la entrega de insumos de prevención del VIH a los UDI, comparado con el hecho de basarse solamente en los sitios fijos de los programas de intercambio de agujas y jeringas. Cuarto, los estudios propuestos de costo efectividad se usarán para desarrollar el caso con la Oficina de Salud de Seguridad Nacional y otras agencias presupuestarias para mantener la sustentabilidad de las actividades efectivas. Esto será considerado como una extensión clave del sistema gubernamental de salud. Finalmente, las actividades de construcción de habilidades para las OSC se incluyen para ayudarles a desarrollar habilidades de recaudación de fondos en el futuro.

## QUÉ HACER y QUÉ NO HACER

**QUÉ HACER** Describir cómo es que esta propuesta ayudará a fortalecer las organizaciones que proporcionan servicios.

**QUÉ HACER** Recuerde incluir las organizaciones privadas y comunitarias, no sólo las públicas.

**QUÉ HACER** Haga el vínculo entre las organizaciones fortalecidas y la sustentabilidad.

**QUÉ NO HACER** Proporcionar información sobre que asistencia técnica se incluye en la propuesta; esto pertenece a la Sección 4.7.5.

**QUÉ NO HACER** Usar este espacio para enlistar los objetivos de sus propuesta. Usted debe concentrarse en cómo es que su propuesta contribuirá a la sustentabilidad a través del fortalecimiento de las instituciones.



#### 4.5.2 Alineación con marcos de desarrollo más amplios

Así es como la propuesta de Georgia sobre VIH para la Ronda 9 describió cómo es que la propuesta se alinea con marcos de desarrollo más amplios:

La propuesta actual de la ronda 9 se basa en el marco de trabajo estratégico nacional para la respuesta del VIH/sida, diseñado sobre el compromiso gubernamental para lograr objetivos estratégicos ratificados mundial y nacionalmente, tal como se estipula en:

- La Declaración del Milenio y la Meta 6 de las Metas de Desarrollo del Milenio (MDM) para combatir el VIH/sida, la malaria y otras enfermedades. El programa también contribuye indirectamente hacia el logro de las Metas de Desarrollo del Milenio en Georgia, concretamente: 1) MDM 1: Erradicar la pobreza extrema; 2) MDM 8: Desarrollar una asociación mundial para el desarrollo y 3) MDM 3: Promover equidad de género y empoderamiento de la mujer.
- Las metas de prevención del VIH/sida son integrales al Plan Estratégico Nacional 1999-2010 y a la política de salud.
- Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo 2006-2010, ratificado por el gobierno de Georgia y las Naciones Unidas en 2005 y actualizado en el 2006.
- Metas de planeación de VIH/sida – Principio de los Tres Unos

Indirectamente, este proyecto también contribuye al *“Crecimiento económico nacional y a la estrategia de reducción de la pobreza”* de Georgia a través de la protección del capital humano (prioridad identificada en esta estrategia) así como al liberar la carga financiera de la enfermedad de la población

Las Directrices para las propuestas de la R10 estipulan que el solicitante deberá describir cómo es que los marcos de desarrollo más amplios pueden relacionarse con la capacidad de absorber posibles recursos potenciales del Fondo Mundial. No queda claro realmente qué significa esto.

### 4.5.3 Mejorando el valor del dinero

Esto es nuevo para la Ronda 10. Ver la información sobre esto en el “*Capítulo 2: ¿Qué hay de nuevo para la Ronda 10?*”.

“El valor del dinero” suena simple pero realmente es un concepto complicado (¡tal como la orientación de las Directrices para las propuestas de la R10 claramente lo demuestra!).

Sugerimos que considere el “valor del dinero” como “obtener la mejor oferta” y no en el sentido de comprar el producto más barato disponible sino en el sentido de obtener el mejor impacto (o valor) por el dinero gastado. Esto es muy similar a decir “obtener el mejor saldo de los costos y la efectividad”, frase usada en el formato de la propuesta.

Sugerimos que usted describa lo mejor que pueda cómo es que las intervenciones clave en su propuesta representan el mejor saldo de los costos y la efectividad y que describa cualquier vacío de información que pueda impedirle responder esta pregunta tanto como usted desee.

Nosotros notamos que esta información no es crítica para su propuesta, “el PRT no penalizará a los solicitantes por no proporcionar esta evidencia en la Ronda 10” pero parece que este concepto permanecerá por un tiempo; por lo que tal vez este sea un buen momento para familiarizarse con él.

## 4.6. Sistema de Monitoreo y Evaluación

### 4.6.1 Sistemas de medición de impacto y de resultados

Así es como la propuesta de Nicaragua sobre VIH para la Ronda 8 describió las fortalezas y debilidades de los sistemas nacionales de M&E:

Puntos fuertes:

1. La descentralización del programa de VIH (del componente) en los 17 departamentos del país para ser liderados por una persona en cada departamento.
2. La existencia de unidades de vigilancia y monitoreo en los 17 departamentos y una delegación con funciones específicas de monitoreo para el personal de cuidados a la salud en los 153 municipios que integran estos departamentos.
3. La voluntad política de los miembros del CONISIDA (Comité Nacional de SIDA) para dar estructura para la unidad de monitoreo y evaluación como parte de la respuesta nacional de la epidemia de VIH en cumplimiento del sistema de los Tres Unos.
4. Apoyo de Cooperación Externa, para el desarrollo de los procesos de monitoreo y evaluación de la respuesta nacional de la epidemia de VIH llevando al inicio de la formulación del Plan de Monitoreo para la respuesta nacional de la epidemia.

Puntos débiles:

1. No todos los miembros del CONISIDA cuentan con unidades de monitoreo y evaluación en sus instituciones como parte de la respuesta a la epidemia del VIH.
2. Ausencia de vínculos entre los procedimientos de monitoreo y vigilancia en el sector salud, centros alternativos y la sociedad civil.
3. Registro incompleto de todos los indicadores establecidos por UNGASS (Sesión especial sobre VIH/sida de la Asamblea General de Naciones Unidas).
4. Análisis insuficiente sobre la información existente del sistema de vigilancia y falla para vincular estos datos con los posibles factores determinantes de la epidemia.
5. Falla para registrar comportamientos de riesgo en las poblaciones clave: transexuales, hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), personas indígenas, huérfanos.
6. Monitoreo insuficiente de la adherencia a la terapia antirretroviral.

Las Directrices para las propuestas de la R10 estipulan que usted también debe describir los sistemas para medir el impacto y los resultados.

### QUÉ HACER y QUÉ NO HACER

**QUÉ HACER** Describir las fortalezas de los sistemas de M&E del país.

**QUÉ HACER** Describir las debilidades de los sistemas de M&E del país.

**QUÉ NO HACER** Describir a detalle los sistemas de M&E del país ya que sería una exageración; de cualquier forma el espacio es reducido.

### 4.6.3 Vínculos con el Sistema Nacional de M&E

Con respecto a la Sección 4.6.3(a), así es como la propuesta de Etiopía sobre malaria para la Ronda 8 describió cómo los acuerdos de M&E para esta propuesta usarían los indicadores nacionales existentes, las herramientas de recolección de datos y los sistemas de entrega de informes:

Los ajustes de M&E en esta propuesta usarán los Sistemas de Información para el control de la salud (SICS) actualizados y revisados así como los Sistemas de Vigilancia y Respuesta integrados por enfermedad (SVRI). La información se recolecta diariamente, mensualmente, trimestralmente y anualmente con base en la temporada de transmisión de la malaria; los SICS amplían su recolección de datos hasta el sistema de salud menor (puestos de salud). Además, los datos se recolectarán a través de encuestas a gran escala tales como la Encuesta Demográfica y de Salud (EDS), la Encuesta de Indicadores de Malaria (EIM) y la encuesta integrada en las instalaciones de salud. La EDS se realiza cada cinco años y la EIM se realiza por lo general cada dos años. El informe de los SICS incluirá cinco de los indicadores relacionados con la malaria. Las actividades de M&E, tal como se planean en esta propuesta, se integrarán en y se fortalecerán con los sistemas actuales de entrega de informes de tal forma que puedan usarse a todos los niveles.

No habrá una duplicación o paralelismo del sistema de entrega de informes por parte de RP y del SR ya que la gran mayoría de los socios activos del Ministerio Federal de Salud han firmado un código de conducta para seguir un plan, un presupuesto y un informe. Además, los indicadores elegidos para la entrega de informes en esta propuesta son aquellos que pueden recolectarse con facilidad desde los sistemas y enfoques existentes por parte de los socios implementadores.

Con respecto a la Sección 4.6.3 (c), esta pregunta está escrita un poco diferente comparada con los formatos de propuesta usados en rondas anteriores. Por ejemplo, esta es la primera vez que se pide a los solicitantes que enlisten las APS en esta sección. Sin embargo, el siguiente extracto de la propuesta de Indonesia sobre TB para la Ronda 8 da una muestra de lo que el Fondo Mundial está buscando aquí:

El logro de la gran mayoría de las APS en esta propuesta se puede medir con el sistema actual uniforme de entrega de informes. Sin embargo, se requieren algunos ajustes pequeños para las actividades nuevas. Por ejemplo, a nivel comunitario, se implementará un recibo de referencia para monitorear la efectividad de las actividades comunitarias de cuidados a la TB para la identificación y referencia de aquellos que se sospeche tengan TB. A nivel de las instalaciones de salud, el recibo de referencia se guardará en las instalaciones de salud y la fuente de referencia se mantendrá en los registros existentes. Esta información permitirá que las instalaciones de salud midan la contribución de la comunidad, las clínicas o médicos privados u otros proveedores de servicio en el descubrimiento de casos y su retención.

#### 4.6.4 Fortaleciendo los sistemas de monitoreo y evaluación

Con respecto a la Sección 4.6.4(c), así es como la propuesta de Etiopía sobre malaria para la Ronda 8 describió cómo es que la propuesta fortalecería los sistemas nacionales de M&E:

Se incluye un programa integral del sistema de M&E para evaluar el desempeño de las actividades del programa propuesto sobre malaria (ver APS 6). Las actividades descritas bajo esta área de prestación de servicios no solamente incrementará significativamente la capacidad en el programa de M&E sino que también asegurará que el impacto de las actividades planeadas del programa se evaluarán, analizarán y documentarán adecuadamente.

Vacíos en el sistema de M&E	Plan para vencer los vacíos de capacidad
Información insuficiente sobre los aspectos de las intervenciones clave de malaria tales como la susceptibilidad de los mosquitos al DDT, susceptibilidad del parásito de la malaria a los medicamentos, longevidad de las redes insecticidas de larga duración bajo condiciones de campo y conocimiento, actitudes y prácticas sobre las intervenciones y servicios de malaria.	Con el apoyo de esta propuesta de la Ronda 8, se realizará investigación operativa a intervalos regulares para informar al programa sobre la eficacia de los medicamentos e insecticidas, longevidad de las redes insecticidas de larga duración y el conocimiento, actitudes y prácticas comunitarias de las intervenciones clave de la malaria. Los estudios operativos se realizarán a intervalos regulares en 25 de los 50 sitios centinela. Además, se realizará el monitoreo de la longevidad de las redes insecticidas de larga duración recolectadas a lo largo de los sitios centinela.
Falta de una línea de base e información de seguimiento sobre la magnitud de la malaria, cobertura de las intervenciones clave de la malaria e impacto de las intervenciones.	El Ministerio Federal de Salud (MFS) en colaboración con los socios de país ha realizado la primera encuesta de indicadores de la malaria (EIM) a nivel nacional de octubre a diciembre 2007. Para poder evaluar el progreso en la cobertura de las intervenciones y su impacto en la carga por enfermedad, se realizarán EIM de seguimiento en el 2010 y 2013 y los fondos para esta actividad se buscarán bajo esta propuesta.
Revisiones débiles del programa y/o irregulares a niveles de área/distrito.	Con base en las experiencias exitosas para realizar reuniones anuales a niveles nacional y regional para revisar el progreso de la implementación de las actividades planeadas, las áreas y distritos como implementadores de primera línea realizarán reuniones de revisión bianuales. Todos los socios participarán, los informes se evaluarán con relación a los planes anuales y se recomendarán acciones a seguir.
Sistema poco desarrollado de logística e información y de rastreo de insumos para la malaria.	En línea con el Plan Maestro de Logística desarrollado por el MFS, el sistema de rastreo de insumos para la malaria será fortalecido a través de los fondos incluidos en esta propuesta. Se usarán lineamientos adecuados, formatos y bases de datos para que esta iniciativa sea operativa, tal como se describe en el <b>APS 6</b> y la hoja de presupuesto adjunta a esta propuesta.

#### **Vea también:**

Indonesia VIH (8), Nicaragua VIH (8), Mozambique malaria (9), Papúa Nueva Guinea malaria (8), Indonesia TB (8)

Los vínculos a estas propuestas se encuentran en la Guía Aidsplan *Fortalezas Clave de las propuestas para la Ronda 8 y 9 del Fondo Mundial*, disponible en [www.aidsplan.org/aidsplanpublications](http://www.aidsplan.org/aidsplanpublications). Ver la Fortaleza Clave 7.

## 4.7. Capacidad de Implementación

### 4.7.1 Receptor(es) Principal(es)

En esta propuesta sobre malaria para la Ronda 9, el MCP de Camboya describió las capacidades de sus RP nombrados. A continuación, presentamos un extracto editado. Tome nota que el solicitante fue más allá de describir las capacidades financieras, administrativas y técnicas y agregó las capacidades humanas y físicas.

El Centro Nacional de Parasitología, Entomología y Control de la Malaria (CNM) es uno de los tres centros nacionales de prioridad de control de la enfermedad en Camboya. El CNM es responsable de una planeación estratégica para malaria, dengue y de la fiebre hemorrágica del dengue, esquistosomiasis, helmintiasis y filariasis. El CNM también opera el laboratorio nacional de referencia de la malaria y realiza proyectos de investigación de amplio rango operativo en colaboración con socios no gubernamentales.

El CNM está dividido en dos consejos: El Consejo Financiero y Administrativo y el Consejo Técnico. El Consejo Financiero y Administrativo está involucrado en la administración, finanzas y logística; así como encargado del área de adquisiciones, el cual es responsable de adquirir los medicamentos, insumos, equipo y bienes requeridos por el programa. El Consejo Técnico supervisa el tratamiento, capacitación y supervisión de las cinco unidades específicas por enfermedad. La unidad de malaria es la más grande de las cinco contando con el 75% del personal del Consejo Técnico.

Rondas anteriores del FM para el componente de malaria han contribuido significativamente a mejorar la capacidad a nivel de la oficina del programa nacional. El CNM cuenta con capacidades suficientes en cuanto a personal, capacidades físicas, financiera, administrativas y técnicas para asumir responsabilidades adicionales del RP para esta propuesta de la Ronda 9 del FM.

**Capacidad Humana:** con más de 90 empleados, el CNM es uno de los programas nacionales en Camboya más amplios. Los miembros clave del personal han estudiado en instituciones de prestigio en Camboya y en el extranjero. Los miembros del personal del CNM están capacitados en una amplia gama de habilidades, incluyendo administración de proyectos, manejo de casos de malaria, vector de control, responsabilidad financiera, monitoreo y evaluación, epidemiología y técnicas de investigación. Para llevar a cabo las responsabilidades adicionales relacionadas con el RP bajo el CCF, el CNM empleará 19 personas para realizar las actividades de gestión financiera y de proyectos, adquisiciones y de monitoreo y evaluación del programa. El CNM también recibirá asistencia técnica necesaria por parte de los socios.

**Capacidad física:** bajo el Programa de Apoyo y Fortalecimiento a la Salud (PAFS) patrocinado por DfID y el BM, el CNM ha aumentado su capacidad física para manejar sus nuevas responsabilidades como RP. La construcción de un nuevo edificio (adjunto al Centro actual) proporcionará espacio adicional para las conferencias y oficinas. La construcción se terminó a principios del 2008.

**Capacidad financiera:** el CNM cuenta con personal capacitado en cuestiones financieras y de contabilidad con amplia experiencia en el manejo de fondos provenientes de múltiples fuentes. El CNM es el mayor sub-receptor de malaria en los fondos del FM y administrará directamente 4.1M (de los 9.9M) bajo la R2, 3.8M (de los 9.7M) bajo la R4 y aproximadamente 19.9M (de los 31.1M) bajo la R6. En el 2007, el CNM administró adicionalmente unos 2.98M de otras fuentes de financiamiento interna y externa (no pertenecientes al FM) [fuentes enlistadas]. El personal en el área financiera del CNM está capacitado para usar tanto QuickBooks como Excel.

**Capacidad administrativa y de coordinación:** como un sub-receptor mayor bajo el componente de malaria del FM en las Rondas 2, 4 y 6, el CNM ha demostrado su capacidad

para implementar sus propios programas así como administrar programas con 7 sub sub-receptores. El CNM también ha sido responsable por coordinar proyectos relacionados con la malaria en una serie de áreas gubernamentales y ministerios así como con socios no gubernamentales y socios bilaterales/multilaterales. El personal del CNM es activo en los organismos de coordinación en Camboya involucrando a las ONG y ministerios.

**Capacidad técnica:** en Rondas anteriores del Fondo Mundial, se han invertido recursos significativos para mejorar la capacidad técnica del personal del CNM. El CNM cuenta con personal con la pericia técnica relevante del vector de control, comunicación del cambio de comportamiento, educación de la salud y entomología, lo cual es benéfico para proporcionar apoyo al SR durante la implementación. Bajo los subsidios de la Ronda 6 y el CCF, se establecerán dos AT dentro del CNM para proporcionar retroalimentación técnica, apoyar al CNM y asegurar que la capacidad local se genera para asumir las responsabilidades en las diferentes etapas. El CNM ya cuenta con un mecanismo de M&E cubriendo las necesidades del programa nacional, el Fondo Mundial y de otros donadores. Las herramientas de M&E, los formatos estandarizados e informes seguirán revisándose para cumplir con las necesidades cambiantes del CNM y en colaboración con el personal del gobierno a todos los niveles y con los socios principales.

## QUÉ HACER y QUÉ NO HACER

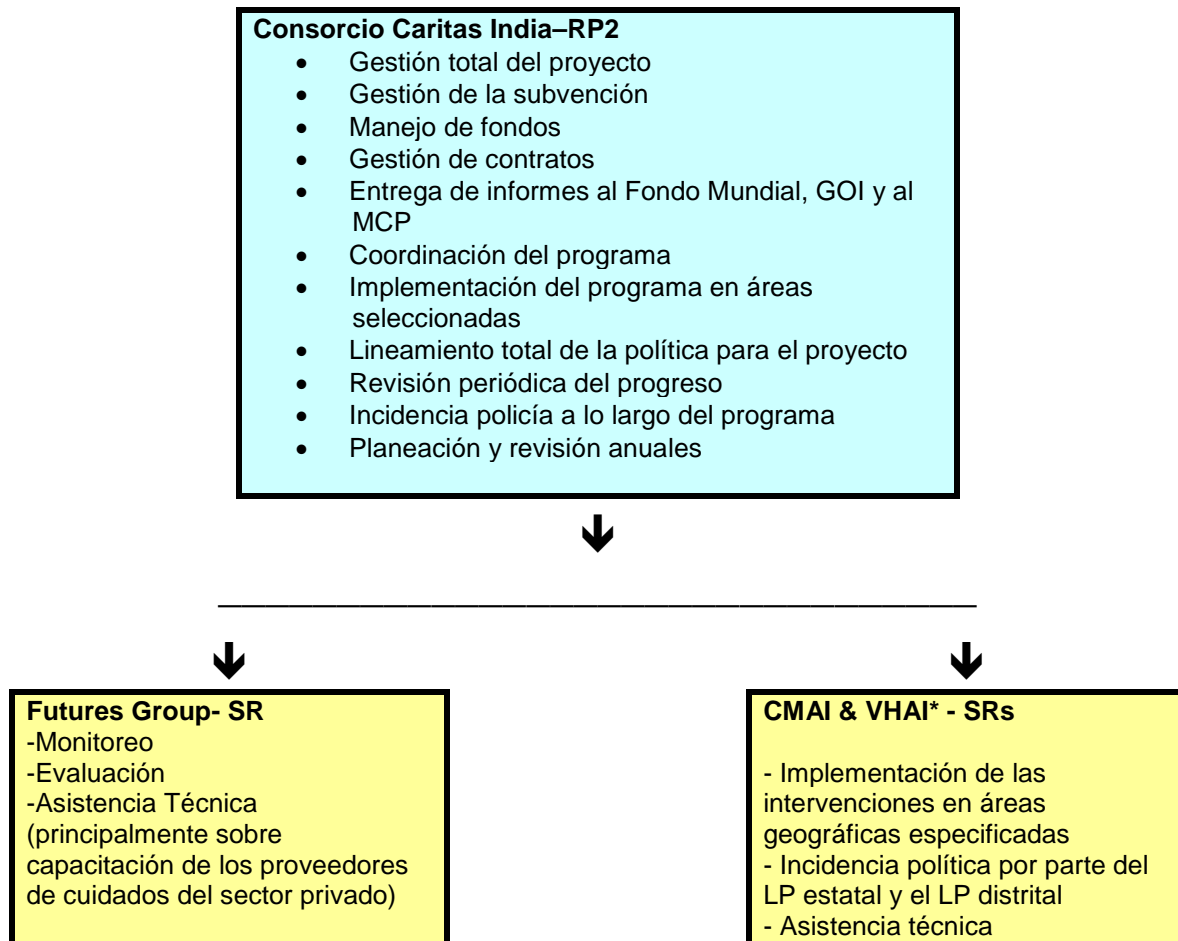
**QUÉ HACER** Describir las limitaciones anticipadas para un buen desempeño, si existen. Usted "no perderá puntos" por esto. Pero asegúrese que incluye medidas para abarcar estas limitaciones en la Sección 4.7.5.

**QUÉ NO HACER** Incluir anexos que documenten el nivel educativo del personal del RP; sería exagerado. De cualquier forma el PRT mira los anexos al azar.

**QUÉ NO HACER** Describir cómo será coordinado el programa de su propuesta; eso no se le está preguntando en esta sección.

## 4.7.2 Sub-receptores

Con respecto a la Sección 4.7.2 (e), así es como la propuesta de la India sobre malaria para la Ronda 9 describió el trabajo realizado por los dos sub-receptores bajo uno de los dos RP nombrados:



\* Asociación Médica Cristiana de la India y la Asociación Voluntaria de Salud de la India (Christian Medical Association of India and Voluntary Health Association of India)

El siguiente extracto, adaptado de la propuesta de Mozambique sobre TB para la Ronda 7 ilustra cómo la experiencia de implementación de un SR puede describirse:

### Alianza Internacional de Salud (HAI, por sus siglas en inglés)

El elemento clave del enfoque de la HAI involucra la asociación con los Departamentos de Salud (MOH, por sus siglas en inglés) para fortalecer los servicios existentes y promover nuevos programas innovadores. El personal técnico de la HAI comparte oficinas y trabaja lado a lado con sus contrapartes del sistema local de salud para desarrollar e implementar programas y servicios para la integración en las estrategias de los MOH.

Este año, HAI cumple 20 años de apoyar el MOH en la provincia de Manica y 10 años en la provincia de Sofala en proveer cuidados clínicos, promoción de gestión de salud pública y apoyo de vínculos comunitarios con los servicios de salud. En el 2007, la HAI inició apoyando las autoridades de salud de las provincias de Tete y Nampula. Las actividades han incluido



apoyo general sobre cuidados primarios a la salud, control de VIH/sida (incluyendo la integración de actividades de control de TB), diseñando la capacidad de laboratorio, gestión integrada de cuidados prenatales, control de malaria, supervivencia infantil, entre otros...

Desde la integración del Plan Estratégico Nacional sobre VIH/sida, la HAI ha colaborado con las autoridades provinciales de salud en el diseño e implementación de varios elementos de VIH, incluyendo cuidados y tratamiento sobre VIH/sida, realización voluntaria de la prueba y consejería (PCV), prevención de la transmisión materno infantil (PTMI), control de ITS (con un enfoque en embarazos), cuidados en el hogar y apoyo general de laboratorio...

La HAI cuenta con una capacidad fuerte financiera y de administración para apoyar el logro de las metas del programa. En el 2007, el presupuesto total de HAI para Mozambique fue de \$12, 000,000 dólares estadounidenses, financiados a través de 8 diferentes fuentes de financiamiento, incluyendo el Fondo Común del MOH. La HAI ha tenido un registro impecable de auditorías sin nada que reportar en los últimos 15 años y es ampliamente reconocida por contar con un sistema eficiente de gestión financiera.

Si usted cuenta con un número mayor de SR le sugerimos describir la experiencia del SR principal como el extracto anterior y que proporcione un resumen de 2-3 líneas para cada uno de los SR menores. A continuación mostramos un extracto de la propuesta de Tanzania sobre VIH para la Ronda 9 la cual ilustra cómo se puede hacer:

#### **Instituto de Estudios en vías de desarrollo**

El IDS ha calificado y cuenta con personal experimentado para realizar investigación sobre VIH/sida y la dimensión de género. El IDS cuenta con la capacidad técnica y financiera.

#### **Sociedad Visión en Acción**

Cuenta con la experiencia con el donador de fondos de USAID, Programas Mundiales de Alimentación y la UNICEF enfocándose en el fortalecimiento de las familias afectadas por el sida. Además, ha creado una asociación para trabajar con Diocese de Tanganica y con el Centro Faraja.

#### **Afya Media**

Cuenta la experiencia de políticas financieras y subvenciones del manejo de subvenciones de donadores de Rapid Funding Envelope. Cuenta con instalaciones de radio para los programas de VIH, malaria y TB.

#### ***Vea también:***

Gabón VIH (8)

Los vínculos a estas propuestas se encuentran en la Guía Aidspace *Fortalezas Clave de las propuestas para la Ronda 8 y 9 del Fondo Mundial*, disponible en [www.aidspace.org/aidspacepublications](http://www.aidspace.org/aidspacepublications).  
Vea la Fortaleza Clave 1.

El siguiente extracto de la propuesta de Sudáfrica sobre VIH para la Ronda 9 proporciona una explicación de cómo se podrían cubrir los desafíos que pudieran afectar el desempeño:

Nuestra descripción ilustra la gran capacidad que existe en las instituciones del RP y SR. Cuando hay evidencia de la falta de capacidad, se ha implementado una medida para remediarlo. La ONG no cuenta con la capacidad de CCC por lo que se empleará a un consultor en CCC por dos años para proporcionar la asistencia técnica para todos los SR en actividades de CCC. También, los 2 RP y todos los SR necesitan una capacidad adicional en la gestión financiera y esta capacitación se ha desarrollado en la propuesta. La implementación del proyecto y la mayoría de las APS incluye una orientación al personal del RP y los SR comprometidos con la gestión de la subvención así como una capacitación inicial del personal que otorga el servicio; así atenderemos a todas las vacíos de capacidad.

La Sección 4.7.3 (f) es nueva para la Ronda 10. El hecho de que el Fondo Mundial pida una explicación de por qué el sector privado o la sociedad civil no están involucrados como SR o que estén involucrados solamente de una forma limitada si ese fuera el caso, es la forma en la que el Fondo Mundial dice que estos sectores deberían estar involucrados de manera significativa en la implementación del programa.

### 4.7.3 Sub-receptores a identificar

El siguiente extracto muestra cómo una propuesta sobre TB de Serbia para la Ronda 9 explicó por qué no todos los SR habían sido identificados y cuál sería el proceso para seleccionar SR adicionales. (Sin embargo, tome nota que en la orientación del Fondo Mundial el mensaje enviado es que prefiere ampliamente que la mayoría o todos los SR estén identificados antes de enviar la propuesta).

Para proporcionar aquellos servicios relacionados con la Terapia de Observación Directa en la fase de continuación, el RP realizará contratos con aquellas unidades de TB en las áreas que tengan pacientes MDR TB para tratamiento en la fase de continuación. Estos contratos regularán la forma en que la entrega del servicio y uso de los incentivos para pacientes y/o el personal que den DOT. Según la dirección de los hogares de los pacientes de TB actualmente registrados, existen 23 unidades diferentes de TB que estarán a cargo de proporcionar la DOT en la fase de continuación del tratamiento de MDR TB. Por supuesto, una vez que estos pacientes terminen su tratamiento, el compromiso de las unidades específicas de TB puede terminar si no existen nuevos casos de TB MDR en esa área y otros se pueden comprometer con los casos de TB MDR que surjan. Además, más SR se comprometerán para el trabajo con poblaciones vulnerables y difíciles de alcanzar. El MCP estimó que identificando a todos los sub-receptores en este punto no sería adecuado, ya que puede reducir las oportunidades para los nuevos receptores que puedan surgir al momento que la R9 inicie.

Al inicio del programa, el MCP emitirá la convocatoria de propuestas para la implementación de actividades previstas en este programa que se abrirán para las agencias potenciales implementadoras del sector gubernamental y no gubernamental. El proceso consta de los siguientes pasos:

1. Abrir la convocatoria pública de propuestas, solicitar las propuestas para la implementación de actividades bajo un APS en particular.
2. El MCP establecerá un panel de revisión técnica independiente (PRTI), el cual evaluará las propuestas y dará recomendaciones para su aprobación por parte del MCP. El panel estará formado por representantes tanto de instituciones nacionales como de la sociedad civil, tomando en cuenta la sensibilidad de las áreas temáticas y pericia relevante del comité de selección.
3. El PRTI evaluará todas las propuestas desde el punto de vista técnico y según el criterio de selección.
4. El PRTI recomendará las propuestas al MCP para su aprobación junto con el plan de trabajo revisado y detallado para los primeros dos años de implementación del programa

El siguiente criterio de selección se usará para evaluar las propuestas recibidas:

1. Estructura organizacional, experiencia y registros:
  - Experiencia y pericia en la implementación de proyectos similares y con los grupos meta identificados
  - Rastreo de registro de los programas a gran escala implementados con una variedad de donadores
  - Auditorias y/o evaluaciones relevantes de proyectos/iniciativas similares y/o trabajo general de las organizaciones
  - Consistencia con la misión, objetivos y valores de las ONG con los estándares y valores del MCP y FM
  - Transparencia en las políticas, actividades, estructura, afiliación y patrocinios de las ONG
  - Recursos humanos, gestión administrativa y mecanismos de control, patrocinios principales e historial de donadores sólidos probados
  - Historia documentada de cooperación con otras agencias, incluyendo instituciones locales de cuidados a la salud
  - Alcance del trabajo y enfoque geográfico

2. Pericia y experiencia por área temática:

- Registro de proyectos e iniciativas desarrolladas con o para grupos meta específicos o dentro del área temática
- Pericia y experiencia en la implementación de proyectos similares
- Capacidad de implementar el acuerdo del proyecto
- Enfoque participativo para la planeación , implementación y gestión de proyectos
- Entendimiento y sensibilidad probados hacia el grupo meta
- Compromiso activo de las ONG en redes de trabajo y alianzas, incluyendo la comunidad local
- Compromiso de las ONG en la realización de políticas e incidencia política en el campo relevante
- Posición clara de las ONG sobre no discriminación y promoción de enfoques basados en los derechos humanos
- Visibilidad y credibilidad de la organización en la comunidad local o el gobierno

#### 4.7.4 Coordinación entre y con los implementadores

Así es como la propuesta de Myanmar sobre VIH para la Ronda 9 describió los acuerdos de coordinación:

Esta propuesta incluye dos RP. Save the Children asumirá responsabilidad de todos los SR que sean ONG internacionales. UNOPS gestionará las instituciones gubernamentales y ONG nacionales. Un número de APS tienen SR de ambos RP que implementan actividades. Las responsabilidades de cada RP están claramente definidas y las metas de los indicadores bajo cada indicador específico están divididas entre los dos RP para que el FM pueda rastrear el progreso y pueda evaluar el desempeño de los RP.

Se creará un **Comité de Coordinación de RP**, el cual incluirá a los directores de proyecto de los dos RP y en ocasiones a otros miembros del personal de los otros RP. Se pedirá al MCP que identifique un miembro para participar como observador y a una agencia técnica de Naciones Unidas (ONUSIDA y la OMS) así como a un representante del Fondo de las tres enfermedades para participar como observadores para mejorar una coordinación efectiva entre los participantes clave. El Comité de Coordinación del RP se reunirá como mínimo una vez al mes (y más frecuentemente conforme se requiera, especialmente durante el inicio de la subvención).

El RP realizará una capacitación conjunta al comienzo del proyecto en M&E para los SR. También se realizará capacitación en la planeación de adquisiciones y monitoreo. Para poder asegurar una planeación y entrega de informes consistente con el FM, el RP realizará reuniones semi- anuales de revisión del proyecto junto con todos los SR presentes a lo largo de la vida del proyecto.

El RP realizará un monitoreo conjunto varias veces al año a los municipios en los que las actividades se traslapen. Esto asegurará que los problemas de coordinación a nivel de las municipalidades se identifiquen y se abarquen conjuntamente. También ayudará a identificar áreas potenciales que se traslapen en la provisión del servicio lo que se usará para mejorar la planeación en la prestación del servicio.

#### ***Vea también:***

República Democrática del Congo VIH (8), Gambia VIH (8), Camerún malaria (9)

Los vínculos a estas propuestas se encuentran en la Guía Aidspan *Fortalezas Clave de las propuestas para la Ronda 8 y 9 del Fondo Mundial*, disponible en [www.aidspan.org/aidspanpublications](http://www.aids<span>pan</span>.org/aids<span>pan</span>publications).  
Vea la Fortaleza Clave 9.

#### 4.7.5 Fortalecimiento de la capacidad de implementación

Esta pregunta se ha parafraseado significativamente para la Ronda 10.

El Fondo Mundial está recomendando que los solicitantes dediquen entre el 3% y el 5% del presupuesto de su propuesta a la asistencia técnica (AT).<sup>5</sup> Además, el Fondo Mundial menciona que los solicitantes cuyas propuestas sean aprobadas para recibir financiamiento necesitarán desarrollar un Plan de AT; sin embargo, el Plan de AT en sí mismo no tiene que entregarse con la propuesta. Ver el *Capítulo 2: ¿Qué hay de nuevo para la Ronda 10?* Y las Directrices para las propuestas de la R10 para mayor información al respecto.

En la Sección 4.7.5 (a) se le pide proporcionar un resumen de AT incluido en su propuestas (en la tabla proporcionada). La tabla que muestra en las Directrices para las propuestas de la R10 explica qué información se requiere.

A continuación, presentamos un extracto editado de la propuesta de Camerún sobre malaria para la Ronda 9 la cual proporciona parte de la información que se pide y parte de la información que no se pide (en ese entonces, la pregunta se planteó diferente):

Para asegurar un gran desempeño del programa, esta propuesta planea:

##### **1. Asistencia técnica en capacitación , gestión de procuración de insumos y movilización de recursos:**

El RP y SR reclutará personal para el propósito de este proyecto y recibirán capacitación sobre la gestión del proyecto con un énfasis en la entrega oportuna de informes, responsabilidad y transparencia. El apoyo técnico externo se requerirá para esta capacitación.

El RP y SR requerirá asistencia técnica sobre la gestión de procuración e insumos (GPI). La asistencia técnica será necesaria para guiar la compra al por mayor de las redes insecticidas de larga duración y las pruebas rápidas de diagnóstico y su distribución a nivel de los distritos de salud a partir de las cuales se distribuirán a las comunidades. También será necesario la asistencia para GPI para el seguimiento de la entrega de las redes insecticidas de larga duración seguida de una gran campaña a gran escala para el periodo 2011-2014 para asegurar que las comunidades reciben las redes que requieren para mantener el 100% de la cobertura universal. La asistencia técnica también se necesitará para la campaña masiva contemplada en este proyecto, en el que todas las partes del país serán cubiertas al mismo tiempo en la distribución de las redes insecticidas de larga duración durante el periodo de una semana.

El proyecto planea fortalecer la capacidad de las OSC en la gestión, forma de gobierno y movilización de recursos. Para poder llevar a cabo esta actividad, existe la necesidad de la asistencia técnica externa por medio de la capacitación sobre el desarrollo institucional y a través de mentores.

Los RP y SR requerirán asistencia técnica en administración financiera para asegurar un manejo adecuado, justificación y entrega de informes para asegurar la distribución oportuna de los fondos del FM. Todos los RP y SR recibirán capacitación por parte de expertos externos y subsecuentemente los SR capacitarán a las organizaciones de la comunidad. Los RP requerirán una auditoría adecuada regular de las organizaciones acreditadas para asegurar la responsabilidad y transparencia a lo largo del periodo de implementación del proyecto. Una vez fortalecido, el RP también apoyará al SR para las auditorías e inventarios, cuando se requiera.

<sup>5</sup> Esto es solamente una recomendación. En las preguntas frecuentes de la Ronda 10, el Fondo Mundial dice que la solicitud puede estar fuera de este rango, si el contexto del país lo garantiza.

## **2. Proceso usado para identificar las necesidades dentro de los diferentes sectores:**

Las necesidades de asistencia técnica, mencionadas anteriormente, se identificaron a partir de:

- a. Evaluación del sistema de M&E del NMCP realizado en noviembre del 2007
- b. Plan estratégico nacional del NMCP 2007-2010
- c. Revisiones internas de los respectivos RP y SR
- d. Informe anual 2008 del NMCP

Posterior a las evaluaciones de capacidad organizacional, cualquier otro vacío identificado para cada RP y SR también serán cubiertos.

## **3. La asistencia técnica se obtendrá en términos competitivos y transparentes:**

La asistencia técnica del Fondo *Roll Back Malaria* (RBM) y del FM se solicitará directamente de estas organizaciones; mientras tanto, otro tipo de asistencia técnica se obtendrá a través de una convocatoria internacional/nacional conforme sea necesaria.

## **4. Proceso que se usará para evaluar la efectividad de dicha asistencia y hacer ajustes para mantener un estándar alto de asistencia.**

La revisión de la línea de base, las evaluaciones de medio camino y la evaluación final de los indicadores de la malaria medirán la eficacia de la asistencia técnica ofrecidas a este proyecto. La investigación cualitativa se realizará para examinar los cuellos de botella y/o áreas que necesitan mayor apoyo para asegurar un desempeño adecuado del proyecto.

### ***Vea también:***

Chad VIH (8), Moldavia VIH (8),  
Tailandia VIH (8), Bielorrusia TB (9),  
Tayikistán TB (8)

Los vínculos a estas propuestas se encuentran en la Guía Aidspace *Fortalezas Clave de las propuestas para la Ronda 8 y 9 del Fondo Mundial*, disponible en [www.aidspace.org/aidspacepublications](http://www.aidspace.org/aidspacepublications).  
Ver la Fortaleza Clave 4.

## 4.8. Otros Productos Farmacéuticos y de Salud

### 4.8.4 Alineación con los sistemas existentes

Así es como la propuesta de Etiopía sobre malaria para la Ronda 8 describió cómo y hasta dónde es que los programas planeados usarán los sistemas existentes del país:

La gestión de productos adicionales de la salud y farmacéuticos incluidos en esta propuesta usará principalmente los sistemas existentes en los países. En consecuencia, a la Agencia Farmacéutica de Fondos y Adquisiciones (PFSA, por sus siglas en inglés) se le ha dado el rol y responsabilidad de administrar y coordinar toda la gestión de adquisiciones y abasto de los productos de salud en el país desde el 2007. El establecimiento de esta agencia se basa en el Plan Maestro Logístico del Ministerio Federal de Salud a cinco años, el cual hace las convocatorias para el establecimiento de un nuevo sistema de provisión de insumos para el sector público en Etiopía. Por lo tanto, la nueva estructura de distribución enfatizará la eficiencia logística usando un sistema en red de centros de almacenamiento con base en la densidad de la población, geografía y ruta. Los costos de transporte y almacenamiento están equilibrados y la capacidad de logística está concentrada en un número relativamente pequeño de centros. Así, el sistema de almacenamiento consiste en una bodega primaria y centros secundarios que se distinguen por su ubicación geográfica y accesibilidad así como por el área de captación de la población (el anterior usualmente abarcaba un área de captación mayor).

Todos los productos de salud incluidos en esta propuesta se adquirirán a través de la PFSA. Sin embargo, cada vez que la agencia vea que no cuenta con la capacidad suficiente para gestionar la adquisición de ciertos insumos o cuando identifique cuellos de botella que puedan retrasar el proceso, la adquisición se realizara por medio de otros agentes externos como la UNICEF (tal como se hizo por ejemplo para las subvenciones de la Ronda 2 y 5). Ya que la PFSA es responsable ante el FMOH trabajarán cercanamente en la identificación de necesidades, planeación de adquisiciones y distribución de productos. El almacenamiento y entrega de los productos a los beneficiarios también utiliza el sistema existente.

La otra entidad gubernamental existente de importancia es la Autoridad de Control y Administración de Medicamentos (DACA, por sus siglas en inglés) la cual es responsable totalmente ante el FMOH. DACA es responsable del control de la calidad de todos los productos de salud, registro del producto así como de fármaco-vigilancia. Cuenta con un sistema bien estructurado para el seguimiento de fármaco-vigilancia, incluyendo los medicamentos contra la malaria.



#### 4.8.5. Sistemas de distribución y almacenamiento

Con respecto al rubro (b), capacidad de almacenamiento, así es como la propuesta de Azerbaiyán sobre TB para la Ronda 7 lo describió:

El Instituto de Investigación de enfermedades pulmonares (RILD, por sus siglas en inglés) en su capacidad como el Programa Nacional de TB (PNT) Unidad Central (UC) es responsable de la aprobación de aduanas, almacenamiento y administración de inventarios de los medicamentos y otros implementos y productos de salud dentro del Programa Nacional de TB, incluyendo aquellos suministrados a través del apoyo de Fondo Mundial. El procedimiento del almacenamiento en el aeropuerto, la aprobación de aduanas y la recolección por parte de la UC del PNT ha estado funcionando adecuadamente.

Actualmente, los medicamentos de primera línea para la TB se almacenan en las instalaciones de almacenamiento central. Hoy en día, requiere de una renovación en vista de la gran demanda (en términos de espacio, control de temperatura y humedad, etc.) por ejemplo, debido a la necesidad de acomodar las nuevas provisiones de medicamentos y consumibles para la administración de medicamentos resistentes de TB solicitados en esta propuesta.

Los sitios de tratamiento interno a pacientes con medicamento resistente a TB (en las instalaciones actuales del RILD y en el dispensario No. 6 de Baku) serán renovados y las condiciones adecuadas de almacenamiento serán aseguradas. En el cuarto sitio, en el sector penitenciario, estas condiciones ya están implementadas; la custodia de los medicamentos resistentes a la TB en el sector penitenciario se remodelo recientemente. Ya que los medicamentos de segunda línea usados en la Categoría IV del tratamiento requieren condiciones especiales de almacenamiento (refrigeradores) se está previendo la adquisición de equipo de enfriamiento en cadena para este proyecto (tanto para la entrega de tratamiento a pacientes directamente en los sitios tanto como para los pacientes que lo reciben fuera de las instalaciones en las que los pacientes seguirán recibiendo tratamiento durante la fase de continuación).

La Sección 4.8.5 (b) menciona que si esta propuesta representa un cambio significativo en el volumen de los productos almacenados, el solicitante debe calcular el cambio relativo en términos de porcentaje y deberá describir los planes para aumentar la capacidad. Así es como la propuesta de Benín sobre VIH para la Ronda 9 respondió:

La presente propuesta debe incluir un aumento en las necesidades de almacenamiento para CAME (la Agencia de compra de medicamentos esenciales) las cuales se pueden estimar en términos del porcentaje de alrededor del 15% en vista del volumen de los productos a adquirirse. Las capacidades actuales de almacenamiento en CAME ya son insuficientes si se toma en cuenta que las necesidades actuales y su objetivo de servir como un punto de almacenamiento son para los productos de varios programas nacionales. Esta falta de espacio lleva a una situación que ya no cubre los requerimientos de buenas prácticas para el almacenamiento. Las áreas CAME de almacenamiento serán insuficientes con respecto a la cantidad de los productos a gestionar en vista del crecimiento de redes de asociación y debido al incremento en los requerimientos de salud en el país. Por lo tanto, CAME está rentando más seguido, espacios para almacenar sus productos. Para poder calmar esta situación, CAME ha construido un depósito grande como una extensión a sus áreas de almacenamiento en el norte de Cotonou. Dentro de esta propuesta, se han contemplado pasos para reestructurar los almacenes centrales, los almacenes regionales en Parakou y Natitingou así como los almacenes de despacho en 34 distritos de salud de tal forma que sus capacidades de almacenamiento se incrementen para asegurar que caen dentro de los estándares de buenas prácticas de almacenamiento y distribución. Más aún, se planea una reubicación de la oficina central de CAME lo que permitiría que la oficina central actual se transforme en un depósito regional que serviría como las instalaciones del centro de salud en el sur.

La Sección 4.8.5 (c) acerca de la capacidad de distribución se puede responder de tal forma que sea similar a los extractos mencionados para (a) y (b).

## SECCIÓN 5: SOLICITUD DE FONDOS

### 5.1 Vacíos en el Análisis Financiero

La tabla que inicia la Sección 5.1 es muy directa, pero algunos solicitantes pueden confundirse al intentar que la tabla aplique tanto a las propuestas regulares como a las consolidadas. La Sección D en particular, puede generar confusión, dada la abundancia de D1, D2, D1-A, etc.

Los solicitantes que entregan una propuesta regular simplemente deberán ignorar las partes de la tabla que se relacionan con los solicitantes que envían propuestas consolidadas (lo que el Fondo Mundial se refiere como la Opción 1). Si lo pueden hacer, no deberán tener problema alguno.

Los solicitantes que envíen una propuesta consolidada deberán leer cuidadosamente la orientación de este rubro en las Directrices para las propuestas de la R10.

**Nota para los solicitantes MARP:** Recuerden que existe un techo sobre la cantidad de dinero que usted puede solicitar: \$5 millones para los primeros dos años y \$12.5 millones sobre el tiempo de vida de la propuesta.

#### 5.1.1 Explicación de las necesidades financieras y financiamiento adicional del Fondo Mundial

Así es como la propuesta de Myanmar sobre VIH para la Ronda 9 respondió a la Sección 5.1.1 (a) y (b):

Las necesidades de recursos para el periodo 2007-2010 se toman del plan operativo calculado y priorizado del Plan Estratégico Nacional (2006-2009 y 2008-2010). El plan operativo incluye paquetes de servicios para diferentes áreas de intervención así como metas nacionales deseadas para estas intervenciones. El paquete de servicios se calcula para poder estimar las necesidades de recurso nacional.

Los costos unitarios para la mayoría de las intervenciones del Plan Estratégico Nacional se desarrollaron en grupos de trabajo bajo el Grupo Técnico y Estratégico sobre sida, el cual funciona como un mecanismo de coordinación de VIH que cuenta con múltiples socios en el país. Para el periodo 2011-2014, las necesidades de recurso estimadas se han calculado usando los mismos costos unitarios y asumiendo un aumento continuo del número de personas alcanzadas con los programas de prevención y de tratamiento.

La inclusión del gobierno, de organizaciones no gubernamentales y de organizaciones de base comunitaria en el proceso de planeación (grupos de trabajo y el grupo técnico y estratégico sobre sida) asegura que se incluyen las necesidades de todas circunscripciones....

La Sección 5.1 (c) es nueva para la Ronda 10 y se relaciona con la parte “adicional” mencionada en el título de esta sección. Aquí, se le pide que describa cómo es que el financiamiento solicitado en esta propuesta contribuirá a los resultados de programa que no serían posibles si el país tuviera que basarse en los recursos actuales disponibles o en los recursos nacionales planeados.

## 5.1.2 Financiamiento Nacional

La redacción de la Sección 5.1.2 (a) es rara. Nosotros creemos que “describir el proceso usado en el país para priorizar las contribuciones financieras nacionales al programa nacional de VIH” significa proporcionar cierta evidencia de que la lucha contra el VIH es una prioridad del gobierno y esperemos que el gobierno esté aumentando sus contribuciones en esta lucha.

Así es como la propuesta de Zambia sobre VIH para la Ronda 8 describió la contribución nacional al programa nacional (respondiendo ambas partes de la pregunta):

Las asignaciones del gobierno para VIH y sida se guían por el marco de trabajo de la política nacional iniciando con la Visión 2030. El Quinto Plan Nacional de Desarrollo (FNPD, por sus siglas en inglés) ha dado prioridad al VIH y al sida como un capítulo en el FNPD en el que cada capítulo de sector cuenta con una sección sobre VIH y sida. Esto se describe posteriormente en el Plan Nacional Estratégico de Salud y en el marco de trabajo estratégico nacional sobre sida.

Cada año, el proceso nacional de presupuesto inicia con el lanzamiento de planeación a nivel nacional. Este proceso se replica a nivel de provincias y distritos. Por lo tanto, cada sector o ministerio cuenta con una línea presupuestal en el presupuesto nacional para las actividades de VIH y sida. Para los ARV existe una línea de presupuesto por separado bajo el Ministerio de Salud.

El gobierno ha desarrollado sistemas para asegurar el uso eficiente, transparente y equitativo de los recursos, por ejemplo:

- Perfil trimestral de financiamiento para el Departamento de Finanzas y de Planeación Nacional mostrando prioridades de financiamiento para el siguiente trimestre así como el uso de recursos de trimestres anteriores.
- Grupo Asesor del Sector de VIH y sida incluyendo participantes del sector público, socios de cooperación, el sector privado y la sociedad civil. Este grupo revisará y guiará en la implementación del programa, uso de recursos y disponibilidad. Se reúne cada dos años.
- El financiamiento a los niveles sub-nacionales se hace a través del Ministerio de Salud con base en una fórmula de asignación de recursos basada en las necesidades. Esta fórmula toma en cuenta el índice de población, índice de falta de materiales, distancia de los distritos, etc. para asegurar que existe equidad en la distribución de los recursos.
- El país cuenta con un marco de trabajo nacional sobre monitoreo y evaluación para asegurar un sistema de M&E uniforme para todas las instituciones que trabajan el tema de VIH y sida.

El sector de VIH y sida desarrolla una Revisión Anual Conjunta de Programa para monitorear y evaluar el progreso y las actividades del año anterior. Los resultados de la revisión retroalimentan la planeación para los periodos siguientes de implementación y programación a nivel nacional, de provincias y distritos.

Una vez al mes, todos los distritos y provincias llenan las formas de entrega de Informes Nacionales de Sida y las entregan al sistema nacional de M&E para mostrar el desempeño de los periodos que se reportan y mostrar el desempeño e indicar las áreas que puedan necesitar corrección o ajustes en la implementación.

### 5.1.3 Financiamiento Externo

Así es como la propuesta de Zambia sobre VIH para la Ronda 8 describió los cambios esperados para las contribuciones financieras externas para el programa nacional:

El análisis de vacíos financieros que retroalimentan el presupuesto tomó en cuenta cualquier reducción anticipada en el financiamiento externo sobre el periodo de la propuesta. En este contexto, el financiamiento externo principal que afectará la implementación del programa es el proyecto ZANARA financiado por el Banco Mundial (Respuesta Nacional de VIH/sida) el cual ha terminado. La intención es seguir con las actividades del proyecto ZANARA, particularmente con la respuesta comunitaria de sida (CRAIDS) al ubicar esta iniciativa bajo dos RP para esta propuesta; de tal forma, que no se pierda lo que se ha logrado a través del proyecto CRAIDS en un periodo de cinco años.

El programa PEPFAR (Plan emergente del presidente de Estados Unidos para aliviar el sida) está llegando a su fin. PEPFAR ha sido el principal proveedor de VIH y sida en Zambia. Mientras que ya se ha contemplado el inicio del reemplazo del programa (PEPFAR II), es incierto cuándo iniciará así como el nivel de recursos que estarán disponibles bajo este programa. Sin embargo, se ha asumido, en el análisis financiero de necesidades, que el financiamiento continuará en los niveles actuales.

## 5.2 Presupuesto Detallado

*Las Fortalezas Clave para las propuestas de las Rondas 8 y 9*, producido por Aidspace, cita dos propuestas de la Ronda 8 que el PRT elogió como aquellas que cuentan con presupuestos sólidos: Etiopía (malaria) y Madagascar (TB). Las copias de estos presupuestos están disponibles en:

[www.aidspace.org/documents/globalfund/trp/round\\_8/Madagascar-TB-Budget.xls](http://www.aidspace.org/documents/globalfund/trp/round_8/Madagascar-TB-Budget.xls)  
[www.aidspace.org/documents/globalfund/trp/round\\_8/Madagascar-TB-Budget.xls](http://www.aidspace.org/documents/globalfund/trp/round_8/Madagascar-TB-Budget.xls)

El informe completo de Aidspace está disponible en: [www.aidspace.org/aidspacepublications](http://www.aidspace.org/aidspacepublications).

## 5.4. Resumen del Presupuesto Detallado por Categoría de Costos

### 5.4.1 Contexto del Presupuesto Total

Así es como la propuesta de Indonesia sobre VIH para la Ronda 8 explicó las variaciones en las categorías de costos por año y significativas para los totales a cinco años:

Existen variaciones en las categorías de costos para el último año debido a las metas altas del último año; correspondientes al costo de insumos y costo de la encuesta integrada de comportamiento, estudios de impacto y auditorías. El total de adquisiciones y suministro a cinco años es de \$39, 102, 140 dólares estadounidenses, lo que representa el 30% del total de la cantidad del subsidio [se incluye desglose].

Otro total significativo a cinco años es el presupuesto de gestión total, incluyendo solicitudes para la asistencia técnica y el M&E para los tres RP de \$26, 273,806 dólares estadounidenses. El equipo de desarrollo de la propuesta consideró la necesidad de brindar asistencia adicional al RP de la sociedad civil, ya que esta era la primera vez que un organismo de la sociedad civil de Indonesia administraría un subsidio para sida del Fondo Mundial. Es crítico que este nuevo RP reciba apoyo para darle la oportunidad a la sociedad civil en Indonesia a obtener habilidades adecuadas para el manejo de la subvención y fortalecerse en la implementación del programa. Si este RP tiene un buen desempeño, demostrará que existe la capacidad local para gestionar grandes subsidios, no limitados solamente al Fondo Mundial.

## 5.4.2 Recursos Humanos

La Sección 5.4.2 (a) es nueva para la Ronda 10; refleja preocupación por parte del Fondo Mundial en el hecho de que algunos sueldos pagados con y complementados con dinero del Fondo puedan estar fuera de línea; por ejemplo, que sean inconsistentes con la compensación actual en el sector salud en ese país.

Con respecto a la Sección 5.4.2 (b), así es como la propuesta de Suazilandia sobre malaria para la Ronda 8 respondió a esta pregunta:

Conforme Suazilandia aumenta las intervenciones como parte de su transición del control de la malaria en la eliminación de la malaria, existe la necesidad de tener un aumento significativo en la capacidad de los recursos humanos para la implementación, en particular para el aumento de las actividades de vigilancia. Además, la inversión en recursos humanos promueve un sostenimiento a largo plazo de la estrategia efectiva de eliminación de la malaria.

La tabla 1 describe las necesidades de recursos humanos desarrollados en esta propuesta. Todos los empleados de tiempo completo (ETC) serán contratados en el primer año de la implementación de la propuesta con base en las cuotas de pago de los ETC existentes que trabajen en funciones similares en el gobierno de Suazilandia. El aumento de cuotas sobre los cinco años representa una tasa de inflación del 10% en Suazilandia. Todos los contratistas, excepto los analistas de encuestas CAP (conocimiento, actitudes, prácticas) y recolectores se contratan anualmente; los analistas de encuestas CAP y recolectores serán contratados cada dos años. Las cuotas de pago para los contratistas también se basan en las cuotas existentes. Ya que los recursos humanos consistentes son necesarios para implementar y mantener un programa integral sobre malaria, el costo de estos recursos permanece constante durante los cinco años.

[La Tabla 1 no se reproduce en esta sección]

### 5.4.3 Otros rubros de grandes gastos

Así es como la propuesta de Indonesia sobre VIH para la Ronda 8 explicó la categoría de otros costos que representan cantidades significativas:

Una cantidad significativa del gasto es la solicitud para la adquisición de máquinas de RCP 4 (reacción en cadena de polimerasa) y una máquina de secuencia. El equipo de RCP tiene un valor de \$120,000 dólares estadounidenses, mientras que la máquina de secuencia tiene un valor de \$220,000 dólares estadounidenses. Lo anterior se identifica como un equipo de salud crítico para prevenir, diagnosticar, tratar y controlar el VIH.

La adquisición de las máquinas RCP 4 para medir la carga viral: solamente se cuenta con 2 RCP que dan el servicio a todo el país; lo cual es inadecuado para cubrir todas las necesidades de las diferentes partes del país. Para poder mejorar el tiempo de respuesta y dar mejores cuidados a los pacientes, se propone que los servicios clave se descentralicen a nivel regional.

Una máquina de secuencia para determinar la resistencia a los medicamentos de VIH: actualmente, Indonesia no cuenta con este equipo y todas las muestras para determinar la resistencia a los medicamentos se envían al extranjero, lo cual resulta muy caro y consume mucho tiempo. La prevalencia de la resistencia a medicamentos de VIH para todos los medicamentos y clases evaluadas de medicamentos es menos del 5%. Para monitorear la resistencia de los medicamentos y gestionar efectivamente las medidas preventivas, se requiere de equipo adecuado de laboratorio.

Otra cantidad significativa de gasto es el costo del desarrollo de un sistema de gestión de insumos (sistema de información/base de datos electrónico) que funcionará como herramienta de control para la gestión regional y central de insumos. Este costo se estima alrededor de los \$ 300,000 dólares estadounidenses (desarrollo de software e instalación \$100,000; cuota diseño del sistema \$50,000; costos mantenimiento de sistemas y manejo de datos \$150, 000). Esto se encuentra en el área de fortalecimiento del sistema de salud para mejorar el sistema de distribución y provisión de insumos; administración y mantenimiento de tecnología. Esto forma parte de la estrategia para seguir los esfuerzos de mejora para el abasto de antirretrovirales y la gestión de adquisiciones iniciada a través de las actividades de la Ronda 4 bajo la Fase II de la subvención. El presupuesto para el sistema de información no está cubierto bajo la subvención de la Ronda 4.



#### 5.4.4 Medición del costo unitario por servicio y efectividad de costos

Esto es nuevo para la Ronda 10 y está relacionado con la [Sección 4.5.3](#) (Mejorando el valor del dinero). Favor de ver la orientación de Aidsplan para este rubro (siga el vínculo). El Fondo Mundial reconoce que no toda la información que pide puede estar disponible al momento. Pero al menos le gustaría saber qué esfuerzos se han hecho para medir y calcular los costos por entrega de servicio. Tome nota también, que el Fondo Mundial sugiere que los solicitantes incluyan en el presupuesto de la propuesta financiamiento para la medición periódica del costo unitario por servicio.

## SECCIÓN 4B: DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA – INTERVENCIONES TRANSVERSALES DE SSYS

**Nota para los solicitantes de las MARP:** si usted está solicitando fondos a través de la vía de financiamiento MARP, usted no puede incluir el componente transversal de fortalecimiento de los sistemas de servicio social y de salud. Sin embargo, si usted también está enviando una propuesta sobre TB o malaria, usted puede incluir un componente transversal sobre el fortalecimiento de los sistemas de salud.

### 4B.1 Descripción de la intervención transversal de SSyS

Con respecto a la Sección 4B.1 (a) está es una versión editada sobre cómo la propuesta de Zambia para la Ronda 8 describió la lógica de su intervención titulada “fortalecer los sistemas comunitarios para que los servicios de salud lleguen a los hogares tanto como sea posible”:

Al mismo tiempo de aumentar la capacidad de afiliados y como consecuencia el rendimiento anual del trabajador de la salud, las instituciones de capacitación fortalecerán la capacidad de Zambia de cubrir las necesidades de salud de la población y dar pasos hacia el logro de las Metas de Desarrollo del Milenio; la capacidad ampliada de capacitación no solamente cerrará el vacío entre el número disponible de trabajadores profesionales de la salud en Zambia y el número que se requiere. Para usar de manera más efectiva el número limitado de trabajadores profesionales de la salud, deberán considerarse nuevos y adicionales modelos de entrega de la salud, incluyendo un mejor uso de los trabajadores comunitarios de la salud y agentes. Los trabajadores comunitarios de la salud y agentes proporcionan un vínculo fuerte y vital entre el sistema formal de salud y las amas de casa al mejorar el acceso, la comunicación y conformidad del paciente, alcance, prevención y diagnósticos tempranos en las comunidades que no reciben el servicio.

Zambia ha tenido trabajadores comunitarios de la salud y agentes dentro del sistema de salud por muchos años. Sin embargo, no existe un código ocupacional específico que se pueda usar en los informes oficiales ya que no existe un cálculo oficial del número de trabajadores comunitarios de la salud y agentes en Zambia. Hasta ahora, este grupo se ha registrado bajo diferentes programas existentes que tiene descripciones similares pero no son equivalentes al trabajo. Muchos ofrecen el servicio como voluntarios, recibiendo un incentivo mínimo o ninguno, y trabajando bajo los programas de enfermedad “vertical”.

Los trabajadores comunitarios de la salud y agentes viven en o están familiarizados con la comunidad. Ellos representan un puente entre los proveedores de salud, los servicios sociales y comunitarios y las poblaciones a las que es difícil alcanzar o a las que no les llegan los servicios dentro de la comunidad. Los trabajadores comunitarios de la salud y agentes están capacitados para proporcionar educación básica de la salud y referir a un rango amplio de servicios y dar apoyo y asistencia en el sistema de salud y servicios sociales. Entre estos servicios, los trabajadores comunitarios de la salud y agentes proporcionan alcance, educación de la salud, referencia y seguimiento, manejo de casos, incidencia política y servicios de visita a los hogares para mujeres embarazadas (quienes se encuentran en el riesgo más alto de resultados pobres de nacimiento, particularmente de un peso bajo al nacer y de mortalidad infantil) y a pacientes crónicos sobre ART y tratamiento para TB.

Por otro lado, los agentes comunitarios se enfocan más en funciones específicas tales como la distribución de insumos, provisión de información de la salud y materiales además del rastreo y apoyo ante la adherencia.

Esta es una versión editada sobre cómo es que la propuesta de Benín para la Ronda 9 explicó los vínculos para los resultados mejorados por enfermedad para su intervención, titulado “Fortaleciendo los establecimientos de cuidados a la salud con recursos humanos calificados”:

Esta intervención se justifica con los efectos anticipados sobre la atracción de los establecimientos estatales de cuidados a la salud. De hecho, las personas que viven con VIH así como los pacientes que padecen tuberculosis y malaria deberían usar los servicios ofrecidos por los proveedores públicos de cuidados a la salud y por lo tanto tener la oportunidad de revivir mejores cuidados integrales lo cual puede satisfacer todas sus necesidades de salud. Por lo tanto:

- La primer actividad pretende dar como resultado una mejora en la gestión estratégica y operativa de los recursos humanos en el sector salud para poder restaurar la confianza del personal en la forma de gobierno del Ministerio de Salud y su compromiso de ofrecer el servicio a los pacientes
- La segunda actividad pretende dar como resultado un aumento en el rango de servicios ofrecidos a nivel operativo por parte de los establecimientos públicos a través de una buena capacitación y personal capacitado.
- La última actividad pretende dar como resultado una mejora en la calidad de los servicios ofrecidos dentro de las estructuras públicas por medio de un sistema adecuado de motivación para el personal.

Las acciones presentadas en esta propuesta ayudarán a fortalecer los esfuerzos de gobierno de Benín para desarrollar los recursos humanos dentro del sector salud.

Vea también la nota informativa del Fondo Mundial sobre SSyS en: [www.theglobalfund.org/en/applicationfaq](http://www.theglobalfund.org/en/applicationfaq).

***Vea también:***

Bielorrusia (8), Guyana (8),  
Suazilandia (8), Zimbabue (8)

Los vínculos a estas propuestas se encuentran en la Guía Aidspace *Fortalezas Clave de las propuestas para la Ronda 8 y 9 del Fondo Mundial*, disponible en [www.aidspace.org/aidspacepublications](http://www.aidspace.org/aidspacepublications).  
Ver el Capítulo 3.

## 4B.2 Compromiso de participantes clave de SSyS en el desarrollo de la propuesta

Así es como la propuesta de Benín para la Ronda 9 respondió a esta pregunta:

Los participantes del sistema de salud que han estado involucrados en la identificación y desarrollo de las intervenciones transversales de SSyS, en particular la identificación de deficiencias en el sistema e intervenciones clave fueron seleccionados del sector público, la sociedad civil y por participantes multilaterales. Algunos son miembros del MCP, participaron en el proceso con base en su conocimiento y pericia en el área. Ellos representaron:

- El Ministerio de Salud: el Comité Nacional de Sida, el Comité Nacional de Malaria y organizaciones de tuberculosis y sida;
- Organizaciones internacionales no gubernamentales (Plan Benín, Catholic Relief Service, Population Services International, Care, GIP Esther) y organizaciones nacionales no gubernamentales (Caritas, Coalición de empresas y asociaciones privadas de sida, tuberculosis y malaria de Benín, Asociación de Benín para la promoción de la familia, la red de la salud de ONGs de Benín, red de asociaciones para gente joven involucrada en la lucha contra el sida de Benín);
- Participantes multilaterales: [participantes enlistados]

Estos participantes fueron elegidos con base en el hecho de ser participantes financieros que proporcionan apoyo institucional para el Ministerio de Salud y otros representan la primera línea de participantes que tiene el control sobre las fortalezas y debilidades del sistema de salud. Estas instituciones ya han participado en el Foro sobre la Salud de noviembre del 2007 y también en el desarrollo de un nuevo Plan nacional de desarrollo para la salud 2009-2018, el cual es la base para todas las intervenciones planeadas en esta propuesta. También participaron en la entrega de la propuesta de Benín para la Alianza Mundial de Vacunas e Inmunización (GAVI) la cual les permite realizar contribuciones posteriores para el análisis de las deficiencias de planeación y financieras para una solicitud adicional de fondos. En conjunto, los asociados han contribuido a la preparación de la propuesta nacional en la ronda 9 al llevar a cabo un análisis de situación del sistema de salud con base en las tres enfermedades prioritarias, a decir: sida, tuberculosis y malaria y han proporcionado opiniones útiles sobre las intervenciones transversales de integración del fortalecimiento del sistema de salud en la propuesta.

### 4B.3. Estrategia para reducir las consecuencias no planeadas

Así es como la propuesta de Zambia para la Ronda 9 identificó una consecuencia potencial no planeada y describió cómo lidiar con ella:

Una “consecuencia perjudicial” potencial de las actividades transversales de SSyS incluidas en esta solicitud es que la cantidad de la capacidad de administración y liderazgo hacia la implementación de estos objetivos serán el gran consumo de tiempo y potencialmente distraerá hacia otras prioridades clave nacionales. Para cubrir esta preocupación, se han implementado varias medidas clave. Primero, se determinó que las actividades incluidas en esta solicitud serían aquellas consideradas de alta prioridad en términos de otras necesidades e impacto y por lo tanto, se consideró adecuado dedicar la mayor cantidad de liderazgo y administración a su implementación. Segundo, para reducir el impacto de la menor atención dedicada a las prioridades de segundo nivel, se reconoció que una implementación exitosa no sería posible sin la capacidad adicional a nivel central. Como resultado, el primer objetivo sobre las mejoras de salud en la fuerza laboral incluye una actividad relacionada con contratar la capacidad adicional de administración de RH para liderar la implementación de estas iniciativas.

## SECCIÓN 5B: INTERVENCIONES TRANSVERALES DE SSYS

La Sección 5B asemeja partes de la Sección 5. Los solicitantes deberán referirse a la tabla que se presenta a continuación para determinar dónde encontrar la orientación adecuada:

Rubro de la Sección 5B	Ver la orientación para:
Sección 5B.1: Presupuesto Detallado	<a href="#">Sección 5.2</a> en este capítulo
Sección 5B.2: Resumen del presupuesto detallado por objetivo y área de prestación de servicio	Sección 5B.2 en las Directrices para las propuestas de la R10
Sección 5B.4.1 – Sección 5B.4.3: variación de costos, etc.	<a href="#">Sección 5.4.1</a> y siguientes en este capítulo

## Anexo I: Criterio de Revisión de Propuestas

Estos son los criterios que el Panel de Revisión Técnica (PRT) usará para revisar las propuestas de la Ronda 10. El criterio agregado o cambiado desde la Ronda 9 aparece subrayado.

### Solidez del enfoque:

- Uso de intervenciones coherentes con las mejores prácticas internacionales (como se define en la estrategia “Alto a la Tuberculosis”, el plan estratégico mundial de “Hacer retroceder la Malaria”, la estrategia Mundial del Sector Salud de la OMS para el VIH/SIDA y otras estrategias y guías de ONUSIDA) para aumentar la cobertura de servicios en la región en la que se proponen las intervenciones, y demostrar un potencial para lograr el impacto;
- Uso de un análisis de situación para evaluar el riesgo, la vulnerabilidad y el impacto de las tres enfermedades en mujeres y niñas, niños y hombres, y así adopten respuestas adecuadas al programa, capaciten mujeres y niñas, promuevan la igualdad de género, aborden los factores estructurales y culturales que aumentan el riesgo y la vulnerabilidad y contribuyan a cambiar normas de género perjudiciales;
- Den la debida prioridad e identifiquen adecuadamente las poblaciones clave con los programas, incluyendo aunque no restringidos a, usuarios de drogas inyectables, hombres que tienen sexo con otros hombres, comunidades transgénero, profesionales del sexo, migrantes y presos;
- Den la debida prioridad al fortalecimiento de la participación de las comunidades y las personas infectadas y afectadas por las tres enfermedades en el desarrollo y la ejecución de las propuestas;
- Demuestren que las intervenciones elegidas se basan en evidencia;
- Demuestren que las intervenciones representan un buen valor del dinero (el cual se puede definir como el uso de las mejores intervenciones costo efectivas para lograr los resultados deseados);
- Involucren un amplio rango de participantes en la implementación, incluyendo el fortalecimiento de asociaciones entre el gobierno, la sociedad civil, las comunidades afectadas y el sector privado;
- Aborden la problemática de los derechos humanos y la igualdad de género y usen enfoques basados en derechos humanos para cubrir las tres enfermedades, contribuyendo a la eliminación del estigma y la discriminación contra las personas infectadas y afectadas por Tuberculosis y el VIH/SIDA, especialmente las poblaciones marginalizadas o penalizadas, tales como usuarios de droga inyectable, hombres que tienen sexo con otros hombres y otras poblaciones clave afectadas y
- Que sean consistentes con las obligaciones internacionales pertinentes, como las que se derivan del Acuerdo de la Organización Mundial del Comercio sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio (Acuerdo sobre los ADPIC), incluida la Declaración Ministerial de Doha sobre el Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública, y fomenten las iniciativas para que las personas más necesitadas puedan acceder a productos y medicamentos de calidad a los precios más bajos posibles, respetando la protección de los derechos de propiedad intelectual.

### Viabilidad:

- Aporten pruebas sólidas de la viabilidad técnica y programática para la ejecución de los acuerdos pertinentes en el contexto concreto del país, incluyendo cuando sea adecuado, el apoyo a intervenciones descentralizadas y/o enfoques participativos

(incluyendo aquellos que involucren los sectores público, privado y no gubernamental y a las comunidades afectadas por las enfermedades) para la prevención y control de la enfermedad;

- Se sumen, complementen y coordinen con programas existentes (incluidos los programas respaldados por las subvenciones existentes del Fondo Mundial) que apoyen las políticas nacionales, los planes, prioridades y alianzas, incluidos los planes de desarrollo del sector salud, las estrategias para la reducción de la pobreza y los enfoques sectoriales (según sea el caso);
- Muestren una ejecución exitosa de los programas financiados anteriormente por donantes internacionales (incluido el Fondo Mundial) y, cuando haga falta, realicen un desembolso y uso eficaz de los fondos. (Con esta finalidad, el PRT utilizará las tarjetas de puntuación de las subvenciones, los informes de resultados de las subvenciones, así como otros documentos relacionados con subvenciones anteriores en lo que respecta a los programas financiados por el Fondo Mundial);
- Empleen enfoques innovadores para ampliar los programas de apoyo sobre prevención, tratamientos y cuidados, incluyendo a las poblaciones afectadas, a través de la participación del sector privado y/o de las comunidades afectadas como proveedores de cuidados en la entrega del servicio y/o en el fortalecimiento de la comunidad;
- Identifiquen, con respecto a propuestas anteriores para el mismo componente que se presentó al Fondo Mundial, pero que no fue aprobado, la manera en que esta propuesta aborda las deficiencias o asuntos que requieren una aclaración, planteados por el PRT;
- Se enfoquen en el desempeño ligando los recursos (insumos) con el logro de productos (personas alcanzadas con los servicios clave) y los resultados (cambios a largo plazo en la enfermedad), según apuntan los indicadores cualitativos y cuantitativos;
- Demuestren la forma en que las intervenciones propuestas son adecuadas en la etapa de la epidemia y para la situación epidemiológica específica del país y que sean identificadas adecuadamente para las comunidades más afectadas (incluidas cuestiones como la resistencia a los medicamentos y la vulnerabilidad e impacto diferenciados por cuestiones de género); y
- Se sumen y fortalezcan los sistemas y procesos de medición de impacto por país para asegurar un desempeño efectivo con base en la entrega de informes y la evaluación; e
- Identifiquen y cubran los vacíos potenciales en las capacidades técnicas y administrativas para la implementación de las actividades propuestas a través de otorgar asistencia técnica y construcción de habilidades.

#### **Potencial para la sostenibilidad y el impacto:**

- Fortalezcan y reflejen la participación y el compromiso político sostenido de las esferas políticas más altas así como de un ambiente político y legal, incluso a través de un MCP, Sub-MCP o MCR integrado y bien administrado;
- Demuestren que el financiamiento del Fondo Mundial complementará las iniciativas existentes de lucha contra el VIH/SIDA, la Tuberculosis y la Malaria en vez de reemplazarlas;
- Demuestren el potencial de sostenibilidad del enfoque descrito, incluida la capacidad para absorber el incremento de recursos y la capacidad para liquidar los gastos recurrentes; y
- Se coordinen con iniciativas y alianzas multilaterales y bilaterales (como Iniciativa del “Acceso Universal” de la OMS/ONUSIDA, la alianza “Alto a la Tuberculosis”, la Alianza “Hacer retroceder la Malaria”, los principios de “Los Tres Unos” y la campaña



de UNICEF “Unidos por la infancia. Unidos contra el SIDA”) para conseguir los objetivos marcados por los planes de desarrollo del sector salud (cuando los haya);

- Demuestren que la propuesta contribuirá a la reducción total de la enfermedad, la prevalencia, la incidencia, la morbilidad y/o mortalidad;
- Demuestren cómo la propuesta contribuirá al fortalecimiento del sistema nacional de salud en sus diferentes componentes (por ejemplo, recursos humanos, prestación del servicio, infraestructura, gestión de adquisiciones e insumos);
- Demuestren cómo la propuesta contribuirá al fortalecimiento sustentable de los sistemas de la sociedad civil y la comunidad en sus diferentes componentes (por ejemplo, capacidad de gestión, área de entrega de servicio e infraestructura) con un énfasis en las poblaciones afectadas y
- Demuestren cómo se llevará a cabo el monitoreo y evaluación constante de los procesos de impacto a fin de mejorar las acciones en curso y determinar las repercusiones generales del programa.