

NOTA CONCEPTUAL ESTÁNDAR

Inversiones de mayor repercusión contra el VIH, la tuberculosis o la malaria

En la nota conceptual se resumen las razones que fundamentan las inversiones del Fondo Mundial. Toda nota conceptual debe describir una estrategia y estar respaldada por datos técnicos que demuestren la efectividad del enfoque. Tomando como referencia la [Estrategia nacional de salud](#) y el plan estratégico nacional de la enfermedad, la nota conceptual prioriza las necesidades de un país dentro de un contexto más amplio. Además, describe la forma en que la ejecución de las subvenciones resultantes puede maximizar la repercusión de la inversión: llegando al mayor número de personas y logrando los mayores beneficios posibles sobre su salud.

Una nota conceptual se divide en las secciones siguientes:

Sección 1: descripción de la situación epidemiológica del país, incluidos los sistemas sanitarios y las barreras de acceso a los mismos, al igual que la respuesta nacional.

Sección 2: información sobre el panorama nacional de financiamiento y sostenibilidad.

Sección 3: solicitud de financiamiento al Fondo Mundial, que debe incluir un análisis de las deficiencias programáticas, los fundamentos de la solicitud, y la herramienta modular.

Sección 4: acuerdos de ejecución y evaluación de riesgos.

NOTA IMPORTANTE: Para rellenar esta plantilla, los solicitantes deben consultar las instrucciones de la nota conceptual estándar.

RESUMEN GENERAL

Información del solicitante

País	EL SALVADOR	Componente	Tuberculosis
Fecha de inicio de la solicitud de financiamiento	ENERO 2016	Fecha de finalización de la Solicitud de financiamiento	DICIEMBRE 2018
Receptor(es)Principal(es)	MINISTERIO DE SALUD		

Tabla de resumen de la solicitud de financiamiento*



En la plataforma de gestión de subvenciones en línea se generará automáticamente una tabla de resumen de la solicitud de financiamiento de acuerdo con la información presentada en la tabla de deficiencias programáticas y en la herramienta modular.

SECCIÓN 1: CONTEXTO DEL PAÍS

En esta sección se solicita información sobre el contexto del país, lo que incluye la epidemiología de la enfermedad, el estado de los sistemas de salud y los sistemas comunitarios, y la situación en materia de derechos humanos. Esta descripción es fundamental para justificar la elección de las intervenciones apropiadas.

1.1 Contexto de la enfermedad en el país y de los sistemas de salud y comunitarios

Tomando como referencia la información epidemiológica más reciente y el análisis de portafolio proporcionado por el Fondo Mundial, destaque lo siguiente:

- a. Epidemiología actual de las enfermedades y su tendencia, así como cualquier variación geográfica significativa que afecte al riesgo de padecer estas enfermedades o a su prevalencia.
- b. Poblaciones clave que puedan tener un acceso desproporcionadamente bajo a los servicios de prevención y tratamiento (y, en el caso del VIH y la tuberculosis, la disponibilidad de servicios de atención y apoyo) y factores que contribuyen a crear esta desigualdad.
- c. Principales barreras de derechos humanos y desigualdades de género que puedan impedir el acceso a los servicios de salud.
- d. Contexto de los sistemas de salud y sistemas comunitarios en el país, incluida cualquier limitación.

SECCION 1 Los contenidos de esta sección son un resumen de lo presentado en el PENM TB 2016-2020.

El Plan Estratégico Nacional Multisectorial para el Control de la Tuberculosis en El Salvador 2016-2020 (PENMTB) establece como principal objetivo detectar precozmente la tuberculosis, disminuir la mortalidad e iniciar el proceso de Control Avanzado y la Pre Eliminación de la TB como problema de salud pública, aplicando la estrategia Post 2015 de la OMS a nivel nacional, con el apoyo e involucramiento multisectorial, particularmente de organizaciones de la sociedad civil.

Para su construcción, se partió de la Evaluación de medio término del Plan Estratégico Nacional para el control de la TB 2008-2015. Los resultados fueron base de evidencia para el análisis de situación en el diálogo nacional. Más de 800 personas dieron sus aportes y propuestas para definir brechas, líneas estratégicas y actividades del presente Plan. Un Comité Consultivo y otro técnico sistematizaron estos aportes para garantizar el direccionamiento técnico y coherencia. El comité fue conformado por: MINSAL, OPS/OMS, ONUSIDA, GIZ, PNUD y la Dirección de Centros Penales, organizaciones de sociedad civil, personas afectadas por la enfermedad y sector privado. En todo el proceso estuvo presente el mecanismo de Coordinación de País (MCP ES).

CONTEXTO DEL PAIS

El país tiene una extensión territorial de 21,040.79 Km², dividida administrativamente en 14 departamentos, 262 municipios y una población de 6.288.902 habitantes, para el año 2013 y una densidad poblacional de 295 habitantes por Km². Para el área urbana, el total de la población fue de 3, 871,332 habitantes, (62.3% del total). El Área Metropolitana de San Salvador (AMSS) concentra el 27.1% del total de habitantes del país.

En temas económicos, el país se ha estancado, reportando crecimientos oscilando entre 1% y 2% en los últimos cinco años.¹ Los pronósticos a futuro no cambian significativamente, considerando poca inversión internacional, déficit fiscal de 4% y aumento de la deuda externa.

Remarcable por sus implicaciones negativas en el crecimiento económico del país, en las condiciones de vida y en las barreras al acceso a los servicios de salud, es la escalada de violencia y criminalidad la cual las autoridades no han podido controlar. La tasa de 39.7 muertes por cada 100,000 habitantes en 2013, representa seis veces la media mundial y supera en cuatro veces el parámetro establecido por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para considerar a la violencia una epidemia.

¹ Informe Banco Mundial: El Salvador Panorama General

A finales de 2013, la población reclusa adulta alcanzó una tasa de 557 por cada 100,000 habitantes, considerada la más alta de América Latina. Entre el 2003 y 2013, la población pandillera en el sistema penitenciario creció en un 254%. En la actualidad, el 40.2% de la población reclusa son miembros activos o retirados de alguna pandilla. En su accionar delincencial, las maras o pandillas han adquirido la modalidad de “control de territorio”, situación que impide el acceso a personas que no tienen el visto bueno de la pandilla o que no paga la extorsión.

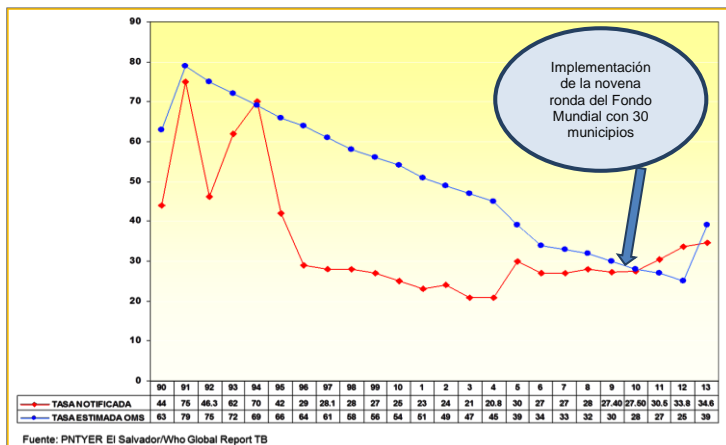
A) SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Notificación de casos

El análisis situacional de la Tuberculosis en El Salvador se presenta en dos ámbitos, uno epidemiológico con cifras globales de país mostrando el comportamiento de la enfermedad en los últimos 24 años y otro en el que se detallan las brechas programáticas de la enfermedad desagregando por municipios y áreas geográficas del país. El primer escenario reporta un avance sustantivo en la notificación de casos como de éxitos terapéuticos. Sin embargo, el análisis desagregado por municipios muestra grandes brechas entre la meta estimada de investigación de sintomáticos respiratorios (SR) y detección de casos, frente a los resultados obtenidos.

Las cifras globales reportadas por el país indican una reducción gradual de la incidencia desde 45.7 por 100,000 habitantes en 1990 hasta 21 por 100,000 hab. en 2003. A partir del año 2003, apoyado por las subvenciones del FM, se intensifica la búsqueda de SR introduciendo más herramientas diagnósticas y aumentando la capacidad instalada a nivel institucional, incluida la capacitación del personal. Como resultado, se reporta una tendencia al aumento de casos notificados hasta llegar a 34.6 en el año 2013.

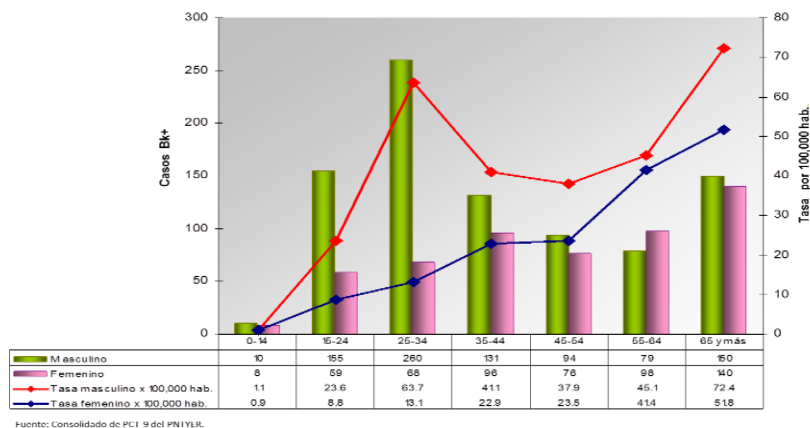
Gráfico 1. Tasa de Incidencia notificada y estimada de casos de TB todas las formas 1990-2013



En el gráfico 1 se muestra que desde el año 2011, el país reporta mayor tasa de casos de TB todas las formas respecto a la estimación de la OMS. Esta situación dio paso a una nueva estimación por la OPS en el año 2013, elevándola a 39 por 100,000 hab.

Según gráfica 2, los casos de TB Bk(+) se presentan a predominio del sexo masculino, con el 60.1% de los casos. El femenino alcanza el 39.9%. Las edades que presentan mayor número de casos son entre 25 y 34 años. La carga de casos nuevos de tuberculosis baciloscopía positiva, en los últimos diez años ha oscilado entre 900 y 1400, con una tasa de incidencia entre 13 para 1997 y 22.6 casos por 100,000 habitantes para el 2013; notándose un franco incremento de éstos.

Gráfico 2. Casos y tasas de tuberculosis pulmonar Bk(+) por sexo y grupos de edad. Año 2013



Análisis Programático

Este incremento de tasas (Ver Grafico1) de casos notificados fue posible por la implementación de acciones como:

- la introducción de nuevos métodos diagnósticos como el Gene Xpert MTB/RIF; la Unidad Móvil de Rayos X en los centros penitenciarios; el uso del cultivo Ogawa Kudoh en 17 hospitales departamentales y las estrategias colaborativas con el Programa Nacional de ITS-VIH/Sida (con el apoyo financiero de la novena ronda del Fondo Mundial)
- Las Alianzas público privadas y público- público con proveedores de salud, entre ellos ISSS, Centros Penales, Sanidad Militar, Hospitales y Clínicas privadas y otros;
- la extensión de cobertura en el área rural y en los asentamientos urbanos precarios con los ECOS y la ampliación de horarios de atención con FOSALUD (Fondo Solidario para la Salud).

Análisis de brechas, desagregado por regiones y municipios.

El análisis de brecha revela amplias asimetrías entre regiones y municipios del país, respecto de la incidencia y prevalencia de la Tuberculosis, al comparar el número de personas diagnosticadas versus la meta estimada para cada municipio, calculados siguiendo Modulo de Programación desarrollado con asesoría de OPS y LA UNION (ver anexo 5: documento del PENMTB en página 26). La base de cálculo de este módulo es la tendencia histórica que el país ha mostrado respecto al porcentaje de consultas de personas mayores de 10 años en establecimientos de salud que son SR, el cual es de 3% para todo el país, excepto los departamentos de La Paz, La Libertad y Sonsonate en donde es 5%.

Con el propósito de categorizar los 262 municipios del país según la magnitud de la brecha de investigación de SR y captación casos de TB, frente a las metas de programación por municipio y para identificar las variables condicionantes de esta situación, se construyó una Matriz de priorización (Anexo 6: Documento Técnico Matriz de Priorización) con 48 variables. Para algunas de estas variables se establecieron rangos de ponderación (brecha de SR y casos detectados, densidad poblacional del municipio, índice de pobreza, capacidad instalada de laboratorio, tipo de servicio de salud en la comunidad) y se procedió a agrupar los municipios en categorías según magnitud de brecha.

Este ejercicio permitió agrupar los municipios en tres categorías:

- 1) **Brecha alta.** Estos presentan una tasa de incidencia cruda de 13.2 X 100,000, pero con una mayor brecha de detección de sintomáticos respiratorios (>70%) y de casos, diagnosticados "municipios de alta prioridad". Los municipios agrupados en este grupo cuentan con una población total de 1,581,500 habitantes, entre los cuales se concentra el 77.8% de la brecha de detección de casos en el país. Estos municipios están señalados en rojo en el mapa que se presenta a continuación.

Con formato: Resaltar

Las características más sobresalientes compartidas por estos municipios que impiden la captación de SR y detección de casos TB son:

Ubicación geográfica: estos municipios se concentran principalmente en **tres** áreas: (1) la Región Oriental del país (La Unión, Morazán y Usulután); (2) Central norte (Chalatenango), y (3) Metropolitana (San salvador).

Condiciones socio-económicas Las dos primeras son regiones pobres, esencialmente rurales, y con limitado acceso a servicios de salud; los municipios de la Región Metropolitana se caracterizan por los altos índices de violencia delincuencial y de pandillas, hacinamiento y condiciones de vida precarios.

Capacidad diagnóstica: 44% de los 65 municipios no tienen laboratorios. Y de los 42 laboratorios existentes, ninguno hace cultivo BAAR. No existe un sistema de recolección y transporte de muestras.

Recursos humanos: 35 de los 65 municipios no tienen presencia de ECOS; en general, la presencia de recurso humano debidamente capacitado es menor en estas áreas; hasta la fecha, no se han llevado a cabo esfuerzos de detección activa de TB en ninguno de estos municipios.

2) **Brecha moderada.** Aquí se agrupan 172 municipios con una tasa de 46.1 por 100,000 habitantes (dentro de estos se encuentran los 30 municipios priorizados por la Novena Ronda). Tienen una brecha de detección de SR entre 30 y 70%, y agrupa una población total 4, 016,435 habitantes. Se señalan en amarillo en el mapa.

Las características más sobresalientes compartidas por estos municipios que impiden la captación de SR y detección de casos TB son:

- **Son municipios con población grande.** Aquí se encuentran muchos de los municipios con mayor población del país, entre ellos 12 de las cabeceras departamentales. Sufren las consecuencias de la violencia y del control territorial de las maras o pandillas. Poseen todas, grandes zonas con asentamientos urbanos precarios. La mayoría de los municipios donde se intervino en la 9ª ronda pertenecen a esta categoría.

- Tienen buena capacidad diagnóstica.

- Concentran **recursos humanos capacitados que realizan** esfuerzos de búsqueda activa de TB en aproximadamente la mitad de estos municipios.

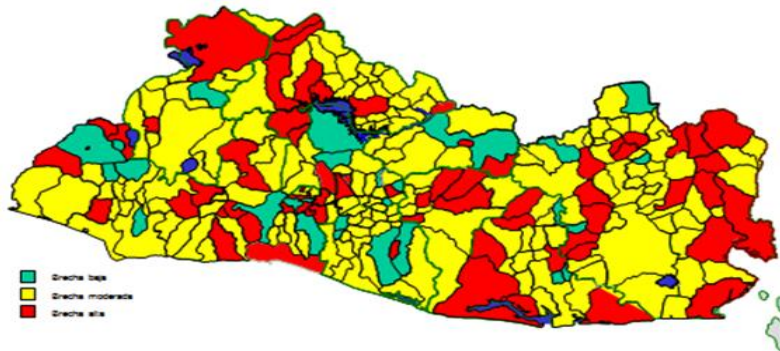
3) **Brecha baja** Aquí se agrupan 25 municipios con una tasa de incidencia de casos TB todas las formas de 16.3 por 100,000 habitantes pero con una brecha de detección de sintomáticos menor de 30%. Agrupan una población de 690.967 habitantes. En el mapa a continuación, se muestra en color verde.

Las características más sobresalientes compartidas por estos municipios que impiden la captación de SR y detección de casos TB son:

- Representan el 10% de los municipios del país, ninguno de estos categorizado como en condición de pobreza; son municipios relativamente pequeños, con la excepción de tres cabeceras departamentales: Sensuntepeque, Ahuachapán y Santa Tecla. Estos tres municipios fueron intervenidos con recursos ronda 9. En todos los municipios de esta categoría se realiza búsqueda activa e investigación de SR, se aplica la TAES y se da seguimiento al paciente. Las APP están vigentes y coordinan su trabajo a nivel de campo.

La estrategia de intervención en estos municipios busca el control avanzado y la pre eliminación de la TB.

MAPA DE DISTRIBUCIÓN DE MUNICIPIO DE ACUERDO A BRECHAS DE CAPTACION DE SR PENM TB 2016-2020

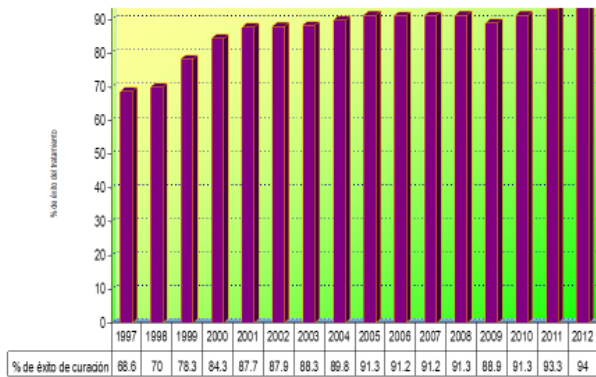


En resumen, esta agrupación de municipios ha permitido identificar las principales variables causantes de estas importantes brechas de detección de SR y de casos de TB. Entre las identificadas están: aun limitada cobertura y acceso a los servicios de salud, déficit de personal y de insumos críticos, problemas logísticos para toma, transporte, procesamiento y retorno de la respuesta de las muestras de esputo, no uso de todos los recursos diagnósticos disponibles, falta de involucramiento de otras organizaciones de la sociedad civil y municipalidades, así como las condiciones de pobreza, insalubridad, vivienda hacinada, desnutrición, entre otros.

Tratamiento

El Salvador tiene éxito terapéutico en los últimos 10 años, pasando de 88.3% en el año 2003 al 94% en el 2012 (Ver gráfico 3).

Gráfico 3. Porcentaje de éxito de tratamiento. Años 1997-2012

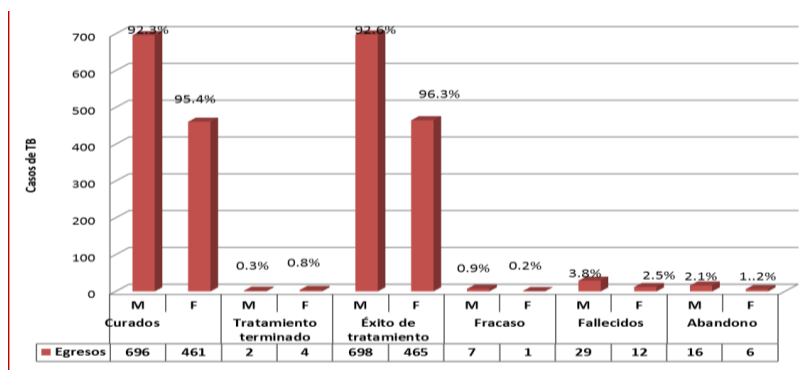


Fuente: Censo de años 97-2011. MINSAL, e-1999

Este éxito terapéutico es asimétrico al comparar el comportamiento entre mujeres y hombres. El análisis desagregados por sexo de la cohorte del año 2012 evidencia un éxito del tratamiento de 92.6% para hombres y de 96.3% para mujeres y aunque el porcentaje de fracasos, fallecidos y abandono de casos nuevos es bajo, son los hombres los que presentan las cifras más altas. El 71% de los fallecidos y el 73% de abandonos son hombres. Las posibles causas de estos resultados están asociadas a alcoholismo, drogadicción, autoexclusión por vivir al margen de la ley, entre otros. Más estudios son requeridos para mejor respuesta (Ver gráfico 4).

Gráfico 4. Resultados de tratamiento de casos de TB baciloscopia positiva, por sexo

Año 2012



El éxito mostrado es resultado de :

- [Tratamiento a tiempo a](#) personas con TB gracias a enfoque proactivo de búsqueda de SR, y diagnóstico gratuito y oportuno
- Administración de TAES al 100% de los pacientes
- Continuidad en el tratamiento por abastecimiento sin rupturas
- Capacitación de todo personal de salud que administra TAES por el MINSAL.
- Administración de TAES tanto en los establecimientos de salud primarios como a través de personal de salud desplazado en la comunidad, en casos de dificultad de desplazamiento de la persona diagnosticada.
- Monitoreo oportuno de abandono (si la persona no llega, se le busca, toda vez que sea permitido por las condiciones de violencia)
- Reconocida rectoría y liderazgo del PNT.

Brechas:

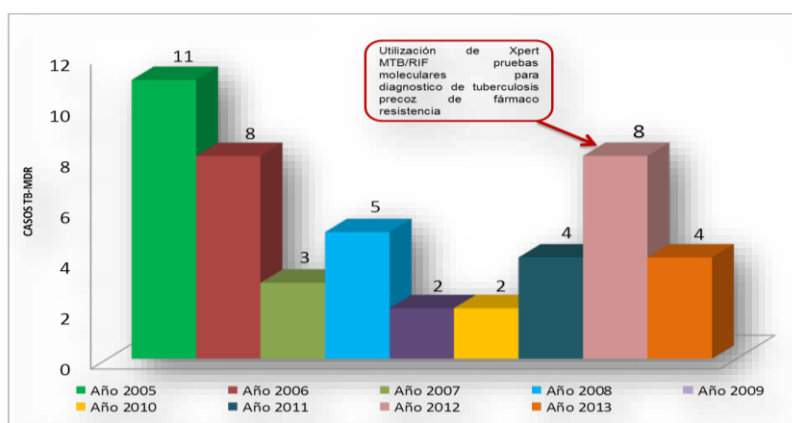
- Limitada capacidad instalada de recursos humanos y de logística en municipios de alta y moderada brecha.
- Poco involucramiento de actores locales en municipios de alta y moderada brecha.
- Limitaciones presupuestarias para ampliar la red de atención en municipios aun no cubiertos por los ECOS.
- Dificultad de acceso geográfico en municipios con población rural dispersa.

- Difícil seguimiento terapéutico a personas de grupos vulnerables como PPL, alcohólicos, drogadictos, pertenecientes a grupos al margen de la ley.
- No prevención de secuelas incapacitantes de función pulmonar en paciente TB curados.

Diagnóstico de MDR-TB

La vigilancia de la farmacorresistencia reportó, entre los años 2005 y el 2013, un total de 47 casos (ver gráfico 5). Estos casos correspondiendo al 0.4% del total de casos de tuberculosis todas las formas para ese mismo período.

Gráfico 5. Casos de tuberculosis multirresistente, año 2005-2013



Fuente: Laboratorio Central Max Bloch, Clínica de Resistencias MINSAL

Como parte de la vigilancia rutinaria de farmacorresistencia El Salvador investiga a todos los pacientes en retratamiento; casos nuevos que no negativizan al segundo mes, contactos de farmacorresistencia (Ver anexo 7: Norma Técnica de Prevención y Control de la Tuberculosis).

En resumen para el año 2013 de un total de 126 retratamientos informados y/o notificados a la OMS como país, se testaron o realizaron pruebas de sensibilidad a drogas (PSD) a un total de 96 retratamientos lo que corresponde a un 76.2%.

Brechas diagnóstico MDR-TB:

- Población con más riesgo de farmacorresistencia de difícil acceso
- Condiciones concomitantes dificultan el seguimiento de pacientes en riesgo (drogas, alcohol, violencia)
- Terapia de segunda línea centralizada Aplicación de normativa en todos los instituciones del SNS
- Coordinación efectiva dentro del SNS
- Restricciones financieras para atender de manera integral otras necesidades sociales a pacientes en riesgo de farmacorresistencia

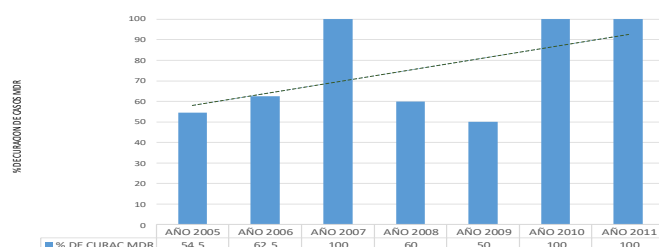
- Debilidades en aplicación de normativa nacional (puesto que no se les indica PSD a todos los que establece la normativa por parte de los niveles locales)

Tratamiento MDR-TB

En el gráfico 6 se observa la cohorte de resultados de tratamiento de casos de tuberculosis MDR. Para los últimos dos años la curación ha sido en el 100% de los casos.

Es importante señalar que a partir del año 2005, el Comité de Luz Verde² autorizó a El Salvador el manejo de la farmacoresistencia a la tuberculosis, aprobando la compra de medicamentos de segunda línea. Estos medicamentos de segunda línea han sido adquiridos con el financiamiento del Fondo Mundial.

Gráfico 6. Cohorte de curación de casos de tuberculosis MDR año 2005- 2011.



FUENTE: Clínica de Resistencias MINSAL

El éxito terapéutico para MDR-TB es atribuido a :

- No ruptura de stock de medicamentos
- Personas con MDR-TB tratadas a tiempo gracias a vigilancia rigurosa de farmacoresistencia
- Administración de TAES segunda línea al 100% de los pacientes
- Capacitación de personal de salud que administra medicamentos de segunda línea por el MINSAL.
- Monitoreo oportuno de abandono (si la persona no llega, se le busca, toda vez que sea permitido por las condiciones de violencia)
- Reconocida rectoría y liderazgo del PNT.

Brechas:

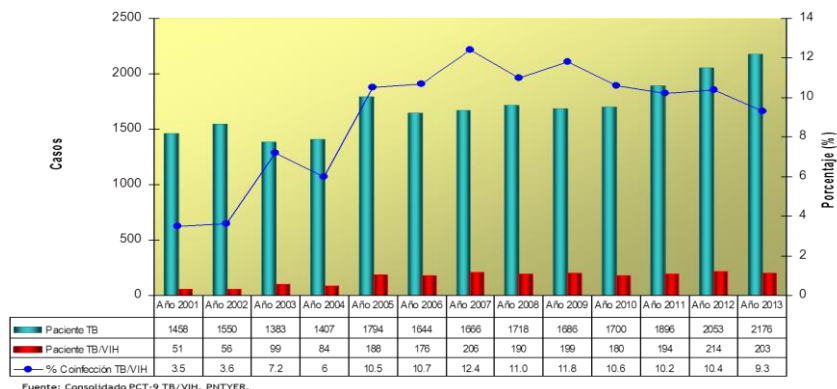
- Descentralización de terapia segunda línea (ver anexo 8: Plan de Manejo MDR-TB).
- No diagnóstico del 100% de casos que estima la OMS (brecha aproximada del 50%)
- Debilidades en aplicación de la normativa nacional por otras instituciones proveedoras de salud
- Algunos grupos de riesgo adicionales no reciben prueba sensibilidad en un 100% (PPL, personas con diabetes, inmunodeficiencias, personal de salud, etc.)
- No descentralización de la atención de la TB/MDR

Coinfección TB/VIH:

El Salvador registra un total acumulado de 29,788 casos de VIH y un total de casos de TB de 2,176 para el año 2013, de los cuales 203 (9.3%) fueron coinfección TB/VIH

²Comité de Luz Verde- Instancia colegiada que autoriza los esquemas clínicos y programáticos de la TB farmacoresistente, incluyendo la compra de los medicamentos.

Gráfico 7 Total de casos de TB todas las formas y porcentaje de coinfección TB/VIH. Años 2001-2013.



El gráfico 7 muestra que durante los últimos doce años se han diagnosticado 2,038 casos de coinfección TB/VIH. Se evidencia un incremento gradual a partir del año 2004, y pasa a fase de descenso a partir de 2007, hasta llegar a 9.5% en 2013.

De igual manera la curación de la TB en personas con VIH ha aumentado del 42.1% en el 2000 al 78.3% en el 2012. Como consecuencia de lo anterior, el porcentaje de fallecidos ha disminuido, de forma considerable principalmente a partir del 2002, sin embargo sigue siendo alta, 19% para 2012.

Para el 2013 se notificaron los siguientes indicadores relacionados: el descarte de TB en 4,420 personas VIH, Terapia Preventiva con Isoniacida, previo descarte de TB en PVS del 82.4%, el tamizaje de VIH en personas con TB del 98.4%, el uso de TMP/SMX en coinfectados TB/VIH del 63.8 %; inicio de TAR y antifímicos en 77.3%.

Intervenciones realizadas:

- Tamizaje para VIH al 96% de casos de TB.
- Descarte de TB a 4,420 (14.8%) casos de VIH
- TAR al 77.3% de casos coinfectados
- TAES al 100% de casos coinfectados TB/VIH
- TMP/SMX al 63.8% de casos coinfectados TB/VIH
- *Terapia Preventiva con Isoniacida* previo descarte de Tuberculosis al 82.4%, de PVS
- Consejerías pre y post prueba en el 100% de los casos de tuberculosis todas las formas
- 643 pruebas de Xpert MTB /Rif en personas con VIH.

Brechas:

- Insuficiente pruebas de Gene Xpert para cubrir el 100% de sospechosos de TB, en personas con VIH
- No tamizaje para el descarte de TB en el 100% de las personas con VIH,
- Dificultad en la adherencia de la TPI
- [Concentración de TAR](#) en pocos establecimientos de salud
- Se requiere capacitación continua del personal que ofertará y proporcionará atención a las personas con VIH
- Poca sensibilización del personal de salud para evitar el estigma y discriminación hacia las personas que padecen la coinfección TB/VIH

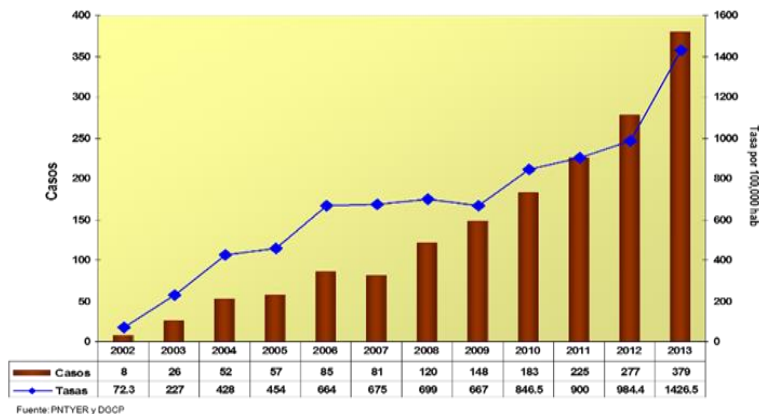
B) POBLACIONES CLAVE

Personas Privadas de Libertad (PPL)

El Salvador registra en el año 2014, un total de 29,370 PPL en 19 centros penales, 2 centros de reclusión intermedios y 4 centros de reclusión de menores. Del total de reclusos 16,222 (55.2%) pertenecen a pandillas o maras.

En el gráfico 8 se puede observar que durante los últimos doce años, los casos de tuberculosis todas las formas en centros penales ha incrementado de 8 casos reportados en el 2002 (tasa de 72.3) a 379 casos en el 2013 (tasa 1426.5) 3; o sea 42 veces mayor que la tasa de incidencia nacional, destacando la importancia y la prioridad en el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno en esta población de alto riesgo.

Gráfico 8. Casos y Tasa de Incidencia de Tuberculosis en Centros Penitenciarios. Años 2002 -2013



El mayor riesgo de adquirir TB en esta población se debe a:

- Hacinamiento del 350%
- Incidencia alta de enfermedades infecciosas, respiratorias y VIH,
- Dominio territorial de pandillas o maras al interior de los penales que bloquea el acceso a servicios de salud a otros reclusos
- Gran movilidad y elevado contactos de casos de TB Bk+ al interior de los CP por falta de aislamiento
- Difícil ubicación de la población excarcelaria en la comunidad de residencia
- Autoexclusión de la población excarcelaria de los establecimientos de salud

Intervenciones realizadas:

- Firma de convenio entre el MINSAL y Centros Penales para investigación de SR y manejo de casos.
- Uso de Gene Xpert para el diagnóstico precoz de la TB en 3,722 PPL.
- Tamizado con RX a 2,310 PPL desde el año 2,012 a la fecha.

- TAES a 379 privados de libertad en el año 2013 y 501 para el año 2014.
- 1,000 privados de libertad capacitados y trabajando como voluntarios penitenciarios en TB.
- 16 recursos humanos en salud de CP formados con el Diplomado de Tuberculosis impartido en estos últimos cuatro años.

Las intervenciones en CP han dado resultados muy positivos tanto en la detección de casos como en su tratamiento, a pesar de todas las dificultades inherentes a este tipo de facilidades. La inversión mayoritariamente ha provenido de las subvenciones de FM.

Brechas:

- Infraestructura inadecuada para un eficiente control de infecciones. Es necesario readecuar al menos un centro penal en 3 regiones (Occidente, oriente y metropolitana)
- Insuficiente pruebas de Gene Xpert para cubrir el 100% de sospechosos de TB, para diagnóstico precoz de ésta en PPL (4,500).
- Barrera al acceso de la atención en salud al interior de los centros penitenciarios, impuesta por los líderes de las pandillas.
- Incremento constante de población carcelaria.
- No tamizaje del 100% de los privados de libertad que ingresan a los penales.
- Insuficiente número de recursos humanos en salud en los centros penales
- Bajo presupuesto asignado a la Unidad Médica Odontológica
- Rotación constante y deserción de trabajadores del sistema penitenciario
- Aumento de casos de VIH en población privada de libertad (270 PL portadores de VIH a nivel nacional para el año 2013).
- Dificultad en la adherencia de la TPI en los PPL,
- Escasa atención sistemática a la población recluida en centros de reclusión temporal (bartolinas).

Pandillas o maras:

En el Salvador se estima que hay aproximadamente 60,000 integrantes de pandillas o maras, de los cuales se encuentran privados de libertad 16,222. El resto (43,778) habitan en barrios y colonias, a las cuales controlan territorialmente por lo que las intervenciones en dichos lugares se vuelven difíciles para los trabajadores de salud.

Intervenciones realizadas:

- Ninguna de forma sistemática o diferenciada, debido a la violencia, extorción y al riesgo

Brechas:

- Dificil acceso para controlar la tuberculosis en ellos, puesto que son en su mayoría prófugos de la justicia y otros se han autoexcluido socialmente.
- Pocas instituciones, organizaciones o sectores trabajan con ellos por ser grupos violentos y clandestinos.

El país ha lanzado en el mes de enero de 2015 una nueva estrategia contra la violencia, que no ha sido difundida aún. Se espera que los lineamientos ahí contenidos puedan permitir a futuro un abordaje en salud para estos grupos irregulares.

Comorbilidad TB/Diabetes Mellitus (DM) y otras enfermedades inmunosupresoras y crónicas

Según un informe de La Unión contra la Tuberculosis y Control de Enfermedades Respiratorias (La Unión) sobre la prevalencia de TB y diabetes mellitus, las personas diabéticas tienen tres veces más posibilidades de desarrollar tuberculosis debido a que debilita el sistema inmunitario, lo que facilita la infección por este oportunista.

En el Salvador existen aproximadamente entre 550,000 y 600,000 personas con diabetes. Un estudio realizado en El Salvador, en el Diplomado de TB, impartido por la Universidad Evangélica de El Salvador, en el año 2013, identifica una relación de tuberculosis con Hipertensión y diabetes del 30% y 20% respectivamente.

Intervenciones realizadas:

- Inclusión en la normativa de TB, a personas con diabetes como grupo de riesgo
- Generación de evidencia para mejor conocimiento de la relación de la comorbilidad TB/diabetes
- Búsqueda de tuberculosis en personas con enfermedades respiratorias crónicas a través de la estrategia PAL

Brechas:

- No tamizaje del 100% de personas con diabetes y sintomáticos respiratorios para el descarte de TB
- No uso de pruebas moleculares para el descarte precoz de TB.
- Inexistencia de acuerdos o cartas convenios con asociaciones que trabajan con esta población.
- Pocos estudios de investigación para que confirmen la asociación de TB y DM en El Salvador.

En conclusión cada vez hay más evidencia de la asociación de TB con otras patologías que causan deterioro físico e inmunosupresión como la DM, Insuficiencia Renal Crónica y EPOC, hipertensión arterial. En El Salvador, desde el año 2007 al 2012, estas patologías inmunosupresoras se han comportado de la siguiente manera: 316,123 consultas por Diabetes mellitus con egresos hospitalarios de 9,141, por enfermedades respiratorias crónicas 197, 117 consultas y egresos hospitalarios de 9,188 y Enfermedad renal crónica 22,914 con egreso de 5,217.

Atención diferenciada en trabajadores de salud para la detección precoz de la TB

Durante el año 2013, El Salvador notificó 2,176 casos de TB de todas las formas, de los cuales 18 fueron en trabajadores de salud (tasa de 42.9 por 100,000 trabajadores de salud) (personal del MINSAL y de otras instituciones públicas y privadas).

El personal de salud constituye una población de riesgo por encontrarse en contacto frecuente con casos de TB y constantemente con personas SR.

Intervenciones realizadas

- Plan Nacional de Control de Infecciones en proceso de elaboración
- Formación de recursos de forma sistemática para aumentar el conocimiento y minimizar el riesgo de contagio
- Uso de la Prueba Xpert MTB/RIF para el diagnóstico precoz de la TB en esta población.
- Dotación de materiales para bioseguridad en los trabajadores de salud

Brecha:

- Carencia de un diagnóstico actualizado de control de infecciones en los servicios de salud a nivel nacional.
- Plan nacional de control de infecciones de tuberculosis,
- Infraestructura sanitaria sin condiciones óptimas para el control de infecciones
- Insuficiente capacitación de personal multidisciplinario de salud a nivel nacional, en el control de infecciones de la tuberculosis
- Diagnóstico sistemático de la TB en trabajadores de salud del MINSAL y en otros prestadores de salud.

Tuberculosis infantil

Del total de casos de tuberculosis todas las formas diagnosticados y notificados durante el año 2013, el 7.2% corresponde a casos de TB infantil (64 niñas y 92 niños). Los grupos de edad oscilan entre los 0 a 9 años. La tuberculosis infantil siempre es el resultado del diagnóstico tardío en los adultos, su diagnóstico y manejo es complejo y muchas veces requiere de otras pruebas diagnósticas de apoyo como broncoscopia, pruebas moleculares, PPD.

Intervenciones realizadas

- Descentralización del diagnóstico y tratamiento.

- Asignación de PPD como método de apoyo
- Formación de recurso humano para el abordaje de la TB infantil

Brecha:

- Falta de medicamentos antifímicos en presentaciones pediátricas
- No disponibilidad de nuevo método diagnóstico como el Gene Xpert
- Falta de equipo diagnóstico (broncoscopio infantil)
- Poco entrenamiento de pediatras para el abordaje de TB infantil complejo

Contactos TB

Durante el año 2013 el PNTYER encontró 13,646 contactos de los cuales solamente investigó a 12,473. Entre estos se detectó 240 (11%) casos de tuberculosis.

Intervenciones realizadas

- Asignación de PPD para la detección de infección tuberculosa en todos los niños contactos de casos de TB bacteriología positiva (tanto de casos sensibles como resistentes)
- Coordinación con otras instituciones proveedoras de salud para el seguimiento de contactos.

Brechas

- Lugares no accesibles debido a la violencia
- Migración de los contactos por problemas sociales
- Estigma y discriminación por parte de la familia y comunidad, que impiden el acceso y búsqueda de éstos

C) BARRERAS A LOS SERVICIOS DE SALUD: DERECHOS HUMANOS, ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN Y GENERO

Derechos humanos, estigma y discriminación

El PENM TB 2016-2020 parte de las medidas implementadas por el país como políticas públicas en salud y en el marco del Sistema de Protección Social.

Entre estas acciones específicas para el sector salud citamos: Eliminación de barreras económicas a través de 1) la gratuidad de todos los servicios de salud proporcionados por el MINSAL; 2) incremento del presupuesto en salud; 3) acercamiento de los servicios a la comunidad a través de los ECOS básicos y especializados; 4) aumento del personal de campo para atención comunitaria; 5) enfoque de APS y medicina familiar de manera más integral; 6) apertura a la participación de organizaciones de sociedad civil, sobre todo para contraloría social. Todas estas acciones buscan el respeto y cumplimiento al derecho a la salud

Implementación de programas dentro del Sistema de Protección Social priorizando zonas geográficas más pobres como: 1) ayuda familiar con remesas condicionadas para promocionar la salud de la mujer y de los y las niñas; 2) pensión al adulto mayor; 3) subsidios a diferentes servicios; 4) decretos específicos para eliminar el estigma y discriminación en establecimientos públicos; 5) creación de dependencias para recibir denuncias de la población cuando se han irrespetados sus derechos.

No obstante estas disposiciones, la población sigue reportando incumplimientos a sus derechos. Frecuentes quejas de desabastecimientos, largos periodos de espera, inaccesibilidad geográfica a los establecimientos, falta de personal, malos tratos y discriminación.

Género

Más allá de la inversión en la formación de recursos humanos para sensibilizarlos y dotarles de herramientas para promover la equidad de género, se han implementado acciones específicas para visibilizar la situación de la mujer respecto a la TB y otras enfermedades. La desagregación por sexo en las estadísticas y en el sistema de seguimiento y evaluación del plan asegura la medición diferenciada de los avances para hombres y mujeres (Ver Anexo 9: Implementación de los Derechos Humanos en el PENMTB 2016-2020).

En cuanto a SR que consultan en los establecimientos de salud, desagregados por sexo, durante el año 2013 y sobre la base de una muestra en 11 establecimientos de salud se encontró que son

los hombres los que consultan en mayor porcentaje (55.9 vs 44.1) tal como se muestra en el siguiente cuadro:

Establecimientos de salud	Distribución de SR Investigados en el año 2013	
	Masculino	Femenino
UCSF Ahuachapán	393	404
UCSF San Rafael	169	250
UCSF Sonsonate	625	527
USCF Chalatenango	600	128
Hospital Chalatenango	180	220
UCSFI Apopa	153	189
UCSF Cojutepeque	385	122
UCSF Zacatecoluca	198	330
UCSF San Vicente	181	117
UCSF Illobasco Cabañas	156	175
USCF Usulután	166	69
Total	3206	2531

Para el abordaje de los derechos humanos, particularmente el derecho a la salud en la ejecución del PENMTB, se hace necesario:

1. Acceso universal a diagnóstico y tratamiento, principalmente de personas en alto riesgo y vulnerabilidad
2. TAES centrado en el paciente
3. Fomento de entorno saludable y libre de estigma y discriminación
4. Abordaje diferenciado de la tuberculosis en poblaciones por género
5. Análisis para el diseño de planes contingenciales de apoyo y prevención de la TB en los grupos vulnerables
6. Participación social con integración de personas afectadas por la TB
7. Acceso a la educación en salud a pacientes, personal y grupos que participan en la ejecución del programa de tuberculosis.

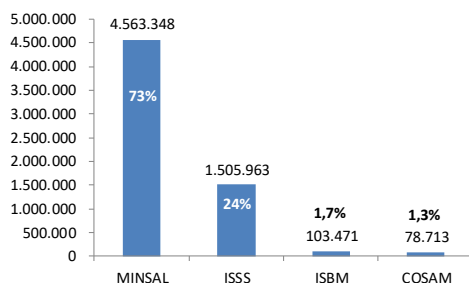
d) Sistemas de salud y comunitarios

El sector salud está conformado por dos sub-sectores público y privado.

De acuerdo con su ley de creación del Sistema Nacional de Salud (SNS) de El Salvador (Ver anexo 10: Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud, Art. 2, página 10) está constituido por: Ministerio de Salud (MINSAL), Instituto Salvadoreño de la Seguridad Social (ISSS), Comando de Sanidad Militar (COSAM), Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD), Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI) y el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM). A la fecha estas instituciones permanecen fragmentadas.

En el sector público la cobertura población al de servicios de salud, tal como se presenta en el grafico 3, está distribuida de la siguiente manera: MINSAL 73%, ISSS 24%, ISMB 1.7% y COSAM 1.3% (Ver gráfico 9). En estos últimos 3, la cobertura abarca a sus cotizantes y beneficiarios.

Gráfico 9. Población según institución del SNS - 2012



Fuente: Estimación de Cuentas en Salud 2004-2012 (actualización octubre 2013), Unidad de Economía de la Salud, Dirección de Planificación/MINSAL

Funciones de los actores del Sistema Nacional de Salud (SNS):

El **MINSAL** desarrolla funciones normativas y regulatorias, prestación de servicios de salud de promoción, prevención, curación y rehabilitación, administración de programas, funciones financieras y técnico-administrativas. Da servicios a la población de escasos recursos económicos y a la población en general en caso de catástrofes o epidemias.

FOSALUD es una instancia pública adscrita al Ministerio de Salud, creada para atender la extensión de cobertura de servicios esenciales de salud en las áreas rural y urbana, atención de urgencias y emergencias médicas en horarios nocturnos, fines de semana y días festivos; su financiamiento es de impuestos al tabaco, alcohol y armas.

ISSS es entidad autónoma vinculada al órgano ejecutivo a través del Ministerio de Trabajo y Previsión Social. Desempeña funciones de provisión de servicios de salud preventivos y curativos a la población asegurada, beneficiaria y pensionada. La población afiliada al ISSS pertenece al sector formal de la economía nacional.

COSAM proporciona servicios médicos preventivos y curativos al personal de la Fuerza Armada, militares activos, pensionados y su grupo familiar. Además provee servicios médicos a la población que lo requiera, mediante pago directo por los servicios. Su financiamiento proviene de cuotas de su personal y de aporte del estado a través del Ministerio de Defensa.

ISBM provee servicios de salud para maestras y maestros y sus grupos familiares, mediante la contratación de servicios con fondos provenientes de las cotizaciones de sus afiliados y el aporte del Estado a través del Ministerio de Educación.

ISRI es un ente autónomo dedicado a la provisión de servicios de rehabilitación para las personas con discapacidad física, intelectual, sensorial y mixta. Su financiamiento, entre otras fuentes, proviene de la subvención del Estado y de los ingresos que percibe por los servicios proporcionados.

En cuanto a su organización, el SNS, el país se ha dividido en 5 Direcciones Regionales, 17 SIBASI, 16 Redes Integrales e Integrada de Servicios de Salud (RIISS) y 71 Micro-RIISS municipales e intermunicipales. La coordinación nacional está a cargo de las cinco Direcciones Regionales.

Las direcciones regionales constituyen el nivel técnico administrativo gestor de los recursos asignados a los SIBASI. Los SIBASI son la estructura básica y operativa que reúne en el nivel local los elementos del sistema nacional de salud, para la atención de salud del primer nivel. Cada SIBASI cubre una zona geográfica y una población delimitada y coordina el trabajo de las RIISS y Micro RIISS. El último eslabón en la cadena de atención son las UCSF y los ECOS especializados y básicos. Estos son los responsables de la ampliación de cobertura en municipios de mayor pobreza y aislamiento. Al momento, el desplazamiento de los ECOS ha cubierto el 60% del territorio nacional.

Las RIISS están conformadas por las diferentes dependencias del MINSAL, instituciones del Sistema Nacional de Salud (SNS) y otros prestadores de servicios de salud a nivel de municipios.

Otros actores involucrados en la respuesta a la TB: AUS, municipios, sociedad civil, etc. y como se integran con TB, sector privado, ISSS, penales, etc.

El Programa Nacional Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (PNTYER) del MINSAL, depende del despacho ministerial y su ámbito de acción es a nivel nacional en el SNS. Coordina además con otros ministerios como el de Justicia a través de la Dirección de centros Penales. La Oferta de servicios de atención de Tuberculosis a través del MINSAL se detalla a continuación:

	Equipos Comunitarios de Salud (ECOS) Primer nivel de atención	Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF) Primer nivel de atención	Hospitales Segundo y tercer nivel de atención
Número	520	708	27 de 2do y nivel, 3 hospitales de 3er. nivel

Tipo de Servicio	Atención de salud primaria a nivel comunitario	Actividades de atención primaria Comunitaria, diagnostico.	Actividades de salud secundarias y terciarias
Diagnóstico de TB	Detección del sospechoso y envío de muestra al laboratorio más cercano. No tienen laboratorio.	Toma de muestras y envío a laboratorio. Existen 155 (22%) que tienen laboratorios que realizan baciloscopia de esputo.	Todos tienen laboratorio y realizan baciloscopías, 17 proveen cultivo (12 con la técnica Ogawa Kudoh (OK) ; 5 con Lowesten Jensen y OK, 3 proveen test de Gene Xpert MTB Rif y 2 hospitales procesan ADA
Tratamiento de TB	Se proporciona y administra DOT/TAES para casos nuevos y retratamiento	Se proporciona y administra DOT/TAES para casos nuevos, retratamiento y casos de resistentes al estar estables.	Se administra DOT/TAES durante la hospitalización – en el Hospital Nacional Saldaña, brinda tratamiento para la TB farmacorresistente.

Los ECOS y UCSF están ubicados principalmente en municipios, los hospitales de segundo nivel en cabeceras departamentales y ciudades grandes, los de tercer nivel o de especialidades en la capital del país.

Red de laboratorios:

El Salvador cuenta con 201 laboratorios, en todos ellos se procesan muestras según normativa en cumplimiento de algoritmo diagnóstico para el descarte de tuberculosis. 46 laboratorios están en 65 Municipios de Brecha alta; 133 laboratorios en 172 Municipios de Brecha moderada y 22 laboratorios en 25 Municipios de Brecha baja (Ver anexo 11: Red de Laboratorios).

Brechas:

- Incompleta cobertura de servicios en el territorio nacional
- Aún marcada segmentación del SNS
- Programas Verticales que limitan su alcance e integralidad
- Limitada coordinación con actores clave (sociedad civil, municipalidades, asociaciones) tanto en el ámbito nacional como a nivel de los municipios
- Baja inversión en salud con relación al PIB lo que condiciona: insuficientes recursos humanos, infraestructura, equipos e insumos básicos

1.2 Planes estratégicos nacionales

Con referencia expresa a los **planes estratégicos nacionales de la enfermedad** a la documentación complementaria (incluir el nombre del documento y la página de referencia específica), resuma brevemente lo siguiente:

- a. Metas y objetivos principales, así como áreas programáticas prioritarias.
- b. Ejecución hasta la fecha, incluidos los principales resultados y la repercusión alcanzada.
- c. Limitaciones en la ejecución y cualquier lección aprendida que sirva de base a la futura implementación. En particular, señale cómo se van a abordar las desigualdades y las limitaciones principales descritas en la pregunta 1.1.
- d. Principales áreas de vinculación con la estrategia nacional de salud, explicando cómo la ejecución de esta estrategia repercute sobre los resultados pertinentes de la enfermedad.
- e. En el caso de las solicitudes de financiamiento estándar para VIH o tuberculosis³, describa las actividades conjuntas existentes en materia de tuberculosis/VIH e incluya las vinculaciones entre los respectivos programas nacionales en áreas como: diagnóstico, prestación de servicios, sistemas de información, seguimiento y evaluación, fortalecimiento de capacidades, desarrollo de políticas y procesos de coordinación.

³ Los países con altas tasas de coinfección por VIH y tuberculosis deben enviar una sola nota conceptual para ambas. Se considera que los países que presentan una carga elevada de tuberculosis/VIH tienen una alta incidencia estimada de tuberculosis/VIH (en cifras), así como una tasa elevada de pruebas positivas de VIH en las personas infectadas con tuberculosis.

El Plan Estratégico Nacional para el Control de la TB 2008-2015 (Ver anexo 12).

Tiene como objetivo: Disminuir la incidencia, prevalencia y mortalidad por tuberculosis aplicando la estrategia Alto a la Tuberculosis a nivel nacional con el apoyo e involucramiento intersectorial e institucional.

Metas:

- Detectar por lo menos el 70% de los casos bacilíferos.
- Curar arriba del 85% de los casos Bk (+).
- Disminuir o mantener en 0.4 x 100,000 hab. la mortalidad por TB en el país.

Sus líneas estratégicas (LE) de trabajo son:

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

LE.2 Implementación de una estrategia focalizada y estratificada de abordaje para municipios de alta vulnerabilidad y anillos urbanos precarios.

LE.3 Implementación y/o fortalecimiento de actividades colaborativas entre los programa de tuberculosis y VIH/SIDA. Actividades de prevención y control de la MDR-TB y estrategias para grupos prioritarios

LE.4 Fortalecimiento del sistema sanitario enfatizando la atención primaria, el abordaje integral de enfermedades respiratorias (AITER/PAL), la red de laboratorios y el desarrollo de políticas de recursos humanos en tuberculosis.

LE.5 Mejoramiento del acceso de la población al diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis a través de la incorporación de proveedores de salud, tanto público como privado.

LE.6 Implementación de estrategias de abogacía, comunicación y movilización social para el cambio de comportamiento en la población y su participación social.

LE.7 Inclusión de la investigación epidemiológica y operativa a los diferentes niveles del sector.

De acuerdo a la evaluación participativa realizada con todos los actores y sectores participantes en el taller evaluativo realizado el día 2 de octubre del 2013, y una revisión detallada del cumplimiento del plan, se verificaron los siguientes resultados por Línea Estratégica

El enfoque técnico, clínico y programático del PEN2008-2015 estuvo centrado en 30 municipios de mayor carga de enfermedad, en asentamientos urbanos precarios, y en grupos poblacionales con mayor riesgo a enfermar o morir por TB.

La evaluación de medio término del PEN 2008-2015 (ver anexo 13: Informe de evaluación a medio término), mostro los siguientes resultados:

- Incremento en la investigación del sintomático respiratorio de 65,351(2,008) a 83,400 (2012).
- Implementación de la estrategia TAES al 100% de los establecimientos de la red del Ministerio de Salud.
- Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado a más del 95% de los pacientes que ingresan al programa, en sus dos fases.
- Aumento de la tasa de curación de 90.7%(2008) a 93%(2011).
- Aumento de BAAR realizadas en 19.7% de 175,190 (2008) a 218,241(2012).
- Disminución del abandono de 2.7%(2008) a 1.8% (2012)

Para la atención de los 30 municipios y de los AUP, se contrataron 30 Agentes Urbanos Solidarios (AUS) y 3 supervisores, quienes han intervenido 450 AUP de un total de 1,286; se ha logrado el 120% de la meta referida a la supervisión de tratamientos.

De los casos baciloscopia positiva para el año 2009, el 57.3% de éstos se encontraba concentrado en los 30 municipios priorizados, este porcentaje aumento a un 67.3% para el año 2012.

De gran impacto ha sido el fortalecimiento de actividades colaborativas entre los programa de tuberculosis y VIH/SIDA. SE destacan como logros:

- 203 coinfectados detectados en 2013, que equivale a 9.3% el total de casos TB todas las formas (2176).
- 2142 (98.4%) personas con TB se les realizó la prueba VIH.

- 4420 (14.8 %), de 29788 personas con VIH se les descartó TB.
- 1302 (74.95 %) de los adultos y niños incorporados por primera vez en la atención de la infección por VIH durante el año 2013 se les indicó terapia preventiva con INH previo descarte de la TB.

Para alcanzar estos resultados de éxito, fue determinante para la incorporación de nuevos métodos de diagnóstico en poblaciones específicas como Rx y Gene Xpert en centros penales; gestiones como la firma de convenios de cooperación con la Dirección de centros penales, y las APP con el ISSS. El abordaje de la comunidad a través de los AUS, constituyó una innovación importante pero de alto costo y baja productividad. Influyó en estos resultados la distracción de las labores específicas de los AUS en tareas emergentes y de urgencia como las epidemias de Dengue. La propuesta alternativa de las autoridades ministeriales es que a la salida de los AUS, sean los ECOS y sus promotores quienes desarrollen las tareas de investigación de SR y diagnóstico y tratamiento de casos a nivel comunitario.

Se consideran omisiones en este Plan el no tener enfoque de género ni abordaje de derechos humanos, limitada multisectorialidad, poca participación de sociedad civil, limitada sostenibilidad por su verticalidad.

El nuevo Plan Estratégico Nacional Multisectorial para el Control de la Tuberculosis 2016-2020 (PENMTB) estructurado en 7 líneas estratégicas cada una con sus respectivos objetivos estratégicos, 8 metas generales y 5 indicadores de impacto y/o trazadores (Ver anexo 1: PENMTB en capítulo V) busca continuar y ampliar los logros del anterior, a través de un enfoque más horizontal, con amplia participación multisectorial, incluidas: sociedad civil, personas afectadas por la enfermedad, grupos comunitarios, empresa privada. Tiene un enfoque de derechos humanos y de equidad de género.

Su ámbito de trabajo son municipios priorizados por tener amplias brechas de investigación de SR y detección de casos TB, al comparar la meta de programación estimada frente a los casos notificados. Ampliará el uso de métodos diagnósticos innovadores y más eficientes y generará sostenibilidad a través del desarrollo de capacidades a nivel local. El nuevo PENMTB 2016-2020 es consistente con la estrategia FIN DE LA TB de la OMS.

El nuevo PENMTB toma como insumos fundantes los resultados y las buenas prácticas generadas por el plan anterior sistematizadas en el documento de evaluación de medio término del mismo.

Estos resultados más los datos estadísticos recolectados por el Programa nacional, fueron la base de evidencia para el análisis y propuesta durante el diálogo nacional.

El equipo técnico del PNTYER coordinó, diseñó y ejecutó a nivel nacional el diálogo de país para la construcción del PENMTB, a través de un proceso ordenado y sistemático, utilizando diferentes instrumentos y herramientas de recolección de datos e información, con la que se generó la visión de país que se plasmó en el presente plan.

El diálogo de país abarcó las 5 regiones de salud, realizando 14 talleres con más de 800 personas, todos actores claves.

El OBJETIVO DEL PLAN es detectar precozmente la tuberculosis, disminuir la mortalidad e iniciar el proceso de Control Avanzado y la Pre Eliminación de la TB como problema de salud con el apoyo e involucramiento multisectorial.

JANS

El PENMTB fue sometido a una Evaluación Conjunta-JANS⁴, dado el interés del país de someter el plan a una evaluación externa, a fin de garantizar con sus resultados la elaboración de un plan estratégico robusto y coherente (Ver Anexo 11: Informe de resultados de evaluación JANS).

SECCIÓN 2: PANORAMA DE FINANCIAMIENTO, ADICIONALIDAD Y SOSTENIBILIDAD

⁴ JANS. Siglas en Ingles referidas a la Evaluación Conjunta del Plan Estratégico Nacional

Para lograr una repercusión duradera frente a las tres enfermedades, los compromisos financieros procedentes de fuentes nacionales deben desempeñar un papel clave en la estrategia nacional. El Fondo Mundial asigna recursos que están lejos de ser suficientes para cubrir el costo total de un programa técnicamente sólido. Por tanto, es fundamental evaluar en qué medida el financiamiento solicitado se ajusta al panorama de financiamiento general y cómo el Gobierno va a destinar mayores recursos al programa nacional de la enfermedad y al sector de la salud cada año.

2.1 Panorama de financiamiento general para el próximo período de ejecución

A fin de conocer el panorama de financiamiento general del programa nacional y la forma en que esta solicitud de financiamiento encaja en el mismo, describa brevemente:

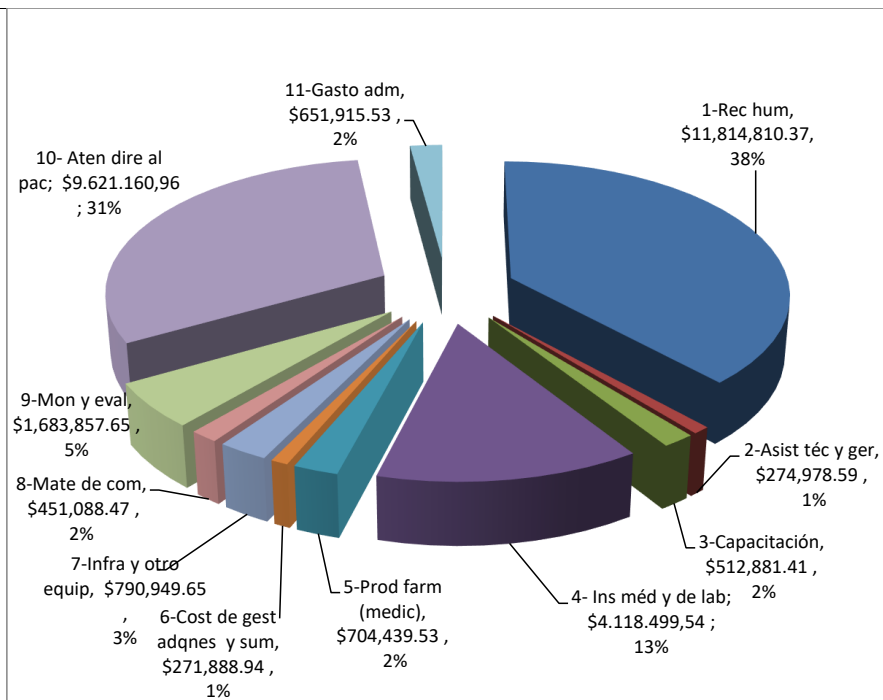
- La capacidad de pago para cada área programática que recibe apoyo financiero actualmente y la fuente de dicho financiamiento (gobierno y/o donante). Señale cualquier área programática que cuente con los recursos adecuados (y que, por tanto, no esté incluida en la solicitud al Fondo Mundial).
- Cómo la inversión propuesta del Fondo Mundial han movilizadado y propiciado los recursos de otros donantes.
- En el caso de áreas programáticas que tengan deficiencias de financiamiento significativas, las acciones planificadas para abordar dichas carencias.

Inversión en TB – Gobierno El Salvador

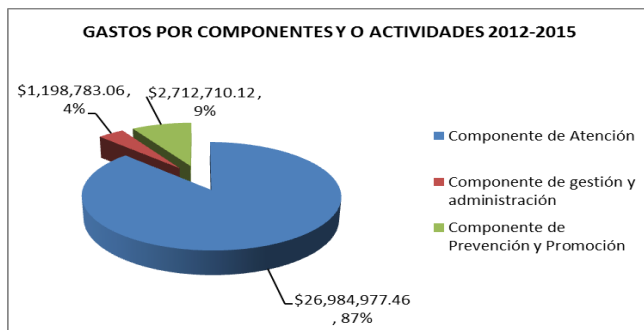
Según la información extrapolada del estudio de gastos en TB (MEGASTB, Pag.42) el gasto total en tuberculosis en El Salvador con recursos locales en los últimos cuatro años (2012-2015) ha sido de un total de \$ 30,896,470.64. El aporte gubernamental del 2012 al 2015 ha sido creciente según se muestra en el siguiente gráfico:



Esta información muestra que el aporte del gobierno ha aumentado en un 10% al año, en los últimos cuatro años.

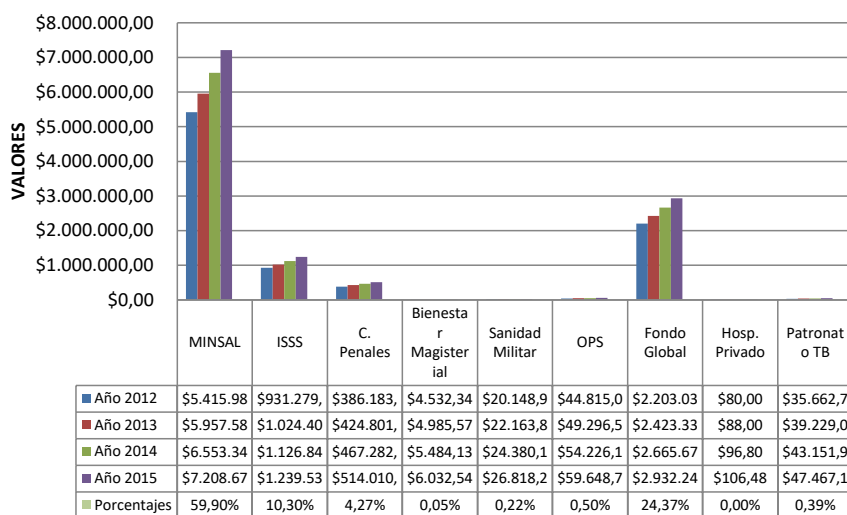


De la composición de los gastos por rubros presupuestarios, el componente de recursos humanos es el que mayor porcentaje refleja, seguido de atención directa al paciente esto debido a que la estrategia está centrada a detectar más sintomáticos respiratorios así como casos de TB en la comunidad y los diferentes establecimientos de salud a nivel nacional.



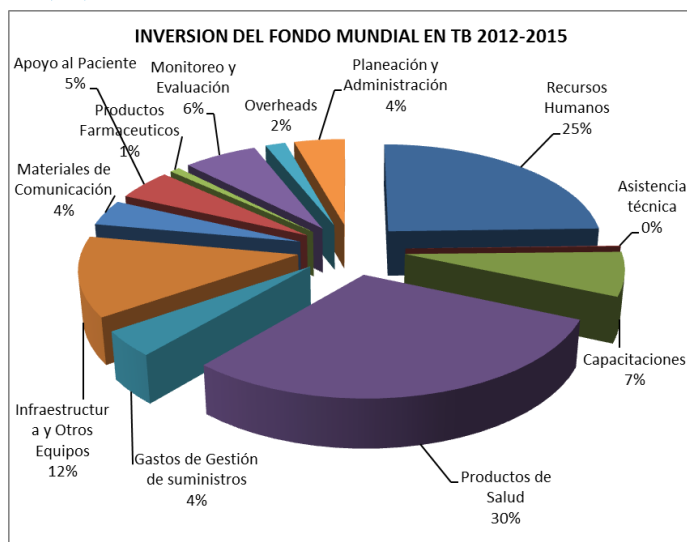
El gráfico que representa las actividades por componente, nos refleja que del 100%, el 87% corresponde al componente de atención, debido a que en este componente se agrupan los rubros Recursos Humanos, capacitaciones, diagnóstico y tratamiento y seguimiento a pacientes con tuberculosis.

GASTO POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO 2012-2015



Del total del Gasto 2012-2015; el MINSAL ha contribuido un 59.90% en Recursos Humanos, Consultorías, Capacitaciones al personal en TB, Insumos Médicos, Medicamentos, Inversiones en Activo Fijo, Materiales de Comunicación, Monitoreo y Evaluación. El ISSS ha contribuido en un 10.30% en Atención directa al paciente, Capacitaciones al personal en TB, Insumos Médicos, Monitoreo y Evaluación y Medicamentos, Centros Penales, Bienestar Magisterial y Sanidad Militar su contribución fue dirigida al Rubro de Recursos Humanos.

Comentado [H1]: Creo que falta una palabra.



El Fondo Mundial ha contribuido a la estrategia del Programa financiando Genexpert, laboratorio, Recurso Humano, AUS, que han sido parcialmente absorbidos por el gobierno bajo la figura de trabajadores comunitarios (ECOS) para asegurar mayor extensión de cobertura y sostenibilidad en el tiempo.

El financiamiento del Fondo Mundial ha propiciado recursos de otros donantes como GIZ, quien ha financiado actividades complementarias a las del Fondo Mundial a fin de generar mayor impacto. OPS/OMS financia el centro de excelencia regional para capacitar recursos en TB.

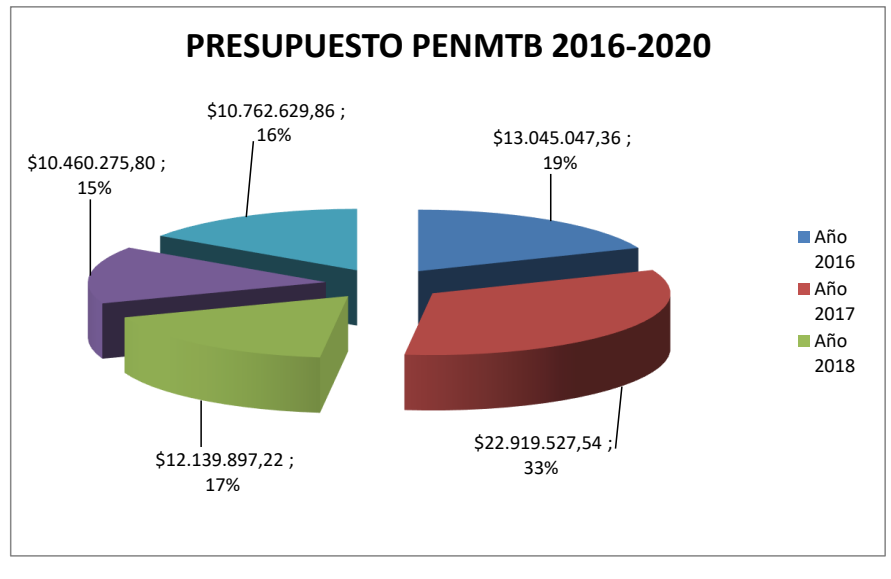
Se observa un aumento de la inversión gubernamental que ha absorbido en un 38% en el rubro recursos humanos y un 2% medicamentos.

Información del PENMTB en cuanto a necesidades y brechas: Se prevé una necesidad anual para el periodo 2016-2020 de \$69,327,377.78, comparado con el gasto estimado del 2012 al 2015 de \$41,692,644.15; teniendo un aumento de \$ 27,634,733.63.

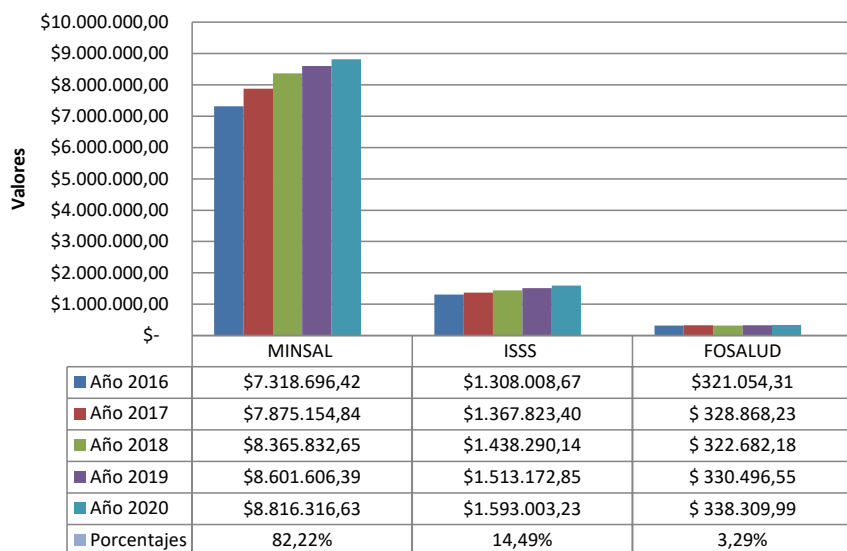
Este aumento obedece al fortalecimiento de capacidad diagnóstica, expandir esfuerzos al total del territorio nacional, incorporar nuevos grupos de riesgo, fortalecer participación sociedad civil. Esperando con esto disminuir la brecha de investigación de SR en el 70% y una disminución de la brecha de detección de casos del 18% al 24% (Anexo PENMTB cap.7.1).

Para lograr que este presupuesto sea costo-efectivo se están realizando esfuerzos como trabajo en redes, alianzas con otros actores y programas nacionales para encontrar sinergias y economías de escala, intervenciones a través de alianzas realizadas a través de las municipalidades (recomendación evaluación del JANS).

Bajo el PENMTB las necesidades de El Salvador ascienden a un monto de \$ 69, 327,377.78, de los cuales un 59.11% será cubierto por el MINSAL, 10.41% Instituto Salvadoreño del Seguro Social, y 2.37% FOSALUD; el cual asciende a un monto promedio por año de \$ 9,967,863.30 del total de \$ 49,839,316.49 de todo el gasto nacional.

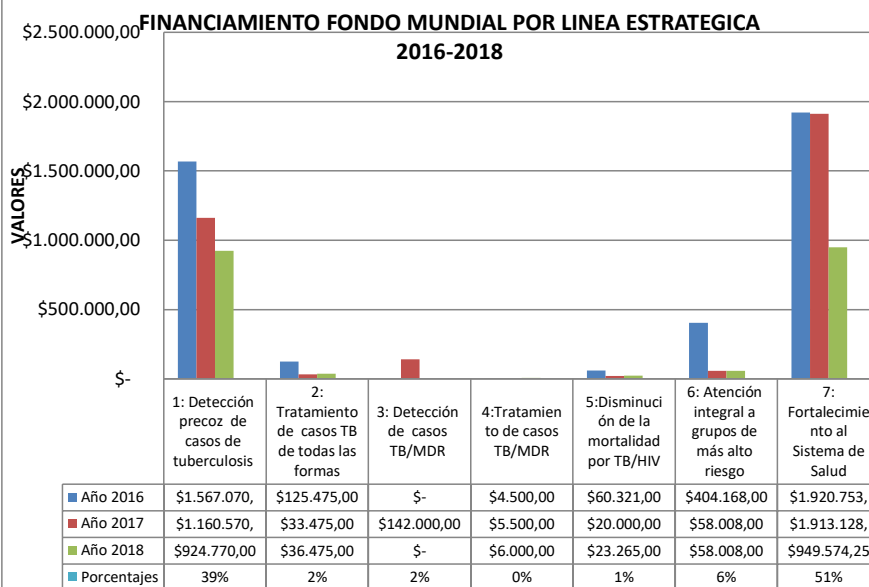


PRESUPUESTO TB EL SALVADOR 2016-2020 POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO



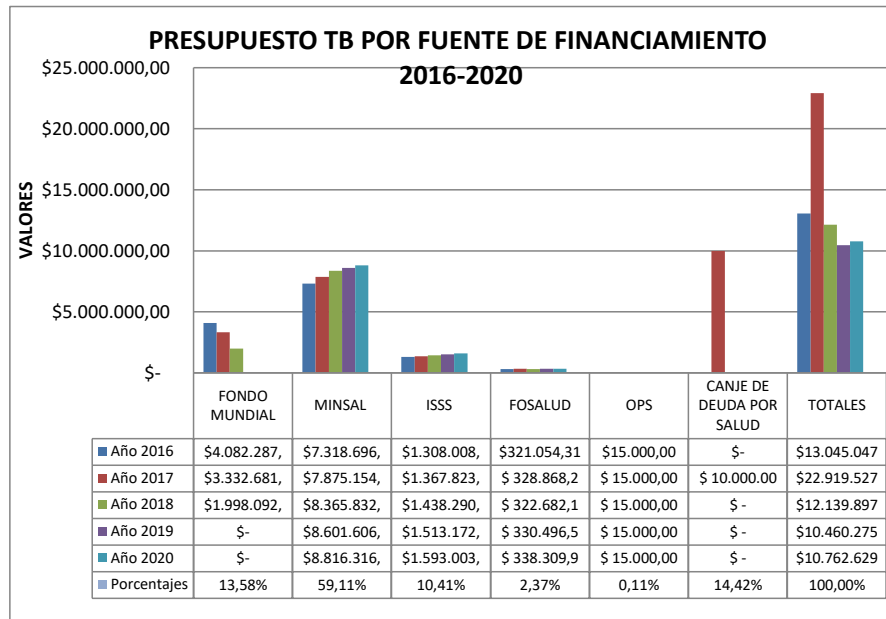
El Gráfico por Fuente de Financiamiento permite identificar una brecha de financiamiento del 28%, lo que corresponde a \$19, 413,061.29 de los cuales se solicita en esta Nota Conceptual al Fondo Mundial la cantidad de \$ 9, 413,061.29 y como Monto Indicativo se están realizando gestiones con Alemania en concepto de Canje de Deuda por Salud la cantidad de \$10, 000,000.00.

Se espera una contribución por parte del Fondo Mundial por la cantidad de \$ 9,413,061.29 para cubrir las Siete Líneas Estratégicas según se detalla en el siguiente gráfico:



Las líneas estratégicas 2, 3, 4 y 5 son las que en mayor proporción invertirá el estado como contrapartida y con voluntad de pago. Así también la línea estratégica 7 se evidencia que la de mayor porcentaje debido a que incluye sistema de información.

Las contribución adicionales de otras fuentes incluyendo canje de deuda se pueden identificar en el siguiente gráfico:



Del total del financiamiento del PENMTB 2016-2020, el 28% corresponde a la Brecha Financiera la cual será cubierta por con un 13.58% de financiamiento Fondo Mundial y un 14.42% como Monto Indicativo que se están realizando gestiones con Alemania en concepto de Canje de Deuda por Salud la cantidad de \$10, 000,000.00. Del 59.11% de contribución del MINSAL un 93% es contrapartida para respuesta al PENMTB y un 7% forma parte de la Voluntad de Pago. El 10.41% corresponde a la contribución del ISSS como contrapartida de Gobierno y un 2.37 % como contrapartida de FOSALUD. Así también el financiamiento de Fondo Mundial ha propiciado recursos de otros donantes como OPS/OMS que financia un 11% con el Centro de Excelencia Regional para capacitar recursos en TB.

2.2 Requisitos de financiamiento de contrapartida

Rellene la tabla de análisis de deficiencias financieras y de financiamiento de contrapartida (tabla 1). Los requisitos de financiamiento de contrapartida se incluyen en la Política sobre elegibilidad y financiamiento de contrapartida del Fondo Mundial.

Indique aquí abajo si se han cumplido los requisitos de financiamiento de contrapartida. En el caso contrario, proporcione una justificación que incluya un plan de acción para cumplir el requisito durante la ejecución de la solicitud de financiamiento.

Requisitos de financiamiento de contrapartida	¿Cumple con el requisito?	Si no es el caso, proporcione una breve explicación con acciones planeadas
i. Disponibilidad de datos fiables para evaluar el cumplimiento.	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
ii. Umbral mínimo de contribución gubernamental al programa de enfermedades (ingresos bajos: 5%; ingresos medios bajos de la franja inferior: 20%; ingresos medios bajos de la franja superior: 40%; ingresos medios altos: 60%).	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
iii. Mayor contribución gubernamental al programa de enfermedades.	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
iv. Mayor contribución gubernamental al sector de la salud	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

- a. En comparación con los años anteriores, describa las inversiones adicionales del gobierno comprometidas a los programas nacionales en el próximo período de ejecución, que se realizarán para acceder a la totalidad del monto asignado del Fondo Mundial en relación a los compromisos de voluntad de pago. Especifique claramente las intervenciones o actividades que serán financiadas con los recursos adicionales del gobierno, e indique cómo se dará seguimiento y reportará la materialización de esto.
- b. Proporcione una evaluación de la integridad y fiabilidad de los datos financieros presentados, incluidos posibles supuestos y limitaciones asociadas con los datos.

ENTIDAD	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL 5 AÑOS
MINSAL (VOLUNTAD DE PAGO)	\$ 428.858,18	\$ 593.684,79	\$ 609.480,09	\$ 625.089,28	\$ 641.560,45	\$ 2.898.672,79

El gobierno financiará adicionalmente:

La voluntad de pago para los años **2016 y 2018 incluye:**

Recursos humanos

Medicamentos de segunda línea

Monitoreo y evaluación
Insumos de laboratorio

SECCIÓN 3: SOLICITUD DE FINANCIAMIENTO AL FONDO MUNDIAL

En esta sección se detalla la solicitud de financiamiento y cómo se orienta estratégicamente la inversión para lograr una mayor repercusión sobre la enfermedad y los sistemas de salud. Se debe incluir un análisis de las deficiencias programáticas principales que conforman la base de priorización de la solicitud. En la herramienta modular (tabla 3) se organiza la solicitud para vincular con claridad los módulos seleccionados de las intervenciones a las metas y los objetivos del programa, los cuales a su vez están asociados con indicadores, metas y costos.

3.1: Análisis de las deficiencias programáticas

Se debe llevar a cabo un análisis de las deficiencias programáticas para los módulos de prioridad (entre tres y seis) incluidos en la solicitud de financiamiento del solicitante.

Rellene la tabla de deficiencias programáticas (tabla 2) donde se detallen los módulos de prioridad cuantificables dentro de la solicitud de financiamiento del solicitante. Asegúrese de que los niveles de cobertura de los módulos de prioridad seleccionados sean coherentes con los objetivos de cobertura de la sección D de la herramienta modular (tabla 3).

Para cualquier módulo de prioridad seleccionado que sea difícil de cuantificar (es decir, módulos que no prestan servicios), explique de forma narrativa las deficiencias, los tipos de actividades que están en marcha, las poblaciones o los grupos involucrados y las fuentes de financiamiento y deficiencias actuales.

DISPONIBLE. VER TABLA 2 Y TABLA 3

NO HAY MODULOS DIFICILES DE CUANTIFICAR

3.2 Solicitud de financiamiento del solicitante

Proporcione una descripción general y estratégica de la solicitud de financiamiento al Fondo Mundial, que incluya la inversión propuesta del monto asignado y del monto por encima de lo asignado. Describa cómo la solicitud aborda las deficiencias y las desigualdades descritas en las secciones 1, 2 y 3.1. Si el Fondo Mundial está financiando programas vigentes, explique cómo se adaptarán para maximizar su repercusión.

3.3 Herramienta modular

Rellene la herramienta modular (tabla 3). Para acompañar la información de la herramienta modular para el monto asignado y por encima del monto asignado, indique brevemente lo siguiente:

- Explique las razones para la selección y priorización de los módulos e intervenciones.
- Describa la repercusión y los resultados previstos, haciendo referencia a evidencia de la eficacia de las intervenciones propuestas. Señale los beneficios adicionales previstos de un financiamiento por encima del monto asignado.

De acuerdo a la modalidad de apoyo a PENM TB 2016-2020, la herramienta modular se ha llenado de una forma simplificada.

3.4 Enfoque en las poblaciones clave y/o intervenciones de mayor repercusión

Esta sección no se aplica a países de ingresos bajos.

Describa si el enfoque de la solicitud de financiamiento cumple los requisitos de la Política de elegibilidad y financiamiento de contrapartida del Fondo Mundial que se enumeran a continuación:

- Si el solicitante es un país de ingresos medios bajos, describa cómo la solicitud de financiamiento destina al menos el 50% del presupuesto a poblaciones clave y desatendidas y/o a las intervenciones de mayor repercusión.
- Si el solicitante es un país de ingresos medios altos, describa cómo la solicitud de financiamiento destina al menos el 100% del presupuesto a poblaciones clave y desatendidas y/o a las intervenciones de mayor repercusión.

½ PÁGINA RECOMENDADA- NO APLICA

SECCIÓN 4: ACUERDOS DE EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN DE RIESGOS

4.1 Resumen de los acuerdos de ejecución

Proporcione una visión general sobre los acuerdos de ejecución propuestos para la solicitud de financiamiento. En la respuesta, describa:

- Si corresponde, el motivo por el que el acuerdo de ejecución no refleja un arreglo de financiamiento de doble vía (es decir, los receptores principales gubernamentales y no gubernamentales).
- Si se designa más de un receptor principal, cómo se producirá la coordinación entre los receptores principales. **N/A**
- El tipo de arreglos de gestión de subreceptores con los que probablemente se contará y si se han identificado los subreceptores. **Claros TDR**
- Cómo se producirá la coordinación entre cada receptor principal designado y sus respectivos subreceptores. **Seguimiento desde el programa**
- Cómo participarán de forma activa en la ejecución de esta solicitud de financiamiento los representantes de las organizaciones de mujeres, las personas que viven con las tres enfermedades y otras poblaciones clave. **Via MCP, mediante acuerdo de cooperación con afectadso, liderazgo y coordinación desde PNTYER, contraloría social**

Todos los recursos asignados en la subvención serán ejecutados a través del MINSAL. La sociedad civil accederá al financiamiento a través de acuerdos, subcontratos y/o cartas acuerdos o convenios con la institución, dentro del marco legal establecido por la corte de cuentas del país.

Para los subreceptores, se evaluará su elegibilidad de acuerdo a criterios como su capacidad instalada, experiencia, que estén legalmente constituidos y su capacidad para la gestión administrativa financiera, siendo principalmente sus actividades vinculadas a la estrategia de abordaje comunitario (ver anexo: Estrategia comunitaria PENM TB 2016-2020). El Ministerio de Salud como entidad rectora coordinará dichas actividades con las organizaciones de la sociedad civil, municipalidades y organizaciones representantes de las mujeres, las personas que viven con las tres enfermedades y otras poblaciones clave. Los procesos de compra se realizarán a través de la UACI institucional con la normativa y reglamentación vigente.

4.2 Asegurar la eficacia de la ejecución

Rellene esta pregunta solo si el Mecanismo de Coordinación de País supervisa otras subvenciones del Fondo Mundial.

Describa cómo está **vinculado el financiamiento solicitado a las subvenciones del Fondo Mundial o a otras solicitudes de financiamiento presentadas por el Mecanismo de Coordinación de País.**

En particular, y desde una perspectiva de gestión de programas, explique cómo esta solicitud complementa (y no duplica) cualquier tipo de recursos humanos, formación, seguimiento y evaluación, y actividades de supervisión.

1 PÁGINA RECOMENDADA - NO ES REQUERIDO desarrollo de capacidades RRHH, equipamiento, infraestructura. Desarrollo de sistemas de información. Alianzas multisectorialidad, prevención paga, es ahorro para otros propósitos.,

4.3 Normas mínimas para los receptores principales y la realización del programa

Rellene esta tabla para cada receptor principal designado. Para más información sobre las normas mínimas, consulte las instrucciones de la nota conceptual.

Nombre del RP 1	MINSAL	Sector
¿El Receptor Principal administra actualmente una o varias subvenciones del Fondo Mundial para este componente de enfermedad o subvenciones de intervenciones transversales para el fortalecimiento de los sistemas de salud?		X Sí <input type="checkbox"/> No
Normas mínimas	Evaluación del MCP	
1. El Receptor Principal da muestra de la eficacia de las estructuras de gestión y la planificación.	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. Así también, el Ministerio de Salud como receptor principal demuestra un eficaz liderazgo operativo con procesos transparentes para la toma de decisión oportuna. 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	

	<p>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 tiene la capacidad y los sistemas necesarios para realizar una gestión y una supervisión eficaces de los subreceptores (y de los sub-subreceptores pertinentes).</p>	<p>-----</p>
<p>3. El sistema de control interno del Receptor Principal es eficaz para evitar y detectar la malversación de fondos 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 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. 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>4. El sistema de gestión financiera del Receptor Principal es eficaz y preciso.</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>5. El almacén central y el almacén regional tienen la suficiente capacidad y siguen las prácticas recomendadas con respecto al almacenamiento para ofrecer unas condiciones, integridad y seguridad adecuadas para los productos sanitarios.</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 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>6. Los arreglos de los sistemas de distribución y transporte son eficaces para asegurar un suministro continuado y seguro de productos sanitarios a los usuarios finales para evitar que se produzcan interrupciones en el tratamiento o en el 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>Con el financiamiento de SCMS/USAID el Ministerio de Salud ha recibido asistencia técnica para el fortalecimiento y superación de debilidades en cuanto a este tema. Así mismo se llevó a cabo visita al país de la Misión 2.0 OPS en el año 2013 en la que brindaron 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>7. Se dispone de capacidad y herramientas de recopilación de datos para supervisar el desempeño del programa.</p>	<p>El personal técnico del PNTBYER 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 las 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>8. Se dispone de un sistema de notificación de datos sistemático y funcional con cobertura suficiente para informar puntualmente y con precisión sobre el desempeño del programa.</p>	<p>El Ministerio de Salud cuenta con un Sistema Único de información en Salud (SUIS) 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. Este sistema cuenta con módulos para recopilar la</p>

	<p>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>Los indicadores de Tuberculosis tienen una definición clara y esta información es registrada en fuentes primarias en Tabuladores mensuales por el personal de los niveles locales para luego ser registrada en una base de datos administrada por el PNTBYER. Esta base de datos ha funcionado de forma paralela al SUIIS; actualmente se ha coordinado con la DTIC realizar la integración de esta base de datos dentro del Sistema de Información Institucional para que sea un módulo más de este.</p>
<p>9. Las entidades ejecutoras tienen la capacidad para cumplir los requisitos de calidad y supervisar la calidad del producto a lo largo de toda la cadena de suministro.</p>	<p>Existen procedimientos institucionales que aseguran la calidad de los productos a lo largo de la cadena de suministros. En la actualidad el RP está cumpliendo la Política de adquisición de Medicamentos y Productos salud de Fondo Mundial (PHPM).</p>

4.4 Riesgos actuales o previstos para la realización del programa y los receptores principales

- a. Con referencia al análisis del portafolio, describa los riesgos principales del país y el entorno de ejecución que pueden afectar negativamente al desempeño de las intervenciones propuestas, incluidos los riesgos externos, la capacidad del Receptor Principal y de las entidades ejecutoras clave, y los problemas de desempeño anteriores y actuales.
- b. Describa las medidas propuestas para la mitigación de riesgos (incluyendo la asistencia técnica) que se incluyen en la solicitud de financiamiento.

En el país, durante el proceso de elaboración del PENM TB 2016-2020 y la presente nota conceptual, se elaboró un Plan de Gestión de Riesgos, en el cual se asume que la gestión de riesgos es un proceso continuo e interactivo que fluye por toda la organización, diseñado para identificar eventos potenciales con resultados inciertos que puedan tener un efecto en la organización, ya sea en términos positivos como una oportunidad -los cuales incluso deberían ser promovidos- o negativos como una amenaza; controlar estos riesgos dentro de un rango aceptable y proporcionar una seguridad razonable sobre la consecución de los objetivos de la organización. (Ver plan de Gestión de Riesgos- anexo 10)

El plan de Gestión de Riesgos, permite contar con las medidas técnicas, humanas y organizativas necesarias para garantizar la continuidad del PENM TB 2016-2020 y sus operaciones.

La gestión de riesgos será implementada por el personal de todos los actores y sectores vinculados a la ejecución del PENM TB 2016-2020, quienes juegan un rol determinante en la gestión de riesgos, y deben asegurarse que comprenden completamente sus funciones y responsabilidades con relación a la gestión del riesgo y garantizar la eficiente ejecución del plan estratégico.

Los riesgos que se han identificado, encajan dentro de las siguientes categorías operacionales: Externos, Financieros, Programáticos y Operativos.

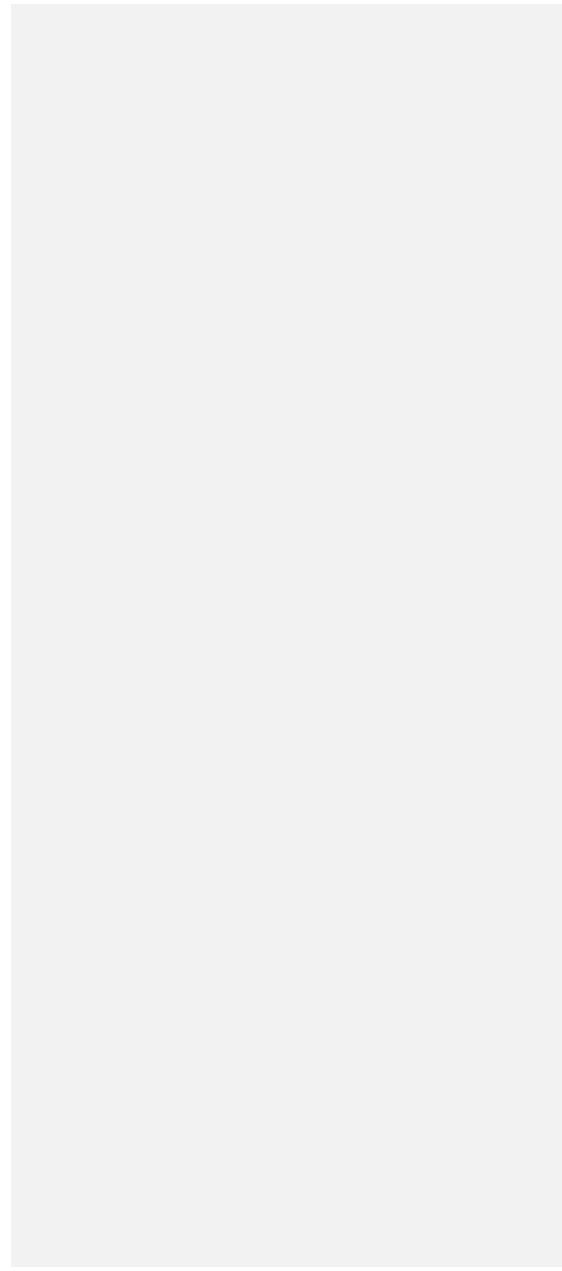
Los riesgos identificados, fueron medidos para identificar aquellos que representan mayor amenaza (u oportunidad). Esto se hizo analizando tanto la probabilidad como el impacto. A medida que la probabilidad y severidad del impacto se incrementan lo hace también la medida del riesgo.

Se evaluó el impacto analizando elementos de tiempo, calidad, beneficios, personas y recursos, y se identificó los controles que actualmente están en vigencia para mitigar estos, establecer el nivel de confianza de la fortaleza de estos controles y decidir si se requiere tomar medidas adicionales para reducir el riesgo.

Un rol importante en la Gestión de Riesgos en esta Propuesta de País lo desempeña el MCP y la Unidad de Gestión de Riesgos del MINSAL y el Equipo Gerencial del PNTYER, así como la Gerencia Operaciones a través de todas las dependencias del MINSAL para responder a las demandas presentadas.

Dichas instancias deberán motivar a que todo el personal involucrado en el presente Plan analice las amenazas y oportunidades para los objetivos; asegure que el proceso de gestión del riesgo esté trabajando efectivamente y garantizar que las medidas esenciales de control estén en vigencia; revisar procedimientos, aprender de errores y lecciones aprendidas; asegurar que los dueños del riesgo y aquellos responsables por implementar controles están conscientes de su responsabilidad; asegurar líneas claras de comunicación sobre temas de riesgo y determinar cómo se manejarán los riesgos inaceptables.

Las acciones específicas se describen a detalle en el plan de riesgos se describen a continuación:



TABLAS PRINCIPALES, ELEGIBILIDAD DEL MECANISMO DE COORDINACIÓN DE PAÍS Y AVAL DE LA NOTA CONCEPTUAL

Antes de presentar la nota conceptual, asegúrese de que todas las tablas principales, la elegibilidad del Mecanismo de Coordinación de País y el aval de la nota conceptual mostrados más abajo se hayan rellenado a través de la plataforma de gestión de subvenciones en línea o, en casos excepcionales, se hayan adjuntado a la solicitud utilizando las plantillas proporcionadas. Estos documentos solo se pueden enviar por correo electrónico si el solicitante recibe el permiso de la Secretaría.

- Tabla 1: Tabla de análisis de deficiencias de financiamiento y de financiamiento de contrapartida
- Tabla 2: Tabla(s) de deficiencias programáticas
- Tabla 3: Herramienta modular
- Tabla 4: Lista de abreviaturas y anexos
- Requisitos de elegibilidad del Mecanismo de Coordinación de País
- Aval del Mecanismo de Coordinación de País para la nota conceptual