

FORMULARIO DE SOLICITUD DE FINANCIAMIENTO

Adaptada a Cambios Materiales

| RESUMEN GENERAL | | | |
|--|----------------------|---|-------------------------|
| Solicitante | MCP EL SALVADOR | | |
| Componente(s) | VIH | | |
| Receptor(es) Principal(es) | Ministerio de Salud | | |
| Fecha prevista de comienzo de la(s) subvención(es) | 01 de enero del 2019 | "Fecha prevista de finalización de la(s) subvención(es)" | 31 de diciembre de 2021 |
| Solicitud de financiamiento de la asignación | \$14,481,816.00 | "Solicitud priorizada de monto por encima de la asignación" | \$13,000,000 |

IMPORTANTE:

Para cumplimentar esta solicitud de financiamiento debe:

- Consultar las **Instrucciones para la solicitud de financiamiento: Adaptadas a cambios sustanciales** que se adjuntan.
- Consultar la [Nota informativa](#) para cada componente según corresponda a la solicitud de financiamiento, así como [otras directrices](#) disponibles;
- Comprobar que todos los anexos obligatorios se hayan completado y adjuntado. Para que sea más sencillo, en la página de *Instrucciones* se facilita una lista de verificación de la solicitud (en la página);
- Asegurar que toda la documentación sea consistente antes de proceder a su envío.

Se recomienda a los **solicitantes** que presenten una solicitud de financiamiento conjunta para los componentes de enfermedad elegibles y los sistemas para la salud resistentes y sostenibles (SSRS).

Las solicitudes conjuntas para la tuberculosis y el VIH son obligatorias para un número seleccionado de países que tienen las tasas más elevadas de co-infección. Si desea más información, consulte las [directrices relacionadas](#).

Esta solicitud de financiamiento incluye las siguientes secciones:

Sección 1: Contexto relacionado con la solicitud de financiamiento

Sección 2: Elementos programáticos propuestos para recibir financiamiento del Fondo Mundial y justificación.

Sección 3: Acuerdos de ejecución planificados y medidas de mitigación de riesgos

Sección 4: Panorama de financiamiento, cofinanciamiento y sostenibilidad

Sección 5: Solicitud priorizada de monto por encima de la asignación

SECCIÓN 1: CONTEXTO

Esta sección debe reflejar de forma concisa información pertinente sobre el contexto del país y explicar la necesidad para realizar cambios sustanciales en la programación. Debe hacer referencia a las últimas fuentes de información disponibles, en especial, aunque no exclusivamente, a los planes nacionales de salud y otros documentos de la estrategia nacional. Esta información es esencial para justificar la selección de intervenciones dentro de la solicitud de financiamiento.

1.1 Antecedentes: Factores que definen un cambio material

Indique a continuación las áreas de cambios que describen con mayor precisión la necesidad de revisar la programación de ciertas áreas.

Consulte las *Instrucciones*, y la [Nota de Política Operativa sobre Acceso al Financiamiento y Preparación de la Subvención](#) (disponible próximamente), donde se presentan la definición y los factores desencadenantes de los cambios sustanciales.

1. Actualización del contexto epidemiológico

¿Se ha producido algún cambio relevante en el contexto epidemiológico del país con respecto a la solicitud de financiamiento anterior (p. ej., cambios importantes en las tendencias en incidencia/tasas de notificación o prevalencia, factores clave de las epidemias, comportamientos emergentes de alto riesgo, resistencia a los medicamentos y los insecticidas o cobertura de las intervenciones en la población general o en poblaciones clave específicas en función de las últimas encuestas u otras fuentes de datos)?

Sí No

2. Revisión y actualización de las políticas y estrategias nacionales

¿Se han adoptado nuevos enfoques en el marco de la política o estrategia nacional del programa de enfermedad (p. ej., directrices relativas a la realización de pruebas y tratamiento del VIH, regímenes de tratamiento más cortos para los casos de tuberculosis multirresistente, la transición en las intervenciones del control de la malaria hacia la fase preliminar de eliminación de la enfermedad, o un aumento del papel que desempeña el sector privado)?

Sí No

3. Invertir para maximizar la repercusión y acabar con las epidemias

¿Haciendo referencia a la evidencia y los insumos disponibles de socios técnicos y partes interesadas clave, es aún relevante el programa actual y está progresando según lo programado para alcanzar resultados e impacto?

Sí No

4. Alineamiento con la estrategia del Fondo Mundial para 2017-2022 (Objetivos 2 y 3)

Objetivo 2: Crear sistemas de salud resistentes y sostenibles

¿Hay necesidad de hacer cambios en las inversiones en Sistemas de Salud Resistentes y Sostenibles (SSRS) para poder maximizar el impacto en Salud Reproductiva, Maternal, Neonatal e Infantil (RMNCH por sus siglas en inglés), ¿u otras áreas de SSRS?

Sí No

| | |
|--|--|
| <i>Objetivo 3: Promover y proteger los derechos humanos y la igualdad de género</i> | |
| ¿Es necesario intensificar o modificar las iniciativas dirigidas a abordar los obstáculos relacionados con los derechos humanos y el género en el acceso a los servicios y a asegurar el enfoque adecuado de las intervenciones destinadas a las poblaciones clave y vulnerables? | <input checked="" type="checkbox"/> x Sí <input type="checkbox"/> No |
| 5. Eficacia de los enfoques de ejecución | |
| ¿Los acuerdos de implementación actuales son efectivos para cumplir con los objetivos del programa y el impacto esperado (incluyendo el Receptor Principal y los Sub-receptores)? | <input checked="" type="checkbox"/> x Sí <input type="checkbox"/> No |
| 6. Sostenibilidad, transición y cofinanciamiento | |
| ¿Hay cambios en el financiamiento nacional o internacional (por ejemplo, debido al retiro de un donante principal o un aumento significativo en la asignación/financiamiento nacional), que han resultado en un impacto materia en el financiamiento disponible para intervenciones programáticas y sostenibilidad? | <input checked="" type="checkbox"/> x Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Comparado con el nivel de ejecución de las subvenciones actuales, es considerablemente inferior la asignación 2017-2019 del Fondo Mundial para el componente de la enfermedad? | <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> x No |
| 7. Otros | |
| <i>Especifique:</i> | |
| 1.2. Resumen del contexto de país | |
| <p>En función de lo anterior:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Según corresponda, describa las razones de los cambios programáticos que forman la base de su solicitud de financiamiento (por ejemplo: reenfoco hacia intervenciones de alto impacto, cambios epidemiológicos, alineamiento con las últimas guías normativas, cambios en el panorama de financiamiento, etc.) b) Según corresponda, describa como estos cambios están relacionados y toman en consideración los temas de poblaciones clave, vulnerables, derechos humanos y género. c) Describa como la solicitud se basa en las lecciones aprendidas de los programas existentes financiados por el Fondo Mundial y de otros donantes. <p>(Máximo 1 página por componente de enfermedad)</p> | |

La continuidad de la estrategia prevención combinada modificada es una decisión que el país ha evaluado y adoptado por razones prácticas, estratégicas y financieras. Es importante destacar que esta estrategia se adoptó en el período 2014-2016 en el cual se sentaron las bases estructurales sobre las que se desarrolla el proyecto hoy en día y fue modificada en el año 2016 en aras de lograr una mayor cobertura en las poblaciones clave y promocionar el acceso a la prueba de VIH. La estrategia modificada inicia su implementación en el año 2017, por lo que solo tiene un año de estarse desarrollando y se vuelve importante dar continuidad a la misma para lograr los objetivos que se persiguen. En la implementación de la estrategia se han realizado varios esfuerzos dentro del sistema de salud que van, desde la descentralización de la toma de prueba de VIH que ahora incluye a 175 UCSF (Unidades Comunitarias de Salud Familiar), clínicas VICITS (Vigilancia Centinela de infecciones de transmisión sexual) y hospitales, que bajo

la actual solicitud se centraría en la adecuación y promoción de servicios amigables dentro del Ministerio de Salud y la capacitación al personal para reducir los niveles de estigma y discriminación, el traslado de los CCPI (Centros Comunitarios de Prevención Integral) físicos a itinerantes, el uso de las redes sociales y la tecnología para el abordaje de las poblaciones clave. Dado que nuestra epidemia continúa concentrada en poblaciones clave, se han realizado esfuerzos desde el año 2014 para cambiar ésta situación, a la fecha se ha logrado impactar las prevalencias de las poblaciones de trabajadoras sexuales y de mujeres Trans evidenciándose una discreta disminución, no así para la población hombres que tiene sexo con hombres que sigue siendo un reto importante ya que su prevalencia no presenta cambios sensibles, por lo que sigue siendo una prioridad.

La presente solicitud se basa en las actuales brechas programáticas, brechas financieras y lecciones aprendidas de subvenciones anteriores financiadas por el Fondo Mundial. El enfoque de inversión estratégica se alinea con el Plan Estratégico Nacional Multisectorial 2016-2021 (PENM) (Anexo N°1), Objetivos Desarrollo Sostenible (ODS 3 y 5), la Cascada del Continuo de la Atención en VIH y recomendaciones de la Misión de Revisión Integral conjunta de la respuesta a la infección por el VIH y las ITS del sistema de salud de OPS/OMS (Anexo N°2)

ANTECEDENTES

El enfoque de la subvención Nuevo Modelo de Financiamiento ejecutada en el periodo 2014-2016 por un monto aprobado de \$ 26,957,082.00 (2014-2016), distribuido en un 48% al Receptor Principal (RP) MINSAL (\$13,046,329.00) y el 52% al Receptor Principal (RP) Plan Internacional (\$13,910,753.00); se priorizaron actividades hacia grupos poblacionales de mayor vulnerabilidad al VIH como lo son hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadoras sexuales (TS), mujeres transgénero (MTrans), personas con coinfección TB/VIH, Persona con VIH (PVIH) en situación socioeconómica de extrema pobreza, Personas Privadas de Libertad (PPL), Embarazadas. Es así que más del 50% del financiamiento fue destinado para tres de las poblaciones priorizadas HSH, TS y MTrans, enfatizando las intervenciones en los municipios de más alta carga de la enfermedad, incorporando metodologías innovadoras, armonizando los servicios, cuidados y atención hacia las poblaciones priorizadas. Estos fondos fueron extendidos de enero de 2017 hasta diciembre del 2018 para la continuidad de las actividades, con una solicitud Simplificada por \$12,149,665.00 (2017-2018). Con La sinergia del trabajo de ambos RPs la subvención simplificada, mantuvo el mismo enfoque priorizando a las tres poblaciones claves antes mencionadas, cuyo objetivo fue generar cambios de comportamiento, acciones de prevención, acceso de las pruebas de VIH a nivel nacional a través de 15 clínicas de vigilancia centinela de infecciones de transmisión sexual (VICITS) y ampliando cobertura a 175 establecimientos del primer nivel de atención del Ministerio de Salud (MINSAL) que cuentan con laboratorio clínico, propiciando un diagnóstico temprano del VIH para que sean vinculados a los hospitales de forma oportuna.

Las intervenciones planteadas en la actual solicitud de Financiamiento Revisión Adaptada a un Cambio Sustancial 2019-2021, continuarán centradas en las poblaciones claves y las principales diferencias con la subvención actual son las siguientes:

1. **Priorización geográfica**, implementándose acciones en los Municipios de mayor carga de enfermedad.
2. **Implementación de estrategias innovadoras**, con enfoque de género por medio de estrategia de prevención combinada adaptada en las siguientes modalidades:
 - a) Servicios Amigables de salud con énfasis a poblaciones claves.
 - b) Centro Comunitario de Atención Integral Itinerante (CCPII)
 - c) Abordajes en línea.
3. Implementación de estrategias de cuidado y tratamiento, con enfoque de género a través de la estrategia de vinculación.

CONTEXTO GENERAL

El Salvador es el país más pequeño de América Latina, con una extensión territorial de 20,742 kilómetros cuadrados. La población estimada de El Salvador para el año 2016 es de 6,522,419 habitantes, el 62% reside en zonas urbanas. La mayoría de la población salvadoreña es joven, con un 63.7% de personas menores de 30 años. Las mujeres son el 52.8% de la población. El país está formado por 262 municipios repartidos en 14 departamentos.¹

Con respecto al desarrollo humano, El Salvador es catalogado como un país de desarrollo humano medio, con un IDH de 0.68 en 2016. Presenta, además, una esperanza de vida al nacer de 73.3 años y una incidencia de pobreza multidimensional del 34%.

ANÁLISIS DE GÉNERO Y DERECHOS HUMANOS

El país ha venido trabajando en fortalecer las acciones enfocadas en las poblaciones claves con el objetivo de hacer respetar sus derechos y lograr el acceso a los diferentes servicios como salud, trabajo y educación, para lo cual se generaron el decreto ejecutivo 56 que enfatiza el no estigma y no discriminación por orientación sexual e identidad de género en las instituciones gubernamentales; más recientemente, el 17 de abril de 2018 el Ministerio de Justicia y Seguridad Pública (MJSP) realizó el lanzamiento de la Política para la Atención a la Población LGBTI (Anexo N° 3). El Estado de El Salvador, a través del MJSP ha promovido esta estrategia de diálogo con sectores de sociedad civil LGBTI, para establecer consensos que posibiliten dar respuesta a los problemas de discriminación generalizada, múltiples formas de violencia, incluso, por agentes de seguridad pública. Esta sinergia ha permitido tener una visión compartida sobre cómo enfrentar los desafíos y las debilidades institucionales, dando vida a esta política pública, la cual establece y organiza la intervención de todas sus dependencias con el propósito de brindar las directrices institucionales para la atención de la población LGBTI, tanto en su ámbito interno de trabajo como hacia la población externa.

A pesar de todos estos esfuerzos, persiste un trato inequitativo e injusto en diferentes ambientes hacia las personas LGBTI, especialmente en las áreas de justicia penal y una debilidad estatal en hacer cumplir las normas y sancionar a personas que cometen estos crímenes. Los ataques contra miembros de la comunidad son perpetrados por actores privados, principalmente por las pandillas, siendo las personas transgéneros quienes han sido objeto de brutales asesinatos. La mayoría de estos casos no se investigan y ninguno ha resultado en un enjuiciamiento exitoso. Las personas LGBTI se enfrentan a la discriminación en la obtención de acceso a la educación superior y la obtención de empleo. También son objeto de discriminación durante el curso del empleo. En particular, las personas transgénero reportan enfrentarse a dificultades debido a la no existencia de una Ley de Identidad que les permita cambiar nombre y género en sus documentos nacionales de identidad. Así mismo, muchos empleadores del sector privado requieren ilegalmente de pruebas de VIH como requisito para obtener un empleo o para la continuidad de este. Los prejuicios de la sociedad y la laxitud en las leyes contribuyen a la violencia en contra de esta comunidad.

Las organizaciones de la sociedad civil salvadoreña que representan a estas poblaciones han tomado una postura de liderazgo en la coordinación de las campañas de prevención, pruebas y tratamiento y evitar el hostigamiento de las personas de los grupos claves al acceder a diferentes servicios.

Bajo este antecedente, esta propuesta reforzará el respeto de los Derechos Humanos, para lograr la accesibilidad a los servicios de salud así como capacitaciones al personal que laboran en las Clínicas de Vigilancia Centinela de Infecciones de Transmisión Sexual (VICITS), Centro de Atención Integral (CAI), Unidad Comunitaria de Salud Familiar (UCSF) y Servicios amigables reforzando la eliminación del estigma y discriminación, el enfoque de género para el abordaje diferenciado de cada población, con lo cual se

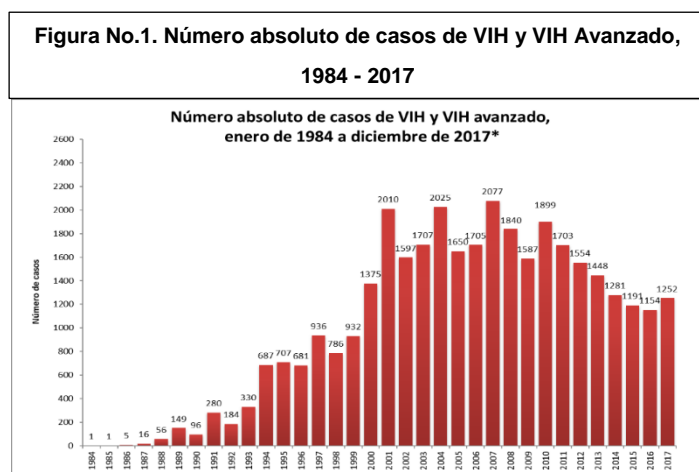
¹ El Salvador en Breve, PNUD de El Salvador, en línea. http://www.sv.undp.org/content/el_salvador/es/home/countryinfo/
Solicitud de financiamiento: Adaptada a cambios sustanciales 30 de abril de 2018 | 5

pretende desarrollar confianza en los y las usuarias de los servicios y así lograr su atención, retención y acceso a tratamiento del VIH y otras ITS.

Desde otro ámbito se trabajará con la Comisión Nacional contra el VIH (CONAVIH) asesora del Ministerio de Salud a través de tres de sus subcomisiones que son: Legislación, Terapéutica y de VIH en el Mundo laboral, para aportar al respeto de los Derechos Humanos de las poblaciones claves.

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

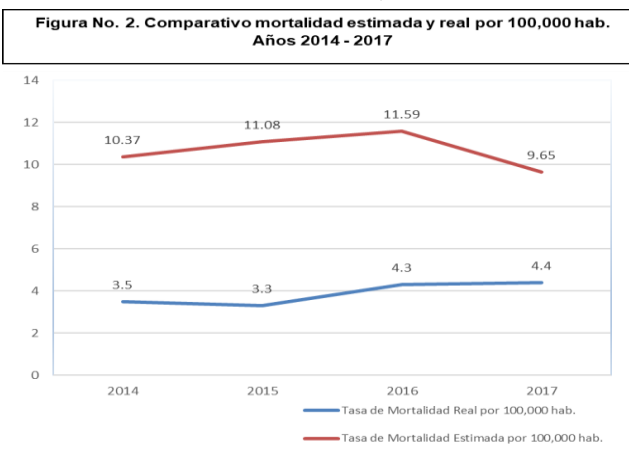
De acuerdo con los datos de vigilancia epidemiológica rutinaria, registrados en el Sistema Único de Monitoreo Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH/Sida (SUMEVE) se han detectado un total de 34,977 casos de VIH desde 1984 a 2017, (ver figura N° 1) en los últimos tres años se han detectado un promedio del 35% de casos avanzados de VIH



En los últimos diez años la cantidad de casos diagnosticados han tenido un comportamiento hacia la reducción; en el año 2007 se registraba un promedio de 6 casos por día y para el cierre del 2017 se diagnosticaron 3 por día. El 64% de los nuevos casos se concentran en hombres y el 36% en mujeres. En relación con las poblaciones claves un 22.9% corresponde a la

población HSH, un 3.1% a las mujeres TS y un 1.4% a Mujeres Trans. Actualmente el MINSAL realiza una vigilancia pasiva a través del SUMEVE, a su vez, el ingreso de datos corresponde a la autodenominación de género del usuario, la cual muchas veces no corresponde a las prácticas sexuales debido al estigma y discriminación que viven las poblaciones claves, lo que conlleva a un subregistro de casos. Otro aspecto importante es que el 50% de la población HSH no reconoce su identidad, de acuerdo al estudio realizado en 2016 sobre la Estimación de Tamaño de la Población y Encuesta de Conocimientos, Actitudes y Prácticas Comportamiento Sexual, y Sero-prevalencia de VIH en Hombres que tienen Sexo con Hombres, (Ver Anexo N°4) lo que los convierte en población “puente” para transmitir la infección a sus parejas heterosexuales.

La tasa de mortalidad por Sida por 100,000 habitantes del año 2014 fue de 3.5 por 100,000 habitantes y paso a 4.4 por 100,000 habitantes en el año 2017, teniendo un repunte en el año 2016 comparado con el 2015 (3.3 por 100,000 hab.) De acuerdo a las estimaciones realizadas con el software *Spectrum*, en el mismo periodo, la mortalidad estimada, habría cambiado de 10.37 a 9.65 x 100,000; como se aprecia en la Figura No.2 los datos de mortalidad reportados por MINSAL en relación a las estimaciones con el Modelo *Spectrum* mantienen la tendencia de mortalidad, es importante mencionar que se ha mejorado la notificación de muertes, ahora reportan las municipalidades y la seguridad social.



Fuente: Estimaciones con spectrum v 5.63 y SIMMOW

El conocimiento sobre las poblaciones clave se ha mejorado sustancialmente, debido a que se ha tomado como población estimada los resultados de los estudios de tamaño de población (Ver Anexo N°4, N°5 y N°6) elaborados entre los años 2014-2016, en donde se realizó el ejercicio para las tres poblaciones clave obteniéndose dichos tamaños de población, como puede observarse en tabla N° 1.

| Población Clave | Estimaciones del tamaño de población |
|---|--------------------------------------|
| Mujeres Transgénero | 1,835 |
| Hombres que tienen sexo con otros hombres | 54,140 |
| Mujeres trabajadoras sexuales | 44,972 |

Fuente: Estimación de tamaño y encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas comportamiento sexual, y sero-prevalencia de VIH en poblaciones claves en El Salvador. Plan Internacional

Desde el año 2002 se han venido realizando diferentes estudios para estimar las prevalencias de las poblaciones claves que permitan tomar decisiones estratégicas para abordarlas, las cuales se presentan en Tabla N° 2. Estos datos contrastan con la prevalencia de la población general que es de 0.6% para el año 2017, de acuerdo a las estimaciones de ONUSIDA.

| Año/Población | MTS (%) | HSH (%) | MT (%) |
|---------------|---------|----------|--------------------|
| 2002 | 3.2 | 15.3 | ND |
| 2008 | 5.7 (a) | 10.8 (a) | 25.8 (no ajustado) |
| 2012 | 3.1 | 10 | ND |
| 2014 | | | 16.6 |
| 2016 | 8.1 | 10.5 | |

Fuente : Construcción a partir de Estudios de El Salvador.

El rol de los usuarios de drogas intravenosas (UDIs) no parece ser un factor importante en la epidemia en el país, esto puede ser el resultado de una sub-notificación, según el Informe Nacional Sobre Drogas (Anexo N°7 Informe Nacional) la principal sustancia psicoactiva de consumo es el alcohol, que representa el 92.5%; el tabaco con 3.18%; Uso de Múltiples drogas y SPA con 1.95, Uso de Cocaína con 1.22% y Uso de Cannabinoides con 0.7%.¹ por lo que el MINSAL ha considerado realizar un estudio de prevalencia en estas poblaciones con otras fuentes de financiamiento, como la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC).

INDICE DE POSITIVIDAD EN POBLACION GENERAL

De acuerdo con los datos de vigilancia epidemiológica rutinaria, la positividad en pruebas de VIH se ha mantenido en 0.42% entre los años 2014 al 2017. Sin embargo, es importante mencionar que la positividad por departamento ha sufrido algunos cambios, como el caso de Sonsonate y San Salvador en donde la positividad ha disminuido, caso contrario en San Miguel y La Unión en donde ha aumentado. Lo cual podría atribuirse a la mejor localización de las actividades de toma de prueba y prevención que se han estado realizando con el proyecto que se está ejecutando. (Ver tabla N°3)

¹ Informe Nacional Sobre Drogas 2016,

Tabla N°3. Carga enfermedad por departamento a diciembre de 2017

| N° | Departamento | Casos Positivos 2014 | Población Total | Positividad por 100,000 hab. | Casos Positivos 2017 | Población Total | Positividad por 100,000 hab. |
|----|--------------|----------------------|-----------------|------------------------------|----------------------|-----------------|------------------------------|
| 1 | Ahuachapán | 65 | 21,697 | 0.30 | 55 | 19,051 | 0.29 |
| 2 | Santa Ana | 103 | 27,551 | 0.37 | 108 | 29,836 | 0.36 |
| 3 | Sonsonate | 133 | 28,911 | 0.46 | 103 | 31,285 | 0.33 |
| 4 | Chalatenango | 13 | 12,136 | 0.11 | 18 | 12,903 | 0.14 |
| 5 | La Libertad | 145 | 31,927 | 0.45 | 167 | 29,855 | 0.56 |
| 6 | San Salvador | 495 | 56,477 | 0.88 | 520 | 61,464 | 0.85 |
| 7 | Cuscatlán | 34 | 10,313 | 0.33 | 39 | 12,899 | 0.30 |
| 8 | La Paz | 70 | 18,007 | 0.39 | 59 | 15,691 | 0.38 |
| 9 | Cabañas | 13 | 9,178 | 0.14 | 16 | 10,756 | 0.15 |
| 10 | San Vicente | 16 | 9,246 | 0.17 | 30 | 10,375 | 0.29 |
| 11 | Usulután | 40 | 18,047 | 0.22 | 27 | 18,818 | 0.14 |
| 12 | San Miguel | 77 | 24,557 | 0.31 | 95 | 26,415 | 0.36 |
| 13 | Morazán | 15 | 10,043 | 0.15 | 8 | 9,087 | 0.09 |
| 14 | La Unión | 18 | 11,748 | 0.15 | 33 | 11,342 | 0.29 |
| | Total | 1,237 | 289,838 | | 1,278 | 299,777 | |

Fuente: Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH-Sida, SUMEVE, del Ministerio de Salud,

 Departamentos con mayor carga de la enfermedad seleccionados.

INDICE DE POSITIVIDAD EN POBLACIONES CLAVES

Para el año 2017 el SUMEVE reporta un total de pruebas de VIH en población clave de 65,531, de donde el 59% se han realizado en población privada de libertad, el 26% en HSH, el 14% en MTS y el 1% en mujeres trans. La positividad del 1,8 corresponde a la población de HSH y MTrans, seguida del 0.4% en MTS y 0.07 a los privados de libertad, según tabla N°4.

Tabla N° 4. Índice de positividad por población Clave para 2017

| Población Clave | Total Pruebas | Casos Positivos | Positividad |
|----------------------------------|---------------|-----------------|-------------|
| Hombre que tiene Sexo con Hombre | 17141 | 302 | 1.8 |
| Trabajadora del sexo | 8949 | 38 | 0.4 |
| Mujeres Transgénero | 931 | 17 | 1.8 |
| Personas Privadas de libertad | 38,510 | 28 | 0.07 |

Fuente: Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH-Sida, SUMEVE, del Ministerio de Salud

Una población sobre la cual se trabajará será la de Privados de Libertad (PPL) la cual, de acuerdo a la Dirección General de Centros Penales, a diciembre de 2017 el Sistema Carcelario salvadoreño contaba con una población de 46,000 PPL, los cuales se incrementan constantemente, a la fecha no se cuenta con estudios epidemiológicos de VIH en PPL. La vigilancia epidemiológica realizada por el Programa Nacional de VIH (PNVIH) del Ministerio de Salud reporta que, de 38,510 pruebas realizadas, se brindaron post-consejería a 15,162 personas, de las cuales 28 resultaron positivas, lo que representa un índice de positividad del 0.07%. (Ver tabla N°.4). Es por ello que el MINSAL considera pertinente realizar un estudio de prevalencia en estas poblaciones con otras fuentes de financiamiento.

VIGILANCIA CENTINELA DE LAS ITS (VICITS) EN POBLACIONES CLAVE

La VICITS es una estrategia de vigilancia centinela combinada con un componente de prevención del VIH, y está dirigido a las poblaciones clave de: mujeres trabajadoras sexuales (MTS), hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y mujeres transgéneros (MTrans).

En El Salvador las VICITS se iniciaron en el año 2012 y gradualmente se han incrementado en 11 departamentos del país (Ver tabla N° 6). Sin embargo es a partir de 2015 que se construye el módulo de atención VICITS en el Sistema Integrado de Atención

al Paciente (SIAP) que ha permitido construir la base de datos. La estrategia está dirigida por el MINSAL a través del PNVIH con el apoyo del FM y el Programa Presidencial de Emergencia de Asistencia para SIDA (PEPFAR) / los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC); inicialmente a través de la asistencia técnica de Tephinet, y desde finales del 2015, con el apoyo de la Universidad del Valle de Guatemala (UVG). Actualmente, hay 15 clínicas VICITS, las cuales proporcionan los siguientes servicios: 1) pruebas del VIH y otras ITS; 2) mejorar la retención de las poblaciones claves; 3) fortalecer las capacidades para el diagnóstico y tratamiento de las ITS, 4) actividades extramurales en coordinación con organizaciones de poblaciones claves y otros cooperantes, entre otras.

Las atenciones a la población clave en las VICITS, ha aumentado para las tres poblaciones, con respecto al año 2016 en año 2017 (ver Tabla N° 5).

Tabla N° 5. Atenciones a la población clave en las VICITS para los años 2016 -2017

| Atenciones VICITS 2016 | MTS | HSH | Mtrans |
|-----------------------------|-------------|-------------|------------|
| Inscripciones | 818 | 799 | 198 |
| Control exámenes | 609 | 483 | 131 |
| Control Sub-secuente | 702 | 716 | 191 |
| Inscripciones Sub-secuentes | 53 | 73 | 20 |
| Total | 2182 | 2071 | 540 |
| Atenciones VICITS 2017 | MTS | HSH | Mtrans |
| Inscripciones | 852 | 1520 | 326 |
| Control exámenes | 828 | 1209 | 269 |
| Control Sub-secuente | 466 | 550 | 143 |
| Inscripciones Sub-secuentes | 286 | 309 | 109 |
| Total | 2432 | 3588 | 847 |

Fuente: SIAP, MINSAL

Se han realizado acciones que han favorecido la divulgación, socialización y acercamiento a la población meta, entre ellas están: a) aumento de las actividades extramurales, b) coordinaciones comunitarias efectivas, c) búsqueda activa de seguimiento de casos y sus contactos, d) promoción de los servicios de las VICITS en redes sociales y grupos

de población clave. A partir del año 2016 se inició la atención a poblaciones de adolescentes de la población clave, hombres trans y lesbianas por demanda espontánea.

REGISTRO DE INFORMACIÓN

Para registrar las atenciones a las poblaciones claves en el SUMEVE, se incorporó en este sistema una casilla para el registro del Código Único de Identificación (CUI) lo que ha permitido identificar la cobertura de atención por proveedor de servicios y el seguimiento efectivo a las referencias, con el objetivo de cerrar la brecha entre pruebas realizadas y resultados entregados con post consejería.

El MINSAL ha venido realizando esfuerzos para involucrar a otros actores que ofertan pruebas de VIH, enfocándose inicialmente en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) quienes a la fecha ya han iniciado el reporte de datos al SUMEVE.

Con el apoyo del Consejo Superior de Salud Pública se ha coordinado el trabajo conjunto con 40 laboratorios privados, a quienes se les ha formado en consejería, estigma y discriminación y que estarían reportando las pruebas de VIH realizadas en sus establecimientos al SUMEVE directamente.

CASCADA DEL CONTINUÓ DE LA ATENCIÓN EN VIH

En el año 2012, la OPS/OMS en coordinación con la cooperación regional en VIH planteó la oportunidad de fortalecer la vigilancia del VIH, a través de la cascada del continuo de la atención, basada en seis pilares que permite en una gráfica valorar los avances, coberturas y brechas; acción que permitiría a los países una vigilancia más activa y toma de decisiones a todo nivel con énfasis en el nivel local.

La construcción de la cascada da respuesta a las estrategias mundiales del 90-90-90 y acción acelerada, promovido por ONUSIDA, los ODS, la estrategia mundial del sector salud de OMS/OPS, entre otros.

En Centroamérica se aceptó el concepto de los seis pilares:

Pilar 1: Estimado de Personas que viven con el VIH (PVIH) (proyección de *Spectrum*);

- Pilar 2: PVIH diagnosticados y que conocen su estatus serológico (se excluyen las muertes);
- Pilar 3: PVIH que son vinculadas a los servicios de salud;
- Pilar 4: PVIH que son retenidas en los servicios con y sin TAR;
- Pilar 5: PVIH con TAR;
- Pilar 6: PVIH que reciben TAR con carga viral suprimida (< de 1000 copias).¹

El Salvador, en el año 2013 inició el proceso del levantamiento de la información para la cascada del continuo de la atención en VIH. Se identificaron muchas brechas, las más relevantes son: a) el proceso de cambio de paradigma de una vigilancia pasiva a una vigilancia más activa y con acciones directas, b) las bases de datos con brechas en la duplicidad, sub notificación, limpieza de la mortalidad y cumplimiento del algoritmo diagnóstico, c) el sistema de información con dificultad para los cuadros de salida, falta de análisis, dificultad en su uso en las clínicas de atención y sin triangulación de datos con otros sub sistemas, y d) dificultades de equipamiento, internet y recurso de digitación, entre otros. Estas fueron algunas brechas identificadas en ese periodo.

El Salvador, con las lecciones aprendidas desde el 2013 como línea de base, implementó un seguimiento de acciones que mejoraron las brechas presentadas al inicio. La mayoría se han ido superando, al grado que el Sistema de Información en línea SUMEVE ya cuenta con herramienta que ayudan a la calidad del dato; se puede obtener las cascadas de forma rápida, por clínica de atención, por sexo y a escala nacional. El uso de los datos del sistema se realiza a diario desde las clínicas de atención y los coordinadores son los responsables de la clasificación de todas las personas que son diagnosticadas en su servicio. Algunas de ellas están implementando estrategias de vinculación y retención de los PVIH en colaboración con la sociedad civil y esto gracias al análisis de la cascada y otras herramientas de riesgo a nivel local, una de las estrategias que ha presentado muy buenos resultados es la implementada por parte del Proyecto USAID/Capacity, la cual está enfocada en búsqueda de personas en abandono a TAR mediante visitas domiciliarias para búsqueda y recuperación de PVVIH, en donde se potencia el trabajo en redes locales de servicios de salud y con diversos actores para garantizar la vinculación y retención de las PVVIH. Ver figura N°6. Además, se reforzará el trabajo que está realizando con las organizaciones de sociedad civil de PVIH de manera que se enfoquen en nuevos diagnósticos y abandonos, tratando de brindar el primer auxilio psicológico, orientación en adherencia y vinculación a la CAI.

La sistematización de las cascadas en El Salvador del año 2015 al 2017, muestra los siguientes avances en cada uno de los pilares:

Pilar 1: En cuanto a las proyecciones por *Spectrum*, cada año se realizan los ajustes con las variables específicas junto con el equipo de ONUSIDA, con el objetivo de acercarse más al número de casos reales del país; el promedio por año fue de 23,000.

Pilar 2: El cumplimiento para el año 2015 fue del 89% (17,673) de las personas con diagnósticos de VIH; en el año 2016 del 78% (18,556) y para el año 2017 el 79% (18,284).

Pilar 3: Respecto a los vinculados, se obtuvo una cobertura del 68% (13,422) para el año 2015, en el 2016 fue de 59% (14,028), igual para el 2017 con el 59% (13,530).

Pilar 4: Respecto a la retención de las personas en los servicios de salud que tienen clínicas de atención integral, se tiene un cumplimiento para el año 2015 del 46% (9,060), en 2016 del 41% (9,699) y en el año 2017 fue del 44% (10,124).

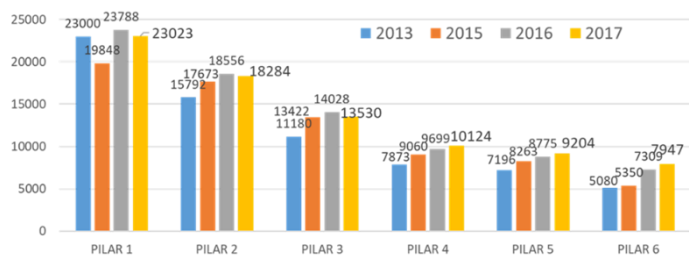
Pilar 5: Las personas en tratamiento logró un cumplimiento del 42% (8,263) para el año 2015, en el año 2016 fue de 37% (8,775) y en el 2017 fue del 40% (9,204).

Pilar 6: En la medición de la cascada este pilar se compara con el dato del Pilar 1, es decir, las coberturas para el año 2015 fueron del 27% (5,350), el 2016 fue del 31% (7,309) y para el 2017 fue del 35% (7,947). (Ver figura N° 3)

¹ Marco de Monitoreo del Continuo de la Atención al VIH 2014, Organización Panamericana de la Salud, abril 2014.

En general El Salvador ha superado algunos puntos claves para la vigilancia de la cascada del continuo de la atención y estos son los siguientes: a) se cuenta con un sistema de información amigable y robusto con la mayor calidad de la información (SUMEVE), operado Inter programáticamente con el programa nacional y la Dirección de Vigilancia Sanitaria (DVS).

Figura No. 3 Cascada del Continuo Atención VIH para los años 2013-2015-2016-2017



Fuente: Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH-Sida, SUMEVE, del Ministerio de Salud

b) profesionales de la salud capacitados y comprometidos en la vigilancia de VIH,
c) triangulación de la información con otros subsistemas tales como la mortalidad y d) la construcción de otras cascadas en embarazadas con VIH, niños expuestos, embarazadas con

sífilis y niños con sífilis congénita, estas dos últimas aún en proceso de validación.

CASCADA DE POBLACIÓN CLAVE

El Salvador desde el 2012 ha iniciado un proceso de abordaje en los servicios de salud específicos para la población clave, a través del área de vigilancia centinela de las ITS (VICITS), donde se ofrecen servicios para la población clave.

La elaboración de la cascada de población clave es una sub cascada con datos a diciembre de 2017, que está inmersa en la cascada general, el sistema de información con los últimos arreglos que se han brindado hace posible establecer esta primera cascada como línea de base, que ayudará a generar planes de análisis, triangulación de información y la identificación de brechas tanto en la calidad del dato como en la recolección adecuada de la información.

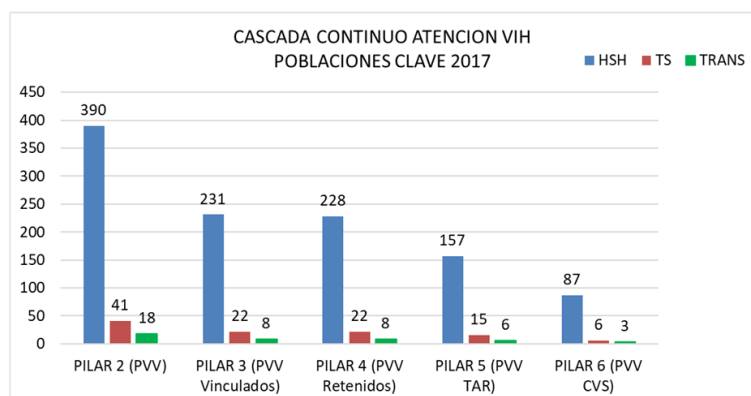
En este primer acercamiento sobre la cascada de población clave podemos determinar que para la población HSH, el Pilar 1: no se cuenta con la estimación de población clave con VIH, se han registrado 390 personas como casos positivos, que corresponden al Pilar 2, solo el 59% (231) se vinculó en el Pilar 3, el 58% se retuvo en los servicios de VIH (228) correspondiente al P4, el 40% inicio TAR (157) lo que corresponde al P5 y solo el 22% (87) alcanzo una CV suprimida mostrada en el P6. (Ver figura N° 4)

Respecto a la población de mujeres trabajadoras sexuales, el Pilar 1: no se cuenta con la estimación de población clave con VIH, se han registrado 41 casos positivos, que corresponden al Pilar 2, solo el 54% (22) se vinculó que corresponden al Pilar 3, el 54% (22) se retuvo que correspondiente al P4, el 37% (15) inicio TAR que corresponde a P5 y solo el 15% (6) con supresión viral que representa el P6. (Ver figura N° 4)

Con relación a la población de Mujeres Trans el Pilar 1: no se cuenta con la estimación de población clave con VIH, se han registrado 18 casos que corresponden al Pilar 2, se vincularon solo el 44% (8) que corresponden al P3, igual para la retención 44% que corresponde al P4, el 33% (6) inicio TAR para P5 y el 17% (3) con carga viral suprimida que representa P6.

En comparación con la población general, las tres poblaciones clave presentan brechas importantes en cada uno de los pilares y de ellas las mujeres trans con mayores desventajas de las otras poblaciones. (Ver figura N° 4)

Figura No. 4. Cascada del Continuo Atención VIH para poblaciones claves 2017



Fuente: Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH-Sida, SUMEVE, del Ministerio de Salud

Si comparamos los datos con la cascada general, podemos concluir que la vinculación, el inicio de TAR y CV suprimida, son los pilares con mayores brechas marcadas que presentan la cascada de población clave.

Las brechas más relevantes en el abordaje de la población clave son las siguientes:

- Alto grado de estigma y discriminación hacia las poblaciones clave, lo cual persiste en algunos servicios de salud.
- Falta de capacitación de los profesionales de la salud en los diferentes niveles de atención en abordaje de prevención combinada a poblaciones claves.
- Ausencia de integración de estrategias internacionales como testeo y tratamiento, profilaxis post exposición en relaciones consensuadas de alto riesgo, la profilaxis pre-exposición (PrEP) en población con alta vulnerabilidad y riesgo de infección.

NIVEL DE EJECUCIÓN DE LAS SUBVENCIONES ACTUALES Y PROYECCIONES

Se ha realizado un análisis comparativo de la ejecución financiera 2014-2017, una proyección de la inversión para el año 2018, con lo solicitado para el período 2019-2021. En dicho análisis se refleja una disminución entre la ejecución promedio de los años 2014-2017 con el promedio anual que se está solicitando para la nueva subvención, dicha disminución no representa un cambio drástico en comparación con los niveles de ejecución que se han tenido históricamente. (Ver Anexo N°43)

AVANCES Y DESAFÍOS DE LA RESPUESTA A LA INFECCIÓN POR EL VIH Y LAS OTRAS ITS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

En el presente año el MINSAL solicitó a OPS/OMS la realización de una evaluación conjunta integral de la respuesta del sistema de salud al VIH-ITS, que permita al país hacer una revisión y ajuste de sus planes y actividades para garantizar una respuesta sostenible. Algunos de los hallazgos principales de esta evaluación son los que se presentan a continuación:

A. NORMATIVAS/ POLÍTICAS

El MINSAL provee el sustrato institucional, regulador y normativo para coordinar una respuesta nacional al VIH en El Salvador, los marcos políticos, legales y técnicos, se realizan en coordinación con los distintos sectores y son avalados por mesas multisectoriales específicas que apoyan la divulgación y la implementación. A continuación, se enumeran las más relevantes.

- Política Nacional de Salud 2014-2019** – basado en la APSI, abordaje de la determinación social de la salud para garantizar el derecho humano a la salud en la ruta hacia el Acceso Universal y Cobertura Universal de Salud, identificación y combate de inequidades.
- Reforma de Salud** (8 ejes prioritarios) basado en el manejo de las Redes Integradas e Integrales de Salud
- Plan Estratégico Institucional** (PEI) del Ministerio de Salud (2014-2019) y su POA.

- **Plan Estratégico Nacional Multisectorial de VIH e ITS** (2016-2021) costeado y con plan de monitoreo y evaluación. Enfoque multisectorial, de derechos humanos, género, participación social, focalización en poblaciones clave y otras en situación de vulnerabilidad (riesgo epidemiológico, social y económico), con perspectiva de poner fin al sida como problema de salud pública para el año 2030.
- **Ley de prevención y control de la infección** provocada por el virus de inmunodeficiencia humana. Diciembre 2016
- Otras estrategias relacionadas a la respuesta al VIH/ITS.

Existe un amplio marco legal de protección de derechos humanos

- Protecciones Legales para población LGBT: Decreto Ejecutivo 56 (del año 2010)
- Creación de la Dirección de Diversidad Sexual dentro de la Secretaría de Inclusión Social (del año 2010).
- Reformas al Código Penal, relativos a crímenes de odio Art. 129 y 155.
- Ley de Prevención y Control del VIH de 2016.
- La Ley Especial Integral para una Vida Libre de Violencia para las Mujeres (2011)

Existen estructuras de gobernanza de la respuesta sectorial e intersectorial

- La Creación de la CONAVIH Art. 18 de la ley del VIH (enero 2017) como organismo asesor del MINSAL y de los diferentes sectores.
- Programa Nacional de ITS/VIH/sida, como parte de la rectoría del Ministerio de Salud.
- Marco normativo amplio y en actualización VIH/ITS.
Lineamientos técnicos y guías clínicas:
- Prevención del VIH en las poblaciones móviles, 2017
- Atención integral de la población LGBTI, 2016
- Control de las infecciones de transmisión sexual, marzo 2012 - en actualización
- Atención integral en salud de las personas privadas de libertad, 2012 - en actualización
- Atención pediátrica de la TB y la coinfección TB-VIH. Septiembre 2017.
- Atención de las personas con coinfección TB/VIH. Noviembre 2016.
- Atención integral en salud de las personas con VIH. Diciembre de 2014 - en actualización
- Profilaxis post exposición. Diciembre 2012.
- Esfuerzos en marcha para la homologación de lineamientos/guías MINSAL/ISSS/ Sanidad Militar.

B. SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD

Los sistemas de información en VIH e ITS han tenido una transformación en el interés de mejorar la recolección, consolidación y análisis de la respuesta nacional e internacional. El MINSAL ha implementado el **Sistema Único de Información en Salud SUIS**, el cual, está disponible para todo el sector salud, con plataforma de interacción que facilita la triangulación de los datos de otros subsistemas. Para VIH se cuenta con los datos del SIMMOW (Sistema de Información de morbilidad y mortalidad en web) que recolecta toda la información de las redes hospitalarias sobre egresos y mortalidad por la infección del VIH; el SUMEVE, el cual maneja todas las cohortes de las personas con VIH en los 20 hospitales donde se cuenta con clínicas de atención integral, el sistema brinda cuadros de salida, la cascada del continuo de la atención con sus pilares de cobertura, atención e impacto.

Respecto a las otras ITS, El Salvador implementó el manejo sindrómico para la mayoría de éstas, excepto la sífilis. En el año 2012 se implementó la Vigilancia Centinela de las ITS en población Clave (VICITS). El sistema de información que recolecta los datos de VICITS es una historia clínica en línea (SIAP) y es analizado por el Programa Nacional de VIH/ITS/sida en coordinación con el equipo de la Dirección de Tecnología de Información

y Comunicación, la Dirección de Vigilancia Sanitaria del Ministerio de Salud. Otro sistema que recolecta información de ITS es el Vigilancia Epidemiológica en Salud (VIGEPES) que contabiliza las enfermedades de notificación obligatoria como la sífilis y la sífilis congénita y otros. El sistema de información perinatal (SIP) actualmente está implementado en 28 maternidades del país y maneja toda la información de la embarazada desde el control prenatal hasta su asistencia del parto o finalización del embarazo. El informe de la misión realizada del 22 al 26 de enero de 2018 brinda más información sobre el tema. (ver anexo N° 2 Misión)

Fortalezas Sistemas de información en salud

- Cuentan con sistemas de información electrónicos para vigilar/monitorear todos los elementos relevantes de la respuesta al VIH/ITS de forma oportuna, integrados en el Sistema Único de Información en Salud (SUIS).
- El SUIS responde en su mayoría a los principios de sostenibilidad económica y política (soberanía de desarrollo de los sistemas, software libre, desarrollo nacional, recurso humano capacitado).
- Se está trabajando en incluir en el SUIS a instituciones como: ISSS, Comando de Sanidad Militar, y laboratorios privados.
- El Programa Nacional de ITS/VIH está muy comprometido al mejoramiento continuo de la calidad de los datos.
- El uso del SUMEVE en hospitales con atención al VIH, SIBASI y Regiones de Salud es alto. El SUMEVE crea reportes desagregados por sexo, edad, poblaciones clave, geo-referenciación, entre otros.
- El SIP está instalado en las 28 maternidades y hay entrada de datos actualizada en el sistema.
- Existen otros subsistemas de información que recolectan información de ITS como el SIMMOW, VIGEPES y SIAP; se puede triangular la información en los sistemas.
- Equipos del MINSAL comprometidos en apoyar la reforma de salud en el tema de SUIS.

C. GESTIÓN DE SUMINISTROS

Fortalezas.

- Reforma de Salud y Política Nacional de Medicamentos enfocados en mejorar el acceso y uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias, incluidos los necesarios para atención en VIH-ITS. Enfoque necesario para alcanzar la Salud Universal.
- Programa de VIH empoderado y coordinado para realizar actividades dentro de la cadena de gestión de suministro (selección, programación, adquisición).
- Contar con asistencia técnica especializada de USAID/PEPFAR.

D. ACCESO EQUITATIVO A SERVICIOS DE SALUD

Fortalezas generales

El país cuenta con un contexto político y un marco legal favorable a la ampliación del acceso equitativo a servicios de salud para toda la población, incluyendo los servicios relativos al VIH y las otras ITS que se ve reflejado principalmente en las siguientes normativas y orientaciones políticas:

- Sistema Nacional de Salud y Reforma de Salud, como bien público y como derecho humano; centrada en la promoción de salud, Atención Primaria en Salud Integral (APSI), eficiencia de los servicios de atención, organización comunitaria, participación social, colaboración intersectorial y equidad.
- Modelo de atención, enfoque familiar y comunitario. Promueve la ampliación progresiva de la cobertura de salud a toda la población.
- Redes integradas e integrales de servicios de salud (RIISS) (eje prioritario de la Reforma), inversión importante en la ampliación de la red de servicios.

- Servicios gratuitos, Ley de Desarrollo y Protección Social, aprobada por la Asamblea Legislativa como “Acceso Universal a la Salud Integral pública y gratuita.”

E. PREVENCIÓN

Prevención Combinada

Fortalezas en Prevención Combinada

Modelos de Prevención Combinada con énfasis a las poblaciones claves con foco en la eficiencia y aumento de la cobertura.

- Clínicas VICITS (15 en 11 depts.) y Centros Comunitarios de Prevención Integral (CCPI) (14 en 7 departamentos con mayor prevalencia) administrados por ONG’s (subvención del FM).
- 8 unidades móviles, entre MINSAL y ONG, que facilitan la toma de pruebas para VIH en las poblaciones con mayor dificultad a los servicios y con horarios flexibles.

Ampliación del paquete de servicios de Prevención Combinada en la red de hospitales.

- Prueba VIH, condón, abordaje sindrómico ITS, tamizaje sífilis y búsqueda parejas.
- PEP (exposición laboral y violencia sexual/agresión) en servicios de urgencia.

Inclusión de intervenciones para reducción del estigma y discriminación

- Institucionalización en las clínicas VICITS del uso del nombre “conocido por”
- Capacitación de los profesionales de salud en estigma y discriminación por población clave.
- Equipos de navegadores y promotores pares para el abordaje a la población clave.

Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y la Sífilis Congénita

Fortalezas

Acceso gratuito y universal a los servicios de atención prenatal, parto y seguimiento a la mujer y el recién nacido ofrecidos por los ECOS y servicios especializados (embarazadas VIH+ referidas a los 18 hospitales con atención integral)

- Alta cobertura de atención prenatal y partos hospitalarios (>95%)
- Todos los establecimientos de salud priorizan la búsqueda de embarazadas de riesgo.
- Flujo sistemático y regular de atención a través del mecanismo de referencia y contra-referencia entre todos los niveles
- Tamizaje para VIH y sífilis integrados al seguimiento prenatal (2 perfiles)
- Atención al niño con VIH en hospital de III nivel (disponibilidad de vacuna de VHB en las primeras 24 horas, CV, CD4, ARV, fórmula láctea)
- Disponibilidad continua de ARV, penicilina y pruebas diagnósticas
- Tratamiento a nivel primario para sífilis.
- Desensibilización en caso de embarazadas alérgicas a penicilina
- Auditorías clínicas para mejorar la atención en embarazadas con alto riesgo.
- Algoritmos diagnósticos normados con control externo de calidad (EQA) por el Laboratorio nacional de referencia y sus redes.

Salud sexual y reproductiva

- Métodos contraceptivos disponibles en todos los niveles
- Acceso a métodos contraceptivos para adolescentes con confidencialidad.
- Planificación familiar en las visitas de puerperio. El país tiene disponible en las maternidades DIU para colocación post parto e implantes independientemente del estatus serológico para VIH

F. ATENCIÓN INTEGRAL

Fortalezas

- Aumento en la cobertura del TAR de 44% (2014) a 48% (2016) (94% niños diagnosticados)
- Ampliación del acceso a centros de atención integral (20 CAI en hospitales II/III nivel; ISSS) con recursos humanos capacitados.
- Adopción de la iniciativa de Tratamiento 2.0 (2013)
- Efectividad de la TAR. Supresión viral en personas en TAR (H 81%, M 82%, <15 años 93%).
- Modelos de provisión de servicios innovadores o diferenciados
- Progresos en la integración de servicios de TB-VIH (98% prueba VIH y 96% TAR en coinfectados) y prueba de GenXpert para diagnóstico en PVIH sintomáticos respiratorios.
- Acceso continuo a servicios de seguimiento laboratorial (CD4, CV) con control de calidad.
- Organización de referencia de muestras de los 20 hospitales que proveen Atención Integral (MINSAL) con retorno de resultados en aproximadamente 2 semanas.
- Sin ruptura de stock de reactivos
- Participación en control de calidad externo

REENFOQUE




Con base a la información epidemiológica actualizada, se evidencia la necesidad de realizar un reenfoque en:

A. Área geográfica.

Las diferentes estrategias se trabajarán a nivel nacional, pero con un mayor énfasis en los departamentos y municipios que tienen mayor carga de enfermedad de VIH en población clave tabla N°6, realizando acciones especializadas para el abordaje de las mismas.

FIGURA N° 5 MAPA DE EL SALVADOR CON CLÍNICAS DE ATENCIÓN INTEGRAL Y CLÍNICAS VICITS EN LOS DEPARTAMENTOS DE MAYOR PREVALENCIA



- La figura  a las 20 Clínicas de Atención Integral, que funciona a nivel nacional.
- La figura  a las 15 Clínicas VICITS
- La figura  la prevalencia de personas con VIH

La figura N° 5, el mapa muestra la prevalencia de VIH, identificando las 20 Clínicas de Atención Integral y las 15 Clínicas VICITS.

Para la actual solicitud de financiamiento, el MINSAL fortalecerá el área de prevención, creando los **Servicios Amigables**, libres de estigma y discriminación en los departamentos y municipios de alta carga de VIH en poblaciones claves (Ver Anexo N°9), sobre todo en aquellos que no cuentan con Clínicas VICITS. De cara a la sostenibilidad y considerando la disminución de la disponibilidad de financiamiento por parte del Fondo Mundial. El MINSAL continuará la absorción gradual de las intervenciones en los departamentos identificados (Ver tabla N°6)

Tabla N° 6 Departamentos y municipios con mayor carga de enfermedad donde se implementarán las acciones.

| Departamento | Municipio con Clínicas VICITS | Municipios con Servicios Amigables |
|--------------|--|------------------------------------|
| Santa Ana | San Ana | Chalchuapa, Metapán |
| Ahuachapán | Ahuachapán | San Francisco Menéndez |
| Chalatenango | Coyotito | |
| Sonsonate | Sonzacate | Acajutla, Izalco |
| La Libertad | Santa Tecla, La Libertad, Lourdes, | Quezaltepeque, San Juan Opico |
| San Salvador | San Salvador: San Miguelito, Concepción, San Jacinto y Aguilares | Soyapango, Mejicanos, Apopa |
| La Paz | Zacatecoluca | Olocuita, Santiago Nonualco |
| San Miguel | San Miguel | |
| Usulután | Usulután | |
| La Unión | La Unión | |

Fuente: Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH-Sida, SUMEVE, del Ministerio de Salud

B. Implementación de estrategias innovadoras:

Solicitud de financiamiento: Adaptada a cambios sustanciales

1. ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN COMBINADA:

Las modalidades a desarrollar serán las siguientes:

- a) Servicios Amigables de salud con énfasis a poblaciones claves.
- b) Centro Comunitario de Atención Integral Itinerante (CCPII)
- c) Abordajes en línea.

2. ESTRATEGIA DE CUIDADO Y TRATAMIENTO

a) ESTRATEGIA DE VINCULACIÓN.

El elemento de éxito en la implementación de la subvención solicitada radicará en el trabajo coordinado entre el RP, SR y los Sub-SR, quienes comparten la visión de país para lograr las metas programadas con los recursos solicitados para la respuesta continua al VIH.

Esta estrategia se reenfocó con fin de ser más costo-efectiva y desarrollarse a nivel nacional con énfasis en las regiones de salud con mayor carga de la enfermedad y su reducción de costo al dejar de utilizar espacio físico.

LECCIONES APRENDIDAS COMO RESULTADO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE LA SUBVENCIÓN 2014-2018

1. Las Clínicas VICITS, se implementaron en los departamentos con mayor concentración de poblaciones claves, sin embargo, de acuerdo al estudio de evaluación económica de clínicas VICITS, algunas actualmente no son costo efectivas como lo muestra el estudio realizado con el apoyo de CDC sobre la Evaluación Económica de la Estrategia VICITS (Ver Anexo N°10); por lo que se ha considerado el cambio de las mismas a otros municipios donde se registre mayor carga de la enfermedad.
2. Hasta 2016 el SUMEVE no desagregaba la información por poblaciones claves, lo que dificultaba obtener mayor información acerca de éstas, actualmente el RP ha realizado los ajustes necesarios al sistema y a las fuentes primarias ingresando las variables para identificar a estas poblaciones al punto que el país cuenta con una cascada de atención específica para ellas.
3. Durante el año 2012 al iniciar la vigilancia centinela en las clínicas VICITS, el MINSAL se encargaba de promocionar la atención a las poblaciones claves sin lograr captar la afluencia esperada, por lo que a partir del año 2014, con financiamiento del Fondo Mundial se inició el trabajo conjunto con Sociedad Civil, quienes a través de la estrategia de prevención combinada daban acompañamiento a las personas beneficiarias hacia los establecimientos de salud y de igual manera en la promoción de estos servicios, logrando a la fecha demanda espontánea y mejora en la cobertura de atención de estas poblaciones.
4. El RP MINSAL ha tenido dificultades en la ejecución financiera de la actual subvención, razón por la que se gestionó apoyo técnico para la realización del diagnóstico de la cadena de adquisiciones y suministros a USAID Global Health Supply Chain Program/PSM (GHSC-PSM) (febrero 2017), (Ver Anexo N° 11) identificándose que algunas de las causas de los retrasos en la ejecución es debido a la normativa institucional de la Ley LACAP, escasos recursos humanos en el área de adquisiciones, entre otras limitantes, por lo que se han realizado reuniones mensuales en las que se evalúa los avances en el nivel de ejecución del proyecto, con los informes de las Unidades especializadas del MINSAL entre estas: UACI, UNABAST, UFI, M y E, activo fijo, las que han permitido solventar algunas de las situaciones encontradas para la toma de decisiones oportunas. Es por ello que en la nueva subvención se incorporarán recursos humanos para fortalecer la respuesta de esta área.

5. De acuerdo a los estudios de tamaño de la población para poder incrementar la cobertura de atención integral en estas poblaciones, especialmente en las de HSH y TS, se vuelve pertinente explorar nuevas metodologías o recursos para alcanzar poblaciones ocultas o de difícil acceso. Para ello se propone implementar una estrategia en línea que incluye: la creación de una APP y de un portal virtual que permitirá a estas poblaciones acceder a información y vincularlos a una red de servicios privada o pública.
6. Durante los primeros años de la presente subvención los CCPI se volvieron una estructura relevante para realizar actividades dentro del componente complementario de la estrategia prevención combinada. En el año 2017 se modifica la estrategia más enfocada a la identificación de personas positivas de las poblaciones claves. Estos cambios en la estrategia disminuyeron protagonismo a los CCPI ya que las poblaciones se abordaban en campo. Con el fin de hacer más eficiente el uso de recursos de la próxima subvención se propone dar un giro al concepto tradicional de CCPI y volverlos una estructura itinerante que vaya al encuentro de las poblaciones clave. (Ver Anexo N° 40)
7. En el desarrollo de los planes de sostenibilidad para organizaciones de la sociedad civil, se ha constatado que su desarrollo es variable, algunas han avanzado más rápido que otras y entendemos que no todas alcanzarán un nivel aceptable de sostenibilidad en los próximos años, siendo necesario, como estrategia de país, poner a disposición de estas organizaciones herramientas administrativas y financieras que les permitan ser fortalecidas, a la vez hacer accesible nuevas oportunidades de financiamiento a través de otros donantes para la continuidad del trabajo que han venido realizando en los últimos años con el apoyo del FM, entre otros donantes.
8. La limitada aplicación de controles internos de las ONG's, representó un desafío en el cambio de la metodología de trabajo para poder responder a los requerimientos de controles internos de Plan y el donante, este proceso implicó un acompañamiento constante para la aplicación de los procesos en función de los requerimientos de los acuerdos, así mismo la capacitación y reestructuración de funciones al interior de las organizaciones, lo que ha permitido una buena ejecución con validación de procesos al momento de la liquidación de fondos.
9. Al inicio de la implementación de la subvención las organizaciones SR, tenían poca experiencia en la administración de proyectos y generación de información, por lo que se les acompañó en la generación de capacidades para utilizar el sistema de información del proyecto (SIGPRO), lo que ha facilitado en los últimos años que las organizaciones presenten información oportuna y pertinente a Plan, permitiendo una ejecución más eficiente.
10. Se fortalecieron a las ONG's en aspectos técnicos y administrativos de legislación nacional requeridos anualmente a las ONG's por el Ministerio de Gobernación, entre estos un sistema contable legalizado, presentación de estados financieros, declaraciones de impuestos, etc. para ello se ha brindado asesoría, acompañamiento y formación. (Ver Anexo N° 39)

SECCIÓN 2: SOLICITUD DE FINANCIAMIENTO (Dentro de la asignación)

La presente sección debe describir y ofrecer una justificación de los elementos programáticos propuestos para esta solicitud de financiamiento. Adjunte y consulte las **tablas de brechas programáticas, las tablas del panorama de financiamiento y el marco de desempeño y presupuesto**.

Para responder, consulte las directrices que figuran en las *Instrucciones*.

2.1 Solicitud de financiamiento

Describa la solicitud de financiamiento para el programa de enfermedad, que incluya los cambios en las deficiencias programáticas y financieras existentes que se deben abordar, y como los cambios en ciertas áreas del programa afectan el alcance/magnitud de las inversiones del Fondo Mundial.

Adicionalmente, deben resaltar en particular:

- a) Los cambios en el (i) Marco de desempeño, como la repercusión en las metas, la cobertura geográfica, o la diversidad/calidad de los paquetes de servicios, (ii) presupuesto.
- b) Cómo las revisiones propuestas asegurarán:
 - i. Una ampliación continua cuando sea viable;
 - ii. Un uso eficaz y eficiente de las inversiones del Fondo Mundial;
 - iii. Máximo impacto en la lucha contra el VIH/SIDA, tuberculosis y malaria;
- c) Como la inversión propuesta asegura un enfoque adecuado en construir sistemas de salud resistente y sostenible, y en programas para poblaciones clave y vulnerables, según corresponda.

Para solicitudes conjuntas: asegure que la respuesta refleje adecuadamente los programas de enfermedad separadas, además de los módulos transversales según corresponda, la esperada coordinación y las eficiencias de impacto que resultaran de la programación conjunta.

(Máximo 3 páginas por componente)

La solicitud de financiamiento se basa en las brechas programáticas y las brechas financieras de acuerdo con los objetivos del Plan Estratégico Multisectorial Nacional (2016-2021) y las brechas de país identificadas para poblaciones claves, plasmadas en el Documento Misión de Revisión Integral Conjunta de la Respuesta a la Infección por el VIH y las ITS del Sistema de Salud y Apoyo Técnico hacia la Innovación, la Ampliación y la Sostenibilidad de El Salvador. El hecho que la propuesta este destinada a poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad la constituye en una herramienta eficaz en valor a la dignidad humana

OBJETIVOS

Objetivo General:

Reducir nuevas infecciones del VIH en poblaciones claves en El Salvador.

Objetivo Específicos:

1. Contribuir a la prevención del VIH en poblaciones claves a través de la prestación de servicios integrales.
2. Fortalecer y ampliar la atención integral a las personas con VIH-SIDA, con énfasis en la población clave, en las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud.
3. Fortalecer del sistema de salud para su resiliencia y sostenibilidad, bajo un enfoque de derechos humanos, género y participación multisectorial.

La solicitud de subvención contribuirá a reducir las brechas programáticas (ver Anexo 18) relacionadas con:

CASCADA DEL CONTINUO DE LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS CON VIH

En los siguientes 3 años con el apoyo de esta subvención, se trabajará en apoyar el cumplimiento de las metas estipuladas en el PENM para el logro de los objetivos de la vía acelerada (fast track), en donde el país se ha planteado unas metas de 85 – 85 – 85, y que se reflejan en las metas propuestas para los pilares de la cascada del continuo de la atención de la siguiente manera: Pilar 2, que se refiere a las Personas que con el VIH (PVIH) diagnosticadas y que conocen su estatus serológico para el año 2019 un 81 %, un 83% para 2020 y un 85% para el 2021; Pilar 3, referido a personas con VIH vinculadas a los servicios de salud, en el año 2019 se establecerá la línea de base, para el año 2020 se espera alcanzar el 65% correspondiente a la línea de base y para el año 2021 un 85%; Pilar 4 se refiere a PVIH que son retenidas en los servicios con y sin Tratamiento Anti Retroviral (TAR), para el año 2019 un 70 %, un 80% para 2020 y un 85% para el 2021; el Pilar 5 está referido a PVIH en TAR, para el año 2019 un 70 %, un 78% para 2020 y un 85% para el 2021; y Pilar 6: PVVIH que reciben TAR con carga viral suprimida (< de 1000 copias), para el año 2019 un 83 %, un 84% para 2020 y un 85% para el 2021. (Ver Anexo N°42)

En relación con el **Pilar 2**, que se refiere a las **Personas que con el VIH (PVIH) diagnosticadas y que conocen su estatus serológico**, la brecha para el año 2017 fue del 21%, es decir, 4,739 personas que no se lograron diagnosticar. La meta nacional para este pilar al año 2021 es lograr diagnosticar al 85 % de PVIH de acuerdo con el PENM. Con el objetivo de disminuir la brecha se ha establecido las siguientes metas: para el año 2019 un 81 %, un 83% para 2020 y un 85% para el 2021.

Respecto al **Pilar 3**, referido a **personas con VIH vinculadas a los servicios de salud**. La brecha para el 2017 fue del 41% dejando de cubrir un total de 9,493 personas sin vinculación, es decir, aquellas que se realizaron una prueba de 1 CD4 o una Carga Viral (CV) o han realizado el retiro de tan solo un medicamento en el período de un año.

A la fecha se presume que las posibles causas de estas brechas están relacionadas a la discriminación interna y externa, el alto nivel de violencia social, la migración, las condiciones socio económicas (disponibilidad financiera para trasladarse a los centros de salud), fallo en la referencia y retorno, entre otros. Sin embargo, no se cuenta con un estudio que respalde lo antes descrito; por ello es necesario realizar una investigación sobre los factores que influyen como causales de la brecha de vinculación que permita fortalecer las acciones de la estrategia de vinculación. Para dar salida a las brechas antes descritas se realizará la siguiente estrategia:

ESTRATEGIA DE VINCULACIÓN.

La cual consiste en dar seguimiento a la persona diagnosticada VIH+ a través de referencia y retorno efectiva, hasta enlazarlo con una de los CAI. Esta estrategia se llevará a cabo apoyándose en los recursos humanos del MINSAL (CAI y UCSF) quienes en coordinación con las Organizaciones de Sociedad Civil que actuarán en calidad de sub-receptoras, se estarán coordinando para realizar las acciones de vinculación durante los dos primeros años de la subvención con el fin de facilitar la búsqueda efectiva de las personas con VIH, lo que impactará en su vinculación y seguimiento. Se hará énfasis en el acompañamiento efectivo de las personas con VIH diagnosticadas por los CAI y que no se lograron conectar a los servicios de atención y tratamiento, así como las personas de las poblaciones claves con diagnóstico positivo atendidas por las Unidades Móviles Educativas y las diagnosticadas a través de las Clínicas VICITS y el resto de establecimientos de salud que ofertan la prueba de VIH. Con esta estrategia se fortalecerá el vínculo entre los servicios de prevención del nivel comunitario y los servicios de atención tanto a nivel de las Clínicas VICITS y el nivel hospitalario.

A través de esta estrategia se brindarán las herramientas básicas a las y los promotores de vinculación comunitarios de las Organizaciones Sub-SR, para que coordinen con el personal de salud del MINSAL, para facilitar el contacto y puedan ubicar a las personas diagnosticadas con VIH que no se han vinculado o han abandonado, brindando soporte emocional y acompañamiento con la finalidad de ayudar a las personas en la vinculación a los centros de atención integral de VIH.

La Estrategia de Vinculación, se hará a través de la modalidad presencial, la cual implica búsqueda activa de PVIH recién diagnosticadas, en riesgo o en abandono, mediante visita domiciliaria, acompañamiento presencial a las citas en las CAI de las personas diagnosticada con VIH tanto por las Unidades Móviles Educativas, Clínicas VICITS y resto de establecimientos de salud. Por otra parte, se hará la utilización de herramientas de comunicación para contactar a los usuarios tales como: llamadas telefónicas, mensajería de texto, correo electrónico y uso de aplicaciones móviles de mensajería instantánea, para la promoción de la salud, el aprendizaje y para la transmisión de información puntual. El Promotor de vinculación comunitario del Sub-SR utilizará las redes sociales de mensajería instantánea (WhatsApp), con el fin de realizar un primer contacto de coordinación con la persona a vincular.

Cada uno de los Promotores comunitarios de vinculación, hará uso de herramientas educativas, instrumentos de registro y referencia, que puedan garantizar seguimiento de las y los usuarios. (Ver figura N° 6, en Anexo N° 12 figura ampliada)

De cara a la sostenibilidad el RP ha priorizado las intervenciones en los departamentos con mayor carga de la enfermedad, optimizando recursos para poder ir absorbiendo gradualmente las acciones que se realizan para la prevención, promoción y atención de la población clave, razón por la cual esta estrategia se pretende realizar con las Organizaciones Sub-SR durante el año uno y dos de la subvención para que en el año 3 de cara a la transición a la sostenibilidad sea asumido completamente por el Ministerio de Salud.

El elemento de éxito en la implementación de la subvención solicitada radicará en el trabajo coordinado entre el RP, SR y los Sub-SR, quienes comparten la visión de país para lograr las metas programadas con los recursos solicitados de cara al cumplimiento de la Cascada del Continuo de la Atención al VIH.

Figura N° 6 Servicios de Vinculación



Para ello con la presente solicitud de financiamiento se pretende alcanzar la siguiente meta de vinculación: en el año 2019 se establecerá la línea de base, para el año 2020 se espera alcanzar el 65% correspondiente a la línea de base y para el año 2021 un 85%. Tomando en cuenta que el país tiene proyectado alcanzar al 2021 el 85% de acuerdo con PENM 2016-2021.

El **Pilar 4** se refiere a **PVIH que son retenidas en los servicios con y sin Tratamiento Anti Retroviral (TAR)**, es decir, son aquellas personas que se han realizado al menos 1 CD4 o 1 CV y tienen retiro de medicamentos durante los últimos 6 meses. La meta nacional para este pilar al año 2021 es lograr diagnosticar al 85 % de PVIH de acuerdo con el PENM. Con el objetivo de disminuir la brecha se ha establecido las siguientes metas: para el año 2019 un 70 %, un 80% para 2020 y un 85% para el 2021.

Para lograr este pilar, se fortalecerá a los recursos humanos de los equipos multidisciplinarios de los CAI con fin de que se brinden a los usuarios atención con calidad y calidez.

El **Pilar 5** está referido a **PVIH en TAR**. Para el 2017 la brecha del Pilar 1 fue del 60% (13,819) de las personas que no tuvieron acceso a la TAR. Esta baja de cobertura presentada está más ligada a la proyección de los casos y los factores asociados que limitan la búsqueda activa de ellos (direcciones falsas, número de teléfonos erróneos, inseguridad social, entre otros) y la baja vinculación, ya que si tomamos en cuenta que el total de casos que se vincularon a los servicios para el año 2017 fue 13,530 y tratados en ese año fue de 9,204, se logró un 68% de las personas vinculadas; la meta nacional para este pilar al año 2021 es lograr diagnosticar al 85 % de PVIH de acuerdo con el PENM. Con el objetivo de disminuir la brecha se ha establecido las siguientes metas: para el año 2019 un 70 %, un 78 % para 2020 y un 85% para el 2021.

Pilar 6: PVIH que reciben TAR con carga viral suprimida (< de 1000 copias). En la medición de la cascada este pilar se compara con el dato del Pilar 1, es decir, las coberturas fueron del 27% (5,350) para el año 2015, el 2016 fue del 31% (7,309) y para el 2017 fue del 35% (7,947).

De acuerdo al indicador: Porcentaje de personas que viven con el VIH que están en TAR que tienen una carga viral suprimida a los 12 meses. El último reporte de PUDR, refleja un resultado de un 82%, lo cual se establece como línea de base de la solicitud de financiamiento dejando como meta: para el año 2019 un 83 %, un 84% para 2020 y un 85% para el 2021

Este pilar está ligado a la adherencia de las personas con VIH, a la cobertura de realización de las pruebas de carga viral y al apego a sus controles de seguimiento. Esta brecha se reducirá con el apoyo de fondo mundial para la adquisición de reactivos e insumos de laboratorio como Carga Viral y CD4, representando un 50% en 2019 y 40% en 2020 y 2021, que corresponde al 39% del presupuesto total de la propuesta. Es importante destacar el proceso gradual de absorción que, a pesar de las deficiencias financieras del país, el Estado está aportando un porcentaje del 50% de insumos y reactivos a la fecha y para el año 2021 se incrementará a un 60%.

CASCADA DEL CONTINUO DE LA ATENCIÓN DE VIH PARA POBLACIONES CLAVES CON VIH

En este primer ejercicio sobre la cascada de población clave podemos determinar que para Pilar 1: no se cuenta con la estimación de población clave viviendo con VIH a la fecha.

En relación con el **Pilar 2**, que se refiere a las **Personas que viven con el VIH (PVIH) diagnosticadas y que conocen su estatus serológico** se ha diagnosticado 390 casos de HSH, 41 casos de TS y 18 casos de Mtrans positivas **de HSH**. Para mejorar el número de diagnosticados de estas poblaciones se incrementará la oferta de la prueba de VIH en poblaciones claves, a través de la **estrategia de prevención combinada** adaptada.

Los **abordajes eficientes** serán reforzados enfatizando la Prevención Combinada, lo que implica un proceso donde la población beneficiaria es sujeta activa de la participación y recepción de una serie de acciones que harán que la persona tenga las herramientas necesarias para prevenir la transmisión del VIH a través de la oferta en servicios integrales para las poblaciones con mayor carga de la enfermedad (HSH, MTS y Mtrans).

En la actual solicitud de financiamiento el MINSAL ampliará las acciones en prevención combinada, incluyendo en la oferta de servicios el paquete de prevención a poblaciones claves en los Servicios amigables.

A través de las Clínicas VICITS, UCSF, Unidades Móviles, SR y Sub Sub-Receptores se ofertarán pruebas de VIH con énfasis a las poblaciones claves, PPL y mujeres embarazadas.

La metodología a implementar en la subvención para la prevención combinada será el abordaje Cara a Cara (Ver Anexo N° 38), la cual pretende motivar comportamientos saludables o de menor riesgo para adquirir el VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual en las poblaciones claves. Durante la intervención se utilizará el cuestionamiento estratégico y la retroalimentación con un enfoque centrado en la persona, que hace énfasis en la elección personal y en la responsabilidad para decidir una conducta futura. Esta intervención reconoce que algunos comportamientos son especialmente resistentes al cambio, por lo que adopta un enfoque de reducción del daño que considera que las conductas de riesgo son un elemento natural de nuestro mundo, en donde la labor de la persona implementadora se centra en reducir al mínimo los efectos nocivos de esas conductas en vez de obsesionarse en su desaparición¹

La Estrategia de Prevención combinada adaptada, (Ver Anexo N° 41) será implementada por ambos ejecutores, esta se realizará a través del **abordaje cara a cara** y ofertará los siguientes servicios:

- Prueba de VIH a poblaciones claves, donde se les informará sobre los beneficios y ventajas de conocer su estado serológico (APV).
- Consejería Plus +, es un nuevo enfoque para revelar el resultado de una prueba de VIH, respondiendo a las necesidades actuales y reales de las poblaciones clave basadas en riesgos.² A su vez, se continuará con asignación del Código Único de Identidad (CUI) que permite ingresar los resultados al SUMEVE.
- Post- Consejería, comprende la entrega del resultado, ya sea positivo o negativo e identificación de apoyo para la reducción de riesgo, la negociación de la revelación del diagnóstico a la pareja y la referencia.
- Entrega de paquete de insumos diferenciados por población de acuerdo a sus necesidades (condones y lubricantes).

Las modalidades a desarrollar serán las siguientes:

1.Servicios Amigables de salud con énfasis a poblaciones claves. Con el fin de asegurar la atención a las personas de las poblaciones claves, se crearán servicios amigables en los establecimientos de la red de servicios de salud del primer nivel de atención (UCSF) del MINSAL. Dichos servicios serán libres de prejuicios, estigma y discriminación hacia las poblaciones claves, lo que permitirá acercar a las poblaciones a los servicios de salud.

¹ Cara a cara. Guía para la implementación de un abordaje preventivo con los principios de la entrevista motivacional. Fundación Mexicana para la Salud A.C. México, D.F. 2013

² Curso guía dirigido a consejeros/as para mejorar el proceso de vinculación de personas VIH al sistema de salud en el continuo de la atención, consejería plus+. Pág. 2

Para el logro de lo antes descrito, se requerirá el fortalecimiento del personal del primer nivel de atención (UCSF) a través de la capacitación en Atención de VIH con enfoque de Prevención Combinada. La cual tiene por objetivo que el recurso humano de la UCSF, tenga la capacidad de identificar y abordar a las personas de la población clave, brindándoles un abordaje integral con enfoque de riesgo, ofertar pruebas de VIH, que permita la detección temprana de casos. Cuando una persona resulte positiva, será referido a un Centro de Atención Integral (CAI) para su vinculación.

El RP MINSAL realizará pilotaje del registro de la estrategia de prevención durante el año 1 del proyecto, debido a que esta estrategia no era registrada como tal en los sistemas de información, por lo anterior el RP creará la fuente primaria de registro cuya información se incorporará en una APP creada por la DTIC del MINSAL la cual incluirá el CUI del usuario para poder realizar cruces con el SR y así evitar duplicidad.

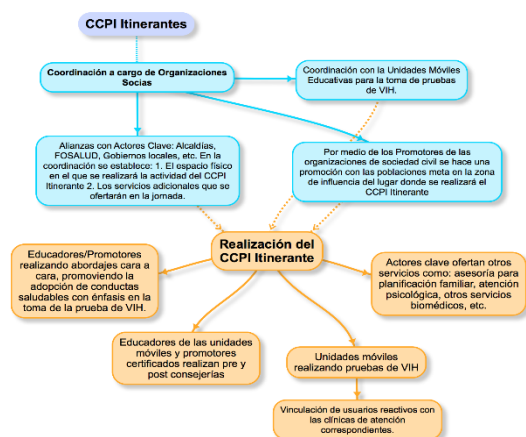
2. Centro Comunitario de Atención Integral Itinerante (CCPII)

Este servicio será ejecutado por los Sub-SR por medio de las Unidades Móviles educativas, en coordinación con el SR y este último con el RP, que se desplazarán a los sitios ya establecidos por esta propuesta y consiste en:

- Abordaje cara a cara
- Oferta la prueba de VIH a poblaciones claves
- Consejería Plus+
- Entrega del paquete de insumos diferenciados por población clave.

Como parte de la complementariedad entre las acciones realizadas por el RP y el SR se referirán a las clínicas VICITS y Servicios Amigables, aquellas personas que resulten reactivas a la prueba de VIH para su confirmación y vinculación a los servicios de salud.

Figura N°7 CCPII



Para evitar la duplicidad en el abordaje en las poblaciones se creará una aplicación para teléfonos inteligentes en donde los educadores podrán consultar si la persona abordada se ha realizado o no la prueba de VIH. Esta aplicación permitirá acceder a la base de datos del sistema de información de VIH del MINSAL (SUMEVE) (Ver figura N°7 y Anexo N° 13)

A fin de maximizar las sinergias entre el RP, el SR y Sub-SR, las metas se han distribuido equitativamente enfatizando el trabajo complementario de gobierno y sociedad civil de cara al proceso de transición para la sostenibilidad.

3. Referencia Efectiva o Acompañada a Clínicas VICITS, UCSF y UME del SR, para la realización de la Prueba Voluntaria de VIH

Los Sub-SR, brindarán a las tres poblaciones claves, referencia acompañada efectiva para la realización voluntaria de la Prueba de VIH, esta estrategia el navegador o navegadora ofrecerá el acompañamiento al usuario para realizarse la prueba de VIH de forma voluntaria en las Clínicas VICITS, UCSF o en la Unidades Móviles Educativas de Plan.

Dentro de las categorías que se han definido para considerar una Referencia a prueba voluntaria de VIH como Efectiva podemos mencionar:

- El navegador (educador) tiene que traer un respaldo firmado y sellado del personal de laboratorio de las Clínicas VICITS o UCSF de que se ha hecho la referencia y el

acompañamiento; por lo que el ingreso de estas pruebas realizadas al SUMEVE será responsabilidad del personal de MINSAL referente.

b) La Referencia a Prueba realizada por Unidades Móviles Educativas, a través de la cual se realizará la Prueba Rápida en Sangre Capilar. El educador contara con una copia del F3 firmada y sellada por el profesional de laboratorio de la UME correspondiente. Esta información será ingresada a SUMEVE por el personal de Plan.

c) La entrega de los insumos se hará contra respaldo de realización de prueba.

d) Se dará una copia de F3 como referencia a los establecimientos de la red nacional o UME de Plan a aquellos usuarios que no acepten navegación o acompañamiento a toma de prueba de VIH y se le entregaran los insumos contra entrega del F3 firmando y sellado por el profesional de laboratorio al hacer efectiva la prueba de VIH. Esta información será ingresada a SUMEVE por el establecimiento o UME que capte y realice la prueba al usuario que lo solicite.

4. Estrategia de Abordajes en línea.

Esta iniciativa consiste en ofertar servicios de educación en prevención de VIH y referencia a prueba voluntaria, a través de una aplicación en línea amigable y atractiva, para que las poblaciones clave puedan acceder a información y establecer contacto, lo que permitirá ser referidos para la toma de prueba de VIH en servicios públicos o privados. El abordaje en línea por medio de las redes sociales amplía el abanico de servicios integrales de salud para poblaciones claves de difícil acceso, ya sea por ser poblaciones escondidas con dinámicas específicas (mujeres trabajadoras sexuales que ejercen el sexo transaccional, entre otras realidades), de estratos sociales medio altos, o por estar en zonas geográficas de alto riesgo social. (Ver Anexo N° 14). Esta estrategia será piloteada durante el año uno de la propuesta y se establecerán posteriormente las metas del año 2 y 3 según los resultados.

Con la solicitud de financiamiento se alcanzará una cobertura en paquetes de prevención para los tres años de HSH financiado por FM 65,255 y financiado por GOES 8,522, por otras fuentes de Financiamiento 8,516. En total el país brindará 82,293 paquetes de prevención (Ver Tabla N° 7)

Con la solicitud de financiamiento se alcanzará una cobertura en los tres años de MTS financiado por FM 27,033 y financiado por GOES 5,684 por otras fuentes de Financiamiento 1.012. En total el país brindará 33,729 paquetes de prevención

Con la solicitud de financiamiento se alcanzará una cobertura en los tres años de Trans financiado por FM 3,955 y financiado por GOES 824 por otras fuentes de Financiamiento 148. En total el país brindará 4,927 paquetes de prevención

Tabla N° 7. Metas nacionales de cobertura de paquetes de prevención a población clave

| Metas nacionales | Línea de base 2017 | Cobertura nacional | 2019 | Cobertura nacional | 2020 | Cobertura Nacional | 2021 | Cobertura Nacional |
|------------------|--------------------|--------------------|-------|--------------------|-------|--------------------|-------|--------------------|
| Paquetes HSH | 21692 | 40% | 27070 | 50% | 27611 | 51% | 27611 | 51% |
| Paquetes TRANS | 1609 | 80% | 1609 | 80% | 1609 | 80% | 1709 | 85% |
| Paquetes MTS | 10590 | 24% | 10344 | 23% | 11693 | 26% | 11693 | 26% |

Fuente: elaboración propia a partir de datos de ejecución histórica de RP y datos de metas programáticas para la solicitud de fondos

La toma de la prueba se realizará a través de: Unidades Móviles de RP y SR, clínicas VICITS y USCF con la solicitud de financiamiento se alcanzará una cobertura en los tres

años de HSH financiado por FM 52,204 y financiado por GOES 8,143, por otras fuentes de Financiamiento 5,488. En total el país brindará 65,834 pruebas de VIH.

Con la solicitud de financiamiento se alcanzará una cobertura en los tres años de MTS financiado por FM 21,626 y financiado por GOES 4,548 por otras fuentes de Financiamiento 809. En total el país brindará 26,983 pruebas de VIH

Con la solicitud de financiamiento se alcanzará una cobertura en los tres años de Trans financiado por FM 3,165 y financiado por GOES 659 por otras fuentes de Financiamiento 118. En total el país brindará 3,941 pruebas de VIH (Ver Tabla N° 8)

Tabla N° 8. Metas nacionales de cobertura de pruebas voluntarias de VIH a población clave

| Metas nacionales | Línea de base 2017 | Cobertura nacional | 2019 | Cobertura nacional | 2020 | Cobertura Nacional | 2021 | Cobertura Nacional |
|------------------|--------------------|--------------------|-------|--------------------|-------|--------------------|-------|--------------------|
| Testeo HSH | 15863 | 29% | 21656 | 40% | 22089 | 41% | 22089 | 41% |
| Testeo Trans | 1207 | 60% | 1287 | 64% | 1287 | 64% | 1367 | 68% |
| Testeo MTS | 7750 | 17% | 8275 | 18% | 9354 | 21% | 9354 | 21% |

Fuente: elaboración propia a partir de datos de ejecución histórica de RP y datos de metas programáticas para la solicitud de fondos

Respecto al **Pilar 3**, referido a **personas con VIH vinculadas a los servicios de salud**.

Para HSH con 390 casos positivos, solo el 59% (231) se vinculó a los servicios de salud
Respecto a las mujeres trabajadoras sexuales, con 41 casos positivos, solo el 54% (22) se vinculó a los servicios de salud

Las mujeres trans con 18 casos positivos, se vincularon solo el 44% (8) a los servicios de salud

El **Pilar 4** se refiere a **PVIH que son retenidas en los servicios con y sin Tratamiento Anti Retroviral (TAR)**, es decir, son aquellas personas que se han realizado al menos 1 CD4 o 1 CV y tienen retiro de medicamentos durante los últimos 6 meses.

De los 390 casos de HSH diagnosticados se retuvo un 58% (228) en los servicios de salud

De los 41 casos de TS se retuvo un 54% (22) en los servicios de salud

De los 18 casos de las MTrans se logró retener un 44% (8) en los servicios de salud

Para lograr este pilar, se fortalecerá a los recursos humanos de los equipos multidisciplinarios de los CAI con fin de que se brinden a los usuarios atención con calidad y calidez.

El **Pilar 5** está referido a **PVIH en TAR**.

Para la población HSH con 390 casos positivos, el 40% (157) inicio la TAR

Para la población TS con los 41 casos positivos el 37% (15) inicio la TAR

Para la población Trans con 18 casos positivos, el 33% (6) inicio TAR.

Pilar 6: PVIH que reciben TAR con carga viral suprimida (< de 1000 copias).

Este pilar está ligado a la adherencia de las poblaciones claves con VIH, a la cobertura de realización de las pruebas de carga viral y al apego a sus controles de seguimiento.

Para la población HSH con 390 casos positivos, el 22% (87) en supresión viral

Para la población TS con los 41 casos positivos el 15% (6) en supresión viral

Para la población Trans con 18 casos positivos, el 17% (3) en supresión viral

TABLA N° 9 DESCRIPCIÓN DE LOS MÓDULOS DE IMPLEMENTACIÓN Y SUS CAMBIOS PROGRAMÁTICOS

| Módulo | Intervención | Descripción | Cambios propuestos | Metas propuestas según marco de desempeño |
|--|---|--|---|--|
| Programas de prevención integral para HSH, TS y MTrans | <p>Las Intervenciones conductuales para poblaciones claves</p> <p>Se desarrollará la Estrategia de Prevención combinada adaptada, la cual será implementada por ambos ejecutores, esta se realizará a través del abordaje cara a cara a través de diferentes modalidades: CCPII, Abordaje en línea y Servicios Amigables</p> <p>los cuales ofertarán los siguientes servicios:</p> <p>Prueba de VIH a poblaciones claves, Consejería Plus +, se continuará con asignación del Código Único de Identidad (CUI) que permite ingresar los resultados al SUMEVE.</p> <p>Post- Consejería, comprende la entrega del resultado, ya sea positivo o negativo e identificación de apoyo para la reducción de riesgo, la negociación de la revelación del diagnóstico a la pareja y la referencia.</p> <p>Entrega de paquete de insumos diferenciados por población de acuerdo a sus necesidades (condones y lubricantes)</p> <p>Programas de preservativos y lubricantes para HSH</p> | <p>Se considera persona alcanzada de la población HSH, cuando se ha entregado un <u>paquete de servicios</u> que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> Al menos 1 intervención de CCC 48 condones 3 lubricantes en tubo 20 lubricantes en sobres evidencia de referencia efectiva hacia diagnóstico de VIH o los servicios VICITS para diagnóstico y prevención de ITS, en un año. <p>Se considera persona alcanzada de la población MTrans, cuando se ha entregado un <u>paquete de servicios</u> que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> Al menos 1 intervención de CCC 144 condones 6 lubricantes en tubo evidencia de referencia efectiva hacia diagnóstico de VIH o los servicios VICITS para diagnóstico y prevención de ITS, en un año. <p>Se considera persona alcanzada de la población MTS, cuando se ha entregado un <u>paquete de servicios</u> que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> Al menos 1 intervención de CCC 144 condones 4 lubricantes en tubo 26 lubricantes en sobres <p>La evidencia de referencia efectiva implica firma y sello del laboratorio hospitalario o de unidades móviles posterior a la post consejería en formulario F3.</p> <p>Para los usuarios captados con la app, se evidenciará la toma efectiva de prueba a través del formulario de consulta emitido por el prestador de servicio seleccionado.</p> | <p>1) se implementarán Servicios Amigables,</p> <p>2) se implementará el Abordaje en línea,</p> <p>3) <u>Se reducirá el número de condones de 60 a 48</u></p> <p>Se busca en alguna medida promover la sostenibilidad de las intervenciones</p> <ul style="list-style-type: none"> Debido a la sensibilización y apropiación de las acciones de cambio de comportamiento. En alguna medida la población manifiesta adquirir condones de acuerdo a sus posibilidades económicas Como resultado de las validaciones de las cantidades con la población HSH los lubricantes en tubo han disminuido de 6 a 3 por ciclo y debido a la presentación y portabilidad los lubricantes en sobre se disminuyen a 20 (antes eran 30) La prueba de VIH se realizará 2 veces al año y hasta en una tercera vez en caso de identificar comportamientos de riesgo. <p>4) Se han disminuido físicamente 3 CCPI para HSH; sin embargo, se implantará 1 CCPII el cual se desplazará hacia los lugares de mayor concentración de esta población dentro de los municipios de mayor prevalencia, este coordinará con SR para el desarrollo de actividades e intervenciones. Se continuará con el seguimiento de los CUI y esta población seguirá siendo atendido por el equipo de CCPII responsable de la zona geográfica. Las cuales cuentan con un</p> | <p>Las metas reflejan la cobertura nacional a alcanzar con paquetes de prevención para HSH, Mtrans y TS con recursos del Fondo Mundial, además GOES y PEPFAR cuyo financiamiento para estas intervenciones aún no han sido confirmadas.</p> <p>PAQUETES</p> <p>Para la población HSH Meta Año1: 27,070 Meta Año2: 27,611 Meta Año3: 27,611</p> <p>Para la población Mtrans Meta Año1: 1,609 Meta Año2: 1,609 Meta Año3: 1,709</p> <p>Para la población MTS Meta Año1: 10,344 Meta Año2: 11,693 Meta Año3: 11,693</p> <p>*(Ver Anexo N° 15: Marco Desempeño)</p> |

| | | | | |
|--|---|---|---|--|
| | Ambos implantadores distribuirán a las poblaciones clases diferenciado de acuerdo con sus necesidades. | | educador del SR y uno Sub -SR más un profesional de laboratorio clínico, Coordinarán con el RP y el SR previamente con Sub- SR las fechas y los lugares a realizar las intervenciones, para evitar la duplicidad 5) Las metodologías de cambio de comportamiento serán actualizadas para renovar los mensajes y el interés de la población, tal como la Consejería Plus + , (Ver Anexo N° 8) A su vez, se continuará con asignación del Código Único de Identidad (CUI) que permite ingresar los resultados al SUMEVE | |
| HSH, MTrans, TS que se han sometido a pruebas de VIH durante el período de informe y conocen los resultados | <p>Servicios de pruebas de VIH para HSH, Mtrans, MTS, PPL (PPL exclusivamente a través de Unidades Móviles)</p> <p>Estos servicios serán ofertados por ambos implementadores, a través de las siguientes modalidades: 1. CCPII 2 175 UCSF con laboratorios clínicos incluyendo sus Servicios Amigables, Clínicas VICITS y Hospitales</p> <p>Numerador: Número de HSH que recibió pruebas y servicios de asesoramiento para el VIH y que conoce el resultado</p> <p>Denominador: Estimación de tamaño de población HSH' 2016</p> | <p>Las poblaciones clave serán referidas por los CCPII del SR, hacia las UCSF del MINSAL según área geográfica que cuenten con laboratorio clínico, donde será recibido por personal de archivo para apertura de expediente, luego será remitido la consulta externa donde será atendido por personal de salud quien brindará la pre consejería e indicará la prueba de VIH, en caso de morbilidad se le brindará la atención que necesita. Una vez realizada la prueba se le dará cita para que asista a recibir resultado con su post consejería. El educador/promotor dará seguimiento al usuario referido para confirmar que se le haya realizado la prueba de VIH, conoce sus resultados y se procederá a colocar sello para validar la referencia cuando se haya tomado la prueba de VIH.</p> <p>En las clínicas VICITS se ofertará y brindará servicios para diagnóstico y tratamiento para otras ITS en los usuarios de poblaciones clave que asistan, ya sea de forma voluntaria o referido por los CCPI u otro establecimiento de salud.</p> <p>Referencias realizadas a aquellos usuarios que asisten voluntariamente a los establecimientos y que son recibidos por el personal de las clínicas VICITS o UCSF, a quienes se les entrega el formulario de referencia emitido por el CCPI (F3). Dicha recepción será firmada y sellada por el</p> | <p>1) Se han disminuido físicamente 3 CCPI para HSH; sin embargo, se implantará 1 CCPII el cual se desplazará hacia los lugares de mayor concentración de esta población dentro de los municipios de mayor prevalencia, este coordinará con SR para el desarrollo de actividades e intervenciones. Se continuará con el seguimiento de los CUI y esta población seguirá siendo atendido por el equipo de CCPII responsable de la zona geográfica. Las cuales cuentan con un educador del SR y uno Sub -SR más un profesional de laboratorio clínico,</p> <p>2) Se han disminuido físicamente a 2 CCPI para mujeres transgénero; sin embargo, el seguimiento de los CUI abiertos seguirá siendo atendido por el equipo de CCPI responsable de la zona geográfica.</p> <p>3) Las personas serán alcanzadas a través de 2 centros comunitarios de prevención integral de los cuales uno será físico y otro itinerante para TSF más 2 Unidades Móviles.</p> | <p>PRUEBAS Para la población HSH Meta Año1: 21,656 Meta Año2: 22,089 Meta Año3: 22,089</p> <p>Para la población Mtrans Meta Año1: 1,287 Meta Año2: 1,287 Meta Año3: 1,367</p> <p>Para la población MTS Meta Año1: 8,275 Meta Año2: 9,354 Meta Año3: 9,354</p> <p>Para población PPL Meta Año1: 32,500 Meta Año2: 32,500 Meta Año3: 32,500</p> |

| | | | | |
|--|--|--|---|---|
| | <p>Las clínicas VICITS hacen las pruebas confirmatorias. Y en los servicios biomédicos proporcionan pruebas de ITS. El Fondo Mundial contribuye a la adquisición del 60%, 50% y 40% de test de VIH y 80% de reactivos para otras ITS en clínicas VICITS. El desempeño se medirá contra el resultado en %. El RP informará numerador respecto al denominador incluido en la meta.</p> | <p>personal referente de las UCSF con laboratorio o Clínicas VICITS cuando la persona referida se haya tomado la prueba de VIH.</p> <p>El personal referente del MINSAL brindará la pre y post consejería, realizará la prueba para VIH en el establecimiento y el ingreso de la información en SUMEVE y SEPS.</p> <p>Posteriormente el referente de la UCSF o VICITS registrará la información de la o el usuario en el formulario FVIH01 donde se incluirá el registro del CUI</p> <p>Esta información será revisada mensualmente por ambos RP en el SUMEVE</p> <p>Se continuará brindando la prueba rápida para VIH 2 veces al año y hasta en una tercera vez en caso de identificar comportamientos de riesgo.</p> | <p>Coordinarán con el RP y el SR previamente las fechas y los lugares a realizar las intervenciones para distribución y acompañamiento de las Unidades Móviles Educativas, para evitar la duplicidad</p> <p>Se realizarán capacitaciones al personal de las UCSF que contarán con Servicios Amigables, para generar un ambiente de atención libre de estigma y discriminación hacia poblaciones clave.</p> | |
| Prevención de la transmisión materna o infantil y sífilis | <p>Pruebas de VIH y consejería Pretratamiento antirretroviral.</p> <p>Tratamiento, atención y apoyo para madres que viven con el VIH, así como para sus hijos y familias.</p> <p>Seguimiento del tratamiento.</p> <p>Vinculación con los programas de salud materno e infantil.</p> | <p>Toma de prueba de VIH:</p> <p>Las mujeres embarazadas reciben dos pruebas durante el embarazo. El apoyo del ISSS permite alcanzar los objetivos del PENM.</p> <p>Para dar seguimiento a que se cumpla Hay un sistema de monitoreo de seguimiento de pacientes.</p> | <p>El Ministerio de Salud contribuye al 50% de las pruebas de VIH, al 100% del tratamiento antirretroviral de las mujeres embarazadas y al 100% sucedáneos de leche maternizadas a niños expuestos</p> | <p>Se aspira llegar a cero casos de transmisión madre hijo durante el embarazo, parto, intraparto y por lactancia materna.</p> <p>En el año 2017 se reportaron 5 recién nacidos afectados por el VIH</p> <p>De acuerdo al documento voluntad de pago y contrapartida del RP MINSAL para la sostenibilidad de la respuesta, hay compromiso de garantizar el tratamiento antirretroviral y pruebas para esta población.</p> |
| Tratamiento cuidado y apoyo | <p>Seguimiento del tratamiento: carga vírica</p> <p>Personas con VIH que requieren tratamiento.</p> <p>Seguimiento del tratamiento.</p> <p>Prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones oportunistas.</p> | <p>Incrementar el número de personas diagnosticadas con VIH que se encuentren vinculados a la atención con el fin de disminuir la brecha actualmente existente de vinculación y lograr la meta de la cascada del continuo de la atención que se planteado el país (85%), lo que corresponde al pilar 3.</p> <p>Al reforzar la vinculación se pretende también reforzar el pilar de retención y así aumentar el número de personas en TAR</p> <p>A las personas con VIH en TAR se les realiza 2 pruebas CD4 y Carga Viral.</p> | <p>Para mejorar los resultados actuales (2017) en la cascada del continuo de atención y lograr las metas nacionales establecidas por el país para los pilares 3,4,5 y 6 se implementará la estrategia de vinculación.</p> | <p>Para el indicador de personas en TAR cuyas metas son: para el año 2019: 63%, 2020:67% y 2021 un 68%</p> <p>Meta para Indicador de carga viral es, <u>para el año 2019 un 83 %, un 84% para 2020 y un 85% para el 2021</u></p> <p>El Fondo Mundial contribuirá con el 50% y 40% de las necesidades de reactivos e insumos para pruebas especiales de seguimiento en año 1, 2 y 3 (40%)</p> |

| | | | | |
|---------------|--|---|---|---|
| | <p>Adherencia al tratamiento</p> <p>Intervenciones: adquisición de 50%, 40% de necesidades nacionales de reactivos para CD4 y carga viral para las personas esperadas a estar vinculadas a la atención en 2019 al 2021; apoyo para la red de transporte de muestras y análisis de la calidad de los datos.</p> | <p>Una prueba de CD4 y Carga Viral para seguimiento de personas diagnosticados VIH+ que no son elegibles para iniciar terapia antirretroviral.</p> <p>A las PVIH se les da seguimiento a través de los promotores pares y los educadores SR para mejorar la adherencia al Tratamiento.</p> <p>Con las pruebas para Infecciones oportunista se realiza diagnóstico oportuno y adecuado para mejor manejo de estas en PVIH.</p> | | <p>respectivamente, mientras el Estado cubrirá 100% de las necesidades de ARV</p> <p>En relación al indicador de (vinculación) nuevos individuos con un resultado positivo de VIH que reciben servicios de atención: La línea de base para este indicador se obtendrá de los resultados del año 2019, se establecerá las metas según los resultados a partir del año 2020 de un 65% según la línea de base y un 85% al 2021. Tanto el numerador como el denominador de este indicador se obtendrá del SUMEVE.</p> |
| TB/VIH | <p>Intervenciones conjuntas en tuberculosis/VIH.</p> <p>Prestación de servicios de atención de la tuberculosis.</p> <p>Detección de casos activos entre las poblaciones clave afectadas.</p> <p>Oferta de la profilaxis con isoniazida la cual se adquiere con fondos del estado y es distribuida por el Programa Nacional de TB</p> | <p>En este módulo se prevé la detección de la tuberculosis en poblaciones confirmadas con VIH y viceversa.</p> <p>Se establece la necesidad de adoptar medidas de bioseguridad para el personal en la aplicación del tratamiento de la persona.</p> <p>La pareja y las personas del entorno son absorbidas en la detección de la TB a través de los programas regulares del MINSAL.</p> <p>Se continuará con el uso obligatorio del sello de descarte de TB en los hospitales que brindan terapia antirretroviral</p> | <p>Se continuarán realizando sinergia entre los PNVIH y PNTB con énfasis las poblaciones de mayor vulnerabilidad intensificando acciones en el país</p> | <p>Disminuir la carga de enfermedades en las personas que tienen riesgo de padecerlas o que ya la padecen a fin de disminuir el riesgo de mortalidad y sufrimiento humano.</p> <p>Para este fin el FM contribuirá para el fortalecimiento de esta intervención con 0.21 % del financiamiento estas acciones serán complementarias a las ejercitadas por los PNVIH y PNTB a través de Fondos GOES.</p> |

| | | | | |
|-------------------------------|---|---|--|---|
| Monitoreo y evaluación | Este módulo pretende fortalecer el sistema de vigilancia e información sobre el VIH del Sistema Único de Información en Salud(SUIS), el cual incluye el SUMEVE, con el fin de reforzar a los Hospitales que prestan atención integral a las PVIH y a los establecimientos de primer nivel | A través de los sistemas de información del MINSAL se realiza monitoreo de los diferentes indicadores y se recopila la información proveniente de las fuentes primarias de los diferentes establecimientos de salud. Actualmente el sistema registra la información del MINSAL y del SR Plan y sus sub receptores sobre toma de prueba y pre-consejería. | Se creará una APP con la finalidad de registrar los usuarios captados y así evidenciar la toma efectiva de prueba a través del formulario de consulta emitido por el prestador de servicio seleccionado, de igual manera esta servirá para evitar la duplicidad ya que permitirá el cruce de la información entre los prestadores de servicios. Para esta subvención se implementará el abordaje en línea bajo la administración del SR con el fin de abordar a las poblaciones claves de difícil acceso. | Mejorar la calidad de la información. Mejorar la referencia y contra referencia. Mejorar la calidad del dato registrado. Para este fin el FM contribuirá para el fortalecimiento de esta intervención con 2.71 % del financiamiento estas acciones |
|-------------------------------|---|---|--|---|

- Para mayor ampliación del contenido de cada estrategia, véase Anexo N° 16

A continuación, se presenta un resumen de la inversión por módulo e intervención, más información referirse a Anexo 44.

TABLA N°10 RESUMEN DE INVERSION POR MODULO E INTERVENCION

| Nombre del Módulo | Monto por Módulo | Intervención | Monto por intervención | Tipo de actividades incluidas |
|---|------------------|---|------------------------|---|
| Gestión de programas | \$2,375,888.25 | Gestión de subvenciones | \$1,524,660.12 | Alquiler de oficina, suministros y servicios básicos, Recurso humano administrativo y financiero, transporte y Reuniones de seguimiento. |
| | | Políticas, planificación, coordinación y gestión de programas nacionales de control de enfermedades | \$851,228.13 | Recursos Humanos para fortalecer las unidades que dan respuesta a la implementación de la subvención, fortalecimiento al personal de salud para análisis de información estratégica y toma de decisiones, Servicios e Insumos para la gestión y respuesta a la subvención |
| Programas de prevención integral para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres | \$5,201,625.09 | Diagnóstico y tratamiento de ITS y otros servicios de salud sexual y reproductiva para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres | \$1,002,600.72 | Detección y Pruebas de ITS causadas por Bacterias y consumibles, Equipamiento para los servicios amigables, personal administrativo de respuesta a subvención, formación de personal sanitario, readecuaciones de servicios amigables para poblaciones clave, tratamiento clínico de ITS, tratamiento sintomático y clínico de ITS y Conservación de pruebas de laboratorio |
| | | Intervenciones conductuales para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres | \$1,829,155.31 | Actividades Lúdicas y educación de pares SSR, Capacitación y desarrollo de capacidades en la metodología de trabajo, Costos operativos de SSR, Eventos y talleres en temas diversos SSR, Implementación de estrategia multimedia Materiales y formularios Recurso Humano para abordajes educativos SSR |
| | | Prevención y tratamiento de coinfecciones y comorbilidades | \$1,037,960.75 | Detección y Pruebas de ITS causadas por Virus |

| | | | | |
|---|----------------|---|----------------|---|
| | | Programas de preservativos y lubricantes para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres | \$152,397.14 | Almacenamiento y distribución de insumos, Paquetes de Prevención para HSH |
| | | Servicios de pruebas de VIH para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres | \$1,179,511.17 | Alojamiento para personal de campo, Insumos para aplicación de pruebas diagnósticas, mantenimiento, seguro y combustible de unidades Móviles, Recurso Humano de unidades móviles, Pruebas de diagnóstico rápido realizadas por profesionales de salud y Confirmación del diagnóstico de VIH. |
| Programas de prevención integral para personas transgénero | \$333,772.70 | Diagnóstico y tratamiento de ITS y servicios de salud sexual y reproductiva para personas transgénero | \$17,004.40 | Detección y Pruebas de ITS causadas por Bacterias |
| | | Intervenciones conductuales para personas transgénero | \$229,125.00 | Actividades Lúdicas y educación de pares SSR, Costos operativos de SSR, Eventos y talleres en temas diversos SSR, Recurso Humano para abordajes educativos SSR |
| | | Prevención y tratamiento de coinfecciones y comorbilidades | \$72,134.25 | Detección y Pruebas de ITS causadas por Virus |
| | | Programas de preservativos y lubricantes para personas transgénero | \$2,214.10 | Paquetes de Prevención para Transgénero |
| | | Servicios de pruebas de VIH para personas transgénero | \$13,294.95 | Pruebas de diagnóstico rápido para población Transgénero, realizadas por profesionales de salud y Confirmación del diagnóstico de VIH |
| Programas de prevención integral para trabajadores del sexo y sus clientes | \$1,631,654.86 | Diagnóstico y tratamiento de ITS y otros servicios de salud sexual y reproductiva para trabajadores del sexo | \$109,372.60 | Detección y Pruebas de ITS causadas por Bacterias |
| | | Intervenciones conductuales para trabajadores del sexo | \$1,014,804.76 | Actividades Lúdicas y educación de pares SSR, Costos operativos de SSR, Eventos y talleres en temas diversos SSR, Recurso Humano para supervisión técnica y abordajes educativos SSR, Talleres de formación para la estrategia de referencia efectiva a la prueba y estrategia de vinculación |
| | | Prevención y tratamiento de coinfecciones y comorbilidades | \$419,475.00 | Detección y Pruebas de ITS causadas por Virus |
| | | Programas de preservativos y lubricantes para trabajadores del sexo | \$14,922.03 | Paquetes de Prevención para Trabajadores del sexo |
| | | Servicios de pruebas de VIH para trabajadores del sexo | \$73,080.47 | Pruebas de diagnóstico rápido realizadas por profesionales de salud y Confirmación del diagnóstico de VIH Pruebas rápidas para MTS |
| Programas de prevención para otras poblaciones vulnerables | \$20,574.00 | Otras intervenciones para otras poblaciones vulnerables | \$20,574.00 | Pruebas de diagnóstico rápido realizadas por profesionales de salud |
| Programas integrales para personas privadas de | \$482,694.00 | Diagnóstico y tratamiento de ITS y otros servicios de salud sexual y reproductiva para personas privadas de libertad en centros penitenciarios y otros lugares de reclusión | \$79,176.00 | Detección y Pruebas de ITS causadas por Bacterias |

| | | | | |
|---|----------------|--|----------------|---|
| libertad en centros penitenciarios y otros lugares de reclusión | | Empoderamiento de las comunidades en favor de personas privadas de libertad en centros penitenciarios y otros lugares de reclusión | \$95,400.00 | Formación de personal de seguridad y administrativo de Centros penitenciarios y otros lugares de reclusión Información, educación y comunicación entre pares Fortalecimiento y apoyo de la organización intersectorial para la atención de PPL |
| | | Servicios de pruebas de VIH para personas privadas de libertad en centros penitenciarios y otros lugares de reclusión | \$308,118.00 | Pruebas de diagnóstico rápido realizadas por profesionales de salud y Confirmación del diagnóstico de VIH |
| PTMI | \$377,046.00 | Otras intervenciones para PTMI | \$18,750.00 | Fortalecimiento de la capacidad del personal de salud para implementar la ETMI |
| | | Vertiente 3: Prevención de la transmisión vertical del VIH | \$358,296.00 | Pruebas de diagnóstico rápido realizadas por profesionales de salud y Confirmación del diagnóstico de VIH |
| SSRS: Sistema de Información sobre la Gestión Sanitaria y Seguimiento y Evaluación | \$400,440.00 | Análisis, evaluaciones, revisión y transparencia | \$22,725.00 | Conversatorios con personal de organizaciones SSR, Mantenimiento, adecuación de sistema SIGPRO, y talleres de actualización en sistema SIGPRO |
| SSRS: Sistema de Información sobre la Gestión Sanitaria y Seguimiento y Evaluación | | Calidad de los programas y de los datos | \$377,715.00 | Equipo, Software y mantenimiento de equipo informático, Recurso Humano para monitoreo & evaluación del proyecto a nivel de SSR y recurso humano de soporte técnico de sistemas. |
| TB/VIH | \$29,940.00 | Intervenciones colaborativas de tuberculosis y VIH | \$29,940.00 | Detección de la Tuberculosis en personas que viven con VIH |
| Tratamiento, atención y apoyo | \$3,628,181.40 | Otras intervenciones para tratamiento | \$231,500.00 | Fortalecimiento de la capacidad del personal de salud para seguimiento a la adherencia al tratamiento, funciones de laboratorio y control de calidad |
| Tratamiento, atención y apoyo | | Prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones oportunistas | \$724,491.60 | Diagnóstico para infecciones oportunistas, Tratamiento para infecciones oportunistas en personas con VIH |
| Tratamiento, atención y apoyo | | Seguimiento del tratamiento: carga vírica | \$2,294,230.80 | Servicios de laboratorio y diagnóstico relacionados con la determinación de carga vírica |
| Tratamiento, atención y apoyo | | Adherencia al tratamiento | \$377,959.00 | Adquisición de Equipo para la estrategia de Vinculación y Adherencia al Tratamiento, Costos de movilización y comunicación para SSR, Costos operativos de SSR Estrategia de Vinculación SSR, Consultoría para establecimiento de Línea de base para el fortalecimiento de la cascada del continuo de la atención en VIH |

| | | |
|----------------|------------------------|------------------------|
| Totales | \$14,481,816.30 | \$14,481,816.30 |
|----------------|------------------------|------------------------|

Otras brechas identificadas en el marco de la evaluación de OPS¹ a detallar a continuación con sus respectivas acciones a desarrollar que contribuirán a reducir las brechas:

DESAFÍOS EN NORMATIVAS/ POLÍTICAS²

1. Limitantes de la “Ley de VIH”
2. Limitado componente de ITS en PENM y ausencia de estrategia nacional ITS y hepatitis virales
3. Necesidad de mejorar la coordinación Inter programática del PNVIH con otras áreas del MINSAL
4. Componentes del PENM desactualizados del marco normativo (comparado con estrategias de la OMS)
5. Se identifican múltiples barreras normativas y legales que limitan el cambio y la innovación para la prestación de servicios más efectivos y eficientes (ej. prueba rápida solo por personal de laboratorio, ARV no incluidos en el cuadro de medicamentos del primer nivel de atención, así como para ITS (NG) etc.).
6. Rectoría del MINSAL en la red de laboratorios del sector salud y privados.

Con la actual solicitud de financiamiento se pretende apoyar en los desafíos 4 y 6.

Tabla N° 11. MARCO POLÍTICO Y LEGAL DE LA RESPUESTA NACIONAL AL VIH/ITS

| Desafíos | Recomendaciones | Que está realizando MINSAL | Acciones para dar salida a brecha con apoyo financiero del FM |
|--|---|---|--|
| Componentes del PENM VIH/ITS desactualizados del marco normativo (comparado con estrategias de la OMS) | -Actualizar lineamientos (Tratamiento VIH, TB-VIH/TPI, flujogramas diagnósticos, prevención combinada, ETMI, ITS) con apoyo y revisión técnica de OPS - Revisión de los nuevos lineamientos de ITS para verificar la armonización de las estrategias de OMS, por ejemplo, la actualización del tratamiento de gonorrea basado en la última recomendación de la OMS de 2016 (Ceftriaxona + Azitromicina). | Lineamientos de ITS actualizados en espera de homologación del ISSS para oficializarlo MINSAL hará los trámites para la incorporación de DTG en cuadro de medicamentos | Capacitación al RRHH en Algoritmo de Pruebas rápidas Capacitación de RRHH para ETMI, ITS, lineamientos, LBGTI, Capacitación a personal en nuevos medicamentos recomendados por la OMS. |
| Rectoría del MINSAL en la red de laboratorios del sector salud y privados. | -Fortalecer el actuar de las diferentes áreas que tienen que ver con la vigilancia de laboratorios para que se pueda ejercer las acciones de control, seguimiento y coordinación efectiva de las redes. -Fortalecer las alianzas con la junta de vigilancia de Laboratorio, empresas privadas, universidades y otros sectores para fortalecer la vigilancia laboratorial en el país. | Se cuenta con Lineamiento de Vigilancia Laboratorial Manual de Control de Calidad de Pruebas Inmunoserológica | Capacitación de personal de laboratorios privados y universidades en Vigilancia Laboratorial. Capacitación del personal de laboratorio para el uso adecuado del SUMEVE |

DESAFÍOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD

1. Disponibilidad de fondos para expandir el uso del SUIS al primer nivel de atención y demás equipamiento informático; mantenimiento y reposición de equipos no están considerados en el presupuesto ordinario del MINSAL.
2. Calidad del dato, llenado adecuado de las hojas y digitación de la información.
3. Fortalecer la vigilancia del VIH y las otras ITS.
4. Mejorar el análisis y disseminación de la información.

Con la actual solicitud de financiamiento se pretende apoyar en los desafíos 1 y 4.

² Evaluación de la Misión de Revisión Integral Conjunta de la Respuesta a la infección por el VIH y las ITS del Sistema de Salud y Apoyo Técnico hacia la Innovación, la Ampliación y la Sostenibilidad, realizada por OPS/OMS. Enero de 2018

Tabla N° 12. SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD

| DESAFÍOS | RECOMENDACIONES | Que está realizando MINSAL | Acciones para dar salida a brecha con apoyo financiero del FM |
|---|--|--|--|
| Disponibilidad de fondos para expandir el uso del SUIS al primer nivel de atención y además equipamiento informático, manutención y reposición no están considerado en el presupuesto del MINSAL. | -Incluir línea presupuestaria para el incremento y manutención de los sistemas de información. | Se ha identificado actualmente que el SUIS se ha implementado en un 95% a nivel hospitalario, que corresponde a 2° y 3° nivel de atención y a nivel del primer nivel de atención en un 17%. Por lo que se apoyará con una complementariedad de fondos | Establecer una red de comunicación virtual para la generación de información que permita la toma de decisiones por lo que se trabajará en el desarrollo e Implementación de una aplicación móvil para teléfonos inteligentes (APP) que permita la identificación de las personas de las poblaciones claves que son abordadas en los Servicios Amigables y en caso de resultar positivos en la prueba de VIH, poder garantizar una vinculación efectiva a los servicios de Salud Adquisición de materiales e insumos para instalación y/o mantenimiento de las redes informáticas del MINSAL de primer nivel de atención y hospitales que brindan terapia ARV. Lo cual representa un 0.8 % del presupuesto total de la propuesta |
| Mejorar el análisis y disseminación de la información | -Boletín epidemiológico de VIH y sífilis anual -Análisis estratégicos para focalizar mejor la respuesta -Establecer alianzas con otras instituciones (ej. Universidades). -Promover análisis de ITS a nivel de Regiones, SIBASI y hospitales. -Incluir todos los indicadores de GAM en eTAB. -Automatizar la salida de casos de sífilis congénita según OMS. -Abrir la 3ª y 4ª causa de muerte en el SIMMOW. | Existe un informe nacional situación de VIH en el primer semestre del año posterior. Sífilis en las evaluaciones semestrales realizadas por el Programa con cada una de las regiones se incorporará el análisis de Sífilis. Se conformará un equipo Inter programático del MINSAL para la recaudación de información | Talleres de evaluaciones semestral por región |

DESAFÍOS

1. Coordinación inter-programática entre instancias relacionadas a la gestión del suministro de VIH/ITS (ej. DIRTECS, UNABAST, PN, red de servicios).
2. Necesidad de actualización del Listado Institucional de Medicamentos Esenciales (LIME) e insumos de salud.
3. Diferentes metodologías de estimación de necesidades de ARV. (MINSAL, ISSS).
4. Fragmentación de la gestión de inventarios de ARV respecto al resto de medicamentos.
5. SINAB no incluye los ARV y no todos los establecimientos lo utilizan.
6. Solicitud de patente del LPV/r pendiente de resolución que impide acceder a versiones genéricas del medicamento.
7. Mejorar la gestión del suministro de medicamentos para ITS, insumos de prevención, reactivos, terapia profilaxis con INH.
8. Capacidad de respuesta del SNS ante el retorno de migrantes (TPS,2019). (TARV, insumos de prevención, reactivos, entre otros).

Con la actual solicitud de financiamiento se pretende apoyar en el desafío 8.

Tabla N° 13. GESTIÓN DE SUMINISTROS

| Desafíos | Recomendaciones | Que está realizando MINSAL | Acciones para dar salida a brecha con apoyo financiero del FM |
|--|--|---|---|
| Capacidad de respuesta del SNS ante el retorno de migrantes (TPS,2019). (TARV, insumos de prevención, reactivos, entre otros). | -Realizar ejercicios de estimación de necesidades de medicamentos y otros insumos, basado en escenarios que contemplen tanto las necesidades actuales como las futuras en función de potenciales PVIH que puedan ingresar al SNS como resultado del proceso de retorno migratorio. | El MINSAL asume la continuidad de la TAR en los esquemas nacionales desde su llegada al país. | A partir del año 2020 se requerirá apoyo en paquetes de prevención en retornados. |

DESAFÍOS PREVENCIÓN COMBINADA

1. Persisten brechas en el diagnóstico de VIH

- 26% PVIH estimadas no conocen su diagnóstico (~6200)
- 34% de los diagnosticados son VIH avanzado
- Diagnóstico tardío (<200 CD4) (34%)
- Acceso a prueba en HSH (77%) y Mujeres Trans (74%) (2016)

2. Necesidad de eliminar barreras de acceso a las pruebas

- Pruebas rápidas para VIH y sífilis solo por profesionales de laboratorio y sin entrega inmediata del resultado
- Necesidad de expediente para hacer la prueba.
- Pre-consejería larga y obligatoria
- Horario de funcionamiento limitado
- Algoritmo diagnóstico VIH y sífilis necesita revisión

3. Estrategia de prevención combinada aún muy basada en condón e intervenciones conductuales

- Uso condón: MTS (73%), HSH (61%)
- Condones: necesidad de expediente y entrega en farmacias
- Baja socialización y demanda del condón femenino
- Baja disponibilidad de lubricantes

4. Necesidad de ampliar el paquete de servicios de prevención combinada basado en las últimas recomendaciones de la OMS (2015-2017)

5. SSR de calidad con énfasis en los Adolescentes

Con la actual solicitud de financiamiento se pretende apoyar en los desafíos 1, 2, 3, 4.

Tabla N° 14. PREVENCIÓN COMBINADA

| Desafíos | Recomendaciones | Que está realizando MINSAL | Acciones para dar salida a brecha con apoyo financiero del FM |
|--|--|--|--|
| <p>Persisten brechas en el diagnóstico de VIH</p> <ul style="list-style-type: none"> • 26% PVIH estimadas no conocen su diagnóstico (~6200) • 34% de diagnósticos son VIH avanzado • Diagnóstico tardío (<200 CD4) (34%) • Acceso a prueba en HSH (77%) & Mujeres Trans (74%) (2016) MTS | <p>Eliminar barreras y ampliar el acceso a la prueba de VIH:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ampliar la cartera de personas que pueden realizar PR, incluyendo pares en ámbito comunitario y ECOS - Eliminar necesidad de expediente - Consentimiento firmado para realización de prueba en algunos establecimientos. - Simplificar la pre-consejería ("información rápida") - Realizar PR con entrega inmediata de resultado - Ampliar horarios de las VICITS - Ampliar días de las unidades móviles y diseminar ruta/días/horarios - Revisar algoritmo de VIH con confirmación con segunda PR - Eliminar FTA-ABS de algoritmo de sífilis - Considerar pruebas duales (HIV/sífilis) - Autotest: asegurar registro de insumos PQ OMS para la comercialización | <p>Memorándum de la ministra de Salud, explicando que no es necesario la creación de un expediente para la toma de prueba voluntaria de VIH en jornadas extramurales</p> <p>Monitoreo de la aplicación de normativas de pre y post consejería en los establecimientos de salud</p> | <p>Formación de personal de salud en Prevención combinada</p> <p>Estrategia de Servicios Amigables descrita en sección 2</p> |
| <p>Necesidad de eliminar barreras de acceso a las pruebas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas rápidas para VIH y sífilis solo por profesionales de laboratorio y sin entrega inmediata del resultado • Necesidad de expediente para hacer la prueba. • Pre-consejería larga y obligatoria • Horario de funcionamiento limitado • Algoritmo diagnóstico HIV y sífilis necesita revisión | | <p>Se analizará en MINSAL considerando las condiciones sociales y de seguridad</p> | <p>Talleres de validación de Algoritmo de Pruebas rápidas</p> <p>Capacitación al RRHH sobre algoritmo</p> <p>Se revisará algoritmo de Sífilis y se validará Destinar fondos para la validación y capacitación al RRHH</p> |
| <p>Estrategia de prevención combinada aún muy basada en condón e intervenciones conductuales</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Uso condón: MTS (73%), HSH (61%)</i> • Condones: necesidad de expediente y entrega en farmacias • Baja disponibilidad de lubricantes | <p>Ampliar/mejorar servicios de prevención combinada existentes, incluida la prevención para PVIH.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Condones masculinos – revisión estimaciones y eliminar expediente, facilitar entrega, asegurar disponibilidad en los CAIs - Lubricantes – revisión de estimaciones e incluir en registro de insumos | | <p>MINSAL requerirá apoyo para readecuar consultorios para brindar Servicios Amigables que impulsen la estrategia de prevención combinada adaptada (ver sección 2)</p> <p>Insumos a distribuir en los servicios amigables (Ver estrategia en sección 2 y tabla N° 7)</p> |

DESAFÍOS ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH Y LA SÍFILIS CONGÉNITA (ETMI)

Mejorar la vigilancia de la sífilis congénita. Los datos de los indicadores mínimos para el monitoreo del ETMI de sífilis aún se están recopilando y validando.

1. Definición de caso de sífilis congénita no alineada con la definición de OMS.
2. Auditoría clínica de pocos casos de sífilis congénita.
3. No se investiga la causa de muerte de mortinatos.
4. Bajo seguimiento de casos de sífilis materna y congénita, en los diferentes niveles de la vigilancia.
5. Baja interacción de las redes de salud para el seguimiento de casos.
6. Acceso limitado a pruebas rápidas de sífilis para embarazadas, lo que dificulta el diagnóstico y tratamiento oportuno de la embarazada y de su pareja.
7. Atención de calidad a embarazadas con VIH y sífilis.

Con la actual solicitud de financiamiento se pretende apoyar en los desafíos 1,5 y 7.

Tabla N° 15. ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH Y LA SÍFILIS CONGÉNITA (ETMI)

| Desafíos | Recomendaciones | Que está realizando MINSAL | Acciones para dar salida a brecha con apoyo financiero del FM |
|---|--|---|---|
| Mejorar la vigilancia de la sífilis congénita • Los datos de los indicadores mínimos para el monitoreo del ETMI de sífilis aún se están recopilando y validando | <ul style="list-style-type: none"> - Aclarar roles y responsabilidades en vigilancia y monitoreo de sífilis y sífilis congénita (y otras ITS) - Reforzar la necesidad del ISSS de reportar indicadores mínimos y casos al MINSAL - Aplicar procesos de cruce entre bases de datos para el control de calidad de los datos (entre SUMEVE y SIP, VIGEPES y SIP, SIMMOW y SIP) - Implementar el SIP PLUS | | Se incorpora a los procesos de evaluación de las regiones |
| Bajo seguimiento de casos de sífilis materna y congénita, en los diferentes niveles de la vigilancia Baja interacción de las redes de salud para el seguimiento de casos | <ul style="list-style-type: none"> - Para no perder embarazadas con sífilis, considerar la construcción, a nivel de los hospitales, de un proceso similar al que se sigue con VIH (Excel enviado al programa) a nivel de SIBASI y monitorearlos | <p>En el Flujograma del PN de mujer embarazada incluye la prueba de Sífilis.</p> <p>El Programa de VIH monitorea el cumplimiento del perfil prenatal</p> | Pruebas de sífilis para primer perfil prenatal, tomando en cuenta que la segunda prueba se cubre con fondos del Estado. |
| Acceso limitado a pruebas rápidas de sífilis para embarazadas, lo que dificulta el diagnóstico y tratamiento oportuno de la embarazada y de su pareja | <ul style="list-style-type: none"> - Implementar algoritmo diagnóstico de sífilis iniciado con PR y con 2ª prueba de RPR (FTA-ABS no es necesario) a escala nacional - Seguir con la ampliación de la disponibilidad PR de sífilis en todas las unidades con pre-natal permitiendo el diagnóstico en el 1er nivel de atención - Implementar tamizaje por PR para VIH y sífilis en el momento del parto y considerar introducir las PR duales (VIH/sífilis) - Introducir el tamizaje universal para VHB y Chagas (ETMI Plus). | <p>Se cuenta con algoritmo y se monitorea su cumplimiento. Se seguirá recomendación de eliminar el FTA-ABS del algoritmo</p> <p>Se reforzará la referencia a centros de salud que cuentan con laboratorios</p> <p>Solo que no lleve su CLAP remiten las pruebas</p> <p>Introducir el tamizaje universal para VHB y Chagas (ETMI Plus). Se valora esta recomendación por el comité terapéutico en coordinaciones con la Unidad de la Mujer</p> | Revisión, actualización, validación, impresión y divulgación para sífilis |

DESAFÍOS ATENCION INTEGRAL

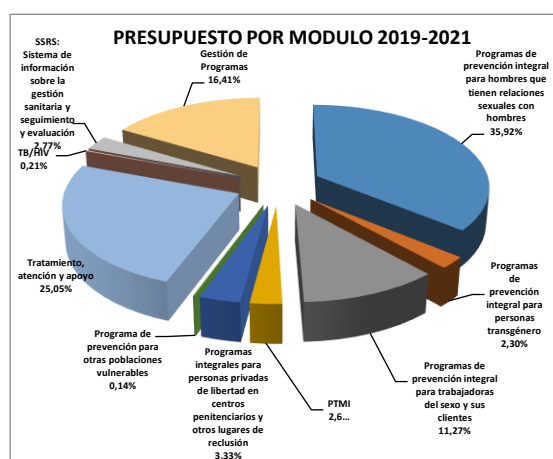
- Persisten brechas en la cobertura del tratamiento (~8000 sin TAR para la meta de “90%”)
- Atención integral y dispensación de ARV exclusivamente en hospitales de segundo y tercer nivel
- Mejoramiento en el uso de medicamentos ARV (Tratamiento 2.0)
- Debilidades en la cascada de la atención continua a las PVIH (vinculación, retención y abandonos) (~6000 personas diagnosticadas no están en TAR)
- Oportunidades de optimización seguimiento laboratorial PVIH en TAR

Con la actual solicitud de financiamiento se pretende apoyar en los desafíos 1, 2 y 4.

Tabla N° 16. ATENCIÓN INTEGRAL

| Desafíos | Recomendaciones | Que está realizando MINSAL | Acciones para dar salida a brecha con apoyo financiero del FM |
|--|---|--|--|
| Persisten brechas en la cobertura del tratamiento (~8000 sin TAR para la meta de "90%") | - Oficializar, diseminar e implementar los nuevos lineamientos de atención integral (política de "tratamiento para todos" de la OMS, 2016) | | Talleres para la difusión de la guía clínica actualizada con diferentes actores y sectores |
| Atención integral y dispensación de ARV exclusivamente en hospitales de segundo y tercer nivel | - Planificar un proceso paulatino de descentralización /desconcentración de la atención integral y TA (hospitales II nivel; UCSF especializadas y VICITS). Definir protocolos y flujogramas, revisar nivel atención ARV, plan operativo descentralización, equipo funcional MINSAL para coordinar, etc. - Aumentar el número de profesional de salud capacitados para la atención integral de VIH en los diferentes niveles desde la perspectiva de desconcentración al primer nivel de atención y task-shifting. - Ampliar acceso a dispensación de ARV (Ej. horarios extendidos (24h); desconcentración dispensación ARV en PNA; farmacias a domicilio como opción innovadora) - Promover una discusión sobre la integración de los centros de atención integral con la atención médica general para una prestación de servicios más eficiente. Esto requiere establecer una mesa de discusión con todos los actores involucrados para discutir ventajas y desventajas del proceso de integración en el contexto del sistema de salud de El Salvador | Se analizará juntamente con primer nivel de atención y dirección de hospitales Se analizará conjuntamente con primer nivel de atención, dirección de hospitales y dirección de regulación | Talleres de formación a personal de salud de diferentes especialidades |
| Debilidades en la cascada de la atención continua a las PVV (vinculación, retención y abandonos) (~6000 personas diagnosticadas no están en TAR) | - Fortalecer la coordinación efectiva entre CAIs y equipos de las RISS en la provisión de servicios de VIH. Aplicar lineamientos de referencias y respuesta; sensibilizar los recursos del primer nivel de atención sobre vinculación, búsqueda activa y seguimiento de las PVV a nivel comunitario. - Ampliar apoyo psicosocial en los CAIs. | Vinculación a servicios de atención en salud | Estrategia de vinculación y retención de personas con VIH, detallada en sección 2 |

Con relación a las brechas financieras (ver Anexo 17), según el PENM 2016- 2021 la necesidad de país para dar respuesta al componente de VIH-Sida, para los años 2019-2021 asciende a la cantidad de \$222,890,000.00. Esta solicitud corresponde a \$14,481,816.00 (Ver Anexo N° 17) que representa un 6.5% de la necesidad de país distribuidos de la manera siguiente: El componente con mayor asignación presupuestaria



es el **Módulo de Programas de prevención integral para HSH**, cuyo porcentaje presupuestario asciende al 35.92% (\$5,201,625.00), con lo cual se proyecta alcanzar 65,256 paquetes de prevención, durante la vida del proyecto. Para lo cual se realizarán acciones como actividades educativas para el cambio de comportamiento para la prevención de VIH en abordajes cara a cara mediante la estrategia de abordaje en línea, pruebas diagnósticas para el testeo en unidades móviles educativas, insumos de bioseguridad para la toma de las pruebas, acciones relacionadas a la implementación de

la estrategia multimedia, y funcionamiento de unidades móviles educativas, actividades para la referencia efectiva y vinculación a los sistemas de salud. Así también el MINSAL con fondos GOES contribuirá con 8,521 paquetes de prevención y PEPFAR con 8,516

paquetes de prevención de la meta nacional de 82,293 paquetes de prevención para HSH quedando una brecha de 49% de la población HSH estimada para el final del año tres. Así también como parte de la sostenibilidad de la respuesta a nivel nacional se implementará la nueva estrategia de servicios amigables para población clave, por lo que se readecuarán y equiparán áreas específicas y destinadas para la atención de poblaciones claves en los establecimientos de salud identificados con mayor presencia de esta población y alta carga de VIH, para el cumplimiento de las metas se han planificado la adquisición de pruebas rápidas de VIH e ITS y confirmatorias de VIH y tratamiento sintomático y clínico de ITS y conservación de muestras de pruebas de laboratorio.

Módulo Tratamiento, Atención y Apoyo se destina el 25.05 % (\$ 3,628,181.00) con presupuesto de Fondo Mundial, equivalente el 50% de las necesidades reales, debido a que el 50% restante será cubierto con Fondos GOES esto incluye la compra de reactivos, medicamento IO, ITS la adherencia al tratamiento y capacitación de algoritmos diagnósticos y de confirmación según o recomendado por OPS en su última evaluación. Todo lo anterior es para la atención integral de las poblaciones clave, personas con VIH. Así también, para este fin, el MINSAL aporta el 100% del presupuesto de ARV. Sin omitir que todo lo anterior va dirigido en el marco de la sostenibilidad para fortalecer la estrategia de vinculación y adherencia para evitar el abandono al tratamiento. El **Módulo Gestión de Programas** tiene una asignación del 16.41% (\$2,375,888.00), del cual el 64% será ejecutado por el subreceptor para cubrir costos de Recurso Humanos, reuniones de seguimiento y transporte, alquiler de oficina, suministros y servicios básicos e ICR y el MINSAL tiene asignado el 36% el cual incluye fortalecimiento al personal de salud para análisis de información estratégica y toma de decisiones, servicios, insumos y RRHH que fortalecerán la respuesta a la subvención. Todo lo anterior está dirigido a garantizar la implementación de las acciones operativas del proyecto.

Módulo Programas de prevención integral para trabajadoras del sexo y sus clientes se asigna el 11.27% del presupuesto (\$1,631,655.00), se incluyen todas las actividades educativas para el cambio de comportamiento para la prevención del VIH. con lo cual se proyecta alcanzar 27,033 paquetes de prevención, durante la vida del proyecto. Para lo cual se realizarán acciones como actividades educativas para el cambio de comportamiento para la prevención de VIH en abordajes cara a cara y abordajes mediante la estrategia de abordaje en línea, pruebas diagnósticas para el testeo en unidades móviles educativas, insumos de bioseguridad para la toma de las pruebas, acciones relacionadas a la implementación de la estrategia de abordaje en línea, y funcionamiento de unidades móviles educativas, actividades para la referencia efectiva y vinculación a los sistemas de salud. El MINSAL con fondos GOES contribuirá con 5,684 paquetes de prevención y PEPFAR con 1,012 paquetes de prevención de la meta nacional de 33,729 paquetes de prevención en los tres años para TS quedando una brecha de 74% de la población TS estimada para el final del año tres. Para el cumplimiento de las metas se ha planificado la adquisición de pruebas rápidas de VIH e ITS.

En el Módulo de Programas integrales para personas privadas de libertad en centros penitenciarios y otros lugares de reclusión: se incluyen debido a que, por las condiciones de violencia del país, se ha incrementado del año 2013, la cantidad de 28,848 PPL a 46,000 al año 2017, incluyendo a personas reclusas en bartolinas, lo que representa un incremento del 31% más de población, generando un hacinamiento de 367%. A partir del año 2015 se dictaron medidas extraordinarias de seguridad en 6 centros penitenciarios de mayor concentración de PPL, estas medidas impiden la visita de familiares y comunicación con el exterior, lo cual se convierte en un factor de alto riesgo para el incremento de relaciones sexuales entre hombres. Razón por lo que se han planificado acciones de promoción, prevención y educación en salud con los PPL y tamizajes periódicos en Centros Penitenciarios a nivel nacional. En tal sentido se ha presupuestado una asignación del 3.33% (\$482, 694.00), el cual da cobertura a tamizajes que el MINSAL realiza a través de sus unidades móviles en los centros penitenciarios del país.

Módulos de SSRS: Sistema de información sobre la gestión sanitaria es el 2.77% (\$400,441.00) incluye actividades relacionadas al monitoreo y evaluación de las acciones del programa, específicamente se realizarán eventos de rendición de cuentas, conversatorios con los Sub-SR, adecuación al sistema de información del proyecto (SIGPRO), talleres para el seguimiento y uso de sistemas informáticos, y recursos humanos como técnicos en monitoreo y en sistema para el monitoreo de las acciones.

Módulo PTMI, el presupuesto contempla la inversión de 2.60% (\$377,046.00), que corresponde a la adquisición de pruebas rápidas para tamizaje de mujeres embarazadas. Lo anterior es en vista que el país se encuentra en ruta a la eliminación de la transmisión madre e hijo de VIH y sífilis congénita, para lo cual se realizarán dos perfiles de testeo, el primero será a la inscripción prenatal y el segundo entre la semana 26 a 28 del embarazo. En los últimos cinco años el promedio de embarazadas inscritas en el MINSAL es de 100,412 a las cuales se les ha realizado su perfil prenatal entre 81 a 89%. Al Fondo Mundial se le solicita una de las pruebas ya que con fondos GOES se adquiere el 50% de pruebas para embarazadas, la terapia antirretroviral y los sucedáneos de la leche materna para hijos de madres positivas y evitar así la transmisión materno infantil por leche materna. Por las condiciones financieras del país no se tiene la capacidad de asumir en su totalidad la estrategia de eliminación de la transmisión madre e hijo.

Módulo Programas de prevención integral para personas transgénero representa un 2.30% del presupuesto (\$333,773.00) este incluye actividades educativas para el cambio de comportamiento para la prevención del VIH con lo cual se proyecta alcanzar 3,956 paquetes de prevención, durante la vida del proyecto. Realizando acciones como actividades educativas para el cambio de comportamiento para la prevención de VIH en abordajes cara a cara y abordajes mediante la estrategia de abordaje en línea, pruebas diagnósticas para el testeo en unidades móviles educativas, insumos de bioseguridad para la toma de las pruebas, acciones relacionadas a la implementación de la estrategia de abordaje en línea, y funcionamiento de unidades móviles educativas, actividades para la referencia efectiva y vinculación a los sistemas de salud. Así también el MINSAL con fondos GOES contribuirá con 824 paquetes de prevención y PEPFAR con 148 paquetes de prevención de la meta nacional de 4,927 paquetes de prevención en los tres años para MTrans quedando una brecha de 15% de la población estimada para el final del año tres. Así también para el cumplimiento de las metas se han planificado la adquisición de pruebas rápidas de VIH e ITS.

Módulo TB/VIH se destina un 0.21% (\$29,940.00) para aplicar las pruebas de GeneXpert en el descarte de Tb en personas con VIH.

Módulo Programa de prevención para otras poblaciones vulnerables con un presupuesto correspondiente al 0.14% (\$20,574.00) para la profilaxis post exposición para prevenir la adquisición de VIH y otros virus, por violación sexual. A realizarse profilaxis post exposición de 500 personas por año. Para lo cual se ha presupuestado la compra de prueba rápida de VIH, Elisa de confirmación y prueba diagnóstica de confirmación de hepatitis B y C, lo anterior debido al incremento anual del número de casos reportados, ya que el año 2015 hubieron 968 y el año 2017 hubieron 1,123 incrementando un 14 % el número de violaciones y el índice de positividad de los que pasan a Elisa de confirmación es de 0.31 a 0.45 %. En tal sentido se continuará con la estrategia de profilaxis post exposición a fin de evitar la transmisión de VIH por abuso sexual.

Con la nueva subvención se pretende orientar los esfuerzos hacia la sostenibilidad del modelo de atención a las poblaciones clave, facilitando la información que promueva la adopción de comportamientos y prácticas sexuales saludables; estos conocimientos serán reafirmados por las y los usuarios que acceden voluntariamente a servicios integrales de salud que incluyen la prueba voluntaria para VIH. A través de las coordinaciones con los Directores Regionales de Salud, se está analizando la apertura de 2 clínicas VICITS adicionales, con el propósito de ampliar cobertura para la atención de población clave en los lugares de alta carga de enfermedad como es el Municipio de Colon, Departamento de la Libertad y otra en el Departamento de Santa Ana, ambas

clínicas estarán ubicadas específicamente en las Unidades Comunitaria de Salud Familiar de Lourdes y Casa del Niño respectivamente. Las cuales estarán atendiendo principalmente a los HSH, MTrans y MTS. Con lo anterior se crearán más espacios de atención para estas poblaciones, brindándole los servicios de pruebas diagnósticas para VIH e ITS. Se espera finalizar el año 2018 con 17 clínicas VICITS, esto con el fin de utilizar los recursos ya existentes en el sistema de salud y así asegurar la sostenibilidad de la estrategia. Las acciones en la subvención actual tienen como objetivo producir cambios en la población clave y en quienes brindan los servicios de atención con el apoyo de organizaciones de Sociedad Civil, es así como el trabajo de los CCPI Itinerantes complementa los objetivos de la estrategia de manera integral, consolidando la estrategia de prevención combinada con la Estrategia de ampliación de cobertura de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar.

SECCIÓN 3: FUNCIONAMIENTO Y MITIGACIÓN DE RIESGOS

Esta sección describe los acuerdos de implementación esperados y los riesgos previstos para los programas propuestos. Para responder, consulte las directrices que figuran en las Instrucciones.

3.1 Resumen de los acuerdos de implementación

| | |
|---|---|
| ¿Propone realizar algún cambio importante respecto de los acuerdos de implementación previos, por ejemplo, a las entidades ejecutoras, el flujo de fondos o bienes? | <input type="checkbox"/> X Sí <input type="checkbox"/> No |
|---|---|

En caso afirmativo:

- a) Describa los cambios clave respecto de los acuerdos de implementación previos para ofrecer una explicación de cómo se pondrá en práctica la subvención. Puede adjuntar una versión actualizada del **Mapa de acuerdos de implementación**.
- b) Explique cómo participarán de forma activa representantes de organizaciones de mujeres, poblaciones clave y personas que viven con las enfermedades (según corresponda) en la implementación de esta solicitud de financiamiento
- c) Incluya una descripción de los mecanismos de adquisiciones para las subvenciones. **(Máximo ½ página)**

De acuerdo al acta ME01-2018, de fecha 5 de abril del 2018, el MCP-ES (Ver Anexo N° 19) acordó proponer al Ministerio de Salud ante el Fondo Mundial como único administrador para la presente solicitud. Tomando en cuenta que han desarrollado esta función desde el 2006, además de ser el garante de la continuidad de la respuesta nacional al VIH como instancia rectora del Sistema Nacional de Salud; a través de estos años de administración ha desarrollado a su personal fortaleciendo habilidades técnicas y administrativas. Como ente rector, ha garantizado la sostenibilidad a honrado los compromisos adquiridos con el Fondo Mundial a través de los diferentes acuerdos, entre estos compromisos la absorción del recurso humano que fue contratado inicialmente con financiamiento de Fondo Mundial, se cuenta con una unidad de apoyo (UAFM) a la implementación de la subvenciones del FM para el seguimiento y monitoreo de las actividades ejecutadas por MINSAL en sus diferentes áreas: monitoreo y evaluación, finanzas, almacenaje, abastecimiento, activos fijos, entre otras. Se articula con otras unidades especializadas del MINSAL para la ejecución de la propuesta tales como: Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI), Unidad de Abastecimiento (UNABAST), Unidad Financiera Institucional (UFI), Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones (DTIC) y Laboratorio Nacional de Referencia (LNR), entre otros.

Así también se determinó en acta antes mencionada designar a Plan Internacional como único SR de esta subvención debido a su experiencia como RP en las subvenciones anteriores, su labor con las organizaciones de sociedad civil y el proceso de fortalecimiento que ha llevado a cabo. Plan como SR continuará implementando acciones con apoyo de organizaciones de sociedad civil con la figura de Sub-SR. De ser aprobada esta solicitud de fondos, lo antes descrito deberá ser parte de una cláusula especial del acuerdo a firmarse entre el FM y el RP con el fin de facilitar la elaboración de un acuerdo entre el RP y el SR que permita dinamizar la implementación de la propuesta. (Ver Anexo N°25)

Para la solicitud de financiamiento se ha planteado contar con el apoyo de ONG's que representan a cada una de las poblaciones claves, las cuales apoyarán al desarrollo de las estrategias de prevención y cuidado y tratamiento en calidad de Sub- SR, las cuales están citadas en la sección 1.2 (reenfoque)

Bajo el convenio firmado entre MINSAL y FM, el RP realizará los desembolsos al SR. El MINSAL registrará en el SAFI los fondos recibidos, de cara a la transparencia del uso de estos fondos y gestión futura de la sostenibilidad, llevará a cabo un proceso de monitoreo de cumplimiento de metas programáticas y financieras, revisión y acompañamiento para que el proyecto se ejecute de acuerdo a los presupuestos aprobados y los compromisos contractuales, en cumplimiento al marco legal y a los procedimientos establecidos en base al manual administrativo del RP (Anexo 21), Ley de la Corte de Cuentas (anexo 20) y manual de operaciones del Sub receptor. (Ver Anexo N° 22)

Los procedimientos para las adquisiciones y contrataciones del RP, se desarrollarán de acuerdo a lo establecido en el acuerdo de subvención con el Fondo Mundial, la Ley de Adquisiciones y Contrataciones Públicas (LACAP, anexo 23) y su reglamento vigente (anexo 24), cuyos principios están basados para garantizar y desarrollar procedimientos transparentes y competitivos, a fin de obtener los productos de calidad garantizada y a precio razonable, el cual establece obligaciones jurídicas aplicables a la adquisición de productos sanitarios que se financian con fondos de la subvención. El RP se compromete a aplicar los principios que regulan la gestión de adquisiciones y suministros de productos sanitarios, contenidos en la "Guía de las Políticas del Fondo Mundial sobre Gestión de Adquisiciones y Suministros de Productos Sanitarios y sus actualizaciones", disponibles en la página web del Fondo Mundial¹

Así también MINSAL adquirirá productos de salud a través del Fondo Estratégico de OPS, amparado en el Convenio OPS y MINSAL.

El SR, será el responsable de garantizar la ejecución Técnica y Financiera de las metas establecidas bajo su responsabilidad según el marco de desempeño, bajo dos modalidades:

- 1- Ejecución directa de actividades y de coordinación Sub-SR y otros actores claves, monitoreo y evaluación de las actividades e intervenciones de prevención, administración de activos, compra de pruebas rápidas, administración y distribución de insumos (condones y lubricantes), supervisión técnica de las actividades de abordaje en campo (cara a cara y en línea) y de las referencias efectivas, toma de pruebas rápidas en Unidades Móviles Educativas, acompañamiento para la vinculación de los casos que resulten reactivos a VIH. Es importante destacar que durante los tres años de la subvención el SR, realizará las compras exentas de IVA mediante el departamento de compras y licitaciones, basado en los procedimientos y políticas de SR, de igual forma se puede incluir compras vía WAMBO, cuando no se encuentren ofertas competitivas a nivel nacional, es importante aclarar estos procesos, debido a que MINSAL aplica la Ley LACAP y por esta vía solo se buscan ofertas de pruebas rápidas y no todos los reactivos que MINSAL adquiere.

¹ http://www.theglobalfund.org/documents/psm/PSM_ProcurementSupplyManagement_Guidelines_en.pdf.

- 2- Así mismo SR desarrollará un proceso de Selección de Sub SR entre las organizaciones que han venido ejecutando acciones bajo la modalidad de Sub receptoras en la actual subvención, teniendo en consideración su capacidad institucional en la parte administrativa y financiera, y la experiencia de trabajo con poblaciones claves.

Estas entidades serán responsables de la administración de los CCPI Itinerantes de acuerdo con las metas e indicadores establecidos en el marco de desempeño de la subvención. Así también se establecerá un plan de coordinación y comunicación entre el RP y el SR en el cual se definirán reuniones trimestrales para presentación de avances programáticas, financieras, socialización semestral de lecciones aprendidas, cuellos de botella, visitas de M&E y cualquier otro tipo de apoyo entre ambas organizaciones.

Los procedimientos para las adquisiciones y contrataciones del Sub Receptor, se desarrollarán de acuerdo a lo establecido en el Manual de Operaciones de Plan International Inc., el cual establece el desarrollo de procesos transparentes y competitivos a fin de obtener los mejores precios con la calidad garantizada que se requiere, en un ámbito de igualdad de condiciones entre los ofertantes, priorizando el cumplimiento de las obligaciones institucionales y los requerimientos del FM, por lo cual el SR se compromete a aplicar los principios que regulan la gestión de adquisiciones y suministros de productos sanitarios, contenidos en la “Guía de las Políticas del Fondo Mundial sobre Gestión de Adquisiciones y Suministros de Productos Sanitarios y sus actualizaciones”, disponibles en la página web del Fondo Mundial¹. Todas las acciones entre el RP y el SR estarán basadas en un acuerdo de Subvención.

¹ http://www.theglobalfund.org/documents/psm/PSM_ProcurementSupplyManagement_Guidelines_en.pdf.

3.2 Principales riesgos de ejecución (VIH)

Utilizando la siguiente tabla, indique los riesgos clave adicionales que han sido previstos, incluyendo los que se indicaron en la *tabla de riesgos programáticos clave* que el Fondo Mundial compartió durante el proceso de diálogo de país. Describa también cuáles son los riesgos operativos y de ejecución clave, que fueron identificados durante el periodo de ejecución previo y que son recurrentes y las medidas de mitigación específicas planeadas para abordar cada una de estas dificultades/riesgos con el objetivo de asegurar un desempeño eficaz del programa en el contexto dado.

La respuesta del solicitante debe ir en la siguiente tabla.

| Categoría de riesgo (Área funcional) | Riesgo clave | Medidas de mitigación | Plazo |
|---|---|--|--|
| Desempeño Programático | Subregistro post consejería | <ul style="list-style-type: none"> a. Supervisar al personal dedicado a alimentar el sistema de información a través de la recopilación, análisis de ingreso de la información. b. Mecanismos rutinarios para la verificación de la calidad de los datos y del programa, considerando las recomendaciones derivadas de la Evaluación Conjunta de OPS. | Continuo, sistemático y rutinario con informes de gestión anuales. |
| | Poca aceptación de las poblaciones claves a las intervenciones de prevención durante el proceso de transición | <ul style="list-style-type: none"> c. Creación de servicios amigables con personal de salud capacitado en la identificación de poblaciones claves en un ambiente libre de estigma y discriminación. | Continuo, sistemático |
| Gestión de Adquisiciones y Suministros. | Previsión, cuantificación y almacenamiento de los insumos a adquirir. | <ul style="list-style-type: none"> a. Estimaciones financieras y actualización de costos considerando el incremento de la tasa de inflación reportado por el Banco Central de Reserva. b. Gestión y revisión continua del Plan de Compras. c. Monitoreo de las existencias de medicamentos, terapia ARV y reactivos en los almacenes de resguardo del RP. | Trimestral |
| | Rotación de personal responsable de adquisiciones (MINSAL) | <ul style="list-style-type: none"> d. Socialización y educación continua sobre la Aplicación de Normativa para desarrollo de capacidades del personal de las diferentes áreas involucradas. (PLAN/MINSAL) | |
| Riesgos Financieros | Ejecución Financiera baja. | <ul style="list-style-type: none"> a. Monitoreo de los procesos de compras, entrega de bienes y/o servicios y pagos oportunos en cumplimiento a la normativa legal. b. Reuniones de seguimiento continuo con diferentes instancias internas para presentación de avances, revisión de cuellos de botella y procesos que dificultan la ejecución financiera para la toma de decisión temprana. c. Depuración y selección de potenciales proveedores que cumplan con las Políticas Corporativas. | Continuo |
| Riesgos Externos | Factores Macroeconómicos | <ul style="list-style-type: none"> a. Abogacía ante las autoridades nacionales competentes para garantizar los recursos financieros necesarios para la ejecución de la brecha financiera y la sostenibilidad. b. Búsqueda e identificación de diferentes cooperantes nacionales e internacionales para reducir la brecha de financiamiento. | Continuo |
| | Desastres Naturales y Emergencias | <ul style="list-style-type: none"> a. Elaboración de Mapa de riesgo de vulnerabilidad ambiental. b. Manuales de riesgos de desastres naturales actualizados con protocolos de acciones inmediatas y posteriores a eventos naturales. c. Capacitación y formación de agentes claves para la mitigación ante los desastres. d. Coordinación con otras instituciones de servicios (Protección Civil, Cuerpo de Bomberos, MARN, entre otros) e. Inclusión del tema de VIH en el Manual de atención nacional | Continuo |

| | | | |
|--|---|---|-----------------|
| Gobernanza Política | Cambios políticos ante periodos electorales | a. Plan de transición contemplando divulgación del Convenio de Donación a las nuevas autoridades, garantizando la continuidad de ejecución. b. Abogacía y consenso con las nuevas autoridades. | Cada 3 y 5 años |
| | Violencia Social | a. Conocimiento y divulgación del Mapa de Seguridad Social de los municipios con alta peligrosidad. b. Estrategias de prevención y coordinación con el personal de salud de los diferentes niveles de atención y líderes comunitarios, donde existe dominio territorial por grupos delincuenciales. c. Realizar estrategias de continuidad de los procesos ante posibles cierres de labores en las instituciones de salud, debido a problemáticas sociales de país. | Continuo |
| <i>Añada filas para riesgos clave adicionales de ser necesario</i> | | | |

| 4.1 Panorama de financiamiento y cofinanciamiento | |
|---|---|
| a) ¿Existe alguna medida o reforma, actual y/o planificada, para aumentar los recursos nacionales destinados al sector salud, así como para mejorar la eficiencia y efectividad del gasto en salud? En caso afirmativo , ofrezca los detalles a continuación. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> x No |
| b) ¿La solicitud actual requiere el apoyo del Fondo Mundial con el objetivo de elaborar una estrategia de financiamiento para la salud y/o de realizar reformas de dicho financiamiento? En caso afirmativo , describa brevemente el contexto y la situación. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> X No |
| c) ¿Se han materializado los compromisos previos del gobierno para la asignación de 2014-2016? En caso negativo , explique los motivos a continuación. | <input type="checkbox"/> x Sí <input type="checkbox"/> No |
| d) ¿Cumplen los compromisos de cofinanciamiento actuales para la asignación de 2017-2019 los requisitos mínimos para acceder totalmente al incentivo de cofinanciamiento, según lo dispuesto en la Política de Sostenibilidad, Transición y Cofinanciamiento? ¹ En caso negativo , explique los motivos a continuación. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> X No |
| e) ¿Esta solicitud requiere el apoyo del Fondo Mundial para la institucionalización de mecanismos de seguimiento del gasto tales como las cuentas nacionales de salud? Especifique a continuación cómo se realizará un seguimiento y se informará de la materialización de los compromisos de cofinanciamiento. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> x No |
| (Máximo 2 páginas) | |

El país realiza la Planificación Estratégica de forma quinquenal, luego de haber evaluado alcances y limitantes del período 2011-2015, diseñó las nuevas líneas estratégicas que dieron pautas para el desarrollo de acciones para contribuir en la eliminación del VIH. En el 2016 bajo el liderazgo de la CONASIDA (Comisión Nacional Contra el SIDA), hoy CONAVIH se elaboró el PENM 2016-2021 (ver Anexo 1), en el cual el país se compromete a asumir en forma gradual las directrices de la OMS 2015 para alcanzar las metas globales de reducción de las nuevas infecciones y la reducción de la mortalidad. De igual forma controlar el tamaño de la población de nuevos casos que se unen a las personas con VIH, significando en el corto plazo una contención de la epidemia.

Los componentes del PENM fueron organizados en ejes estratégicos:

- 1) Financiamiento para la Sostenibilidad con cuatro acciones estratégicas;
- 2) Continuo de la Prevención y Atención con cuatro componentes;
- 3) Entornos Favorables para la Protección Social y Sinergias para el Desarrollo con siete Acciones Estratégicas;
- 4) Gestión, Monitoreo y Evaluación Sostenible con cinco acciones estratégicas.

¹ Consulte la [Política de sostenibilidad, transición y cofinanciamiento](#).

En la evaluación conjunta de la Respuesta Nacional al VIH realizada en enero 2018 por OPS y ONUSIDA, reconocen como fortaleza en Rectoría y Gobernanza el hecho que el PENM esté costado y cuente con un plan de M&E para su seguimiento; dicha evaluación no emite recomendaciones para cambios en el documento.

Para el costeo del PENM, se organizaron los ejes estratégicos en seis Áreas Programáticas:

- 1) Poblaciones con Mayor Prioridad;
- 2) Población General;
- 3) Cuidados de Salud;
- 4) Servicios de Cuidados y Tratamiento;
- 5) Entorno Favorable y
- 6) Políticas, Gestión y Administración.

Los resultados del PENM indican que para su implementación 2016-2021 se requiere un total de USD \$417.39 millones de dólares, los cuales se incrementarían año con año desde 62 millones en el año 2016 hasta 74 millones en el año 2021 de acuerdo con las metas establecidas. La distribución de recursos para el período será de 42% para Servicios de Cuidado y Tratamiento, 41% para prevención, 10.5% para Políticas, Administración, Investigación y Monitoreo y Evaluación, 1.9% para Entorno Favorable y 4% para poblaciones con mayor prioridad, según tabla N° 17 (Ver Anexo N°1 PENM. Pag 90)

TABLA N° 17. CONSOLIDADO TOTAL DE RECURSOS NECESARIOS PARA EL PERÍODO 2016-2021

| Áreas Programáticas | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | TOTAL 2016-2021 | % |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-----------------|----------------|
| Poblaciones con mayor prioridad | 3.11 | 3.1 | 3.08 | 3.06 | 3.06 | 3.06 | \$18.47 | 4.40% |
| Prevención | 26.91 | 27.54 | 28.1 | 28.7 | 29.27 | 29.27 | \$169.79 | 40.70% |
| Servicios de Cuidado y Tratamiento | 24.31 | 26.59 | 29.09 | 31.42 | 32.98 | 32.98 | \$177.37 | 42.50% |
| Entorno favorable | 1.21308 | 1.27446 | 1.34134 | 1.45 | 1.4498 | 1.4498 | \$8.13 | 1.90% |
| Políticas, Administración, Investigación y M y E | 6.50652 | 6.83574 | 7.19446 | 7.78 | 7.7762 | 7.7762 | \$43.62 | 10.50% |
| TOTAL EN MILLONES \$USD | 62.05 | 65.34 | 68.81 | 72.12 | 74.54 | 74.54 | \$417.39 | 100.00% |

Fuente: Estudio Caso de Inversión GOALS 2016.

El componente de prevención tiene un monto de \$169.79 millones, dentro de sus componentes se encuentran los Programas en el lugar de trabajo, Movilización de la comunidad, Condones, Control de las Infecciones de Transmisión Sexual, Consejería y Prueba Voluntaria CPV, Prevención de transmisión madre-hijo, Medios de comunicación masiva, Seguridad de la sangre, Profilaxis pos exposición al VIH (PPE), Inyección segura y Precauciones universales. Los mayores montos en el componente de prevención están en Condones, Consejería y Prueba Voluntaria CPV y Seguridad de la sangre.

El componente de Servicios, Cuidado y Tratamiento representa el 42.1 % cuyo monto es de \$177.37 millones para el quinquenio, en este componente se encuentran los costos de Terapia Antirretroviral, profilaxis y servicios médicos, estos últimos son los que tienen los mayores porcentajes presupuestarios.

El componente de Entorno Favorable tiene un monto de \$8.13 millones para el quinquenio dirigidos a habilitadores sociales y acciones de abogacía.

Y finalmente se encuentran los montos de Políticas, Administración, Investigación y M&E, cuyo monto es de \$ 43.62 millones para el quinquenio, representando el 10.5% del total de la estimación presupuestaria y sus costos son en programa de gestión, investigación,

seguimiento y evaluación, logística, formación, equipo de laboratorio y otras áreas. (Ver anexo 1, pag. 80 del PENM).

La publicación más reciente de la medición del gasto en Sida MEGAS 2016, indica que el presupuesto del MINSAL destinado a VIH ha variado entre el 6.4 % del total del presupuesto anual en el año 2013 a 5.83 % en el año 2016. (Ver tabla N° 18). El gasto total en 2016 se estimó en USD\$62.2 millones. Por fuente de financiamiento el gasto realizado por el sector público correspondió al 77% (USD \$47.9 millones), de los cuales se invirtió un 64% en las acciones de Atención y Tratamiento, un 33% en las acciones de Prevención y el 3% en el resto de las categorías de financiamiento. El sector público no financió acciones en la categoría de investigación e hizo un financiamiento menor al 0.06% en las acciones de huérfanos y niños vulnerables (HNV) y Protección social y servicios sociales. (Ver Anexo N°26)

El sector privado financió acciones de VIH en un 6% (USD\$3.4millones), de los cuales el 90.7% fueron dirigidos a acciones de Prevención, 3.7% para Gestión y Administración de Programas, 3.3% para acciones de Atención y Tratamiento, y 3.7% fueron dirigidas para el resto de las categorías.

TABLA NO. 18. GASTO EN VIH DEL MINISTERIO DE SALUD COMO PORCENTAJE DEL PRESUPUESTO CON RECURSOS PÚBLICO.

| Descripción | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|--|----------------------|-----------------------|----------------------|---------------------|
| Presupuesto asignado a MINSAL con fondos GOES | USD \$625.5 millones | USD \$533.48 millones | USD \$606.2 millones | USD \$644 millones |
| Inversión del MINSAL, según MEGAS 2016 | USD \$37.7 millones | USD \$34.5 millones | USD \$45.0 millones | USD \$37.5 millones |
| Porcentaje del presupuesto del MINSAL para VIH | 6.4% | 6.5 % | 7.4% | 5.83% |

Fuente: Ministerio de Salud el Salvador, Informe de Medición del gasto en Sida MEGAS 2013, 2014 ,2015 y 2016

El presupuesto asignado a MINSAL con fondos GOES, se incrementó en 18.5 millones de dólares del año 2013 al año 2016. Con respecto a la inversión del MINSAL, si comparamos la inversión del año 2013 en relación a la inversión del año 2016, se observa una reducción de 0.2 millones de dólares. Sin embargo, al comparar la inversión del año 2015 en relación al año 2016 se observa una reducción de 7.1 millones de dólares, que en su mayoría corresponde al eje de prevención de las áreas de PTMI con una reducción de 1.9 millones, lo cual podría deberse a la reducción del número de mujeres embarazadas a nivel nacional. En relación con el eje de atención y tratamiento en el área Atención Hospitalaria se ha reducido 2.5 millones de dólares debido a la disminución de personas que consultaron por Infecciones Oportunistas. A la vez se tuvo una disminución en el precio de algunos antirretrovirales, lo que generó eficiencia en las adquisiciones.

El sector internacional conformado por las agencias de cooperación tanto bilaterales, como multilaterales, Fundaciones y ONG´s nacionales e internacionales aportaron el 17% (USD\$10.8 millones). De estos fondos el mayor porcentaje de inversión correspondió a acciones de Prevención con un 39%, Gestión y Administración de Programas fue financiado con el 28%, las acciones de Atención y Tratamiento con un 17%, recursos humanos con un 8%, Investigación con un 4%, huérfanos y niñez vulnerable con el 3%, Entorno favorable (derechos humanos) con un 3.26%. Las categorías de gasto con menor inversión por la cooperación internacional fueron: huérfanos y niñez vulnerable y protección social y servicios sociales (excluidos los HNV) cada uno con el 1%.

Los compromisos de cofinanciamiento del país se han materializado a través de la absorción gradual por GOES de recursos humanos, terapia antirretroviral, financiamiento parcial para reactivos para pruebas de VIH y pruebas de seguimiento.

De acuerdo a los compromisos asumidos por El Salvador en cuanto a la voluntad de pago, se establecieron las siguientes metas:

Tabla No. 19. Acuerdos de compromisos asumidos por El Salvador.

| PROGRAMA | DIVISA | 2014 | | 2015 | | 2016 | | 2017 | | 2018 | |
|--------------|--------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|
| | | Propuesto | Cumplido | Propuesto | Cumplido | Propuesto | Cumplido | Propuesto | Cumplido | Propuesto | Cumplido |
| VIH | USD | 45.12 | 45.12 | 47.29 | 51.17 | 50.15 | 47.96 | 53.25 | 45.9 | 56.6 | |
| Tuberculosis | | 6.25 | 8.9 | 6.25 | 9.7 | 7.53 | 11.6 | 8.08 | 8.69 | 8.08 | 8.69 |
| Malaria | | 2.39 | 2.39 | 2.63 | 2.63 | 2.89 | 2.89 | 2.89 | 2.89 | 2.89 | 2.89 |

Equivalente a millones de USD.

Fuente: carta de asignación de fondos 2019-2021 y Datos MEGAS para las columnas "cumplido"

Para el período 2014-2017 el gobierno de El Salvador había estimado invertir \$195.8 millones de dólares con fondos públicos en la respuesta al VIH, al revisar los informes de medición del gasto en sida de los años citados, se invirtieron \$190.1 millones, lo que representa un 5.6% menos de lo proyectado, si bien es cierto el presupuesto asignado para salud fue mayor, la distribución del mismo no permitió mayor inversión por el incremento al pago de remuneraciones (65%).

El informe de Labores del Ministerio de Salud del año 2016-2017 refiere que, el gasto nacional en salud (GNS) de El Salvador ha aumentado con el tiempo. La información indica que se incrementó en términos nominales en un 43 % durante el período 2007 al 2016, pasando de USD\$1,270 millones en el año 2007 a USD\$1,821.1 millones en el año 2016. Estas cifras corresponden al porcentaje del producto interno bruto (PIB) que pasó de 6.3 % en el año 2007 a 6.8 % en el año 2016. El incremento del gasto público en salud estuvo acompañado en el tiempo por una disminución del gasto privado en salud, del cual un porcentaje importante comprendió reducciones en los gastos de bolsillo de las familias. (Ver Anexo N° 27, pág. 26)

EL Gasto Público en Salud (GPúbS) pasó de representar el 3.7% del PIB en 2007 al 4.5 % en 2016, situación que ubica a El Salvador en la ruta de avanzar en la Estrategia Regional de Acceso Universal en Salud y Cobertura Universal de la Salud, un compromiso de país establece elevarlo al 6 % del PIB como requisito mínimo para alcanzar la cobertura universal en salud. El país reconoce el reto de mantener la tendencia para elevar el Gasto Público en Salud como un compromiso de nación incluyendo datos de la evolución del Gasto. (Ver Anexo N° 27, pág. 29)

El presupuesto del MINSAL, cuya principal fuente es el Fondo General de la nación, pasó de USD\$371.4 millones en 2007 a USD\$662.55 millones al 2017, con un incremento total de USD\$291.15 millones. Este incremento obedece a que el estado a partir del año 2010 asume el costo de las cuotas voluntarias que aportaban los usuarios para poder recibir la atención en los diferentes establecimientos de salud.

El mayor porcentaje del presupuesto de MINSAL incluyendo todas las fuentes de financiamiento se destinó al primer nivel de atención. De 2007 a 2016, el gasto promedio en este nivel osciló entre el 35% y 38%, seguido por el segundo nivel de atención que pasó del 42% al 33%, el tercer nivel entre el 18% y 17% y la Secretaría de Estado que pasó del 5% al 11% durante el período. Esto evidencia el compromiso de fortalecer la prevención en salud y disminuir la morbimortalidad que requiere atención hospitalaria.

Entre las instituciones públicas el MINSAL representó el mayor gasto (incluyendo todas las fuentes de financiamiento, las subvenciones y subsidios a entidades adscritas y de asistencia social) pasó de 1.8 % en 2007 a 2.4 % del PIB en 2016. Sus aportes representan el 53.5 % del total del gasto público en salud en El Salvador. El Instituto Salvadoreño de Seguridad Social (ISSS) tuvo el 1.7 % del PIB en el año 2016, equivalentes a más de la tercera parte del Gasto público en salud. El resto de entidades públicas (sin incluir aún los gobiernos municipales y empresas públicas) alcanzó el 0.4% del PIB.

A pesar de los esfuerzos por mejorar la prestación de servicios y enfocarse a los más pobres, la prestación pública de servicios de salud sigue estando fragmentada, con desigualdades en el gasto de diferentes proveedores. Esto se refleja en las importantes diferencias en el gasto per cápita entre diferentes proveedores públicos. En 2016, el gasto per cápita institucional osciló entre USD\$136.00 para el MINSAL, USD\$236.00 para el ISSS, USD\$668.00 para el Comando de Sanidad Militar (COSAM), USD\$578.00 para el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM) y el gasto per cápita nacional institucional fue de USD\$ 184.00. El gasto nacional per cápita pasó de USD\$208.00 en 2007 a USD\$279.00 en 2016. (Ver anexo N° 27 pagina 32)

El Programa Nacional de ITS/VIH anualmente elabora la medición del Gasto en Sida (MEGAS) como un mecanismo de seguimiento a la inversión que realizan los diferentes sectores en VIH. A partir de marzo de 2018, el gobierno de El Salvador ha implementado un nuevo sistema de medición de cuentas Nacionales para la medición más precisa de la economía del país. Por otro lado, el Ministerio de Hacienda está desarrollando el proyecto Implementación del seguimiento y evaluación presupuestaria para fortalecer los mecanismos de seguimiento y evaluación del gasto público permitiendo el control periódico de los recursos asignados en los presupuestos y el impacto alcanzado con el propósito de orientar recursos a las principales prioridades de país^[1]. El Programa Nacional está en las unidades pilotos del Ministerio de Salud para implementar el presupuesto por resultado a partir de 2019. Por lo que la asistencia la brindará el Ministerio de Hacienda. (Ver Anexo N° 28)

4.2 Sostenibilidad

Describa a continuación cómo asumirá paulatinamente el gobierno los costos de los programas de salud, así como las medidas para mejorar la sostenibilidad de los programas financiados por el Fondo Mundial. Específicamente:

- a) Describa los **costos**, la **disponibilidad de fondos** y el **déficit de financiamiento para las principales áreas de los programas**. Especifique concretamente cómo asumirá paulatinamente el gobierno los costos clave de los planes nacionales de enfermedad y/o financiará los sistemas de salud, incluida la **ampliación de las inversiones destinadas a programas para poblaciones clave y vulnerables**, la eliminación de los obstáculos relacionados con los derechos humanos y el género, y las **intervenciones de entornos propicios**.
- b) Describa las **medidas para mejorar la sostenibilidad** de los programas financiados por el Fondo Mundial. En concreto, enfatice los **principales retos para la sostenibilidad de los programas cubiertos en la solicitud de financiamiento**, así como cualquier medida actual o planificada para superarlos.

(Máximo 1 página)

Brechas financieras. (Ver Anexo N°17)

| Descripción | 2019 | 2020 | 2021 | Total periodo |
|--|------------------|------------------|------------------|------------------|
| A. Contrapartida Ministerio de Salud El Salvador | \$ 45,498,192.00 | \$ 47,773,102.00 | \$ 47,773,102.00 | \$141,044,396.00 |
| B. Total Gobierno de El Salvador* (incluye contrapartida MINSAL) | \$55,519,283.00 | \$58,295,247.00 | \$58,295,247.00 | \$172,109,777.00 |
| C. Sector Privado | \$3,989,662.00 | \$4,189,145.00 | \$4,189,145.00 | \$12,367,952.00 |
| D. Recursos Externos (otros donantes, se excluye aporte FM) | \$3,877,424.00 | \$3,994,514.00 | \$3,994,514.00 | \$11,866,451.00 |
| E. Necesidad | \$ 8,733,632.00 | \$8,061,094.00 | \$8,061,094.00 | \$24,855,820.00 |
| Total, B+C +D+E | \$72,120,000.00 | \$74,540,000.00 | \$74,540,000.00 | \$221,200,000.00 |
| Solicitud al Fondo Mundial | \$5,184,427.00 | \$4,731,892.00 | \$4,565,498.00 | \$14,481,816.00 |

| | | | | |
|-------------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|
| Brecha Financiera | \$3,549,205.00 | \$3,329,203.00 | \$3,495,596.00 | \$10,374,004.00 |
|-------------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|

*Se incluye contribuciones del Seguro Social

Fuente: Plan Estratégico Nacional Multisectorial de VIH e ITS 2016-2021, Estudios MEGAS 2016.

Según el PENM 2016-2021, el país requiere una inversión de \$ USD 221,200,000.00 para dar respuesta a la epidemia de VIH para el periodo 2019-2021, con lo cual se planifica dar cumplimiento a las metas de la agenda 2030. De acuerdo con las proyecciones, el país estará invirtiendo a nivel nacional \$172,109,777.00 considerando un aporte de cooperación externa que excluye al Fondo Mundial para ese mismo período de \$11,866,451.00 quedando una brecha de \$24,855,820.00 de las cuales el FM contribuirá con \$14,481,816.00. El país continuará gestionando para cubrir la totalidad de la brecha con el proyecto PEPFAR, se tiene un convenio de cooperación regional que se renueva por bienios, actualmente algunos socios de PEPFAR tienen proyectos aprobados hasta el 2022, con otros cooperantes como la Unión Europea, Canadá y China Taiwán, se reciben pequeños proyectos que suman a la respuesta nacional.

Las necesidades de recursos proyectadas para los años 2019 al 2020 se calcularon considerando un crecimiento anual del 5% que es un estimado del porcentaje de inflación anual del país, manteniendo constante esta estimación del gasto para el año 2021.

Otras instituciones del sector público que aportan a la respuesta al VIH son: ISSS, Ministerio de Trabajo, Ministerio de Defensa, Instituto Salvadoreño de Niñez y Adolescencia (ISNA), Ministerio de Seguridad y Justicia, Secretaría de Inclusión Social, Policía Nacional Civil (PNC), Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos y Ministerio de Gobernación. Así también, las empresas del sector privado que reportan al MEGAS son: Canales de televisión, Empresas que mercadean condones, laboratorios clínicos privados y programas de Organizaciones de Sociedad Civil.

Como Estado miembro de Naciones Unidas, el país se ha comprometido al cumplimiento de la Estrategia Mundial de Eliminación del VIH como problema de Salud Pública en el 2030 y al cumplimiento de los ODS en forma gradual. Con el Fondo Mundial se han ido asumiendo los compromisos de cofinanciamiento de cada subvención.

El Fondo Monetario Internacional ha dado recomendaciones al país para mejorar las finanzas públicas que incluyen aumentar la recaudación con impuestos. El Salvador aprobó a finales de 2016 la Ley de Responsabilidad fiscal que incluye una serie de metas a cumplir en materia de déficit fiscal, deuda y carga tributaria, expresadas como porcentaje del PIB. A partir de marzo del presente año el Banco Central de Reserva presentó el nuevo sistema de cuentas nacionales que toma como año base 2005 en vez de 1990, implementando el Manual de cuentas de 2008 de Naciones Unidas, ambos cambios hacen más precisas las estadísticas económicas. Según las cifras del Banco Central de Reserva, la deuda pública total al cierre de 2017 era de \$18,372.72 millones, es decir el 74 % del PIB. Conociendo la situación financiera actual del país, con este nuevo sistema se espera mejorar la medición de indicadores económicos, contener la deuda externa y evitar el impago de los compromisos actuales, así como mejorar la competitividad internacional y las calificaciones de riesgo para aumentar la liquidez financiera, transformando la economía y conteniendo el gasto público a favor de la inversión pública. Se prevé el continuo de la implementación de estas medidas por el gobierno que iniciará a mediados del 2019.

Las áreas de fortalezas para la continuidad del programa son: recursos humanos, infraestructura, sistemas de información y marco regulatorio; a su vez la conformación de alianzas intersectoriales e interinstitucionales establecidas y funcionando (Programa de Clínicas empresariales del ISSS con las empresas privadas para la elaboración de Políticas de VIH en el lugar de trabajo, el Ministerio de Trabajo promoviendo ferias de empleo para personas LGBTI), las cuales están siendo financiadas actualmente con fondos domésticos y se realizarán gestiones para su continuidad; además de buscar las estrategias para fortalecer a los recursos humanos en las áreas de prevención y atención integral a poblaciones claves y vulnerables, de manera que permita continuar con las

intervenciones en prevención y el abordaje a estas poblaciones. (Ver Anexo N° 1, pág. 44-46).

De acuerdo con el avance del estudio de sostenibilidad (ver Anexo N° 29), las principales brechas financieras entre recursos públicos y requerimientos establecidos por ejes estratégicos del PENM (2016-2021) se centran en: Prevención, Gestión, Monitoreo y Evaluación. En este contexto el desafío es reducir la brecha de prevención, principalmente en consejería, prueba voluntaria y condones, debido a que actualmente están siendo financiados por cooperación internacional, por lo cual el desarrollo de estos componentes continúa siendo clave en las acciones de la presente propuesta y en la estrategia nacional de prevención combinada. A pesar de las dificultades existentes, el MINSAL hará gestiones para que a través de los fondos del presupuesto general de la nación se vaya asumiendo gradualmente, a partir del año 2019 el componente de prevención combinada, incluyendo la adquisición de paquetes de prevención que se ofrecen a las poblaciones claves.

Aunque el área de atención y tratamiento no presenta brechas significativas en su conjunto, si se analiza el presupuesto para ARV tomando en consideración la adopción del escenario de Prueba y Tratamiento, se presenta la brecha de \$6.2 Millones para el período del 2019 al 2021.

Dentro de las medidas que el país considera implementar para la mejora y continuidad del programa y lograr sistemas de salud resilientes y sostenibles, se considera:

- A. Sociedad civil con apoyo de Plan Canadá: continuar con el proceso de fortalecimiento institucional a nivel técnico y administrativo de los Sub SR, con lo cual se proyecta que las organizaciones de sociedad civil continúen realizando las acciones de prevención y promoción para que las poblaciones claves demanden los servicios de salud que el sistema nacional oferta.
- B. ONGs que no son Sub-SR con apoyo de Proyecto Measure/USAID brindará asistencia técnica para generar información y análisis en vías de la auto sostenibilidad.
- C. Responsabilidad Social Empresarial (RSE): hacer incidencia para que las empresas incluyan en sus iniciativas de responsabilidad acciones para la prevención, atención y tratamiento. Tanto en su dimensión interna y externa, en el marco de la nueva Agenda de desarrollo sostenible 2030. Explorar la generación de alianzas estratégicas, tomando en cuenta las acciones ya implementadas de RSE plasmadas en sus memorias institucionales.

A continuación, se citan algunas de las estrategias a implementar (ver Anexo N° 30):

1. Estrategias Municipales.

En El Salvador, el Estado proporciona un aporte anual del ocho por ciento de los ingresos corrientes netos del presupuesto de la nación a las municipalidades y es entregado de forma mensual (Fuente: La Asignación del FODES concierne al 8% de los Ingresos Corrientes Netos contemplados en la Ley de Presupuesto correspondiente al Ejercicio Fiscal del año 2017, aprobada por Decreto Legislativo No.590 del 18 de enero 2017, publicado en el Diario Oficial No.22, Tomo No.414, del 1 de febrero 2017; y en cumplimiento a lo establecido en los Artículos 2, 4 y 4-a de la Ley de Creación del Fondo de Desarrollo Económico y Social de los Municipios se distribuye la asignación por municipio). Estos fondos pueden ser invertidos en servicios de salud, estímulo de actividades de beneficio comunitario y programas de prevención a la violencia (Art. 5 Ley FODES). En Anexo N° 30, se detalla la estrategia y los montos asignados en 16 municipios con más altas prevalencias de VIH.

Se tiene experiencia de trabajo con el gobierno municipal de San Salvador en el marco de grandes Ciudades y VIH con ONUSIDA, PASMO y la Subcomisión de VIH en el Mundo Laboral de la CONAVIH, en el que se creó y oficializó una Política Municipal de VIH, la cual incluye el abordaje del estigma y discriminación en personas con VIH y poblaciones clave. Se desarrollan acciones tales como: oferta de pruebas en comunidades de alta vulnerabilidad y pobreza, disminución de estigma y discriminación dirigido al personal del Cuerpo de Agentes Municipales (CAM) y en el 2017, a través del Plan Conjunto de trabajo de las Agencias del Sistema de Naciones Unidas, se desarrolló el Proyecto de Prevención de la Migración en los municipios de Zacatecoluca, Usulután, San Miguel y Mejicanos, a través del cual se capacitó a los gobiernos municipales y comunidades sobre el tema de prevención del VIH, prevención de la migración irregular y la no estigmatización de las personas migrantes.

La financiación de las actividades de VIH en las municipalidades sería bajo los siguientes ejes:

Suscripción de un Convenio o Acuerdo entre autoridades del MINSAL e Instituto Salvadoreño de Desarrollo Municipal (ISDEM), que permita abogar y vigilar para que los municipios con más alta prevalencia de VIH, destinen un porcentaje de los recursos del FODES en acciones estratégicas de prevención combinada para el cambio de comportamiento con poblaciones claves. Estos fondos podrían destinarse a la subcontratación de ONG's de población clave para la realización de las actividades que actualmente realizan los CCPII.

Para la actual propuesta se pretende que: En el año 1 se inicie el cabildeo con las alcaldías y con empresas ubicadas en municipios que tienen mayor carga de enfermedad, en el sentido de que en sus presupuestos anuales programen fondos para la respuesta al VIH en el marco de ciudades y VIH; para el año 2 que las alcaldías absorban un 5% de gasto en jornadas de prevención entre otras acciones; y el año 3 absorban el 10%, y para los años subsiguientes se incremente un 5% anual para tal fin. Estas iniciativas serán impulsadas por ONUSIDA y PASCA (Ver Anexo 30)

2. Estrategia Interinstitucional.

Fomentar la inversión pública institucional de las entidades que tienen responsabilidades conferidas en el PENM, así como en las entidades públicas que conforman la CONAVIH.

Los planes operativos anuales de cada entidad deberán incorporar acciones relacionadas al VIH con su correspondiente asignación presupuestaria. Por ejemplo, el MINED, dadas todas las responsabilidades que le otorga el PENM en materia de prevención/educación, formación de docentes, atención a población escolarizada, etc., deberá de establecer una asignación dentro de su presupuesto para la implementación de estas acciones.

El Ministerio de Justicia y Seguridad Pública (MJSP), a través de la Dirección de Centros Penales, deberá destinar un porcentaje de su presupuesto para la atención de las personas con VIH, con énfasis en la población LGBTI privada de libertad.

El Ministerio de Trabajo, Instituto Nacional de la Juventud, Secretaría de Inclusión Social, sector de ONG's representadas, y el Consejo Superior de Salud Pública (CSSP), como miembros de la CONAVIH, en el sentido que demuestran la inversión en la respuesta al VIH a través del MEGAS VIH. (Ver Anexo 30)

3. Estrategia de vinculación de los subsidios del Gobierno de El Salvador (GOES).

El GOES brinda subsidio a 6 ONG's que trabajan en la temática de VIH desde el año 2002 a la fecha. Para el año 2018 el monto asignado es de \$125,000.00. dichos subsidios han sido destinados a la sostenibilidad de las mismas; por tal motivo en el año 2019 el Programa Nacional gestionará ante las instancias correspondientes para que los fondos

asignados a estas ONG's sean invertidos para dar respuesta a algunas de las líneas estratégicas del PENM. De manera que se logre una inversión directa para contribuir al cumplimiento de metas. (Ver Anexo 30)

4. Estrategia de flexibilización de los ADPIC

El Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (Acuerdo sobre los ADPIC o, en inglés, TRIPS) facilitó un marco de actuación para que los países puedan adoptar medidas de interés público, incluidas las medidas destinadas a proteger la salud pública. Y particularmente para promover el acceso a los medicamentos para todas las personas. El uso de las flexibilidades es importante para el país porque en el caso de Ritonavir- Lopinavir, la empresa fabricante hace valer su posición dominante a través de advertir un posible derecho de patente a través de notificaciones sobre la tenencia de las solicitudes de patente en trámite. La compra de este medicamento con posible derecho de patente consume más del 50 % del presupuesto para compra de ARV. Si bien casi todas las flexibilidades están reguladas en nuestra legislación, no han sido desarrolladas completamente en la legislación secundaria, lo que hace bastante engorroso e imposible su aplicación, por lo que también se necesita impulsar reformas en la Ley de Propiedad Intelectual. Por lo que esta estrategia será abordada por PASCA para lograr la modificación de la Ley.

Anexo 30

5. Estrategia en relación con la Responsabilidad Social Empresarial (RSE)

En El Salvador se ha venido trabajando en el tema de RSE desde el año 2016 a través de la Subcomisión de lo Laboral de CONAVIH, esta subcomisión ha venido gestionando la elaboración de políticas de atención en el trabajo, logrando que 65 empresas hayan creado e implementado su política de VIH, lo cual demuestra el compromiso a contribuir a la reducción de caso de VIH en su esfera de influencia, destacándose entre sus acciones las siguientes:

- En coordinación con el Ministerio de trabajo, se ha elaborado un módulo a ser incorporado en las capacitaciones de los comités de seguridad ocupacional para la disminución de estigma y discriminación a las personas con VIH, el cual será retomado por el comité de seguridad ocupacional de cada empresa; quienes a su vez capacitarán a su personal.
- Campaña de reducción de estigma y discriminación en los lugares de trabajo hacia las personas con VIH, la cual se desarrollará por medio de redes sociales. Dando como resultado la sinergia entre Ministerio de Trabajo, MINSAL y CONAVIH.
- El ISSS actualizó su Manual de Normas y Procedimientos del Sistema de Atención de Salud Empresarial. Dicho reglamento establece que las Clínicas Empresariales deberán adoptar e implementar una política de VIH, cuyo componente será de carácter obligatorio, por lo que toda empresa que establezca o desee establecer su clínica empresarial, deberá adoptar una política de VIH.

6. Estrategia para la aplicación de nuevos modelos diferenciados de salud

Ahorros sustanciales se pueden obtener en el diseño e implementación de nuevos modelos de prestación de servicios de salud. Para ello es importante hacer un análisis del proceso actual de los servicios de atención en salud así como la identificación de barreras para el alcance de las metas 90 90 90. Una de las acciones que se pueden considerar en los modelos diferenciados es el distanciamiento en toma de CD4 y alargamiento de citas médicas en pacientes estables así como la inclusión de nuevos medicamentos antirretrovirales aprobados por la OMS. Para ello el país prevé pedir apoyo para este análisis a OPS/OMS. (Ver Anexo 30)

7. Estrategia para la gestión de la exención al Impuesto al Valor Agregado (IVA) a los medicamentos

Actualmente el GOES-MINSAL paga el 13% de IVA en la compra de medicamentos antirretrovirales y montos significativos para el pago de aranceles de importación (5%). Una de las estrategias de las diferentes organizaciones de sociedad civil es que a mediano-largo plazo deben realizar gestiones ante el legislativo para la exención del IVA y otros impuestos a los medicamentos antirretrovirales y reactivos de laboratorio, lo que significaría ahorros sustanciales que se pueden invertir en cubrir las brechas financieras actuales, para lo cual apoyará PEPFAR. (Ver Anexo 30)

8. Asignación presupuestaria específica para VIH en el presupuesto GOES

El presupuesto es asignado al MINSAL cada año con base en la Ley de Presupuesto General de la nación, revisado y analizado por el Ministerio de Hacienda y aprobado por la Asamblea Legislativa. El Modelo de asignación presupuestaria para VIH en el MINSAL es asignado de acuerdo al presupuesto aprobado, quien prioriza las asignaciones según las necesidades de cada dirección y/o programa.

Para lograr la erradicación del VIH al 2030, las organizaciones de la sociedad civil harán una propuesta de elaboración de Decreto Legislativo para la asignación presupuestaria anual específica para el Programa Nacional del VIH y así erradicar el VIH. Esto será gestionado con apoyo de PEPFAR y ONUSIDA, Ministerio de Hacienda y la Asamblea Legislativa. (Ver Anexo 30)

SECCIÓN 5: SOLICITUD PRIORIZADA DE MONTO POR ENCIMA DE LA ASIGNACIÓN / ACTUALIZACIÓN

Solicitud priorizada de monto por encima de la asignación

En la tabla inferior, detalle la solicitud priorizada de monto por encima de la asignación que, de ser considerada técnicamente sólida y con enfoque estratégico por el PRT, podría ser financiada con ahorros o eficiencias hallados durante la preparación de la subvención, o ser inscrita en el Registro de Demanda de Calidad No Financiada cuyo financiamiento depende de que se obtengan nuevos recursos del Fondo Mundial u otros actores (p. ej., donantes privados y mecanismos públicos aprobados como UNITAID y Debt2Health). Esta solicitud debe incluir una justificación clara y ha de estar en consonancia con la programación de la asignación para obtener la máxima repercusión. Debe indicar el orden en que se financiarán las intervenciones si se dispone de recursos adicionales. De conformidad con la Estrategia del Fondo Mundial para maximizar la repercusión y poner fin a las epidemias, la solicitud priorizada de monto por encima de la asignación debe ser ambiciosa (por ejemplo, ha de representar al menos entre el 30% y el 50% del monto de la asignación).

[Componente] – Copie la tabla según sea necesario, si su solicitud de financiamiento incluye más de un componente

| Módulo | Intervenciones | Monto solicitado | Breve justificación, incluidos resultados y repercusión previstos (cómo se basa la solicitud en la asignación) |
|---|--|------------------|--|
| SRSS: Prestación de servicios integrados y mejora de la calidad | Mejorar la infraestructura de la prestación de servicios | 6,008,214.12 | El edificio donde funciona actualmente el LNR está considerado una infraestructura crítica ya que es un edificio antiguo impactado por varios terremotos y que no ofrece las condiciones para desarrollar nuevas áreas de laboratorio y representa graves riesgos de bioseguridad para el personal que labora en él y para el entorno. El LNR juega un rol fundamental en la estructura de salud dado que es la instancia donde se diagnostican laboratorialmente diferentes patologías, en especial VIH, tuberculosis y malaria. |
| SRSS: Prestación de servicios integrados y mejora de la calidad | | 6,294,835.37 | El Instituto Nacional de Salud está conformada por tres áreas: 1) Escuela de Gobierno, 2) Departamento de Investigaciones en Salud y 3) Departamento de Laboratorios Especializados. Las dos primeras funcionando en un solo edificio y el LNR que forma parte del Departamento de Laboratorios |

| | | | |
|----------------------------|--|------------|--|
| | Sistemas de laboratorio para la prevención, el control, el tratamiento y la vigilancia de enfermedades | | <p>Especializados funcionando en un edificio separado. La propuesta pretende integrar estas áreas en un solo lugar físico, de manera que la relación entre las mismas integre los temas de investigación, vigilancia en salud y capacitación, logrando el óptimo funcionamiento y mejor organización.</p> <p>El LNR funciona con 4 áreas técnicas: Área de Laboratorio de Vigilancia de la Salud, Área de Laboratorio de Control de Calidad de Alimentos y Toxicología, Área de Laboratorio de Salud y Medio Ambiente y el Laboratorio de Citología. Así también cuenta con un área administrativa.</p> <p>Los análisis que realiza el LNR están acreditados de acuerdo a las normas ISO/IEC 17025:2005 y desarrolla un Sistema de Gestión de Calidad según la Norma ISO 15189:2012. Asimismo, tiene implementado un programa de control de calidad interno y participa en programas de control de calidad externo internacional. Provee programas de control de calidad directo e indirecto y un programa de evaluación externa de la calidad a la Red Nacional de Laboratorios Clínicos, Red Nacional de Bancos de Sangre, y los diferentes sectores del Sistema Nacional de Salud incluido el Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Esto le permite al país garantizar la vigilancia epidemiológica a nivel nacional en humanos, alimentos, aguas y ambiente, el control de calidad de pruebas diagnósticas y dar respuesta a los eventos que pueden constituir una emergencia de Salud Pública de importancia nacional e internacional en cumplimiento al Reglamento Sanitario Internacional.</p> <p>Con el proyecto se hará el desmontaje progresivo de las diferentes áreas del LNR, su traslado y montaje en las nuevas instalaciones, la metodología a seguir permitirá mantener la prestación de servicios con la menor interrupción posible, en algunos casos se tendrán que adquirir equipos nuevos ya que por bioseguridad quedan inutilizables al realizar el desmontaje.</p> <p>La reubicación y equipamiento del Laboratorio Nacional de Referencia permitirá al país contar con una infraestructura tecnológica y científica segura, para que los procesos de bioseguridad estén enmarcados en lineamientos internacionales ya definidos y en respuesta a los problemas de salud, especialmente al VIH, tuberculosis y malaria, con una visión integral de salud pública e integrado a la respuesta regional del Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana.</p> |
| SRSS: Gestión de programas | Políticas, planificación, coordinación y gestión | 246,930.51 | <p>Para la ejecución de la subvención deuda por Salud es necesario contar con la contratación de recursos humanos para la implementación de la subvención de Canje de Deuda según se detallan: 1 técnico financiero que lleve el registro, control y seguimiento de fondos en la Unidad financiera de Fondos Externos, 1 técnico administrativo en el LNR, 1 técnicos de infraestructura para seguimiento y verificación de la readecuación de áreas y un técnico para el seguimiento de equipamiento de laboratorios, estos recursos harán fortalecerán la Unidad de Apoyo de Fondo Mundial. Los salarios están definidos en cumplimiento a Ley de Salario vigente institucional y sin compromiso de absorción a la finalización del Proyecto.</p> <p>Se requiere un aporte de \$25,000.00 anuales para gastos de papelería e insumos de oficina para el LNR, quien será la oficina que implementará la ejecución del proyecto del Canje de Deuda.</p> <p>Se incluye en este módulo la contratación de servicios de auditoría externa durante la implementación del Canje de Deuda, El mecanismo de aseguramiento incluye una auditoría anual realizada por un auditor independiente, el Canje de Deuda está sujeto a un monitoreo, verificación e informes constantes durante todo el período de implementación.</p> <p>Se incluyen los honorarios del agente de adquisiciones relacionados con gastos de gestión de equipos de salud y/o mobiliario.</p> |

| | | | |
|---|---|---------------|--|
| SRSS: Sistemas de información en salud y monitoreo y evaluación | Calidad de los programas y de los datos | 450,000.00 | <p>1- Desarrollo del Sistema Único de Información en Salud (SUIS): se actualizarán los módulos de laboratorio del SUIS para estandarizar la plataforma de información de los laboratorios a nivel local, laboratorios regionales y LNR que permitirá tener información consolidada para reportes locales y nacionales</p> <p>2- Proceso de implementación: para usar el SUIS se requiere de la dotación de equipo informático a los laboratorios y establecer la red de comunicación virtual, así como el mantenimiento de la red de parte de la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicación del Ministerio. Esto requiere la capacitación del personal de laboratorio en el uso de herramientas, cambiar equipos que están en comodato para el análisis o realización de pruebas, despliegue del módulo de laboratorio</p> <p>3-Herramienta de gestión: al estar actualizada la plataforma permitirá la transmisión de pruebas y resultados, lo que aumentará la capacidad resolutoria de los establecimientos y la entrega oportuna de resultados para la toma de decisiones.</p> <p>4- Con la generación de información se elaborarán reportes específicos o informes nacionales cuya calidad de datos se estará verificando desde el LNR.</p> |
| MONTO TOTAL | | 13,000,000.00 | |

Información adicional pertinente (opcional)

Aporte cualquier otra información contextual que considere pertinente para la solicitud priorizada de monto por encima de la asignación (p. ej., cualquier explicación que ayude a aclarar la vinculación con el financiamiento de la asignación; cualquier consideración o datos que sirvieran de base para elaborar la solicitud o actualizaciones de la solicitud; etc.).

El proceso de Canje de Deuda inició en 2015 cuando el Gobierno de El Salvador solicitó al Gobierno Alemán un tercer canje de deuda en el contexto del programa Debt2Health del Fondo Mundial para el Ministerio de Salud, específicamente para reubicar el Laboratorio Nacional de Referencia (LNR). (Ver Anexo N°31 y 32). Se presentó un proyecto para la reubicación y readecuación del LNR, se hizo un inventario de infraestructura del Estado, para identificar un edificio que aplicará a la normativa y reglamentación requerida para el funcionamiento del LNR (Ver Anexo N° 33). Al no encontrarlo dentro de la infraestructura estatal, se incluyó dentro de la propuesta del proyecto, la compra de un edificio que estuviera en el mercado de los bienes raíces. Mientras tanto y dado que las negociaciones estaban en proceso y se había presentado la propuesta de proyecto, en 2016 se llevó a cabo un proceso de licitación para ofertas de infraestructura que cumpliera con las especificaciones requeridas para un Laboratorio Nacional de Referencia, habiendo recibido una oferta que cumplía con los requerimientos mínimos, la cual fue aceptada. Este proceso siguió todos los requisitos establecidos por la ley salvadoreña. Siendo el propietario del inmueble una organización privada, mantenían la venta del inmueble abierta mientras el MINSAL no hiciera la compra. De esta forma, a finales de 2016 se negoció con el Banco Mundial, poder orientar fondos del Préstamo Fortalecimiento del Sistema de Salud Pública de El Salvador, para la compra del mencionado inmueble con lo que se tuvo que reestructurar la propuesta original: de compra de inmueble a readecuación-desmontaje-montaje del LNR y reubicación del Instituto Nacional de salud a fin de concentrarlos en un solo espacio e integrar los temas de investigación y vigilancia en salud y capacitación, logrando el óptimo funcionamiento y mejor organización. (Ver Anexo N°34) Esto permitirá al país garantizar la vigilancia epidemiológica y el control de calidad de pruebas diagnósticas de VIH, Tuberculosis y malaria, así como de otras enfermedades, dar respuesta oportuna a eventos que puedan constituir una emergencia de salud pública de importancia nacional o internacional en cumplimiento del Reglamento Sanitario Internacional.

El proyecto de Reubicación del LNR, equipamiento y rehabilitación de la infraestructura fue incorporado en la Nota Conceptual de Malaria presentada al Fondo Mundial en 2015. En el formulario de revisión y recomendación para las notas conceptuales remitido por el PRT, en la sección 4.3, el Panel recomienda la priorización de \$11,631,328 de financiamiento por encima de la asignación (Ver anexo 35)

Dado que el Ministerio de Salud adquirió el edificio donde se reubicará el LNR, el 27 de julio de 2017 el Ministerio de Relaciones Exteriores remite a la Embajada de Alemania el perfil reajustado de dicho proyecto donde se actualiza la distribución de la inversión del Canje de Deuda aprobado por el Gobierno Alemán y solicita el "Acuerdo Separado" a ser suscrito entre las partes para oficializar la contratación del canje en el marco del Programa Debt2Health del Fondo Mundial. (Ver anexo 36)

El día 11 de abril de 2018 se recibe notificación de parte de KfW en los siguientes términos: sobre la base de las notas verbales de fecha 18 de enero de 2017 y 2 de febrero de 2017 entre el Gobierno de la República Federal de Alemania y el Gobierno de la República de El Salvador sobre cooperación financiera ("Acuerdo Gubernamental"), el Prestatario, el Fondo Mundial y KfW han acordado celebrar el siguiente Contrato de Permuta de Deuda. 1.1 Bajo los términos de este Acuerdo, KfW liberará al Prestatario del pago de las cuotas de amortización y los pagos de intereses adeudados en virtud de los Contratos Subyacentes de este Contrato de Permuta de Deuda por un monto máximo de EUR 10.000.000,00 ("Importe de la Deuda Compartida" "). 2.4 Los pagos en monedas distintas de EUR se valorarán en EUR al tipo de cambio citado por el Banco Central Europeo el día de la transferencia de los fondos. 2.5 El acuerdo de subvención del Fondo Mundial firmado con el gobierno de El Salvador está sujeto a supervisión. El mecanismo de aseguramiento incluye una auditoría anual realizada por un auditor independiente, así como también auditorías basadas en el riesgo realizadas por la Oficina del Inspector General del Fondo Mundial. Además, el programa de subvenciones está sujeto a un monitoreo, verificación e informes constantes durante todo el período de implementación por parte de Agentes del Fondo Local independientes que operan en el país. El Fondo Mundial proporcionará a KfW estas auditorías anuales. Además, KfW tendrá el derecho de realizar sus propias auditorías del Proyecto. (Ver Anexo N°37 y 37a)

El LNR está certificado por la OPS/OMS y CDC como Centro de Excelencia para Tuberculosis, Influenza, Sarampión y Rubeola. Certificado internacionalmente para realizar pruebas moleculares diagnósticas y confirmatorias únicas en el país. Miembro de redes internacionales para Influenza, Dengue, Rotavirus, Neumonías, Meningitis, Tuberculosis, Malaria, VIH, Leptospirosis, Resistencia Bacteriana.

Forma parte de programas de certificaciones de evaluación externa de la calidad con laboratorios colaboradores de OPS/OMS, así como la confirmación de las siguientes enfermedades: Tuberculosis, VIH/ITS, Malaria, Influenza, Sarampión, Rubeola, Rabia, Arbovirosis, Neumonías, entre otras y la detección de mecanismos de resistencia a los antimicrobianos.

En el marco de la reforma del sector salud el LNR provee programa de control de calidad tanto interno como externo, dirigido a la Red Nacional de Laboratorios Clínicos, Red Nacional de Bancos de Sangre y los diferentes sectores del Sistema Nacional de Salud con lo que se garantiza el fortalecimiento de los programas de VIH, tuberculosis y malaria.

El LNR es una pieza clave en el proceso de erradicación y eliminación de la Malaria (Paludismo), Sífilis congénita, transmisión materno-infantil del VIH, Sarampión, Rubeola y Rubeola congénita, así como del control de tuberculosis multidrogo resistente. Participa activamente en el control de las enfermedades crónicas no transmisibles como cáncer cervicouterino, enfermedad renal crónica, hipertensión, diabetes, obesidad, garantizando resultados oportunos, precisos y confiables.

El funcionamiento del Instituto Nacional de Salud y el LNR en un solo edificio permitirá fortalecer la formación continua de recursos humanos, el programa de evaluación externa de la calidad de servicios de laboratorio, generar investigaciones que contribuyan en la solución de problemas de salud pública, entre otros.

El monto de la adquisición del edificio es parte de la contrapartida del gobierno para este monto por encima de la asignación.