

COMPONENTE VIH

**MECANISMO COORDINADOR DE PAIS
DE LA REPUBLICA DE EL SALVADOR**

Nota Conceptual Solicitantes de la Fase Temprana



Proyecto Presentado al Fondo Mundial

“Innovando servicios, reduciendo riesgos, renovando vidas en El Salvador”

PERIODO 2014 - 2016

ABRIL 2013

SIGLAS Y ACRONIMOS

ALF Agente Local del Fondo

ARVs Antirretrovirales

FM Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA,
Tuberculosis y Malaria

HSH Hombres que tienen sexo con hombres

IOs Infecciones oportunistas

ITS Infecciones de transmisión sexual

MCP-ES Mecanismo Coordinador de País El Salvador

ME Mujeres embarazadas

MINSAL Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

MTS Mujeres trabajadoras sexuales

OBC Organización de base comunitaria

OMS Organización Mundial de la salud

ONG Organización no gubernamental

OPS Organización Panamericana de la Salud

PDDH Oficina del Procurador de los Derechos Humanos

PENM Plan Estratégico Nacional Multisectorial

PNS Programa Nacional de ITS, VIH - SIDA

PPL Personas privadas de libertad

PT Personas que viven con tuberculosis

MIEMBROS COMITÉ DE PROPUESTAS**MECANISMO COORDINADOR DE PAÍS MCP-ES**

Nombres	Instituciones
Dr. Herbert Betancourt-Coordinador	ONUSIDA
Dra. Ana Isabel Nieto	MINSAL
Lcda. Claudia de Morales	PNUD
Lcda. Alexia Alvarado	USAID/PASCA
Lcda. Yanira de Rodríguez	AARHES
Lcda. Guadalupe Castaneda	ICW El Salvador
Sr. William Hernández	Entreamigos
Lcda. Marta Alicia de Magaña	MCP-ES
Rvdo. Luis Guzmán	ICMisericordia
Lcda. Celina Ventura	IEPROES
Lic. Mauricio Urrutia	Procuraduría Juveniles/PDDH
Sr. Jorge Armando Duran	MEC
Dra. Guadalupe Flores	MINSAL
Dra. Anabel Amaya	Plan International Inc en El Salvador
Dr. Salvador Sorto	MINSAL
Sra. Maria Consuelo Raymundo	Orquídeas del mar
Sra. Silvia Vidal	Flor de Piedra
Sra. Cristina Barahona	OTS
Sra. Angélica Miriam Quintanilla	Liquidambar
Sra. Karla Guevara	Aleandría
Sr. Edwin Pineda	ASPID/Arco Iris

COMITÉ EDITOR DE PROPUESTAS**MECANISMO COORDINADOR DE PAIS-ES**

Nombres	Instituciones
Dr. Herbert Betancourt-Coordinador	ONUSIDA
Dra. Ana Isabel Nieto	MINSAL
Lcda. Claudia de Morales	PNUD
Lcda. Alexia Alvarado	USAID/PASCA
Lcda. Yanira de Rodríguez	AARHES
Lcda. Guadalupe Castaneda	ICW El Salvador
Sr. William Hernández	Entreamigos
Lcda. Marta Alicia de Magaña	MCP-ES
Dr. Salvador Sorto	MINSAL

COMITÉ EJECUTIVO**MECANISMO COORDINADOR DE PAIS EL SALVADOR**

Nombres	Sector
Lcda. Yanira de Rodríguez/Presidenta	Privado
Dra. Concepción Herrera Rebollo/Vicepresidenta	Académico
Sr. Álvaro Amaya/Secretario	Personas Afectadas por VIH y TB
Lcda. Marta Alicia de Magaña/Directora Ejecutiva	MCP-ES

MIEMBROS DEL MCP-ES QUE AVALAN LA PROPUESTA

Nombres	Sector
Lcda. Yanira de Rodríguez/Presidenta	Privado
Dra. Concepción Herrera Rebollo/Vicepresidenta	Educativo
Sr. Álvaro Amaya/Secretario	PASTM
PROPIETARIOS	
Dra. Ana Isabel Nieto	Gobierno

Lic. Luis Antonio Monterrosa	Gobierno
Sra. Doris Acosta de Alvarado	PASTM
Sra. Irma Hernández	PASTM
Sr. William Hernández	ONG
Licda. Susan Padilla	ONG
Dra. Zairy García	Educativo
Rvdo. Luis Guzmán	OBF
Dra. Mirna Pérez	ML/BL
Dra. Herberth Betancourth	ML/BL
Dra. Beatriz Yarza	ML/BL
SUPLENTES	
Cnel. Eduardo Alfredo Alfaro	Gobierno
Sra. Karla Stephanie Avelar	PASTM
Licda. Maria Guadalupe de Castaneda	PASTM
Lic. Omar García	ONG
Lic. Francisco Ortiz	ONG
Licda. Celina Ventura	Educativo
Dra. Mary Virginia Annel	OBF
Lic. Guillermo Guidos	Privado

RECEPTORES PRINCIPALES

Nombres	Sector
Plan Internacional Inc. en El Salvador	No Gubernamental
Ministerio de Salud	Gobierno

EQUIPOS TECNICOS DE LOS RECEPTORES PRINCIPALES QUE PARTICIPARON EN LA ELABORACION DE LA NOTA CONCEPTUAL

Nombre	Instituciones
Lcda. Isabel Mendoza	MINSAL
Lcda. Genny Fuentes	MINSAL
Lcda. Lissette Ruiz	MINSAL
Dra. Verónica Avalos	MINSAL
Dra. Wendy Melara	MINSAL
Dra. Alma Yanira Quezada	MINSAL
Dr. Rolando Massis	MINSAL
Dra. Rosa Felicia Alvarado	MINSAL
Dra. Milisbeth González	MINSAL
Lcda. Ileana Reyna	MINSAL
Lcda. Mayra de Erroa	MINSAL
Lcda. Dilma Chacón	MINSAL
Dra. Ana Estela Parada	MINSAL
Lcda. Maricruz González	Plan International Inc en El Salvador
Lcda. Claudia López	Plan International Inc en El Salvador

CONSULTORES QUE ACOMPAÑARON EL PROCESO

Nombre	Rol
Dra. Mirna de Butter	Área programática
Lic. Rafael Hernández Oliva	Área Financiera
Arq. Verónica Duran	Logística General

APOYO FINANCIERO PARA LA ASISTENCIA TECNICA
DE LA NOTA CONCEPTUAL

INSTITUCIONES
GIZ Iniciativa Back Up
USAID/PASCA
Plan International Inc en El Salvador
ONUSIDA

OBJETIVO GENERAL

Reducir la prevalencia de VIH en poblaciones específicas
en El Salvador.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Contribuir a la prevención del VIH-SIDA en poblaciones de más alto riesgo de VIH a través de la prestación de un paquete de servicios integrales.
2. Brindar una atención integral a las personas con VIH en las diferentes instituciones prestadoras de servicios para disminuir la morbilidad y mortalidad.
3. Fortalecer los sistemas comunitarios que promuevan el acceso de poblaciones en mayor riesgo a los diferentes servicios de prevención Primaria y atención precoz por VIH, bajo un enfoque de derechos humanos y participación multisectorial.



Invirtiendo en nuestro futuro

El Fondo Mundial

De lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria

Nota Conceptual para los solicitantes de la fase temprana ('early applicants')

Esta nota conceptual debe ser completada por los solicitantes de la fase temprana ('early applicants') que han sido invitados a solicitar financiamiento en 2013 durante la transición al nuevo modelo de financiamiento del Fondo Mundial. Para mayor información sobre cómo completar esta nota conceptual, por favor referirse a las Instrucciones de la Nota Conceptual.

La nota conceptual detalla la solicitud de financiamiento al Fondo Mundial para una enfermedad (y/o para fortalecer los sistemas de salud y comunitarios) para el próximo periodo de tres años. La nota conceptual debe articular una respuesta ambiciosa y técnicamente sólida, basada en el plan estratégico de salud, en los planes estratégicos nacionales de enfermedad y demás documentación pertinente. La solicitud deberá incluir una 'expresión de la necesidad total' priorizada para implementar una respuesta con la capacidad de mayor impacto posible.

La nota conceptual se divide en seis secciones:

Resumen: Resumen de la solicitud de financiamiento

Sección 1: Proceso de elaboración de la solicitud de financiamiento conforme a los requisitos de elegibilidad del MCP.

Sección 2: Descripción de la situación epidemiológica del país y del marco jurídico y de la política actual, y cómo el Plan Estratégico Nacional da respuesta al contexto nacional de la enfermedad.

Sección 3: Identificación de las brechas programáticas actuales y previstas en el Plan Estratégico Nacional y cómo serán abordadas.

Sección 4: Cómo se invertirán estratégicamente los fondos solicitados a fin de maximizar la repercusión de la respuesta.

Sección 5: Cómo el programa será ejecutado.

Esta nota conceptual ha sido específicamente diseñada para los solicitantes de la fase temprana y no constituye el formulario definitivo del nuevo modelo de financiamiento. La nota conceptual se revisará para incorporar las aportaciones y lecciones aprendidas recibidas durante la fase de transición.

RESUMEN: Resumen de la Solicitud

Información del Solicitante

País	El Salvador		
Tipo de Solicitante	MCP	Componente	VIH
Fecha de inicio de la solicitud de financiamiento	01-01-2014	Fecha de finalización de la solicitud de financiamiento	31-12-2016

Resumen de la Solicitud de Financiamiento			Moneda	USD	
Componente:			VIH		
	A= Financiamiento existente de subvenciones del Fondo Mundial	B= Solicitud de Financiamiento Incremental (Indicativo)	C=Solicitud de Financiamiento por encima del indicativo	A+B= Financiamiento existente y solicitud de financiamiento incremental total	A+B+C= Solicitud de Financiamiento Total
2014-2016					
2014 Año 1	1,941,347	7,101,757	3,542,815	9,043,104	12,585,919
2015 Año 2	1,941,347	5,629,067	2,316,553	7,570,414	9,886,967
2016 Año 3	-	7,419,176	1,265,004	7,419,176	8,684,180
[Año adicional]				-	-
Totales de años 1-3:	3,882,694	20,150,000	7,124,372	24,032,694	31,157,066

Confirmación de la distribución por programas del financiamiento indicativo

Únicamente los solicitantes de la fase temprana invitados a presentar solicitudes de financiamiento para varias enfermedades, deben completar esta sección.

Durante el diálogo de país, el solicitante decidirá la mejor manera de distribución del financiamiento indicativo entre los programas de enfermedades e intervenciones de Fortalecimiento de los Sistemas de Salud y Comunitarios (FSSC) pertinentes. Por favor indique la distribución indicativa inicial para cada enfermedad notificada por el Fondo Mundial y, en caso necesario, la distribución por enfermedad y por intervención de FSSC aprobada por el Fondo Mundial.

Programa	Monto indicativo de distribución por enfermedad (US\$)	Monto aprobado de distribución por enfermedad (US\$)
VIH	N/A	
Malaria		
Tuberculosis		
FSSC		
Suma total del financiamiento indicativo		

SECCION 1: Requisitos de elegibilidad del MCP y financiamiento de doble vía

Dos de los seis requisitos de elegibilidad del MCP se relacionan a la elaboración de la solicitud y a los procesos de selección de los receptores principales (RP):

- a. **Requisito 1:** proceso de elaboración de la solicitud.
- b. **Requisito 2:** proceso de selección del receptor o receptores principales.

Para cada requisito, los solicitantes deben facilitar pruebas del cumplimiento y adjuntar la documentación justificativa correspondiente. Asimismo, deben rellenar y adjuntar el aval del MCP (Anexo 1).

1.1 Proceso de elaboración de la solicitud - Requisito 1

En esta sección, documente:

- a. El **proceso transparente y documentado** utilizado para coordinar la elaboración de la propuesta, el cual involucra un amplio abanico de partes interesadas, sean o no miembros del MCP, tanto en la solicitud como en la revisión de las actividades para su posible integración en la Nota Conceptual.
- b. Las iniciativas para implicar activamente a **los grupos de población clave**¹, como las poblaciones en mayor riesgo² durante el diálogo de país y en la elaboración de la nota conceptual.

En el segundo semestre de 2010, el MINSAL, a través del Programa Nacional de ITS/VIH-Sida (PNS), con la asistencia técnica del Equipo Coordinador Nacional y el Equipo ASAP/ONUSIDA, trabajó en la formulación del PENM 2011-2015, tomando como criterios la inclusión y la participación multisectorial, condición que le confiere solidez y legitimidad al proceso. La convocatoria para participación de los actores de la Respuesta Nacional a las sesiones de consulta, talleres de formulación, foros de discusión y validación, fue de forma abierta y confirmada mediante invitación directa emitida por CONASIDA. Esta invitación abrió espacio a todas las organizaciones que desearon opinar, aportar ideas y formar parte del presente PENM (*Anexo 1.1.a*). La lista de las más de 250 organizaciones que participaron en el PENM puede consultarse en documento PENM, págs. 116-119 y se segrega además en adjunto (*Anexo 1.1.b*). En el año 2011, El Salvador fue invitado a presentar expresión de interés para participar en el proceso de Solicitudes Basadas en la Estrategia Nacional (NSA). Como requisito previo, todas las partes interesadas del país y sus asociados internacionales, desarrollaron una evaluación conjunta del PENM. Esta evaluación (JANS) dio como resultado una retroalimentación constructiva y muy valiosa que fortaleció aún más la Estrategia Nacional (*Anexo 1.1.c* y *Anexo 1.1.d*). Esta iniciativa quedó sin efecto por razones ajenas al país. En 2012, el país fue invitado a presentar la propuesta de F2-VIH, en tal sentido el MCP nombra un equipo de propuesta con el mandato de desarrollarla atendiendo el principio y criterio habitual de la más amplia representatividad. Esta

¹ La definición en las Instrucciones del MCP define poblaciones claves afectadas como mujeres y niñas; hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres; personas transgénero; consumidores de drogas por vía intravenosa; profesionales del sexo masculinos, femeninos y transgénero, así como sus clientes; reclusos; refugiados y migrantes; personas que conviven con el VIH; adolescentes y jóvenes; niños y huérfanos vulnerables; y poblaciones afectadas por situaciones humanitarias. Además de estos grupos, personas internamente desplazadas; indígenas, personas que viven con tuberculosis y la malaria y la gente que trabaja en lugares vulnerables a las transmisiones de tuberculosis también deben ser considerados como poblaciones claves afectadas

² Para los fines de la transición hacia el nuevo modelo de financiamiento (GF/B28/DP5), las “poblaciones en mayor riesgo” serán definidas como subpoblaciones, refiriéndose al VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis, dentro de un contexto epidemiológico definido y reconocido:

- 1) Que presenten niveles de riesgo, mortalidad y/o morbilidad significativamente más elevados.
- 2) Cuyo acceso o aceptación de servicios pertinentes sea significativamente inferior a los del resto de la población.
- 3) Que estén culturalmente y/o políticamente marginados y, por lo tanto, se enfrenten a obstáculos para conseguir tener acceso a los servicios.

representatividad se logra a través de la participación en el equipo, de al menos un miembro por cada sector nacional representado en el MCP (*Anexo 1.1. e, Acta 12-2012, Págs.8,9,10 y 11*). Para darle mayor robustez al principio de inclusión del mencionado Comité, y no obstante no ser miembros del MCP, el sector TS y Trans, son invitadas a integrarse (*Anexo 1.1.f*). Este equipo multisectorial produjo importantes sinergias con impacto positivo en la visión más integral de los componentes de la propuesta, particularmente respecto a las poblaciones claves. El Comité de Propuestas, se integró así: Sector ML/BL: Dr. Herbert Betancourt/ Coordinador, Lcda. Alexia Alvarado No miembro del MCP-ES. Gob. Dra. Ana Isabel Nieto y Dr. Salvador Sorto; RP: Dra. Anabell Amaya, Dra. Guadalupe Flores, Lcda. Claudia de Morales, PVS: Lcda. Guadalupe de Castaneda, Privado: Lcda. Yanira Olivo de Rodríguez, MCP-ES: Lcda. Marta Alicia de Magaña, Consultora Dra. Mirna García, Ong Nac. Sr. William Hernández, Académico :Lcda. Celina Ventura, TS: Sra. María Consuelo Raymundo, Sra. Silvia Vidal y Sra. Angélica Quintanilla, Trans: Sr. Edwin Hernández. Durante el proceso para la elaboración de la Propuesta, se sostuvieron 28 reuniones de trabajo, en las que se organizó, desde la metodología, la búsqueda de referentes especialistas, asignación de responsabilidades en cuanto a obtener información documental de las poblaciones claves, evidencia científica de actividades de gran impacto, datos estadísticos, etc. Los miembros del comité además han asumido funciones de facilitación en los talleres de consulta multisectorial, al mismo tiempo que han aportado ideas, consolidado textos, etc. En cada reunión se ha llevado un registro de participantes (*Anexo 1.1.g*). Para obtener los insumos de la nueva propuesta el 19 de febrero del 2013, se desarrolló un taller de consulta multisectorial con los sectores claves (*anexo 1.1.h*) En mitad del proceso, el 28 de feb.2013, se comunica al MCP que el país ha sido seleccionado para presentar Solicitud de Aplicación temprana para el Nuevo Modelo de Financiamiento (NMF), oportunidad con la que se tiene el privilegio de pilotear un nuevo modelo, generar buenas prácticas útiles a otros países del área y además obtener recursos adicionales que nos permitan llenar algunas brechas de financiamiento en la respuesta a la epidemia del VIH, que están contenidas en nuestro PENM. Para atender esta invitación, y dando continuidad al proceso iniciado, el Comité de Propuesta acordó un programa de trabajo con nuevas consultas, desarrollando el 19 de marzo 2013 un segundo Taller de Consulta Multisectorial (*Anexo 1.1.i*), en el que se hicieron mesas de trabajo con sectores claves, con la encomienda de volcar en un instrumento sencillo, sus propuestas de intervenciones, las que deberían contar con criterios específicos, tales como: armonización con PENM, actividades costo-efectivas, innovadoras, ambiciosas y con evidencia de ser exitosas. Del 04 al 13 de marzo/13, se recibe la visita de una Misión del Fondo Mundial, quienes divulgaron los contenidos del NMF y sus herramientas, dándose a conocer mediante una conferencia de prensa en la que participó la Ministra de Salud y la Gerente de Portafolio. Otra de las acciones desarrolladas por la Misión fue visitar poblaciones claves y en más alto riesgo en sus sedes de trabajo, lo que les permitió ver de cerca el quehacer de cada una de éstas. Las organizaciones que fueron visitadas son: ICW (PVS), Entreamigos (HSH), COMCAVIS (Trans), Flor de Piedra (TS) y ASPIDH Arco Iris (Trans). Esta fructífera misión permitió una reflexión nacional con sectores claves de la población más vulnerable, sobre su rol activo en la respuesta nacional. Así mismo otro logro de la misión es la capacitación en el dominio de las nuevas herramientas disponibles para la construcción de las nuevas solicitudes de financiamiento basadas en las necesidades nacionales contenidas en el PENM. Es de hacer notar la activa y sustancial participación en el proceso, de importantes referentes y representantes de sectores como: Guadalupe Castaneda, de la población PVS, William Hernández/HSH, Consuelo Raymundo y Silvia Vidal/TS, Edwin Hernández/Trans, Karla Avelar/-COMCAVIS/Trans; quienes junto al MINSAL y a PLAN en EL SALVADOR, han consolidado intereses comunes a favor de la respuesta de país. Los aporte sustantivos de los diferentes sectores se han integrado en la presente propuesta. Todas las estrategias fueron discutidas y analizadas con el pleno del MCP, según consta en actas de reunión nos.: 1-2013, Pto. 5; 2-2013, Pto.6; 3-2013, Pto.4 y 4-2013, Pto.5 (*Anexo 1.1.j*).

1.2 Proceso de selección de los Receptores Principales (RP) - Requisito 2

Describa lo siguiente:

- a. El **proceso y los criterios**, transparentes y documentados, que se han seguido para designar a los nuevos receptores principales o a los que continuarán con su labor.
- b. El modo en que se han manejado los **posibles conflictos de intereses** que han podido incidir en el proceso de designación de los receptores principales.

En Dic.2011, el MCP hace un llamamiento público en tres periódicos locales a organizaciones de la sociedad civil interesadas en participar en el proceso de pre-selección del Receptor Principal del Fondo Mundial en El Salvador. Adicionalmente, se contrató una Consultora Internacional, quien siguiendo directrices del MCP-ES dirigió el proceso de identificación del RP (Anexo 1.2.a). Presentan carta de interés, 6 organizaciones: Pasmó El Salvador, Visión Mundial, CALMA, SISCA, ASPS y Plan El Salvador. De estas organizaciones, 2 no alcanzaron la puntuación mínima establecida. A continuación, el equipo consultor realizó un diagnóstico de capacidades, basado en 6 elementos: Dirección General, Administración, Prestación de Servicios, Contabilidad y Finanzas, Planeación Estratégica, Recurso Humano, Capacidad Financiera y Margen de recuperación. Con base en el diagnóstico, se identificaron áreas de mejora. Posterior a este paso, una de las organizaciones se excusa de continuar con el proceso aduciendo compromisos previos. Para reforzar los perfiles organizacionales de cada una de las 3 instituciones participantes, PNUD colabora en el diseño e implementación de un plan de fortalecimiento y homologación de capacidades y un plan de asistencia técnica esto como paso previo a su elección (Anexo 1.2.b). La elección se realizó el 29 de noviembre en reunión plenaria del MCP, tomando como base la recomendación de nominación hecha por una Comisión Ad-Hoc nombrada por el MCP (Anexo 1.2.c), en la cual participan Miembros y No Miembros. La elección del MCP, recayó en Plan Internacional en El Salvador, como Nuevo Receptor Principal. En cuanto al segundo RP, el MCP luego de un análisis del desempeño decide que MINSAL continúe siendo uno de los RP. **En Febrero y Marzo, 2013** se ratifican ambos RP: MINSAL y Plan Internacional, para la propuesta del NMF (Anexo 1.2.d).

1.3 Financiamiento de doble vía

El financiamiento de doble vía se refiere a un acuerdo de ejecución propuesto en el que participan receptores principales tanto del sector público como del sector privado. Si la presente solicitud no refleja un arreglo de financiamiento de doble vía, indique el motivo que sustente este hecho. Esta sección no debe completarse si la presente solicitud incluye financiamiento de doble vía.

N/A

SECCION 2: Contexto del país

2.1 Contexto de la enfermedad en el país

Describa la situación epidemiológica actual y la tendencia de la enfermedad en su país. Remítase, según corresponda, al Perfil de Desempeño e Impacto facilitado por el Fondo Mundial, así como a otras revisiones de programa u otras fuentes pertinentes. Indique la concentración de la carga de morbilidad entre determinados grupos de población y/o regiones geográficas y los cambios recientes que haya sufrido el patrón de la enfermedad (incidencia o prevalencia).

En su respuesta, describa:

- Las **poblaciones clave afectadas** que sean importantes desde el punto de vista epidemiológico y cuyo acceso a la prevención y al tratamiento haya sido desproporcionadamente bajo y, en el caso de VIH y tuberculosis, los servicios de atención y apoyo.
- Los factores responsables de **desigualdad en el acceso a los servicios** destinados al tratamiento y a la prevención, como las normas y las prácticas de género, los obstáculos jurídicos y de políticas, el estigma y la discriminación, la pobreza, la ubicación geográfica, conflictos y desastres naturales.
- Las **limitaciones relacionadas con el sistema** en el ámbito nacional, sub-nacional y comunitario para reducir la carga de morbilidad.

De 1984 hasta el año 2012 los establecimientos del Ministerio de Salud, han registrado 29,242 casos nuevos de VIH, de los cuales 31% (8,931) se encuentran en fase de VIH avanzado. Del total de casos detectados, el 63% (18,279) se concentra en hombres. El registro de casos nuevos en los últimos cinco años presenta un número máximo de 1,840 (año 2008) casos anuales y un mínimo 1,557 (año 2012), teniéndose aún un importante reto por mejorar el subregistro y la subnotificación de casos. (anexo 2.1.a)

Tabla 1 Casos nuevos y acumulados de VIH desde el año 2008 al 2012

Casos Nuevos	2008	2009	2010	2011	2012 (preliminar)	Casos acumulados de 1984 a noviembre de 2012.
Casos nuevos de VIH	1.578	1.424	1.784	1.625	1.472	20.311
Casos nuevos de VIH avanzado	262	163	115	78	67	8.931
Total de casos nuevos por año.	1.840	1.587	1.899	1.703	1.539	29.242
Población estimada DIGESTYC	6.124.704	6.152.558	6.183.002	6.216.142	6.251.494	
tasa por 100,000 h	30	26	31	27	25	

Fuente: Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica de personas con VIH/SIDA (SUMEVE)

La relación mujer-hombre es de 0.6 (Índice de feminidad) o su equivalente hombre-mujer de 1.7 casos nuevos en hombres por cada mujer (índice de masculinidad).

El análisis de nuevos casos por grupos de edad, evidencia que la mayor cantidad se concentra en las personas de 20 a 39 años (tasa de 46 por 100,000h), el segundo lugar lo ocupa el grupo de los adultos de

40 a 59 años (tasa de 39 por cada 100,000h).

Tabla 2 Grupos específicos de edad de casos de VIH

Grupos específicos de edad	2008	2009	2010	2011	2012 (preliminar)
< 10 años	17	9	16	11	10
10 - 19	83	71	100	84	124
20 - 39	1.187	972	1.173	1.011	874
40 - 59	443	421	488	502	433
> 60 años	110	114	122	95	98
Total	1.840	1.587	1.899	1.703	1.539

Fuente: Construcción a partir de información del Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica de personas con VIH (SUMEVE).

En cuanto a la evolución de la epidemia y comparando la prevalencia del VIH según la procedencia de los casos en los años 2008 y 2012, se observa una disminución de la tasa nacional promedio en 5 puntos, quedando en 25 por 100,000 habitantes para 2012. Los departamentos de San Salvador y Sonsonate presentan siempre tasas mayores que el promedio nacional y presentan además un riesgo relativo mayor de apareamiento de nuevos casos con 47% y 27% respectivamente. (Ver ilustración No 1) (Anexo 2.1.b) La comparación de las tasas por departamento muestra una disminución en todos los casos a excepción del departamento de Cabañas

Ilustración 1. Tasas acumuladas de VIH y VIH avanzado (mujeres y hombres) según departamento de procedencia, 2008 El Salvador

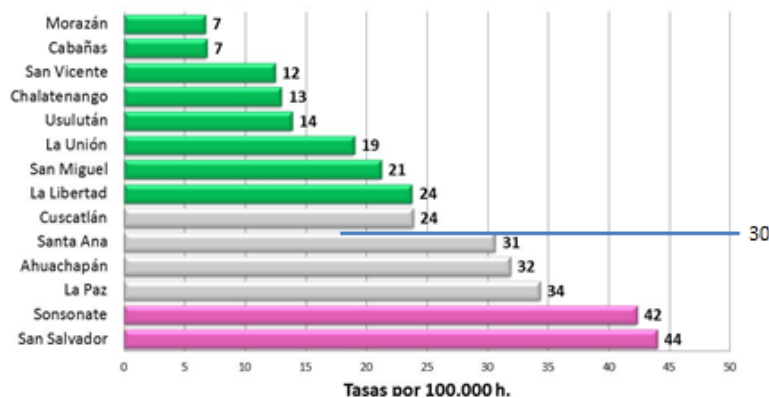
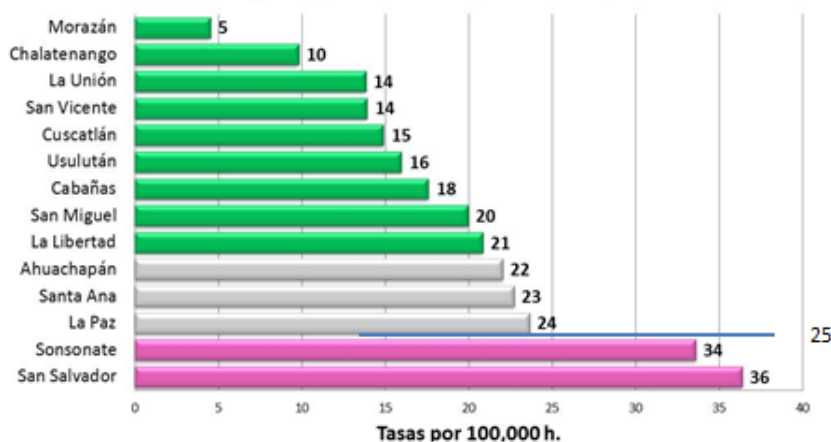


Ilustración 1. Tasas acumuladas combinadas de VIH y VIH avanzado según departamento de procedencia, 2012, El Salvador



La epidemia que presenta El Salvador es catalogada como una epidemia concentrada, con prevalencia en

población general de 0.09% (Fuente: Reporte Global 2012, MINSAL) (anexo 2.1c), y con cifras de prevalencia elevadas en las poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad como son: población Trans, hombres que tienen sexo con hombres, (HSH) y mujeres trabajadoras sexuales (TS). En la tabla 3 se presentan datos de prevalencia para estas tres poblaciones. La comunidad Trans es la que muestra la más alta prevalencia de VIH.

Tabla 3 Prevalencias de VIH para TS, HSH y TRANS

AÑO/POBLACION	TS	HSH	MUJERES TRANS
2002	3,2	15,3	no datos
2008	5,7	10,8	25.8
2012	3,14	10,00	no datos

Fuente: Construcción a partir del, Estudio Multicéntrico 2002, Encuesta Centroamericana de Vigilancia del Comportamiento Sexual de ITS y VIH 2008 y Estudio VICITS 2012.

De manera específica se analiza la situación epidemiológica y la cobertura de servicios de salud de las siguientes poblaciones clave afectadas:

Hombres que tienen sexo con hombres (HSH): La talla poblacional para HSH es de 16,835 de acuerdo a estimaciones de Spectrum 2013 (Anexo 2.2.d), sin incluir población Trans. Según MEGAS, la inversión en Sida para este grupo fue de 2.1% del total (\$1,251,793), (Anexo 2.1.e). La prevalencia de VIH para esta población es de 10% (Estudio VICITS 2012) mostrando disminución de 0,8 puntos respecto al 2008. La prevalencia de sífilis activa para el año 2012 (Anexo 2.1.f) es de 5.12, hepatitis B 1.61 y Hepatitis C 0.8. El mismo estudio señala que el uso correcto y consistente del condón en HSH fue del 58%.

De acuerdo al Estudio de Uso de Servicios de Salud por HSH en San Salvador realizado por Measure Evaluation del año 2012 (Anexo 2.1.g), los servicios de prevención de VIH recibidos por los HSH en los últimos 12 meses fueron: condones 92%, lubricantes 58%, materiales sobre prevención 44%, referencia a la prueba de VIH 18%, referencia a ITS 6%.

Población Trans: La talla poblacional estimada para la población Trans fue de 2,765 personas, se ha tomado como factor de cálculo el estudio de la población guatemalteca, en donde el 0.14% de la población general de hombres mayores de 15 años fueron censadas como mujeres Trans. Dado el vacío de información nacional, se propone realizar estudios especiales de talla de población para Trans. La prevalencia en la población de mujeres Trans fue de 25.8%³. (Anexo 2.1.h) El 32% reportó el uso consistente del condón con su pareja estable masculina y un 65% reportó uso consistente del condón con todas sus parejas ocasionales en los últimos doce meses. La prevalencia de ITS para la población Trans, para Herpes simple, tipo 2 fue de 71.1%, de Sífilis de 20.7% y la de Sífilis activa fue de 7.7% (Fuente: Estudio ECVC, Subpoblación, Transexual, travesti y transgénero).

El estudio de Estigma y Discriminación, USAID/ PASCA octubre 2011 (2.1.i), estableció que la población Trans es la más estigmatizada y discriminada, así como la que sufre las mayores violaciones de sus Derechos Humanos, incluido los crímenes de odio. Esta condición de exclusión es una barrera al acceso de los diferentes servicios de prevención, atención y cuidados y la vuelve proclive al consumo de alcohol y drogas, particularmente Crack.

Trabajadoras del sexo: la talla poblacional estimada para el año 2011 es de 13,305 trabajadoras sexuales en El Salvador. La prevalencia de VIH para esta población es de 3.14% presentando una disminución de 2.56 puntos respecto al año 2008. La prevalencia de Sífilis activa fue de 1.43%, Hepatitis B 0.28%. El trabajo de pares es considerado una experiencia exitosa para lograr cambios de comportamiento, sin embargo se prevé realizar una intervención más integral con servicios para esta población. El uso correcto y consistente del condón en esta población es del 96%. (Estudio VICITS 2012).

PVS: Hasta diciembre 2012 se encontraron en TAR 6,643 personas (Fuente: SUMEVE). Entre el año 2008 y 2012 iniciaron TAR en promedio 1,200 personas por año. La TAR se concentra en 20 hospitales en el país. En los últimos 5 años se registraron 9,213 hospitalizaciones por enfermedades oportunistas, con una estancia promedio combinada (hombres y mujeres) de 8.5 días. Para el mismo período se reportan 1,532 defunciones por causas secundarias asociadas al VIH Avanzado, entre estas: Histoplasmosis, Neumonía no especificada, Septicemia y Meningitis tuberculosa. El 68% de las muertes corresponden a hombres. (Anexo 2.1.a).

Según MEGAS 2012, el gasto para atención y tratamiento para ese año fue de \$30,397,971 que

³ Fuente: Estudio Centroamericano de Vigilancia al Comportamiento Sexual, ECVC 2008.

corresponde al mayor porcentaje de gasto en Sida en El Salvador (51%). La mitad de este gasto corresponde a atenciones ambulatorias. El indicador de personas que continúan en TAR después de 12 meses de inicio fue de 85% (Fuente: Reporte Global 2012). Es particularmente importante para la adherencia a la TAR la implementación de la estrategia de pares que se implementa a través de 20 promotores pares ubicados en los 20 Hospitales que brindan atención integral al VIH. Considerando que de acuerdo a estudios focalizados, la tasa de abandono es mayor en los primeros 6 meses, la focalización en este grupo de personas resulta crítica.

Privados de Libertad: Para diciembre de 2012, la población privada de libertad adulta ha sido de 27,090 personas, de los cuales 24,438 son hombres y 2,652 mujeres. Además se tienen cuatro Centros de Inserción Menores (ISNA) tres exclusivos de hombres (555) y uno de mujer (90) (datos del 2012). El número de personas con VIH en los Centros Penales para el año 2012 fue de 258 de los cuales 174 se encuentran en TAR. El número de casos de PL con VIH-TB fue de 14 personas, para el año 2012 (Fuente: registros del PNS). No existe información de Infecciones de Transmisión Sexual.

El hacinamiento, las condiciones socioeconómicas y de seguridad que presentan actualmente los centros penales generan condiciones para la práctica de comportamientos de riesgo para adquirir el VIH. Existen 15 grupos de apoyo dentro de los Centros Penales y se han formado 1,000 facilitadores pares para desarrollar procesos educativos y facilitar la toma de prueba y servicios de salud. Los servicios médicos son proporcionados sobre la base de un acuerdo entre Ministerio de Justicia y el Ministerio de Salud, el cual será revisado para establecer nuevos compromisos y responsabilidades para la atención de los privados de libertad.

PTMI: El porcentaje de embarazadas con VIH que recibe medicamentos antirretrovirales, para reducir el riesgo de transmisión materno infantil fue del 71%, considerando que fueron 156 mujeres embarazadas las que recibieron TAR para el año 2012 (Fuente: Sistema de Información Perinatal, MINSAL). El denominador es 220 que es el número estimado de mujeres embarazadas con VIH.

Los Departamentos del país con mayor prevalencia de embarazadas con VIH son coincidentes con los departamentos de mayor prevalencia citados arriba. (Anexo 2.1.j Mapa de mayores prevalencias en embarazadas 2012)

El Porcentaje de mujeres embarazadas que se realizó la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados para el año 2011, fue del 72%, sobre un total de 84,752 embarazadas (SUMEVE), que se realizaron la prueba de VIH.

En el año 2012, 8 recién nacidos fueron diagnosticados con infección de VIH, y en los últimos 5 años 61 niños y niñas menos de 10 años han sido diagnosticados VIH positivos. Los supuestos del fracaso de la prevención de la transmisión vertical son: déficit de control prenatal, pérdida de oportunidades para testeo, consulta tardía en ocasiones durante el trabajo de parto, déficit de laboratorios clínicos capaces de realizar la prueba del VIH./

Jóvenes: Según la Dirección General de Estadísticas y Censos (DIGESTYC) (Anexo 2.1.n), la estructura poblacional en el 2007 estaba conformada mayoritariamente por jóvenes de 10 a 19 años, lo que corresponde a 1 millón 306 mil 912 (22.7%), el 51.4% pertenecen al sexo masculino y un 48.6% al sexo femenino, siendo la zona urbana 58.2% donde se encuentra el mayor número de jóvenes. Según el estudio, "Salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes: Incorporando la perspectiva de derechos humanos en las inversiones de salud pública", presentado en agosto 2012 por el Banco Mundial (BM) (Anexo 2.1.o⁴). El 56,2% de los embarazos en adolescentes salvadoreñas son no deseados y en su mayoría son producto de violencia sexual, según un estudio difundido.

La investigación realizada entre 1.258 jóvenes, entre las edades de 10 y 19 años, también destacó que las adolescentes salvadoreñas en promedio tienen su primer encuentro sexual a los 15,9 años y los hombres adolescentes a los 14,8. Indicó también que uno de cada 10 adolescentes afirmó no tener suficiente información sobre métodos anticonceptivos y de planificación familiar

⁴ <http://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2012/08/22/estudios-derechos-sexuales-de-los-jovenes>

2.2 Plan Estratégico Nacional

Describa brevemente su Plan Estratégico Nacional y cómo éste hace frente al contexto de la enfermedad en el país, descrito en la sección 2.1.

En la respuesta, describa:

- a. Las **metas, los objetivos y las intervenciones prioritarias** del Plan Estratégico Nacional, poniendo énfasis en su relevancia actual y cualquier revisión planificada o necesaria que deba llevarse a cabo durante el periodo de implementación de la solicitud de financiamiento.
- b. La **fase actual de ejecución** del Plan Estratégico Nacional y los procesos que se llevan a cabo en el país para revisar el Plan. Si el Plan Estratégico Nacional se encuentra en los últimos 18 meses de su periodo de vigencia, describa el proceso y el calendario para el desarrollo de un nuevo plan.
- c. Las **principales conclusiones** de recientes evaluaciones y/o revisiones del programa, y cómo se les ha dado respuesta.

El Plan Estratégico Multisectorial de la respuesta al VIH-Sida e ITS (Anexo 2.2.a) ha sido producto de un trabajo participativo de los diferentes sectores que participan en la respuesta a la epidemia. El PENM 2011-2015 se llevó a cabo mediante un proceso altamente consultivo, coordinado y consensuado, que valora las propuestas que responden a las necesidades de cada sector.

Este Plan Estratégico posee estrategias claramente analizadas y definidas con el propósito de perfilar el camino más adecuado y efectivo para reducir la incidencia de la epidemia en la población salvadoreña, proponiendo estrategias que tomen en cuenta factores inherentes a la realidad, como la pobreza, el subdesarrollo y la desigualdad de género entre otros.

El Plan Estratégico está conformado por cuatro volúmenes.

Volumen I. Plan Estratégico Nacional Multisectorial que describe los aspectos transversales considerados en el plan, las metas e impacto esperado, análisis de la situación y el contexto Epidemiológico del país en relación a la epidemia de VIH-sida e ITS.

La planificación estratégica con 5 ejes estratégicos: Prevención del VIH e ITS; Atención integral del VIH/sida, coinfección VIH-TB e ITS; Derechos Humanos; Sostenibilidad de la Respuesta Nacional y Sistema de Información Estratégica. Incluye el costeo del Plan, la desagregación por poblaciones meta, HSH, Trans, entre otras.

Volumen II. Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación en VIH 2011-2015

Volumen III. Base de Datos y Referencias, revisión de literatura, estudios y publicaciones disponibles en el país, para garantizar que la estrategia sea basada en evidencia.

Volumen IV. Sistematización de las sesiones de análisis y formulación.

Vol. 1 Plan Estratégico Multisectorial

Eje estratégico 1: Prevención

El eje estratégico de prevención se orienta a producir los siguientes efectos directos:

- Reducción de nuevas infecciones y reinfecciones del VIH y otras ITS
- Detección temprana del VIH y otras ITS y atención integral oportuna
- Población informada sobre las formas de prevención y transmisión del VIH
- Niños, niñas y adolescentes formados en SSR y en prevención del VIH e ITS
- Padres y madres sensibilizados para apoyar el proyecto de vida de sus hijos e hijas contra el VIH en escuelas primarias y secundarias
- Aplicación del conocimiento adquirido en prevención del VIH y otras ITS para la provisión de servicios
- Sinergismo de acciones entre la Política Nacional de SSR y el PENM 2011-2015
- Reducción de nuevas infecciones de VIH y/o Sífilis congénita en recién nacidos
- Captación oportuna de las parejas sexuales de mujeres embarazadas con VIH y/o Sífilis para brindarles atención integral.
- Reducción de la transmisión del VIH por medio de transfusiones sanguíneas

- Reducción de casos de VIH por accidentes laborales y abuso sexual.

Eje estratégico 2: Atención integral

El eje estratégico de atención integral se orienta a producir los siguientes efectos directos:

- Calidad de atención garantizada bajo los estándares nacionales e internacionales
- Se garantiza el apego al tratamiento y asistencia domiciliaria de las personas con VIH
- Una respuesta coordinada al VIH y otras ITS de los programas ministeriales que tienen relación con el VIH-Sida e ITS
- Mejora de la calidad de vida de las personas con VIH
- Respuesta oportuna en VIH y otras ITS en situaciones de emergencia

Eje estratégico 3: Derechos Humanos

Los esfuerzos para este eje estratégico se orientaron a lograr los siguientes efectos directos:

- Garantizado el respeto de los DDHH de personas con VIH y poblaciones en condiciones de mayor riesgo y vulnerabilidad
- Disminución paulatina del estigma y discriminación
- Protección social a las personas con VIH y personas afectadas

Eje estratégico 4: Sistema de Información Estratégica (SIE)

El sistema de información se orienta a la producción de los siguientes efectos directos:

- Cumplimiento de uno de los tres unos
- El SIE cuenta con un canal rutinario de comunicación que facilita el intercambio y análisis de información entre los actores claves
- Recursos humanos disponibles y capacitados para realizar MyE oportuno del VIH
- Se cuenta con información oportuna y su respectivo análisis para la toma de decisiones
- SUMEVE provee y disemina información de calidad para la toma de decisiones.
- Mejor conocimiento de la epidemia de VIH para toma de decisiones

Eje estratégico 5: Sostenibilidad de la Respuesta Nacional al VIH- Sida e ITS

Para el eje estratégico de sostenibilidad, se propusieron los siguientes efectos directos:

- Una autoridad nacional de coordinación del VIH con un mandato multisectorial amplio
- Sociedad civil fortalecida para su participación eficaz en la respuesta al VIH
- Participación activa de la sociedad civil con conocimiento para formular planes y propuestas.
- Respuesta al VIH efectiva a nivel municipal
- Respuesta al VIH efectiva en la empresa privada
- Actividades eficaces de prevención en VIH financiadas

Durante el período 2011-2015, el Plan Estratégico propone intensificar los esfuerzos nacionales hacia la prevención primaria, y de forma primordial con las poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad; incrementar el diagnóstico precoz del VIH en las poblaciones priorizadas; facilitar el acceso a servicios de prevención y atención de ITS; aumentar la cobertura de los servicios de SSR como marco de abordaje del VIH e ITS; fortalecer la educación sexual desde el sistema nacional de educación; asegurar la atención integral del VIH y sida; y generar una respuesta al VIH multisectorial y descentralizada basada en el irrestricto cumplimiento de los derechos humanos.

Plan Estratégico Multisectorial de la respuesta al VIH-Sida e ITS 2011-2015 fue evaluado dentro del proceso de aplicación basada en Planes estratégicos Nacionales (por su sigla en inglés, NSA) como parte fundamental del proceso de la Aplicación basada en Planes Estratégicos Nacionales al cual El Salvador fue sometido ante el Fondo Mundial (FMSTM).

El resultado de las observaciones que la Evaluación Conjunta (por su siglas en inglés, JANS) (2.2.b) brindó a la Entidad Organizadora (por sus siglas en inglés, JAOb), son las siguientes:

- a. La mayor parte de las observaciones catalogadas como carencias, sean críticas o no, fueron aceptadas por el JAOb y abordadas apegadas al marco jurídico-legal de El Salvador y en coherencia con las estrategias y planes gubernamentales, de las organizaciones de la sociedad civil y de los organismos multi y bilaterales. Existen también observaciones que no fueron incorporadas, a las cuales se les brindó una breve explicación detallando los motivos por los cuales se ha valorado ya sea no tomarlas en cuenta para esta edición del PENM o que serán consideradas en la revisión de medio término de la estrategia.

- b. El informe de la evaluación conjunta de El Salvador, se basó en 5 documentos: 1) Plan Estratégico Nacional Multisectorial de la Respuesta al VIH-Sida et ITS 2011-2015 de El Salvador; 2) Plan de Monitoreo y Evaluación; 3) Plan operacional; 4) Base de datos y 5) Sistematización. El equipo de evaluación conjunta sintetizó los hallazgos en 29 conclusiones generales y 17 cuestiones críticas.
- c. Este informe se realiza en base únicamente al PENM revisado. Este nuevo documento sería la base para las modificaciones pertinentes a realizarse en los documentos 2 y 3. En general, el país ha realizado varias modificaciones basadas en la mayoría de las conclusiones de la evaluación conjunta:
- d. En la categoría finanzas y auditoría, el nuevo PENM describe con precisión los roles y funciones de las distintas instituciones del estado que van a intervenir en materia de gestión financiera y auditoría y detalla el plan de movilización de recursos. Para poder responder al incremento significativo del presupuesto anual (que pasa de 41M a 66M) y sus implicaciones a nivel de los recursos, se ha previsto una evaluación de las necesidades basada en la demanda.
- e. No se refleja la evidencia de la relación entre desastres naturales y la incidencia de ITS/VIH/SIDA ni las posibles acciones para prevenir situaciones que incrementen el riesgo de transmisión de estas patologías posteriormente a estos siniestros (violaciones/abusos sexuales en albergues, sexo sin protección, etc.).
- f. Los datos como edad, sexo y región por cada población clave/vulnerable debe ser detallados de manera armónica en los 4 documentos del PENM tanto en resultados como en indicadores.
- g. Respaldo de forma más robusta con la evidencia porque se escogen las poblaciones claves/vulnerables del PENM. Tampoco se refleja la situación de acceso a servicios de salud de estas poblaciones.
- h. No se refleja la forma de volver más accesible los condones masculinos y femeninos. Tampoco se detalla cómo se promoverán los condones con mensajes integrados para planificación familiar, prevención de ITS y VIH/SIDA.
- i. Falta de acciones que vuelvan la prueba voluntaria del VIH más accesible para los menores de 18 años.
- j. La salud sexual y reproductiva (incluyendo prevención de todas las ITS) no se evidencia de forma clara en el PENM. No se vincula operativamente el PENM con la ley LEPINA en SSR.
- k. Incluir, en la política de SSR para adolescentes y jóvenes, claramente el tema de VIH/SIDA y servicios adaptados a esa población.
- l. No se analizan las necesidades especiales que pudieran tener los niños y adolescentes con VIH.
- m. Descripción de cómo se organizará y coordinará el ISSS y MINSAL para mejorar la armonización de prestación de servicios en VIH/SIDA.

Faltan indicadores y actividades respecto a:

- Confidencialidad del prueba de VIH
- DDHH de PLVIH en y por empresa privada
- Desafíos en materia de DDHH analizados en el PENM
- No se refleja como el país reportará la situación de DDHH en PLVIH y con ITS ante la ONU y OEA

Para el año 2015, El Salvador habrá logrado mejorar los comportamientos sexuales de las poblaciones más expuestas y habrá disminuido las nuevas infecciones por el VIH en HSH, mujeres Trans, TS, mujeres y hombres de 15 a 24 años. Habrá disminuido el porcentaje de lactantes que nacen con el VIH de madres Infeccionadas. La sobrevivencia de adultos y niños en tratamiento antirretroviral habrá aumentado y la tasa de mortalidad por sida habrá disminuido. La CONASIDA proporciona el máximo apoyo político para la sostenibilidad y la coordinación efectiva de los esfuerzos nacionales en respuesta al VIH. El estigma y discriminación asociados al VIH, identidad de género, orientación sexual y trabajo sexual habrá experimentado una reducción significativa.

El apoyo político es uno de los componentes programáticos que contribuye al buen desarrollo de la respuesta nacional al VIH-Sida e ITS, reflejando la adopción e institucionalización de la respuesta.

2.3 Ejecución del Plan Estratégico Nacional

Describe el **progreso de ejecución** del Plan Estratégico Nacional, haciendo referencia, según corresponda, al Perfil de Desempeño e Impacto facilitado por el Fondo Mundial, así como a cualquier prueba reciente obtenida a partir de las revisiones del programa, evaluaciones y

encuestas de control pertinentes.

En la respuesta, incluya:

- a. Las **intervenciones prioritarias** actualmente en ejecución.
- b. El **resultado e impacto** que hasta la fecha han logrado estas intervenciones prioritarias.
- c. Las **principales partes interesadas** involucradas en la ejecución.
- d. Limitaciones de la respuesta y las lecciones aprendidas hasta la fecha, en las cuales se basarán el diseño de intervenciones futuras.
- e. Limitaciones de los sistemas nacionales de datos empleados para medir y demostrar impacto.

Durante el año 2012, a través de la Subcomisión Nacional de Monitoreo y Evaluación con el apoyo de USAID/PASCA (Anexo 2.3.a) se evaluó la ejecución de lo programado para el primer año del PENM 2011-2015 en su primer Plan Operativo Anual, el trabajo realizado permitió evaluar las brechas programáticas y metodológicas para su seguimiento. Se presentan a continuación los resultados de la evaluación:

Resultados en el Eje Estratégico 1: Prevención

Por mucho este eje tuvo más actividades programadas que los restantes tres ejes que fueron parte del POA 2011-2012. En su ejecución, el involucramiento de instituciones y organismos de la respuesta nacional en este primer año fue amplio, multisectorial e inclusivo. Las instancias involucradas incluyeron: Gobierno (MINSAL, ISSS, Sanidad Militar, Bienestar Magisterial, Ministerio de Educación, Secretaría de Inclusión Social, Ministerio de Trabajo), Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos, organizaciones de la sociedad civil (organizaciones basadas en la fe, ONG's nacionales e internacionales, academia), empresa privada.

En este eje todas las actividades tuvieron un porcentaje de cumplimiento superior al 70%.

Se describe a continuación la evaluación por cada objetivo y resultados del PENM

Objetivo estratégico No 1.1 : Prevención de la transmisión sexual del VIH y de las ITS

Resultado 1.1.1: Aumentar el uso correcto y consistente del condón: promedio de ejecución arriba del 80%. Las actividades con menor ejecución fueron: Formación de personal especializado: urólogos, ginecólogos, endocrinólogos, educadores, entre otros, para abordar a mujeres Trans.

Resultado 1.1.2: Pruebas de VIH, promedio de ejecución arriba del 90%, incluye pre consejería, post consejería y entrega de resultados. En importante mencionar que se está trabajando en el fortalecimiento de la captura de la información de post consejería para pruebas de VIH.

Resultado 1.1.3: Aumentar el acceso oportuno a la profilaxis post exposición a personas que hayan sufrido accidentes laborales o violencia sexual. El Promedio de ejecución ronda el 70%. Las actividades con puntajes más bajos fueron en las actividades: a)Elaborar e implementar un plan de descentralización de la atención en profilaxis post exposición a servicios de salud seleccionados, b) plan de capacitación sobre protocolo para abordaje, denuncia y tratamiento del abuso sexual, c)realizar promoción de centros de atención de violencia sexual y profilaxis post exposición. Un avance importante es que en el año 2012, el MINSAL aprobó la actualización de la Guía Clínica de la Profilaxis Post Exposición al VIH y durante el primer trimestre de 2013 se realizaron 7 talleres para la socialización y aumento de la sensibilización sobre la prevención del VIH en los dos tipos de exposición: laboral y por violación sexual, totalizando 147 personas con capacidades fortalecidas. Los talleres realizados se desglosan de la siguiente manera:

- 4 Talleres dirigidos a Personal del Ministerio de Salud que atiende las emergencias médicas y a personal de Ginecólogos, así como enfermeras de emergencia de los hospitales de la Red Integral e Integrada de Salud del Ministerio de Salud, MINSAL. Haciendo un total de 81 personas.
- 2 Talleres dirigidos a personal interinstitucional que atiende el delito de la violación sexual: Personal de la Policía Nacional Civil, Instituto de Medicina Legal, Procuraduría General de la República, Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer, ISDEMU; Mesa de Género del Sector Justicia. 47 personas en

total.

- 1 Taller dirigido a fiscales de la Fiscalía General de la República. 18 personas.

Resultado 1.1.6: Incorporar la educación sexual con énfasis en la prevención del VIH en el currículo del sistema nacional de educación básica, media y universitaria. El promedio de ejecución fue alrededor del 80%. Por otra parte, las actividades relacionadas para definir plan de asistencia a Universidades para la ejecución de acciones definidas en el PENM fueron las menos ejecutadas.

Objetivo Estratégico 1.2: Disminución de la transmisión materno-infantil del VIH, Sífilis y otras ITS

Resultado 1.2.1: Aumentar la cobertura de mujeres embarazadas que reciben el control prenatal precoz e integral, parto institucional y control post parto. El promedio de ejecución arriba del 100%. Según el Estudio costo-efectividad de la estrategia de prevención de la transmisión materna infantil del VIH elaborado por el Programa Nacional de VIH del MINSAL, se invirtió durante 2010: \$ 838,276 para PTMI y de esa manera se pudo prevenir la transmisión del VIH a 163 recién nacidos.

Objetivo Estratégico 1.3: Disminución de la transmisión sanguínea del VIH-SIDA e ITS, promedio de ejecución del 100%. En El Salvador, el porcentaje de unidades de sangre donada que se analiza para la detección de VIH con criterios de calidad asegurada (Indicador UNGASS), muestra que se encuentra en el 100% por lo que se identifica como una prioridad mantener este indicador en el nivel más alto posible (100%), pues de su idónea evolución depende contribuir a evitar la transmisión parenteral entre donante altruista y receptor.

Resultados en el Eje Estratégico 2: Atención Integral del VIH-Sida, co infección TB/VIH e ITS

Este eje estratégico, por la naturaleza más específica de sus resultados y actividades, involucra menos actores o entidades más especializadas en la atención integral. El MINSAL es el principal proveedor de estos servicios.

Los avances de las actividades mostraron un alto nivel de cumplimiento.

Objetivo Estratégico 2.1: Fortalecimiento de los servicios de salud para una respuesta efectiva al VIH e ITS, cumplimiento cercano al 100%

Objetivo Estratégico 2.2: Mejoramiento de la provisión y calidad de los servicios de salud relacionados con el VIH-Sida e ITS, cumplimiento cercano al 100%.

Resultados en el eje estratégico 3: Derechos Humanos

Este eje tuvo las más bajas ponderaciones de cumplimiento del POA en evaluación. Las siguientes actividades fueron las que resultaron con los promedios más bajos:

- La actividad que buscaba implementar un plan de asistencia técnica para desarrollar las acciones sobre derechos humanos propuestas por el Ministerio de Economía, Ministerio de Trabajo, Instituto Salvadoreño de Desarrollo Municipal, COMURES, Consejo Nacional de la Judicatura (Escuela de Capacitación Judicial), Instituto para el Desarrollo de la Mujer (ISDEMU) y Corte Suprema de Justicia, quedo muy rezagada y pospuesta para el siguiente periodo. La única instancia que impulso esfuerzo fue el Ministerio de Trabajo que continuo implementando su **Estrategia Nacional** para hacer transversal la temática de VIH /Sida contemplada en su Plan Estratégico institucional 2010-2014, que asume la problemática del VIH como eje transversal, con arreglo a los principios de respeto a los derechos humanos, la dignidad de las personas infectadas o afectadas por el VIH-sida, la no discriminación y estigmatización y la igualdad de oportunidades y de trato entre hombres y mujeres.
- Implementar programas de formación para empleo y autoempleo para personas con VIH, incluida la gestión de empleo.
- Gestionar transferencia económica condicionada, micro créditos y otras formas de asistencia económica para personas con VIH.

Las explicaciones para justificar el bajo cumplimiento van desde falta de recursos económicos por parte de algunas instituciones, falta de cooperación inter organizacional, hasta no haber contemplado determinada

actividad en el POA propio institucional.

Las actividades que tuvieron un cumplimiento superior al 80% fueron las relacionadas con:

- La implementación de un plan de difusión y monitoreo de la Ley del Prevención y Control de la infección provocada por el VIH, Acuerdo Ministerial No. 202 y del Decreto Ejecutivo No. 56. (90%).
- El desarrollo de acciones de asistencia a empresas para implementación de políticas de VIH en el lugar de trabajo. (82%). USAID|PASCA ha impulsado la incorporación del sector privado en la respuesta nacional al VIH, estableciendo sinergia con otros actores interesados tales como: la Asociación Nacional de la Empresa Privada ANEP, el PNUD, las Clínicas Empresariales del Instituto Salvadoreño del Seguro Social e involucrando a la Dirección de Inspectoría del Ministerio de Trabajo para dar asistencia técnica en el proceso de sensibilización, posicionamiento del tema de VIH en la agenda del sector empresarial y elaboración de las políticas de trabajo. Estos esfuerzos se han traducido en que 22 empresas de reconocida trayectoria regional e internacional adoptaran Políticas de VIH en el Lugar de Trabajo, después de haber culminado con ellas procesos de sensibilización. Por otra parte, los esfuerzos de involucramiento del sector privado han sido visibles en organismos colegiados, habiéndose logrado en 2010 que la empresa privada tuviera representación en el MCP y en CONASIDA en el 2011.

El Eje Estratégico 5: Sostenibilidad de la Respuesta Nacional frente al VIH-Sida, es similar al eje estratégico de la Atención Integral, ya que pocas instituciones estuvieron involucradas en la ejecución de las actividades de este eje.

Para el objetivo estratégico 5.1 las acciones con menores ponderaciones fueron:

1. Plan de incidencia política para asegurar el compromiso político del Presidente de la República en la temática del VIH-Sida.
 2. Implementar un plan de sostenibilidad del MCP, que asegure la multisectorialidad y efectividad vigente en la respuesta después de la finalización de subvenciones del Fondo Mundial.
- Con relación al plan de incidencia política se estima un 57% de ejecución dado que a pesar que el Presidente de la República no se ha manifestado públicamente sobre la temática, ha otorgado plena autoridad a la Ministra de Salud para actuar de manera activa y efectiva sobre todo lo que concierne a la respuesta nacional al VIH.
 - El Plan de fortalecimiento de las organizaciones de la sociedad civil en incidencia política se ha ejecutado en 80%.
 - Se ha elaborado un plan operativo anual de la CONASIDA y un Reglamento Interno de la Comisión, el cual tiene por objeto regular su organización y funcionamiento interno
 - Se ha definido un equipo técnico responsable del seguimiento de la implementación del plan operativo anual de la CONASIDA.
 - Se han nombrado puntos focales en cada institución miembro del CONASIDA para darle mayor funcionalidad.

Para el Objetivo Estratégico 5.2: Participación e interacción eficaz entre los diferentes actores y sectores para una respuesta efectiva al VIH: La principal brecha es que no se cuenta con un plan de sostenibilidad del MCP, que asegure la multisectorialidad y efectividad vigente en la respuesta después de la finalización de subvenciones del Fondo Mundial.

Luego de revisar y analizar los hallazgos encontrados en la evaluación realizada se enumeran las siguientes conclusiones de la evaluación del primer Plan Operativo Anual del PENM 2011-2015: (Anexo 2.4.a)

- a. **Buen nivel de cumplimiento:** El promedio global de ejecución de POA 2011-2012 fue 80%, lo cual es un muy buen nivel de cumplimiento de las metas trazadas para ese periodo por la Respuesta Nacional.
- b. El Eje Estratégico de Derechos humanos y el Sostenibilidad de la Respuesta Nacional frente al VIH-Sida tuvieron un bajo promedio de cumplimiento: Siendo 61% el promedio del Eje de DDHH y 75% el de Sostenibilidad. Causas aducidas: Falta de financiamiento, limitada cooperación interinstitucional.
- c. No se contempló mecanismo para el seguimiento, monitoreo y evaluación del POA 2011-2015 desde el momento que fue elaborado.
- d. Limitada apropiación del POA 2011-2012: Si bien la mayoría de las instituciones y organizaciones de la Respuesta Nacional conocen el PENM 2011-2015, una menor proporción de entidades conocían el

primer POA. Como consecuencia de lo anterior, buena parte de los actores de la respuesta nacional no incorporó o armonizó sus propios POA institucionales con el de la respuesta Nacional.

Al final de 2015 se realizará la evaluación del PENM y se planeará una nueva estrategia para 5 años.

2.4 Refuerzo de las actividades de colaboración en el ámbito de la tuberculosis y el VIH

Si está presentando **notas conceptuales para la tuberculosis y/o el VIH**, es necesario describir el alcance y el estado de las actividades de colaboración en curso en materia de tuberculosis y VIH.

- a. En qué medida las solicitudes de financiamiento reforzarán las actividades de colaboración en materia de tuberculosis y VIH.
- b. Los vínculos entre los respectivos programas nacionales de tuberculosis y el VIH en su país.

a) Con relación a la respuesta de la coinfección VIH/TB, entre la subvención de Tuberculosis Ronda 9 y la de NMF se complementan a través de la implementación de acciones para reducir la carga de TB en personas con VIH (objetivo conocido como las tres "I" para VIH/TB). Con fondos de NMF se espera financiar actividades de los tres "I", indicadas a continuación:

1. Establecer la búsqueda intensiva de casos de TB en personas con VIH

En particular las personas con VIH deben ser estudiadas regularmente para descartar TB usando un algoritmo basado en síntomas clínicos: tos actual, fiebre, pérdida de peso o sudoración nocturna. Para fortalecer este componente se realizará la adquisición de la PPD (Derivados Proteico Purificado) y actualización del algoritmo diagnóstico.

2. Iniciar la prevención de la TB con terapia preventiva con Isoniazida.

De acuerdo a Políticas de la OMS sobre actividades colaborativas, "debe de administrarse Isoniazida a las personas con infección latente por Mycobacterium tuberculosis a fin de evitar que se convierta en una enfermedad activa. La adquisición de Isoniazida para pacientes HIV es necesaria para complementar las intervenciones con Ronda 9 de Tuberculosis, cuya profilaxis según norma debe ser brindada por 9 meses.

3. Garantizar el control de Infecciones de tuberculosis en establecimientos de salud y sitios de congregación (control ambiental): Esto se refiere a medidas de control administrativas, lo cual incluye: diagnóstico oportuno, separación o aislamiento de pacientes, inicio inmediato del tratamiento, evaluación del riesgo de transmisión en el hospital. Con este propósito se pretende adquirir piezas de equipo como Gene Xpert que contribuye al diagnóstico precoz y oportuno de la TB.

b) El Ministerio de Salud, conocedor de la problemática que representa la Coinfección TB/VIH en cuanto a la morbi-mortalidad, impulsa a través del Programa Nacional de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias y Programa Nacional de ITS/VIH-Sida diferentes estrategias para detectar tempranamente los casos TB/VIH para disminuir la mortalidad por la Coinfección TB/VIH. Para lograr lo anterior, ha sido necesario incidir en una serie de situaciones determinantes, entre ellas:

- Mejorar la capacidad de respuesta de los niveles operativos en forma eficiente, oportuna y con calidad, en relación al diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los casos que presentan Coinfección.
- Aumentar la detección de casos, tasas de curación en pacientes TB Bk (+).
- Disminuir los abandonos y fracasos al tratamiento en los casos TB/VIH Contribuir en el manejo integral de los casos que presentan Coinfección TB/VIH.

Lo anterior se ha hecho a través de las acciones interprogramáticas entre los Programas de Tuberculosis y VIH estableciendo experiencias como:

Conformación del Comité Asesor Nacional de Lucha contra la Tuberculosis/Coinfección TB/VIH/Enfermedades Respiratorias.

Fortalecimiento del trabajo de consejería en la coinfección TB/VIH.

Implementación del capítulo del manejo de pacientes coinfectados TB/VIH en las normativas de ambos Programas.

Implementación de la Guía de Manejo Clínico de la Coinfección TB/VIH.

Toma de prueba para VIH en todo paciente TB en la búsqueda de la coinfección, así como descartar TB en todo paciente VIH.

Apoyo de expertos de los comités de coinfección en capacitación a personal operativo.

Aplicación de quimioprofilaxis con Isoniacida a todo paciente VIH que cumpla con los criterios definidos en la norma.

Capacitación de personal de los programas de VIH y TB en el manejo integral de la coinfección TB/VIH.

Esta estrategia ha sido elaborada bajo el marco de la planificación estratégica del PNTYER, y forma parte de los componentes de la estrategia STOP TB.

SECCION 3: Brecha programática

Por favor complete la **Tabla de Brechas Programáticas** del Anexo 2 indicando las brechas que existen en la cobertura de tres a seis áreas programáticas prioritarias consistentes con el Plan Estratégico Nacional, y las cuales serán abordadas a través de solicitud de financiamiento.

Las cifras de esta tabla deben hacer referencia al tamaño de los grupos de población objetivo de las áreas programáticas prioritarias, y no a la necesidad financiera de las áreas del programa.

3.1 De acuerdo con la **Tabla de Brechas Programáticas** del Anexo 2, describa los **supuestos, la metodología y las fuentes** empleados para calcular las brechas programáticas.

Five programme areas have been identified, which are detailed below:

1) ART (antiretroviral therapy) coverage

a) Current coverage is 77%, based on N. of people on ARV in Dec. 2013 as numerator, and people in need calculated through Spectrum estimate.

b) Targets calculated assuming 1,500 cases currently attended by ISSS will remain stable over years, and 1,200 new cases starting treatment every year under MINSAL (average of past 5 years), and using 2013 target as per PF as starting point. We are not discounting for people who abandon treatment nor deaths for the purpose of this exercise. This does not include pregnant women, counted under PTMCT

2) Number of men who have sex with men (MSM)/Trans who access Prevention Programmes. The projections are based on the following assumptions:

a) It takes as its basis the MSM population estimates of 16,835 (spectrum), and 2,765 for TRANS, figures that are below the National Multi-sectoral Strategic Plan's (PENM) target figures, which were estimated based on the 2011 Transmission Mechanism.

b) In the National Multi-sectoral Strategic Plan (PENM), the MSM population is added to the TRANS population. This proposal separates these populations, believing that the needs and characteristics of each are different. The targets of participating individuals have been set according to this reduction, as well as the future prioritisation of 7 country departments that exhibit the highest prevalence rates.

The methodology to be adopted by this strategy is called "Combination Prevention". It adds a biomedical component to the educational interventions (which includes diagnostic testing and treatment of STIs/HIV) and a complementary referral component (how to approach addictions, legal advice and human rights). Due to the complexity of service provision, effective coordination is needed between the different participants: MINSAL (Ministry of Health), PLAN, PASMO (Asociación Panamericana de Mercadeo Social - Pan-American Social Marketing Association), Prosecutor's Office for the Defence of Human Rights, Legal Network, etc.

The sources for the preventive and complementary referral component numerator will be: the statistical records of the organisations responsible for each Comprehensive Prevention Development Centre (2 for Trans, 5 for MSM); for the biomedical component, they will be reports from the Integrated Patient Care System (Sistema Integral de Atención al Paciente - SIAP - MINSAL - Ministry of Health) generated by the Comprehensive Care Clinics (formerly called VICITS - Vigilancia Centinela de ITS - Sentinel Surveillance of STIs). The sources for the denominator will be the projections developed from the 2013 UNAIDS (Joint United Nations Programme on AIDS) Estimates Report.

The sources used for the targets are those established in the National Multi-sectoral Strategic Plan (PENM)

with respect to testing (Indicator 1.1.2) for the provision of these services.

3) sexual workers reached with HIV prevention programmes through comprehensive services packages

This área uses the same methodology described above for MSM and trans

4) % of pregnant women who underwent HIV testing in the past 12 months and have found out the result. The projections are based on the following assumptions:

a) Data of the population of pregnant women are estimates taken from the 2007 Population Census compiled by Digestyc (La Dirección General de Estadística y Censos - Directorate General of Statistics and Census) - MINEC (El Ministerio de Economía - Ministry of Economy), with a rate of 4% annual growth in the total population. The dynamics of population growth in the country are changing and should be periodically reviewed and updated.

b) The target for 2014 is 85% according to the National Multi-sectoral Strategic Plan (PENM).

c) The country's target is to reach 95% of pregnant women who have access to testing and have found out their results by 2016.

The methodology to be adopted is the decentralisation of testing points through the creation of networks and micro networks, which fit within the Comprehensive Health Reform and the development of the PMTCT strategy.

The source used for the numerator will be the statistical production system of MINSAL's (Ministry of Health) health-care services and the denominator will be Digestyc's (La Dirección General de Estadística y Censos - Directorate General of Statistics and Census) projected population size of pregnant women. The sources for the target are set out in the National Multi-sectoral Strategic Plan (PENM).

4) # and % of adults and children newly enrolled in HIV care who start treatment of latent TB infection (IPT)

a) Numerator Data from end 2012. Estimated denominator 2,133, based on N. of old and new cases (10,000+2,500) + TB infection rate 0.63% (estudio nacional realizado por el Programa de TB)

b) We assume stable denominator as 2012 over time, and 85, 90, 95% target

c) National Government to continue current level of support. Please note that funding is only for additional effort required to increase coverage. Additionally, refer to budget for other areas to strengthen through GF resource in Tb-HIV

Please note that Prisoners interventions have not been included in the programmatic gap, due to difficulties in estimating coverage in this population. Current population size is 27,090, but changing constantly. In 2012, 24,739 tests were made in prisons, but the M&E system does not identify persons tested, only N. of tests, thus we are unable to measure coverage.

We cannot establish package of services as in different prison settings activities may vary, for example, not in all of them we will have condom distribution.

During grant making, we will discuss with GF how to measure services provided to this group in the most effective way.

3.2 Además de las brechas programáticas cuantificables presentadas en el Anexo 2, describa brevemente (si corresponde):

- a. Las brechas que no son fáciles de cuantificar (tales como las brechas relacionadas al fortalecimiento de los sistemas de salud o habilitadores esenciales) las cuales serán abordadas a través de la solicitud de financiamiento.
- b. Las áreas programáticas que están cubiertas por otros recursos alternativos (y que por consecuencia no serán incluidas en esta solicitud de financiamiento).

- a. Las brechas que no son cuantificables, pero que son parte de la presente solicitud de financiamiento son: la mejora en la prestación de paquete de servicios integrales de salud para poblaciones en más alta vulnerabilidad a VIH, el trabajo en prevención para el cambio de comportamiento dirigido a las PEMAR, la mejora en la atención VIH/TB, la reducción de riesgo de infección por VIH en personas que sufren violencia sexual, los programas de prevención dirigidos a privados de libertad, los programas de prevención del VIH a través de la aplicación de medidas de bioseguridad, la mejora en la calidad de atención realizada por personal de salud capacitado, la mejora en la calidad de vida de las personas a través de la adherencia a la TAR. El respeto a los derechos humanos a través de la vigilancia de denuncia de situaciones violatorias en las poblaciones de HSH, Trans, TS y Personas con VIH, el fortalecimiento de las organizaciones de base comunitaria para realizar la contraloría social y la vigilancia de la prestación de los servicios de salud oportunos.
- b. Se mencionan áreas programáticas que están cubiertas parcialmente por otras fuentes de financiamiento: Mujeres en control temprano del embarazo, mujeres que verificaron parto institucional, son dos brechas del Plan Estratégico que tienen otras fuentes de financiamiento fuera del componente de VIH.
El componente de niños/niñas y adolescentes formados en salud sexual y reproductiva y en prevención del VIH, tiene una brecha amplia de financiamiento, sin embargo está siendo apoyada de forma parcial por otras fuentes de financiamiento.

SECCION 4: Solicitud de financiamiento al Fondo Mundial

Por favor complete conjuntamente las preguntas de la sección 4.1 con la **Herramienta Modular** del Anexo 3.

4.1 Solicitud de financiamiento dentro del monto indicativo

Por favor describa cómo se invertirán (o reprogramarán) el financiamiento indicativo solicitado y el financiamiento de subvenciones existentes del Fondo Mundial para maximizar el impacto durante el periodo de ejecución de la solicitud de financiamiento. En la respuesta, incluya:

- a. Los **objetivos y los resultados previstos** de la solicitud de financiamiento. Indique cómo los resultados han sido calculados y como éstos contribuirán a alcanzar un mayor impacto. Por favor, remítase a evidencia disponible localmente sobre la eficacia de los programas propuestos.
- b. Los **módulos y las intervenciones propuestos** de la solicitud de financiamiento por orden de prioridad, además de los motivos que han conducido a su **selección y priorización**.
- c. En el caso de las **solicitudes de financiamiento consolidadas**, explique cómo se adaptarán, se interrumpirán o se ampliarán las intervenciones presentes para maximizar impacto.

a. Objetivos y resultados previstos.

Objetivo general:

Reducir la prevalencia de VIH en poblaciones específicas en El Salvador.

Objetivos Específicos:

1. Contribuir a la prevención del VIH-SIDA en poblaciones de más alto riesgo de VIH a través de la prestación de un paquete de servicios integrales.
2. Brindar una atención integral a las personas con VIH en las diferentes instituciones prestadoras de servicios para disminuir la morbilidad y mortalidad.
3. Fortalecer los sistemas comunitarios que promuevan el acceso de poblaciones en mayor riesgo a los diferentes servicios de prevención primaria y atención precoz por VIH, bajo un enfoque de derechos humanos y participación multisectorial.

Los resultados previstos se encuentran en Anexo 4.1.1.

b. Módulos e intervenciones propuestos.

Los módulos propuestos, en orden de prioridad, para esta subvención son: a) Módulo de HSH, b) Módulo de población Trans, c) Módulo de Trabajadoras Sexuales, d) Módulo de Cuidado y Tratamiento para personas con VIH, e) Prevención de la Transmisión Materno Infantil, f) Privados de Libertad, g) Monitoreo y Evaluación y h) Gestión de Programas. Los tres primeros módulos han sido seleccionados porque dan respuesta a las necesidades de las poblaciones con altas prevalencias en VIH en el país, además se enmarcan como poblaciones prioritarias en el Plan Estratégico Nacional Multisectorial 2011 – 2015. El módulo de Cuidado y Tratamiento se ha propuesto porque el tratamiento de enfermedades oportunistas sigue siendo uno de los mayores gastos de Sida en el país, por otra parte, una mala adherencia puede llevar a la aparición de resistencias y a la progresión de la infección por VIH al estado de SIDA con mayor rapidez, apareamiento de enfermedades oportunistas y mayor mortalidad, razón por lo que en esta propuesta se ha considerado una estrategia para mejorar la adherencia al tratamiento.

La estrategia de PTMI busca solventar fallas del sistema de salud identificadas en el Programa de Transmisión Materno Infantil (PTMI), lo cual implica mejorar la logística y los suministros para garantizar la disponibilidad de las pruebas y de medicamentos, difundir protocolos y normas, mejorar las competencias del personal de salud, entre otros.

El módulo de Privados de Libertad se ha elegido por ser una población con características particulares, con prácticas sexuales de alto riesgo y por constituirse en puente para la población general. Asimismo, se encuentran relaciones de poder y violencia, dentro de esto la sexualidad juega un rol determinante.

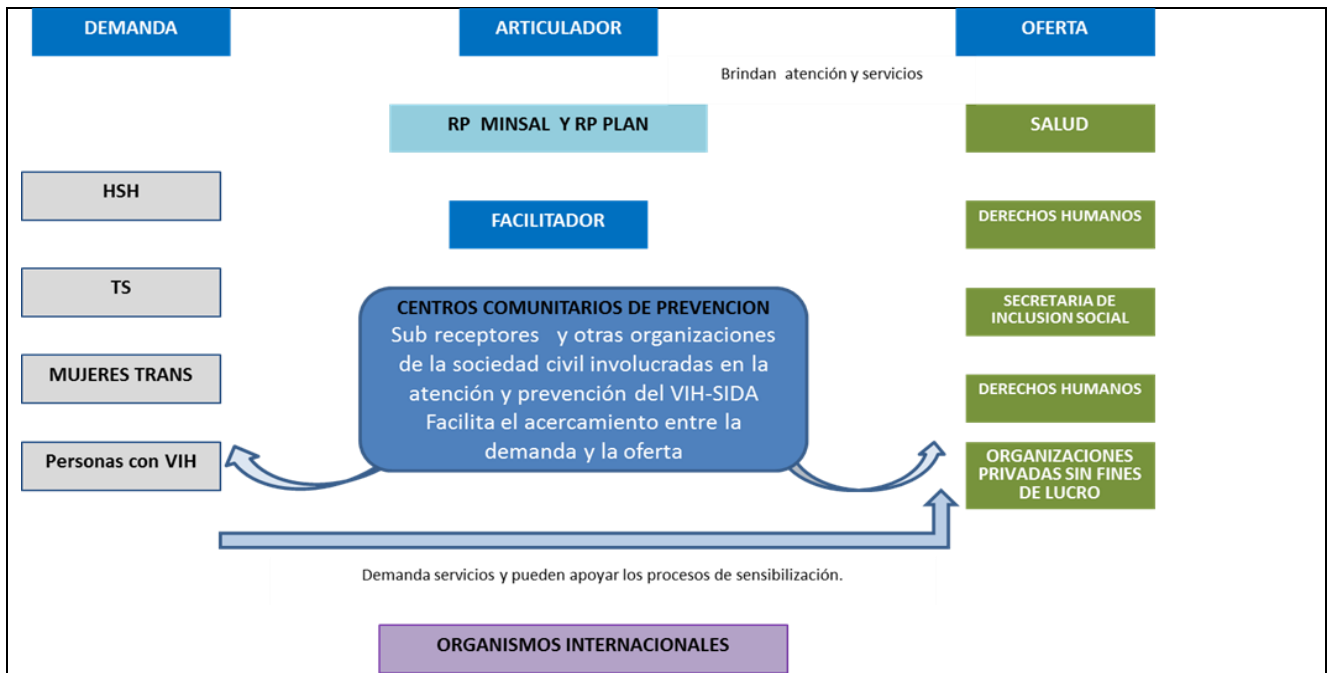
El país está iniciando la estrategia 2.0 de la OMS, incluyendo tres áreas prioritarias en la presente propuesta: a) Proporcionar los medios de diagnóstico en 40 puntos de atención creados por el MINSAL (en áreas geográficas de alta prevalencia del VIH), con pruebas simplificadas que sean de calidad, fiables, asequibles y simples; b) Los programas de atención y tratamiento por infección de VIH estén descentralizados e integrados adecuadamente; y c) el área de movilización de las comunidades, que implica que los grupos de población clave participen plenamente en la creación de la demanda, la planificación, la prestación y la evaluación de los programas de tratamiento y atención de la infección por el VIH con garantía de la calidad y basada en derechos .

Intervenciones propuestas para los módulos de HSH, Trans y TS.

El modelo previsto para la implementación de la estrategia en HSH, TS, Trans y Personas con VIH está basado en un sistema de protección social, en el que se pretende abordar aspectos relacionado con la equidad y la exclusión social. Esta estrategia se desarrollará a través de la creación de los denominados “Centros Comunitarios de Prevención” cuyo eje central dinamizador serán las organizaciones de la sociedad civil (subreceptores) que poseen experiencia en la atención de las poblaciones priorizadas. En este sentido, el sistema será capaz de dar respuesta en dos vías : a las necesidades de los grupos en más alta vulnerabilidad al VIH para enfrentar sus riesgos y buscar alternativas de solución ; y a los prestadores de servicios en todas las áreas de intervención , quienes tendrán las competencias necesarias para brindar una atención oportuna, con calidad y calidez. Favor ver esquema en ilustración 2.

Para realizar las intervenciones de las poblaciones anteriores se propone la estrategia de Prevención Combinada (utilizada por PASMO/PSI). Esta estrategia implica un proceso donde la población beneficiaria es sujeta activa de la participación, recepción y reflexión de una serie de acciones que harán que la persona tenga las herramientas necesarias para prevenir la transmisión del VIH, y en el caso de las personas que ya lo han adquirido, procuren por el cuidado de su salud. Basados en el modelo anterior se propone instalar los Centros Comunitarios de Prevención, los cuales tienen dos niveles de intervención para las poblaciones: a) personas alcanzadas y b) personas que completan el círculo de atención. En el primer caso se consideran a aquellas personas que han sido abordadas por lo menos en una actividad y forman parte del sistema de registro personal que será creado en cada Centro Comunitario. En el segundo caso se consideran a aquellas personas que han pasado por tres actividades de cambio de comportamiento, han adquirido condones y/o lubricantes, han pasado por el componente biomédico (prueba de VIH u otra ITS, y si su resultado es positivo, que haya recibido el tratamiento), además de una referencia a un servicio complementario, dentro de los que se incluye: consejería para adicciones, derechos humanos, género, asesoría legal, etc. Únicamente las personas que pasan por estas fases se considerarán que han completado el ciclo de prevención combinada.

Ilustración 2 MODELO DE PROTECCION SOCIAL PARA POBLACIONES ESPECÍFICAS.



Para HSH se instalarán 5 Centros Comunitarios de Prevención (CCP) que atenderán a 13,720 personas y será la meta de esta propuesta; las que completarán el círculo de atención y prevención serán 2195 personas. Para la población Trans se instalarán 2 CCP que alcanzarán 1,935 personas trans y será la meta de esta propuesta; las Trans con ciclo cerrado serán 793. Para la población de TS se instalarán 3 CCP que alcanzará a 9,310 trabajadoras sexuales y será la meta de esta propuesta; las TS que completarán el acceso a los servicios de atención y prevención serán 3,072.

Población	Personal	Población estimada	Individuos alcanzados	Meta ciclos cerrados
HSH	21	16,835	13,720	2195
Trans	6	2,765	1,935	793
TS	9	13,300	9,310	3072
			Metas VICITS	6061

Las metas se calcularon con base en las estimaciones de talla de población (Spectrum/ONUSIDA). La metodología contempla que la persona intervenida tiene acceso a tres componentes: ELEMENTAL – BIOMEDICO Y COMPLEMENTARIO. La descripción de cada componente se detalla a continuación:

1. ELEMENTAL:

Este componente incluye la realización de actividades de cambio de comportamiento con el fin de promover comportamientos saludables en la persona, quienes deben completar un PROGRAMA y no únicamente una actividad aislada.

a) **Las actividades de cambio de comportamiento propuestas son las siguientes:** Incluye metodologías lúdicas para ser implementadas con las poblaciones en los lugares de trabajo con pequeños grupos conformados entre 8 a 12 personas, atendidos por personal especializado denominado "Agentes de Cambio", éstos realizarán las intervenciones de acuerdo al comportamiento que se promoverá (uso de condón, uso de lubricante, disminución de parejas sexuales, búsqueda de ayuda especializada, etc.) o las necesidades de los usuarios según la etapa de cambio en que se encuentra la persona. (Ver Anexo 4.1.2)

b) **Accesibilidad a condones y lubricantes.** Este incluye la dotación de condones y lubricantes a base de agua, mismos que deberán estar accesibles y disponibles para la persona en cualquier momento. Cada vez que se realice una actividad de cambio de comportamiento deben entregarse condones y lubricantes para la población en el lugar que se realice la intervención.

c) **Accesibilidad a pruebas orales de VIH.** Como complemento al anterior se ha incluido el componente de toma de pruebas orales que se realizará a través de unidades móviles y en los Centros Comunitarios de Prevención a través de personal capacitado.

2. **BIOMÉDICO:** El componente Biomédico será abordado por el MINSAL a través de la instalación de siete clínicas de Atención Integral y comprende las siguientes intervenciones: a) Pruebas y Consejería para VIH;

b) Diagnóstico y Tratamiento de ITS; y c) Diagnóstico de Hepatitis viral. Este componente debe garantizar en cada acción de prevención combinada, que las personas accedan periódicamente a chequeos de salud sexual (profilaxis), en caso de infecciones, cumplan el tratamiento indicado en dosis y temporalidad indicada y finalmente que al tomar la prueba de VIH de manera voluntaria, se le provea de la pre y post consejería.

3. COMPLEMENTARIO: En este componente los servicios y / o productos que complementan las acciones para que se pueda llamar “Prevención Combinada”, es una serie de productos y / o servicios que en base a las necesidades específicas de cada población apoyarán de forma contundente las acciones de prevención que el individuo adopte, las acciones a considerar en este nivel son:

- Asesoría y disponibilidad de productos de planificación familiar.
- Referencia a grupos de apoyo (estigma y discriminación, apoyo legal, violencia, etc., auto aceptación, programas de nutrición (PVS) virtual etc.)
- Referencia a Centros de atención para disminución de comportamiento relativos a consumo de alcohol / drogas.

Para el desarrollo de las acciones en la presente subvención se fortalecerán las siguientes intervenciones:

- Sistemas comunitarios para intervenciones de VIH.
- Derechos Humanos para cada una de las poblaciones en mayor riesgo.

Estrategia de Atención, Cuidados y Tratamiento a personas con VIH

Las intervenciones propuestas son las siguientes: Atención anterior a la TAR, Terapia Antirretroviral, Monitoreo del tratamiento, adherencia al tratamiento, prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones oportunistas, profilaxis pre y post exposición, actividades colaborativas VIH-TB y Sistemas Comunitarios para el fortalecimiento de intervenciones específicas en VIH. La estrategia que se implementará en la atención está relacionada con la ampliación de cobertura, el mejoramiento de la adherencia a la TAR y el fortalecimiento de las ONG´s para la contraloría social:

- a) Ampliación de cobertura:** a) Se ha incluido en la propuesta la instalación de 5 clínicas de día que disminuirán el tiempo de estadía hospitalaria y el gasto en hospitalización. Se incluye la remodelación y equipamiento de un espacio dentro de los hospitales que tienen terapia antirretroviral y la ampliación de servicios de enfermería. b) Dentro de la ampliación de cobertura se prevé la contratación de ocho especialistas para proporcionar atención médica en los cinco hospitales de mayor demanda. c) Para aumentar la oferta de servicios en la Profilaxis post exposición al VIH se prevé aumentar los centros hospitalarios que proporcionan esta atención, de 22 a 30 hospitales y algunos centros de atención a la Mujer como Ciudad Mujer, a través de la adquisición de Kits de profilaxis post exposición. d) Descentralización de la prueba CD4 al hospital Regional de San Miguel, y de la toma y conservación de las muestras de Carga viral.
- b) Mejora en el tratamiento:** Para ello se propone en esta propuesta basarse en la Estrategia 2.0 detallada anteriormente
- c) Estrategia de Adherencia a la TAR:** Con la presente propuesta se propone fortalecer los procesos de adherencia a la TAR a 1200 personas que anualmente están iniciando la terapia antirretroviral, la estrategia se basa en el fortalecimiento de 5 Organizaciones de personas con VIH quienes desarrollarán la visita domiciliar, como metodología de seguimiento para los nuevos casos, además se fortalecerán los sistemas de información a la adherencia.
- d) Pre- TAR:** se establecerá una guía de auto cuidado a través de las organizaciones de personas con VIH.

Estrategia PTMI

Las intervenciones previstas para desarrollar el módulo de PTMI son: Prevención Primaria a mujeres embarazadas, Prevención de la Transmisión Vertical y Tratamiento y Apoyo a mujeres y niños con VIH y sus familias. La estrategia para la prevención de la transmisión materno infantil tiene 3 componentes:

1. El fortalecimiento de las capacidades del personal de salud para mejorar el seguimiento a la embarazada para la detección y seguimiento a la embarazada con VIH: dotando de materiales e instrumentos que fortalecen el proceso de atención y el cumplimiento de los procedimientos dentro de la atención. La estrategia contempla la actualización de los algoritmos diagnósticos y recursos para la búsqueda de embarazadas faltistas en sus controles.
2. La instalación de 40 puntos comunitarios de realización de pruebas de VIH, en aquellos lugares donde no existe laboratorio de referencia y hay altas prevalencias o de difícil acceso geográfico. Se readecuarán casas comunitarias de salud para la toma de prueba de VIH en lugares donde no existe laboratorio de referencia, se dotará de equipo de traslado de la muestra.
3. El fortalecimiento del sistema de información, para la notificación adecuada de la situación epidemiológica.

Privados de Libertad

Las intervenciones para Privados de Libertad serán: Programas de Cambio de Comportamiento, Pruebas y Consejería para VIH, Diagnóstico y Tratamiento de ITS y Derechos Humanos. La estrategia para la atención en Privados de Libertad se basa en la mejora de la oferta de servicios de salud a través del acercamiento de las pruebas de tamizaje para el VIH en cada uno de los centros penales, la creación de redes de atención al interior de cada centro penal, la apertura de espacios para la discusión y la difusión de logros y suministro de los diferentes medicamentos para el control del virus y de las infecciones oportunistas. La co-infección TB/VIH es la principal causa de morbilidad sobre todo en ambientes poco adecuados sanitariamente, el costo de no actuar en esta línea significaría que la inversión puede correr riesgos. Se promoverá la creación de grupos de apoyo de privados de libertad con VIH y formación de facilitadores pares para la promoción del auto cuidado, la toma de la prueba y la búsqueda de la reducción del estigma y discriminación. Para el éxito de esta estrategia se impulsará la aprobación del Convenio Interministerial Justicia y Salud, actualmente en proceso de revisión, a fin de establecer un proceso gradual de asunción de responsabilidades en VIH por parte del sector justicia.

c. En el caso de las solicitudes de financiamiento consolidadas:

El monto USD 3,882,694 adjudicado a Fase 2 de la subvención del Fondo Mundial al igual que sus intervenciones, han sido considerados íntegramente como parte de la nueva estrategia propuesta en la nota conceptual enviada como parte del nuevo modelo de financiamiento.

4.2 Solicitud de financiamiento por encima del monto indicativo

Sobre la base de la solicitud de financiamiento indicada en la sección 4.1, describa y priorice la solicitud de financiamiento por encima del monto indicativo, incluyendo:

- a. Los **beneficios adicionales, objetivos y resultados** que podrían realizarse para alcanzar determinados objetivos o metas nacionales.
- b. Cuáles son los módulos y las intervenciones adicionales propuestos por orden de prioridad. Explique los motivos que sustentan este orden.

A finales del primer semestre del segundo año se realizará un estudio sobre la implementación de los Centros Comunitarios de Prevención (CCP), con lo cual se monitoreará sobre el cumplimiento de los resultados y las capacidades reales de las organizaciones que pondrán en marcha el programa, el reconocimiento de las redes de actores que intervienen en la entrega de servicios, sus capacidades, interrelaciones y contactos, y a partir de la reconstrucción de esa red de contactos “devolverse” hacia arriba en la identificación de los actores involucrados en los distintos niveles intergubernamentales en todo el proceso de implementación de la estrategia.

Con base en los resultados del estudio de implementación se tomarán decisiones relacionadas con el financiamiento por encima del monto indicativo, ajustando metodologías, potenciando resultados positivos y las buenas prácticas acumuladas. Lo esperado sería considerar las siguientes acciones:

- 1- Ampliar en dos CCP para HSH, uno para TS y uno para Trans a partir del año tres, en aquellos municipios con mayores prevalencias; los cuatro centros incorporarían servicios de atención psicológica con lo cual se mejorará la atención integral a las poblaciones.
- 2- Dentro de la Estrategia de PTMI se ampliará la instalación de 20 puntos comunitarios de realización de pruebas de VIH, en aquellos lugares donde no existe laboratorio de referencia y hay altas prevalencias o son de difícil acceso geográfico. Se readecuarán casas comunitarias de salud para la toma de prueba de VIH en lugares donde no existe laboratorio de referencia y se dotará de equipo de traslado de la muestra.
- 3- Se adicionarán 3 Centros de Atención Integral (antes VICITS), los cuales incorporaran servicios nutricionales, logrando con ello mejorar la atención integral a las poblaciones.
- 4- Dentro de la Estrategia de Atención, Cuidados y Tratamiento a personas con VIH con el fin de ampliar la cobertura, se adicionarán 5 clínicas de día que disminuirán el tiempo de estadía hospitalaria y el gasto en hospitalización.
- 5- Se incorporaran los servicios de asistencia legal y atención psicosocial de carácter preventivo; representación judicial y extrajudicial a las PEMAR (HSH, Trans y TS) en defensa de la libertad individual y de los derechos laborales; representar judicial y extrajudicialmente a las personas en diferentes ramas del derecho, a través de la institucionalidad del país provista por el Ministerio Público (Fiscalía General de la República, Procuraduría General de la República y Procuraduría

para la Defensa de los Derechos Humanos).

En razón de lo solicitado en esta propuesta, detallamos lo siguiente:

- a) Los beneficios adicionales con **la ampliación de los cuatro CCP** que se pretenden obtener se enmarcan en el aumento en la cobertura de las tres poblaciones, en la construcción de un tejido social que potencie el desarrollo nacional en la búsqueda de mayor cobertura, equidad, eficiencia y calidad hacia poblaciones tradicionalmente excluidas de las políticas de cohesión social. Al incidir sobre la cobertura se incide sobre la equidad. El objetivo estratégico que se potenciará al realizar estas actividades por encima del monto indicativo es la Prevención de la Transmisión Sexual del VIH y de las ITS, el cual corresponde al Eje Estratégico 1 del Plan Estratégico Nacional Multisectorial de VIH (PENM).

Los beneficios adicionales con la instalación de 20 puntos comunitarios de realización de pruebas de VIH se enmarcan en el Objetivo Estratégico 1.1 del PENM (Prevención de la Transmisión Sexual del VIH y de las ITS en el Resultado 1.1.2: Aumentar la cobertura de población que se realiza la prueba de VIH y conoce el resultado).

Los beneficios que se logran al adicionar 3 Centros de Atención Integral (antes VICITS), y las 5 Clínicas de día se enmarcan en el Resultado 2.1.2 del Objetivo 2 del PENM: Incrementar los establecimientos de salud que cuentan con adecuada infraestructura, medicamentos e insumos para la atención integral del VIH/Sida e ITS.

Los beneficios adicionales al incorporar los servicios de asistencia legal y atención psicosocial se enmarcan en el Objetivo Estratégico 3.1 del PENM: Funcionamiento efectivo de un sistema de promoción, protección y tutela de los Derechos Humanos de las personas con VIH y poblaciones en condiciones de mayor riesgo y vulnerabilidad para el goce irrestricto de sus derechos y la disminución del estigma y discriminación.

- b) Los módulos propuestos, en orden de prioridad, para esta subvención son: a) Módulo de HSH, b) Módulo de población Trans, c) Módulo de Trabajadoras Sexuales, d) Módulo de Cuidado y Tratamiento para personas con VIH, e) Prevención de la Transmisión Materno Infantil, f) Privados de Libertad, g) Monitoreo y Evaluación y h) Gestión de Programas. Los tres primeros módulos han sido identificados como prioritarios porque dan respuesta a las necesidades de las poblaciones con altas prevalencias en VIH en el país, además se enmarcan como poblaciones clave en el Plan Estratégico Nacional Multisectorial 2011 – 2015.

4.3 Compromiso a la sostenibilidad y adicionalidad

La sostenibilidad financiera es importante para asegurar la continuidad de impacto. Los gobiernos de los países ejecutores deben cumplir con sus obligaciones y compromisos para sostener e incrementar sus contribuciones a la respuesta nacional.

Los requisitos de contrapartida del Fondo Mundial están establecidos en la Política de Criterios de Elegibilidad y de Financiamiento de Contrapartida.

Complete Tabla de análisis de carencias financieras y de financiamiento de contrapartida en el anexo 4.

- a. Indique si el **requisito de financiamiento de contrapartida** ha sido alcanzado. En el caso contrario, proporcione una justificación que incluya un plan de acción para alcanzar el requisito durante la ejecución de la solicitud de financiamiento.
- b. Describa cuando y cómo la solicitud de financiamiento será complementada con **compromisos de financiamiento adicionales por parte del Gobierno**.
- c. Describa cómo la solicitud de financiamiento puede influenciar las fuentes de financiamiento de otros donantes.

- a) El requisito de contrapartida sobrepasa, considerando que MEGAS totaliza una inversión de país de 40 millones de dólares.

- b) La propuesta considera aportes adicionales en las siguientes categorías: - absorción de recurso humano,- absorción de costos de ARV,- absorción de un porcentaje de reactivos, todos de forma gradual a lo largo de la subvención. El gobierno de El Salvador está gestionando con el gobierno de Alemania Canje de Deuda por Salud.
- c) Uno de los ejemplos más significativos es la receptividad por parte del gobierno de Alemania respecto a la solicitud de Canje de Deuda por Salud. También se tienen ofrecimientos de asistencia técnica de organismos multilaterales y bilaterales que ha recibido el país.

4.4 Enfoque de la Propuesta

Esta sección **no se aplica** a países de ingresos bajos.

Si el solicitante es un país de **ingresos medios**, describa de qué modo esta solicitud cumple con el requisito de enfoque de las propuestas según los techos establecidos para cada nivel de ingresos.

La Presente solicitud cumple rigurosamente con el requisito de enfoque de propuesta al focalizar de manera concreta las actividades hacia grupos poblacionales de mayor vulnerabilidad al VIH. Estos son HSH, TS, Comunidad Trans, personas con coinfección TB/VIH, PVS en situación socioeconómica de extrema pobreza. Más del 50% del financiamiento es destinado para las 3 poblaciones prioritarias (TS, HSH y Trans) y Coinfección TB/VIH.

La Estrategia y sus actividades tienen base de evidencia y focalización geográfica en áreas de mayor prevalencia y atiende necesidades sentidas y urgentes demandadas por las poblaciones más afectadas que participaron en la elaboración de la propuesta.

Incorpora metodologías innovadoras y armoniza los servicios, cuidados y atención de múltiples proveedores públicos y privados. Estas sinergias permiten superar obstáculos generados por el estigma y discriminación basados en la promoción y respeto de derechos humanos. En su enfoque de sostenibilidad promueve la integración de redes de las organizaciones que representan a estos grupos más vulnerables, les desarrolla capacidades y les permite una inserción comunitaria al igual que abre espacios para la relación con autoridades locales y nacionales en la consolidación de un sistema de protección social.

SECCION 5: Acuerdos de implementación

5.1 Información del Receptor Principal

Complete esta sección para cada receptor principal designado. Para más información sobre los Estándares Mínimos, consulte las Instrucciones.

Nombre del RP 1	Plan El Salvador	Sector	ONG
¿Administra actualmente este RP una o más subvenciones del Fondo Mundial para esta área de enfermedad/Fortalecimiento de los Sistemas de Salud y Comunitarios?		<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
Estándares Mínimos		Evaluación del MCP	
1. El Receptor Principal da muestra de la eficacia de las estructuras y de la		Plan Internacional cuenta con una estructura organizativa	

<p>planificación de la administración.</p>	<p>sólida, constituida por un Director, un equipo Gerencial tanto a nivel Central como a nivel de la Oficinas de Campo (3 oficinas de Campo en los Departamentos de La Libertad, Chalatenango y Cabañas). En promedio son 220 empleados de los cuales, 9 son del Área de Dirección, 17 en el Área Administrativa, 33 en el Área de Programas, 7 en el Área de Finanzas, 11 en el Área de Patrocinio, 4 en Comunicaciones, 6 en Mercadeo y Donaciones, 3 en Personas y Cultura Organizacional, 2 es Sistemas, 43 en la Oficina de Campo del Departamento de la Libertad, 45 en la Oficina de Campo del Departamento de Chalatenango y 40 en la Oficina de Campo de Cabañas. El equipo gerencial muestra un liderazgo operativo, es decir que las decisiones se toman de manera colegiada. El promedio de tiempo de antigüedad de cada una de las personas del equipo Gerencial es más de 10 años de trabajo en la organización y asignan aproximadamente más de 8 horas al mes para participar en acciones con el equipo Gerencial.</p> <p>Al interior de Plan existe una Política de Niveles de montos de aprobación por parte del Director Regional, Director de País, Gerencia de Programas entre otros. La cual se anexa como documento adjunto: Financial Authority Approval Limits Policy. Anexo 5.1.a) Plan El Salvador ha definido una Unidad de Gestión con puestos Claves para la implementación de la subvención, al igual que con otros proyectos para contar con el equipo específico que dará seguimiento y monitoreo a las acciones; el equipo gerencial se interrelaciona con las otras áreas ya mencionadas. En cuanto a la experiencia de Plan en El Salvador en la coordinación de proyectos: se han implementado proyectos relacionados con la Prevención del VIH y Sida orientado a población en general, personas con VIH, niñas y niños con VIH, y grupos de mayor riesgo como Trabajadoras sexuales y jóvenes. Se han desarrollado acciones para la promoción de la Salud Sexual y Reproductiva con adolescentes y jóvenes y sus familias, así como con prestadores de servicios tanto del Área de Salud como Educación. Plan en El Salvador ha suscrito convenios con el MINSAL y MINED a nivel Central así como cartas acuerdos a nivel Departamental y local, se cuenta con herramientas metodologías participativas para el abordaje de estos temas. Todos estos proyectos se desarrollan dentro del Programa Derecho a una Salud Sexual y Reproductiva y Prevención de VIH y sida del nuevo Plan Estratégico institucional 2012-2016.</p>
<p>2. El Receptor Principal está capacitado y cuenta con los sistemas necesarios para realizar una administración y una supervisión eficaces de los sub-receptores (y de los sub-subreceptores pertinentes).</p>	<p>Plan El Salvador tiene experiencia en la implementación de proyectos con organizaciones a las que les denomina Socios ejecutores, para ello dentro del Manual Administrativo interno, se describe un apartado específico orientado a evaluar a los socios y proveedores en el área</p>

	<p>de capacidades institucionales y administrativas (Anexo 5.1.b Manual de operaciones, Manual de Procedimientos, formatos de liquidación de fondos asignados a socios, protocolo de convenios con socios, Manual de Seguridad y la Políticas institucionales).</p> <p>Se valora elaborar un manual específico para Subreceptores del FM.</p> <p>Plan El Salvador en sus manuales administrativos plantea que al asignar fondos a Socios Ejecutores lo hará a través de desembolsos y a la vez liquidación de porcentajes de esos fondos desembolsados, este aspecto se definirá en el Manual que se elaborará específicamente para SR del Fondo Mundial.</p> <p>Para Plan El Salvador es muy importante fortalecer las capacidades institucionales de los Subreceptores para que se conviertan en socios claves para la respuesta de país, con la finalidad de fortalecer la capacidad instalada en las organizaciones y garantizar la sostenibilidad de la respuesta.</p>
<p>3. No existe conflicto de intereses en la selección de los receptores principales y los sub-receptores.</p>	<p>El MCP-ES llevó a cabo un proceso transparente para la selección del RP, el cual está documentado en anexo 1.2C). Plan El Salvador es miembro del sector de ONGS dentro del MCP-ES al momento, pero su mandato termina al 30 de junio 2013.</p> <p>Para la selección de los subreceptores Plan utilizará el Manual de Procedimientos internos. Se prevé elaborar un Manual específico para la identificación, evaluación y selección de subreceptores del Fondo Mundial (Anexo 5.1.c Herramienta Due Dilligence para Proveedores, Consultores y Socios).</p>
<p>4. El plan de ejecución del programa previsto en la Nota Conceptual es sólido.</p>	<p>Para el MCP: - La nota conceptual está basada en el PENM de país y responde al cumplimiento de sus objetivos, indicadores y metas. Además se basa en la situación epidemiológica y contexto nacional.</p>
<p>5. El sistema de control interno del Receptor Principal es eficaz para evitar y detectar la malversación o el fraude.</p>	<p>Plan El Salvador cuenta con un sistema financiero estructurado en cada una de las áreas de trabajo, donde se detallan las funciones de cada puesto, así mismo se cuenta con un manual de procedimientos para el manejo de los fondos descentralizados a nivel comunitario. Para el buen control financiero se capacitan a los comités administradores de proyectos y socios ejecutores.</p> <p>Plan El Salvador realiza auditorías externas, y tiene apertura para hacer auditorías internas de acuerdo a los requerimientos de proyectos y donantes.</p>
<p>6. El sistema de administración financiera del Receptor Principal es eficaz y exacto.</p>	<p>Plan El Salvador ha desarrollado tres herramientas financieras:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> a. Sistema Contable Corporativo Global. b. Módulo de Programa y Proyectos que da seguimiento a la inversión y a los productos. c. Sistema de Seguimiento a la inversión de Donaciones. <p>Es importante mencionar que actualmente el sistema financiero y programático se está integrando, con el propósito de visualizar el avance de las acciones programáticas y el estatus de la inversión para cada actividad. El Modulo de Programas y Proyectos es específico para la administración de Plan, se valora estructurar un Módulo Financiero y Programático para la Subvención del Fondo Mundial, que alimente al sistema de Plan y a los Sistemas del Ministerio de Salud, generando capacidad instalada en las organizaciones subreceptoras y alimentando los sistemas de información nacional.</p>
<p>7. El almacén central y los almacenes de las regiones clave tienen la suficiente capacidad y cuentan con las condiciones y la seguridad adecuadas para almacenar y conservar los productos sanitarios en buen estado.</p>	<p>No aplica, sin embargo, Plan toma en cuenta la capacidad instalada de los socios y tiene amplia experiencia en la distribución y logística de alimentos y medicamentos.</p>
<p>8. El proceso de distribución puede dar respuesta a la demanda de suministros de modo que no se produzcan interrupciones de tratamientos o del programa.</p>	<p>Plan El Salvador realiza una evaluación previa de los proveedores por rubros para un año fiscal, garantizando que los materiales e insumos lleguen directamente al socio.</p> <p>Plan El Salvador cuenta con un manual de adquisiciones, tiene proyectos relacionados con la donación de medicamentos. Se cuenta con la capacidad para la distribución de insumos no sanitarios.</p>
<p>9. Se dispone de capacidad y herramientas de recopilación de datos para supervisar el desempeño del programa.</p>	<p>Plan El Salvador, cuenta con el Modulo de Programas y Proyectos y sistemas específicos para cada proyecto. Tiene un equipo de trabajo específico para el monitoreo a nivel central y a nivel de las unidades de programas (oficinas de campo). Así mismo el proceso de monitoreo se convierte en una oportunidad de aprendizaje, ya que este sistema se alimenta de los avances en línea: cada mes y cada trimestre la información es analizada por el equipo Gerencial y Asesoría Nacional de los programas de Plan.</p>
<p>10. Se dispone de un sistema de información sistemático y funcional con cobertura suficiente para reportar puntualmente y con precisión sobre el desempeño del programa.</p>	<p>Plan El Salvador ha desarrollado una herramienta de seguimiento a metas y resultados del Plan Estratégico por oficina y por programa.</p>
<p>11. El MCP supervisa de forma activa la ejecución de la subvención e interviene cuando es necesario.</p>	<p>El MCP-ES cuenta con un manual de Monitoreo Estratégico, bajo cuya metodología da seguimiento a los proyectos de país, ha constituido un comité especial de monitoreo y lleva a cabo 6 reuniones anuales especiales</p>

	<p>de monitoreo con representación multisectorial y 6 visitas de campo a los proyectos. Adicionalmente desarrolla 12 reuniones anuales de toma de decisiones lo que permite un seguimiento continuo de la ejecución.</p> <p>El MCP-ES ha establecido un sistema de diálogo abierto con los RP lo que ha permitido una eficiente coordinación en la ejecución del rol de cada una de las partes.</p>
<p>12. Se dispone de un plan de aseguramiento de calidad para controlar la calidad de los productos a lo largo de toda la cadena de suministro en el país.</p>	<p>N/A. Sin embargo Plan cuenta con manual de procedimiento de compras en donde se verifica la calidad desde el almacén hasta el usuario final, quien firma de conformidad para proceder al pago, Al mismo tiempo, el equipo de campo garantiza que el producto comprado ha sido recibido de acuerdo a la especificaciones previamente planteadas en la solicitud.</p>

5.1 Información del Receptor Principal			
Complete esta sección para cada receptor principal designado. Para más información sobre los Estándares Mínimos, consulte las Instrucciones			
Nombre del RP 2	MINISTERIO DE SALUD	Sector	PUBLICO
¿Administra actualmente este RP una o más subvenciones del Fondo Mundial para esta área de enfermedad/Fortalecimiento de los Sistemas de Salud y Comunitarios?	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Estándares Mínimos	Evaluación del MCP		
<p>1. El Receptor Principal da muestra de la eficacia de las estructuras y de la planificación de la administración.</p>	<p>El Ministerio de Salud es la instancia rectora del Sistema Nacional de Salud, cuenta con suficiente personal capacitado y fortalecido, para la conducción de manera eficiente y efectiva en el desarrollo de las tareas funcionales tanto de GAS, Monitoreo y Evaluación, Finanzas.</p> <p>Así también, el Ministerio de Salud como receptor principal demuestra un eficaz liderazgo operativo con procesos transparentes para la toma de decisión</p>		

	<p>oportuna.</p> <p>Cuenta además, con personal clave que desempeña funciones con conocimientos técnicos relevantes, con experiencia sanitaria para el VIH y la Tuberculosis, adquisiciones, recursos humanos, almacenamiento, distribución, finanzas, con experticia para el desempeño de sus funciones y en la gestión y ejecución de los proyectos de Fondo Mundial.</p> <p>El Ministerio de Salud cuenta con normativas y manuales de procedimientos así como una estructura con unidades especializadas para tal fin y una Unidad Coordinadora para los Proyectos de Fondo Mundial.</p> <p>Bajo esta estructura se han ejecutado Proyectos de FM desde el año 2006 a la fecha, lo cual ha fortalecido la experiencia institucional a través de las lecciones aprendidas.</p> <p>El liderazgo del Ministerio de Salud es reconocido por su buen desempeño y compromiso desde el despacho Ministerial, hasta las Direcciones y Unidades con responsabilidades asignadas, lo cual se ha traducido en la óptima ejecución de las subvenciones del Fondo Mundial.</p> <p>Es importante mencionar que debido al alto nivel de compromiso tanto el Programa Nacional de VIH, como la Unidad Financiera Institucional dependen directamente del despacho ministerial para la oportuna toma de decisiones.</p>
<p>2. El Receptor Principal está capacitado y cuenta con los sistemas necesarios para realizar una administración y una supervisión eficaces de los sub-receptores (y de los sub-subreceptores pertinentes).</p>	<p>N/A</p>
<p>3. No existe conflicto de intereses en la selección de los receptores principales y los sub-receptores.</p>	<p>En estricto cumplimiento a su política de conflicto de interés el MCP-ES acordó ratificar a MINSAL como RP de esta propuesta. (Anexo 1.2.D1). Los representantes del Ministerio de Salud ante el MCP no representan más del 10% de los miembros, ni son elegibles para ocupar la presidencia de acuerdo a los Estatutos.</p>
<p>4. El plan de ejecución del programa previsto en la Nota Conceptual es sólido.</p>	<p>El plan operativo está alineado con el Plan Estratégico Nacional y el plan del donante y evita cualquier duplicación potencial de esfuerzos o financiamiento.</p> <p>El plan operativo está basado en las últimas directrices programáticas e intervenciones basadas en evidencia aprobadas nacionalmente, tiene en cuenta aspectos relacionadas con la accesibilidad de productos y servicios para poblaciones claves o en situación de mayor vulnerabilidad.</p>
<p>5. El sistema de control interno del Receptor Principal es eficaz para evitar y detectar la malversación o el fraude.</p>	<p>El sistema de control interno que posee el Ministerio de Salud cumple de manera consistente con las políticas y procedimientos y es eficaz para evitar y detectar la malversación o el fraude en vista que cuenta con normativa técnica específica, la cual es de aplicación obligatoria a todos los funcionarios y empleados</p>

	<p>públicos. Este sistema ha sido avalado por cumplir eficazmente con los lineamientos del Fondo Mundial, ya que existe evidencia del funcionamiento del control interno que ha sido verificado durante las gestiones de las subvenciones en ejecución, a través de los resultados de exámenes de auditoría internos y externos, realizados a través de procesos continuos, interrelacionados e integrados en las actividades inherentes a la gestión administrativa y operativa.</p> <p>Los procesos diseñados permiten que se minimicen los riesgos internos y externos que pudieran afectar el cumplimiento de los objetivos y metas establecidas en los planes de trabajo; detectan y previenen el fraude y proporcionan un grado de seguridad razonable en la eficiencia, eficacia y economía de las operaciones; con la confiabilidad de la información financiera y el cumplimiento de leyes, reglamentos, políticas, disposiciones administrativas y otras disposiciones aplicables.</p> <p>Así también el Ministerio de Salud está sujeto a auditorías especiales ante la Corte de Cuentas de la República, Auditorías Externas e Interna así como el cumplimiento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.</p>
<p>6. El sistema de administración financiera del Receptor Principal es eficaz y exacto.</p>	<p>El Ministerio de Salud dispone del Sistema de Administración Financiera Integrado, el cual permite el registro correcto y oportuno de las transacciones financieras y genera balances diarios, haciendo referencia clara al presupuesto y al plan de trabajo de acuerdo a la subvención.</p> <p>Así también realiza transacciones transparentes que protegen los activos financieros y físicos, supervisa los gastos reales en comparación con el presupuesto y plan de trabajo investigando variaciones para la toma de decisión oportuna.</p> <p>El sistema contable es integral, cuenta con subsistemas para presupuesto, tesorería y contabilidad, estos están basados en principios, normas, organización y procedimientos, los cuales sistematizan la captación, asignación y empleo de los recursos financieros tendientes a lograr eficacia, eficiencia y economía en el uso de los mismos.</p> <p>El Sistema cuenta con el Manual Técnico de Administración Financiera del Estado y su reglamento, que norma los procedimientos del equipo de trabajo en su desempeño.</p> <p>Así mismo, el RP ha elaborado el Manual de Gestión administrativa financiero específico para la ejecución de Proyectos de FM. Lo que hace que el Ministerio de Salud, tenga un nivel de supervisión que evita el riesgo de duplicidad de pagos y procesos no autorizados.</p>
<p>7. El almacén central y los almacenes de las regiones clave tienen la suficiente capacidad y cuentan con las condiciones y la seguridad adecuadas para almacenar y conservar los</p>	<p>El Ministerio de salud ha fortalecido la capacidad y condiciones del Almacén Central, con la remodelación de la infraestructura y dotación de equipos que permiten verificar condiciones adecuadas de almacenamiento, sin embargo aún existen necesidades identificadas para</p>

<p>productos sanitarios en buen estado.</p>	<p>garantizar las condiciones óptimas de almacenamiento.</p> <p>Así también cuenta con normativa que rige el detrimento patrimonial imputando al personal responsable del almacenamiento, resguardo y distribución de los bienes e insumos. Sin embargo no se cuenta con seguros contra robo y daños por no existir capacidad financiera en el presupuesto institucional.</p> <p>A nivel de almacenes regionales, actualmente se han incluido las necesidades priorizadas en el plan de fortalecimiento de almacenes, basado en el último diagnóstico realizado, que ha identificado las debilidades para las acciones correctivas pertinentes.</p>
<p>8. El proceso de distribución puede dar respuesta a la demanda de suministros de modo que no se produzcan interrupciones de tratamientos o del programa.</p>	<p>El Ministerio de salud cuenta con un plan de suministros, envío y transporte, con medidas de seguridad definidas, con equipo y condiciones adecuadas, así mismo con el Sistema Nacional de Abastecimiento (SINAB), que tiene dos niveles de acceso: el de Usuario (refleja existencias de productos de salud en el Almacén Central) y el de Administrador (que alimenta la base de datos de este).</p> <p>Actualmente el Ministerio de Salud está recibiendo asistencia técnica de SCMS/ USAID para el fortalecimiento y superación de debilidades en cuanto a este tema. De parte de la Misión 2.0 OPS, se han dado recomendaciones para el mejoramiento de la cadena de suministros.</p> <p>No existe evidencia de desabastecimiento de productos de salud, tampoco listas de espera para inicios de terapia ARV, debido a que la cadena de suministros da respuesta a la demanda de los mismos y garantiza la entrega oportuna.</p>
<p>9. Se dispone de capacidad y herramientas de recopilación de datos para supervisar el desempeño del programa.</p>	<p>El personal técnico del PNVIH y técnicos de la UCP realizan actividades de seguimiento, monitoreo y evaluación a través de visitas de campo, asistencia técnica y jornadas semestrales de evaluación, en la cuales se verifican los datos de la información correspondiente al desempeño del programa, sustentado con los Sistemas de Información y el Plan Operativo Institucional.</p>
<p>10. Se dispone de un sistema de información sistemático y funcional con cobertura suficiente para reportar puntualmente y con precisión sobre el desempeño del programa.</p>	<p>El Ministerio de Salud cuenta con un sistema de información rutinario, el cual brinda información sobre la gestión sanitaria con cobertura del Sistema Nacional de Salud, éste se ha venido fortaleciendo y ampliando con financiamiento de Fondo Mundial y OPS.</p> <p>En su mayoría, los indicadores de VIH tienen definiciones claras y codificadas en el sistema único de información en salud (SUIS), que cuenta con módulos para recopilar la información, los cuales están en proceso de integración entre sí: (SIMMOW (Sistema de Morbi Mortalidad en Web), SUMEVE (Sistema Único de Monitoreo Evaluación y Vigilancia Epidemiológica), SEPS, Sistema Integral de Atención al Paciente SIAP-VICITS, etc).</p>
<p>11. El MCP supervisa de forma activa la ejecución de la subvención e interviene</p>	<p>El Comité de Supervisión del MCP evalúa de forma semestral la información relativa al desempeño de la subvención administrada por el Ministerio de Salud, a</p>

<p>cuando es necesario.</p>	<p>través de la presentación de los tableros de mando y visitas de campo periódicas, ofreciendo recomendaciones al pleno del MCP para tomar acciones correctivas.</p> <p>El MCP da seguimiento a las recomendaciones para garantizar que éstas se lleven a cabo según lo previsto por el comité de supervisión, este último comparte la información relevante con el RP y el pleno del MCP, lo que incluye la publicación de las decisiones tomadas en la página web del Mecanismo.</p> <p>En casos específicos, el MCP solicita al Ministerio de salud información de casos relevantes para que brinden explicaciones y aclaraciones al respecto y determinar las acciones a ejecutar y demás toma de decisiones.</p>
<p>12. Se dispone de un plan de aseguramiento de calidad para controlar la calidad de los productos a lo largo de toda la cadena de suministro en el país.</p>	<p>Existen procedimientos institucionales que aseguran la calidad de los productos a lo largo de la cadena de suministros.</p> <p>En la actualidad el RP está cumpliendo la Política de adquisición de Medicamentos y Productos salud de Fondo Mundial (PHPM).</p>

5.2 Riesgos actuales o previstos en el desempeño del Programa y de los receptores principales

Los riesgos actuales o previstos para el programa y el desempeño de los receptores principales designados. Por favor, indique las acciones que se proponen para atenuarlos (incluyendo asistencia técnica) que se han incluido en la solicitud de financiamiento.

El **MINSAL** identifica el siguiente riesgo:

- **Gestión de Adquisición y Suministros:** posible incumplimiento en los procesos de adquisición de bienes y servicios, por coordinaciones aisladas y tardías, por falta de sistemas, por saturación de procesos, por falta de medición en el desempeño y fuga de recursos.

En respuesta a lo anterior, el MINSAL está realizando un rediseño de procesos, así como una evaluación del desempeño, a través de la formulación de una Política de Gestión de las Adquisiciones y Contrataciones.

Plan Internacional en El Salvador identifica el siguiente riesgo en el desempeño de este Programa:

- La ausencia de un proceso de Due Dilligence (Debida Diligencia) previo al establecimiento de alianzas, socios y cooperaciones y en este caso con los Sub Receptores, puede conducir a dificultades en la ejecución del programa que impactaría el alcance de los objetivos y al deterioro de las relaciones con terceros. Para ello Plan elaborará un Manual para el Manejo de Subreceptores para la subvención del Fondo Mundial, en el cual se incluirán procesos que Plan ya desarrolla con sus socios ejecutores. A su vez, Plan socializará con los subreceptores, las condiciones contractuales establecidas con el FM así como la definición del rol de Plan como Receptor Principal, lo que conducirá a la firma de un convenio con cada subreceptor para el monitoreo técnico y administrativo.

5.3 Resumen de los acuerdos de implementación

Proporcione una visión general sobre los acuerdos de implementación propuestos para la solicitud de financiamiento. En la respuesta, indique (según corresponda):

- a. El procedimiento que se seguirá para la coordinación de receptores principales si existe más de uno.
- b. Si se han identificado los sub-receptores y el tipo de acuerdos de implementación con los que probablemente se contará.
- c. La coordinación entre cada receptor principal designado y sus respectivos sub-receptores.

- a. Se establecerá un plan de coordinación y comunicación entre MINSAL RP y Plan El Salvador RP, en el cual se definirán reuniones trimestrales de socializaciones de avances tanto programáticas como financieras, socialización semestral de lecciones aprendidas y cualquier otro tipo de apoyo entre ambas organizaciones. Por otra parte se construirá una estrategia de Comunicación entre el MINSAL; MCP y Plan para armonizar mensajes claves al interior de las organizaciones así como al exterior y promover un solo equipo de trabajo para la respuesta de País.
- b. No se han identificado todavía, puesto que serán identificados mediante concurso cuando esté en ejecución la subvención. No obstante se dispone de un inventario de organizaciones que trabajan con las poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad, el cual será tomado en consideración en el momento indicado.
- c. Plan Internacional en El Salvador contará con un Manual para el Manejo de Subreceptores en el cual se describirán los procedimientos para la comunicación y coordinación, socialización de avances de las acciones que los SR estén ejecutando, visitas de campo y desarrollo de procesos para la rendición de cuentas.

5.4 Vínculos con otras notas conceptuales y/o subvenciones existentes

Si está solicitando fondos para varios componentes durante la transición (incluida una intervención de Fortalecimiento de los Sistemas de la Salud y Comunitarios) o dispone actualmente de una subvención del Fondo Mundial (para otro componente), describa el vínculo entre las intervenciones aquí solicitadas con otras notas conceptuales u otras subvenciones, particularmente en lo que se refiere a: recursos humanos, personal, capacitación, control y actividades de evaluación y supervisión.

En relación a la respuesta de la co-infección VIH/TB, existe vínculo de complementariedad entre la subvención NMF y la de Tuberculosis Ronda 9, de acuerdo a las actividades colaborativas (OPS). En esta subvención (NMF) se ha priorizado en reducir la carga de TB en personas con VIH e iniciar tempranamente el tratamiento antirretroviral, actividad conocida como las tres "I" para VIH/TB cuyos ejes son:

1. **Intensificar la búsqueda de casos de TB y proporcionar un tratamiento antituberculoso de buena calidad:** En particular las personas con VIH deben ser estudiadas regularmente para TB usando un algoritmo basado en síntomas clínicos (tos actual, fiebre, pérdida de peso o sudoración nocturna), cuando acudan inicialmente para recibir atención para el VIH y posteriormente en cada consulta en un establecimiento de salud o en cada contacto con personal de salud, para fortalecimiento de este componente se realizará la adquisición de la PPD (Derivados Proteico Purificado) y actualización del algoritmo diagnóstico.
2. **Iniciar la prevención de la TB con terapia preventiva con Isoniazida y el tratamiento antirretroviral Temprano:** de acuerdo a Políticas de la OMS sobre actividades colaborativas,

en este componente “debe de administrarse isoniazida a las personas con infección latente por *Mycobacterium tuberculosis* a fin de evitar que se convierta en una enfermedad activa. Es crucial descartar la TB activa antes de iniciar la terapia preventiva con isoniazida. La ausencia de tos actual, sudoración nocturna, fiebre o pérdida de peso podría caracterizar a un subconjunto de adolescentes y adultos con VIH que tienen muy pocas probabilidades de padecer TB y que pueden comenzar tranquilamente la terapia preventiva con isoniazida. Esta regla de detección tiene un valor predictivo negativo de 97,7% (intervalo de confianza de 95%, 97, 98,0) con una prevalencia de TB de 5% en personas con VIH. En los niños, la ausencia de poco aumento de peso, fiebre y tos actual puede indicar que es poco probable que padezcan TB”. Por lo anterior, es necesaria la adquisición de medicamento isoniazida para complementar las intervenciones con Ronda 9 de Tuberculosis, cuya profilaxis según norma debe ser brindada por 9 meses.

3. **Garantizar el control de Infecciones de tuberculosis en establecimientos de salud y sitios de congregación:** En establecimientos de salud y sitios de congregación donde suele haber personas con TB e infección por el VIH en estrecha proximidad (centros penales, albergues para niñez en orfandad, cuarteles policiales y militares), la infección por tuberculosis es mayor. El VIH promueve la evolución hacia la TB activa tanto en las personas con infección reciente como en aquellas con infección latente por *M. Tuberculosis*. Se ha comprobado que hay un mayor riesgo de TB, empeorado por la epidemia de infección por el VIH, en el personal de salud que tienen contacto con pacientes, los privados de libertad y las personas que están en cuarteles policiales y militares. Por consiguiente, es indispensable mejorar el acceso a servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH y la TB para el personal de salud así como para quienes trabajan en sitios de congregación. Para fortalecer las medidas de control de la infecciones de tuberculosis es necesaria la adquisición de dos equipos de Gene Xpert (cartuchos e insumos) que cortan la cadena de transmisión de la tuberculosis de forma eficaz; así mismo se adquirirán dos espectrofotómetros que contribuirán a este objetivo.

5.5 Mujeres, comunidades y otras poblaciones clave

Describa de qué modo participarán activamente los representantes de las organizaciones de mujeres, personas que viven con las tres enfermedades y otras poblaciones clave afectadas en la ejecución de esta solicitud de financiamiento; en particular, en intervenciones que sirvan para eliminar los obstáculos jurídicos o de políticas que impiden el acceso a los servicios.

Las poblaciones de mayor alto riesgo han participado en la construcción de la propuesta desde el momento de consulta, planificación seguimiento y ejecución.

Actualmente las cinco organizaciones de personas con VIH en el país han participado activamente en la elaboración de la propuesta, ellos desarrollarán acciones que mejoren la adherencia al tratamiento. Tres organizaciones de trabajadoras sexuales, dos organizaciones de hombres que tienen sexo con hombres y tres organizaciones de personas trans existentes en el país participaron en las consultas multisectoriales, en las sesiones de discusión y toma de decisión sobre las estrategias a implementar en la propuesta de NMF. Como producto de su participación es que se diseñaron los Centros de Desarrollo Integral para cada una de estas poblaciones, convirtiéndose en un modelo innovador para la atención en salud, derechos humanos y cambio de comportamiento.

Estas organizaciones participantes en la construcción de la propuesta serán pieza clave en su implementación puesto que podrán participar para optar, previo desarrollo de capacidades básicas, como subreceptores, podrán estar a cargo de los Centros de Desarrollo Integral, así como de otras acciones propuestas. Un aspecto clave a resaltar es que la población de la diversidad sexual (HSH y Trans) impulsará todo lo correspondiente a la eliminación de obstáculos jurídicos y /o de políticas para acceder a servicios, a través de la Mesa Permanente de la Población LGBTI de la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos (PDDH). La Mesa Permanente es un espacio democrático y permanente facilitado por la PDDH, con el objeto de realizar acciones de coordinación, análisis e incidencia política en favor de la población LGBTI, convocada por la

Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos, con el propósito de abogar por que la población antes citada, tenga un pleno goce de sus derechos humanos y luchar por la construcción de una sociedad respetuosa e inclusiva. Se anexa el “DOCUMENTO CONSTITUTIVO DE LA MESA PERMANENTE DE LA PDDH SOBRE LOS DERECHOS HUMANOS DE LA POBLACIÓN LGBTI”. (Anexo 5.5)

5.6 Riesgos externos principales

Describa los posibles riesgos externos principales (que escapen del control de los responsables de administrar la ejecución del programa) que puedan afectar negativamente a la ejecución y al desempeño de las intervenciones propuestas.

Se identifican los siguientes riesgos externos:

- a. Posibilidad que ocurran desastres de origen natural de grandes proporciones para lo cual se tiene limitada capacidad de respuesta nacional, esto impactaría la operación programática, debido a la vulnerabilidad del territorio salvadoreño (territorio sísmico, inundaciones deslizamientos, lo que podría causar una suspensión temporal de las operaciones o un readecuación de su implementación, como ya ha sucedido en tragedias anteriores.
- b. Posibilidad que ocurran Emergencias Sanitarias como el Dengue, influenza H1N1, entre otras, que pueda tener como consecuencia priorizar u orientar las acciones a estas emergencias y limitar el desarrollo de las acciones del programa de manera temporal.
- Durante el año 2014 se realizan elecciones presidenciales, produciéndose cambio de gobierno a partir del 1º de Junio, esto generará una etapa de transición de inducción de las nuevas autoridades y podría incluir destitución de puestos laborales de funcionarios y personal especializado, demora de plazos en la ejecución de las acciones, entre otros.
- Riesgos Sociales: Inseguridad por la violencia nacional por pandillas.

ANEXO 1**Aval de la Nota Conceptual por parte del MCP**

Adjunte el Anexo *Aval de la Nota Conceptual* por parte del MCP con las firmas de todos los miembros aprobando la nota conceptual presentada.

ANEXO 2**Brecha Programática**

La *Tabla de Brechas Programáticas* es un anexo obligatorio que debe completarse en una planilla Excel.

ANEXO 3**Herramienta Modular**

La *Herramienta Modular* sustituye el marco de desempeño, el presupuesto detallado y el marco lógico que se solicitaban anteriormente para las subvenciones del Fondo Mundial. Para más información, consulte las Instrucciones de la nota conceptual.

ATTACHMENT 4**Tabla de análisis de carencias financieras y de financiamiento de contrapartida**

La *Tabla de análisis de carencias financieras y de financiamiento de contrapartida* es un anexo obligatorio que debe completarse en una planilla Excel.