



Invirtiendo en nuestro futuro

El Fondo Mundial

De lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria

FORMATO DE PROPUESTA – NOVENA CONVOCATORIA (SOLICITANTES PARA UN SOLO PAÍS)

Nombre del solicitante	Comité Coordinador El Salvador (CCE)		
País	El Salvador		
Renta nacional <i>(Véase la lista de niveles de renta por economías en el Anexo 1 de las Directrices para la Novena Convocatoria)</i>	Renta Media Baja		
Tipo de solicitante	<input checked="" type="radio"/> MCP	<input type="radio"/> MCP subnacional	<input type="radio"/> No miembro de un MCP

Elemento(s) de la propuesta de la Novena Convocatoria:			
Enfermedad	Título	Sección de intervenciones transversales de FSS secciones 4B y 5B <i>(inclúyase solo en una enfermedad)</i>	¿Se trata de un "re-presentación" de la misma enfermedad propuesta no se recomienda en la Ronda 8?
VIH ¹			
Tuberculosis ¹	"Prevención y control de Tuberculosis en poblaciones vulnerables de 26 municipios priorizados en El Salvador"		
Malaria			

Si esta es una propuesta que fue antes presentada en la Octava Convocatoria, ¿se han incluido los comentarios del Formato de Revisión del PRT en las .4.5.2?	<input checked="" type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿En esta propuesta, hay nuevos objetivos principales con respecto a la propuesta presentada en la Octava Convocatoria? En caso afirmativo, sírvase proporcionar un resumen de los cambios en el cuadro de abajo por cada propuesta de enfermedad que se está presentando de nuevo y el número de sección correspondiente.	<input checked="" type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

El Salvador no presentó propuesta en Ronda 8 pero sí en Ronda 7. En El Salvador la Tuberculosis (TB) sigue siendo un importante problema de salud pública. A pesar de los esfuerzos sustanciales en la aplicación para el control de la tuberculosis, en El Salvador, aun hay serias deficiencias que impiden al Programa Nacional para el Control y la Prevención de la Tuberculosis y enfermedades respiratorias (PNTYER) lograr la metas establecidas en cuanto a disminución de la Incidencia de casos, obtener una alta tasa de curación, disminuir el abandono, Disminuir la tasa de mortalidad por coinfección TB/VIH – SIDA, coordinar y establecer un eficiente trabajo intersectorial en la lucha contra la tuberculosis, de igual manera la posible contribución de la comunidad y la participación de la

¹ Se recomiendan diferentes actividades para VIH y tuberculosis para diversas situaciones epidemiológicas. **Para más información consulte:** 'WHO Interim policy on collaborative TB/HIV activities' disponible en: http://www.who.int/tb/publications/tbhiv_interim_policy/en/

sociedad civil para alcanzar los objetivos de control de la tuberculosis no han sido plenamente aprovechados. Los pacientes y las comunidades no han sido incluidos plenamente para hacer frente a los retos planteados por la tuberculosis. así como el desarrollar diversos estudios de investigación que fortalezcan el Programa, guíen y sustenten las toma de decisiones. Por tanto, estas limitantes también amenazan con impedir los logros al control de la TB relacionados con los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Por lo que esta propuesta abordara estas deficiencias.

El país cuenta con un **Plan Estratégico Nacional para la prevención y control de la Tuberculosis en El Salvador 2008-2015** (anexo Doc. 12) , con el apoyo de Ronda 2 del Fondo Mundial (FM), El Salvador ha adoptado la nueva estrategia Alto a la Tuberculosis (STOP TB) y ha puesto bases firmes para su implantación, sin embargo aun faltan importantes componentes dentro del Plan 2008-2015 que implementar y/o consolidar, por lo que en esta nueva propuesta se han incorporado acciones que complementaran las ya realizadas con el apoyo de ronda 2 y otras que se convierten en un valor agregado y sustancial por fuera de las ya financiadas por el gobierno central. Estas acciones han sido diseñadas para áreas y grupos de población específicos que a través de un exhaustivo análisis de brechas y un adecuado ejercicio de focalización se han logrado definir y que tendrán un impacto sustancial en el control de la Tb y la Coinfección VIH/TB.

Se han focalizado las intervenciones en 26 municipios específicos, categorizados como de Alta Vulnerabilidad a la Tuberculosis, manifestadas por diferencias socioeconómicas, demográficas y epidemiológicas, de acuerdo a un índice de vulnerabilidad y que *cumplen las siguientes condiciones: Municipios con tasa de Tb igual o arriba del 29%, Coinfección TB/VIH con Prevalencia mayor de 10, Pobreza extrema severa y alta ,Alta carga de enfermedad igual o arriba de 15 casos , cuentan con una Población cuya concentración corresponda o sea superiora a un 75% en al área urbana, pues se ha demostrado que en el caso de El Salvador, la mayor concentración de casos proveniente de dichas áreas y de sectores económicamente desfavorecidos, y sujetos de esta propuesta.*

Se propone implementar una estrategia diferenciada de abordaje para estos bolsones de pobreza periurbana, conocidos como *Asentamientos Urbanos Precarios*, la cual se fundamenta en un fuerte componente de organización y movilización comunitaria para la detección de sospechosos, confirmación de casos de TB y seguimiento de pacientes y contactos, con el respaldo de la red de laboratorios y unidades de salud públicas, así como el involucramiento de los servicios de salud no públicos de estas áreas, a través de la estrategia APP. Otras poblaciones vulnerables en las cuales se ha identificado la necesidad de profundizar medidas y estrategias diferenciadas para la detección de casos corresponden a la población privada de libertad, personas que viven con el VIH SIDA y contactos de pacientes TB y pacientes con un alto riesgo de resistencia. Todas estas acciones diferenciadas y estratificadas para cada grupo tienen un carácter totalmente complementario a las acciones desarrolladas por el PNTYER, las cuales estan enmarcadas en el Plan Estrategico Nacional y la estrategia Alto a la TB

El Objetivo General de la propuesta es proporcionar atención integral para la prevención y el control de la Tuberculosis a poblaciones vulnerables para TB de 26 municipios priorizados.

Para ello se han planificado los siguientes objetivos específicos:

Objetivo 1. Implementar una estrategia diferenciada en atención a las características de cada grupo poblacional, para el control de la TB en poblaciones de Asentamientos Urbanos Precarios de 26 municipios priorizados

Objetivo 2. Fortalecer el control de la TB en 18 centros penitenciarios de 26 municipios priorizados

Objetivo 3: Mejorar detección, manejo y prevención de la TB en personas que viven con el VIH SIDA en 26 municipios priorizados

Objetivo 4. Profundizar el manejo de contactos de pacientes TB en 26 municipios priorizados

Objetivo 5. Prevenir la MDR TB mediante el abordaje diferenciado de los grupos en alto riesgo a desarrollar resistencia y manejo de casos resistentes en 26 municipios priorizados y fortalecimiento de control de infecciones

Todos los cuales son objetivos totalmente distintos presentados en anteriores convocatorias y con los que se espera tener un alto impacto en el control y la prevención de la enfermedad en los grupos y poblaciones específicas aca determinadas.

Moneda	<input checked="" type="radio"/> USD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> EURO
--------	--------------------------------------	-----------------------	----------------------------

Fecha límite para la presentación de propuestas:

12 del mediodía, hora local de Ginebra, Miércoles 8 de julio de 2009

ÍNDICE DE SECCIONES y ANEXOS CLAVE PARA LAS PROPUESTAS

'+' = un anexo clave para la propuesta. Estos documentos **deben** presentarse junto con el Formato de Propuesta completo dentro del plazo. Los solicitantes también pueden incluir otros documentos a fin de apoyar su estrategia de programas (o *estrategias si se solicita más de una enfermedad*) y las solicitudes de financiamiento. Los solicitantes los identificarán en las "Listas de verificación" **al final de** las secciones 2 y 5.

1. **Resumen de financiamiento e información de contacto**
2. **Resumen del solicitante (incluida la elegibilidad)**
 - + **Anexo C: Datos sobre la composición de los MCP o MCP subnacionales**

Complete las siguientes secciones para cada enfermedad incluida en la Novena Convocatoria:

3. **Resumen de la propuesta**
4. **Descripción del programa**
 - 4B. Estrategia de intervenciones transversales de FSS **
5. **Solicitud de financiamiento**
 - 5B. Detalles del financiamiento transversal de FSS **

*** Solo se incluirá en una enfermedad en la Novena Convocatoria. Para más información, véanse las [Directrices para la Novena Convocatoria](#).*

- + **Anexo A: 'Marco de Desempeño'** (Indicadores y objetivos)
- + **Anexo B: 'Lista preliminar de productos farmacéuticos y productos de salud'**
- + **Plan de trabajo detallado:** Datos trimestrales para los años 1 – 2 y datos anuales para los años 3, 4 y 5
- + **Presupuesto detallado:** Datos trimestrales para los años 1 – 2 y datos anuales para los años 3, 4 y 5

NOTA IMPORTANTE:

Se recomienda encarecidamente a los solicitantes que lean íntegramente las [Directrices para la Novena Convocatoria](#) antes de completar la propuesta para la Novena Convocatoria y que las consulten a medida que contesten las secciones del formato de propuesta. Los demás documentos de la Novena Convocatoria están disponibles [aquí](#).

En el Formato de Propuesta de la Novena Convocatoria se reflejan diversas decisiones tomadas por la Junta Directiva del Fondo Mundial. Las [Directrices para la Novena Convocatoria](#) explican estas decisiones en el orden en que se aplican al presente Formato de Propuesta. La información sobre estas decisiones está disponible en: http://www.theglobalfund.org/documents/board/16/GF-BM16-Decisions_es.pdf

Desde la Séptima Convocatoria se han hecho esfuerzos para simplificar la estructura y eliminar duplicidades en el Formato de Propuesta. Por ello, las [Directrices para la Novena Convocatoria](#) contienen la **mayoría de las instrucciones** y ejemplos que ayudarán a completar el formulario.

3. RESUMEN DEL FINANCIAMIENTO E INFORMACIÓN DE CONTACTO

3.1 Resumen del financiamiento

Enfermedad	Total de fondos solicitados para el periodo de la propuesta					
	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Total
VIH						-
Tuberculosis	\$ 1997560.41	\$ 1591326.20	\$ 1387737.30	\$ 1,424240.35	\$ 1410073.55	\$7810937.82
Malaria						-
Intervenciones transversales de FSS, secciones 4B y 5B, dentro de <i>[insertar nombre de la enfermedad que incluye la sección 4B y 5B solo si es pertinente]</i>						-
Solicitud total de financiamiento para la Novena Convocatoria ➔:						

3.2 Información de contacto

	Contacto principal	Contacto secundario
Nombre	Dr. Herbert Betancourt	Dra. Ana Isabel Nieto
Título	Coordinador ONUSIDA El Salvador	Subdirectora Promoción Humana y Hábitat
Organización	ONUSIDA	CARITAS El Salvador
Dirección postal	Edificio Naciones Unidas Boulevard Orden de Malta Sur, Antiguo Cuscatlán, La Libertad, El Salvador C.A	Avenida Olímpica y pasaje 3 #130, San Salvador, El Salvador
Teléfono	503-2263-0066 ext. 3425	503-2298-4302
Fax	503-2209-3588	503-2298-3037
Dirección de correo electrónico	betancourth@unaids.org	anieto@caritaselsalvador.org
Correo electrónico alternativo	betsim@ejje.com	dranieto_caritaselsalv@yahoo.es

3.3 Lista de abreviaturas y acrónimos utilizados por el solicitante

Acrónimo/abreviatura	Significado
AITER/PAL	Atención integral de la tuberculosis y enfermedades respiratorias
ACMS	Abogacía, Comunicación y Movilización Social
APP/PPM	Alianza Público-Público y Público-Privado
AUP	Asentamientos Urbanos Precarios
CCE	Comité Coordinador de El Salvador
BK	Baciloscopía
CDC	Centro para el Control y Prevención de Enfermedades
CNDS	Consejo Nacional para el Desarrollo Sostenible
DOTS/TAES	Tratamiento Acortado Directamente Observado/Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado
EHPM	Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples.
FESAL	Encuesta Nacional de Salud Familiar.
FOSALUD	Fondo Solidario para la Salud
FUSADES	Fundación Salvadoreña para el Desarrollo Económico y Social
GOES	Gobierno de El Salvador.
HRZE	H: Isoniacida; R: Rifampicina; Z: Pirazinamida
IEC	Información / Educación / Comunicación.
ISSS	Instituto Salvadoreño del Seguro Social.
IUATLD/UICTER	Unión Internacional de Lucha contra la Tuberculosis y las Enfermedades Respiratorias (Internacional Unión Against Tuberculosis and Lung Disease)
M. tuberculosis	Mycobacterium tuberculosis
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud.
ONG	Organización no gubernamental.
OPS	Organización Panamericana Para la Salud.
OPS/OMS	Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PETB	Plan de Eliminación de la Tuberculosis.
PNTYER	Programa Nacional de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
SIBASI	Sistema Básico de Salud Integral.
SIDA	Síndrome Inmunodeficiencia Adquirida.
SUMEVE	Sistema Único de Monitoreo y Evaluación y Vigilancia Epidemiológica
TB	Tuberculosis
MDR/TB	Tuberculosis Multidrogoresistente
UEP	Unidad Ejecutora del Programa
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

4. RESUMEN DEL SOLICITANTE (incluida la elegibilidad)

Solicitantes de un MCP: Completar solo las secciones 2.1 y 2.2, [y BORRAR las secciones 2.3 y 2.4.](#)
 Solicitantes de MCP subnacional: Completar solo las secciones 2.1, 2.2 y 2.3, [y BORRAR la sección 2.4.](#)
 Solicitantes que no forman parte de un MCP: Completar solo la sección 2.4, [y BORRAR las secciones 2.1, 2.2 y 2.3.](#)

NOTA IMPORTANTE:

Ahora la elegibilidad en función del “nivel de renta” se establece en la sección 4.5.1 (que se centra en las poblaciones pobres y poblaciones clave afectadas según el nivel de renta), y en la sección 5.1. (compartición de costos).

4.1 Miembros y operaciones

4.1.1 Resumen de la composición

Representación sectorial	Número de miembros
<input checked="" type="checkbox"/> Sector académico/educativo	4
<input checked="" type="checkbox"/> Gobierno	4
<input checked="" type="checkbox"/> Organizaciones no gubernamentales (ONG)/organizaciones con base comunitaria	6
<input checked="" type="checkbox"/> Personas que viven con las enfermedades	4
<input checked="" type="checkbox"/> Personas que representan a poblaciones clave afectadas ² ;	2
<input type="checkbox"/> Sector privado	0
<input checked="" type="checkbox"/> Organizaciones religiosas	2
<input checked="" type="checkbox"/> Asociados multilaterales y bilaterales para el desarrollo dentro del país	6
<input checked="" type="checkbox"/> Otros (<i>indíquese</i>): <i>Representantes del RP y ST del CCE</i>	3
Número total de miembros: <i>(El número debe ser igual al número de miembros que figure en el “Anexo C”³)</i>	31

4.1.1 Composición amplia e inclusiva

Desde la última vez que presentó una solicitud de financiamiento al Fondo Mundial (y se comprobó que cumplía los requisitos mínimos):		
(a) ¿Han sido seleccionados siempre con transparencia <u>por su propio sector</u> los miembros del sector no gubernamental (<i>incluidos los miembros que se hayan incorporado después de la última solicitud</i>)?; y	<input type="radio"/> No	<input checked="" type="radio"/> Sí
(b) ¿Las personas que viven con las enfermedades y/o están afectadas por ellas participan de forma activa y continua?	<input type="radio"/> No	<input checked="" type="radio"/> Sí

² Rogamos utilice la definición de las poblaciones clave afectadas, incluida en las [Directrices para la Novena Convocatoria](#).

³ El **Anexo C** es el documento donde el MCP(o MCP subnacional) enumera los nombres y demás datos de todos los miembros actuales. Este documento debe incluirse obligatoriamente en la propuesta de un solicitante. Está disponible en: http://www.theglobalfund.org/documents/rounds/9/CP_Pol_R9_AttachmentC_es.xls

4.1.1 Conocimientos y experiencia de los miembros sobre cuestiones interdisciplinarias

Fortalecimiento de los Sistemas de Salud

El Fondo Mundial es consciente de que las deficiencias en el sistema de salud pueden limitar los esfuerzos para responder a las tres enfermedades. Por ello se recomienda a los miembros que impliquen en el trabajo del MCP o MCP subnacional a personas (tanto del gobierno como de organizaciones no gubernamentales) que tengan experiencia/conocimientos en asuntos relacionados con sistemas de salud.

- (a) Describa la capacidad y experiencia del MCP (o MCP subnacional) para examinar cómo las cuestiones relacionadas con el sistema de salud afectan a los programas y a los resultados para las tres enfermedades.

El CCE, por su misma composición y representatividad de sus miembros/as, permite la coordinación de acciones tanto de las instancias gubernamentales como las no gubernamentales y la cooperación internacional. El CCE tiene reuniones periódicas; **las reuniones se subdividen en: a) Ordinarias**, (cada 15 días) y **b) Extraordinarias**. De todos los procesos de análisis, discusión y toma de decisiones o acuerdos se deja constancia en las respectivas Actas. (*Anexo 3^a.1, Estatutos CCE; Anexo 3^a.2 Organigrama*).

Las principales funciones del CCE, de acuerdo a sus **estatutos** son, - Seleccionar y proponer al Fondo Mundial una o más organizaciones con experiencia técnica y capacidad administrativa demostrada para actuar como Receptor (es) Principal (es) (RP); - Promover el cumplimiento de los compromisos suscritos por el Estado Salvadoreño a través de convenios internacionales, relacionados con los temas programáticos y lineamientos establecidos y vinculados en la propuesta de País aprobada por el Fondo Mundial; - Brindar una conducción política y estratégica, a la implementación de la propuesta de país, proponer recomendaciones y modificaciones en políticas específicas durante el proceso de implementación de la propuesta y servir como una instancia de apoyo permanente en la ejecución del proyecto; - Asegurar en coordinación con el Receptor Principal el uso adecuado y transparente de los recursos asignados al país por el Fondo Mundial en el marco del plan de monitoreo y evaluación, acorde con los indicadores programáticos y financieros; - Aprobar los planes operativos, planes derivados y presupuestos, en plazos que no afecten la implementación de la propuesta de país.

Para facilitar la viabilidad política del Proyecto, garantizar su complementariedad con otras iniciativas y asegurar el apoyo material y técnico del gobierno, el CCE cuenta con **una instancia de asesoría política**, conformado por las máximas autoridades de las instituciones representadas.

Para mantener los mecanismos de consulta con las instituciones representadas en el CCE, se ha creado las llamadas Mesas Consultivas Permanentes – Estas mesas son seis, una por cada sector representado en el CCE: Gubernamental, PVVS, Ong's, Educativo Académico, Religioso y Agencias de Cooperación. Cada sector consulta entre su membresía y elige libremente a sus representantes para integrar el Comité Coordinador El Salvador CCE. Las mesas se caracterizan por ser una instancia que representa la participación de los sectores para orientar al CCE aportando evidencias sectoriales para la toma de decisiones, colaborando con aportes técnicos y de información relevante.

Además, para asegurar los vínculos técnicos necesarios el CCE cuenta con un Comité Técnico y de Apoyo y comités *ad hoc* que enlazan las actividades del CCE con las instancias científicas y técnicas del país. En la actualidad las actividades del CCE han permitido la ejecución de los programas financiados a través del fondo Global de manera exitosa, los cuales han sido clasificados en el nivel A por su excelente nivel de ejecución y sus excelentes resultados.

En El Salvador el CCE mantiene una estrecha vinculación con el receptor principal: MSPAS y el PNUD quien ha fungido como agentes de compras, a partir de la fase 2 de la subvención de la segunda ronda, y como ya se ha destacado dentro de la composición del MCP contamos con la participación de sociedad, Organismos de Cooperación Internacional. OBF y Gobierno todos ellos con amplio conocimiento del contexto nacional, de la capacidad de respuesta y las debilidades del sistema nacional de salud y de otras instituciones nacionales. Particularmente las organizaciones de la sociedad civil forman parte de un sistema de contraloría social dinámico que obliga a los proveedores de los servicios de salud y educación a una mejora continua de la calidad de los servicios de prevención y atención. El MCP ha desarrollado capacidades institucionales para ejercer esta contraloría a través de talleres sobre liderazgo, resolución de conflictos, ejercicio parlamentario e incidencia política, el desarrollo de estas capacidades le ha permitido al MCP hacer propuestas más integrales a los diferentes actores nacionales involucrados en la respuesta nacional frente a la TB.

Sensibilidad a las diferencias de trato por cuestiones de género

El Fondo Mundial reconoce que la desigualdad entre hombres y mujeres y la situación de las minorías sexuales son impulsores importantes de las epidemias, y que la experiencia en programación exige tener conocimientos y habilidades en:

- las metodologías para evaluar los diferenciales de género en las cargas de enfermedad y sus consecuencias (incluidas las diferencias entre hombres y mujeres, niños y niñas), y en el acceso a y la utilización de programas de prevención, tratamiento, atención y apoyo; y
- los factores que aumentan la vulnerabilidad de las mujeres, las niñas y las minorías sexuales.

(b) Describa la capacidad y la experiencia del MCP (o MCP subnacional) en cuestiones relacionadas con el género, incluyendo el número de miembros con los conocimientos y habilidades necesarios.

Para garantizar la ejecución del Proyecto, el CCE funciona como una instancia articulada y complementaria que integra a miembros de diferentes sectores de la sociedad salvadoreña y de la comunidad internacional, promoviendo el respeto y cumplimiento de los derechos humanos y el enfoque de género. En este marco los miembros del CCE concuerdan con un enfoque que tiene en consideración las diferencias de género, reconoce que las mujeres y los hombres son diferentes tanto en cuestión de sexo como de género, y que dicho enfoque es susceptible de definir intervenciones apropiadas para los hombres y las mujeres según corresponda.

La conformación Heterogénea del CCE y con la representación de los diversos sectores que conforman esta instancia, ha permitido conjugar una gran cantidad de capacidades técnicas y gerenciales, así como la homologación y fortalecimiento de capacidades para la interpretación y aplicación de enfoques tales como el de género. A la vez, permite la ejecución integrada de la propuesta de País, en el marco de los lineamientos del Fondo Mundial, de las estrategias de reducción de la pobreza y de las políticas sociales y planes estratégicos del país, buscando mejorar la calidad de vida de la población. Todos los miembros del sector educativo, religioso y del sector salud tienen conocimientos y aptitudes con respecto al enfoque de Género, lo cual se vuelve en una fortaleza para la aplicación y la difusión del mismo, al momento de ejecutar las acciones de esta propuesta.

Desde su composición el MCP, donde el 50 % son mujeres y el 50% hombres, las consideraciones de igualdad de oportunidad y equidad de género son un tema reiterado al momento tomar decisiones, elaboración de propuestas, y definir representación ante otros organismos; la dirección del MCP está a cargo de 4 mujeres, Presidenta, Vicepresidenta, Secretaria, y Secretaria Técnica.

Planificación multisectorial

El Fondo Mundial reconoce que la planificación multisectorial es importante para ampliar la capacidad del país para responder a las tres enfermedades.

- (c) Describa la capacidad y experiencia del MCP (o MCP subnacional) en el diseño de programas multisectoriales.

Como parte del desarrollo de capacidades en el MCP, está el enfoque para integrar equipos multisectoriales e intersectoriales lográndose un buen clima organizacional y de respecto a los diferentes aportes de sus miembros. Las propuestas previamente presentadas y aprobadas por el FM, así como la presente propuesta, tienen este enfoque como consecuencia de la amplia participación de todos sus miembros.

La articulación y adecuada coordinación de esta instancia permite el diseño del programa multisectorial, de tal forma que para la articulación de esta propuesta se presentaron y discutieron las ideas para la propuesta en foros de organizaciones del sector Tuberculosis, las cuales fueron posteriormente validadas en un segundo momento. Además del diálogo sobre la propuesta de esta Ronda se discutió ampliamente el abordaje integral de las intervenciones, así como el asegurar que las actividades propuestas deben prever resultados directos e indirectos en *plazos concretos* durante el período de la propuesta que contribuyan a la prevención de la infección, la prestación de tratamientos y/o de asistencia y apoyo a personas que lo necesiten, con enfoque de género.

De tal forma que el enfoque multisectorial manejado por el CCE, ha permitido garantizar que esta propuesta está en plena concordancia con los planes de desarrollo y planes estratégicos del sector salud nacional, así como del programa nacional y sus planes estratégicos de control de la enfermedad, lo que conlleva a un análisis exhaustivo las prioridades nacionales y de un análisis específico del país de las brechas existentes técnicas, epidemiológicas y financieras para el control y una efectiva prevención de la enfermedad en el país.

4.2 Elegibilidad

4.1.1 Historial de la solicitud

"Marque" una casilla de la siguiente tabla y siga las instrucciones para esa casilla en la columna derecha.

x	Presentó una solicitud de financiamiento en la Séptima y/u Octava Convocatoria <u>y</u> se comprobó que cumplía los requisitos de elegibilidad mínimos.	→ Complete íntegramente las secciones 2.2.2 a 2.2.8 a continuación.
<input type="radio"/>	La última vez que presentó una solicitud de financiamiento fue antes de la Séptima Convocatoria <u>o</u> se comprobó que no cumplía los requisitos de elegibilidad mínimos la última vez que se presentó.	→ Primero, vaya al "Anexo D" y complételo. → A continuación complete también las secciones 2.2.5 a 2.2.8 a continuación. (No complete las secciones 2.2.2 a 2.2.4)

4.1.1 Transparencia de los procesos de elaboración de la propuesta

- *A la hora de completar estas preguntas, véase el documento "Aclaraciones sobre los requisitos mínimos de los MCP".*
- *Los documentos que apoyen la información proporcionada a continuación deben presentarse junto con la propuesta en forma de anexos debidamente identificados y numerados. Véase la "Lista de verificación" después de la sección 2.*

- (a) Describa el proceso o procesos utilizados para solicitar propuestas para su posible integración en el formato de propuesta de un amplio espectro de partes interesadas incluida la sociedad civil y el sector privado, y a nivel nacional, subnacional y comunitaria. (Si se ha utilizado un proceso diferente para cada enfermedad, explique cada proceso.)

En el 2008, se realizó una consulta y nacional y una validación de esa consulta, así mismo en el 2009, se realizó

<p>una nueva consulta, en la cual participaron representantes de diversos sectores representados y no representados en el MCP quienes aportaron sus conocimientos para el diseño de la propuesta en su fase original, (ver anexo 1 y 4, Registros de Consultas Nacionales). En el 2009 se han continuado realizando talleres (anexo 3) con la participación de pequeños grupos que han estado focalizando la estrategia tomando en consideración las recomendación emitidas por el Panel de Revisión Técnica relacionadas a las propuestas presentadas a la fecha, en anexo lista de participantes en consultas y anexamos propuesta completa recibida de uno de los sectores.(anexo 3)</p>	
<p>(b) Describa el proceso o procesos utilizados para revisar de forma transparente las propuestas recibidas para su posible integración en esta propuesta. <i>(Si se ha utilizado un proceso diferente para cada enfermedad, explique cada proceso.)</i></p>	
<p>Los insumos recibidos de todas las organizaciones involucradas (partes interesadas) en el control de la tuberculosis fueron incorporados a la propuesta por un equipo técnico nombrado por el CCE. En un segundo taller se presentan los aportes incorporados en un borrador de propuesta para lograr la validación de la propuesta general que aquí se presenta, tanto del marco conceptual, estrategia y actividades relevantes. Adicionalmente para este proceso de elaboración de propuesta se contrato a un consultor para apoyar a los equipos nacionales, al proceso se incorporó un consultor internacional con APOYO de OPS.</p>	
<p>(c) Describa el proceso o procesos utilizados para garantizar la contribución de personas y partes interesadas <u>que no sean miembros del MCP (o MCP subnacional)</u> en el proceso de elaboración de la propuesta. <i>(Si se ha utilizado un proceso diferente para cada enfermedad, explique cada proceso.)</i></p>	
<p>Para este propósito se utilizo la metodología de talleres con mesas temáticas cada una de las cuales en una primera fase realizó sus aportes y en una segunda fase revisó, ajusto y validó el trabajo del equipo técnico nombrado por el. MCP</p>	
<p>(d) Adjunte la versión firmada y fechada del acta de la reunión o reuniones en las que los miembros decidieron qué elementos incluir en la propuesta para todas las enfermedades que figuren en la solicitud.</p>	<p><i>[Anexo2] (acta 2-2009; acta 12-2009)</i></p>

4.1.1 Principal(es)

Nombre	Enfermedad	Sector**
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	Tuberculosis	Gubernamental
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)	Tuberculosis	Organismos Internacionales
<i>[utilice la tecla "Tab" para insertar filas adicionales si es preciso]</i>		

** Elija un "sector" entre las opciones posibles que figuran en la sección 2.2.1 de las [Directrices para la Novena Convocatoria](#)

4.1.1 No ejecución del financiamiento de doble vía

Si no se ha designado al menos un Receptor Principal del sector gubernamental y uno del sector no gubernamental para cada enfermedad incluida en esta propuesta, incluya una explicación a continuación.

N/A

4.1.1 Gestión de conflictos de intereses

(a) ¿Pertenece el Presidente y/o Vicepresidente del MCP (o MCP subnacional) al mismo organismo que <u>alguno</u> de los Receptores Principales designados para cualquiera de las enfermedades incluidas en esta propuesta?	<input type="radio"/> Sí <i>facilite información detallada a continuación</i>
	<input checked="" type="radio"/> No → <i>vaya a la sección 2.2.8.</i>
(b) En caso afirmativo, adjunte el plan de gestión de conflictos de intereses reales y potenciales.	<input type="checkbox"/> Sí <i>[Inserte el número de Anexo]</i>

4.1.1 Aprobación de la propuesta por parte de los miembros

Anexo C – Información y firmas de los miembros	¿Se ha completado el "Anexo C" con las firmas de todos los miembros del MCP (o MCP subnacional)?	X Sí
-------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------	------

Tuberculosis. Novena Convocatoria

Sección 2: Elegibilidad		Indique Nombre y Número del Anexo
Solicitantes de un MCP o de un MCP subnacional		
2.2.2(a)	Documentación completa acerca de los procesos utilizados para <u>solicitar</u> propuestas para su posible integración en el formato de propuesta (si se ha utilizado un proceso diferente para cada enfermedad, adjuntar como anexos separados).	Anexo 1. Invitación y listados de Asistencia de Consultas (2008-2009)
2.2.2(b)	Documentación completa acerca de los procesos utilizados para <u>revisar</u> de forma transparente las propuestas recibidas para su posible integración en esta propuesta (si se ha utilizado un proceso diferente para cada enfermedad, adjuntar como anexos separados).	Anexo 3. Invitaciones a reuniones de trabajo, listados de asistencia, minutas de reuniones, aportes de Instituciones
2.2.2(c)	Documentación completa acerca de los procesos utilizados para garantizar las contribuciones de un amplio número de partes interesadas en el proceso de elaboración de la propuesta.	Anexo 4. Invitación y listado de asistencia a validación de consulta del 2008
2.2.3(a)	Documentación completa acerca de los procesos utilizados por el MCP (o MCP subnacional) para supervisar la ejecución de la subvención.	Anexo 5. Plan de Monitoreo del CCE
2.2.3(b)	Documentación completa acerca de los procesos utilizados para garantizar las contribuciones de un amplio número de partes interesadas en la supervisión continua de la ejecución de la subvención.	Anexo 6. Plan de Monitoreo de la subcomisión de m&E
2.2.4(a)	Documentación completa acerca de los procesos utilizados para seleccionar y nombrar al Receptor Principal (por ejemplo, el acta de la reunión del MCP en la que el Receptor o Receptores Principales fueron nombrados). Si se ha utilizado un proceso diferente para cada enfermedad, adjuntar como anexos separados.	Anexo 7. Acta 17-2008 y proceso seguido para elección, acta 12-2009 y carta del MSPAS de ratificación acta 13-2009
2.2.7	Procedimientos documentados para la gestión de potenciales conflictos de intereses entre el Receptor o Receptores Principales y el Presidente o Vicepresidente del Mecanismo de Coordinación	Anexo 8. política de conflicto de interés del CCE
2.2.8	Actas de la reunión en la que se desarrolló la propuesta y fue aprobada por parte del MCP (o MCP subnacional).	Anexo 9- Acta 13-2009
2.2.8	Aprobación de la propuesta por parte de todos los miembros del MCP (o MCP subnacional).	Anexo C del Formato de Propuesta

Tuberculosis. Novena Convocatoria

2.2.9	Anexos relacionados a carta enviada de NSA Documentación legal de CCE	Carta NSA Anexo 3.1 Estatutos Anexo 3.2 Organigrama
-------	--------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------

5. RESUMEN DE LA PROPUESTA

5.1 Duración de la propuesta	Fecha de inicio prevista	Hasta
Mes y año: <i>(hasta 5 años)</i>	Julio de 2010	Junio de 2015

5.2 Consolidación de subvenciones	<input type="radio"/> Sí <i>(vaya primero a la letra (b) a continuación)</i>
(a) ¿Desea el MCP (o MCP subnacional) consolidar alguna subvención o varias subvenciones actuales del Fondo Mundial (FM) para la tuberculosis con la propuesta sobre la tuberculosis en la Novena Convocatoria?	<input checked="" type="radio"/> No <i>(vaya a la sección 3.3 a continuación)</i>
<p><i>La "consolidación" hace referencia a la posibilidad de combinar varias subvenciones en una única subvención. Con arreglo a la política del Fondo Mundial, la consolidación se puede llevar a cabo si el mismo Receptor Principal (RP) ya está gestionando al menos una subvención para la misma enfermedad. Una propuesta con más de un RPI designado puede intentar consolidar parte de la propuesta de la Novena Convocatoria.</i></p> <p><i>Para más información detallada sobre la consolidación de subvenciones incluido un análisis de algunas de las ventajas y ámbitos que deben considerarse, visite:</i></p> <p>http://www.theglobalfund.org/documents/rounds/9/CP_Pol_R9_FAQ_GrantConsolidation_es.pdf</p>	
(b) En caso afirmativo, ¿qué subvenciones se tiene previsto consolidar con la propuesta de la Novena Convocatoria tras su aprobación por la Junta Directiva? <i>(Indique los números de las subvenciones correspondientes).</i>	N/A

5.3 Concordancia de la planificación y los ciclos fiscales

Describa de qué manera la fecha de inicio:
a. contribuye a la concordancia con la planificación, la gestión presupuestaria y el ciclo fiscal nacionales; y/o
b. en caso de que se consoliden las subvenciones, incrementa la concordancia de los esfuerzos de planificación, ejecución y reporte.
<p>En El Salvador, la planificación presupuestaria del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), con base en los requerimientos de los diferentes niveles, se realiza, en el segundo trimestre del año previo a la utilización del mismo. Luego, al final de ese mismo periodo, se envía al Ministerio de Hacienda donde se consolida en un presupuesto nacional. De ahí, ya integrado en el cálculo de los gastos del país, se presenta, en el tercer</p>

Tuberculosis. Novena Convocatoria

trimestre, ante la Asamblea Legislativa que, finalmente, lo aprueba durante los últimos tres meses del año.

Una vez que la Asamblea aprueba el presupuesto nacional, las diferentes dependencias de los Ministerios realizan la planificación operativa a través de la preparación de su Plan Anual Operativo (PAO), el cual se ejecuta a partir de enero de cada año. Para monitorear el avance de la implementación de los PAO, los informes técnicos se preparan y se presentan de manera semestral ante la Dirección de Planificación del MSPAS. La evaluación anual se realiza a través de los instrumentos establecidos para tal fin, en diciembre de cada año.

La fecha de inicio del presente proyecto concuerda con el comienzo del segundo semestre del ciclo fiscal, de tal manera que facilita el alineamiento con la planificación presupuestaria de la cartera de Salud para cada año. Además, permite alinear la preparación y la presentación de informes a la Dirección de Planificación con la presentación de informes al FM.

Tuberculosis. Novena Convocatoria

5.4 Enfoque programático para la tuberculosis

(a) ¿Se realiza la planificación y el financiamiento de la respuesta nacional a la tuberculosis a través de un enfoque programático?	<input type="radio"/> Sí. Responda en la sección 3.4.2.
	X <input checked="" type="checkbox"/> No. Vaya a la sección 3.5.
(b) En caso afirmativo, ¿prevé esta propuesta que algunos o todos los fondos solicitados se paguen a través de un mecanismo común de financiamiento para apoyar dicho enfoque?	<input type="radio"/> Sí. Complete la sección 5.5, como sección adicional, para explicar las operaciones financieras del mecanismo de financiamiento común..
	<input type="radio"/> No. No complete la sección 5.5.

Tuberculosis. Novena Convocatoria

5.5 Resumen de la propuesta referente a la tuberculosis(TB) para la Novena Convocatoria

Presente un resumen de la propuesta sobre la tuberculosis, descrita de forma detallada en la sección 4. Elabórela una vez complete la sección 4.

En El Salvador, la TB aún representa una importante amenaza para la población general y, principalmente, para los grupos que muestran factores de vulnerabilidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que, en el país, para 2007, la tasa de incidencia de esta enfermedad en todas sus formas fue de 40 por 100 000 habitantes; mientras que la de tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva (TB BK+) fue de 21 por 100 000 habitantes. En cambio, la tasa de detección de TB en todas sus formas que El Salvador reportó fue de 29 por 100 000 habitantes; en tanto, la de TB BK+ fue de 16 por 100 000 habitantes. Si las estimaciones de la OMS son correctas, en 2007 debieron existir 1741 casos de TB en todas sus formas y 574 casos de TB (BK+) que no se detectaron.

De acuerdo con el riguroso análisis de brechas realizado en el país de forma multidisciplinaria y participativa, que considera las variables de las condicionantes sociales y de salud, se concluye y se identifica que la mayor parte de estos casos no detectados se encuentra en la población que no tiene acceso a los servicios de salud —principalmente a los del componente laboratorial—, ya sea por la falta de accesibilidad geográfica o por la pertenencia a grupos de mayor vulnerabilidad debido a sus condiciones de exclusión social, distribuidos en los anillos periféricos de las grandes ciudades.

De igual forma, es importante destacar que, pese a tener un éxito de 91% en el tratamiento de casos nuevos para la cohorte de 2007, según los estimados de la OMS 580 personas murieron a causa de la TB (tasa de 9 por 100 000 habitantes). Para este mismo año, en la cohorte de país, el 6% derivó en muerte. En los casos de TB/VIH, fue más del 18%.

A pesar de que la cobertura institucional de la terapia administrada estrictamente supervisada (DOTS, por sus siglas en inglés) es del 100% en los servicios de salud públicos y de que con recursos de la propuesta del FM de la segunda ronda se apoyó la expansión de DOTS al Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) y a centros penitenciarios, es importante destacar que en El Salvador la brecha existente de detección y mortalidad de casos de TB está siendo muy difícil de cerrar. Las razones son las siguientes:

- Existe un 40% de la población que no accede a cuidados de salud a través de los servicios del MSPAS ni del ISSS, y que, adicionalmente, es la población más pobre y vulnerable de El Salvador. (OPS/OMS. 2006).
- La pobreza en el país se encuentra arriba del 90% en las áreas periurbanas, donde existen condiciones de hacinamiento, acceso inadecuado a agua potable y servicios básicos, baja escolaridad, entre otros problemas.
- Más del 50% de los casos de TB actualmente notificados se encuentra en el 10% de los municipios del país (26 del total de 262), los cuales, a su vez, concentran la mayor cantidad de población de áreas pobres periurbanas con dificultades y barreras no geográficas de acceso a salud (económicas, por costos indirectos, culturales, marginalidad, etc).

Así mismo el análisis de brechas identificó que las distintas poblaciones de los municipios presentan desigualdades en términos de vulnerabilidad a la TB, manifestadas por diferencias socioeconómicas, demográficas y epidemiológicas.

Con el fin de organizar estratégicamente las intervenciones para el control de la enfermedad en los 262 municipios del territorio salvadoreño, se realizó una estratificación con base en el establecimiento de un índice de vulnerabilidad a la TB.

La estratificación a través de este índice permitió seleccionar a los 26 municipios priorizados en esta propuesta, ya que cumplen las siguientes condiciones: tasa de TB igual o arriba de 29%, coinfección TB/VIH con prevalencia mayor de 10, alta carga de enfermedad igual o arriba de 15 casos, pobreza extrema severa y alta, y población cuya concentración corresponde o es superior a un 75% en el área urbana —se ha demostrado que, en El Salvador, la mayor concentración de casos proviene de esas zonas y de sectores económicamente desfavorecidos; por ello es que son sujetos de esta propuesta.

En este marco, y como un requerimiento primordial para el control de la TB, se identificó la necesidad de implementar una estrategia diferenciada de abordaje para estos bolsones de pobreza periurbana, conocidos como **asentamientos urbanos precarios**. La estrategia se fundamenta en un fuerte componente de organización y movilización comunitaria para la detección de personas con sospecha de TB, confirmación de casos y seguimiento de pacientes y contactos, con el respaldo de la red de laboratorios y unidades de salud públicas, así como con el involucramiento de los servicios de salud no públicos de estas áreas, a través de la estrategia PPM/APP.

Las intervenciones propuestas para el ámbito comunitario se harán en el marco de un enfoque más amplio, de tal forma que desarrolle los principios básicos de intersectorialidad, abordaje de determinantes sociales de la salud,

Tuberculosis. Novena Convocatoria

búsqueda de la equidad y promoción de la salud, y prevención de la enfermedad.

En las zonas de intervención, este enfoque permitirá: (a) dar sostenibilidad al esfuerzo mediante el desarrollo de una sólida organización comunitaria o su fortalecimiento, si ya existiere; (b) definir y desarrollar el carácter intersectorial de las intervenciones, mediante la identificación de las determinantes sociales del estado de salud de estas poblaciones, con el fin de involucrar a otros actores locales y regionales en su resolución; (c) identificar las inequidades en salud y sus determinantes sociales en el nivel local, en los 26 municipios priorizados.

Así, esta propuesta proyecta apoyar el establecimiento de las bases para la construcción social de la salud en las comunidades, desarrollando una amplia organización de carácter intersectorial y consolidando la participación ciudadana y la contraloría social en salud, por medio de los comités comunitarios de salud, que incluso desarrollaran la vigilancia epidemiológica comunitaria (VECO)

Asimismo, pretende extender la cobertura de servicios de salud para la prevención y el control de la TB, a la población en situación de pobreza de los municipios priorizados, por medio del aseguramiento del acceso y la calidad de los servicios de salud comunitarios, realizando más pruebas diagnósticas: baciloscopía, radiografías y cultivos a estos grupos con mayor riesgo de padecerla.

Las y los promotores voluntarios de salud —que ya están capacitados por organizaciones no gubernamentales (ONG), iglesias, comunidades y municipalidades y que ya desarrollan actividades en su comunidad— serán reforzados para el control y la prevención de la TB. Igualmente, tendrán prioridad en los procesos de formación, acreditación e integración en la red de servicios para el control de la enfermedad. Aparte, se persigue implementar programas de capacitación técnica y de supervisión de las funciones de los promotores voluntarios de salud a cargo del equipo básico de salud integral de cada localidad. La función del promotor voluntario será: apoyar la organización comunitaria, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la atención según las normas nacionales.

Existen otras poblaciones vulnerables en las cuales se ha identificado la necesidad de profundizar medidas y estrategias diferenciadas para la prevención, detección y atención de casos.

Una de ellas es la **población privada de libertad**. Entre las principales debilidades de los centros penales del país se encuentra una infraestructura y un financiamiento insuficientes, lo que es evidente porque los sitios penitenciarios rebasan su capacidad instalada y no existe posibilidad, por razones presupuestarias, de mejorar sus condiciones. Se estima que la capacidad de alojamiento de las cárceles salvadoreñas es para 8 110 personas privadas de libertad. Pero un reporte oficial de mayo de 2009 informa de un total de 20 700 presos. Como consecuencia, para 2007 se tiene una tasa de incidencia de TB en las prisiones, de 685 por 100 000 privados de libertad, lo que es más de 20 veces mayor que la incidencia de TB en la población general.

Otro grupo con alta vulnerabilidad es el de las **personas con el VIH/SIDA**. En El Salvador, esta enfermedad va en incremento, principalmente en los bolsones de pobreza mencionados, con un diagnóstico tardío de la TB y con una prevalencia de TB/VIH de 11%. La consecuencia es una mortalidad de más de 18%.

También, otro grupo considerado de alta vulnerabilidad es el de *los contactos de pacientes TB*. En los 26 municipios priorizados para esta propuesta, cerca del 50% no son investigados exhaustivamente.

Por último, a fin de mantener controlada la **tuberculosis resistente** (TB-MDR) en el país, se han diseñado acciones orientadas al manejo más estrecho de aquellos *pacientes en alto riesgo de resistencia*, como son los casos que presentan: recaídas, abandonos recuperados, fracasos a categoría II, fracasos a categoría I, contactos de casos resistentes-TB, pacientes con baciloscopía positiva al segundo mes o más, trabajador de salud con diagnóstico de TB, persona VIH positivo a quien se le haya diagnosticado TB, personas privadas de libertad.

Las poblaciones objetivo de la presente propuesta son: 1 010 126 habitantes de asentamientos urbanos precarios; 17 606 personas privadas de libertad en 18 centros penitenciarios; 16 077 con VIH/SIDA; 4588 contactos de TB; 1840 de grupos con alto riesgo de desarrollar resistencia y de manejo de casos resistentes. En suma, 1 050 237 personas que representan el 42.16% de la población total de los 26 municipios priorizados, que es de 2 490 642 habitantes.

Las acciones planificadas son diferenciadas y estratificadas para cada grupo, y tienen un carácter totalmente complementario a las desarrolladas por el Programa Nacional de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (PNTYER). Las acciones del PNTYER se enmarcan en el Plan Estratégico Nacional y la estrategia “Alto a la tuberculosis”, que cubre el nivel nacional y brinda continuidad a las acciones implementadas con la propuesta de FM de segunda ronda. Por lo tanto, las acciones planteadas en esta propuesta no duplicarán esfuerzos sino que se sumarán a los que ya existen, puesto que involucrarán a la sociedad civil, a los actores propios de estos asentamientos urbanos precarios y a los proveedores de salud ubicados en estas áreas.

A través de la incorporación de 32 agentes urbanos solidarios, esta propuesta quiere impactar positivamente a nivel comunitario, con la búsqueda activa de sintomáticos respiratorios, el seguimiento de casos y contactos, la consejería y las actividades colaborativas para la detección de TB/VIH, así como con las acciones de promoción y prevención de la enfermedad, a fin de cerrar la brecha entre lo notificado y lo estimado en la detección de casos en estos 26

Tuberculosis. Novena Convocatoria

municipios priorizados.

Objetivo general de la propuesta: Proporcionar atención integral para la prevención y el control de la tuberculosis a poblaciones vulnerables a la enfermedad en 26 municipios priorizados.

Para conseguirlo, se han planificado los siguientes objetivos y actividades:

Objetivo 1. Implementar una estrategia diferenciada en atención a las características de cada grupo poblacional para el control de la TB en poblaciones de asentamientos urbanos precarios de 26 municipios priorizados.

Este objetivo incluye actividades orientadas hacia: (a) el establecimiento de una red de agentes comunitarios para la detección del sintomático respiratorio (SR) y el apoyo en el manejo de pacientes y contactos hasta su egreso del tratamiento; (b) el fortalecimiento de la capacidad diagnóstica, así como del tratamiento y el seguimiento de los laboratorios y unidades de salud para responder al incremento de la demanda; (c) el involucramiento de proveedores que no son del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNT), acorde con las normas del programa y estándares internacionales; (d) el diseño e implementación de una estrategia de abogacía, comunicación y movilización social (ACMS), cuyo componente de abogacía se orienta al posicionamiento de la enfermedad en la agenda pública y en la movilización de recursos para el control de la enfermedad; en tanto, el componente de comunicación social plantea estrategias específicas focalizadas y orientadas a poblaciones vulnerables; mientras, el de movilización social busca el establecimiento de redes sociales comunitarias orientadas al apoyo social y la reducción del estigma; (e) el fortalecimiento de la gestión de los diferentes niveles del programa a través del fortalecimiento de capacidades técnicas y gerenciales, así como el aseguramiento de recursos para la supervisión; y (f) el monitoreo y la evaluación (M&E) de la estrategia comunitaria y el fortalecimiento de los procesos de M&E del programa.

Objetivo 2. Fortalecer el control de la TB en 18 centros penitenciarios de 26 municipios priorizados.

Con este objetivo se busca fortalecer las acciones de control de la TB en 18 centros penitenciarios, siguiendo e implementando las últimas normas internacionales recomendadas por la OMS y las agencias de cooperación, para lo cual se ha planificado: (a) la adaptación de las normas a la realidad nacional y la capacitación del recurso humano en su aplicación; (b) el reforzamiento de la capacidad para llevar a cabo un diagnóstico oportuno de TB, TB/VIH y TB-MDR, así como el manejo clínico mediante la incorporación de dos unidades médicas móviles y una unidad móvil de rayos X; (c) la dotación de insumos y suministros; (d) la implementación de medidas de control de infecciones en tres niveles, según la necesidad; y (e) el fortalecimiento de la supervisión, el monitoreo y la evaluación de la intervención.

Objetivo 3. Fortalecer el diagnóstico oportuno, el manejo y la prevención de la TB en personas que viven con el VIH-SIDA (PVVS) en 26 municipios priorizados.

Con este objetivo se pretende incrementar el diagnóstico de coinfección mediante el reforzamiento de las acciones de detección de TB en PVVS, así como fortalecer las capacidades instaladas para el diagnóstico oportuno, el manejo y la prevención de la coinfección. Para ello, se plantea el fortalecimiento de los mecanismos de trabajo colaborativo en los niveles central y regional, la implementación de mecanismos colaborativos en los niveles municipal y comunitario, la vigilancia de la coinfección y ejecución de medidas para la disminución de la carga de TB en pacientes VIH.

Objetivo 4. Profundizar el manejo de contactos de pacientes TB en 26 municipios priorizados.

Con este objetivo, se busca la profundización de las actividades para la investigación y el manejo de contactos de pacientes de TB, mediante el fortalecimiento de la búsqueda activa y la evaluación de contactos y de las visitas domiciliarias de seguimiento, así como la garantía de terapia preventiva a los contactos menores de 10 años y a los grupos con alto riesgo de desarrollar TB, según las recomendaciones internacionales.

Objetivo 5. Prevenir la TB-MDR mediante el abordaje diferenciado de los grupos en alto riesgo a desarrollar resistencia y el manejo de casos resistentes en 26 municipios priorizados.

Este objetivo está orientado al establecimiento de un manejo exhaustivo de los pacientes en riesgo de desarrollar TB-MDR, a través de la vigilancia sistemática y organizada de la resistencia, por medio de cultivos, tipificación, sensibilidad y resistencia, de todos los casos que lo ameriten. Además se ha planificado la implementación de un plan integral de control de infecciones para los servicios de salud de los 26 municipios, que incluye la aplicación de medidas administrativas, ambientales y de protección personal.

Resultados esperados

Con la implementación de esta propuesta se espera:

- Detectar 1346 casos anuales de TB en todas sus formas, en los 26 municipios priorizados (incluyendo los grupos de mayor vulnerabilidad: privados de libertad, PVS, contactos TB y asentamientos urbanos precarios), a partir del segundo año de la propuesta.

Tuberculosis. Novena Convocatoria

- Incrementar el uso del cultivo como medio diagnóstico hasta alcanzar el 90% de los casos, al final del proyecto.
- Tamizar, por lo menos, al 90% de la población de PVVS que residen en los 26 municipios priorizados para descartar la TB, a través de los diferentes métodos diagnósticos.
- Lograr un éxito de tratamiento de al menos 85% en las cohortes de tratamiento de todos los grupos vulnerables a partir del segundo año del proyecto.
- Incrementar, la realización del cultivo y las pruebas de sensibilidad y resistencia en todos los casos sospechosos de resistencia y en los pacientes que no negativizan al segundo mes de tratamiento —de estos, al menos un 90%—, al final del proyecto.
- Contar con redes de apoyo social en el 80% de los municipios priorizados para el final de la primera fase del proyecto.

6. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

6.1 Programa y estrategia nacionales

(a) Resuma brevemente:

- el actual programa o estrategia nacional para la tuberculosis;
- cómo responde la estrategia exhaustivamente a la situación epidemiológica actual del país; y
- las mejoras en los resultados de la tuberculosis que se esperan obtener con la aplicación de este programa o estrategia.

Programa de control de TB

Para el control de la TB, el Sistema Nacional de Salud (SNS), cuenta con el PNTYER, el cual está ubicado en el MSPAS y cuyo objetivo general es el de disminuir la incidencia, la prevalencia y la mortalidad por tuberculosis, aplicando la estrategia “Alto a la TB” a nivel nacional, con el apoyo e involucramiento intersectorial, institucional y de la sociedad civil. El PNTYER se operativiza en niveles de gestión:

Nivel central. Está conformado por el MSPAS y le corresponde la rectoría del SNS, a fin de coordinarlo y conducirlo en las actuaciones oficiales que realice para el cumplimiento de sus objetivos y el desarrollo de sus funciones.

Nivel regional. Está constituido por cinco regiones : oriental, central, metropolitana, paracentral y occidental). Articula la operatividad de las políticas emanadas en el nivel superior, conduce el análisis de la situación de salud regional y define las prioridades y los retos en salud, los cuales servirán de base para la elaboración de estrategias, planes, políticas y programas.

Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI). Es la estructura básica operativa del SNS, fundamentada en la atención primaria de salud que —mediante la provisión de servicios integrales y articulados de salud de primero y segundo niveles de atención, la participación ciudadana efectiva, y la corresponsabilidad de otros sectores— contribuye a mejorar el nivel de salud de una población definida. El SIBASI cuenta con un área geográfica y una población delimitadas sistemáticamente, de manera que garantiza la distribución equitativa de los recursos y el uso eficiente de los mismos para la atención permanente y eficaz de las necesidades en salud de la población, propias de su contexto. En el país existen 16 SIBAS. ,

Nivel local. La operativización del PNTYER se realiza a través del nivel. Está conformado por todos los establecimientos proveedores de servicios de salud de diferentes niveles de complejidad y distribuidos en todo el territorio nacional.

Las unidades, las casas de salud y el nivel comunitario (promotores y promotoras rurales de salud) realizan la búsqueda activa de sintomáticos respiratorios, el seguimiento de casos y contactos, la consejería y las actividades colaborativas para la detección de TB/VIH, así como las acciones de promoción y prevención de la enfermedad, y el tratamiento acortado estrictamente supervisado (TAES) a los pacientes que padecen la enfermedad.

Los hospitales brindan atención especializada y protocolizada para casos de mayor complejidad. Y los hospitales especializados proporcionan cuidados de supra especialidad para aquellos casos de alta complejidad o que transcurren concomitantemente con otras patologías que hacen más complejos los casos en cuanto a su seguimiento y resolución; incluye el manejo de la TB-MDR.

Una parte muy importante del PNTYER está conformada por la red de laboratorios, la cual depende técnicamente

Tuberculosis. Novena Convocatoria

del laboratorio central "Max Bloch". Esta red se encuentra organizada de la siguiente manera: laboratorios de primer nivel, que realizan baciloscopía y recolectan muestras para cultivos que se procesan en el segundo o el tercer nivel; se cuenta con laboratorios regionales que realizan cultivos; y un laboratorio central que realiza cultivo, tipificación y resistencia.

El control de calidad está descentralizado en cinco regiones sanitarias que, a su vez, son supervisadas por el laboratorio de referencia nacional.

El Plan Estratégico Nacional para el Control de la Tuberculosis 2008-2015 cuenta con seis líneas estratégicas que corresponden a los componentes de la estrategia "Alto a la TB", así:

Línea estratégica 1. Expansión y/o fortalecimiento de la estrategia TAES con calidad.

Línea estratégica 2. Implementación y/o fortalecimiento de actividades colaborativas entre los programa de tuberculosis y VIH/SIDA. Actividades de prevención y control de la TB-MDR y estrategias para grupos prioritarios.

Línea estratégica 3. Fortalecimiento del sistema sanitario, enfatizando la atención primaria, el abordaje integral de enfermedades respiratorias/enfoque práctico de la salud pulmonar (AITER/PAL), la red de laboratorios y el desarrollo de políticas de recursos humanos en tuberculosis.

Línea estratégica 4. Mejoramiento del acceso de la población al diagnóstico y al tratamiento de la tuberculosis a través de la incorporación de proveedores de salud, tanto públicos como privados.

Línea estratégica 5. Implementación de estrategias de abogacía, comunicación y movilización social para el cambio de comportamiento en la población y para su participación social.

Línea estratégica 6. Inclusión de la investigación epidemiológica y operativa a los diferentes niveles del sector.

Con la aplicación de una estrategia diferenciada de abordaje para estos bolsones de pobreza periurbana, conocidos como "asentamientos urbanos precarios"; con organización y movilización comunitaria para la detección de personas con sospecha de TB, confirmación de casos de TB y seguimiento de pacientes y contactos, con el respaldo de la red de laboratorios y unidades de salud públicas, así como el involucramiento de los servicios de salud no públicos de estas áreas, se espera superar la brecha detectada y alcanzar las siguientes metas:

- Detectar por lo menos el 70% de los casos de TB en los 26 municipios priorizados.
- Curar, al menos, al 85% de los casos Bk+ detectados.
- Implementar y operativizar la estrategia de tratamiento acortado estrictamente supervisado (TAES) en el 100% de los servicios del sector salud y en el nivel comunitario para el segundo año de la propuesta.
- Detectar e investigar el 100% de los sintomáticos respiratorios.
- Aumentar la confirmación diagnóstica a través de baciloscopía y cultivos, al menos en el 70% de los casos de TB en los 26 municipios priorizados.

(b) De la siguiente lista, adjunte **únicamente aquellos documentos que sean pertinentes** para el enfoque de esta propuesta (o **identifique el número de Anexo específico de una propuesta de la Séptima u Octava Convocatoria, cuando se presentó por última vez el documento, y el Fondo Mundial extraerá dicho documento de los archivos*).

Identifique, asimismo, la(s) página(s) de estos documentos que apoyen las descripciones de la sección 4.1.

Documento	Número de anexo de la propuesta	Referencias de páginas
x Plan estratégico/desarrollo del sector salud nacional	Anexo 11 Plan quinquenal "Cambio en El Salvador para vivir mejor" Version Electronica e impresa	Todo el Documento
x Estrategia o plan nacional a medio plazo de control de la tuberculosis	Anexo 12 Plan estratégico nacional Version Electronica e impresa	Todo el Documento

Tuberculosis. Novena Convocatoria

x	Directrices nacionales para la tuberculosis (médicas y de laboratorio)	Anexo 13 Normas nacionales Version Electronica e impresa	Todo el Documento
<input type="checkbox"/>	Políticas importantes de cada subsector que sean pertinentes para la propuesta (<i>por ejemplo, política nacional o subnacional de recursos humanos, o normas y estándares</i>)	Anexo 14 Política Nacional de Salud Version Electronica e impresa	Todo el Documento
x	Informes anuales, informes o revisiones de misión de monitoreo más recientes, incluidos los informes epidemiológicos que sean pertinentes para la propuesta	Anexo 15 Situación epidemiológica de la TB. El Salvador 2007 Version Electronica e impresa Anexo 16 Doc. 6 Informes de monitoreo Version Electronica e impresa	Todo el Documento
x	Plan nacional de monitoreo y evaluación (sector de la salud, específico de la enfermedad o de otro tipo)	Anexo 17 Plan de monitoreo y evaluación, y vigilancia epidemiológica de la tuberculosis Version Electronica e impresa	Todo el Documento
<input type="checkbox"/>	Políticas nacionales para lograr la igualdad de género con relación a la prestación de servicios de diagnóstico, tratamiento, atención y apoyo en el ámbito de la tuberculosis a todas las personas que necesiten dichos servicios	N/D	

Tuberculosis. Novena Convocatoria

6.2 Antecedentes epidemiológicos

4.2.1. Ámbito geográfico de esta propuesta

(a) Las actividades van dirigidas:

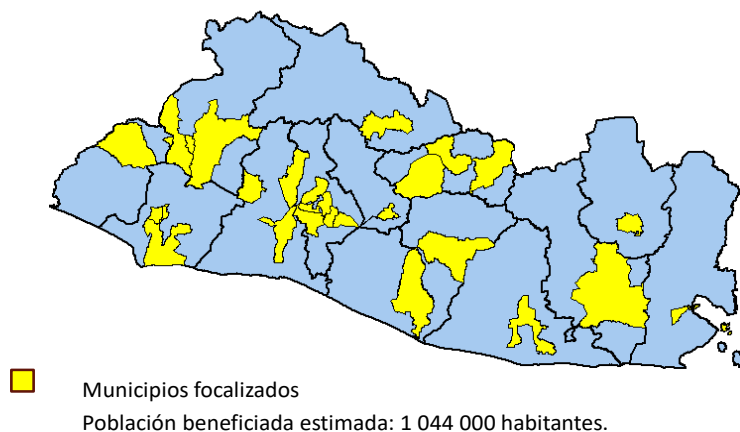
<input type="radio"/> A todo el país	<input type="radio"/> A una región o regiones específicas <i>**En este caso, inserte un mapa para indicarla(s)</i>	<input checked="" type="radio"/> A grupos específicos de población <i>**En este caso, inserte un mapa para indicar dónde se sitúan estos grupos en caso de encontrarse en una zona concreta del país.</i>
--------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

La presente propuesta planifica la realización de actividades de control en poblaciones vulnerables de 26 municipios priorizados para el control de la TB, estos grupos incluyen⁴:

1. Población de asentamientos urbanos precarios
2. Personas privadas de libertad
3. Personas viviendo con el VIH/SIDA
4. Contactos de pacientes TB
5. Personas con alto riesgo de TB-MDR

Los 26 municipios fueron seleccionados con base en los siguientes criterios, definidos en el análisis de brechas: municipios con tasa de TB igual o arriba del 29%; coinfección TB/VIH con prevalencia mayor a 10; pobreza extrema severa y alta; carga alta de enfermedad igual o arriba de 15 casos; municipios cuya población urbana es superior a un 75% del total de la población en el municipio, puesto que en El Salvador, la mayor concentración de casos proviene de esa zonas. (Ver anexo 10: Doc. Análisis de brechas y estratificación de municipios de acuerdo a su vulnerabilidad a TB).

26 municipios priorizados



⁴ Para ver los criterios de priorización y las definiciones operacionales de los grupos vulnerables, por favor dirigirse a la pregunta 4.5.1.

Tuberculosis. Novena Convocatoria

Los municipios priorizados son:

AHUACHAPÁN	APOPA
EL REFUGIO	ILOPANGO
SAN ANTONIO DEL MONTE	SOYAPANGO
SONSONATE	ILOBASCO
CHALCHUAPA	SENSUNTEPEQUE
SAN SEBASTIÁN SALITRILLO	ZACATECOLUCA
SANTA ANA	SAN VICENTE
CHALATENANGO	COJUTEPEQUE
CIUDAD ARCE	USULUTÁN
SANTA TECLA	SAN MIGUEL
QUEZALTEPEQUE	SAN FRANCISCO GOTERA
CIUDAD DELGADO	LA UNIÓN
MEJICANOS	
SAN SALVADOR	

(b) **Tamaño del grupo o grupos de población que sean objetivo de la Novena Convocatoria**
(Si los datos nacionales están desagregados de forma diferente incluya las nuevas categorías)

Población de asentamiento Urbanos Precarios	Tamaño de la población	Fuente de los datos	Año de la estimación
Población total asentamientos urbanos precarios (todas las edades)	1 010 126	Documento: Propuesta para un programa de pobreza urbana en El Salvador.	2007
Total población sexo masculino	472 933	Datos PNUD	2007
Total población sexo femenino	537 193	Datos PNUD	2007
Total población grupo de edad de 0-14 años	317 309	Datos PNUD	2007
Total población grupo de edad de 15-24 años	188 927	Datos PNUD	2007
Total población grupo de edad de 25-64 años	431 143	Datos PNUD	2007
Total población grupo de edad de 65 años o más	72 747	Datos PNUD	2007

4.2.2. Epidemiología de la tuberculosis de la(s) población (es) objetivo

Indicadores (véase la nota a pie de página bajo la tabla para obtener referencias)	Número, o índice, o porcentaje	[Cálculo] o (referencia)
Estimaciones de casos de tuberculosis para los 26 municipios a intervenir, 2007		
Total de casos de TB en todas sus formas	1346	Cálculo módulo de programación norma nacional PNTYER

Tuberculosis. Novena Convocatoria

	Número estimado de casos nuevos de TB pulmonar de baciloscopia positiva	918	Cálculo módulo de programación norma nacional PNTYER
	Número estimado de casos nuevos de TB pulmonar de baciloscopia negativa	275	Cálculo módulo de programación norma nacional PNTYER
	Número estimado de casos de baciloscopia negativa en menores de 10 años	206	Cálculo módulo de programación norma nacional PNTYER
	Número estimado de casos de baciloscopia negativa en mayores de 10 años	69	Cálculo módulo de programación norma nacional PNTYER
	Número estimado de casos de tuberculosis extrapulmonar	153	Cálculo módulo de programación norma nacional PNTYER
	Número estimado de contactos con TB	138	Cálculo módulo de programación norma nacional PNTYER
Notificaciones de casos de tuberculosis para el año 2007, de los 26 municipios a intervenir			
	Total de casos notificados de tuberculosis en todas sus formas	830	Libro de registro de casos PNTYER
	Total de casos nuevos de baciloscopia positiva	430	Libro de registro de casos PNTYER
	Número de casos nuevos de baciloscopia positiva, sexo masculino	262	Libro de registro de casos PNTYER
	Número de casos nuevos de baciloscopia positiva, sexo femenino	168	LIBRO DE REGISTRO DE CASOS PNTYER
	Total de casos de TB pulmonar de baciloscopia negativa	186	Libro de registro de casos PNTYER
	Número de casos de TB pulmonar de baciloscopia negativa, sexo masculino	92	Libro de registro de casos PNTYER
	Número de casos de TB pulmonar de baciloscopia negativa, sexo femenino	94	Libro de registro de casos PNTYER
	Total de casos de TB extrapulmonar	169	Libro de registro de casos PNTYER
	Número de casos de TB extrapulmonar, sexo masculino	91	Libro de registro de casos PNTYER
	Número de casos de TB extrapulmonar, sexo femenino	78	Libro de registro de casos PNTYER
	Total de casos de recaída	30	Libro de registro de casos PNTYER

Tuberculosis. Novena Convocatoria

	Número de casos de recaída del sexo masculino	22	Libro de registro de casos PNTYER
	Número de casos de recaída del sexo femenino	8	Libro de registro de casos PNTYER
	Número de casos de fracaso	7 (4 masculinos y 3 femeninos)	Libro de registro de casos PNTYER
	Número de casos de abandono recuperado	8 (todos masculinos)	Libro de registro de casos PNTYER

Resultado del tratamiento de casos, en 2007, de baciloscopia positiva nuevos y de re-tratamiento, en los 26 municipios a intervenir

ae	Número y porcentaje de casos nuevos de tuberculosis con frotis positivo y que salen curados	378 (87.9%)	Cohorte del PNTYER, 2007
af	Porcentaje de casos nuevos de tuberculosis con frotis positivo notificados que salen con éxito de tratamiento	385 (89.5%)	Cohorte del PNTYER, 2007
ag	Número de casos nuevos de tuberculosis con frotis positivo que salen como fracaso	3 (0.7%)	Cohorte del PNTYER, 2007
ah	Porcentaje de casos nuevos de tuberculosis con frotis positivo registrados en el tratamiento que salen como abandono a tratamiento	14 (3.3%)	Cohorte del PNTYER, 2007
ai	Número de casos nuevos de tuberculosis con frotis positivo que salen como fallecidos	28 (6.5%)	Cohorte del PNTYER, 2007

(a) Tamaño del grupo o grupos de población que sean objetivo de la Novena Convocatoria

(Si los datos nacionales están desagregados de forma diferente, incluya las nuevas categorías)

Población de centros penales	Tamaño de la población	Fuente de los datos	Fecha de la estimación
Población total de centros penales	17 606	Dirección General de Centros Penales, Departamento de Registro y Control Penitenciario	al 31 de mayo de 2009
Total población sexo masculino	15 484	Dirección General de Centros Penales, Departamento de Registro y Control Penitenciario	al 31 de mayo de 2009
Total población sexo femenino	2122	Dirección General de Centros Penales, Departamento de Registro y Control Penitenciario	al 31 de mayo de 2009

Notificaciones de casos de tuberculosis en centros penales, 2007

Tuberculosis. Novena Convocatoria

I	Número de casos nuevos de baciloscopia positiva	57	Libro de registro de casos PNTYER
	Número de casos de TB pulmonar con baciloscopia negativa	3	Libro de registro de casos PNTYER
	Número de casos de TB extrapulmonar	3	Libro de registro de casos PNTYER
	Número de casos de recaída	5	Libro de registro de casos PNTYER
	Número de casos de coinfección TB/VIH, y de nuevos con baciloscopia positiva	6	Libro de registro de casos PNTYER
Resultado del tratamiento de los casos de un centro penal, 2007			
ae	Número de casos nuevos de tuberculosis con frotis positivo que salen curados (%)	52 (91.2%)	Cohorte PNTYER, 2007
af	Porcentaje de casos nuevos de tuberculosis con frotis positivo y que salen con éxito de tratamiento	53 (93.0%)	Cohorte PNTYER, 2007
ag	Número de casos nuevos de tuberculosis con frotis positivo que salen como fallecidos	4 (7%)	Cohorte PNTYER, 2007
	Número de casos de coinfección TB/VIH que salen curados	3 (50%)	Cohorte PNTYER, 2007
	Número de casos de coinfección TB/VIH que salen fallecidos	3 (50%)	Cohorte PNTYER, 2007
	Número de casos de baciloscopia negativa que salen con tratamiento terminado	2 (66.7%)	Cohorte PNTYER, 2007
	Número de casos de baciloscopia negativa que salen como fallecidos	1 (33.3%)	Cohorte PNTYER, 2007
	Número de casos de TB extrapulmonar que salen con tratamiento terminado	3 (100%)	Cohorte PNTYER, 2007
	Número de casos de recaídas que salen como curados	4 (80%)	Cohorte PNTYER, 2007
	Número de casos de recaídas que salen como fallecidos	1 (20%)	Cohorte PNTYER, 2007

Tuberculosis. Novena Convocatoria

(a) Tamaño del grupo o grupos de población que sean objetivo de la Novena Convocatoria			
<i>(Si los datos nacionales están desagregados de forma diferente incluya las nuevas categorías)</i>			
Población de VIH + de los 26 municipios	Tamaño de la población	Fuente de los datos	Año de la estimación
Población total	16 077	MSPAS, Programa Nacional de ITS/VIH-SIDA	2008
I Sexo masculino	10 194	MSPAS, Programa Nacional de ITS/VIH-SIDA	2008
Sexo femenino	5833	MSPAS, Programa Nacional de ITS/VIH-SIDA	2008
Grupo de edad de 0-14 años, ambos sexos	144	MSPAS, Programa Nacional de ITS/VIH-SIDA	2008
Grupo de edad de 15-24 años, ambos sexos	4536	MSPAS, Programa Nacional de ITS/VIH-SIDA	2008
Grupo de edad de 25-64 años, ambos sexos	10 790	MSPAS, Programa Nacional de ITS/VIH-SIDA	2008
Grupo de edad de 65 años o más, ambos sexos	607	MSPAS, Programa Nacional de ITS/VIH-SIDA	2008

Notificaciones en 2007, de casos de coinfección TB/VIH, en los 26 municipios priorizados			
	Total de casos nuevos de tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva	59	Libro de registro de casos, PNTYER
	Número de casos nuevos de tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva, del sexo masculino	41	Libro de registro de casos, PNTYER
	Número de casos nuevos de tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva, del sexo femenino	18	Libro de registro de casos, PNTYER
	Número de casos nuevos de tuberculosis pulmonar con baciloscopia negativa	7 (4 masculinos y 3 femeninos)	Libro de registro de casos, PNTYER
	Total de casos nuevos de tuberculosis extrapulmonar	51	Libro de registro de casos, PNTYER
	Número de casos nuevos de tuberculosis extrapulmonar, del sexo masculino	29	Libro de registro de casos, PNTYER
	Número de casos nuevos de tuberculosis extrapulmonar, del sexo femenino	22	Libro de registro de casos, PNTYER
	Número de casos de recaída	5 (sexo masculino)	Libro de registro de casos, PNTYER
	Número de casos de abandono recuperado	2	Libro de registro de

Tuberculosis. Novena Convocatoria

		(sexo masculino)	casos, PNTYER
Resultado del tratamiento de casos de co-infección TB/VIH notificados en 2007, en los 26 municipios			
ae	Número de casos nuevos de tuberculosis con frotis positivo que salen curados	44 (74.6%)	Cohorte PNTYER, 2007
af	Porcentaje de casos nuevos de tuberculosis con frotis positivo que salen con éxito de tratamiento	45 (76.3 %)	Cohorte PNTYER, 2007
ag	Número de casos nuevos de tuberculosis con frotis positivo que salen como abandono	3 (5.1 %)	Cohorte PNTYER, 2007
ah	Porcentaje de casos nuevos de tuberculosis con frotis positivo que salen como fallecidos en cohorte	11 (18.6 %)	Cohorte PNTYER, 2007

(a) Tamaño del grupo o grupos de población que sean objetivo de la Novena Convocatoria			
<i>(Si los datos nacionales están desagregados de forma diferente incluya las nuevas categorías)</i>			
Estimación de contactos	Tamaño de la población	Fuente de los datos	Año de la estimación
Total de contactos esperados	4588	Cálculo módulo de programación, norma nacional, PNTYER	2008
Total de contactos con TB esperados de los contactos	138	Cálculo módulo de programación, norma nacional, PNTYER	2008
Total de contactos con quimioprofilaxis esperados	229	Cálculo modulo de programación norma nacional PNTYER	2008

4.2.2. Epidemiología de la tuberculosis de la(s) población(es) objetivo			
Notificación de contactos en los 26 municipios para 2007			
a	Contactos examinados por sospecha de tuberculosis	2209	Informe Estadístico Anual Acumulado (IEMA)
	Contactos positivos a tuberculosis pulmonar	116	Informe Estadístico Anual Acumulado (IEMA)
	Contacto VIH (-) que inician quimioprofilaxis, independientemente de la edad	380	Informe Estadístico Anual Acumulado (IEMA)

No es posible calcular el tamaño de la población objeto a intervenir en la prevención de la TB-MDR para estos municipios, específicamente, ya que el propósito de esta propuesta es intervenir en los grupos de riesgo a producir TB-MDR para que esta no se genere.

1. Control mundial de la tuberculosis: supervisión, planificación, financiación. Informe OMS 2008. WHO/HTM/TB/2008. 393.
2. Lucha contra la tuberculosis multifármacorresistente en el mundo. Cuarto informe mundial. WHO/HTM/TB/2008. 394.
3. Datos procedentes del sistema de registro y transmisión de información relacionada con la tuberculosis en cada país.

Tuberculosis. Novena Convocatoria

4.3. Principales limitaciones y deficiencias

(Para responder a las siguientes preguntas considere las limitaciones y las deficiencias a nivel gubernamental, no gubernamental y comunitaria, y también las poblaciones clave afectadas⁵ que puedan tener un acceso desproporcionadamente bajo a los servicios de diagnóstico, tratamiento, atención y apoyo en el ámbito de la tuberculosis, incluidas las mujeres, las niñas y las minorías sexuales.)

4.3.1. Programa de tuberculosis

Describe:

- las principales deficiencias en la ejecución del programa o estrategia actual en el ámbito de la tuberculosis;
- la forma en que estas deficiencias afectan a los resultados nacionales previstos para la tuberculosis; y
- las deficiencias actuales en la prestación de servicios a las poblaciones objetivo.

Las principales deficiencias para implementar plenamente la estrategia nacional para el control y la prevención de la TB y lograr las metas de país son:

- a. No todos los proveedores de salud ni la comunidad participan activamente en la detección de casos, lo que ocasiona que en El Salvador todavía no se llegue a la meta del 70%, estimada por la OMS.
- b. La detección de casos de TB es pasiva; falta buscar activamente casos que no llegan al sistema de salud.
- c. Existe una inadecuada infraestructura en algunos laboratorios de la red nacional.
- d. Algunos almacenes carecen de las condiciones adecuadas para la preservación óptima de medicamentos.
- e. Existe una débil sostenibilidad financiera: el presupuesto del Gobierno para el área de salud es limitado, lo que no permite que al programa de TB se le asigne un monto suficiente para las diferentes necesidades que surgen para la operatividad del mismo. Entre los aspectos con déficit financiero se encuentran: la adquisición de equipo e insumos para el diagnóstico de la TB, el mantenimiento preventivo y correctivo para el equipo de diagnóstico, la compra de medicamentos para polifarmacoresistencia e infecciones oportunistas, la impresión de materiales de apoyo técnico y materiales educativos dirigidos a la población, la ejecución de campañas de comunicación a través de medios colectivos, la adquisición de equipo de cómputo para manejo oportuno de información, la capacitación de recursos humanos de todo el sector (público y privado).
- f. Poca supervisión al aspecto operativo de los niveles intermedios, por medios de transporte limitados.
- g. Existe un limitado sistema de información para supervisar el seguimiento de la coinfección TB/VIH.
- h. Espacios físicos no adecuados para la atención de los pacientes con tuberculosis en algunos establecimientos de salud, al igual que en centros penales.
- i. Falta de mecanismos para atender a poblaciones de asentamientos urbanos precarios (AUP).

De acuerdo con la propuesta para un programa para la pobreza urbana, se ha definido que existen 1281 AUP.

Las condiciones imperantes en estos lugares son la pobreza, el hacinamiento, la falta de acceso a agua potable y a servicios sanitarios, y la violencia, entre otras. La falta de acceso a los servicios genera una baja detección de sintomáticos respiratorios, pues se espera que para esos municipios existan más de 50 000 SR. En 2007 se detectaron poco más de 20 000.

El programa no logra permear estas comunidades, ni se ha establecido una estrategia viable para cubrir las deficiencias en la prestación de servicios a estos lugares. Al existir una marcada brecha entre lo esperado y lo realmente detectado, estos sitios se convierten en focos permanentes de infección y en un riesgo para la alta prevalencia de TB.

Por otra parte, la poca organización y participación social de los afectados, su familia y la comunidad en la planificación y las actividades de control de la TB, incluyendo la defensa de sus derechos y el poco conocimiento sobre la enfermedad y el estigma generado, también son limitantes de la implementación de la estrategia nacional de control de TB.

Estas comunidades no identifican a la TB como una amenaza real, ya sea por su cultura o por la poca información, condición que favorece o empeora la diseminación de la enfermedad en las familias. Esta situación será abordada en la presente propuesta con la participación de la sociedad civil y la comunidad misma.

⁵ Consulte la definición en la sección 2 y que puede encontrarse en las [Directrices para la Novena Convocatoria](#).

Tuberculosis. Novena Convocatoria

j. Deficiencias en la atención de personas privadas de la libertad.

De acuerdo con la estrategia nacional y con el seguimiento de los lineamientos internacionales para el manejo de la TB en centros de reclusión, las acciones de control de la enfermedad en las poblaciones privadas de libertad requieren profundizarse y diferenciarse.

Sin embargo, las principales limitaciones son, entre otras, que las prisiones cuentan con recurso humano de salud insuficiente: en promedio, dos personas por cada centro; además, en un 95% de los casos, únicamente trabajan a tiempo parcial (de 2 a 4 horas diarias). Otra limitante es el restringido acceso de la población reclusa a otros métodos diagnósticos (cultivo Rx. PPD) o a evaluaciones médicas periódicas. Estas limitantes requieren de actividades centrales que se implementarán al poner en marcha la presente propuesta.

Otra limitación para el cumplimiento de las normas para el tamizaje a la entrada de los presos y la búsqueda activa es la ausencia de equipos de radiología y la dificultad obvia que existe de movilizar un gran número de internos hacia los servicios de salud de referencia correspondientes. Asimismo, un límite importante es la falta de un procedimiento o protocolo estandarizado que permita la derivación de pacientes en tratamiento, una vez que salen del recinto penitenciario tras el cumplimiento de la condena.

Por último, la bioseguridad en estos centros penitenciarios es precaria, debido a las condiciones de hacinamiento, la falta de áreas de aislamiento y la carencia de medidas de control de infecciones. Esto hace necesaria e impostergable la implementación de las recomendaciones de medidas de control de infecciones, establecidas por la OPS/OMS para estos centros.

k. Deficiencias en la atención a personas con VIH/SIDA.

El principal problema o limitación que existe es la poca búsqueda o descarte de la TB en las PVVS, ya que la mayoría de las coinfecciones TB/VIH se detectan en un estado avanzado de la enfermedad. Por esta razón, la mortalidad en la coinfección TB/VIH sigue siendo muy alta. De igual forma, el uso de cultivos rutinarios y la radiografía en todas las PVVS SR ha sido muy limitado por varias condiciones que, con esta propuesta, se pretenden resolver. El uso del tratamiento preventivo para la TB con Isoniazida es otra de las debilidades importantes, ya que muchas de las PVVS no asisten regularmente a sus controles o no toman regularmente su tratamiento preventivo, por diferentes causas de acceso, culturales o de discriminación en sus comunidades.

Existe una debilidad en la coordinación interprogramática en los niveles departamentales, municipales y operativos, lo cual limita la implementación de decisiones y acuerdos. También, se presenta una falta de sensibilización hacia el problema que la TB presenta en estas poblaciones, y también existen limitaciones técnicas para la implementación de las acciones de búsqueda de casos de TB en PVVS para el diagnóstico y el manejo oportuno y adecuado de las personas con TB/VIH.

l. Deficiencias en la atención a contactos de pacientes TB.

En 2007, en los 26 municipios priorizados se investigaron únicamente poco más del 53% de los contactos esperados, debido a que existen limitaciones tales como: la escasa participación de la familia y la comunidad, la carencia de recursos humanos y económicos para que el personal de salud haga las visitas domiciliarias, el poco acceso a pruebas diagnósticas, entre otras.

m. Personas en alto riesgo de TB-MDR

Algunos de los factores más importantes en la generación de las resistencias son los pacientes con recaídas, abandonos recuperados, fracasos a categoría II, fracasos a categoría I, contactos de casos resistentes-TB, pacientes con baciloscopia positiva al segundo mes o más, trabajador de salud con diagnóstico de TB, persona VIH+ a quien se le haya diagnosticado TB, personas privadas de libertad.

En El Salvador, aunque el uso de cultivos para estos casos está normado, no se realiza de forma sistemática debido a la falta de recursos (toma, manejo y envío de muestras para tipificación y la resistencia) o a la poca disponibilidad de laboratorios para este fin. En los servicios de salud de estos 26 municipios, otra limitante importante en la prevención de la resistencia y la transmisión de la TB es la falta de una normativa para la implementación de control de infecciones; por lo tanto, las medidas de control administrativo y de control ambiental, así como las de protección respiratoria no se ejecutan, lo cual está generando una transmisión nosocomial de la TB en los servicios de salud, principalmente los centros hospitalarios.

4.3.2. Sistema de salud

Describe las principales limitaciones y/o deficiencias del sistema de salud que afectan los resultados en

Tuberculosis. Novena Convocatoria

materia de tuberculosis.

La descripción puede incluir un análisis de:

- *las problemáticas a nivel de la programación y prestación de servicios que son comunes al VIH, tuberculosis y malaria; y*
 - *problemáticas relacionadas al sistema de salud y a los resultados en materia de tuberculosis (por ejemplo: “servicios PAL”/enfoque práctico a la salud pulmonar), que pueden no estar relacionadas con la programación y prestación de servicios en materia de VIH y malaria*

El sistema de salud se encuentra fragmentado en cuatro subsectores: el público, la seguridad social, los servicios médicos de entidades autónomas y el privado. Esto provoca una dispersión en la atención, problemas de accesibilidad y limitada cobertura para la atención integral, así como desaprovechamiento del escaso financiamiento disponible por la inadecuada distribución del gasto. Los servicios privados son, en general, muy poco accesibles económica, cultural y geográficamente, y la capacidad en la oferta de servicios llega a ser limitada.

En el área gubernamental participan principalmente el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), Sanidad Militar, Bienestar Magisterial y el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos (ISRI). También es importante destacar que el Ministerio de Gobernación rige y administra los centros penitenciarios del país que, además, cuentan con servicios de salud específicos para la población reclusa.

El MSPAS tiene como población de referencia la de escasos recursos económicos. Y la población en general, en casos de catástrofes o epidemias, tal como lo establece la Constitución de la República. En la práctica, el MSPAS atiende a toda persona que así lo requiera, independientemente de su condición socioeconómica, esté o no adscrita a algún sistema de aseguramiento.

Los prestadores de salud tienen limitaciones en cuanto a la calidad y a la satisfacción de la demanda. Hasta el momento, no se ha logrado la participación de todos los proveedores de salud en la lucha contra la TB; Aún existe una debilidad en cuanto a la prestación de servicios para poblaciones específicas, tal es el caso de las que habitan en los AUP, quienes todavía tienen serias dificultades de acceso y que por sus condiciones económicas, sociales y epidemiológicas son más vulnerables.

4.3.3. Esfuerzos para resolver las limitaciones y deficiencias del sistema de salud

Describa qué se está haciendo para responder a las limitaciones y deficiencias del sistema de salud que afectan a los resultados en materia de tuberculosis, y quién lo hace.

Se han realizado esfuerzos tendientes a modernizar las instituciones que conforman el sector, dando impulso a la descentralización en busca de la eficiencia y al aumento de la cobertura de servicios. La reforma del sistema de salud procura redefinir los roles institucionales, separando las funciones rectora, normativa, financiera y de provisión de servicios, para optimizar la eficiencia de las acciones sectoriales. La nueva política nacional visualiza un sistema de salud integrado, con coordinaciones intersectoriales efectivas; un modelo de atención que disminuya la duplicación de esfuerzos y el trabajo, integrando los tres niveles (nacional, intermedio y local), y un modelo de gestión basado en la descentralización y la participación social, que haga el mejor uso de los recursos, modificando el marco legal con arreglo a la realidad nacional. Esto vendría a beneficiar los resultados en materia de tuberculosis, principalmente por aquellas restricciones provocadas por la fragmentación del sistema.

La transformación gradual y progresiva del sistema nacional de salud está orientada a disminuir las desigualdades en el acceso a la salud mediante el aumento de la cobertura en servicios integrales, la reducción de las inequidades en materia de salud de los distintos grupos sociales y la introducción de nuevos enfoques en los modelos de atención, tal como lo es la implementación del nuevo modelo de medicina familiar, el cual brinda énfasis en la integralidad, la desconcentración y el ordenamiento de las prestaciones, así como cambios en los modelos de gestión de la salud, lo que supone cambios en las estructuras y el funcionamiento institucional, en el desempeño de los funcionarios y equipos de trabajo, y en las formas de establecer objetivos, metas y planes; de gerenciar y de tomar decisiones basadas en la información relevante, planificar sistemas de incentivos morales, profesionales y económicos, y de controlar, evaluar y reconducir el proceso de cambio.

El MSPAS, como entidad rectora, ha iniciado un esfuerzo para ejecutar proyectos de extensión de cobertura (a través de financiamientos adquiridos a través de préstamos), que todavía son muy limitados, con los cuales se llevan servicios a algunas comunidades identificadas como de extrema pobreza y población con alta prevalencia de retardo en talla, lo cual se refuerza con las intervenciones del fondo generados a través del Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD), los cuales son adquiridos a través de impuestos específicos aplicados al consumo de tabaco,

Tuberculosis. Novena Convocatoria

alcohol y armas, con lo que se brinda también atenciones a estas poblaciones catalogadas como en extrema pobreza severa y alta. Y estos esfuerzos también permiten sumar, aunque en forma muy limitada, resultados positivos en la lucha contra la TB. De igual forma se ha hecho un esfuerzo incipiente con el desarrollo de algunas comunidades a través de proyectos en cogestión con apoyo de organismos internacionales, tales como la Unión Europea. Existe un programa gubernamental denominado "Red Solidaria" para la atención de las familias en municipios catalogados en extrema pobreza severa y alta, por medio del cual se les brinda un bono económico que permita a las familias, en alguna medida, acceder a servicios de salud y educación.

Asimismo, el Ministerio de Salud provee gratuitamente el tratamiento de la TB al 100% de los casos de TB sensibles independiente de la condición social en el 100% de los servicios de salud de la red, así como el diagnóstico de los casos de baciloscopia positiva. Sin embargo, es de suma importancia recalcar que la atención a grupos de alta marginalidad, en condiciones de pobreza extrema y que residen en asentamientos urbano-marginales son poco atendidos.

Tuberculosis. Novena Convocatoria

4.4. Prioridades de la Novena Convocatoria

Complete las tablas siguientes sobre la base de una cobertura programática (y no de los datos financieros) para tres a seis ámbitos identificados por el solicitante como intervenciones prioritarias para la presente propuesta. Asegúrese de que la elección de prioridades sea coherente con la epidemiología actual de la tuberculosis y las limitaciones y deficiencias identificadas en las secciones 4.2.2 y 4.3.

Nota: Aquí también deberán incluirse todas las necesidades de fortalecimiento de los sistemas de salud que respondan de forma más eficaz sobre una base programática para la tuberculosis, y que sean ámbitos de trabajo importantes en esta propuesta.

N.º de prioridad	1	Historial		Actual		Metas nacionales			
Nombre del indicador	Detección de casos TB en todas las formas en AUP de 26 municipios priorizados	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
A: Meta nacional (de los planes anuales, si estos existen éstos)		0	0	0	0	100	250	400	500
B: Necesidad que ya se prevé satisfacer con otros programas		0	0	0	0	0	0	0	0
C: Brecha anual prevista en la consecución de los planes		0	0	0	0	100	250	400	500
D: Contribución de la propuesta para la Novena Convocatoria para satisfacer la necesidad total		<i>(es decir, puede ser igual o menor que la brecha estimada total)</i>			0	100	250	400	500

N.º de prioridad	2	Historial		Actual		Metas nacionales			
Nombre del indicador	Detección de casos TB en todas las formas, en población privada de libertad en 18 centros penitenciarios	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
A: Meta nacional (de los planes anuales, si existen éstos)		74			84	100	115	130	144
B: Necesidad que ya se prevé satisfacer con otros programas					74	74	74	74	74
C: Brecha anual prevista en la consecución de los planes					10	26	41	56	70
D: Contribución de la propuesta para la Novena Convocatoria para satisfacer la necesidad total		<i>(es decir, puede ser igual o menor que la brecha estimada total)</i>			10	26	41	56	70

Tuberculosis. Novena Convocatoria

N.º de prioridad	3	Historial		Actual		Metas nacionales			
Nombre del indicador	Mortalidad TB/VIH en pacientes VIH positivos de 26 municipios prioritizados	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
A: Meta nacional <i>(de los planes anuales, si existen éstos)</i>		18.6%			18.6%	16.1%	13.6%	11.1%	10%
B: Necesidad que ya se prevé satisfacer con otros programas					0	0	0	0	0
C: Brecha anual prevista en la consecución de los planes					18.6%	16.1%	13.6%	11.1%	10%
D: Contribución de la propuesta para la Novena Convocatoria para satisfacer la necesidad total		<i>(es decir, puede ser igual o menor que la brecha estimada total)</i>			0%	2.5%	5%	7.5%	8.6%

Nº de prioridad:	4	Historial		Actual		Metas nacionales			
Nombre del indicador	Número de contactos investigados	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
A: Meta nacional <i>(de los planes anuales, si existen éstos)</i>					4588	4588	4588	4588	4588
B: Necesidad que ya se prevé satisfacer con otros programas		2209			2209	2209	2209	2209	2209
C: Brecha anual prevista en la consecución de los planes					2379	2379	2379	2379	2379
D: Contribución de la propuesta para la Novena Convocatoria para satisfacer la necesidad total		<i>(es decir, puede ser igual o menor que la brecha estimada total)</i>			0	600	1200	1630	2379

N.º de prioridad	5	Historial		Actual		Metas nacionales			
Nombre del indicador	Número de pacientes con sospecha de resistencia examinados	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
A: Meta nacional <i>(de los planes anuales, si existen éstos)</i>					300	300	300	300	300
B: Necesidad que ya se prevé satisfacer con otros programas					45	45	45	45	45
C: Brecha anual prevista en la consecución de los planes					255	255	255	255	255
D: Contribución de la propuesta para la Novena		<i>(es decir, puede ser igual o menor que la</i>			0	64	128	192	255

Tuberculosis. Novena Convocatoria

N.º de prioridad	5	Historial		Actual		Metas nacionales			
Nombre del indicador	Número de pacientes con sospecha de resistencia examinados	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Convocatoria para satisfacer la necesidad total		<i>brecha estimada total)</i>							

Tuberculosis. Novena Convocatoria

4.5. Estrategia de ejecución

4.5.1. Intervenciones de la Novena Convocatoria

Explique: (i) quién se ocupará de cada área de actividad (el Receptor Principal, el Sub-receptor u otros encargados de la ejecución); y (ii) la población o poblaciones objetivo. *Asegúrese de que la explicación siga el orden de cada objetivo, el área de prestación de servicios (APS) y el indicador que aparecen en el “Marco de Desempeño” (Anexo A). El Fondo Mundial recomienda que el plan de trabajo y el presupuesto sigan este mismo orden.*

Si se prevén actividades que beneficien al sistema de salud y que puedan incluirse fácilmente en la descripción del programa de tuberculosis (porque contribuyen sobre todo a los resultados en materia de tuberculosis), inclúyalas solo en esta sección de la propuesta para la Novena Convocatoria.

Nota: *Si se prevén otras actividades que beneficien conjuntamente a los resultados en materia de VIH, tuberculosis y malaria (y a los resultados en materia de salud aparte de estas tres enfermedades), y que no puedan incluirse fácilmente en una estrategia de “programa por enfermedad”, podrán incluirse en la sección **4B en una propuesta por enfermedad** en la Novena Convocatoria. El solicitante deberá decidir en qué enfermedad incluye la sección 4B (pero en una sola ocasión). → Para más información sobre esta elección, véanse las [Directrices para la Novena Convocatoria](#)(sección 4.5.1).*

- a. Los dos receptores principales: el MSPAS y el PNUD, son los garantes de la ejecución de la presente propuesta. Considerando que está focalizada en 26 municipios priorizados que contienen 1281 asentamientos urbanos precarios y las poblaciones a intervenir constituyen el centro principal en las que se desarrollaran muchas de las actividades, es importante señalar que la participación de la sociedad civil, los grupos organizados, la familia y la comunidad serán factores claves en la ejecución de esta propuesta. A continuación se detalla la distribución de responsabilidades por RP para cada área de prestación:

Objetivo 1. Implementar una estrategia diferenciada en atención a las características de cada grupo poblacional para el control de la TB en poblaciones de asentamientos urbanos precarios de 26 municipios priorizados.	
APS 1.1 Atención de la TB en la comunidad	Responsable: PNUD
APS 1.2 Apoyo al paciente	Responsable: MSPAS
APS 1.3 PPM	Responsable: MSPAS
APS 1.4 ACMS	Responsable: PNUD
APS 1.5 Gestión y supervisión	Responsable: MSPAS
APS 1.6 Monitoreo y evaluación	Responsable: MSPAS
Objetivo 2. Fortalecer el control de la TB en 18 centros penitenciarios de 26 municipios priorizados.	
APS 2.1. Población de de alto riesgo de centros penales (las actividades serán compartidas con el otro receptor principal: el PNUD)	Responsables: MSPAS y PNUD (las actividades de esta área de prestación de servicios serán compartidas entre ambos receptores principales)
APS 2.2. Monitoreo y evaluación	Responsable: MSPAS
Objetivo 3: Fortalecer el diagnóstico oportuno, el manejo y la prevención de la TB en personas que viven con el VIH SIDA en 26 municipios priorizado.s	
APS 3.1 Mejora del diagnóstico	Responsable: MSPAS

Tuberculosis. Novena Convocatoria

APS 3.2 Actividades de colaboración TB-VIH	Responsable: PNUD
APS 3.3 Monitoreo y evaluación	Responsable: MSPAS
Objetivo 4. Profundizar el manejo de contactos de pacientes TB en 26 municipios priorizados.	
APS 4.1 Grupos de alto riesgo	Responsable: MSPAS
APS 4.2 Monitoreo y evaluación	Responsable: MSPAS
Objetivo 5. Prevenir la TB-MDR mediante el abordaje diferenciado de los grupos en alto riesgo a desarrollar resistencia y manejo de casos resistentes en 26 municipios priorizados.	
APS 5.1 TB-MDR	Responsable: MSPAS
APS 5.2 Control de infecciones	Responsable: MSPAS
APS 5.3 Monitoreo y evaluación	Responsable: MSPAS

- b. Como ya se ha destacado, el objetivo general de la propuesta es “proporcionar atención integral para la prevención y el control de la tuberculosis a poblaciones vulnerables para TB de 26 municipios priorizados en el país”. Para ello se han planificado los siguientes objetivos específicos y actividades, las cuales serán responsabilidad de los dos receptores principales, de acuerdo con la distribución destacada en el cuadro anterior.

Con el objetivo específico 1: **implementar una estrategia diferenciada en atención a las características de cada grupo poblacional para el control de la TB en poblaciones de asentamientos urbanos precarios de 26 municipios priorizados (1 010 126 habitantes)**. Con ello se pretende fortalecer la atención en la comunidad, reforzando un fuerte componente de organización y movilización comunitaria para la detección de personas con sospecha de TB, confirmación de casos y seguimiento de pacientes y contactos, a través del respaldo de la red de laboratorios y unidades de salud públicas, así como el involucramiento de los servicios de salud no públicos y de organizaciones comunitarias de estas áreas, con la implementación de la estrategia PPM/APP y ACMS- De igual manera, se realizará un fortalecimiento de capacidades de gestión del PNTYER y de otros subreceptores, así como de las acciones de monitoreo y evaluación. Indicadores: 1.1 Casos nuevos de TB Bk (+) referidos por la comunidad de los 26 municipios priorizados. 1.2 Pacientes atendidos por la comunidad de los 26 municipios priorizados durante el tratamiento. Con el objetivo específico 2, se ha propuesto: **fortalecer el control de la TB en 18 centros penitenciarios de los 26 municipios priorizados (17606 privados de libertad)**. Con ello, se busca fortalecer las acciones de control de TB en los 18 centros penitenciarios, implementando las últimas normas internacionales recomendadas por la OMS, a través de la adaptación de las normas a la realidad nacional y la capacitación del recurso humano en su aplicación; también, a través del reforzamiento de la capacidad para el diagnóstico oportuno de la TB, TB/VIH y TB-MDR, así como del manejo clínico mediante la incorporación de dos unidades médicas móviles y una unidad móvil de rayos X; el fortalecimiento de la dotación de insumos y suministros, así como la implementación de las medidas de control de infecciones en tres niveles, según la necesidad. Indicadores: 2.1 Casos nuevos de TB Bacteriológicamente (+) diagnosticados recientemente en cárceles. 2.2 Tasa de éxito del tratamiento para casos de TB con BK+ recientemente diagnosticados detectados en cárceles.

El objetivo específico 3 es: **fortalecer el diagnóstico oportuno, el manejo y la prevención de la TB en personas que viven con el VIH-SIDA en los 26 municipios priorizados (16077 personas)**. Con este objetivo, se busca la profundización de las actividades para la investigación y el manejo de contactos de pacientes de TB, mediante el fortalecimiento de la búsqueda activa y la evaluación de contactos, y de las visitas domiciliarias de seguimiento, así como la garantía de terapia preventiva a los contactos menores de 10 años y a los grupos con alto riesgo de desarrollar TB, según las recomendaciones internacionales. Indicador: 3.1 Pacientes con TB registrados que se han realizado pruebas del VIH del total de casos de TB registrados. 3.3 Nuevos casos de TB detectados en PVS

Con el objetivo específico 4: **profundizar el manejo de contactos de pacientes TB en los 26 municipios priorizados (4588 contactos)**, se busca fortalecer las actividades para la investigación precoz de TB y el manejo estandarizado de contactos de pacientes con la enfermedad, mediante el fortalecimiento de la búsqueda activa y la evaluación de contactos, y de las visitas domiciliarias de seguimiento, así como la garantía de terapia preventiva a los contactos menores de 10 años y a los grupos con alto riesgo de desarrollar TB, según las recomendaciones internacionales. Indicadores: 4.1 Casos de tuberculosis identificados entre contacto de tuberculosis (número)

Con el objetivo específico 5: **prevenir la TB-MDR mediante el abordaje diferenciado de los grupos en alto**

Tuberculosis. Novena Convocatoria

riesgo de desarrollar resistencia y el manejo de casos resistentes en los 26 municipios priorizados (1840 personas), se pretende fortalecer el establecimiento de un manejo exhaustivo de los pacientes en riesgo de desarrollar TB-MDR, a través de la vigilancia sistemática y organizada por medio de cultivos, tipificación, sensibilidad y resistencia, con la introducción de nuevas técnicas diagnósticas para todos los casos que lo ameriten. Además, se ha planificado la implementación de un plan integral de control de infecciones al interior de los servicios de salud de los 26 municipios, que incluye la aplicación de medidas administrativas, ambientales y de protección personal. Indicadores: 5.1. Casos notificados de MFR-TB confirmados bacteriológicamente (número y porcentaje) 5.3 Tasa de éxito del tratamiento para casos de MFR-confirmados bacteriológicamente entre todos los casos de MFR-TB registrados en tratamiento durante un período de tiempo específico.

4.5.2. Nueva presentación de una propuesta presentada en la Octava Convocatoria (o Séptima Convocatoria) no recomendada por el PRT

Si procede, describa los ajustes realizados a los planes de ejecución y a las actividades para tener en cuenta cada uno de los “puntos débiles” identificados en el “Formato de Revisión del PRT” en la Octava Convocatoria (o en la Séptima Convocatoria, si esa fue la última ocasión en la que se presentó una solicitud y no fue recomendada para recibir financiamiento).

N/A

4.5.3. Lecciones aprendidas de la experiencia de ejecución

¿De qué forma aprovechan los planes y actividades de ejecución descritos en la sección 4.5.1 las lecciones aprendidas durante la ejecución del programa (ya sean subvenciones del Fondo Mundial o de otras fuentes)?

El apoyo financiero brindado por el Fondo Mundial no solo ha contribuido a la lucha contra la TB en el país, sino que también ha permitido obtener las siguientes lecciones aprendidas:

- La aplicación de la estrategia DOTS/TAES sin la articulación de todos los organismos, sectores y comunidades mantienen la brecha en la detección, puesto que no se captan todos los casos esperados. Por tanto es importante la articulación de todos los organismos e instituciones del sector salud, los afectados y los gobiernos locales en la lucha contra la Tuberculosis, a través de la generación de espacios de coordinación, intercambio de ideas y aportes de recursos específicos.
- Intervenir en grupos de alto riesgo y mayor vulnerabilidad permitió tener conocimiento de la verdadera carga de enfermedad y la necesidad de intervenir de manera sostenida en dichas poblaciones.
- Se ha generado una importante capacidad nacional para el manejo de subvenciones en la administración integral de otros programas o proyectos de esta naturaleza.
- La sensibilización del sector salud y otros sectores ha permitido evidenciar la magnitud de la problemática de la TB y han comenzado a contribuir a su control.
- La inversión de fondos adicionales permitió evidenciar aun más la magnitud de la coinfección TB/VIH y la necesidad de fortalecer las actividades colaborativas entre ambos programas.
- Con las intervenciones de Ronda 2 se ha logrado mayor visibilidad del problema de la TB tanto a nivel de políticos, técnicos y en la comunidad, de igual manera la incorporación en el mecanismo de coordinación del país de personas afectadas por la TB ha facilitado la toma de decisiones y el diseño de estrategias de intervención más efectivas.
- El mejor conocimiento de los determinantes sociales de la enfermedad y el riguroso análisis de brecha ha dado pauta a un abordaje más integrado del Plan estratégico para el control de la TB, así como su vinculación con políticas de desarrollo y combate a la pobreza tales como “comunidades urbanas y rurales solidarias”

4.5.4. Mejora de la igualdad social y de género

Explique de qué forma contribuirá la estrategia global de esta propuesta a conseguir la igualdad en el acceso a servicios de calidad, asequibles y localmente disponibles en materia de diagnóstico, tratamiento y/o atención y apoyo en materia de tuberculosis.

(Si algunos grupos de población encuentran barreras en el acceso, como las mujeres y niñas, las y los adolescentes, las minorías sexuales y otras poblaciones clave afectadas, asegúrese de que su explicación ofrezca una respuesta por separado para hombres y mujeres, y niñas y niños).

Tuberculosis. Novena Convocatoria

Para efectos de esta propuesta, se asegurará que los factores determinantes de equidad de género se contemplen en las siguientes dimensiones: el estado de la salud, la atención de la salud y la participación en la gestión de la salud.

En cuanto al estado de la salud, al término de la ejecución de la propuesta se habrá logrado que los niveles de salud y bienestar sean comparables entre mujeres y hombres. Esto implica que, en razón de que el sexo mayormente afectado por la TB es el masculino, se dirigirán acciones específicas hacia este sector de la población: jornadas de sensibilización, material educativo, etc., que aborde el autocuidado masculino, de tal manera que se comprenda que las exigencias sociales asociadas con el ejercicio del poder ejercen efectos negativos no sólo en las mujeres sino también en los hombres.

En la participación en la gestión de la salud, a través de esta propuesta se asegurará que exista un balance justo en la distribución por sexo del trabajo (remunerado y no remunerado), y del poder en la toma de decisiones. Por tanto, se garantizará que los agentes urbanos solidarios (AUS) contratados para la búsqueda, referencia y manejo de la TB sean seleccionados atendiendo el criterio de mantener un equilibrio en el número de mujeres y hombres empleados. Generalmente no es valorado el hecho de que las principales gestoras y proveedoras de servicios de atención dentro de la familia y la comunidad son las mujeres; esto, sin contar con el papel desempeñado por ellas en el cuidado de ancianos, niñas y niños, personas con discapacidad, enfermos y sanos del núcleo familiar. Por eso, los talleres, las jornadas educativas, el material educativo, etc., deberá abordar este aspecto a fin de generar un entorno más favorable para las mujeres, lo cual podría incluir la creación de estructuras de apoyo para la provisión de atención en el hogar.

La atención en la salud con perspectiva de género implica que se responderá a las necesidades de salud integral de las usuarias y los usuarios, con alternativas técnicas de alto nivel y respetuosas de su dignidad que garanticen la resolución del motivo de consulta en el momento oportuno y a un costo accesible; que tomen en cuenta el conocimiento que tienen las mujeres sobre sus procesos de salud; que propicien su autoestima, autonomía, percepción y ejercicio del derecho a la salud y a decidir; y que promuevan la participación consciente y equitativa de los hombres en los procesos de salud sexual y reproductiva.

A través de la ejecución de esta propuesta, se asegurará que estos ejes se encuentren presentes en todo el proceso formativo de los involucrados.

Tuberculosis. Novena Convocatoria

4.5.5 Estrategia para mitigar las consecuencias iniciales no previstas

Si la presente propuesta incluye (en la sección 4.5.1.) actividades que ofrezcan una respuesta específica para cada enfermedad a las deficiencias del sistema de salud que tengan un impacto en los resultados para la enfermedad, explique:

- los factores considerados a la hora de decidir seguir adelante con la solicitud por enfermedad; y
- la estrategia propuesta del país para mitigar las posibles consecuencias negativas de un enfoque específico de la enfermedad

Con la presente propuesta se espera estimular la demanda en los servicios, como consecuencia de incentivar la consulta temprana, el diagnóstico oportuno y el tratamiento supervisado. Para responder a este incremento en la demanda se ha considerado en la fase inicial del proyecto la dotación de insumos, equipos y personal, así como el compromiso de sostenibilidad por parte del Estado.

La innovación tecnológica para el diagnóstico y el incremento en el número de personas a ser tratadas tiene un fuerte impacto presupuestario para el SNS. Para mitigar esta consecuencia, se cuenta con el compromiso de sostenibilidad de las actividades por parte del Gobierno, al finalizar el periodo de la subvención.

Como consecuencia de todas estas medidas, también se espera una disminución de la carga social y económica de la enfermedad y una mejora de la calidad de vida de la población del país.

4.6. Vínculos con otras intervenciones y programas

4.6.1. Otras subvenciones del Fondo Mundial

Describa cualquier vínculo entre el enfoque de esta propuesta y las actividades correspondientes a cualquier subvención actual del Fondo Mundial. (*Por ejemplo, esta propuesta solicita apoyo para ampliar la escala de una terapia antirretrovírica y una subvención actual ofrece apoyo a iniciativas de prestación de servicios para asegurar que pueda ofrecerse el tratamiento*).

Las propuestas deberán explicar claramente si la presente propuesta solicita apoyo para las mismas intervenciones que ya están previstas en una subvención actual o en una propuesta aprobada de la Séptima u Octava Convocatoria, y la forma en que se evitarán las duplicidades. Asimismo es importante describir el motivo de los retrasos en la ejecución de las subvenciones actuales del Fondo Mundial, y lo que se está haciendo para resolver estos problemas para que no afecten también a la ejecución de la presente propuesta.

La presente propuesta solicita apoyo para intervenciones complementarias a las acciones programadas y ejecutadas en segunda ronda. La estrategia de esta propuesta es nueva y se enfoca en grupos poblacionales no cubiertos por ninguna iniciativa; además contribuirá a conseguir igualdad en el acceso a servicios de calidad, asequibles y localmente disponibles, en prevención, tratamiento y/o asistencia y ayuda en materia de tuberculosis, a grupos altamente vulnerables en los 26 municipios priorizados, los cuales sufren extrema pobreza alta y severa, en donde existe una alta incidencia de TB, prevalencia de TB/VIH y mortalidad, entre otros factores.

4.6.2. Vínculos con apoyo(s) no financiado(s) por el Fondo Mundial

Describa cualquier vínculo entre la presente propuesta y las actividades apoyadas por fuentes ajenas al Fondo Mundial (*resumiendo los principales logros previstos para ese financiamiento en el mismo periodo que la presente propuesta*).

Las propuestas deberán explicar con claridad si la presente propuesta solicita apoyo para intervenciones que son nuevas y/o que complementan intervenciones actuales ya previstas a través de otras fuentes de financiamiento.

La propuesta actual solicita apoyo para intervenciones que son nuevas, pero también se complementan intervenciones previstas a ejecutar a través el Plan Estratégico Nacional para la Prevención y Control de la Tuberculosis en El Salvador 2008-2015, cuya fuente única de financiamiento son los fondos aportados por el Gobierno, los cuales, en su mayoría, se invierten en salarios y en la hospitalización, diagnóstico y tratamiento de casos y contactos para aquellos pacientes que usan esquemas de tratamiento de primera línea.

Tuberculosis. Novena Convocatoria

4.7. Sostenibilidad del programa

4.7.1. Fortalecimiento de las capacidades y los procesos para lograr mejores resultados en materia de tuberculosis

El Fondo Mundial es consciente de que la capacidad limitada de las organizaciones del sector gubernamental y no gubernamental (incluidas las organizaciones con base comunitaria), puede ser una limitación significativa en la capacidad para llegar a la población y ofrecerle servicios (por ejemplo, atención domiciliaria, contacto con la comunidad, cuidado de huérfanos, etc.).

Describa la forma en que esta propuesta contribuye al fortalecimiento y/o desarrollos generales de los sistemas e instituciones públicos, privados y comunitarios para garantizar una mejor prestación de servicios y consecución de resultados en materia de tuberculosis. → [Refiérase a evaluaciones nacionales, si éstas existen.](#)

La presente propuesta fortalecerá la atención de los servicios de salud, la atención laboratorial y la articulación comunitaria a través de la dotación de equipos e insumos, la ampliación de infraestructuras, así como la modificación de normativas y la capacitación de recursos humanos .

Se fortalecerá la respuesta comunitaria a través de la contratación y capacitación de los agentes comunitarios de salud, la conformación de directivas comunales y alianzas con organizaciones privadas sin fines de lucro que actuarán como subreceptoras en la propuesta.

La implementación del sistema de monitoreo y evaluación de estas actividades, así como la elaboración de reportes periódicos permitirá dar un seguimiento oportuno al proceso.

Se ha considerado la capacitación del personal técnico y profesional en elementos técnicos y gerenciales, a fin de que el diagnóstico y el tratamiento de la TB pueda ejecutarse en los servicios de salud más periféricos de la red de los 26 municipios priorizados. Los recursos humanos planificados a ser contratados son indispensables para asumir las acciones planificadas, y se han incluido acciones fuertes de abogacía y logro de compromiso político para su absorción al mediano plazo.

A través de todas las acciones mencionadas, se busca ampliar la cobertura de servicios, tratamientos y cuidados hacia las AUP y todas las otras poblaciones vulnerables consideradas dentro de la propuesta.

Las actividades de asistencia técnica están diseñadas no solo para colaborar en el desarrollo de acciones sino, además, para la creación y el fortalecimiento de capacidades locales. Al estar la propuesta articulada con los planes nacionales para el control y la prevención de la tuberculosis, y de salud, las acciones presentadas fortalecerán las estructuras departamentales, municipales y comunitarias de las áreas de influencia del proyecto.

4.7.2. Concordancia con marcos de desarrollo más amplios

Describa la forma en que la estrategia de la presente propuesta se integra en marcos de desarrollo más amplios, como las estrategias de reducción de la pobreza, la iniciativa en favor de los países pobres muy endeudados, los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), un plan actual de desarrollo del sector nacional de salud y otras iniciativas importantes, como el Plan Mundial para Detener a la Tuberculosis 2006-2015 (Alto a la TB), para actividades de colaboración VIH/TB.

El Salvador está comprometido con el cumplimiento de los ODM y, como tal, ha direccionado el Plan Estratégico Nacional para la Prevención y Control de la Tuberculosis en El Salvador 2008-2015 para cumplir con estas metas. De igual manera, se ha retomado el desarrollo y la implantación de la estrategia "Alto a la TB", emanada por la OMS. En consecuencia, ambos compromisos direccionan las acciones en el país.

Es importante destacar que la presente propuesta se integra en marcos de desarrollo más amplios, como las estrategias de reducción de la pobreza, impulsada por el gobierno central a través de sus programas "Comunidades Rurales Solidarias" y "Comunidades Urbanas Solidarias", los cuales, a su vez, se articulan con el programa de extensión de cobertura de salud, como con el Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD). En conjunto, comparten los objetivos de: (a) mejorar la salud y la nutrición, (b) mejorar la educación básica, (c) fortalecer la oferta de servicios de salud, nutrición y educación básica, (f) mejorar la infraestructura social básica y (g) dotar de herramientas que permitan la seguridad alimentaria y la sostenibilidad económica del hogar.

Tuberculosis. Novena Convocatoria

4.8. Medición del impacto

4.8.1. Sistemas de medición del impacto

Describa los puntos fuertes y débiles de los sistemas existentes en el país que se emplean para realizar el seguimiento o monitoreo de los logros en los resultados nacionales respecto a la tuberculosis y la medición del impacto.

En caso de existir alguna, en su descripción examine una evaluación nacional o externa reciente del sistema de medición del impacto.

La implementación de actividades para el control y la prevención de TB se realizan a través de planes anuales operativos con evaluaciones trimestrales por los SIBASI; y mensuales, por los niveles locales, con la participación de todo el sector. Las evaluaciones se desarrollarán con indicadores epidemiológicos y operacionales estandarizados previamente definidos, con la finalidad de medir la eficacia de las intervenciones realizadas. El programa también solicita evaluaciones externas a la Organización Panamericana para la salud (OPS).

Las principales fuentes de verificación utilizadas son: (a) informes de recolección de datos epidemiológicos y operacionales; (b) informes de las visitas de monitoreo a los diferentes niveles; (c) resultados de estudios de investigación, tanto operacional como epidemiológica (RAIT, TB-MDR, coinfección, otros); (d) informes de reuniones y talleres referentes a centros penitenciarios, coinfección TB/VIH, instituciones formadoras de recursos humanos en salud, PPM/APP, PAL, reuniones de la red de laboratorios y de enfermería; y (e) Informes de las visitas de evaluación externa por OPS/OMS.

El MSPAS cuenta con un sistema de estadísticas de morbi-mortalidad que integra información de todos los programas a nivel nacional, incluyendo el de la TB. Así, se produce el Informe estadístico mensual acumulado (IEMA), el cual es utilizado por todos los establecimientos para la notificación estadística mensual de las actividades de TB. Esta información se consolida a nivel nacional, lo que permite tener una visión clara de la situación de la enfermedad. El PNTYER cuenta con un sistema mecanizado del registro general de casos. A esta información, se le añade la de otros proveedores de salud, como el ISSS y los centros penales. Sin embargo, aún no se obtiene el reporte de todos los proveedores del sistema de salud.

Si bien es cierto que se cuenta con sistemas de información que brindan datos de calidad, también se cuenta con un sistema de vigilancia epidemiológica comunitaria (VECO), el cual no es implementado de manera satisfactoria, lo que constituye una debilidad importante dentro del sistema de monitoreo y evaluación institucional.

El proceso de monitoreo y supervisión de las actividades tienen algunos vacíos de información generados por frecuentes alteraciones de la programación establecida, debido a la carencia de recursos logísticos, lo que en ocasiones impide las visitas a los establecimientos de salud en los diferentes niveles de atención.

Los sistemas informáticos tienen limitaciones en cuanto a robustez y modernidad, lo que puede generar alteraciones en cuanto a la disposición de datos pertinentes, oportunos y válidos para los planificadores y tomadores de decisiones; a la optimización y priorización en la asignación de los recursos; así como en el diseño e implementación de intervenciones y estrategias eficaces en la prevención y atención de la enfermedad.

4.8.2. Evitar reportes de información paralelos

¿Hasta qué punto las disposiciones de monitoreo y evaluación ("M+E") previstas dentro de esta propuesta (a nivel de la implementación del RP, de los sub-receptores y a nivel comunitario) utilizan los marcos y sistemas de reporte existentes (incluidos los circuitos y ciclos de reporte, y/o selección de indicadores)?

Las disposiciones de monitoreo y evaluación previstas dentro de esta propuesta, utilizan los marcos y sistemas de reporte de información ya existentes. Actualmente, el país cuenta con el Plan Nacional de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica, y se tiene ya una normativa de operativización del mismo, que contemplará los indicadores del proyecto del Fondo Mundial, como parte de los indicadores nacionales.

El sistema único de monitoreo, evaluación y vigilancia epidemiológica está diseñado para garantizar: (a) la disposición de datos pertinentes, oportunos y válidos para los planificadores y tomadores de decisiones; (b) el uso oportuno de la información; (c) la optimización y priorización en la asignación de los recursos; y (d) el diseño y la implementación de intervenciones y estrategias eficaces en la prevención y atención del VIH, de acuerdo con las necesidades de la población en condiciones de vulnerabilidad, sin embargo adolece de las mismas debilidades en el apartado 4.8.1

Tuberculosis. Novena Convocatoria

4.8.3. Fortalecimiento de los sistemas de monitoreo y evaluación

¿Qué mejoras de los sistemas de M+E del país (incluidos los de los Receptores Principales y de los sub-receptores) se incluyen en esta propuesta a fin de superar las deficiencias y/o fortalecer los informes en el marco nacional de los sistemas de medición del impacto?

→ *El Fondo Mundial recomienda que entre el 5% y el 10% del presupuesto total de la propuesta se destine a actividades de M+E, a fin de fortalecer los sistemas de M+E actuales.*

El monitoreo y la evaluación del proyecto es responsabilidad del MSPAS, a través de la Unidad Ejecutora, la cual establecerá los procesos e hitos para monitorear la implementación y medir el avance del programa en su conjunto.

De manera general, las responsabilidades de la Unidad Ejecutora serán las siguientes: (a) diseñar los flujos de información y formatos de recolección acorde con los objetivos e indicadores establecidos; (b) procesar y alimentar la base de datos; (c) analizar la información sistemáticamente de manera participativa; (d) editar indicadores y tablas, y retroalimentar a los niveles correspondientes.

La Unidad Ejecutora elaborará y ejecutará el sistema de vigilancia para la ejecución del proyecto, el monitoreo y la evaluación, basado en las directrices ya definidas por el FM; asimismo, garantizará la representación y la participación activa de los beneficiarios. Con el monitoreo de las actividades, se revisará el grado de cumplimiento de las metas en cada área del programa, de acuerdo con el plan anual de trabajo.

La Unidad Ejecutora presentará —al MSPAS, al CCE y al FM— informes periódicos para dar a conocer los resultados y el progreso en el cumplimiento de metas. También, contratará servicios de consultoría externa, de acuerdo con términos de referencia previamente aprobados, para llevar a cabo la evaluación del proyecto.

Los informes de avance y el proceso de evaluación de medio término formarán la base para la solicitud de la fase dos del financiamiento del FM y para la definición del plan de trabajo para el tercer año de ejecución, el cual incluirá cualquier modificación o revisión requerida. Para medir el impacto del proyecto, se llevará a cabo una evaluación final. Esta tendrá como base las metas y los indicadores de seguimiento y de resultado acordados en la propuesta, tomando como referencia la línea basal establecida.

Se hará un plan de monitoreo y evaluación con indicadores y metas establecidas de acuerdo a las tareas programáticas por actividad. Los estudios en grupos especiales que periódicamente realizan otros organismos internacionales y científicos académicos serán complementarios a los informes de avance y a las evaluaciones intermedias y de impacto del proyecto en grupos vulnerables y, especialmente, en los de mayor riesgo.

4.9. Capacidad de ejecución

4.9.1 Receptor(es) Principal(es)

Describa las respectivas capacidades técnicas, financieras y de gestión que tiene cada Receptor Principal para gestionar y supervisar la ejecución del programa (o la proporción de la propuesta que le corresponde, si procede).

*En la descripción, describa posibles obstáculos previstos para lograr un buen desempeño, refiriéndose a cualquier evaluación previa existente del Receptor/es Principal/es, **distinta de los “Informes del desempeño de las subvenciones del Fondo Mundial”**. Los planes para abordar las necesidades en cuanto a las capacidades deberán describirse en la sección 4.9.6 a continuación, e incluirse (si procede) en el plan de trabajo y el presupuesto.*

RP 1	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)
Dirección	Calle Arce, N.º 827, San Salvador

Tuberculosis. Novena Convocatoria

El primer Receptor Principal, el MSPAS, tiene capacidades administrativas, financieras y técnicas comprobadas para asumir la gestión y la ejecución de proyectos con financiamiento del Fondo Mundial, ya que cuenta con unidades específicas para la realización de los diferentes procesos, tanto de compra, contable, financiero y técnicos especializados para desarrollar los programas convenidos ante Fondo Global en El Salvador. También, cuenta con mucha experiencia en la ejecución de este tipo de proyectos, ya que, desde 2006, fue nominado receptor principal para Ronda 2 Fase II para componente Tuberculosis y VIH/SIDA, además de ser nominado también Receptor Principal para la ejecución del Proyecto Fondo Global Ronda 7 Fase I Componente VIH/SIDA. Además, obtuvo el reconocimiento y la nominación, con calificación "A", de acuerdo con las evaluaciones del Fondo Global.

Las actividades administrativas vinculadas al tema de adquisición y contratación de bienes y servicios están sujetas al cumplimiento de la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública del país y sujetas al cumplimiento del plan de compras y del plan de actividades trabajados para cada uno de los componentes (VIH-SIDA y TB. Estos procesos licitatorios son realizados por la Unidad de Adquisiciones de la cartera de Salud.

Para las actividades relacionadas con el tema de las finanzas, existe la Unidad Financiera de Fondos Externos. Las funciones principales de esta instancia son: velar por la ejecución de los fondos provenientes en calidad de donación al MSPAS, que ese dinero sea utilizados con transparencia y responsabilidad, y para los fines que fueron convenidos. Esta unidad también es la responsable del control y el seguimiento de pagos de bienes y servicios, y de de todos los procesos y movimientos bancarios, en cumplimiento a la Ley Orgánica de la Administración Financiera del Estado. Esta ley tiene por objeto: normar y armonizar la gestión financiera del sector público; y establecer el Sistema de Administración Financiera Integrado, que comprende los Subsistemas de Presupuesto y Contabilidad Gubernamental, en lo que se refiere a proyectos.

Además, para el registro, el procesamiento y el control de los fondos de los proyectos, el Ministerio de Salud cuenta con la Unidad de Contabilidad,, la cual es el elemento integrador del Sistema de Administración Financiera. Este sistema está constituido por un conjunto de principios, normas y procedimientos técnicos para recopilar, registrar, procesar y controlar, en forma sistemática, toda la información referente a las transacciones del sector público, expresable en términos monetarios, con el objeto de proveer información sobre la gestión financiera y presupuestaria. Sus objetivos son:

- Establecer, poner en funcionamiento y mantener en cada entidad y organismo del sector público, un modelo específico y único de contabilidad y de información que integre las operaciones financieras, tanto presupuestarias como patrimoniales, e incorpore los principios de contabilidad generalmente aceptables, aplicables al sector público.
- Proveer información de apoyo a la toma de decisiones de las distintas instancias jerárquicas administrativas responsables de la gestión y evaluación financiera y presupuestaria, en el ámbito del sector público, así como para otros organismos interesados en el análisis de la misma;
- Obtener de las entidades y organismos del sector público información financiera útil, adecuada, oportuna y confiable; y posibilitar la integración de los datos contables del sector público en el sistema de cuentas nacionales.

El MSPAS ha fortalecido las diferentes unidades antes mencionadas con recursos humanos técnicos, administrativos y financieros, para desempeñar funciones específicas en respuesta al compromiso de convenios adquiridos con el proyecto de Fondo Global. Entre sus funciones está: apoya los procesos de licitación, contables, financieros, administrativos, informáticos, técnico-médicos, y de seguimiento y control.

Uno de los aspectos en los que el MSPAS ha podido contribuir, por ser una instancia gubernamental, es la conciliación de las políticas y regulaciones establecidas por el Fondo Mundial con las leyes y reglamentos aplicables al manejo de recursos financieros del país.

En la ejecución de la propuesta, "Atención integral a poblaciones vulnerables de 26 municipios priorizados en El Salvador para la prevención y control de la TB", el MSPAS actuará como receptor principal en conjunto con el PNUD. Este Ministerio ejecutará las acciones diseñadas para cada área de prestación de servicios (APS) en cada uno de los objetivos:

Objetivo 1. Implementar una estrategia diferenciada para el control de la TB en poblaciones de asentamientos urbanos precarios de 26 municipios priorizados:

- APS 1.2 Apoyo al paciente
- APS 1.3 PPM/APP

Tuberculosis. Novena Convocatoria

<p>APS 1.5 Gestión y supervisión APS 1.6 Monitoreo y evaluación</p> <p>Objetivo 2. Fortalecer el control de la TB en 18 centros penitenciarios de 26 municipios priorizados.</p> <p>APS 2.1 Población de alto riesgo, de centros penales (las actividades serán compartidas con el otro receptor principal: el PNUD). APS 2.2 Monitoreo y evaluación</p> <p>Objetivo 3. Fortalecer el diagnóstico oportuno, el manejo y la prevención de la TB en personas que viven con el VIH SIDA en 26 municipios priorizados.</p> <p>APS 3.1 Mejora del diagnóstico</p> <p>Objetivo 4. Profundizar el manejo de contactos de pacientes TB en 26 municipios priorizados.</p> <p>APS 4.1 Grupos de alto riesgo (contactos de pacientes de TB) APS 4.2 Monitoreo y evaluación</p> <p>Objetivo 5. Prevenir la TB-MDR mediante el abordaje diferenciado de los grupos con alto riesgo de desarrollar resistencia y manejo de casos resistentes en 26 municipios priorizados</p> <p>APS 5.1 TB-MDR APS 5.2 Control de infecciones APS 5.3 Monitoreo y evaluación</p> <p>Las demás acciones correspondientes a cada área de prestación por cada objetivo será responsabilidad del otro receptor principal propuesto: el PNUD.</p>

RP 2	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
Dirección	Edificio Naciones Unidas, Boulevard Orden de Malta Sur N.º 2B, Antiguo Cuscatlán, El Salvador
<p>El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) fue establecido por la Asamblea General de las Naciones Unidas, bajo el Consejo Económico y Social. El PNUD es, por tanto, una agencia multilateral de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) financiada por las contribuciones voluntarias de los Estados miembros, y dedicada a proveer asistencia para el desarrollo. Así, tiene un carácter de organización sin fines de lucro. Es la red de ONU que conecta a los países con el conocimiento. Es una organización que aboga por el cambio, la experiencia y los recursos para ayudar a las personas a construir un mejor nivel de vida. Está presente en 166 países a nivel global y tiene representaciones en 24 países de América Latina.</p> <p>En 2002, el PNUD inicio una alianza con el Fondo Global, con el objeto de cooperar a nivel corporativo en dos ejes principales: servir como Receptor Principal bajo ciertas circunstancias, apoyando el desarrollo de capacidades locales para la ejecución de propuestas; y proveer asistencia técnica en la ejecución de las propuestas a los Receptores Principales y Subreceptores. A la fecha, esta alianza ha permitido establecer lineamientos estratégicos y operativos relativos al apoyo de PNUD en la implementación de las propuestas con el Fondo Global. Los asuntos relativos al Fondo Global han sido delegados a los Directores de los burós regionales. Asimismo, un equipo dedicado exclusivamente a apoyar la alianza con el Fondo Global y dar seguimiento a la implementación de las subvenciones está ubicado en las oficinas principales del PNUD en New York.</p> <p>El perfil institucional de PNUD refleja el énfasis puesto en el desarrollo de capacidades nacionales. Cada región y Sub región tiene un equipo de Especialistas en desarrollo de capacidades cuyo rol es vincular las contrapartes nacionales con el conocimiento, la investigación, mejores prácticas y posibilidades de capacitación. El equipo de desarrollo de capacidades en VIH/SIDA en Panamá cuenta con cuatro expertos internacionales que actúan como recurso humano disponible en aspectos relativos a VIH/SIDA en la región de América Latina y El Caribe, involucrados en la coordinación de proyectos del Fondo Global y la coordinación programática para los países en temas de VIH.</p> <p>Desde su firma, la alianza con el Fondo Global ha crecido significativamente. De manejar una subvención de US\$6.7 millones en Haití ha pasado a gerenciar 63 subvenciones en 26 países alrededor del mundo por un monto de US\$823 millones, con una base bianual y más de US\$1.1 billones en razón del presupuesto total de las subvenciones. En Latinoamérica y el Caribe, el PNUD está manejando actualmente cuatro subvenciones en tres países (Bolivia, Cuba y El Salvador) por un monto total de US\$ 65 millones. Previamente, esta agencia ha manejado subvenciones por US\$ 200 millones en Argentina, Haití, Honduras y Panamá.</p> <p>En la ejecución de la propuesta "Atención integral a poblaciones vulnerables de 26 municipios priorizados en El</p>	

Tuberculosis. Novena Convocatoria

Salvador para la prevención y el control de la TB”, el PNUD actuará como RP, en conjunto con el MSPAS. El PNUD ejecutará las acciones correspondientes para los siguientes objetivos y a través de las siguientes áreas de prestación:

Objetivo 1. Implementar una estrategia diferenciada para el control de la TB en poblaciones de asentamientos urbanos precarios de 26 municipios priorizados.

APS 1.1 Atención de la TB en la comunidad
APS 1.4 ACMS

Objetivo 2. Fortalecer el control de la TB en 18 centros penitenciarios de 26 municipios priorizados.

APS 2.1 Población de alto riesgo de Centros Penales, (las actividades sera compartidas con el otro receptor principal MSPAS

Objetivo 3. Fortalecer el diagnóstico oportuno, el manejo y la prevención de la TB en personas que viven con el VIH-SIDA en 26 municipios priorizados.

APS 3.2 Actividades de colaboración TB VIH

El PNUD tiene su propia estructura organizativa, y sus políticas y procedimientos que guían el quehacer diario de esa institución. Sus sistemas financieros son corporativos y son la base para enviar información a la sede y a los donantes. El manual de operaciones de campo es regularmente actualizado de acuerdo con los cambios a nivel mundial y contiene las regulaciones programáticas de gestión de proyectos, financieras, de recursos humanos, de adquisiciones de bienes y contrataciones de servicios, que serán aplicadas a las actividades de la presente propuesta. Bajo la alianza con el Fondo Global, ha desarrollado y adaptado una serie de disposiciones contenidas en el Manual Operativo para Receptores Principales del Fondo Global, los cuales serán aplicados en la ejecución de la propuesta de TB.

El manual de operaciones está dividido en secciones, con dos principales: la programática y la operativa. Cada sección establece la política y los procedimientos a seguir a nivel corporativo, pero no impide que se tengan procedimientos a nivel local que apoyen a la transparencia de sus operaciones.

El PNUD cuenta con su propio cuerpo de auditores que apoyan y verifican que las actividades que se realizan estén dentro de las políticas y procedimientos de la institución. Cada dos años, o cuando los auditores lo requieren, se actualizan las matrices de segregación de funciones para asegurarse de que no se generen conflictos o irregularidades a nivel interno. Tiene un catálogo de cuentas suficientemente amplio para codificar todas las áreas de atención programática y operativa.

Asimismo, cuenta con un departamento de asesores nacionales en el área de programas que dan fe de que sus actividades se mueven dentro del plan estratégico aprobado por la sede, y que realizan las evaluaciones pertinentes en los proyectos que están bajo el área de su especialización.

En tanto que el PNUD es RP en varios países de Latinoamérica, ha sido evaluado por el agente local del Fondo en cada uno de los países, con la aprobación respectiva. De acuerdo con los lineamientos del Fondo Global, cada vez que se inicia una nueva subvención, se conduce un nuevo análisis de capacidades.

→ En caso de existir más de tres Receptores Principales, copie y pegue las tablas anteriores.

4.9.2 Sub-receptores	
(a) ¿Participarán los sub-receptores en la ejecución del programa?	Sí
	x No
b) En caso negativo, ¿por qué no?	
El receptor principal delegará en los subreceptores la ejecución de actividades y estos serán contratados directamente por el RP para la ejecución de actividades puntuales que se realizarán a diferente nivel.	
(c) En caso afirmativo , ¿cuántos sub-receptores	<input type="radio"/> 1 – 6

Tuberculosis. Novena Convocatoria

participarán?	<input type="radio"/> 7 – 20
	<input type="radio"/> 21 – 50
	<input type="radio"/> más de 50
(d) ¿Se ha determinado ya quiénes serán los sub-receptores? <i>(En caso afirmativo, adjunte una lista de sub-receptores en la que se mencionen los datos del “sector” al que representan y el ámbito o ámbitos principales de su trabajo durante el periodo de la propuesta.)</i>	<input type="radio"/> Sí <i>[Inserte el número de Anexo en el que figura esta lista]</i>
	<input checked="" type="radio"/> No Responda a la sección 4.9.4. para dar las explicaciones pertinentes
(e) En caso afirmativo , indique la proporción relativa de trabajo que deberán asumir los diversos sub-receptores. Si el sector privado y/o la sociedad civil no participan en el logro de los resultados de los programas a nivel de sub-receptor o no lo hacen de forma significativa, explique por qué.	
N/A	

4.9.3. Sub-receptores previamente identificados

Describa las anteriores **experiencias de ejecución** de los subreceptores claves. Asimismo, identifique las dificultades que pueden encontrar los sub-receptores y que puedan afectar el desempeño y la forma en que se ha previsto atenuar estas dificultades.

N/A

4.9.4. Sub-receptores sin identificar

Explique por qué no se han identificado todavía algunos o la totalidad de los sub-receptores. Asimismo explique el proceso transparente y con plazos concretos que utilizará el Receptor Principal para seleccionar a los sub-receptores a fin de que no se produzcan retrasos en la ejecución del programa.

Los subreceptores que participarán en esta propuesta aún no han sido seleccionados. El RP delegará en los subreceptores la ejecución de actividades y estos serán contratados directamente por el RP para la ejecución de actividades puntuales que se realizarán a diferente nivel. Para ello, se llevará a cabo un proceso competitivo de selección, iniciando con un llamado a expresiones de interés, elaboración de términos de referencia, preparación de una lista corta, evaluación de capacidades y selección.

Una vez recibidas las expresiones de interés, un comité técnico las clasificará por área de experticia y las agrupará de acuerdo con las diferentes actividades donde pueden prestar sus servicios. Posteriormente, un experto realizará la evaluación de capacidades de cada subreceptor.

Finalmente, con base en este análisis, se determinan las listas cortas, con base en aquellas expresiones que manifiesten interés ante el anuncio público de invitación, que circulará en los principales periódicos del país.

Tuberculosis. Novena Convocatoria

4.9.5. Coordinación entre ejecutores

Describa la manera en que se realizará la coordinación entre varios Receptores Principales, y luego entre el Receptor o Receptores Principales y los sub-receptores clave a fin de garantizar una ejecución transparente y oportuna del programa.

Comentarios sobre factores como:

- **Cómo interactuarán los Receptores Principales cuando su trabajo esté relacionado** (*por ejemplo, un Receptor Principal gubernamental es responsable de la adquisición de productos farmacéuticos y/o de salud, y un Receptor Principal no gubernamental es responsable de la prestación de servicios, por ejemplo, a grupos de difícil acceso a través de sistemas no pertenecientes al sector público*); y
- **El grado de apoyo que ofrecerán los asociados para la ejecución de programas** (*por ejemplo, ofreciendo asistencia técnica o de gestión además de la asistencia que se solicite financiar a través de esta propuesta, si procede*).

Como ya se ha destacado ambos Receptores Principales ejecutarán acciones concretas en las áreas de prestación, definidas para cada objetivo específico, tal como se describe en el apartado 4.5.1.

En cuanto a la gestión de suministros y contrataciones relacionadas con los medicamentos y productos sanitarios, el MSPAS, a través de la Unidad Ejecutora del Programa (UEP), establecerá vínculos y coordinará elementos técnicos y administrativos con la representación del PNUD en el país (a través de convenio), o con otros organismos internacionales que faciliten las gestiones de compra, para que realice esa función.

La UEP pondrá a disposición su estructura organizativa y cumplirá sus funciones en términos de los principios de las buenas prácticas para la adquisición de productos farmacéuticos de OPS/OMS, la política del Fondo Global sobre productos farmacéuticos y los esquemas que estuvieran contemplados en los protocolos nacionales. Las funciones se describen a continuación:

1. **Selección de productos farmacéuticos.** El MSPAS debe asegurarse de que los productos estén incluidos en las normas nacionales de tratamiento, o bien en la lista oficial de medicamentos esenciales del país, o en la lista de medicamentos esenciales de la OMS. En caso de que el MSPAS desee adquirir productos no incluidos en una de las listas anteriores debe solicitar la aprobación del Fondo Mundial por escrito antes de proseguir con las adquisiciones.
2. **Garantía de controles de calidad.** El MSPAS y el PNUD garantizarán que los medicamentos seleccionados hayan tenido el proceso de control de calidad y controles de cuarentena. De darse la necesidad de adquirir medicamentos antirretrovirales que no estuvieran contemplados en las normas nacionales, las dos instituciones tendrán que velar para que los productos a adquirir se encuentren debidamente inscritos y aprobados por las instancias rectoras.
3. **Estimación de las necesidades.** El MSPAS debe asegurarse de que las estimaciones de necesidades de terapia antirretroviral sean con base en las proyecciones de casos de SIDA, en el comportamiento de consumo histórico y en la ampliación de cobertura. Asimismo, que las programaciones estén debidamente planificadas y operativizadas en tiempo calendario, previendo algún retraso de los procesos de adquisición.
4. **Selección de los proveedores.** Por una petición oficial del MSPAS y PNUD, se solicitará los precios a proveedores precalificados de productos farmacéuticos. La calidad del producto se asegurará mediante la aplicación rigurosa de criterios en la selección de proveedores, según la fuente de origen.
5. **Solicitud de precios y adquisiciones.** En caso de un pedido por el MSPAS, el PNUD solicitará precios de diferentes proveedores para garantizar una competencia eficaz, con transparencia y responsabilidad, de conformidad con los procedimientos y reglamentos de adquisiciones del PNUD. Será responsabilidad del MSPAS asegurar que los productos seleccionados cumplan con las regulaciones nacionales en la protección de patentes.

Entrega de productos adquiridos Todos los productos farmacéuticos adquiridos a través del PNUD se consignarán al MSPAS. El gestor de compras será el responsable de los procedimientos de desaduanaje y costos asociados. El MSPAS recibirá copias de las órdenes de compra y de los documentos de desaduanaje antes de la entrega del producto. El PNUD será el organismo internacional encargado de coordinar la entrega al destinatario.

Tuberculosis. Novena Convocatoria

4.9.6. Fortalecimiento de la capacidad de ejecución

El Fondo Mundial fomenta que se realicen esfuerzos para el fortalecimiento de la capacidad de ejecución gubernamental, no gubernamental y con base comunitaria dentro del país.

Si la presente propuesta solicita financiamiento para la gestión y/o asistencia técnica a fin de asegurar una buena ejecución del programa, resuma:

la asistencia prevista;**

el proceso utilizado para identificar las necesidades en los diversos sectores;

la forma en que se obtendrá la asistencia en condiciones competitivas y transparentes; y

el proceso que se usará para evaluar la eficacia de esa asistencia, y hacer ajustes a fin de mantener un alto nivel de apoyo.

*** (por ejemplo, si el solicitante ha designado un segundo Receptor Principal que necesite desarrollar su capacidad para desempeñar su función; o si el fortalecimiento de los sistemas comunitarios se considera una "deficiencia" para conseguir los objetivos nacionales y se necesita asistencia de organización/gestión para apoyar una mayor prestación de servicios).*

Se han incorporado actividades orientadas a la mejora de capacidades de gestión y asistencia técnica, a fin de fortalecer las capacidades de gestión de programa para los diferentes niveles, a través de la actualización de conocimientos y capacidades para la gestión del control de la TB, para 56 responsables: 10 de nivel regional, 6 de nivel central y 40 de nivel local.

De igual forma, se han considerado actividades para la mejora de las capacidades de gestión y asistencia técnica en el ámbito comunitario, puesto que en esta propuesta se desarrollará un enfoque más amplio, de tal forma que se desarrollen los principios básicos de intersectorialidad, el abordaje de determinantes sociales de la salud, la búsqueda de la equidad y la promoción de la salud, así como la prevención de la enfermedad. Esto permitirá, en las zonas de intervención, dar sostenibilidad al esfuerzo mediante el desarrollo de una sólida organización comunitaria o el apoyo al fortalecimiento de la misma si ya existiere, así como apoyar la consolidación de la participación ciudadana y la contraloría social en salud por medio de los comités comunitarios de salud, así como mediante intervenciones específicas para el control y la prevención de la enfermedad, a través de voluntarios comunitarios solidarios.

Los procesos para la selección de proveedores de la asistencia se realizará bajo las condiciones competitivas y transparentes señaladas en el apartado 4.9.4.

Tuberculosis. Novena Convocatoria

4.10. Gestión de productos farmacéuticos y de salud

4.10.1. Alcance de la propuesta para la Novena Convocatoria

¿Solicita esta propuesta financiamiento para productos farmacéuticos y/o de salud?	<input type="radio"/> No → <i>Vaya a la sección 4B si procede, o vaya directamente a la sección 5.</i>
	<input checked="" type="radio"/> Sí → <i>Siga contestando la sección 4.10.2</i>

4.10.2. Tabla de funciones y responsabilidades

Presente datos lo más detalladamente posible. (Por ejemplo, el Ministerio de Salud puede ser la organización responsable de la actividad de "Coordinación"; y su "función" es la de Receptor Principal en esta propuesta. Si se ha previsto la subcontratación de alguna función, indíquelo en la segunda columna y señale el nombre del proveedor del servicio previsto).

Actividad	¿Qué organizaciones y/o departamentos son responsables de esta función? <i>(Señale si se trata del Ministerio de Salud, el Departamento de Control de Enfermedades, el Ministerio de Finanzas, un asociado no gubernamental o un asociado técnico).</i>	¿Cuál es el papel de la organización responsable de esta función en esta propuesta? <i>(Señale si se trata del Receptor Principal, el sub-receptor, el agente de adquisiciones, el de almacenamiento, el de gestión de suministros, etc.).</i>	¿Solicita esta propuesta financiamiento para personal adicional o asistencia técnica?
Sistemas y políticas de adquisiciones	MSPAS	Receptor Principal	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
Derechos de propiedad intelectual	Ministerio de Economía	Asociado gubernamental	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
Garantía y control de calidad	MSPAS	Receptor Principal	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Gestión y coordinación <i>Se piden más datos en la sección 4.10.3.</i>	MSPAS	Receptor Principal	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Selección de productos	MSPAS	Receptor Principal	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
Sistemas de información de gestión (SIG)	MSPAS	Receptor Principal	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Previsión	MSPAS-PNUD	Receptor Principal	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
Adquisiciones y planificación	PNUD	Receptor Principal	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Gestión de almacenamiento e inventario <i>Se piden más datos en la sección 4.10.4.</i>	MSPAS	Receptor Principal	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

Tuberculosis. Novena Convocatoria

Distribución a otros almacenes y usuarios finales <i>Se piden más datos en la sección 4.10.4.</i>	MSPAS	Receptor principal	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
Garantizar el uso racional y la seguridad de los pacientes (fármaco-vigilancia)	MSPAS	Receptor principal	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

4.10.3. Experiencia de gestión anterior

¿Cuál es la experiencia anterior de cada organización que gestionará el proceso de adquisiciones, almacenamiento y supervisión de la distribución de productos farmacéuticos y de salud?

Nombre de la organización	Receptor Principal, subreceptor o agente	Valor total adquirido durante el ejercicio anterior <i>(expresado en la misma moneda indicada en la portada de la propuesta)</i>
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)	Receptor Principal (Fase 2)	\$916,753.00
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)	Receptor Principal (Fase 1, rRonda 2)	\$1,918,344.00
		Total: 2,835,097.00
<i>[Utilice la tecla "Tab" para insertar filas adicionales si van a participar más de cuatro organizaciones en la gestión de este trabajo]</i>		

4.10.4. Concordancia con los sistemas existentes

Señale hasta qué punto esta propuesta utiliza sistemas nacionales existentes para la gestión de las actividades relacionadas con los productos farmacéuticos y de salud, incluidos los sistemas de fármaco-vigilancia. Si no se utilizan sistemas existentes, explique por qué.

El Salvador cuenta con regulaciones técnicas para la adquisición, resguardo y distribución de productos farmacéuticos, los cuales son manejados por la Unidad reguladora de Medicamentos e insumos médicos (URMIN), los cuales son utilizados para todas las actividades previstas y relacionadas con los productos farmacéuticos y otros insumos de salud.

4.10.5. Sistemas de almacenamiento y distribución

(a) ¿Qué organizaciones tienen una responsabilidad principal en la prestación de servicios de almacenamiento y distribución en esta propuesta?	<input checked="" type="checkbox"/>	Almacenes de productos médicos nacionales o equivalentes
	<input type="checkbox"/>	Organización(es) nacional(es) subcontratada(s) <i>(indique cuáles)</i>
	<input type="checkbox"/>	Organización(es) internacional(es) subcontratada(s) <i>(indique cuáles)</i>
	<input type="checkbox"/>	Otros <i>(indique cuáles)</i>

Tuberculosis. Novena Convocatoria

(b)	¿Cuál es la capacidad actual de almacenamiento de productos farmacéuticos y de salud de los asociados encargados del almacenamiento? Si esta propuesta implica un cambio significativo en el volumen de productos que han de almacenarse, estime el porcentaje relativo de variación, y explique los planes que se aplicarán para garantizar una mayor capacidad.
N/A	
(c)	¿Cuál es la capacidad actual de distribución de productos farmacéuticos y de salud de los asociados encargados de la distribución? Si esta propuesta implica un cambio significativo en el volumen de productos que han de distribuirse o de las zonas de distribución, estime el porcentaje relativo de variación, así como los planes se aplicarán para garantizar una mayor capacidad.
N/A	

4.10.6. Productos farmacéuticos y de salud para los dos primeros años

Complete el **“Anexo B-Tuberculosis”** de este **Formato de Propuesta**, a fin de enumerar todos los productos farmacéuticos y de salud para los que se solicita financiamiento a través de esta propuesta.

Incluya asimismo los costos unitarios previstos, e información sobre las 'Directrices para tratamientos normalizados' ("DTN"). **No obstante**, si los productos farmacéuticos incluidos en el "Anexo B-Tuberculosis" no se incluyen en las actuales DTN nacionales, institucionales o de la Organización Mundial de la Salud, o en las Lista de medicamentos esenciales (LME), describa a continuación las DTN que se prevé utilizar, y justifique su uso.

N/A

4.10.7. Tuberculosis multifármacorresistente

¿Se ha incluido la prestación de tratamiento para la tuberculosis multifármacorresistente en esta propuesta para la tuberculosis?

Sí

Incluya en el presupuesto \$50 000 USD por año durante toda la duración de la propuesta como contribución a los costos de los servicios de apoyo de la Secretaría del Comité Luz Verde (Green Light Committee).

No

No incluya estos costos.

Tuberculosis. Novena Convocatoria

4B. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA. INTERVENCIONES TRANSVERSALES DE FSS

Sección opcional para solicitantes

la sección 4b solo puede incluirse en una enfermedad en la novena convocatoria y solo si:

- *El solicitante ha identificado deficiencias y limitaciones en el sistema de salud que repercutan en los resultados del VIH, la tuberculosis y la malaria;*
- *Las intervenciones necesarias para responder a estas deficiencias y limitaciones son 'transversales' y benefician a más de una de las tres enfermedades (y quizás también a otros resultados de salud) y*
- *La sección 4B no está incluida en la propuesta para la malaria o el VIH.*

Lea las [Directrices para la Novena Convocatoria](#) a fin de considerar incluir las intervenciones transversales de FSS.

'Si el solicitante tiene intención de solicitar 'intervenciones transversales para el fortalecimiento de los sistemas de salud' ('intervenciones transversales de FSS'), la sección 4B puede descargarse del sitio web del Fondo Mundial [aquí](#)'.

Tuberculosis. Novena Convocatoria

5. SOLICITUD DE FINANCIAMIENTO

5.1. Análisis de las brechas financieras - Tuberculosis

→ La información resumida ofrecida en la siguiente tabla deberá detallarse en las secciones 5.1.1 y 5.1.3.

Análisis de las brechas financieras <i>(utilice la misma moneda identificada en la portada del Formato de propuesta)</i>								
Nota → Ajuste los encabezados (si necesario) de las tablas de años naturales a ejercicios financieros (por ejemplo, ejercicio financiero que finaliza en 2008 etc.) a fin de que coincidan con la planificación nacional y los periodos fiscales.								
	Real		Previsión		Estimación			
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Necesidades de financiamiento del programa de tuberculosis para ofrecer servicios globales de diagnóstico, tratamiento y atención y apoyo a las poblaciones meta								
Línea A. Incluya los importes anuales	\$ 2 744 567	\$2 772 784	\$3 102 691	\$ 8 937 481	\$11 887 092	\$ 1 0815 939	\$10 628 898	\$10 159 935
→ Necesidad total a lo largo de la Solicitud de Financiamiento para la Novena Convocatoria							\$53 622 126	
Recursos actuales y futuros para satisfacer las necesidades financieras								
Fuente nacional B1 Préstamos y exoneración de deudas <i>(indique el nombre de la fuente)</i>								
Fuente nacional B2 Recursos nacionales de financiamiento	\$ 1 817 898	\$ 1 712 455	\$ 1 600 294	\$ 4 436 862	\$ 4 835 719	\$ 4 706 729	\$ 4 821 073	\$ 4 648 606
Fuente nacional B3 Contribuciones del sector privado (nacional)								
Total de las entradas de la línea B → Total de recursos NACIONALES actuales y previstos (incluyendo la exoneración de deudas):	\$ 1 817 898	\$ 1 712 455	\$ 1 600 294	\$ 4 436 862	\$ 4 835 719	\$ 4 706 729	\$ 4 821 073	\$ 4 648 606

Tuberculosis. Novena Convocatoria

Análisis de las brechas financieras *(utilice la misma moneda identificada en la portada del Formato de propuesta)*

Nota → Ajuste los encabezados (si necesario) de las tablas de años naturales a ejercicios financieros (por ejemplo, ejercicio financiero que finaliza en 2008 etc.) a fin de que coincidan con la planificación nacional y los periodos fiscales.

	Real		Previsión		Estimación			
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Fuente externa C 1 <i>(indique el nombre de la fuente)</i>	\$ 691 194	\$ 661 525	\$473 286	0	0	0	0	0
Fuente externa C2 <i>(indique el nombre de la fuente)</i>								
Fuente externa C3 Contribuciones del sector privado (internacional)				0	0	0	0	0
Total de las entradas de la línea C Total de recursos EXTERNOS actuales y previstos (excepto subvenciones del Fondo Mundial):	\$ 691 194	\$ 661 525	\$473 286	0	0	0	0	0

En la línea D, añada líneas adicionales para cada subvención del Fondo Mundial. Esto permitirá que detalle información sobre las diferentes subvenciones que tiene del Fondo Mundial.

Línea D Valor anual de todas las subvenciones actuales del Fondo Mundial para la misma enfermedad. Incluya los importes planificados de la Fase 2, aunque no hayan sido firmados, en los años pertinentes.	\$333 418	\$473 286	\$318 147.51	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Línea E Total de recursos actuales y previstos (línea E = total línea B + total línea C + total línea D)	\$ 2 842 510	\$2 847 266	\$2 391 727.51	\$ 4 436 862	\$ 4 835 719	\$ 4 706 729	\$ 4 821 073	\$ 4 648 606

Cálculo de las brechas en recursos financieros y resumen del financiamiento total solicitado en la Novena Convocatoria *(deberá respaldarse con un presupuesto detallado).*

Tuberculosis. Novena Convocatoria

Análisis de las brechas financieras (*utilice la misma moneda identificada en la portada del Formato de propuesta*)

Nota → Ajuste los encabezados (si necesario) de las tablas de años naturales a ejercicios financieros (por ejemplo, ejercicio financiero que finaliza en 2008 etc.) a fin de que coincidan con la planificación nacional y los periodos fiscales.

	Real		Previsión		Estimación			
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Línea F → brecha de financiamiento total (Línea F = Línea A – Línea E)	\$ 251 886	\$265 144	\$587 043	\$ 4 769 048	\$ 7 358 096	\$ 6 415 934	\$ 6 114 549	\$ 5 821 245
Línea G = solicitud de financiamiento para la tuberculosis para la Novena Convocatoria (mismo importe que el solicitado en la tabla 5.3 para esta enfermedad)				\$ 1 997 560.41	\$ 1 591 326.20	\$ 1 387 737.30	\$ 1 424 240.35	\$ 1 410 073.55

Parte H – Cálculo de la “compartición de costos” para solicitantes de renta media-baja y medial-alta

En la Novena Convocatoria, la solicitud de financiamiento máximo para la tuberculosis en la Línea G es:

- Para los países de renta media-baja, un importe que resulte en una contribución global del Fondo Mundial (todas las subvenciones) al programa nacional máxima del 65% de las necesidades de financiamiento para programas nacionales de lucha contra la enfermedad durante todo el periodo de la propuesta; y
- Para los países de renta media-alta, un importe que resulte en una contribución global del Fondo Mundial (todas las subvenciones) al programa nacional máxima del 35% de las necesidades de financiamiento para programas nacionales de lucha contra la enfermedad durante todo el periodo de la propuesta.

Línea H → Cálculo de la compartición de los costos como porcentaje (%) del financiamiento global del Fondo Mundial

Compartición de costos =
$$\frac{\text{Total de las entradas de la línea D en el periodo 2010-2014} + \text{Total de la Línea G}}{\text{Línea A.1}} \times 100$$

Línea A.1

15%

Tuberculosis. Novena Convocatoria

5.1.1. Explicación de las necesidades financieras – LÍNEA A en la tabla 5.1

Explique de qué modo los importes anuales:

- se desarrollaron (por ejemplo basados en los costos de las estrategias nacionales, un Marco de Gastos a Medio Plazo [MGMP], o de otra manera); y
- se presupuestaron de forma que se garantizara la inclusión de las necesidades gubernamentales, no gubernamentales y comunitarias a fin de asegurar la completa ejecución de las estrategias de programas de tuberculosis del país.

Los importes anuales se presupuestaron a través de un ejercicio que permitió el reconocimiento y la incorporación de los requerimientos de todo el sector. Para ello se utilizó la Herramienta de Planeación y Presupuesto para el Control de la TB (OMS. STOP TB), en la cual todos los integrantes del sector salud trabajaron y vaciaron la información correspondiente tanto a sus inversiones como a sus requerimientos para la lucha contra la TB, de forma que se garantizara la inclusión de las necesidades gubernamentales, no gubernamentales y comunitarias a fin de asegurar la completa ejecución de las estrategias de programas de tuberculosis de un país. El requerimiento financiero y la contribución nacional se ven incrementados a partir de 2009, debido a que es el año que todo el sector ha reflejado de forma completa todas sus actividades y presupuestos.

5.1.2. Financiamiento nacional – entradas de la “Línea B” en la tabla 5.1

Explique los procesos usados en el país para:

- priorizar a las contribuciones financieras nacionales para el programa nacional de tuberculosis (incluyendo la *Iniciativa en favor de los países pobres muy endeudados y otra exoneración de deudas, y fondos de subvenciones o préstamos que se aporten a través del presupuesto nacional*); y
- asegurar que los recursos nacionales se utilicen de forma eficaz, transparente y equitativa, para ayudar a ejecutar la estrategia de diagnóstico, prevención, atención y apoyo a escala nacional, subnacional y comunitaria.

El gasto público en Salud en el país es limitado y eso conlleva a garantizar que los recursos nacionales se utilicen de forma eficaz, transparente y equitativa, para ayudar a ejecutar la estrategia de diagnóstico, prevención, atención y apoyo a escala nacional, subnacional y comunitaria. Para ello, el PNT realiza una planificación detallada de sus intervenciones y establece mecanismos de monitoreo y evaluación exigentes sobre la ejecución de las mismas. La inversión del presupuesto nacional está dirigida principalmente a la compra de medicamentos, al pago de salarios y a la adquisición de algunos insumos para las actividades diagnósticas. Pero no existe disponibilidad por el momento, de fondos para las acciones específicas de promoción y fomento de la salud, el fortalecimiento de la articulación de actividades por todo el sector y la participación de los afectados, familias y comunidades, así como el desarrollo de actividades de ACMS e investigaciones operativas, que orienten y fortalezcan la visión estratégica para el abordaje integral de la enfermedad.

El proceso de monitoreo y supervisión de las actividades se realiza en forma permanente con visitas a los establecimientos de salud por los diferentes niveles de atención. Estas visitas se llevan a cabo de forma directa e indirecta. Las actividades de supervisión directa se ejecutan a través de la aplicación de guías normalizadas de supervisión y con cronogramas previamente elaborados, y coordinado con el equipo de nivel central y los de los niveles involucrados, de tal forma de garantizar eficientemente la ejecución de las contribuciones nacionales para el PNT.

5.1.3. Financiamiento externo *excluyendo el financiamiento del Fondo Mundial* – entradas de la “Línea C” en la tabla 5.1

Explique todos los cambios que se prevén en las contribuciones durante el periodo de la propuesta (y las razones de las reducciones en los recursos externos que se hayan identificado a lo largo de la duración de la propuesta). Explique cualquier retraso actual en el acceso al financiamiento externo identificado en la tabla 5.1 (incluyendo la razón del retraso y los planes para resolver el problema o

Tuberculosis. Novena Convocatoria

problemas).
N/A

Tuberculosis. Novena Convocatoria

5.2. Presupuesto detallado

Pasos sugeridos para la elaboración del presupuesto:

1. **Presente un presupuesto detallado en formato de Microsoft Excel a modo de anexo claramente numerado.** Siempre que sea posible, utilice la misma numeración para las partidas presupuestarias que para la descripción del programa.

para obtener orientación sobre el nivel de detalle exigido (o para usar una plantilla si no existe un marco presupuestario detallado en el país) véase la información presupuestaria disponible en el siguiente vínculo: <http://www.theglobalfund.org/es/rounds/9/single/#budget>

2. Asegúrese de que el presupuesto detallado coincida con el plan de trabajo detallado de las actividades programáticas.
3. A partir de dicho presupuesto detallado, elabore un “Resumen por objetivo y por área de prestación de servicios” (sección 5.3)
4. A partir de dicho presupuesto detallado, elabore un “Resumen por categoría de costo” (sección 5.4).
5. No incluya costos operativos del MCP o MCP subnacional en la Novena Convocatoria. Este financiamiento puede ser solicitado a través de una solicitud de financiamiento independiente realizada directamente al Fondo Mundial (y no financiada a través de subvenciones). El formulario de solicitud está disponible en la siguiente dirección: <http://www.theglobalfund.org/es/ccm/>.

Tuberculosis. Novena Convocatoria

5.3. Resumen del presupuesto detallado por objetivo y por área de prestación de servicios

Summary budget by Service Delivery Area (SDA)		Year 1	Year 2	Year 3,4 y 5	Total 5 year
Objective 1	Atención de la TB en la comunidad	\$ 206,360.75	\$ 178,395.75	\$ 482,602.25	\$ 867,358.75
Objective 1	Apoyo al paciente	\$ 78,000.00	\$ 78,000.00	\$ 234,000.00	\$ 390,000.00
Objective 1	PPM	\$ 28,250.00	\$ 16,900.00	\$ 51,050.00	\$ 96,200.00
Objective 1	ACMS	\$ 253,325.00	\$ 223,150.00	\$ 691,800.00	\$ 1,168,275.00
Objective 1	Gestión y supervisión	\$ 154,315.36	\$ 80,675.00	\$ 245,775.00	\$ 480,765.36
Objective 2	Población de de alto riesgo de Centros Penales	\$ 137,869.09	\$ 54,095.72	\$ 162,287.16	\$ 354,251.97
Objective 3	Mejora del diagnóstico	\$ 541,747.97	\$ 312,367.96	\$ 937,198.88	\$ 1,791,314.81
Objective 3	Actividades de colaboración TB VIH	\$ 124,740.00	\$ 24,600.00	\$ 64,720.00	\$ 214,060.00
Objective 4	Grupos de alto riesgo	\$ 34,750.00	\$ 34,750.00	\$ 104,250.00	\$ 173,750.00
Objective 5	MDR-TB	\$ 63,800.00	\$ 288,650.00	\$ 165,800.00	\$ 518,250.00
Objective 5	Control de infecciones	\$ 95,200.00		\$ 246,450.00	\$ 341,650.00
M&E, UE, Audit, GMS	Program Management	\$ 279,202.24	\$ 299,741.77	\$ 836,117.92	\$ 1,415,061.93
TOTAL:		\$ 1,997,560.41	\$ 1,591,326.20	\$ 4,222,051.21	\$ 7,810,937.82

Tuberculosis. Novena Convocatoria

5.4. Resumen del presupuesto detallado por categoría de costos *(La información resumida en esta tabla deberá detallarse en las secciones 5.4.1-5.4.3 a continuación)*

<u>Summary budget by cost category</u>	Year 1	Year 2	Year 3, 4 y 5	Total 5 year
Human Resources	318,219.06	\$ 447,715.68	\$ 1,343,147.04	2,109,081.78
Technical and Management Assistance	150,000.00	\$ 80,000.00	\$ 275,000.00	505,000.00
Training	169,480.00	\$ 135,800.00	\$ 399,420.00	704,700.00
Health Products and Health Equipment	604,878.00	\$ 222,508.00	\$ 661,984.00	1,489,370.00
Pharmaceutical Products (Medicines)	38,500.00	\$ 38,500.00	\$ 95,500.00	172,500.00
Procurement and Supply Management Costs (PSM)	29,100.00	\$ 20,100.00	\$ 60,475.00	109,675.00
Infrastructure and Other Equipment	200,895.00	\$ 142,000.00		342,895.00
Communication Materials	188,900.00	\$ 175,025.00	\$ 523,600.00	887,525.00
Monitoring and Evaluation (M&E)	75,961.08	\$ 73,636.32	\$ 193,908.96	343,506.36
Living Support to Clients/Target Population		\$ 14,000.00	\$ 42,000.00	56,000.00
Planning and Administration	90,945.75	\$ 137,935.75	\$ 350,807.25	579,688.75
Overheads	130,681.52	\$ 104,105.45	\$ 276,208.96	510,995.93
Other				0.00
TOTAL	1,997,560.41	1,591,326.20	4,222,051.21	7,810,937.82

Tuberculosis. Novena Convocatoria

5.4.1. Contexto del presupuesto general

Explique brevemente cualquier variación significativa en las categorías de costos por año, o cualquier importe particularmente relevante en los totales de cinco años para las categorías de costos.

N/A

5.4.2. Recursos humanos

En los casos en que los “*recursos humanos*” representen una parte importante del presupuesto, resuma: (i) la base para el cálculo del presupuesto en los dos primeros años; (ii) el método para calcular los costos anticipados durante los años tres a cinco; y (iii) hasta qué punto el gasto en recursos humanos fortalecerá la prestación de servicios.

(La información útil para apoyar las hipótesis que se indicarán en el presupuesto detallado incluye: una lista de cargos propuestos que sea coherente con las hipótesis en horas, salarios, etc. incluidos en el presupuesto detallado, y la proporción de tiempo (en porcentajes) que se asignará al trabajo en esta propuesta.)

Adjunte la información adicional como anexo identificándolo claramente con un nombre y un número.

La contratación de recursos humanos tomará la forma de consultorías o contrataciones temporales de hasta un año como máximo. De igual forma se contratarán recursos de apoyo para los laboratorios clínicos (profesionales en laboratorio clínico graduados a nivel de licenciatura). El aporte financiero para la contratación de recursos humanos no constituye un porcentaje mayor del presupuesto total. El gobierno hará los esfuerzos pertinentes para garantizar la sostenibilidad. Los gastos principales en el área de recursos humanos son para el desarrollo profesional que apoyará directamente a las áreas de prestación de servicios. La capacitación y formación mejorada fortalecerá el sistema de salud de varios modos, desde la formación profesional del personal de otras instituciones no PNT, otros sectores, los grupos de apoyo, las comunidades y los voluntarios.

5.4.3. Otras partidas importantes de gastos

Si otras “categorías de gastos” representan grandes importes en el resumen de la tabla 5.4, (i) explique qué base se ha utilizado para calcular el presupuesto de dicho importes. Asimismo explique en qué sentido es importante esta contribución para la ejecución del programa nacional de tuberculosis.

Adjunte la información adicional como anexo identificándolo claramente con un nombre y un número.

Todos los gastos han sido presupuestados con base en la experiencia de la Ronda 2, en cuanto a lo que funciona mejor programáticamente, los costos y los montos necesarios de bienes y servicios.

La adecuación a infraestructuras se ha presupuestado con base en la adecuación mínima necesaria para generar entornos amigables para la aplicación de tratamientos, consejería, servicios en hospitales y actividades de laboratorio, basada en la experiencia y los costos de obras semejantes, realizadas en el pasado

El equipamiento se ha presupuestado tomando en cuenta la vida media del equipo, el grado de necesidad para poder superar las brechas en cuanto a los servicios claves y la recomendación de continuar la ampliación y descentralización de servicios. Los costos se han estimado de acuerdo con los precios del mercado nacional.

En cuanto al modo de presupuestar los materiales y actividades de comunicación, se tomó en cuenta la experiencia en actividades similares y la población que debe cubrirse para lograr la meta planteada, partiendo del nivel de los resultados de las evaluaciones previas.

5.5. Solicitudes de financiamiento en el contexto de un mecanismo común de financiamiento

En esta sección, el **mecanismo común de financiamiento** hace referencia a situaciones en que la totalidad del financiamiento se incluye en un fondo común que se distribuirá entre los socios ejecutores.

Tuberculosis. Novena Convocatoria

No complete esta sección si el país gestiona a través de un fondo común, por ejemplo, los esfuerzos de adquisiciones, pero si los otros financiamientos son gestionados por separado.

5.5.1. Estado operativo del mecanismo común de financiamiento
Resuma brevemente las características principales del mecanismo común de financiamiento, incluido el nombre, los objetivos, la estructura de gobernanza y los asociados clave del fondo. <i>Adjunte como anexos a su propuesta, identificados claramente con nombre y número, el memorándum de entendimiento, los procedimientos conjuntos de Monitoreo y Evaluación, la última revisión anual, los procedimientos de contabilidad, la lista de asociados clave, etc.</i>
N/A
5.5.2. Medición del desempeño
¿Con qué frecuencia se mide el desempeño del programa el mecanismo común de financiamiento? Explique si el desempeño del programa influye en las contribuciones financieras al fondo común.
N/A
5.5.3 Adicionalidad de la solicitud al Fondo Mundial
Explique de qué forma contribuirán los fondos solicitados en esta propuesta (<i>en caso de ser aprobados</i>) a lograr resultados que, de lo contrario, no contarían con el apoyo de los recursos de que dispone actualmente o dispondrá en el futuro el mecanismo de financiamiento común. <i>Si el enfoque del fondo común es más amplio que el programa de la tuberculosis, los solicitantes deberán explicar el proceso por el que garantizarán que los fondos solicitados contribuyan al impacto en los resultados de la tuberculosis durante el periodo de la propuesta.</i>
N/A

5B. SOLICITUD DE FINANCIAMIENTO. INTERVENCIONES TRANSVERSALES DE FSS

Solicitar financiamiento para las intervenciones transversales de FSS es opcional en la Novena Convocatoria

la sección 5b solo puede incluirse en una enfermedad en la novena convocatoria y solo si esta enfermedad incluye la descripción programática del solicitante de las intervenciones transversales de FSS en la sección 4B.

Lea las Directrices para la Novena Convocatoria a fin de considerar incluir las intervenciones transversales de FSS.

Descargue la Sección 5B del sitio web del Fondo Mundial [aquí](#) si el solicitante tiene intención de solicitar 'intervenciones transversales para el fortalecimiento de los sistemas de salud' (intervenciones transversales de FSS) **en la Novena Convocatoria y ha completado la sección 4B e incluido esa sección en las secciones de la**

Lista de verificación. Secciones 3 a 5

Tuberculosis

Secciones 3 y 4: Descripción del Programa		Indique el nombre y el número del anexo
4.1	Documentación de apoyo para la estrategia nacional.	Anexo 12 Plan Estratégico Nacional para el Control y la Prevención de la Tb 2008-2015
4.2.1	Mapa, si la propuesta está dirigida a una región o grupo de población específicos.	Anexo 10. Mapa de municipios priorizados- Doc. Análisis de Brechas.
4.3.2	Cualquier informe reciente sobre las debilidades y deficiencias del sistema de salud que repercutan en los resultados de las tres enfermedades (y quizás en otros resultados de salud).	Anexo 10. Documento análisis de brechas
4.4	Documento(s) que describen las bases para los objetivos de cobertura.	Anexo 12 Plan Estratégico Nacional para el Control y la Prevención de la Tb 2008-2015
4.5.1	Un "marco de desempeño" completado por enfermedad. Si necesita ayuda para completar el anexo, consulte la Guía de Monitoreo y Evaluación	Anexo A
4.5.1	Un plan de trabajo detallado para el componente (con información trimestral para los dos primeros años e información anual para los años 3, 4 y 5).	Plan de trabajo
4.5.2	Una copia del formato de revisión del Panel de Revisión Técnica (PRT) para propuestas no aprobadas en las Convocatorias Séptima y Octava (solo si procede.)	Anexo 18Copia del formato de Revisión del Panel de Revisión Técnica (PRT) para propuestas no aprobadas en la Convocatoria Séptima
4.8.1	Una evaluación reciente de los Sistemas de Medición de Impacto, pertinente para la propuesta (si la hay).	
4.9.1	Una evaluación reciente de las capacidades del Receptor Principal (distinta de los informes del desempeño de las subvenciones del Fondo Mundial)	
4.9.1 <i>(para solicitantes que no forman</i>	Documentos que describen la organización: documentación oficial del registro, resumen de la reciente historia de la organización, información sobre el equipo directivo.	Anexo 3.1 y 3.2

Lista de verificación. Secciones 3 a 5 Tuberculosis

<i>parte de un MCP)</i>		
4.9.2	Lista de sub-receptores ya identificados (incluyendo nombre, sector que representan, y el/los APS más pertinentes para sus actividades durante la propuesta)	N/A
4.10.6	Una lista de productos farmacéuticos y de salud, completada por enfermedad (si procede)	Anexo B
Sección 4B: Intervenciones Transversales de FSS (uno por toda la propuesta de país)		Indique el nombre y el número del anexo
4B.2	Un marco de desempeño para las intervenciones transversales de FSS, independiente (<i>o añada una hoja de cálculo al marco de desempeño de la enfermedad con la que se presenta la sección 4B</i>). Si necesita ayuda para completar el anexo, refiérase a la Guía de Monitoreo y Evaluación	Anexo A
4B.2	Un plan de trabajo detallado independiente para las intervenciones transversales de FSS (<i>o añada una "hoja de cálculo" al Plan de Trabajo detallado para la enfermedad con la que se presenta la sección 4B.</i>), con información trimestral para los dos primeros años e información anual para los años 3, 4 y 5).	Plan de Trabajo
Sección 5: Información financiera		Indique el nombre y el número del anexo
5.2	Un presupuesto detallado (con información trimestral para los dos primeros años e información anual para los años 3, 4 y 5).	Presupuesto detallado
5.4.2	Información sobre la base para el cálculo del presupuesto y diagrama y/o lista de los recursos humanos que se prevén sean financiados por la propuesta (si procede).	
5.4.3	Información sobre la base del cálculo de los costos para las "otras partidas importantes de gastos"	
5.5.1 (<i>si existe un mecanismo común de financiamiento</i>)	Documentación que describa el funcionamiento del mecanismo común de financiamiento	
5.5.2 (<i>si existe un mecanismo</i>)	Evaluaciones más recientes del desempeño del mecanismo común de financiamiento	

Lista de verificación. Secciones 3 a 5 Tuberculosis

<i>común de financiamiento)</i>		
Sección 5B: Información financiera de las intervenciones transversales de FSS		Indique el nombre y el número del anexo
5B.1	Un presupuesto detallado independiente para las intervenciones transversales de FSS (<i>o añada una “hoja” al presupuesto detallado para la enfermedad con la que se presenta la sección 4B.</i>), con información trimestral para los dos primeros años e información anual para los años 3, 4 y 5.	Presupuesto detallado
5B.4.2	Información sobre la base para el cálculo del presupuesto y diagrama y/o lista de los recursos humanos que se prevén sean financiados por la propuesta (si procede).	
5B.4.3	Información sobre la base para el cálculo de los costos para las otras partidas importantes de gastos.	
Otros documentos pertinentes a las secciones 3, 4 y 5 que el solicitante haya adjuntado:		Indique el nombre y el número del anexo
4.4.1	Información relacionada a Programas y Estrategias Nacionales	Anexo 11, Plan Quinquenal Cambio en El Salvador para vivir mejor
4.4.1	Información relacionada a Programas y Estrategias Nacionales	Anexo 13 Normas Nacionales
4.4.1	Información relacionada a Programas y Estrategias Nacionales	nexo 14 Política Nacional de Salud
4.4.1	Información relacionada a Programas y Estrategias Nacionales	Anexo 16 Informes de M&E
4.4.1	Información relacionada a Programas y Estrategias Nacionales	Anexo 17 Plan de M&E y Vigilancia Epidemiológica de la TB