



BASES ADMINISTRATIVAS Y TÉRMINOS DE REFERENCIA

Selección de Institución Consultora para desarrollar el Estudio sobre el Continuo de la Atención de las Personas Viviendo con el VIH

CONCURSO PÚBLICO N° 04-2018-PI

PROGRAMA:

“Expansión de la Respuesta Nacional al VIH en Poblaciones Clave y Vulnerables de Ámbitos Urbanos y Amazónicos del Perú”

Fondo Mundial

Junio 2018

BASES ADMINISTRATIVAS

SELECCIÓN DE INSTITUCIÓN CONSULTORA QUE REALICE EL ESTUDIO SOBRE EL CONTINUO DE LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS VIVIENDO

Programa: “Expansión de la Respuesta Nacional al VIH en Poblaciones Clave y Vulnerables de Ámbitos Urbanos y Amazónicos del Perú”

Financiado por el Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria

ENTIDAD QUE CONVOCA:

Pathfinder International, organismo privado Internacional sin fines políticos, religiosos, ni lucrativos, con renovación de vigencia en el Registro Nacional de Entidades e Instituciones Extranjeras de Cooperación Técnica Internacional (ENIEX) a través de la Resolución Directoral N° 411-2015/APCI/DOC, con RUC N° 20142786304.

DOMICILIO LEGAL:

Pathfinder International Perú tiene domicilio legal en Jr. Monterrey 373, oficina 904, Chacarilla - Santiago de Surco, provincia y departamento de Lima, Perú (central telefónica: 637-2923).

OBJETO DE LA CONVOCATORIA:

Selección de un Institución Consultora que elabore el **ESTUDIO SOBRE EL CONTINUO DE LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS VIVIENDO CON EL VIH.**

ÁMBITO DE LA CONSULTORÍA:

La consultoría se desarrollará en las siguientes ciudades:

N°	REGIÓN	CIUDAD
1	Lima	Ica
2	Callao	Callao
3	Ica	Ica
4	La Libertad	Trujillo
5	Piura	Piura
6	Ucayali	Pucallpa
7	San Martín	Tarapoto
8	Loreto	Iquitos
9	Lambayeque	Chiclayo
10	Arequipa	Arequipa
11	Moquegua	Ilo
12	Tacna	Tacna
13	Cuzco	Cuzco
14	Tumbes	Tumbes

PRESUPUESTO REFERENCIAL:

El presupuesto referencial es S/. 250,000 (DOSCIENTOS CINCUENTA MIL SOLES), incluido impuestos de ley, traslado a zonas de intervención y cualquier otro concepto que pueda influir en el precio.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO:

La entidad financiera es el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria.

MONEDA:

La moneda que se utilizará para la presentación de la propuesta económica es el nuevo sol.

CRONOGRAMA DE LA CONVOCATORIA:

El cronograma establecido para la convocatoria es el siguiente:

CRONOGRAMA PROCESO DE SELECCIÓN Concurso Público N°04-2018-PI	
ACTIVIDAD	FECHA
Invitación a Postores	9 de julio
Registro de Participantes y Acceso a Bases Administrativas y TDR	10-11 de julio
Presentación de Consultas de los participantes registrados	12-14 de julio
Absolución y Publicación de Consultas	16-17 de julio
Recepción de las Propuestas	25 de julio
Evaluación Técnica de las Propuestas	26 de julio
Publicación de Resultados de la Evaluación	27 de julio
Presentación de Impugnaciones	30 de julio
Resolución de Impugnaciones	31 de julio
Otorgamiento de Buena Pro	31 de julio
Firma del Contrato	1 de agosto

PLAZO DE EJECUCIÓN

El plazo del servicio de consultoría inicia el 2 de agosto y culmina el 30 de octubre de 2018. La Consultoría tendrá una duración de 90 días calendarios y deberá ser desarrollada en forma continua.

La ejecución y la entrega de productos serán de acuerdo al siguiente cronograma que se inicia al día siguiente de firmado el contrato:

Cronograma del Proceso de Planificación, Ejecución y Resultados de la Consultoría			
Etapas	Acciones para Realización del Estudio	Días	Fechas
Primer Producto:			
1. Marco conceptual, Plan de Trabajo y	Elaboración de un marco conceptual conteniendo antecedentes y objetivos.	4 días	2-5 de agosto

Mapa de actores	<p>Elaboración de un Plan de Trabajo, que defina con claridad las diferentes fases y principales actividades para el diseño, ejecución, análisis y presentación del estudio y su cronograma estimado, acorde al tiempo total otorgado a la consultoría.</p> <p>Identificación de actores con liderazgo de opinión sobre los diferentes aspectos relacionados al Continuo de la Atención, incluyendo a los coordinadores regionales, equipos multidisciplinarios de salud, organizaciones no gubernamentales, asociaciones comunitarias, sociedades científicas y cooperación internacional.</p>		
Revisión, levantamiento de observaciones y aprobación del producto 1.		3 días	6-8 de agosto
Segundo Producto:			
2. Diseño del Estudio	<p>Obtención y análisis de las datas existentes desde las diferentes fuentes que acopian y sistematizan información sobre los diferentes pilares que caracterizan el Continuo de la Atención.</p> <p>Proposición de metodologías para el análisis cualitativo de los diferentes procesos relacionados al registro, referencia, sistematización y utilización eficaz - para la toma de decisiones-, de las diferentes datas existentes, describiendo las brechas correspondientes.</p> <p>Identificación, análisis y consenso con los actores correspondientes sobre los factores ligados a la gobernanza, liderazgo, financiación, acceso a la tecnología, soporte administrativo y otros aspectos relevantes del sistema de salud pública para el cumplimiento del Continuo de la Atención.</p> <p>Identificación, análisis y consenso con los actores correspondientes sobre los determinantes sociales, económicos, culturales y otros que puedan resultar relevantes sobre el Continuo de la Atención.</p> <p>Proposición de instrumentos para el registro de fuentes secundarias y formulación de encuestas y/o entrevistas a profundidad destinadas a las fuentes primarias.</p>	15 días	9-23 de agosto
Revisión, levantamiento de observaciones y aprobación del producto 2.		5 días	24-28 de agosto
Tercer Producto:			

3. Ejecución del estudio	<p>Desarrollo de Actividades acorde al diseño de estudio y cronograma propuesto en el Plan de Trabajo.</p> <p>Informe de avance de los diferentes procesos establecidos en el diseño.</p> <p>Presentación de las cascadas de atención nacional, por ámbito de intervención y por poblaciones meta del estudio, las brechas identificadas por cada pilar y los retos que enfrenta el/los sistema(s) de información del país para construir las cascadas.</p>	44 días	29 de agosto – 11 de octubre
Revisión, levantamiento de observaciones y aprobación del producto 3.		5 días	12-16 de octubre
Cuarto Producto:			
4. Análisis y sistematización Informe Preliminar	Informe conteniendo conclusiones y recomendaciones en consenso con actores relevantes. Entre otros aspectos deberá concluirse y recomendarse la formulación de estrategias para reducir las brechas identificadas en cada uno de los pilares del Continuo, considerando los diversos determinantes que confluyen sobre el mismo y las necesidades específicas de las poblaciones vulnerables o “clave” a la epidemia, así como el análisis de los entornos e internos que caracterizan al sistema de salud.	4 días	17-20 de octubre
Revisión, levantamiento de observaciones y aprobación del producto 4.		3 días	21–23 de octubre
Quinto Producto:			
5. Informe Final	Presentación de informe final.	4 días	24-27 de octubre
Revisión, levantamiento de observaciones y aprobación del producto 5.		3 días	28-30 de octubre

GENERALIDADES:

1. Cualquier fase del proceso de selección podrá ser postergado o prorrogado por el Comité de Selección siempre que existan causas justificadas. La prórroga o postergación modifican el cronograma original. El Comité de Selección comunicará dicha decisión a los posibles consultores por medio de la página web de Pathfinder International y al correo electrónico indicado al registrarse.
2. El proceso de selección será declarado desierto cuando ninguna propuesta cumpla las condiciones de elegibilidad, cuando no alcancen el puntaje técnico mínimo o cuando no cumplan las condiciones establecidas para la propuesta económica. Pathfinder International podrá realizar una nueva convocatoria por invitación en un proceso más breve.
3. Los consultores participantes deberán cumplir estrictamente con todas y cada una de las indicaciones y requerimientos señalados en las BBAA, anexos y documentos complementarios que la conforman.
4. Las decisiones del Comité de Selección serán inapelables.

PROCESO DE SELECCIÓN:**A) CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE SELECCIÓN:**

1. El Receptor Principal asume la total responsabilidad del proceso de Licitación Pública. Para ello conformará un Comité de Selección al cual le delegará la responsabilidad y otorgará las facultades necesarias para realizar el proceso de selección.
2. El Comité de Selección estará integrado por cinco (5) miembros que son los siguientes:

- 3 Representantes del Receptor Principal **PATHFINDER INTERNATIONAL**, uno de los cuales asumirá la Presidencia del Comité.
- 1 Representante de la **Dirección de Prevención y Control del VIH/SIDA** del Ministerio de Salud.
- 1 Representante de la **CONAMUSA**.

B) PUBLICACIÓN DE LA CONVOCATORIA:

1. La convocatoria será publicada en un diario de circulación nacional y en las páginas web de Pathfinder International - Oficina Perú <http://equipoclavepathfinder.jimdo.com/contacto> y de la CONAMUSA.

C) REGISTRO DE PARTICIPANTES Y ACCESO A BASES ADMINISTRATIVAS Y TDR:

1. El registro de participantes es obligatorio, se iniciará el mismo día de la publicación de la convocatoria y durará hasta el día establecido en el cronograma. El registro se efectuará al siguiente correo electrónico: peruintern@pathfinder.org. Una vez inscrito se remitirá las BBAA y TDR.
2. La información que deberá indicarse es la siguiente:

- Nombre / Razón Social:
- RUC:
- Dirección:
- Teléfono:
- Correo Electrónico:

D) PRESENTACIÓN DE CONSULTAS AL PROCESO DE SELECCIÓN DEL CONSULTOR:

1. Las consultas se efectuarán únicamente vía correo electrónico a la siguiente dirección electrónica: peruintern@pathfinder.org, las cuales se recibirán hasta las 18:00 p.m. del 14 de junio, tal como se establece en el cronograma del proceso del concurso.

E) ABSOLUCIÓN Y PUBLICACIÓN DE CONSULTAS:

1. El Comité de Selección será el responsable de dar respuesta a las consultas presentadas. Las consultas y las aclaraciones serán publicadas en la página web de Pathfinder International en la fecha señalada, según el cronograma del proceso de selección.

2. Lo informado por la entidad convocante, a través de su página web, será de conocimiento de todos los consultores participantes. No se absolverán consultas que se presenten fuera del tiempo establecido.
3. El Comité de Selección es el único autorizado para interpretar las bases durante el ejercicio de sus funciones. Sus pronunciamientos sobre la interpretación de las bases son inapelables.

F) PRESENTACIÓN DE LAS PROPUESTAS:

1. Las propuestas se presentarán en idioma castellano, papel tamaño A4, letra candara 11, en sobres cerrados, dirigidos al Comité de Selección y serán entregados en la oficina de Pathfinder International (Jr. Monterrey N° 373, Oficina 904 Chacarilla –Surco), en la fecha señalada en el cronograma hasta las 6:00 p.m. Pasada la hora establecida, no se aceptará ningún documento.
2. Las entidades consultoras deberán presentar su propuesta con la documentación debida en sobres cerrados, tal como se detalla a continuación:

- **Sobre 01:**

Requisitos Exigibles a la Institución Consultora - En original y una copia

Señores:

PATHFINDER INTERNATIONAL

Atención: Comité de Selección

Concurso Público 04-2018-PI

Selección de equipo consultor para desarrollar el “Estudio sobre el Continuo de la atención de las personas viviendo con el VIH”.

Programa: “Expansión de la Respuesta Nacional al VIH en Poblaciones Clave y Vulnerables de Ámbitos Urbanos y Amazónicos del Perú” - Fondo Mundial

SOBRE N° 1: REQUISITOS EXIGIBLES AL CONSULTOR PRINCIPAL

NOMBRE / RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR (INVESTIGADOR PRINCIPAL)

- **Sobre 02:**

Conformación del Equipo Investigador - En original y una copia

Señores:

PATHFINDER INTERNATIONAL

Atención: Comité de Selección

Concurso Público 04-2018-PI

Selección de equipo consultor para desarrollar el “Estudio sobre el Continuo de la atención de las personas viviendo con el VIH”.

Programa: “Expansión de la Respuesta Nacional al VIH en Poblaciones Clave y Vulnerables de Ámbitos Urbanos y Amazónicos del Perú” - Fondo Mundial

SOBRE N° 2: CONFORMACIÓN DEL EQUIPO INVESTIGADOR

NOMBRE / RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR (INVESTIGADOR PRINCIPAL)

- **Sobre 03:**
Propuesta Técnica Detallada - En original y una copia

Señores:

PATHFINDER INTERNATIONAL

Atención: Comité de Selección

Concurso Público 04-2018-PI

Selección de equipo consultor para desarrollar el “Estudio sobre el Continuo de la atención de las personas viviendo con el VIH”.

Programa: “Expansión de la Respuesta Nacional al VIH en Poblaciones Clave y Vulnerables de Ámbitos Urbanos y Amazónicos del Perú” - Fondo Mundial

SOBRE N° 3: PROPUESTA TÉCNICA DETALLADA

NOMBRE / RAZON SOCIAL DEL POSTOR (INVESTIGADOR PRINCIPAL)

- **Sobre 04:**
Propuesta Económica Integral - En original y una copia

Señores:

PATHFINDER INTERNATIONAL

Atención: Comité de Selección

Concurso Público 04-2018-PI

Selección de equipo consultor para desarrollar el “Estudio sobre el Continuo de la atención de las personas viviendo con el VIH”.

Programa: “Expansión de la Respuesta Nacional al VIH en Poblaciones Clave y Vulnerables de Ámbitos Urbanos y Amazónicos del Perú” - Fondo Mundial

SOBRE N° 4: PROPUESTA ECONÓMICA DETALLADA

NOMBRE / RAZON SOCIAL DEL POSTOR (INVESTIGADOR PRINCIPAL)

3. Adicionalmente, se debe adjuntar **en cada sobre** un CD o USB conteniendo la información solicitada para cada uno de ellos.
4. Las constancias, certificados y otros documentos que acreditan la información que se consigna en la propuesta se presentarán en copias simples. Al postor que obtenga la Buena Pro se le podrá exigir que presente copia certificada notarialmente o exhiba los originales.
5. Las propuestas se presentarán ciñéndose a lo requerido, sin enmendaduras, raspaduras, entreflíneas, ni añadiduras de ninguna clase, debidamente firmadas y rubricadas por el investigador principal, en forma clara y legible, en original, copias y sobres cerrados.
6. Las propuestas presentadas deberán estar foliadas correlativamente empezando por el número uno. Asimismo, cuando las propuestas tengan que ser presentadas total o parcialmente mediante formularios o formatos, éstos podrán ser llenados por cualquier medio, incluyendo el manual. Todo debidamente firmado y rubricado por el investigador principal.
7. Las propuestas tienen carácter de Declaración Jurada. De encontrarse durante o después del proceso, así como en la ejecución del proyecto, una declaración falsa o documento que no acredite

suficientemente los requisitos establecidos, se retirará la Buena Pro si es que no se ha firmado el contrato, caso contrario, se resolverá de manera automática.

8. El Comité de Selección procederá a verificar que estén debidamente cerrados y con los detalles de identificación exigidos. Los sobres que no cumplan los requisitos serán rechazados y se considerarán como no presentados.
9. Acerca de los contenidos de las propuestas:
 - **Sobre N° 1: Requisitos Exigibles a la Institución Consultora**
Se deben presentar los documentos que acrediten las condiciones de elegibilidad señaladas y en el orden indicado en el numeral 6.1 de los Términos de Referencia.
 - **Sobre N° 2: Conformación del Equipo Investigador**
Se deben presentar los documentos que acrediten las condiciones establecidas en el numeral 6.2 de los Términos de Referencia.
 - **Sobre N° 3: Propuesta Técnica Detallada**
Se deben presentar los documentos que acrediten las condiciones establecidas en el numeral 7.1 de los Términos de Referencia, en el orden y contenido establecido para cada uno de estos temas, debiendo procurar ser claros, precisos, concisos y naturales en su exposición.
 - **Sobre N° 4: Propuesta Económica Detallada**
Se deben presentar los documentos que acrediten las condiciones establecidas en el numeral 7.2 de los Términos de Referencia.

G) EVALUACIÓN TÉCNICA DE LAS PROPUESTAS:

Sección N°1: Requisitos Exigibles a la Institución Consultora.

1. Las condiciones de elegibilidad serán evaluadas por el Comité de Selección durante la apertura del sobre N° 1.
2. Para la evaluación de los “**Requisitos Exigibles a la Institución Consultora**” se tendrá en cuenta los requisitos establecidos en los Términos de Referencia de las presentes Bases del Concurso (6.1) y los medios de verificación en los **ANEXOS** 1, 2, 3, 4, 5 y 6.
3. Esta fase consiste en verificar la presentación, según lo indicado en las presentes bases, y el cumplimiento de cada una de las condiciones establecidas para el equipo postulante.
4. Cuando se abra el sobre 1 del postor, el Comité de Selección comprobará que los documentos originales estén debidamente presentados, foliados, ordenados y fácilmente identificables cada uno de los requerimientos; esto es, que guarden las formalidades establecidas en las presentes bases. De no ser así, se considerará como no presentado, dejando constancia en el acta y procediéndose a devolver los 4 sobres al Presidente del Comité de Selección quien firmará el acta.
5. Si la propuesta cumple con todos los requisitos exigibles se le otorgará 600 puntos y pasará a la fase de evaluación del Equipo Investigador establecida en el punto 6.2 de los TDR.

Sección N°2: Conformación del Equipo Investigador

1. El Comité de Selección procederá a abrir los sobres N° 2 que contienen la propuesta de **“Conformación del Equipo Investigador”** de cada postor, a fin de verificar que los documentos presentados sean los solicitados en las Bases Administrativas y TDR.
2. En el caso de advertirse que la propuesta no cumple con lo requerido en las Bases Administrativas y TDR se declarará la propuesta por no admitida.
3. Para la evaluación de la propuesta de **“Conformación del Equipo Investigador”** se tendrá en cuenta los requisitos establecidos en los TDR de las presentes Bases del Concurso (6.2: De las Características del Equipo Investigador) y los medios de verificación (ANEXOS 7 y 8).
4. Para facilitar la evaluación se ha elaborado los cuadros que se presentan como anexos. El puntaje máximo es 600 puntos: 300 para el investigador principal, 100 por cada uno de los 2 asistentes de campo y hasta 50 por cada uno de los 2 supervisores de enlace PVV.
5. El Comité de Selección revisará el cuadro de calificaciones y podrá efectuar las revisiones y ajustes que crea pertinentes lo que dejará sentado en el Acta correspondiente con la debida sustentación, estableciendo los puntajes finales.
6. Las propuestas del Equipo Investigador que no alcancen el puntaje mínimo de trescientos noventa puntos (390), serán descalificadas y no accederán a la siguiente evaluación.

Sección N°3: Propuesta Técnica Detallada

1. El Comité de Selección procederá a abrir los sobres que contienen la **“Propuesta Técnica Detallada”** de cada postor, a fin de verificar que los documentos presentados por cada postor sean los solicitados en las Bases. El puntaje máximo es 1,200 puntos.
2. Las propuestas técnicas que no alcancen el puntaje mínimo de setecientos ochenta puntos (780) serán descalificadas en esta etapa y no accederán a la siguiente evaluación.
3. Para la evaluación de la propuesta de la **“Propuesta Técnica Detallada”** se tendrá en cuenta los requisitos establecidos en los TDR de las presentes Bases del Concurso (numerales 7.1 y 7.2).
4. Para facilitar la evaluación se han elaborado los cuadros que se presentan en el numeral 8.2 para consolidar y obtener evaluación promedio de los evaluadores.
5. El Comité de Selección revisará el cuadro de calificaciones y podrá efectuar las revisiones y ajustes que crea pertinentes, lo que dejará sentado en el Acta correspondiente con la debida sustentación, estableciendo los puntajes finales con los que entrarán los consorcios a la evaluación de la **“Propuesta Económica Detallada”** y la relación de aquellos que superaron el puntaje mínimo.

Sección N°4: Propuesta Económica Detallada

1. Finalmente, se abrirá se procederá a abrir el sobre N° 4 **“Propuesta Económica Detallada”** para que los miembros del Comité de Selección procedan a la evaluación correspondiente.

2. El análisis de la mejor propuesta económica recibirá la totalidad del puntaje (600 puntos). A la segunda mejor propuesta se le otorgará 550 puntos, a la tercera 500 puntos y a la cuarta 450 puntos. Serán descalificadas las que superen el monto referencial (Ver numeral 8.2).
3. La “Propuesta Económica Detallada” será expresada en soles y dos decimales, incluidos todos los tributos, seguros, transportes, inspecciones, pruebas y, de ser el caso, los costos laborales conforme a la legislación vigente, así como cualquier otro concepto que pueda tener incidencia sobre el costo del servicio a contratar; excepto la de aquellos postores que gocen de exoneraciones legales. Pathfinder International no reconocerá pago adicional de ninguna naturaleza.

Resultados Finales:

Con los resultados de la evaluación de cada una de las secciones, el Comité de Selección procederá a establecer el **Puntaje Total Final** de cada equipo postulante en el Cuadro Final de Resultados (numeral 8.2). Entre los equipos postulantes que obtengan un puntaje total superior al mínimo establecido, se asignará el primer lugar a la institución que obtenga el mayor puntaje, para este efecto se tomará en cuenta hasta el segundo decimal.

En caso de empate se asignará el primer lugar al que tenga el mayor puntaje en la sección “**Propuesta Técnica Detallada**”. De persistir el empate se asignará el primer lugar al que tenga el mayor puntaje en la sección “**Propuesta Económica Detallada**”.

H) PUBLICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN:

1. Los resultados de la evaluación serán publicados en la página web de Pathfinder International.

I) PRESENTACIÓN Y SOLUCIÓN DE IMPUGNACIONES:

1. Sólo podrán presentar impugnaciones aquellas instituciones que hayan superado la primera etapa de selección (condiciones de elegibilidad).
2. En la fecha señalada en las Bases Administrativas, el Comité de Selección se pronunciará sobre la admisión y evaluación de las impugnaciones, comunicando los resultados de esta última.

J) OTORGAMIENTO DE LA BUENO PRO:

1. El Comité de Selección procederá a otorgar la Buena Pro a la propuesta ganadora, dando a conocer los resultados del proceso de selección a través de un cuadro comparativo de cada postor, detallando los puntajes: Evaluación Requisitos Exigibles, Evaluación Equipo Investigador, Evaluación Propuesta Técnica Detallada y Evaluación Propuesta Económica Detallada.
2. Se levantará un acta, la cual será suscrita por todos los miembros del Comité de Selección.
3. El otorgamiento de la Buena Pro será comunicado al postor ganador y el acta con los resultados será publicada en la página web de Pathfinder International y de la CONAMUSA.

TÉRMINOS DE REFERENCIA

Selección de un equipo consultor para el “Estudio sobre el Continuo de la Atención de las personas viviendo con el VIH en 14 ciudades del Perú”.

**Programa: “Expansión de la Respuesta Nacional al VIH en Poblaciones Clave y Vulnerables de Ámbitos Urbanos y Amazónicos del Perú”
Fondo Mundial**

1. ANTECEDENTES:

1.1 Sobre el Programa financiado por el Fondo Mundial

El Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (FM) fue creado en 2001 con la finalidad de apoyar los recursos financieros para la prevención y control de dichas enfermedades. Desde su creación, el Perú se ha beneficiado con casi 150 millones de dólares ejecutados en 6 grandes proyectos.

Uno de los aportes más significativos del apoyo brindado por el Fondo Mundial fue el inicio del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) que hoy en día es cubierto por el Estado Peruano. Otros aspectos de relevancia fueron el fortalecimiento de la estrategia de pares la prevención e información sobre el VIH, la prevención de la transmisión vertical y la descentralización de la vigilancia social para el VIH.

Desde el 2013, el FM viene implementando un nuevo Modelo de Financiamiento con el objetivo de mejorar los resultados de las acciones que se ejecutan en cada país de la región para la prevención y control de estas enfermedades, complementando las intervenciones nacionales de los países para garantizar el logro de mejores resultados y un impacto positivo en las cifras de los indicadores epidemiológicos y operacionales.

En el Perú, la Coordinadora Nacional Multisectorial de Salud – CONAMUSA, es el Mecanismo de Coordinación del País que con participación de entidades y organizaciones estatales y no estatales lidera la toma de decisiones relacionada al VIH/SIDA, Malaria y Tuberculosis comprendidas en los Contratos de Donación suscritos con el Fondo Mundial, bajo la rectoría técnica y funcional del Ministerio de Salud, quien la preside.

Por ello, en el mes de abril 2015, realizó un concurso para la selección del Receptor Principal (RP) de la propuesta nacional de VIH, siendo seleccionado Pathfinder International como el RP para administrar la subvención durante el periodo 2016-2019.

Acorde al análisis epidemiológico y las bases para la priorización de poblaciones beneficiarias y escenarios geográficos, el Programa comprende 8 módulos:

1. Prevención - Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y personas transgénero.
2. Prevención - Otras poblaciones vulnerables (indígenas amazónicos).
3. Fortalecimiento del Sistema de Salud - Seguimiento y evaluación.
4. Fortalecimiento del Sistema de Salud - Prestación de servicios.
5. Tratamiento, atención y apoyo.

6. Eliminación de las barreras legales al acceso.
7. Fortalecimiento de los sistemas comunitarios.
8. Gestión de programas.

La implementación y ejecución de estos 8 módulos y sus respectivas actividades fortalecerá la respuesta nacional para el control del VIH en el país. Para ello se ha realizado una priorización de las poblaciones más vulnerables considerando su bajo acceso a los servicios de prevención y tratamiento y diseñado una intervención ajustada a sus necesidades y características, basada en un análisis epidemiológico.

1.2 Principales barreras de derechos humanos y desigualdades de género que puedan impedir el acceso a los servicios de salud

En los ámbitos urbanos:

El ejercicio de los derechos humanos (DDHH) es un espacio de lucha en el país, donde cultural y socialmente se sigue imponiendo modelos únicos de socialización y relacionamiento con el entorno basado en el patriarcado y un modelo económico que prioriza el individualismo y el mercado. Lo que en conjunto contribuye a que se instalen mecanismos de exclusión, discriminación y violencia sobre las personas y grupos que viven fuera de lo establecido o simplemente no alcanzan a encajar en estos modelos.

En tal contexto, se identifican diversos factores relacionados al respeto de los DDHH en salud de estos grupos. Por ejemplo, desde el mismo diseño de la oferta en salud se puede identificar, en el caso de la comunidad LGBT, un abordaje segmentado que no respeta la integralidad de la salud de las personas. HSH y MT tienen necesidades específicas que no se cubren actualmente. Las MT carecen de servicios adecuados de apoyo para el proceso de transición de género¹. Pero además las MT que realizan el trabajo sexual, presentan otros procesos de salud que no son cubiertos por los servicios sanitarios: problemas emocionales, sicosociales, nutricionales, violencia (emigración masiva), entre otros². Un estudio cualitativo realizado por PROMSEX (2011) concluyó que una barrera de atención en salud importante para las poblaciones HSH y MT es la focalización en la atención de ITS y VIH, ignorando absolutamente otras necesidades específicas en salud³.

Con relación a la atención existen iguales vulneraciones al respeto a la identidad de las personas, como ocurre con las mujeres trans por el NO respeto a su nombre social en los CERITS o UAMP y tratarlas a partir de un nombre (legal) que no las representa.

Todo lo descrito resulta similar a lo evidenciado en estudios realizados en diferentes países de América Latina donde las MT consideran a los hospitales y centros de salud como discriminatorios, siendo visibilizados como lugares a donde debe acudir sólo en casos de extrema necesidad⁴. Actualmente, los servicios públicos no ofertan una atención integral de salud –incluyendo la prevención, el tratamiento, cuidado y soporte en VIH– que impulsen el acceso universal al TARGA de

¹ Blueprint for the provision of comprehensive care to gay men and other men who have sex with men (MSM) in Latin America and the Caribbean. Panamerican Health Organization. 2010. Accesible en: <http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Blueprint%20MSM%20Final%20ENGLISH.pdf>.

² Por la salud de las personas trans. Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la salud. 2013. Accesible en: <http://www.paho.org/arg/images/gallery/Blueprint%20Trans%20Espa%C3%83%C2%B1ol.pdf>.

³ La igualdad en la lista de espera. Necesidades, barreras y demandas en salud sexual y reproductiva y mental en población trans, lesbiana y gay. PROMSEX. 2011.

⁴ Por la salud de las personas trans. Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la salud. 2013. Accesible en: www.paho.org/arg/images/gallery/Blueprint%20Trans%20Espa%C3%83%C2%B1ol.pdf.

las MT y tomen en cuenta sus características específicas⁵. En general, las poblaciones HSH y MT tienen dificultades para acceder a los EESS por temor a ser juzgados/as por su orientación o por su identidad frente a los proveedores de salud⁶.

En los ámbitos rurales (amazónicos)

En el caso de las poblaciones indígenas existe también deficiencias en las formas en que se estructura su relación con el sistema sanitario, sobre todo en temas relacionados a la salud sexual y el VIH como lo resume Adrián Hernández⁷: *“Los centros y puestos de salud son escasos para la población indígena alto andina y amazónica, y usualmente no hay hospitales disponibles. Las distancias largas a recorrer para tener acceso a los centros de salud, los costos elevados de transporte, la falta de conocimiento del idioma nativo por parte de los prestadores de salud, y la poca confianza en la medicina occidental son factores que determinan el escaso uso de los centros prestadores de salud. Además, los centros de salud accesibles realizan pocas actividades para el diagnóstico, tratamiento y profilaxis de ITS y VIH, y no son percibidos como referentes para atención de estas enfermedades”*.

Sin duda, el sistema de salud no incorpora de forma efectiva la interculturalidad, lo que incluye no solo el uso del lenguaje étnico, sino también la comprensión de las diferentes manifestaciones culturales. Como se recoge del estudio etnográfico⁸ realizado en Condorcanqui, el sistema de salud que atiende a poblaciones indígenas no ha priorizado el enfoque intercultural como contraparte ideológica a las metas clínicas y epidemiológicas que se plantea.

La oferta y la implementación de los servicios muestran dificultades que terminan vulnerando el derecho a estas poblaciones, su identidad y sobre todo su integridad en la salud. En esa misma línea, se observa que en los establecimientos de salud no cuentan con los insumos suficientes (pruebas rápidas, TARGA para gestantes, etc.) para toda la población en riesgo de epidemia y en muchos de los más alejados, la escasez se agudiza peligrosamente⁹.

La accesibilidad es escasa a los servicios que brinda el Estado. Como lo señala el Informe Defensorial 169¹⁰ donde se ha constatado que los pueblos indígenas se encuentran en un proceso de acumulación epidemiológica, pues, además de las enfermedades más recurrentes, se ha advertido el inicio de morbilidades y mortalidades relacionadas con los procesos de cambio que inciden en ellos, tales como la urbanización, migración, contaminación de los ríos, fuentes de agua y medio ambiente, entre otros.

A diferencia de los derechos individuales que tienen como sujeto a una persona o un individuo, los derechos colectivos, son derechos diferenciales que corresponde a un colectivo o un grupo social caracterizado por pertenecer a un pueblo indígena u originario. En ese sentido, estos derechos tienen como finalidad proteger los intereses, historia e identidad de los pueblos indígenas u originarios como colectivos con características propias, distintas a las de la sociedad mayor.

⁵Ximena Salazar L. y Jana Villayzán Aguilar. Lineamientos para el trabajo multisectorial en población trans, derechos humanos, trabajo sexual y VIH/sida. IESSDEH, RED-LACTRANS, UNFPA, 2009.

⁶La igualdad en la lista de espera. Necesidades, barreras y demandas en salud sexual y reproductiva y mental en población trans, lesbiana y gay. PROMSEX, 2011.

⁷Adrián V. Hernández Díaz. Síntesis de evidencia de la situación de salud de la población indígena y amazónica de Perú y Bolivia, con énfasis en ITS y VIH y Hepatitis B. Consultoría para UNICEF, 2014.

⁸Informe etnográfico para propuestas de modificatoria a la NTS de VIH y sida para población Awajún de Condorcanqui – Amazonas. Rodrigo Lazo, B. Adriana Verán y B. Ximena Flores. 2014.

⁹Informe etnográfico para propuestas de modificatoria a la NTS de VIH y sida para población Awajún de Condorcanqui – Amazonas. Rodrigo Lazo, B. Adriana Verán y B. Ximena Flores. 2014.

¹⁰Defensoría del Pueblo. Informe Defensorial N° 169: «La defensa del derecho de los pueblos indígenas amazónicos a una salud intercultural» Consultado el 02/07/2015. En: <http://www.defensoria.gob.pe/modules/Downloads/documents/PPT-Informe-Defensorial-169.pdf>

No obstante, como advierte la Defensoría del Pueblo, en su Informe Defensorial 169, “se aprecia un vacío en el relacionamiento del sistema oficial de salud con el sistema indígena de salud, en cuanto al conocimiento y uso terapéutico de plantas medicinales como en lo que se refiere a la articulación con los agentes de la medicina tradicional para la promoción, atención y rehabilitación de salud de las personas de las comunidades”¹¹. Asimismo, con frecuencia, se extrapolan pautas y esquemas de tratamiento o intervención empleados en zonas urbanas o urbano-marginales sin adecuarlas a las necesidades o realidades propias de las poblaciones indígenas.

Este rechazo, señala la Defensoría del Pueblo, “es percibida como un rechazo a su propia cultura”, lo que aunado a las “actitudes poco sensibles y hasta irrespetuosas de sus saberes y prácticas” por parte del personal de salud, crea un ambiente de desconfianza e incomodidad en las personas de los pueblos indígenas que los lleva a alejarse de los establecimientos de salud¹².

1.3 Contexto de los sistemas de salud y sistemas comunitarios

El MINSA ejerce el rol rector dentro del sistema nacional de salud que también está conformado por el Seguro Social (EsSalud), la sanidad de las fuerzas armadas y policía nacional, la red de hospitales municipales y el sistema privado.

En la actualidad, las regiones cuentan con Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) que, en el contexto de la descentralización política, se han convertido en órganos desconcentrados dependientes de sus respectivos gobiernos regionales, con mayor autonomía para el manejo de sus presupuestos, incluyendo los recibidos a través del sistema PpR (Presupuestos por Resultados). Sin embargo, se mantiene un vínculo funcional y programático con el nivel central del MINSA, que dicta las normas y políticas a ser aplicadas en todos los ámbitos geográficos. En cambio, el sistema de salud del departamento de Lima, si mantiene una relación estructural y funcional con el propio MINSA, a través de las Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS).

La atención preventiva de las poblaciones clave se realiza en 83 UAMP y 25 CERITS a lo largo de todo el país, diferenciándose por su nivel de complejidad, acorde a su capacidad para el desarrollo de pruebas diagnósticas. Todos cumplen con la llamada Atención Médica Periódica que se oferta a las poblaciones clave en el Perú, específicamente MT, HSH y TS. Su oferta comprende el acceso a pruebas diagnósticas, tanto para infección por VIH, como también para las infecciones de transmisión sexual. En la actualidad se ha implementado al menos un centro de atención integral en cada región. Sin embargo, su nivel de aceptación ha disminuido de forma importante por parte de las poblaciones beneficiarias.

Y con relación al TARGA, existen 145 establecimientos que lo proporcionan. La mayoría de establecimientos acreditados se ubican en Lima y Callao. Solo en Loreto, región con la segunda población más importante de PVV, cuenta con 5 establecimientos acreditados.

1.4 El reto del Aseguramiento Universal y su relación con la infección por VIH

El Perú declaró como prioridad el aseguramiento universal en salud (Ley 29344), y como parte de la reforma sectorial creó el Seguro Integral de Salud (SIS) que constituye una institución adminis-

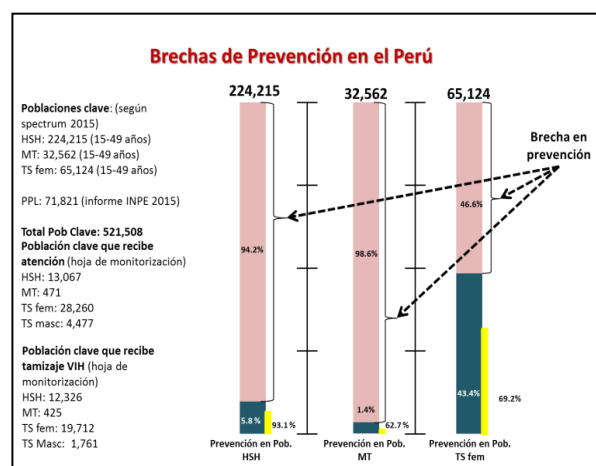
¹¹Defensoría del Pueblo. Informe Defensorial 169. 2015, p.52.

¹²Defensoría del Pueblo. Informe Defensorial 169. 2015, p.46 y 53.

tradora de fondos de aseguramiento de salud (IAFAS). El SIS brinda un seguro de salud a las personas pobres y muy pobres, según evaluación del Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH) y a poblaciones priorizadas (mujeres gestantes, PPL, entre otras). El objetivo final es lograr el aseguramiento universal de la salud para toda la población del Perú en la siguiente década.

Si bien la cobertura del SIS se ha incrementado de manera importante, aún persisten barreras para aquellas condiciones que se manejan a través de las Estrategias, ya que éstas asignan directamente sus fondos a través del Presupuesto por Resultados (PpR) que cobertura la atención de personas afectadas por un daño específico como la infección por el VIH en la casi totalidad, por lo que algunas prestaciones (como los tratamientos antirretrovirales) no forman parte del SIS, excepto para condiciones especiales como la profilaxis destinada a las mujeres gestantes.

Por otra parte, existen barreras para la afiliación que limitan el acceso de PVV en pobreza y extrema pobreza, especialmente por la falta de reconocimiento a la identidad de género, situación muy cercana a las MT que viven con el VIH. Frente a tal panorama, se tiene a regiones como Loreto, donde se lograron convenios con los gobiernos locales que permitió el mejor acceso al SIS por parte de las PVV en sus diferentes condiciones¹³. Más adelante, se describirán los nuevos avances en torno al aseguramiento con fines de prevención, especialmente en los CERITS y UAMP.



1.5 Las estrategias de atención preventiva contra el VIH

De acuerdo a los tamaños poblacionales estimados por el Ministerio de Salud para el modelo Spectrum al 2014, el universo de HSH (entre los 15 y 49 años) en el Perú sería de 224,215 personas y el de mujeres transgénero (para el mismo rango de edades) alcanzaría a 32,562 personas. De estos totales, sólo 13,067 HSH y 471 MT habrían sido captados por los servicios de los CERITS y UAMP donde se desarrolla el diagnóstico y manejo de ITS y VIH, de acuerdo a la información consolidada desde las hojas de monitorización del MINSA, lo que evidencia una brecha en prevención del 94,2% en HSH y de 98,6% en MT. No necesariamente todos los HSH y MT que son atendidos por los servicios de CERITS y UAMP se realizan pruebas de tamizaje para VIH, como se indica en el cuadro adjunto, donde se consigna 12,326 (93,1%) de HSH y 425 (62,7%) de MT que son tamizadas para VIH.

Los servicios ofrecidos a las poblaciones HSH y MT centran su atención en la prevención de ITS, siendo débiles o inexistentes los servicios de apoyo psicológico, apoyo nutricional, servicio de salud sexual, y otros que permitan un abordaje integral acorde a su género, convirtiéndose en una barrera para el acceso de las poblaciones clave a los servicios de salud. Esta problemática se ha identificado en la evaluación de la ESNITSS (2014)¹⁴, efectuándose diferentes sugerencias para mejorar las intervenciones existentes. A partir de ese proceso, se ha impulsado la actualización de las

¹³ Propuesta para mejorar el acceso de las personas viviendo con VIH y SIDA (PVVS) al aseguramiento universal en salud en el marco de la reforma del sector salud.

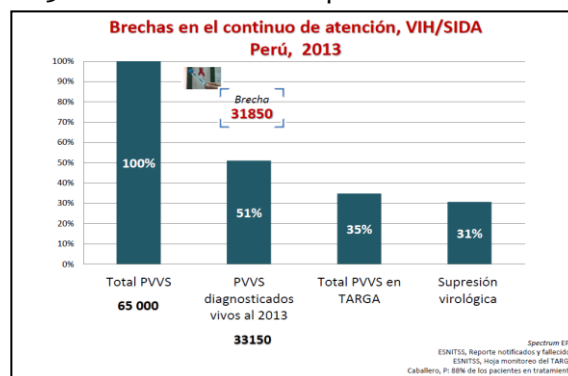
¹⁴ Presentación de Planes Priorizados de la ESN VIH/HIV/Hepatitis B, 2015.

normas de atención PVV (algoritmo diagnóstico, criterios de inicio de TARGA e inclusión de esquemas de dosis fija para primera fase), transmisión vertical y la creación de planes focalizados para población de MT¹⁵ y poblaciones indígenas amazónicas¹⁶.

1.6 La cascada de la atención en VIH

Según autores como Caballero et al, usando las estimaciones del modelo Spectrum, la notificación de casos y la hoja de monitoreo de TARGA, ha estimado que sólo el 51% de las PVV ha sido diagnosticado, y de este total el 35% se encuentra en tratamiento y el 31% ha alcanzado la supresión viral¹⁷. Otros investigadores como Cáceres et al (2014), estimaron la cascada para HSH y MT¹⁸, encontrando una brecha aún mayor en el diagnóstico en estas poblaciones, pues se estimó que solo el 27% de PVV conocía su estatus y solo el 18% del HSH y MT PVV estaban en supresión viral después de un año de tratamiento.

El bajo porcentaje de acceso oportuno a las pruebas de tamizaje explicaría los diagnósticos tardíos de VIH y el ingreso a TARGA con CD4 frecuentemente por debajo de 100/mm³, lo cual implica un incremento de la infecciosidad de estas personas por diagnóstico tardío de la infección¹⁹. Estos hallazgos se correlacionan con la evaluación de la ESNITSS realizada en diciembre 2014, al estimarse que solo el 8% de HSH y MT tiene acceso a servicios de diagnóstico de VIH en los CERITS y UAMP²⁰. Otro estudio evidenció que la estrategia de prevención en poblaciones clave no se ha modificado desde 1996, habiéndose debilitado la eficacia de los educadores de pares, por lo que el sistema de referencia no ayuda a la captación de las poblaciones clave, y en particular de los estratos más juveniles, que se encuentran más expuestos según los resultados de la VC²¹.



Según la misma evaluación, tampoco se involucra a las poblaciones clave para mejorar el acceso a la prevención y al diagnóstico, incluyendo el abordaje inter-programático (salud mental, enfermedades crónicas, atención integral, DDHH, entre otras)²².

Esta baja proporción de diagnóstico genera la necesidad de una activa promoción y facilitación de pruebas diagnósticas de VIH entre la población HSH y MT para mejorar el conocimiento de su estado serológico, así como impulsar mecanismos que aseguren el acceso a métodos de prevención combinada y tratamiento atractivos a estas poblaciones para evitar pérdidas en el Continuo de la atención.

Esta baja proporción de diagnóstico genera la necesidad de una activa promoción y facilitación de pruebas diagnósticas de VIH entre la población HSH y MT para mejorar el conocimiento de su estado serológico, así como impulsar mecanismos que aseguren el acceso a métodos de prevención combinada y tratamiento atractivos a estas poblaciones para evitar pérdidas en el Continuo de la atención.

1.7 El tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA)

A diciembre 2016, un total de 32,899 personas reciben TARGA. Sin embargo, este número corresponde al 45.7% de las PVV estimadas para el país en ese año (72,000) o el 58% de los diagnosticados

¹⁵ Plan de focalización de la prevención y control de las ITS, VIH/SIDA en población Trans femenina.

¹⁶ Plan de Intervención en comunidades indígenas amazónicas de la provincia de Condorcanqui.

¹⁷ Presentación de plan de priorización de la ESNITSS.

¹⁸ Cáceres C, Konda K, Silva A, Salazar X. Continuum of care Estimations in the Peruvian HIV concentrated Epidemic. Abstract submitted to CROI 2014.

¹⁹ Cáceres C, Konda K, Silva A, Salazar X. Continuum of care Estimations in the Peruvian HIV concentrated Epidemic. Abstract submitted to CROI 2014.

²⁰ Evaluación de la Estrategia Sanitaria Nacional de ITS, VIH y Hepatitis B en el Marco de la Reforma del Sector Salud. Diciembre 2014

²¹ Evaluación de la estrategia de promotores educadores de pares (PEP) HSH y TS de la ESN PC ITS y VIH/Sida. 2010.

²² Evaluación de la ESNITSS en el marco de la Reforma del Sector Salud. Pág. 15-19.

(56,887). Solo se puede recurrir a la información derivada de las pruebas de monitoreo (carga viral y recuento de linfocitos CD4) cuya ejecución está centralizada por escasos laboratorios en el país.

En diciembre 2014 se actualizó la norma de atención, introduciendo nuevos criterios de inclusión al TARGA, como contar con un CD4 <500. Adicionalmente se incluyó esquemas terapéuticos en mujeres gestantes, personas co-infectadas con TB, personas con hepatitis B y parejas sero-discordantes, independientemente de su recuento de linfocitos CD4.

El esquema de primera línea incluye un inhibidor no nucleósido de la transcriptasa reversa más 2 inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa. Esta norma también modifica el algoritmo de diagnóstico para permitir el inicio precoz del tratamiento e incluye la indicación de exposición sexual de riesgo para el inicio de profilaxis post exposición²³. Estos nuevos conceptos obligarán a esfuerzos adicionales de sensibilización y capacitación del capital humano responsable de la atención en el sistema de salud.

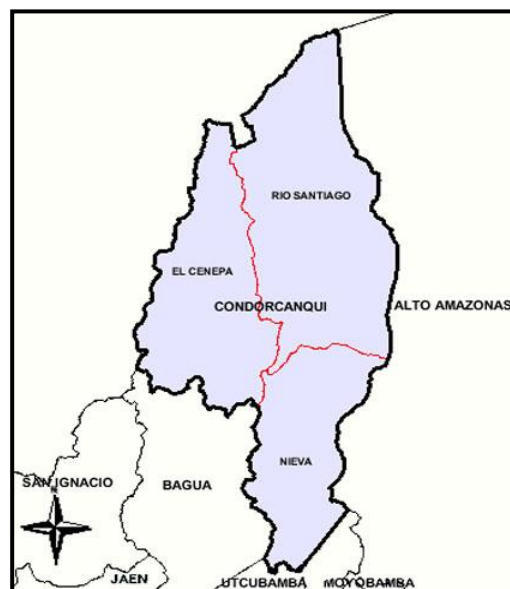
El seguimiento inmunológico de las PVV (CD4 y CV), se realiza cada 3 a 6 meses. Si bien la toma de muestras se realiza en cada establecimiento, el procesamiento es centralizado en los laboratorios regionales de referencia. Tal situación obliga a un cronograma restringido para cada EESS responsable de brindar el TARGA, pues no se puede enviar muestras a procesar en días diferentes a los programados para cada servicio, trayendo consigo problemas en la adherencia a los controles.

Existe un sistema de reporte de resultados online (NetLab) centralizado en el Instituto Nacional de Salud (INS) que lidera la red de laboratorios públicos en el país, pero no existe un sistema que monitoree a los pacientes que brinde alertas cuando los resultados pudieran indicar, falla virológica o falta al seguimiento. El INS también tiene a disposición de las personas afectadas el servicio de genotipificación, para evaluar resistencia a medicamentos antirretrovirales y poder elegir esquemas de segunda línea o de rescate.

1.8 El sistema de atención para las comunidades indígenas:

En Condorcanqui, la red de salud (RS) se encuentra en el distrito de Santa María de Nieva y dependen de ella 62 EESS: 56 Puestos de Salud (atendidos principalmente por técnicos sanitarios), 5 Centros de Salud y 1 Hospital. En el Datem del Maraón, la RS está situada en San Lorenzo y cuenta con 49 EESS: 46 son Puestos de Salud y 2 Postas de Salud y un Centro de Salud. Excepto el Hospital de Santa María de Nieva, todo el resto de EESS solo pueden ser accesibles por vía fluvial.

El TARGA en estas zonas se brinda en el hospital donde se localiza la RS, aunque en los últimos años se han desarrollado esfuerzos para llevar el tratamiento a EESS de menor complejidad, localizados más cerca de las comunidades.



²³ Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con Infección por VIH. NTS N°097 – MINS/DGSP-V-02.

Se ha fortalecido los servicios de atención y laboratorios en la zona gracias a un Plan focalizado de VIH destinado a población indígena amazónica, formulado por el MINSa. En este marco, y gracias a la colaboración de UNICEF, se ha comprado 2 equipos portátiles de citometría de flujo para medir CD4 y se ha diseñado un plan comunicacional para la población Awajún de Condorcanqui. Este esfuerzo ha mejorado el acceso al diagnóstico de VIH en la zona, iniciando el TARGA a un número cada vez mayor de beneficiarios, a pesar de las barreras culturales y de acceso geográfico existentes. Actualmente hay 57 (23%) indígenas amazónicos de Condorcanqui en tratamiento, mientras que a diciembre 2014 solo eran 6 (6%). El avance de estas intervenciones es más visible en Condorcanqui que en el Datem del Marañón, toda vez que en esta zona las actividades desarrolladas con las comunidades nativas (incluyendo una constante interacción con sus jefes comunitarios o Apus) datan por más tiempo que en el Datem del Marañón.

1.9 Atención de la co-morbilidad de TB-VIH:

La tuberculosis (TB) constituye la principal causa de morbilidad y mortalidad entre las PVV del Perú. En la actualidad, se cuenta con normas que garantizan el acceso gratuito a la prueba de VIH por parte de las personas con diagnóstico de TB en cualquiera de sus formas clínicas. Según datos de la DPCT, el 66% de los casos de TB fueron tamizados para VIH, encontrándose 1,243 casos de co-infección (6%). El 59% de los casos fueron notificados en Lima y Callao y, algunas regiones del país tuvieron casos de hasta 7% como Loreto y Tumbes. En el 2013, el 64% de coinfectados iniciaron TARGA. La tasa de éxito de tratamiento anti tuberculoso en estos pacientes alcanzó el 67% para el 2013, siendo similar a la reportada para los nuevos casos de TB a nivel mundial²⁴.

En el 2011, un 21% de las personas con diagnóstico nuevo de tuberculosis tenían también un diagnóstico confirmado de infección por VIH. En la actualidad, la Norma Técnica Nacional de VIH incluye el descarte de TB en toda persona diagnosticada de VIH y si no existiese evidencia clínica o bacteriológica, se procederá a la profilaxis con isoniacida.

Uno de los principales problemas para el manejo de la co-infección es que los pacientes son abordados por ambas estrategias y en diferentes niveles del sistema de salud. Por ejemplo, la estrategia de tratamiento de TB es el DOT (tratamiento directamente observado) que se brinda en hospitales y/o centros de salud, que no necesariamente coincide con los hospitales donde se provee el TARGA, creando problemas de adherencia y toxicidades entre ambos tratamientos.

Actualmente, se está trabajando en una nueva normatividad destinada al manejo de la co-infección TB/VIH destinada a resolver estos dilemas, incluyendo la descentralización de los tratamientos anti-retrovirales hacia los establecimientos de primer nivel, lo que facilitará su manejo en los mismos escenarios por parte de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de ITS y VIH.

El "Continuum de la Atención", que se resume en la meta 90-90-90, constituye un nuevo escenario donde deberán fortalecerse los procesos de vinculación y retención ligados al tratamiento. Este nuevo contexto obliga a desarrollar estrategias efectivas de comunicación destinadas a la vinculación a través de EP que permita el inicio del proceso de diagnóstico y tratamiento, como también fortalecer las capacidades de los colaboradores de los sistemas de salud que proveen diagnóstico y tratamiento para el VIH, incluyendo educación y sensibilización continuas.

²⁴ TB Global Report 2014.

El sistema de salud tiene serias dificultades para mejorar la percepción de su calidad por parte de las poblaciones clave, lo que conlleva una baja aceptación de su oferta. Tal situación obliga a una búsqueda más activa, utilizando estrategias basadas en EP, brigadas móviles en lugares de interacción social y la diversificación de los servicios, con el concurso de organizaciones comunitarias y privadas, como también el uso de plataformas virtuales de comunicación.

Las comunidades indígenas, constituyen una nueva población vulnerable que tiene un escaso acceso a los servicios de salud, lo que plantearía la necesidad de estrategias basadas en la interacción activa a través de brigadas móviles de salud.

La centralización de las pruebas de laboratorio que definen el inicio del tratamiento y el monitoreo del mismo (CD4 y carga viral) están centralizadas en escasos laboratorios a nivel regional y nacional. La descentralización tecnológica para CV permitiría un mayor acceso al tratamiento precoz.

La co infección TB/VIH, es una problemática priorizada para la financiación con recursos del país. Tanto las Direcciones de Prevención y Control de TB y VIH garantizarán el fortalecimiento del tamizaje para VIH en las personas con diagnóstico reciente de TB, como también el acceso a la búsqueda de Bk en personas con diagnóstico reciente de VIH; asimismo, al descentralizarse el TARGA hacia los primeros niveles de atención de salud permitirá el manejo conjunto de esta problemática en los EESS.

1.10 La respuesta del país para mejorar el Continuo de la Atención

A partir del PEM 2015-2019 se ha ejecutado varias de sus líneas estratégicas y actividades a través de la DPVIH, se cuenta con el PpR, Planes Focalizados, proyectos de inversión pública e inversión de la cooperación internacional. A continuación se describen brevemente los principales avances programáticos:

Actualización de Normas Técnicas Sanitarias (NTS). Se ha actualizado las NTS de atención de PVV, de transmisión vertical y de vigilancia epidemiológica de VIH, encontrándose en revisión las normas correspondientes a la atención de MT, de consejería de VIH y de educadores de pares.

Los planes focalizados. Se han elaborado 2 planes focalizados para intervenir poblaciones altamente afectadas por la epidemia del VIH como son las MT y poblaciones indígenas. El objetivo de estos esfuerzos es desarrollar una intervención integral de prevención, atención y tratamiento para disminuir el impacto del VIH. Ambos planes se insertan en los objetivos 1, 2 y 3 del PEM.

Los procesos asistenciales. Aquí se viene trabajando en el marco del continuo de la atención de las PVV, que se inicia con el diagnóstico, continua con la vinculación a servicios de salud para PVV y el inicio de TARGA hasta lograr que las PVV tengan una carga viral indetectable sostenida. En este proceso se han identificado brechas en cada etapa del continuo, sobre las cuales el Estado viene luchando para cerrarlas. El objetivo es honrar los compromisos del país con la OMS de consolidar la meta 90-90-90 al 2020. En este sentido, se muestra las siguientes evidencias de los avances:

- **Diagnóstico.** Se ha modificado el algoritmo diagnóstico para incluir pruebas rápidas, y así incrementar su uso y lograr un diagnóstico más accesible a las diversas poblaciones. Hasta el momento se ha logrado diagnosticar a más de 30,000 PVV, quedando pendiente una brecha del 51% por cubrir.
- **Atención a PVV:** Se ha modificado la NTS de atención a PVV para redimensionar el equipo multidisciplinario, impulsar su creación en los EESS de primer nivel de atención y ampliar la oferta de servi-

cios de atención a nivel nacional, toda vez que, en la actualidad, el tratamiento se reduce a los ámbitos hospitalarios, los cuales están situados en las ciudades más grandes. Esto logrará que, además de servicios de prevención, los CERITS puedan también brindar atención a PVV.

- **Inicio de TARGA:** Uno de los cambios más saltantes es la modificación del criterio de CD4 para inicio de tratamiento ARV. Ahora el nivel necesario se ha elevado a <500 cels/mm³, en concordancia con las guías internacionales y normas regionales, lo cual permitirá el ingreso al TARGA de más personas, evitando así la aparición de complicaciones asociadas a esta enfermedad.
- **Alcanzar carga viral (CV) indetectable:** Aquí los principales logros son la incorporación de tratamientos de primera línea y esquemas combinados a dosis fija de una sola toma al día, que permitirán una mejor adherencia al disminuir el número de tabletas y las dosis por día.

2. Descripción del Servicio:

Convocatoria para el proceso de Selección de un grupo consultor para efectuar el “**Estudio sobre el Continuo de la Atención de las personas viviendo con el VIH**”, como parte del Programa “**Expansión de la Respuesta Nacional al VIH en Poblaciones Clave y Vulnerables de Ámbitos Urbanos y Amazónicos del Perú**”.

3. Objetivos y Ámbito de Intervención:

La selección de una entidad consultora permitirá conseguir los objetivos planteados en esta convocatoria, los cuales son los siguientes:

3.1 Objetivo General:

Contar con una cascada de atención actualizada al año 2017, incluyendo el análisis de las brechas existentes tanto a nivel nacional como en las zonas de intervención del proyecto “Expansión de la respuesta nacional al VIH en poblaciones clave y vulnerables de ámbitos urbanos y amazónicos del Perú”.

3.2 Objetivos Específicos:

- a) Identificar los indicadores trazadores de cada pilar de atención (según las guías de construcción de indicadores de la cascada de OMS y ONUSIDA).
- b) Colaborar con el Ministerio de Salud en la búsqueda y sistematización de la data oficial, como también en el desarrollo de un efectivo control de calidad de la información obtenida.
- c) Identificar Las barreras y desafíos para cada pilar de la cascada, destacando aquéllos que afectan a la población clave (HSH, trans y TS).
- d) Identificar las barreras, desafíos y propuestas identificados para los segmentos de población más ocultos de los HSH y mujeres trans.
- e) Identificar las brechas existentes y las oportunidades para alcanzar metas más eficientes en la atención de las personas con co infección VIH – Tuberculosis.
- f) Proponer, acorde a los análisis, consensos y conclusiones obtenidas, las recomendaciones para mejorar el Continuo de la Atención en las áreas de estudio.

3.3 Ámbito de Intervención:

El estudio comprenderá una cascada nacional y también a los establecimientos acreditados que proporcionan medicamentos antirretrovirales, en los diferentes subsistemas de salud –Ministerio de Salud, EsSalud, Sanidad de las FF.AA. y PNP y centros privados– ubicados en las ciudades de Lima, Callao, Trujillo, Piura, Tarapoto, Iquitos, Ica, Chiclayo, Tumbes, Arequipa, Moquegua, Tacna, Cuzco y Pucallpa.

3.4 Poblaciones objetivo del estudio:

Se define, en función de su mayor impacto epidemiológico y vulnerabilidad individual a las siguientes poblaciones:

- a) Población general (para la cascada nacional).
- b) Hombres que tienen sexo con hombres.
- c) Mujeres transgénero.
- d) Mujeres en edad sexual reproductiva.
- e) Adolescentes de los diferentes géneros.
- f) Personas con co-infección VIH – Tuberculosis.

4. Bases conceptuales de un Estudio sobre el Continuo de la Atención:

4.1 Marco conceptual:

El Continuo de la Atención se inicia desde la primera prueba diagnóstica que resulte reactiva al VIH. Asimismo, el tratamiento efectivo del VIH no solo abarca el acceso a los medicamentos, pues incluye también el acceso a los servicios complementarios que promoverán la salud (y el bienestar) del individuo, asegurando su retención y el alcance de la supresión viral en el largo plazo²⁵. El conocimiento pleno del Continuo de la Atención y de las estrategias de intervención para fortalecer su eficiencia permitirán diversos beneficios para las poblaciones afectadas como:

- a) El reconocimiento temprano de su estado serológico
- b) La oportunidad de acceder oportunamente a la atención clínica.
- c) El inicio precoz de la terapia antirretroviral.
- d) La supresión sostenida de la carga viral.
- e) Asegurar una mejor adherencia al encontrarse en condiciones más óptimas, gracias al inicio temprano del TARGA.
- f) Asegurar el manejo eficiente de otras co-morbilidades como la tuberculosis.

Por otra parte, la Cascada de Tratamiento, constituye una representación visual de la proporción de personas con VIH diagnosticadas, vinculadas a la atención de salud, en tratamiento antirretroviral y con carga viral suprimida.²⁶ Una alta proporción de personas con VIH y con carga viral indetectable, no solo constituye un indicador del éxito de la terapia antirretroviral, pues también refleja la eficiencia del sistema de salud que atiende y orienta a las personas afectadas.

²⁵ Gardner E. et al. *The Spectrum of Engagement in HIV Care and its Relevance to Test and Treat Strategies for Prevention of HIV infection. Clinical Infectious Diseases* 2011;52(6):793-800

²⁶ Cairns G. *Are we underestimating the proportion of virally-suppressed patients in the US In www.adismap.com/print/Are-we-underestimating-the-proportion-of-virally-suppressed-patients-in-the-US/page/26600686*

Y por último, la terapia ARV efectiva, también contribuirá a la prevención en la transmisión del VIH y es un componente importante de los programas nacionales para reducir la incidencia.

4.2 Definiciones:

- **Vinculación:** que implica la integración de personas con diagnóstico reciente al sistema de atención relacionado a la infección por el VIH.
- **Retención:** que traduce el cumplimiento de los controles planificados entre la institución que proveerá los servicios necesarios y las personas afectadas.
- **Supresión de la actividad (o carga) viral,** que se expresará en las mediciones de este indicador de actividad viral durante el primer año de iniciado el tratamiento antirretroviral.

4.3 Análisis a considerar en el estudio del Continuo de la Atención:

Acorde a las Directrices 2018 publicadas por el Programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA)²⁷ se propone el análisis de múltiples indicadores con sus correspondientes construcciones y metodologías de medición (desde las fuentes que los producen) como, por ejemplo:

- Personas que viven con el VIH que conocen su estado serológico respecto del VIH.
- Personas que viven con el VIH que reciben terapia antirretroviral.
- Retención en la terapia antirretroviral a los 12 meses.
- Personas que viven con el VIH que tienen la carga viral suprimida.
- Diagnóstico tardío del VIH.
- Desabastecimiento de medicamentos antirretrovirales.
- Personas con tuberculosis que acceden a un tamizaje gratuito para VIH.
- Personas que viven con el VIH que acceden a un tamizaje oportuno para descarte de TB.
- Mortalidad relacionada con el sida.
- Y otros más que resulten prioritarios acorde al consenso con los diversos actores consultados.

Asimismo, se deberán analizar y estimar el impacto ejercido por los diversos determinantes por cada uno de los pilares del Continuo, y que inciden en la problemática de la atención de las personas viviendo con el VIH (PVV) como, por ejemplo:

- a) **Los factores ligados al sistema de salud,** desde la gobernanza, liderazgo, la planificación eficaz y la financiación oportuna, hasta la respuesta logística y operativa del sistema de salud para asegurar el acceso a insumos para el diagnóstico y fármacos ARV, garantizando la confidencialidad, calidad de atención y la adecuada descentralización de estos servicios en EESS del primer nivel para mejorar su acceso geográfico. Y por otra parte se deben examinar los diferentes procesos relacionados al registro, referencia, sistematización y utilización eficaz - para la toma de decisiones-, de las diferentes datas existentes.
- b) **Los determinantes políticos,** que comprenderían las reformas de salud, la dinámica funcional relacionada al recambio de funcionarios y equipos técnicos en los diferentes niveles, el nivel

²⁷ ONUSIDA. *Monitoreo Global del SIDA 2018. Indicadores para el seguimiento de la Declaración Política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el SIDA 2016. Serie ONUSIDA – Directrices 2016*, pp 35-46

de respuesta por parte de la sociedad civil, la priorización de la problemática desde los líderes de opinión y de la clase política, entre otros aspectos.

- c) **Los determinantes sociales y culturales**, que abarcarían aspectos muy diversos desde el estigma, la discriminación y segregación de las personas afectadas, como también su estratificación socioeconómica acorde a los estándares reconocidos en el país, riesgo de marginalidad (o de criminalización), violencia sexual y otros aspectos que puedan proponerse como relevantes.
- d) **Los determinantes individuales**, que comprenderían edad, género, identidad étnica, religiosa o cultural, hasta condiciones no ligadas al VIH (enfermedades congénitas, secuelas, minusvalías por diversas causas y otras que vulneren la capacidad del individuo para enfrentar una nueva condición, salud mental y nutricional), y factores de riesgo que limiten su relación con la vinculación y/o retención (consumo de drogas, abandono y/o marginalidad social)²⁸.

Y, por último, se debe examinar otras variables ligadas a las poblaciones más vulnerables o “clave” a la epidemia en las zonas de estudio que requieren de una atención centrada en demandas como:

- a) **Reconocimiento y respeto a su identidad sexual**, especialmente para los hombres gay y mujeres lésbicas, como también para las mujeres trans.
- b) **Oferta de servicios específicos a sus necesidades** como la búsqueda activa de otras ITS, provisión de preservativos y lubricantes, acceso a terapias hormonales –para las mujeres trans– y otros que resulten relevantes.

5. Productos Esperados:

5.1 Los productos son los siguientes:

PRODUCTO 1: PLAN DE TRABAJO

- a. Elaboración de un marco conceptual que comprenda antecedentes, definiciones, propósito y objetivos del estudio.
- b. Elaboración del Plan de Trabajo, que defina con claridad las diferentes fases y principales actividades para el diseño, ejecución, análisis y presentación del estudio y su cronograma estimado, acorde al tiempo total otorgado a la consultoría.
- c. Identificación de actores con liderazgo de opinión sobre los diferentes aspectos relacionados al Continuo de la Atención, incluyendo a los coordinadores regionales, equipos multidisciplinarios de salud, organizaciones no gubernamentales, asociaciones comunitarias, sociedades científicas y cooperación internacional

PRODUCTO 2: DISEÑO DEL ESTUDIO

- a. Obtención y análisis de las datas existentes desde las diferentes fuentes que acopian y sistematizan información sobre los diferentes pilares que caracterizan el Continuo de la Atención.

²⁸ Melanie Thompson, MD. *Challenges of the US Cascade of Care*. AIDS Research Consortium of Atlanta, Georgia Department of Public Health

- b. Proposición de metodologías para el análisis cualitativo de los diferentes procesos relacionados al registro, referencia, sistematización y utilización eficaz -para la toma de decisiones-, de las diferentes datas existentes, describiendo las brechas correspondientes.
- c. Identificación, análisis y consenso con los actores correspondientes sobre los factores ligados a la gobernanza, liderazgo, financiación, acceso a la tecnología, soporte administrativo y otros aspectos relevantes del sistema de salud pública para el cumplimiento del Continuo de la Atención.
- d. Identificación, análisis y consenso con los actores correspondientes sobre los determinantes sociales, económicos, culturales y otros que puedan resultar relevantes sobre el Continuo de la Atención.
- e. Proposición de instrumentos para el registro de fuentes secundarias y formulación de encuestas y/o entrevistas a profundidad destinadas a las fuentes primarias.

PRODUCTO 3: EJECUCIÓN DEL ESTUDIO

Desarrollo de las actividades acorde al diseño del estudio y al cronograma propuesto en el Plan de Trabajo. Informe de avance de los diferentes procesos establecidos en el diseño. Presentación de las cascadas de atención nacional, por ámbito de intervención y por poblaciones meta del estudio, las brechas identificadas por cada pilar y los retos que enfrenta el/los sistema(s) de información del país para construir las cascadas.

PRODUCTO 4: INFORME PRELIMINAR

Informe conteniendo las conclusiones y recomendaciones en consenso con actores relevantes. Entre otros aspectos deberán concluirse y recomendarse la formulación de estrategias para reducir las brechas identificadas en cada uno de los pilares del Continuo, considerando los diversos determinantes que confluyen sobre el mismo y las necesidades específicas de las poblaciones más vulnerables o “clave” a la epidemia, así como el análisis de los entornos e internos que caracterizan al sistema de salud.

PRODUCTO 5: INFORME FINAL

El Informe Final del Estudio deberá incluir:

1. Resumen ejecutivo
2. Propósito del Estudio
3. Antecedentes del Proyecto
4. Metodología empleada en el estudio
5. Resultados del Estudio
6. Conclusiones
7. Recomendaciones
8. Referencias bibliográficas
9. Anexos

5.2 Presentación a la Dirección de Prevención y Control de ITS-VIH del Ministerio de Salud.

- 5.3 La firma consultora deberá iniciar de manera inmediata su labor luego de la firma del contrato.
- 5.4 La firma consultora entregará todos los materiales físicos y magnéticos que se hayan obtenido durante la investigación.
- 5.5 La firma consultora entregará el informe impreso y una copia en archivo magnético (CD).

6. De los Requisitos Exigibles a la Entidad Consultora:

6.1 Presentación de los siguientes documentos cuyos formatos aparecen en la sección anexos:

1. Carta de Expresión de Interés.
(ANEXO 1)
2. Declaración Jurada de no estar impedido para participar.
(ANEXO 2)
3. Declaración Jurada de no conflicto de intereses
(ANEXO 3)
4. Pacto de integridad.
(ANEXO 4)
5. Declaración Jurada de cumplimiento de los TDR y del plazo de prestación del servicio.
(ANEXO 5)
6. Lista de Chequeo y Experiencia de la Entidad Consultora
(ANEXO 6)
7. Documentos que acrediten cumplir las condiciones técnicas establecidas en los términos de referencia y las bases, en lo referente a la experiencia del equipo consultor. (ANEXOS 7 y 8)
8. Para el presente proceso se tendrá en cuenta la experiencia institucional del postor (Anexo 6), así como la experiencia acreditada en los CV documentados de los miembros del equipo.

6.2 De las características del Equipo Investigador:

- 6.2.1 El equipo investigador propuesto por la institución deberá estar conformado mínimamente por los siguientes profesionales y/o especialistas:

- 1 Investigador/a Coordinador/a técnico/a
- 2 Asistentes de campo
- 2 Supervisor/as de enlace con las personas viviendo con el VIH

- 6.2.2 El Perfil requerido de los profesionales y/o especialistas del equipo consultor están contenidos en el **ANEXO 8** para tener en cuenta los documentos a presentar y la puntuación respectiva, acorde a las siguientes características:

Perfil del Investigador/a Coordinador/a técnico/a:

- a) Profesional de las Ciencias Sociales o de la Salud.
- b) Estudios de postgrado en Gerencia Social, Salud Pública, Salud Comunitaria, Epidemiología, Enfermedades Infecciosas, Ciencias Sociales, Derechos Humanos o afines. En caso de Diplomado de Pos Grado el puntaje que otorgue será menor.
- c) Buen conocimiento de los sistemas de información en salud (MINSAs /DPVIH, INS,

- CDC, HIS, otros-, INEI, etc.)
- d) Contar como mínimo con 5 años de experiencia en la investigación y/o atención relacionadas a las personas viviendo con el VIH.
 - e) Contar como mínimo con 2 años de experiencia en el trabajo con, por lo menos, una de las poblaciones vulnerables priorizadas en el proyecto.
 - f) Deseable contar con experiencia en el desarrollo de estudios relacionados al Continuo de la Atención, especialmente con personas viviendo con el VIH.
 - g) Manejo de metodologías de investigación cuantitativa, cualitativa y participativa.
 - h) Buena capacidad de negociación y habilidad para interactuar con representantes de organizaciones comunitarias, públicas y privadas.
 - i) Actitud no discriminatoria hacia las poblaciones LGTB y/o con VIH/SIDA.
 - j) Conocimiento a nivel de usuario de entorno Microsoft Office y base de datos.
 - k) Disponibilidad para viajar a las zonas de intervención de la región.

Perfil del Asistente de Campo:

- a) Profesional de las Ciencias Sociales, Estadísticas o de la Salud.
- b) Estudios de postgrado en Gerencia Social, Salud Pública, Salud Comunitaria, Epidemiología, Enfermedades Infecciosas, Ciencias Sociales, Derechos Humanos o afines. En caso de Diplomado de Pos Grado el puntaje que otorgue será menor.
- c) Deseable experiencia en revisión y/o control de calidad de registros de información, historias clínicas, encuestas cuantitativas y actividades similares.
- d) Deseable experiencia en el trabajo con, por lo menos una de las poblaciones vulnerables priorizadas en el proyecto.
- e) Experiencia en investigación o atención relacionadas a las PVV.
- f) Manejo de metodologías de investigación cuantitativa, cualitativa y participativa.
- g) Buena capacidad de negociación y habilidad para interactuar con representantes de organizaciones comunitarias, públicas y privadas.
- h) Actitud no discriminatoria hacia las poblaciones LGTB y/o con VIH/SIDA.
- i) Conocimiento a nivel de usuario de entorno Microsoft Office y base de datos.
- j) Disponibilidad para viajar a las zonas de intervención de la región.

Perfil del/a Supervisor/a de enlace con las personas viviendo con el VIH:

- a) Profesional de las Ciencias Sociales, de la Comunicación, Derecho o Salud (bachiller o estudios universitarios concluidos) o con experiencia equivalente (CV), que debe pertenecer a las comunidades PVV, HSH o Trans.
- b) Experiencia en proyectos relacionados con poblaciones PVV, Gay/HSH y/o Trans.
- c) Conocimiento básico de herramientas de investigación cuantitativa, cualitativa y participativa a nivel básico.
- d) Deseable conocimiento en el manejo de encuestas, entrevistas, formatos de registro y de reporte, protocolos de indicadores, etc.
- e) Dominio a nivel usuario en Microsoft Office, manejo de Internet y base de datos.
- f) Disponibilidad para viajar a las zonas de intervención de la región.

- 6.2.3 Si durante la ejecución de la consultoría se produjera algún cambio de las personas inicialmente propuestas para la conformación del equipo consultor presentado, dicho cambio se realizará con la aprobación correspondiente del contratante.

- 6.2.4 La conformación del equipo consultor deberá basarse en méritos profesionales y experiencia laboral vinculada a la consultoría.
- 6.2.5 En caso de incumplimiento de funciones en la realización de las condiciones del servicio por parte del grupo consultor, el contratante tiene la facultad y potestad de resolver el contrato unilateralmente.

7. Propuesta de Implementación Programática y Financiera:

La firma consultora deberá presentar una propuesta de trabajo que incluya la propuesta técnica y financiera. El trabajo a ser desarrollado deberá incluir:

7.1 CONTENIDOS DE LA PROPUESTA TÉCNICA

A continuación se detalla el contenido que deberá desarrollar el grupo investigador en el Sobre N° 3, el cual deberá contener, como mínimo, los siguientes ítems que serán calificados:

7.1.1 Marco Conceptual, Antecedentes, Propósito y Objetivos:

- a. Introducción.
- b. Sobre la epidemia del VIH en el Perú.
- c. Sobre el sistema de salud, que incluya un marco conceptual sobre cómo se están desarrollando los servicios vinculados a cada pilar de la cascada, no sólo al tratamiento (ie. diagnóstico, vinculación, tratamiento, retención y supresión de la carga viral)
- d. Sobre el Continuo de la Atención en las PVV: revisión de la experiencia nacional e internacional.
- e. Sobre la vinculación con el contexto internacional tanto en relación con a las metas 90-90-90 como a la construcción de los indicadores para la cascada (ie. directrices de construcción de indicadores de cascada de OMS y ONUSIDA).
- f. Sobre las brechas existentes en el Continuo de la Atención en el Perú con miras a las metas 90-90-90
- g. Propósito y objetivos del estudio.
- h. Y otros aspectos que el grupo investigador incorpore como relevantes.

7.1.2 Plan de Trabajo:

- a. Consignación precisa de las diferentes fases y principales actividades para el diseño, ejecución, análisis y presentación del estudio.
- b. Consignación de un cronograma semanal del tiempo total otorgado a la consultoría.

7.1.3 Mapa de Actores:

- a. Consignación de un mapa de actores relevantes para su participación en la validación de resultados, conclusiones y recomendaciones, incluyendo la metodología.

7.1.4 Diseño del Estudio:

- a. Describir como efectuará la actualización de la cascada de atención, construcción de indicadores, identificación de brechas y el análisis de las datas existentes desde las diferentes fuentes que acopian y sistematizan información sobre los diferentes pilares que caracterizan el Continuo de la Atención.

- b. Especificar los niveles de coordinación con la DPVIH y otras instancias del Ministerio de salud para el acceso y uso de la información oficial.
- c. Proponer las metodologías para el análisis cualitativo de los diferentes procesos relacionados al registro, referencia, sistematización y utilización eficaz -para la toma de decisiones-, de las diferentes datas existentes, describiendo las brechas correspondientes.
- d. Describir como efectuará la identificación, análisis y consenso con los actores correspondientes sobre los factores ligados a la gobernanza, liderazgo, financiación, acceso a la tecnología, soporte administrativo y otros aspectos relevantes del sistema de salud pública para el cumplimiento del Continuo de la Atención.
- e. Describir como efectuará la identificación, análisis y consenso con los actores correspondientes sobre los determinantes sociales, económicos, culturales y otros que puedan resultar relevantes sobre el Continuo de la Atención.
- f. Proponer los instrumentos para el registro de fuentes secundarias y formulación de encuestas y/o entrevistas a profundidad destinadas a las fuentes primarias.

7.1.5 Ejecución del Estudio:

- a. Acorde al cronograma propuesto inicialmente y el diseño del estudio, proponer cronológicamente el desarrollo de las actividades y las estrategias para cumplirlas con eficiencia.

7.1.6 Análisis y Sistematización:

- a. Detallar como se efectuará el análisis de la data obtenida.
- b. Detallar el diseño de las reuniones de validación con actores relevantes.
- c. Detallar la metodología para elaborar sus conclusiones y recomendaciones, priorizando la formulación de estrategias para reducir las brechas identificadas en cada uno de los pilares del Continuo, considerando los diversos determinantes que confluyen sobre el mismo y las necesidades específicas de las poblaciones más vulnerables o “clave” a la epidemia, así como el análisis de los entornos e internos que caracterizan al sistema de salud.

7.1.7 Informe Final:

- a. Consignar las características que tendrá el informe final.

7.2 PROPUESTA ECONÓMICA DETALLADA:

Para efecto de la presentación de la Propuesta Económica Detallada (sobre 4), el grupo consultor deberá presentar una propuesta donde identificará los siguientes grupos de gasto:

- a) Costos operativos que incluirán diversos aspectos como movilidades locales, gastos administrativos y de oficina, costos inherentes a los talleres y otras reuniones que se necesiten convocar.
- b) Honorarios del equipo consultor, reclutadores, encuestadores y cualquier otro recurso humano que se requiera contratar para el levantamiento de información.
- c) Conceptos por viajes a las ciudades identificadas para el trabajo de la consultoría.
- d) Otros costos que serán especificados.
- e) Los encuestadores deberán ser recursos humanos de las regiones de intervención.

7.3 PRODUCTOS DE LA CONSULTORÍA:

7.3.1 Producto 1: Marco Conceptual, Antecedentes, Objetivos, Plan de Trabajo y Mapa de Actores

- a. Descripción de la epidemia del VIH en el Perú.
- b. Descripción del sistema de salud, con énfasis en los establecimientos que proporcionan TARGA y/o brindan Atención Médica Periódica.
- c. Descripción del Continuo de la Atención en las PVV: revisión de la experiencia nacional e internacional.
- d. Descripción de las brechas existentes en el Continuo de la Atención en el Perú con miras a las metas 90-90-90.
- e. Propósito y objetivos del estudio.
- f. Y otros aspectos que el grupo investigador incorpore como relevantes.
- g. Consignación precisa de las diferentes fases y principales actividades para el diseño, ejecución, análisis y presentación del estudio.
- h. Consignación de un cronograma semanal del tiempo total otorgado a la consultoría.
- i. Consignación de un mapa de actores relevantes para su participación en la validación de resultados, conclusiones y recomendaciones, incluyendo la metodología para su construcción.

7.3.2 Producto 2: Diseño del estudio

- a. Describir como efectuó la obtención y el análisis de las datas existentes desde las diferentes fuentes que acopian y sistematizan información sobre los diferentes pilares que caracterizan el Continuo de la Atención.
- b. Describir las metodologías que utilizó para el análisis cualitativo de los diferentes procesos relacionados al registro, referencia, sistematización y utilización eficaz -para la toma de decisiones-, de las diferentes datas existentes, describiendo las brechas correspondientes.
- c. Describir como efectuó la identificación, análisis y consenso con los actores correspondientes sobre los factores ligados a la gobernanza, liderazgo, financiación, acceso a la tecnología, soporte administrativo y otros aspectos relevantes del sistema de salud pública para el cumplimiento del Continuo de la Atención.
- d. Describir como efectuó la identificación, análisis y consenso con los actores correspondientes sobre los determinantes sociales, económicos, culturales y otros que puedan resultar relevantes sobre el Continuo de la Atención.
- e. Describir los instrumentos para el registro de fuentes secundarias y formulación de encuestas y/o entrevistas a profundidad destinadas a las fuentes primarias.

7.3.3 Producto 3: Informe de avances sobre la ejecución del estudio

- a. Acorde al cronograma propuesto inicialmente y el diseño del estudio, informar sobre los diferentes procesos cumplidos, y que serán corroborados a través del monitoreo efectuado por el Receptor Principal, el MINSA y otros actores relacionados a la CONAMUSA.

- b. Presentación de las cascadas de atención nacional, por ámbito de intervención y por poblaciones meta del estudio, las brechas identificadas por cada pilar y los retos que enfrenta el/los sistema(s) de información del país para construir las cascadas.

7.3.4 Producto 4: Informe Preliminar

- a. Informe conteniendo las conclusiones y recomendaciones en consenso con actores relevantes. Entre otros aspectos deberán concluirse y recomendarse la formulación de estrategias para reducir las brechas identificadas en cada uno de los pilares del Continuo, considerando los diversos determinantes que confluyen sobre el mismo y las necesidades específicas de las poblaciones vulnerables o “clave” a la epidemia, así como el análisis de los entornos e internos que caracterizan al sistema de salud.

7.3.5 Producto 5: Informe Final

- a. Redacción e impresión de la versión definitiva, luego de la revisión final por actores convocados a través de la CONAMUSA y la DPVIH.

Nota: Todos los instrumentos aplicados (audios, encuestas, guías, etc.) durante la investigación cualitativa y cuantitativa deben ser entregados en su carácter original.

8. Criterios de Evaluación:

8.1 Aspectos Generales:

- a. La propuesta se calificará sobre un puntaje máximo de 3,000 puntos equivalente al 100% de la calificación total de la evaluación, dividida en 4 secciones.
- b. La calificación máxima que tiene la sección “Requisitos Exigibles a la Institución postulantes” es de 600 puntos y equivale al 20% de la evaluación total.
- c. La calificación máxima de la sección “Conformación del Equipo Técnico” es de 600 puntos y equivale al 20% de la evaluación total. El Investigador principal otorga hasta 300 puntos, mientras que cada asistente de campo otorga hasta 100 puntos y cada supervisor de enlace hasta 50 puntos.
- d. La calificación máxima que tiene la sección “Propuesta Técnica Detallada” es de 1,200 puntos y equivale al 40% de la evaluación total.
- e. La calificación máxima que tiene la sección “Propuesta Económica” es de 600 puntos y equivale al 20% de la evaluación total.
- f. Para la primera sección no se otorga puntaje mínimo, a la institución que cumple con todos los requisitos solicitados se le otorga 600 puntos, la que no los cumple queda descartada. Para la sección 2 el porcentaje mínimo es 65% (de 600) que se traduce en 390 puntos, de no alcanzarlos no pasa a la tercera sección. En la tercera sección, el puntaje mínimo es 780 puntos (65% de 1200), en caso de que la institución postulante no los obtenga no accede a la cuarta sección. Finalmente, para la cuarta sección, a la institución que presente la mejor propuesta económica se le otorga 600 puntos, mientras que a la segunda mejor propuesta se le entre 550, a la tercera 500 y así sucesivamente.
- g. En caso de que ninguna propuesta alcance el porcentaje mínimo, el Comité de Selección podrá reducirlo a 60% para continuar con el proceso.

8.2 Evaluación de la Propuesta:

Para la evaluación se han elaborado formatos que facilitarán la evaluación de los distintos componentes por los evaluadores y cuadros que permitirán consolidarla.

El detalle de la ponderación de los distintos componentes sean estos temas, conceptos o personal del equipo del postor que se aplicará para la obtención del puntaje final de cada uno de los postores es el siguiente:

SECCIONES EVALUADAS	PUNTAJE	
	MÁXIMO POSIBLE	OBTENIDO
Requisitos a la Institución Consultora	600 (20%)	
Conformación del Equipo Consultor	600 (20%)	
Un investigador/a Principal	300	
Asistente de Campo 1	100	
Asistente de Campo 2	100	
Supervisor de Enlace 1	50	
Supervisor de Enlace 2	50	
Propuesta Técnica Detallada	1,200 (40%)	
Marco Conceptual	100	
Propuesta de metodología	500	
Propuesta de instrumentos a ser aplicados	200	
Actividades Principales	200	
Cronograma de trabajo	200	
Propuesta Económica Detallada	600 (20%)	
Monto Global		
Costos operativos		
Costos salariales		
Pasajes y viáticos		
Otros gastos		

RESUMEN	Puntaje Total
Total Evaluación del Postulante	
1. Requisitos de Elegibilidad	
2. Conformación del Equipo Consultor	
3. Propuesta Técnica Detallada	
4. Propuesta Económica Detallada	
TOTAL	

8.3 Información Adicional:

8.3.1 Pathfinder International como Receptor Principal preparará un expediente de adjudicación para el grupo consultor seleccionado, el cual incluirá:

- La Carta de notificación de la adjudicación.

- La propuesta de contrato final aprobada con el monto de la adjudicación.

8.3.2 El Representante legal de Pathfinder International contactará a los postulantes seleccionados para informarles que se les ha adjudicado un subcontrato con el Fondo Mundial. Los representantes del equipo ganador serán invitados a las oficinas de Pathfinder International para revisar el expediente de adjudicación. En común acuerdo, el representante legal del equipo seleccionado firmará la Carta de Notificación de Adjudicación (dos copias originales). Asimismo, también deberá firmar también la Certificación referente a la no Financiación del Terrorismo y Lavado de Activos.

9. Coordinación, supervisión y conformidad

La coordinación y supervisión recaerá en el equipo técnico de Pathfinder International. El Coordinador del Proyecto dará la conformidad de los productos encargados.

10. Productos y forma de pago:

El pago de los productos se realizará de acuerdo con el siguiente cuadro:

PRODUCTO	% PAGO	FECHA DE PRESENTACIÓN
A la aprobación del producto 1: Plan de Trabajo	20%	8 de agosto
A la aprobación del producto 2: Diseño metodológico	30%	28 de agosto
A la aprobación del producto 3: Informe de avances ejecutados	20%	16 de octubre
A la aprobación del producto 4: Informe preliminar	10%	23 de octubre
A la aprobación del producto 5: Informe final	20%	30 de octubre

11. Garantía de Fiel Cumplimiento:

La institución ganadora deberá entregar a Pathfinder International la garantía de fiel cumplimiento del contrato (Carta Fianza) en un plazo no mayor a siete (07) días hábiles desde la suscripción del contrato. Esta deberá ser emitida por una suma equivalente al diez por ciento (10%) del monto total de la propuesta económica ganadora y tener vigencia hasta veinte (20) días después de la conformidad de la recepción del producto final a cargo del postor ganador.

12. Ejecución de garantías:

La garantía del fiel cumplimiento se ejecutará en su totalidad, cuando la Institución resuelva el contrato por causa imputable a la contratada. El monto de la garantía corresponderá íntegramente a Pathfinder International, independientemente de la cuantificación del daño efectivamente irrogado.

La garantía se hará efectiva conforme a las estipulaciones contempladas en la Ley de Títulos Valores y el Código Civil.

13. Cumplimiento del contrato:

Si por razones imputables la empresa consultora adjudicada no entregara los productos dentro de los plazos especificados en el contrato, Pathfinder International, sin perjuicio de los demás recursos que tengan con arreglo al contrato, podrá deducir del precio de este por concepto de cláusula penal, una suma equivalente al cinco por ciento (5%) del valor al producto correspondiente, por cada día hábil de atraso, hasta que la entrega sea efectiva.

Dicha penalidad también será aplicada en el caso de incumplimiento por parte del contratado en el levantamiento de observaciones a los productos

La deducción del precio será hasta un máximo del cincuenta por ciento (50%) del precio del valor del estudio correspondiente, y una vez alcanzado este máximo, Pathfinder International podrá considerar la resolución del contrato y la ejecución de la carta fianza de garantía de cumplimiento de contrato.

ANEXOS

ADJUNTOS EN LOS SOBRES DE LAS PROPUESTAS

ANEXO 1
CARTA DE EXPRESIÓN DE INTERÉS

Lima,...de...de 2018

Señores
COMITÉ DE SELECCIÓN
Presente.-

De nuestra consideración:

Quien suscribe, como investigador/a coordinador/a técnico/a, expreso mi interés de participar con mi equipo de trabajo en la convocatoria para la selección del grupo consultor para desarrollar el **“Estudio sobre el Continuo de la Atención de las personas viviendo con el VIH en 14 ciudades del Perú”**, correspondiente al Programa: **“Expansión de la Respuesta Nacional al VIH en Poblaciones Clave y Vulnerables de Ámbitos Urbanos y Amazónicos del Perú”** - Fondo Mundial.

Adjuntamos la documentación que sometemos a vuestra consideración, la cual ha sido preparada de acuerdo con las Bases Administrativas de la Concurso Público, las mismas que declaramos conocer en su integridad y a las que nos comprometemos a cumplir sin limitación alguna.

Asimismo, declaramos que toda la documentación presentada es fidedigna y reconocemos que de demostrarse cualquier falsedad o distorsión de ella, el Comité de Selección tiene el derecho de descalificar nuestra propuesta, siendo su decisión inimpugnable.

Atentamente,

Nombre y firma responsable del equipo

ANEXO 2
DECLARACIÓN JURADA DE NO ESTAR IMPEDIDO PARA PARTICIPAR

El que suscribe,, identificado con DNI N°....., responsable del equipo de investigación postulante (Consultor Principal), declaro bajo juramento que los datos de la organización que a continuación señalo son verdaderos:

- Razón Social (solo si representa a una institución jurídica)
- Dirección
- Domicilio Legal en Lima
- Teléfono
- E-mail
- Fax
- RUC
- DNI

Asimismo, señalo que:

1. Que nuestro grupo no tiene impedimento alguno participar en el proceso de selección.
2. Que uno o más de los miembros del equipo esté impedido para contratar con el Estado.
3. Que uno o más de los miembros del equipo esté inhabilitado por CONAMUSA.
4. Conocemos, aceptamos y nos sometemos en su totalidad a las Bases y condiciones del presente concurso público.
5. Que uno o más de los miembros del equipo no estamos comprendidos en acciones legales, judiciales ni administrativas a la fecha del concurso.
6. Somos responsables de la veracidad de los documentos e información que presentamos para efecto del presente proceso de selección.

Nombre y firma responsable del equipo

ANEXO 3
DECLARACIÓN JURADA - CONFLICTO DE INTERESES

Un real o potencial conflicto de intereses se produce al tener un interés particular, privado, monetario o de cualquier índole, directa o indirectamente relacionado con la adopción de cualquier medida, decisión o transacción que pueda adoptar Pathfinder International y que por ende pueda beneficiar indebidamente a quien suscribe el presente documento, beneficiar a la institución /organización a la que pertenezco o a una organización con la que me encuentre relacionado (a).

Por tanto:

Yo.... identificado (a) con DNI/Carné de Extranjería N° de Nacionalidad como persona responsable del equipo investigador postulante, declaro la ausencia de conflictos de intereses a la fecha en los procesos seguidos por Pathfinder International; y me comprometo a manifestar en cualquier situación y bajo cualquier contexto a la instancia correspondiente de Pathfinder International de la existencia de un conflicto de intereses real o potencial que me involucre; así como circunstancias que objetivamente puedan originarlo, sometiéndome al procedimiento establecido para su resolución.

Si violase este compromiso, me someteré a las medidas que Pathfinder International adopte. De conformidad al compromiso asumido con la institución o sector al que represento, la existencia de un real o potencial conflicto de intereses será puesto en conocimiento del mismo para que éste pueda tomar las medidas pertinentes y de Pathfinder International.

Nombre y firma responsable del equipo

ANEXO 4
PACTO DE INTEGRIDAD

El que suscribe, identificado con DNI N°, representante legal de la institución postulante, Declaro Bajo Juramento lo siguiente:

A través del presente pacto de integridad, recíprocamente reconocemos la importancia de aplicar los principios de honestidad, transparencia, legalidad, oportunidad, equidad, justicia social que rigen los procesos de contratación.

Confirmamos que no hemos ofrecido u otorgado, ni ofreceremos ni otorgaremos, ya sea directa o indirectamente a través de terceros, ningún pago o beneficio indebido o cualquier otra ventaja inadecuada a miembro alguno del Comité de Selección para beneficio.

Confirmamos también que los miembros del Equipo Investigador conocen acerca de su presentación a este concurso garantizando su participación hasta la conclusión del programa, así como del trabajo por realizar y no tienen impedimento alguno para ello. Acompañamos a este pacto, documento suscrito por cada uno de ellos.

Asimismo, declaramos que no existen relaciones de parentesco hasta segundo grado de afinidad o hasta cuarto grado de consanguinidad entre los directivos de la institución postulante con los directivos de Pathfinder International miembros del Comité de Selección y la Secretaría Ejecutiva de la CONAMUSA.

En caso de detectarse o comprobarse el incumplimiento del Pacto de Integridad por nuestra parte, aceptamos ser sancionados quedando impedidos como institución para contratar con Pathfinder International y de las responsabilidades administrativas, civiles y penales que correspondan. Estas responsabilidades se aplicarán así mismo en el caso de incumplimiento del presente Pacto de Integridad, por lo cual me hago responsable y firmo en prueba de aceptación.

Nombre y firma
Representante Legal

ANEXO 5
CUMPLIMIENTO DE LOS TDR Y PLAZOS DE ENTREGA DE LOS PRODUCTOS

Señores:

COMITÉ DE SELECCIÓN

Presente.-

De nuestra consideración:

Quien suscribe, como representante legal de la institución postulante, expreso mi interés de participar con un equipo de trabajo en la convocatoria para la selección del grupo consultor para desarrollar el **“Estudio sobre el Continuo de la Atención de las personas viviendo con el VIH en 14 ciudades del Perú”**, correspondiente al Programa: **“Expansión de la Respuesta Nacional al VIH en Poblaciones Clave y Vulnerables de Ámbitos Urbanos y Amazónicos del Perú”** - Fondo Mundial.

Yo,, identificado con D.N.I N°, domiciliado en, en mi calidad de Representante Legal de la Empresa, en relación al presente Proceso de Selección **DECLARO BAJO JURAMENTO:**

Que mi representada se compromete al fiel cumplimiento de los TDR y a efectuar la entrega de los productos en los plazos estipulados.

Atentamente,

Nombre y firma
Representante Legal

ANEXO 6
LISTA DE CHEQUEO

INSTITUCIÓN POSTULANTE	MEDIO DE VERIFICACIÓN	CUMPLE	
		SI	NO
1. Ficha RUC actualizada.	<ul style="list-style-type: none"> • Ficha RUC 		
2. DNI del Representante Legal.	<ul style="list-style-type: none"> • Fotocopia simple 		
3. Vigencia del poder del representante legal de la entidad postulante no mayor a 3 meses.	<ul style="list-style-type: none"> • Copia 		
4. Certificado de antecedentes judiciales del representante legal.	<ul style="list-style-type: none"> • Certificado 		
5. Constitución e inscripción en la SUNARP (Superintendencia Nacional de Registros Públicos) como una organización sin fines de lucro con objetivos vinculados al Programa.	<ul style="list-style-type: none"> • Copia literal 		
6. Experiencia institucional en los últimos 5 años en investigaciones de costo efectividad.	<ul style="list-style-type: none"> • Acuerdos • Convenios • Contratos • Descripción (emplee el modelo) 		

MODELO:

- Nombre del Estudio:
- Breve descripción y objetivo:
- Resultados principales:
- Entidad contratante:
- Monto contratado (En moneda original y en nuevos soles):
- Ámbito de ejecución:
- Beneficiarios:
- Tiempo de ejecución:
- Entidad Financiera:
- Entidades involucradas:
- Referencia, teléfono:

ANEXO 7
CONFORMACIÓN DEL EQUIPO INVESTIGADOR

CONFORMACIÓN EQUIPO INVESTIGADOR	Medio de Verificación
La entidad postulante deberá presentar dentro de la propuesta técnica a un equipo investigador, el cual se encargará de la ejecución del Estudio.	<ul style="list-style-type: none">• Carta de presentación del Equipo (Modelo libre)
La entidad postulante debe garantizar que los profesionales miembros del equipo investigador se mantendrán durante toda la ejecución de las actividades.	<ul style="list-style-type: none">• Declaración jurada (Ver Modelo A)

MODELO A
DECLARACIÓN JURADA - GARANTIZANDO QUE EL PERSONAL PROPUESTO NO VARIARÁ
HASTA LA CULMINACIÓN DEL CONTRATO

El que suscribe,, identificado con DNI N°, representante legal de....., declaro bajo juramento que en caso obtuviéramos la Buena Pro, garantizamos que el personal propuesto para integrar el Equipo Investigador no variará desde la presentación de nuestra propuesta en el presente proceso de selección hasta la culminación de la vigencia del contrato, salvo caso fortuito o de fuerza mayor debidamente acreditados.

Así mismo declaro, que en caso ocurriera un caso fortuito o de fuerza mayor la persona que se proponga como reemplazante cumplirá por lo menos con el perfil del reemplazado y que cualquier cambio del personal antes indicado será previamente evaluado y aprobado por Pathfinder International.

Se adjunta las cartas compromisos firmadas por cada uno de los integrantes del Equipo Investigador respecto de su permanencia hasta la culminación del estudio.

Equipo Investigador:

	PUESTO	NOMBRE Y APELLIDOS
1	Investigador Principal	
2	Asistente de campo 1	
3	Asistente de campo 2	
4	Supervisor de Enlace 1	
5	Supervisor de Enlace 2	

Nombre y firma del Representante Legal

ANEXO 8
CALIFICACIÓN DEL/A INVESTIGADOR/A PRINCIPAL

COORDINADOR/A TÉCNICO/A	Documento Probatorio	PUNTAJE
	(Copia Simple)	
a) Profesional de las Ciencias Sociales o de la Salud.	• Título	30
b) Estudios de postgrado en Gerencia Social, Salud Pública, Salud Comunitaria, Epidemiología, Enfermedades Infecciosas, Ciencias Sociales, Derechos Humanos o afines. En caso de Diplomado de Pos Grado el puntaje que otorgue será menor.	• Título de Maestría • Certificado de Diplomado de Pos Grado	30 10
c) Buen conocimiento de los sistemas de información en salud (MINSA /DPVIH, INS, CDC, HIS, otros-, INEI, etc.)	• Constancias	20
d) Contar como mínimo con 5 años de experiencia en la investigación y/o atención relacionadas a las personas viviendo con el VIH.	• Constancias o convenio o contrato	80
e) Contar como mínimo con 2 años de experiencia en el trabajo con, por lo menos una de las poblaciones vulnerables priorizadas en el proyecto.	• Constancias o convenio o contrato	70
f) Deseable contar con experiencia en el desarrollo de estudios relacionados al Continuo de la Atención, especialmente con personas viviendo con el VIH.	• Constancias	10
g) Manejo de metodologías de investigación cuantitativa, cualitativa y participativa.	• Constancias o convenio o contrato	40
h) Buena capacidad de negociación y habilidad para interactuar con representantes de organizaciones comunitarias, públicas y privadas.	• Constancias o convenio o contrato	10
i) Conocimiento a nivel de usuario de entorno Microsoft Office, manejo de internet y base de datos.	• Declaración Jurada	10
	PUNTAJE MÁXIMO	300

ANEXO 8
CALIFICACIÓN DE LAS/LOS ASISTENTES DE CAMPO

ASISTENTE/A DE CAMPO	Documento Probatorio	PUNTAJE
	(Copia Simple)	
a) Profesional de las Ciencias Sociales, Estadísticas o de la Salud.	• Título	10
b) Estudios de postgrado en Gerencia Social, Salud Pública, Salud Comunitaria, Epidemiología, Enfermedades Infecciosas, Ciencias Sociales, Derechos Humanos o afines. En caso de Diplomado de Pos Grado el puntaje que otorgue será menor.	• Título de Maestría • Certificado de Diplomado de Pos Grado	20 10
c) Deseable experiencia en revisión y/o control de calidad de los sistemas de información en salud (MINSA /DPVIH, INS, CDC, HIS, otros-, INEI, etc.)	• Constancias	10
d) Experiencia en la investigación y/o atención relacionadas a las personas viviendo con el VIH.	• Constancias	20
e) Deseable Experiencia en el trabajo con, por lo menos una de las poblaciones vulnerables priorizadas en el proyecto.	• Constancias	10
f) Manejo de metodologías de investigación cuantitativa, cualitativa y participativa.	• Constancias	20
g) Buena capacidad de negociación y habilidad para interactuar con representantes de organizaciones comunitarias, públicas y privadas.	• Constancias	10
	PUNTAJE MÁXIMO	100

ANEXO 8
CALIFICACIÓN DE LAS/LOS SUPERVISORA/ES DE ENLACE

SUPERVISOR/A DE ENLACE CON LAS PVV	Documento Probatorio	PUNTAJE
	(Copia Simple)	
a) Profesional de las Ciencias Sociales, de la Comunicación, Derecho o Salud (bachiller o estudios universitarios concluidos) o con experiencia equivalente (CV), que debe pertenecer a las comunidades PVV, HSH o Trans.	<ul style="list-style-type: none"> • Título • CV 	10
b) Experiencia en proyectos relacionados con poblaciones PVV, Gay/HSH y/o Trans.	<ul style="list-style-type: none"> • Constancias 	15
c) Conocimiento básico de herramientas de investigación cuantitativa, cualitativa y participativa a nivel básico.	<ul style="list-style-type: none"> • Constancias 	15
d) Deseable conocimiento en el manejo de encuestas, entrevistas, formatos de registro y de reporte, protocolos de indicadores, etc.	<ul style="list-style-type: none"> • Constancias 	5
e) Dominio a nivel usuario en Microsoft Office, manejo de Internet y base de datos.	<ul style="list-style-type: none"> • Constancias / • Declaración Jurada 	5
	PUNTAJE MÁXIMO	50