TB REACH Wave 11

Acercando Metodologías innovadoras para la tuberculosis

y la salud pulmonar a los puntos de necesidad

Etapa 1 - Propuesta

Fecha límite de presentación: 17 de enero de 2024 a las 17:00, hora de Ginebra

Las solicitudes DEBEN enviarse a través del sitio web de la aplicación Wave 11.   
**Las propuestas enviadas por correo electrónico en formato Word/PDF NO serán aceptadas ni revisadas.**

|  |
| --- |
| TB REACH recomienda encarecidamente a los solicitantes que lean y sigan la guía lingüística del Stop TB Partnership: [Unidos para poner fin a la tuberculosis: cada palabra cuenta](http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/LanguageGuide_ForWeb20131110.pdf). El lenguaje utilizado para hablar sobre la tuberculosis puede influir en el estigma, las creencias y los comportamientos, y puede determinar que una persona se sienta cómoda sometiéndose a pruebas o recibiendo tratamiento.  En su propuesta de TB REACH Wave 11 debe utilizar un lenguaje no discriminatorio, empoderador y enfocado en las personas. |

[Contáctenos](mailto:TBREACH@stoptb.org)

|  |
| --- |
| Inicie sesión para acceder a su aplicación y actualizarla  Nombre de usuario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Contraseña: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

La iniciativa TB REACH del Stop TB Partnership se estableció en 2010 con el generoso apoyo del Gobierno de Canadá. Desde entonces, TB REACH ha recibido financiación adicional de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID, por sus siglas en inglés), la Oficina de Relaciones Exteriores, Commonwealth y Desarrollo (FCDO, por sus siglas en inglés), Unitaid y la Fundación Bill y Melinda Gates.

*Global Affairs Canada ha proporcionado apoyo financiero para esta convocatoria de propuestas.*

NOTA PARA LOS SOLICITANTES:

Lea todos los documentos de apoyo del Wave 11 antes de completar esta solicitud. Las solicitudes del Wave 11 deben cumplir los siguientes criterios:

1. Las propuestas deberán incluir:
   1. Metodologías innovadoras para integrar la prestación de servicios para la tuberculosis y la salud pulmonar en los niveles de atención sanitaria primaria y comunitaria.
   2. Intervenciones con perspectiva de género para personas con, o afectadas por la tuberculosis.
   3. Intervenciones que tienen como objetivo la sostenibilidad más allá del ciclo de vida de la subvención.

*Para obtener más información sobre las áreas de enfoque, consulte: Información técnica del Wave 11*

1. Los solicitantes deben ser organizaciones no gubernamentales sin ánimo de lucro, con presencia demostrada en la prestación de servicios en el país de la solicitud. Se dará preferencia a las organizaciones locales. Las organizaciones gubernamentales pueden ser incluidas como subreceptoras en la solicitud de subvención.
2. Los países elegibles para la implementación del proyecto deben cumplir uno de los siguientes criterios:

* Estar clasificado como una economía de ingresos bajos o medios por el Banco Mundial
* Tener una tasa nacional estimada de incidencia de tuberculosis > 100 / 100 000 habitantes
* Estar incluido en la lista de países con alta carga de TB, TB/VIH o tuberculosis multirresistente (MDR-TB).

*Para obtener más información sobre los requisitos, consulte:*  Nota conceptual e información sobre la solicitud del Wave 11

Número de identificación de la solicitud

# Sección 1 – Términos y condiciones de la solicitud

|  |  |
| --- | --- |
| **1.1 Términos y condiciones** Stop TB Partnership está bajo el auspicio de la Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos (UNOPS). Todas las convocatorias de propuestas y subvenciones de TB REACH deben seguir las políticas de subvenciones de UNOPS, así como las normas y reglamentos de adquisiciones.  Lea cada una de las siguientes declaraciones y confirme que comprende los términos y condiciones para solicitar y recibir fondos. | Acepto estos términos |
| Es política de la UNOPS que ningún fondo se pague como beneficio o tarifa a un Beneficiario en virtud de este Acuerdo. Esta restricción no se aplica a las relaciones contractuales establecidas por el Beneficiario en virtud de este Acuerdo. | [ ] |
| Las entidades con ánimo de lucro no pueden recibir subvenciones o fondos directamente de TB REACH, deben asociarse al menos con una entidad sin ánimo de lucro. Una entidad sin ánimo de lucro debe ser el Destinatario principal. | [ ] |
| Los Beneficiarios deben usar una cuenta bancaria separada que devengue intereses para recibir y administrar los fondos de TB REACH para facilitar la presentación de informes financieros y auditorías. | [ ] |
| El nombre del beneficiario en la cuenta bancaria que recibe los fondos de TB REACH debe ser exactamente el mismo que el nombre legal del solicitante principal que aparecerá en el acuerdo de subvención. *Véanse los ejemplos de la Sección 2* | [ ] |
| Todas las subvenciones de TB REACH se conceden y desembolsan en dólares estadounidenses (USD), por lo que todos los informes financieros deben realizarse en USD. Se recomienda encarecidamente a los Beneficiarios que reciban fondos en cuentas bancarias en USD siempre que sea posible.  Las reglas y procedimientos para convertir los gastos en moneda extranjera en USD se compartirán una vez que se seleccionen las nuevas subvenciones. | [ ] |
| Las solicitudes incompletas, y las presentadas desde países no elegibles, se eliminarán del proceso de revisión de solicitudes y no se considerarán para la subvención. | [ ] |
| Revisar y aceptar las Condiciones Generales de los Acuerdos de Apoyo de Subvenciones de la UNOPS | [ ] |

# Sección 2 – Datos del solicitante

|  |
| --- |
| 2.1 Nombre legal del solicitante principal  Introduzca el nombre de la organización que firmará un acuerdo de subvención con la UNOPS/Stop TB Partnership.\* El nombre introducido en este campo se utilizará para el acuerdo de subvención y debe ser *exactamente el mismo* que el nombre que aparece en la cuenta bancaria a la que se enviarán los fondos de TB REACH.  Consulte el siguiente ejemplo para introducir nombres legales y comunes.  \*Si se le concede la subvención, el solicitante principal será el destinatario principal (DP) de la misma y deberá tener capacidad para recibir el total de la subvención directamente de TB REACH, de UNOPS/Stop TB Partnership, y de implementar directamente más del 50 % de los fondos. Si su organización no será la principal implementadora de la subvención, debe considerar figurar como socia o subreceptora (SR) en el proyecto. |
|  |

|  |
| --- |
| **2.2 Nombre común/no legal del solicitante principal**  Si hay un nombre común (informal/no legal) para la organización, introdúzcalo aquí. Si no hay ningún nombre informal/no legal, deje este campo en blanco.  Consulte el siguiente ejemplo para introducir nombres legales y comunes. |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ejemplo: nombres legales y comunes/no legales de los solicitantes/beneficiarios | | |
| Ejemplo 1 | Nombre legal: | Personnes dédiées à l'elimination de la tuberculose |
| Nombre común: | Personas dedicadas a eliminar la tuberculosis |
| Ejemplo 2 | Nombre legal: | Fundación Stichting para poner fin a la tuberculosis en nuestras vidas  - o -  Fundación para acabar con la tuberculosis en nuestras vidas e.V. |
| Nombre común: | Fundación para poner fin a la tuberculosis en nuestras vidas (FETIOL) |

|  |  |
| --- | --- |
| **2.3 Tipo de organización del solicitante principal.**  Seleccione solo una de las siguientes descripciones. | |
| [  ] ONG nacional / local  [  ] Universidad nacional / local | [  ] ONG internacional  [  ] Universidad internacional  [  ] ONU / Agencia internacional  [  ] Otro:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| 2.4 Certificado de registro del solicitante principal  Los solicitantes principales deben cargar su certificado de registro en la página de inicio  Los archivos cargados deben ajustarse bajo la siguiente nomenclatura: **ID de la solicitud #\_Registro**  Si no puede cargar uno o más de los documentos de apoyo necesarios, explique los motivos. |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2.5a ¿El solicitante principal ha solicitado la financiación de TB REACH en el pasado? | | | | | |
| [ ] Sí | [ ] No | [ ] No lo sé / no contesto | | |  |
| 2.5b En caso afirmativo, ¿el solicitante principal ha recibido financiación de TB REACH en el pasado? | | | | | |
| [ ] Sí | [ ] No | [ ] No lo sé / no contesto | | |  |
| 2.5c En caso afirmativo, ¿en qué Wave(s)? | | | | | |
| [ ] Wave 1 | [ ] Wave 2 | | [ ] Wave 3 | [ ] Wave 4 [ ] Wave 5 | |
| [ ] Wave 6 | [ ] Wave 7 | | [ ] Wave 8 | [ ] Wave 9 [ ] Wave 10 | |
| 2.6a. ¿Está recibiendo actualmente financiación adicional de otras subvenciones de STP? | | | | | |
| [ ] Sí | [ ] No | [ ] No lo sé / no contesto | | |  |
| 2.6b En caso afirmativo a 2.6a, especifique la subvención | | | | | |
|  | | | | |  |

|  |
| --- |
| 2.7a ¿El solicitante principal es actualmente beneficiario del Global Fund? |
| [ ] Sí [ ] No |
| 2.7b En caso afirmativo, describa el tipo de financiación |
| [ ] DP del Global Fund [ ] SR del Global Fund [ ] Otro, *especifique*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| 2.8a ¿El solicitante principal ha completado alguna vez un proceso de evaluación de la capacidad/diligencia debida impulsado por los donantes o dirigido por las Naciones Unidas? |
| [ ] Sí [ ] No |
| 2.8b En caso afirmativo, especifique cuándo y el nombre de la entidad que realizó el proceso de evaluación de la capacidad/diligencia debida. |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2.7 Socios adicionales  Enumere a continuación cualquier socio adicional del proyecto. Entre los socios se puede incluir a cualquier organización que ayude con el desarrollo y la implementación de la propuesta. Estos socios pueden ser subreceptores (SR), sin embargo, NO recibirán fondos directamente de TB REACH y NO firmarán un acuerdo legal con Stop TB Partnership. Los SR NO están obligados a presentar un certificado de registro o un informe de auditoría financiera. El Destinatario principal (DP) será responsable de la presentación de los informes financieros de cualquier SR. En total, el presupuesto para cualquier socio del proyecto internacional y del sector público, si se incluye, debe ser <50 % del presupuesto total. (Para más información consulte el documento **Instrucciones de presupuesto**.)  Alentamos a los solicitantes a involucrar como subreceptoras (SR) a las organizaciones gubernamentales, incluidos los programas nacionales/provinciales/estatales o locales de tuberculosis, cuando corresponda.  Si no hay socios adicionales, déjelo en blanco. | | | | | |
| Organización | Sitio web de la organización (URL) | Internacional o local | Información de contacto | ¿Destinatario del Global Fund? (S/N) | Asignación presupuestaria provisional (USD) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2.8 Información de contacto del solicitante | Contacto 1 | Contacto 2 |
|  |  |  |
| Apellido |  |  |
| Organización |  |  |
| Género | [ ] Masculino [ ] Femenino  [ ] Otro [ ] Prefiero no decirlo | [ ] Masculino [ ] Femenino  [ ] Otro [ ] Prefiero no decirlo |
| Cargo en la organización |  |  |
| Rol en la propuesta |  |  |
| País de residencia |  |  |
| Correo electrónico (este correo electrónico se utilizará para la comunicación oficial, asegúrese de que esté activo) |  |  |
| Número de teléfono (incluido el código de país) |  |  |

# Sección 3 – Resumen de la propuesta

|  |  |
| --- | --- |
| 3.1 Título del proyecto  Máximo 256 caracteres (con espacios) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 3.2 País (o países) de trabajo propuesto(s) |  |

|  |
| --- |
| 3.3 Breve resumen  Describa su proyecto en 1-2 oraciones. Si su propuesta es financiada, esta descripción se publicará en www.stoptb.org.  Máximo 400 caracteres (con espacios) |
|  |

|  |
| --- |
| 3.4 Resumen Ejecutivo  Presente un breve resumen de la propuesta. Incluya la justificación de su propuesta; una descripción de su intervención; y, basándose en el área de interés de su proyecto, describa la contribución potencial de su proyecto a la mejora de la detección y el tratamiento de la tuberculosis y otras afecciones respiratorias.  Máximo 2000 caracteres (con espacios) |
|  |

|  |
| --- |
| 3.5 Modelo de prestación de servicios integrados (ISD).  3.5a **Sitio(s) para ISD**  Seleccione el (los) sitio(s)/ubicación donde se llevarán a cabo las actividades de ISD.  Puede seleccionar varios. *Para instalaciones secundarias o terciarias, especifique el tipo de servicio de remisión, por ejemplo, pruebas de diagnóstico, remisión a médicos de tórax, remisión a servicios de laboratorio* |
| **A. Comunidad**  [ ] Centro de salud comunitario, por ejemplo, puestos médicos avanzados  [ ] Actividad/evento de divulgación  [ ] Establecimientos informales que ofrecen atención, especifique \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  B. Servicios de atención primaria  [ ] Establecimiento público/gubernamental de atención primaria  [ ] Centro privado de atención primaria, *especifique el tipo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  [ ] Establecimientos sin instalaciones que ofrecen atención primaria, *especifique\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*    **C.** [ ] **Centro secundario de remisión**, *especifique el tipo de servicios\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*    **D.** [ ] **Centro terciario**, *especifique el tipo de servicios\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*    **E.** [ ] Otro, *especifique\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |

|  |
| --- |
| 3.5b Enfermedades respiratorias o trastornos de salud para intervenciones de ISD  Seleccione qué trastornos/servicios de salud propone integrar con la tuberculosis.  Para servicios de salud que no se enumeran a continuación, seleccione «otro» y descríbalo.  *Puede seleccionar varios*.  \* *Tenga en cuenta que no consideraremos el VIH y la diabetes como factores / trastornos de riesgo elegibles para esta convocatoria de propuestas (consulte el Resumen técnico)*  Una vez que haya completado esta sección, debe hacer clic en el botón «Guardar» y aparecerá un nuevo conjunto de tablas para completer |
| A. **Infecciones de las vías respiratorias inferiores (IVRB), indique cuál(es)**  [ ] Neumonía [ ] Bronquitis [ ] Bronquiolitis  [ ] Otras IVRB, especifique\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  B. **Enfermedades respiratorias crónicas (ERC), indique cuál(es)**  [ ] Asma [ ] Enfermedad pulmonar obstructiva crónica [ ] Enfermedad pulmonar post-TB  [ ] Neumoconiosis, *especifique la* causa perjudicial, por ejemplo, silicosis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  [ ] Otras ERC, especifique\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  [ ] **Cáncer de pulmón, confirmado o bajo sospecha**  C. **Abordar los factores de riesgo por inhalación para la tuberculosis y las enfermedades pulmonares crónicas.**  [ ] Tabaquismo [ ] Contaminación del aire en interiores  [ ] Otras formas de contaminación del aire, *especifique* la causa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  D. **Abordar los factores de riesgo sistémicos para la tuberculosis y las enfermedades pulmonares crónicas.**  [ ] Desnutrición  [ ] Enfermedades de salud mental  [ ] Otros factores y afecciones de riesgo, *especifique\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  E. Resistencia a los antimicrobianos (RAM)  [ ] Relacionado con un diagnóstico inexacto  [ ] Relacionado con el uso inadecuado de antibióticos  [ ] Relacionado con la vigilancia  [ ] Otras intervenciones de RAM, *especifique\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*    F. **Otras afecciones/enfermedades/programas,** *especifique \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |

|  |
| --- |
| 3.6 Definición del paquete de atención por categoría de enfermedad.  Seleccione los componentes de intervención de su intervención para cada categoría de enfermedad seleccionada en 3.4b.  Todas las propuestas deben indicar el paquete de servicios para la tuberculosis  *Puede seleccionar varios*. |
| 1. Tuberculosis   [ ] Detección de tuberculosis  [ ] Diagnóstico de la enfermedad de tuberculosis  [ ] Diagnóstico de infección de tuberculosis latente  [ ] Tratamiento de la infección de tuberculosis latente  [ ] Tratamiento de la enfermedad de tuberculosis  [ ] Manejo sindrómico de otras enfermedades respiratorias  [ ] Otro, *especifique\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*   1. **Intervenciones de salud pulmonar**   [ ] Detección  [ ] Diagnóstico (preliminar o definitivo), *especifique\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  [ ] Tratamiento, *especifique\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  [ ] Métodos preventivos, *especifique\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  [ ] Promoción de la salud pulmonar, por ejemplo, dejar de fumar, vacunación  [ ] Rehabilitación pulmonar, *especifique\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  [ ] Otro, *especifique\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |

# Sección 4 – Narrativa de la propuesta

|  |
| --- |
| 4.0 Antecedentes del problema propuesto  En esta sección, considere incluir la siguiente información sobre su proyecto:   1. Características geográficas y demográficas del lugar donde se implementará el proyecto propuesto y para la población particular a la que se dirige su intervención 2. La epidemiología de la tuberculosis, incluido el número de personas diagnosticadas con tuberculosis, que han comenzado el tratamiento y se han tratado con éxito en el área de proyecto propuesta 3. La información epidemiológica o de antecedentes de otros trastornos/ servicios de salud pulmonar que se integrarán con los servicios para la tuberculosis 4. Directrices o políticas existentes, por ejemplo, métodos prácticos para la salud pulmonar (PAL) en el país y el grado en que se han implementado a nivel nacional y regional 5. Ejemplos existentes de *inmunosupresores* para la tuberculosis y la salud pulmonar en el área en la que trabajará, particularmente a nivel de atención primaria y comunitaria 6. La justificación de la integración de los servicios. 7. Las barreras y desafíos que la integración de los servicios abordará para las personas que buscan atención sanitaria, particularmente en la atención primaria. 8. Los beneficios potenciales de la integración de los servicios.   Máximo 4000 caracteres (con espacios) |
|  |

|  |
| --- |
| 4.1 Modelo ISD  Describa el modelo (método) propuesto para la integración de servicios. Considere incluir lo siguiente en su respuesta.   * 1. Los socios con los que trabajará para implementar el proyecto.   2. Las ubicaciones/lugares de ISD y el modo en que están vinculadas a la estructura de la organización de servicios de salud existente. Especificar si los lugares de intervención son instalaciones públicas, privadas o comunitarias.   3. Describir la ruta propuesta para el paciente para acceder a los servicios tanto para la tuberculosis como para otras enfermedades respiratorias.   4. Qué nivel de integración se producirá para los diferentes servicios de salud: detección y derivación, ubicación conjunta de las pruebas o ubicación conjunta del tratamiento o el apoyo al tratamiento.   Máximo 4000 caracteres (con espacios) |
|  |

|  |
| --- |
| 4.2 Objetivo, intervenciones y actividades  En esta sección, describa el objetivo general de su proyecto y cómo propone abordar los problemas/necesidades identificados. *Se recomienda a los solicitantes que consideren los* ***cinco pilares de la Atención Primaria de la Salud (APS),*** *que incluyen: primer contacto, servicios integrales, ISD coordinado, continuidad de la atención y enfoque en la persona.*  Considere incluir lo siguiente:   1. Meta y objetivos generales del proyecto para los servicios de salud integrados 2. Intervención/actividades propuestas para lograr sus metas y objetivos    1. Quién llevará a cabo las intervenciones.    2. El número y tipo de instalaciones y proveedores que participarán en el proyecto.    3. Cómo remitirán los centros/proveedores a los pacientes o accederán a los diagnósticos o tratamientos necesarios para la tuberculosis y los otros servicios de salud integrados del proyecto.    4. Cómo mejorará el proyecto el acceso al diagnóstico de tuberculosis o a la detección de otras afecciones lo más cerca posible del punto de atención.    5. Cómo gestionará e informará el proyecto sobre los datos a nivel de las instalaciones, para el proyecto en general y para los sistemas nacionales de información apropiados.    6. Cómo se capacitará a los proveedores de atención médica para ofrecer servicios integrados.    7. Cómo mejorará la intervención el *acceso* y la *cobertura* para la población objetivo.    8. Cómo se involucrará su intervención con la población objetivo y brindará servicios de *calidad* que sean *seguros y estén centrados en la persona*.    9. A cuántas personas (objetivos) espera llegar con sus servicios. Cuántas personas espera que se identifiquen y traten de tuberculosis. Cuántas espera que se identifiquen con la otra afección distinta a la tuberculosis con la que se integra.    10. Si está llegando a poblaciones clave a través de sus intervenciones. Por favor, explique en más detalle.   Máximo 5000 caracteres (con espacios) |
|  |

|  |
| --- |
| 4.3a ¿En qué medida es innovadora su intervención propuesta?  Describa en qué medida es innovador su proyecto.  Describa cualquier nuevo enfoque o forma de trabajo incorporada en su proyecto, incluida la reorganización de las vías de los pacientes, las vías de diagnóstico, las reorganizaciones del personal, el uso de nuevas herramientas a nivel de atención primaria o la incorporación de herramientas de diagnóstico nuevas/emergentes, etc.  ¿Se ha implementado este método (o uno similar) en su país en el pasado? Cómo contribuirá su proyecto a las lecciones aprendidas de los programas de tuberculosis. ¿Otros donantes han financiado previamente este método en su país (o en otros)?  *Máximo 2000 caracteres (con espacios)* |
|  |
| **4.3b**. ¿Qué cinco palabras clave/frases representan mejor las innovaciones incluidas en su intervención?  Estas innovaciones se refieren a nuevas herramientas, un método/enfoque, una nueva forma de trabajar con poblaciones clave u cualquier otra innovación.  Máximo 100 caracteres (con espacios) |
|  |

|  |
| --- |
| 4.4 Experiencia de las organizaciones en ISD  ¿Usted u otras personas han implementado previamente alguna intervención de ISD relacionada con la tuberculosis (**con la excepción de** **TB/VIH y TB/diabetes)**? Explique esta intervención. Describa cualquier oportunidad para ampliar las intervenciones existentes para maximizar el impacto de las áreas de enfoque del Wave 11: tuberculosis y salud pulmonar.  *Máximo 2000 caracteres (con espacios)* |
|  |

|  |
| --- |
| 4.5 Intervenciones contra la tuberculosis con perspectiva de género  En esta sección, describa brevemente la interacción entre el género y la tuberculosis y cómo propone abordar estos desafíos. Tenga en cuenta lo siguiente:   1. Cómo interactúan los roles de género y las normas culturales locales con la carga epidemiológica de la tuberculosis o los factores de riesgo de la tuberculosis en su área de intervención. 2. Cómo influyen las normas de género en el acceso a los servicios contra la tuberculosis, los resultados del tratamiento o las consecuencias sociales y económicas adversas, por ejemplo, estigma, pérdida de ingresos 3. ¿Hay grupos específicos que corren más riesgo debido a otros factores transversales, como la edad, el origen étnico, la ocupación, etc.? 4. Describa brevemente el modo en que las intervenciones abordarán las barreras y los problemas identificados para mejorar el acceso a la atención de la tuberculosis.   *Máximo 2000 caracteres (con espacios)* |
|  |

|  |
| --- |
| 4.6 Fortalecimiento de los sistemas sanitarios  Describa el modo en que su proyecto contribuirá a sistemas de salud efectivos, eficientes y resilientes según el contexto en el que esté implementando su proyecto.  Máximo 2000 caracteres (con espacios) |
|  |

# Sección 5 – Capacidad organizativa

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 5.1.a Evaluación de la capacidad  La evaluación de la capacidad de los socios de implementación («beneficiarios») se ha convertido en un factor importante en el proceso de selección en las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y la Unidad conjunta de inspección ha pedido a la UNOPS que se ajuste a los principios rectores.  El siguiente cuestionario de evaluación de la capacidad tiene la intención de brindar a TB REACH una visión general de las capacidades organizativas del solicitante para evaluar las necesidades y determinar las posibles actividades de apoyo que pueden servir como punto de referencia para el seguimiento del progreso. Los resultados de la evaluación NO EXCLUIRÁN a ningún solicitante de participar en el proceso de selección y NO FORMAN PARTE de los criterios de selección. Los solicitantes tampoco estarán obligados a presentar documentos de apoyo y se les anima a proporcionar respuestas razonables y honestas.  El cuestionario de autoevaluación consta de dos secciones: una sobre el nivel organizativo del solicitante y otra más específicamente sobre la protección contra la explotación y el abuso sexual. | | |
| ¿Ha completado su organización alguna evaluación de la capacidad dirigida por donantes o por las Naciones Unidas en los últimos 5 años? (por ejemplo, evaluación de la capacidad organizativa de USAID, etc.) | [ ] Sí [ ]No [ ] En proceso | |
| ¿Es o ha sido su organización objeto de alguna acción legal? | | [ ] Nunca  [ ] No, pero ha sido objeto de acciones legales previas  Si está marcado: proporcione cualquier información y aclaraciones adicionales  [ ] Sí, la entidad está actualmente sujeta a acciones legales.  Si se selecciona, proporcione cualquier información y aclaraciones adicionales. |
| ¿Tiene su organización una política de gestión financiera o directrices financieras? | | [ ] Sí [ ]No  [ ] En proceso |
| ¿Tiene su organización un sistema de contabilidad que permita el registro y la presentación de informes adecuados de las transacciones financieras con los donantes, incluida la asignación de los gastos de acuerdo con los componentes respectivos, las categorías de desembolso y las fuentes de los fondos? | | [ ] Sí  En caso afirmativo, proporcione el nombre del software de ERP/contabilidad  [ ] Sí [ ]No  [ ] En proceso |
| ¿Cómo se asegura su organización de no participar ni beneficiarse de ninguna forma de trabajo forzoso u obligatorio o de trabajo infantil? | | [ ] La entidad ha desarrollado una política sólida contra el trabajo forzoso u obligatorio y el trabajo infantil, que se incorpora en sus procesos de adquisición, se transmite a sus socios subimplementadores (subIP) y se comunica adecuadamente a todo el personal.  [ ] La entidad tiene una política formal contra el trabajo forzoso u obligatorio y el trabajo infantil, pero la política no se comunica adecuadamente al personal, los proveedores o los subIP de la entidad.  [ ] La entidad no tiene una política formal contra el trabajo forzoso u obligatorio y el trabajo infantil. Tiene prácticas informales, que no son exhaustivas. |
| Si su organización tiene la intención de asociarse con subreceptores, ¿cómo los selecciona? | | [ ] Sí, la entidad tiene una metodología definida y un proceso competitivo para seleccionar los subRP.  [ ] Sí, la entidad tiene un proceso competitivo para seleccionar los subRP, pero no está formalizado y hay excepciones al proceso.  [ ] No, la entidad no tiene una metodología definida. |
| Si su organización tiene la intención de asociarse con subreceptores, ¿están estos legalmente registrados? | | [ ] La entidad tiene un acuerdo actual con uno o más subreceptores, que están legalmente registrados en el país donde opera el programa.  [ ] La entidad tiene un acuerdo actual con uno o más subreceptores, que no tienen personalidad jurídica, sino que tienen representantes designados.  [ ] Otros, por favor especifique |

|  |  |
| --- | --- |
| 5.1.b Evaluación de la capacidad de prevención de la explotación y el abuso sexual  La Evaluación de la capacidad de prevención de la explotación y el abuso sexual (PEAS) no tiene ningún efecto legal y servirá como herramienta de referencia en relación con todo el sistema de respuesta de las Naciones Unidas a la explotación y el abuso sexual (EAS) cuando se trabaje con los socios implementadores. | |
| ¿Tiene su organización un documento de política sobre PEAS? | [ ] Sí [ ]No  [ ] En proceso |
| ¿Los contratos y acuerdos de asociación de su organización incluyen una cláusula estándar que requiere que los subcontratistas adopten políticas que prohíban la EAS y tomen medidas para prevenir y responder a ellos? | [ ] Sí [ ]No  [ ] En proceso |
| Su organización cuenta con un procedimiento de investigación sistemático para los candidatos a un puesto de trabajo a través de un proceso de selección adecuado. Esto debe incluir, como mínimo, verificaciones de referencia de mala conducta sexual y una autodeclaración por parte del candidato al puesto de trabajo, confirmando que nunca ha sido objeto de sanciones (disciplinarias, administrativas o penales) derivadas de una investigación en relación con la EAS, o ha dejado el empleo pendiente de investigación y se ha negado a cooperar en dicha investigación. | [ ] Sí [ ]No  [ ] En proceso |
| ¿Tiene su organización capacitaciones obligatorias (en línea o en persona) para todos los empleados de IP y el personal asociado (en el presente, el «personal») sobre PEAS y el procedimiento relevante? | [ ] Sí [ ]No  [ ] En proceso |
| ¿Tiene su organización mecanismos y procedimientos para que el personal, los destinatarios de la asistencia y las comunidades, incluidos los niños, denuncien los posibles casos de EAS que cumplan con las normas estándar de denuncia? | [ ] Sí [ ]No  [ ] En proceso |
| ¿Tiene su organización un sistema para remitir a las víctimas de EAS a los servicios de ayuda disponibles a nivel local, en función de sus necesidades y consentimiento? Esto puede incluir contribuir activamente a las redes nacionales de PEAS o a los sistemas de violencia de género (cuando corresponda), o a las vías de derivación a nivel interinstitucional. | [ ] Sí [ ]No  [ ] En proceso |
| Su organización cuenta con un proceso para investigar las denuncias de EAS y puede proporcionar pruebas. Esto puede incluir un sistema de derivación para investigaciones cuando no exista capacidad interna. | [ ] Sí [ ]No  [ ] En proceso |
| Su organización ha tomado las medidas correctivas adecuadas en respuesta a las denuncias de EAS, si las hubiera. | [ ] Sí [ ]No [ ] N/A - sin acusaciones anteriores |

|  |
| --- |
| 5.2 Capacidad de implementación organizativa  Describa la capacidad de su organización y de sus socios para comenzar rápidamente la implementación de lasactividades de ISD que propone tanto en el país como en las áreas donde planea implementar su proyecto. Se espera que los proyectos de TB REACH comiencen a implementar actividades en el cuarto trimestre de 2024, poco después de que se desembolsen los fondos.  Describa el historial de su organización en la prestación de servicios en el país de implementación. Asegúrese de incluir el número de años de funcionamiento de la organización en el país; áreas técnicas de implementación con el personal local; número actual de personal en el país; fuentes actuales de financiación; y breves planes para el crecimiento y desarrollo futuro de la organización.  Describa cómo se asociará su organización con otras organizaciones para implementar las actividades descritas en esta propuesta. Explique la capacidad de cada socio para ayudar a llevar a cabo su intervención propuesta.  Máximo 3000 caracteres (con espacios) |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 5.3 Cartas de apoyo de programas de tuberculosis provinciales/estatales o nacionales, otros programas relevantes del Ministerio de Salud o socios técnicos o de la industria involucrados en el proyecto  Indique si tiene una carta de apoyo del programa de tuberculosis provincial/estatal o nacional u otros programas relevantes del Ministerio de Salud, otros sectores gubernamentales relevantes o socios. La carta de apoyo debe incluir el compromiso de NTP de proporcionar tratamiento contra la tuberculosis a todas las personas diagnosticadas con tuberculosis, así como medicamentos para controlar las reacciones adversas a los medicamentos y proporcionar al beneficiario la notificación de casos de tuberculosis o los datos de los resultados del tratamiento para facilitar la medición del impacto.  Además, los proyectos deben ponerse en contacto con la autoridad pertinente (dependiendo de la afección pulmonar adicional), incluidos los socios gubernamentales, no gubernamentales y de la industria. La autoridad gubernamental pertinente (Ministerio de Salud) debe proporcionar una carta de apoyo al proyecto, indicando funciones y responsabilidades claras en el proyecto y la disponibilidad de fondos en especie para el diagnóstico y el tratamiento de los servicios que no son para la tuberculosis que se integran en el proyecto propuesto.  Aunque no es obligatorio para la Etapa 1, los solicitantes de la Etapa 2 deberán presentar cartas de apoyo de todos los socios relevantes. | | | |
| [ ] Sí | [ ] No |  |  |

|  |
| --- |
| 5.4 Adjuntar la carta de apoyo del programa de tuberculosis provincial/estatal o nacional, otros programas relevantes del Ministerio de Salud y otros socios de implementación  Cargue archivos en la página de inicio y utilice la siguiente nomenclatura:  **ID#\_ de la solicitud Apoyo NTP**  **ID#\_ de la solicitud Apoyo (Ministerio de Salud/nombre del socio)** |
|  |

# Sección 6 – Presupuesto solicitado

Lea las instrucciones presupuestarias antes de completar esta sección.

|  |
| --- |
| **6.1 Informe de auditoría financiera del solicitante principal** Los solicitantes principales deben cargar su último informe de auditoría financieraen la página de inicio  Si no puede cargar uno o más de los documentos de apoyo necesarios, explique los motivos.  Cargue archivos en la página de inicio y utilice la siguiente nomenclatura: **ID#\_ de la solicitud Auditoría**  \* Tenga en cuenta que hasta que se cargue este documento, esta sección permanecerá incompleta. |
|  |

|  |
| --- |
| 6.2 Ingresos auditados del solicitante principal en USD  Introduzca el importe de la cifra del activo neto durante un año según su última auditoría, cargada en el sistema (en la moneda local del informe de auditoría).  \* Introduzca el tipo de cambio en la fecha de la auditoría utilizada para convertir a USD (si la auditoría ya está en USD, introduzca 1.0)  Ejemplo:  cifra del activo neto según la auditoría: 123 456 789 rupias  El tipo de cambio de la rupia india a USD a 18 de marzo de 2022 fue: 76,06 (1 USD = 76,06 INR) |
| País de moneda: Importe de la cifra del activo neto:  Tipo de cambio en la fecha de la auditoría utilizada para convertir a USD:  **Importe de ingresos en USD** (esto se calculará automáticamente cuando haga clic en «Guardar sus cambios» en la parte inferior de la página): 0,00 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 6.3 Presupuesto y categorías propuestas   * La solicitud de presupuesto total de los solicitantes no puede exceder 5 veces el monto de su presupuesto anual, que debe indicarse claramente en el estado de auditoría financiera cargado. * La cantidad máxima de fondos que puede solicitar es de 550 000 USD. * Tenga en cuenta que la **financiación** de TB REACH **no se puede** utilizar para la adquisición de medicamentos contra la tuberculosis en esta Wave | | Presupuesto (en USD) |
| 1 | Recursos humanos (máx. 15 % del presupuesto total) |  |
| 2 | Actividades directas relacionadas con el proyecto |  |
| 3 | Viajes relacionados con el proyecto (incluya la participación en las reuniones de beneficiarios de TB REACH 2024) |  |
| 4 | Fondos retenidos en origen para la adquisición de suministros de GDF |  |
| 5 | Adquisición de artículos médicos (adquisición no GDF) |  |
| 6 | Adquisición de artículos no médicos |  |
| 7 | Informática, comunicaciones y difusión de resultados |  |
| 8 | Apoyo directo al programa (máx. 12 % del presupuesto total) |  |
| 9 | Investigación de implementación (máx. 10 % del presupuesto total)\* |  |
| 10 | Proceso externo de seguimiento y evaluación  Este valor es establecido por TB REACH y retenido en origen | 35 000 |
| Presupuesto total | |  |

Si el presupuesto total supera los 550 000 USD, muestre un aviso que diga... El presupuesto no puede exceder los 550 000 USD

También muestre avisos por exceder los límites en 1, 8 y 9

|  |
| --- |
| 6.4 Información presupuestaria  Incluya descripciones y justificaciones específicas para las siguientes categorías presupuestarias enumeradas anteriormente: 1, 2, 3, 4-6 (como una sola descripción de adquisición), 7, 8 y 9.  **\*Tenga en cuenta que la información para la categoría presupuestaria 9 (investigación de implementación) debe desarrollarse más en la aplicación de la Etapa 2**. Los elementos de esta categoría pueden incluir investigaciones de implementación independientes o labores para respaldar análisis adicionales y la difusión de resultados de las actividades del proyecto.  Explique los principales generadores de costos en el presupuesto anterior y el modo en que estos costos se relacionan con las actividades planificadas y los resultados esperados.  Máximo 3000 caracteres (con espacios) |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 6.5 Disponibilidad de co-financiamiento  ¿Hay algún tipo de co-financiamiento disponible para apoyar la implementación de esta propuesta?  (por ejemplo, contribuciones directas de otras fuentes, medicamentos, donaciones de equipos, personal, etc.)  \* **Todos los proyectos deben tener co-financiamiento disponible para cualquier servicio de diagnóstico o tratamiento de enfermedades distintas a la tuberculosis que estén integrados con la tuberculosis en sus proyectos** | | | |
| [ ] Sí | [ ] No | [ ] No lo sé |  |
| 6.6a En caso afirmativo, describa el co-financiamiento disponible para apoyar la implementación de esta propuesta. Si está disponible, adjunte cualquier documento de apoyo en la página de inicio  Cargue archivos en la página de inicio y utilice la siguiente nomenclatura: **ID# de la solicitud Co-financiamiento**  Máximo 2000 caracteres (con espacios) | | | |
|  | | | |
| 6.6b En caso afirmativo, enumere la cantidad de co-financiamiento y el donante | | | |
|  | | | |

# Sección 7 – Lista de abreviaturas

|  |
| --- |
| 7.0 Abreviaturas  Proporcione una lista alfabética y definiciones para todas las abreviaturas utilizadas en su propuesta |
|  |