

ACTA 06-2014 REUNION PLENARIA ORDINARIA

En la Ciudad de San Salvador, el día JUEVES 24 de abril de 2014, a las 08:30 a.m. en las Instalaciones del Hotel Holiday Inn, Salón Santa Elena, se reunieron los miembros del MCP-ES en respuesta del VIH/SIDA, Tuberculosis y Malaria.

Nº	Descripción/Acuerdos				
	CATEGORIA	PROPIETARIO		SUPLENTE	
		CON VOZ Y VOTO	CON VOZ Y S/VOTO	CON VOZ Y VOTO	CON VOZ Y S/VOTO
1. Establecimiento de Quórum	Gubernamental	2	0	0	0
	PVS y TB	1	0	0	0
	Poblaciones clave TS/ HSH y Trans	1	0	1	1
	ONG's	3	0	0	0
	Académico	1	0	0	1
	Religioso	1	0	0	1
	Cooperación internacional	2	0	0	1
	Privado	1	0	0	0
	RPs	0	4	0	0
	MCP-ES	0	1	0	0
	Total	12	5	1	4
	13 Miembros presentes con derecho a voto, suficiente representación para tomar decisiones. Invitados: Dr. Jaime Alemán/ Programa Nacional de Malaria MINSAL; Lcda. Isabel Mendoza/ MINSAL, Lcda. Alexia Alvarado/ USAID-PASCA, Lcda. Mariela Quintanilla, Lcda. Marisol Cortez y Lcda. Dina Alvarado del Ministerio de Justicia y Lcda. Karla Rivera de Dirección Ejecutiva MCP-ES.				
2. Saludo del presidente y Gestión de Conflicto de interés	El Sr. William Hernández, da la bienvenida y agradecimiento a cada uno de los miembros asistentes a la Plenaria, somete a consideración la agenda. Menciona que los tres primeros puntos de la agenda son de carácter administrativo y pregunta si hay algún conflicto de interés con los puntos de la agenda con el objeto de tomar las consideraciones correspondientes, estableciéndose que no hay ningún miembro presente con conflicto de interés. Se da inicio a la plenaria de este día.				
3. Agenda a desarrollar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Establecimiento de quórum por el Secretario del Comité Ejecutivo. 2. Saludo del Presidente y establecimiento de conflicto de interés. 3. Aprobación de agenda a desarrollar. 4. Firma de Acta 03-2014. 5. Charla: Acoso Sexual. 6. Charla : El Salvador, un país en ruta a la eliminación de la malaria. 7. Avance Plan Estratégico TB. 8. Propuesta Implementación de Pruebas Rápidas. 9. Avance Proceso JANS. 10. Informe Misión Quito. 11. Avance proceso para establecer planes de trabajo con sectores de sociedad civil. 12. Aprobación de Fecha para primer Dialogo de País. 13. Lugar y Fecha Próxima reunión 				
4. Firma de Acta 03-2014	Se circula para firma el Acta de Reunión Plenaria 03-2014 la cual ha sido compartida por la Directora Ejecutiva del MCP-ES, vía correo electrónico, previo a esta reunión, para la revisión del pleno.				
5. Charla : "Acoso Sexual"	<p>La Loda. Marta Alicia de Magaña comenta que bajo la coordinación del Comité de Capacitación Continua se ha solicitado la colaboración del área de apoyo a víctimas del Ministerio de Justicia para que compartan charla sobre Acoso Sexual, nos impartirá la charla la Loda. Marisol Cortez, que es la especialista en la Unidad de Atención a Víctimas en el Ministerio de Justicia.</p> <p>Lcda. Marisol Cortez: Agradece la invitación de impartir el tema, que es de suma importancia para el derecho moderno como es el "Acoso Sexual".</p> <p>Según su concepto, Acoso Sexual es definido como aquella realización de actos no deseados e inequívocos de carácter sexual, actos que no deben ser logrados mediante la violencia, cuya comisión implica las conductas sexuales indeseadas con quien las recibe, mediante el tocamiento de naturaleza sexual, donde las acciones que realice el sujeto activo del delito requiere un especial grado de intensidad para ser considerado un ataque agresivo, ya que el agresor nunca debe de</p>				

doblegar la voluntad de la víctima para lograr que a partir del consentimiento dado por ella, de un acercamiento físico mucho más directo que el simple acoso.

El acoso sexual puede manifestarse también por medios de tocamientos, comentarios gráficos o degradantes, lenguaje de naturaleza sexual continuo y frecuente, exhibición de objetos o dibujos sexuales sugestivos de contactos físicos desagradables o abusivos de naturaleza sexual, como abrazos, tocamientos furtivos que impliquen en sí mismo una agresión sexual. El acoso también, se ve en el derecho laboral, y se define como toda conducta verbal, no verbal, física o de naturaleza sexual indeseada por la persona a la que se dirige y cuya aceptación o rechazo que es utilizada como base a una decisión que tenga efecto sobre el acceso al empleo o condiciones de trabajo de la persona acusada o para crear un ambiente intimidatorio o humillante para ésta. Por eso, se habla de un ambiente social, que es un ataque al derecho del trabajador o trabajadora y tan grave es este sistema que sus efectos los sufre directamente la víctima. Se han dado casos hasta llegar al suicidio. Este comportamiento también se manifiesta mediante solicitudes de relaciones íntimas, aun sin requerir el acto sexual u otro tipo de conducta de naturaleza sexual, como tocamientos o reces deliberados y ofensivos, comentarios sexistas sobre la apariencia física del trabajador, preguntas indiscretas sobre su vida privada e insinuaciones sexuales inoportunas y exhibición de material pornográfico o colocación de imágenes de ese tipo en lugares de trabajo. Que se puede dar en la escala superior jerárquico al subalterno que no son permitidas. El Salvador también ha avanzado en esa parte y la Secretaría de Asuntos Estratégicos de la Presidencia de la República, ha diseñado una guía para la prevención, atención y erradicación del acoso laboral en el sector público, cuyo marco regulatorio se enmarca principalmente en la constitución de la República en el Artículo N°2, por medio la cual se establece, que toda persona tiene derecho a la vida, entidad física, moral, libertad de la seguridad, al trabajo, a la propiedad, al ser protegida, de la concentración y defensa de los mismos, se garantiza el derecho al honor, entidad personal y familiar y a la propia imagen. El Código de Trabajo y la Ley del Servicio Civil también tienen un marco regulatorio al respecto y lo encontramos en el Numeral N°5, Artículo N°29 que establece guardar la debida consideración del trabajador y trabajadoras, absteniéndose de maltratarlos de obra o de palabra. Además, reconoce que los servidores públicos que tienen derecho de pertenencia en el campo; por cuanto, no podrán ser objeto de despido, sustitución, suspensión, traslado de baja categoría, que cuenten con los requisitos previamente establecidos en la ley. El Artículo N° 31 de la misma Ley referida, detalla las obligaciones de funcionarios de empleados públicos. Los literales E y G, son parte de dichas obligaciones de respetar con dignidad a sus superiores jerárquicos, de obedecer sus órdenes en asuntos de trabajo, conducirse con la debida conducción en relaciones con sus compañeros de trabajo y con sus subalternos. La Ley General de Prevención de Riesgos, los lugares de trabajo, también prevé en el Artículo N°7, los riesgos psicosociales como aquellos aspectos de concepción, organización y estructuras de trabajo, así como de su contexto social y ambiental entre otros. La ley de igualdad, equidad y erradicación de la discriminación contra las mujeres. El Artículo N°25 reza sobre la igualdad de género y se reportan significativos avances que permiten civilizar la problemática de acoso laboral y acoso sexual en perjuicio de las mujeres trabajadoras, sobre todo en el área de las maquilas, en el ámbito administrativo de las instituciones públicas se puede estar dando este fenómeno; no por acoso laboral sino por violencia laboral. La Ley especial de una Vida Libre de Violencia para las Mujeres, definen en el Artículo N°8, el acoso laboral, entendida como acción de hostilidad física, psicológica de una forma sistemática y recurrente que se ejerce sobre una mujer por el hecho de ser mujer, en su lugar de trabajo con la finalidad de aislar, intimidar y/o destruir las redes de comunicación de la persona que enfrenta esos hechos, dañando su reputación, obstaculizar el trabajo realizado, perturbar el ejercicio de sus labores.

El Artículo N°10, también hace referencia a la violencia laboral. Dentro del marco internacional hay acciones realizadas por la ONU, en la década de los años 70 a través de la Asamblea General, se refiere en sus documentos a la igualdad de derechos de hombres y mujeres; igualdad y protección contra toda discriminación, el derecho de toda persona al goce de trabajo equitativa y satisfactoria, igual oportunidad de ser promovidos. El trato de derechos, económicos, sociales y culturales hace una amplitud de tales disposiciones, los cuales incluye todos los asuntos involucrados de igualdad y oportunidad y trato en el empleo.

En el ámbito judicial, el acoso sexual en materia penal, el juzgador de los hechos, durante el desarrollo de la vista pública tiene que tomar algunos elementos para definir una sentencia, los elementos son los siguientes: los elementos objetivos del tipo penal, que están descritos en el Artículo N°165 del Código Penal., que afectan las actividades de la víctima, es decir, aquellas aproximaciones que pueden llegar a tocamientos, a besar a la otra persona, eso solo podría ser en una relación de pareja o una cercanía por lazos de familiaridad como el de madre e hijos. Esta conducta realizada por el sujeto activo relacionada a la persona con su intimidad, ya sea la pareja o la sexualidad de personas, es decir, intimar con la pareja o la víctima y transmitir sus sentimientos de atracción y erotismo. Que la víctima ha rechazado estas conductas y que le hizo saber sus desagradados, que le molestaba ese tipo de comportamientos, sin embargo el sujeto continuo ejecutando la acción de manera insistente por varias veces. La responsabilidad del delito va a depender también de lo que las partes hayan solicitado, si se acreditó la parte del poder fiscal, que quedó en perjuicios ocasionados a la víctima; el juez una vez haya condenado tendrá que pronunciarse por la responsabilidad civil para que la víctima pueda solicitar un juez civil. Caso contrario aplicaría, los dispuestos en el Artículo N°181 que corren a causa del estado. (Para más detalle ver anexo 5)

Intervenciones:

Dra. Ana Isabel Nieto: Muchas gracias por compartir esta información de tanto valor ya que es una situación bastante delicada porque muchas veces las personas que son víctimas de acoso, no solo por cuestión laboral sino que en cualquier ámbito en que se den estas condiciones; se tiene mucho temor al denunciar la persona que está siendo víctima de acoso; ya sea una mujer o una joven puedan decir que son ellas las provocadoras. Esto nos deja mucho qué pensar, de cómo hacer en los diferentes ámbitos y poder contribuir a prevenir el abuso sexual y más siendo personas que trabajamos con personas que pueden ser afectadas hasta por el VIH.

Lcda. Marisol Cortez: Existe la jurisprudencia de sala de lo penal, de la Corte Suprema de Justicia, en donde ya hay condenas sobre este delito y están siendo investigados. Esta situación también se está dando en niños y en adolescentes. De los cuales hay que abordar estos temas en los lugares donde estemos en el lugar de trabajo. Además está la PNC, los Jueces de Paz y otras instituciones como la Dirección General de Atención a Víctimas donde se pueden iniciar estos procesos.

Dr. Ralph Syring: Muchas gracias por la exposición de todas las leyes presentadas. Mi consulta es ¿cuántos casos hay en la práctica, que llegan hasta la justicia? Porque hay ejemplos de empresas o instituciones donde se aborda el tema; y así poder abordar la prevención de esta situación.

Lcda. Marily Ávila Orozco: Puedo hacer llegar un protocolo de actuación en caso de violación y acoso sexual, de parte del Ministerio de Educación, en caso que puedan compartirlo con otras asociaciones. Además, menciona que en El Salvador no hay una ley para el acoso laboral, lo mencionan pero no lo ejecutan como tal. En otros países como en Europa esta situación es penado con multas considerables o hasta derecho de cárcel

Lcda. Marisol Cortez: Actualmente en el Código de Trabajo no existe el punto de vista penal para el acoso laboral pero en materia penal si existe el acoso sexual, sin embargo, existen resoluciones favorables como trabajadores que han sido víctimas de acoso sexual y por medio del Ministerio de Trabajo se determinan por medio de la figura de violencia laboral como por ejemplo en Zacatecoluca, San Salvador, ya existen condenas dentro del Acoso Sexual.

Consuelo Raymundo: ¿Cómo se evidencia si realmente existe una mujer que tiene acoso laboral?

Lcda. Marisol Cortez: En la práctica dentro de las empresas se da mucho trabajo administrativo, a la jefatura o a otros niveles intermedios les toca revisar que los otros subalternos realiza y éste comienza a dimensionar a decirles a sus compañeros que la persona víctima es la culpable que se equivoca y no es así, ya que lo está sobre dimensionándolo. Otra manera, es estar cerca de un trabajador que se mantiene con risas burlonas por su manera de ser, por su vestimenta, de los cuales no es correcto y deben de evitarse. Casos de la PNC se ha tenido cuando las mujeres son conquistadas por su forma de vestir y los hombres llegan hasta lo vulgar de cómo las tratan. Lo importante es advertir lo no permitido porque lleva hasta ocho años de prisión de acuerdo al grado de delito.

Dra. Mary Annel: Comenta que los que están del lado de la Sociedad Civil, a veces son muy inocentes en la forma de comportarse y por la Ley de protección a la niñez y adolescencia ya están siendo un poco más preparados.

Lcda. Marisol Cortez: La observación juega un papel muy importante, como en los centros escolares al hacer la educación física con las señoritas con vestimentas apropiadas puede existir problemas de acoso sexual. En Atención a Víctimas ya se están atendiendo casos en el área de psicología en donde se han dado esas figuras, donde existen maestros que les piden a sus estudiantes que le envíen fotografías de desnudos y hay consentimiento de la víctima ya se consideran esos casos, están valorados judicialmente.

Dr. Ralph Syring: Sugiero que se lleve a cabo un pequeño debate en cada organización representada en este mecanismo sobre este tema y reportar en una próxima reunión cuáles han sido los contenidos, o preocupaciones encontradas.

Sr. William Hernández: Agradecemos el apoyo a la Licda. Marisol Cortez y al Comité de Capacitación Continua. Por darnos a conocer la normativa vigente del acoso sexual y apoyamos la sugerencia de hacer discusiones internas con los sectores y las organizaciones para no ser ilusos, tranquilos o bajar la guardia, mantener el dedo constante sobre la eliminación de toda forma de discriminación y acoso contra la mujer y los hombres.

El pleno da por recibido con entera satisfacción la Charla sobre Acoso Sexual.

6. Charla : “El Salvador, un país en ruta a la eliminación de la Malaria”

EL Sr. Presidente da la palabra al Dr. Jaime Alemán quien dará la ponencia sobre Malaria.

Dr. Jaime Alemán: En una ponencia anterior se había hablado de aspectos generales, como la enfermedad, la sintomatología, quién transmitía y producía la enfermedad. Dejando claro estos tres conceptos, algunas veces comentan los conceptos equivocadamente; muchos hablan de erradicación, eliminación y otros de control y casi todos piensan que están hablando de lo mismo, pero los conceptos son completamente diferentes, debemos de estar muy conscientes de ello.

- ✓ El primero es la reducción de la carga de la enfermedad a nivel que ya no representen problemas de salud pública en una sociedad.
- ✓ El segundo es un concepto más amplio, que es la eliminación como una interrupción de la transmisión de la malaria por la vía de un área demográfica, esto quiere decir, que tenemos una incidencia de cero casos de paludismo autóctono, en una región, en un país, en una localidad o una comunidad.
- ✓ El tercero que es la Erradicación, es más global, menciona que es una permanente reducción de casos a cero, de la malaria a nivel mundial, que es lo que estamos esperando a llegar a este punto. A nivel global estamos en poder eliminar esta transmisión autóctona en todo el país. Ha sido un proceso lento, en cuanto a la erradicación de la malaria a nivel mundial.

En México 1975 tenían el pensamiento de la erradicación, 1992 con una estrategia más global del control de la malaria, ya no se habla prácticamente de la erradicación sino en el concepto del control de la enfermedad. La iniciativa de hacer retroceder la malaria, 1998 estaban dentro de los perfiles disminuir la carga de paludismo a nivel mundial. Las metas del milenio para el año 2000 deseaban reducir el 25% de la incidencia del caso de malaria a nivel mundial, el cual está a cero en muchos de los países de América Latina. Aproximadamente a tres millones de personas están expuestas a la malaria, al 50% de la población mundial. En el 2010 se estimó que hubo 216 millones de casos de malaria, 265 mil muertes, el 90% está en África y en niños menores de cinco años, el 33% en África, las muertes de niños en estos países los porcentajes son grandes. Mientras exista paludismo en África, existirá paludismo en todo el mundo.

En Sudamérica en aproximadamente 21 países han presentado casos de malaria, como en Guayanas Francesas, Perú, Brasil. En el 2011 constituye una reducción del 77% de muertes en el área de América.

En el 2011, la OPS tiene clasificado a El Salvador como uno de los países que han disminuido la transmisión de la malaria y se encuentra en el cuarto lugar. En el 2013 se encuentran altamente focalizados en lo que es la parte occidental y la parte oriental del país; específicamente de Metalío y de la Isla Meanguera, éstas son áreas que se están monitoreando constantemente, para ver si hay casos en esas zonas. Por las fronteras, pasan la mayoría de las enfermedades de Guatemala, como lo representa Metalío que es fronterizo. Para el año 2014 hay cinco casos autóctonos, un caso aislado es de Usulután y los otros cuatro casos se encuentran de la misma manera. Estamos haciendo esfuerzos grandes con el personal de salud, con la institucionalidad, sectorialidad, para tratar de cortar la transmisión de ese asunto. Dependerá del compromiso de las comunidades adquieran para poder sostener todos los casos, como ministerio se ha proporcionado. El índice de positividad, estamos también en cero. El Salvador estaría dentro de los que podrían estar clasificados como los que han eliminado la malaria.

En el año 2011 se hizo la gestión para entrar en el proceso de la eliminación, la OPS menciona que para pasar de una fase de control a una fase de pre eliminación en un país, tiene que tener un índice positivo menor del 5%, en esa época el país lo presentó del 0.01% y esto se había llevado muchos años atrás. Para pasar a la fase de pre eliminación a la de eliminación deberíamos de tener un índice de positividad anual un caso o menos por mil habitantes y para pasar de prevención a la introducción se tendría que tener cero casos por tres años consecutivos. Nosotros podríamos pasar del pre eliminación a la eliminación.

¿Qué es lo que implica pasar de un programa de control a uno de pre eliminación? Pueden visitar la página de OPS, documento por documento. Todos los casos deben de ser diagnosticados y así poder identificar el parámetro. La calidad del diagnóstico debe ser completamente funcional, en todo el diagnóstico, el tratamiento y seguimiento del paciente. Se tiene que contar con una base de datos donde se tenga la información geográfica, fuentes de contacto, del paciente, de actividades y del parásito que ha alcanzado la enfermedad.

La identificación de las necesidades generales fue lo primero que hicimos nosotros para saber cómo estábamos y qué nos faltaba. Se tenía pronosticado para el 2014 tenía que haber cero casos, sin contar con todas las condiciones y a nosotros como técnicos.

(Para más detalle ver anexo 6)

Intervenciones:

Dr. Julio Garay: ¿cuál sería el enfoque principal de la propuesta para Malaria?

Dr. Jaime Alemán: Año con año se solicitó al FM el apoyo económico y lo que se decía era que no calificábamos, sin embargo el espíritu fue diferente a la hora de presentar una nueva propuesta, y en la fase de pre eliminación y eliminación y la sostenibilidad de la reintroducción del caso y lo que aquí genera el éxito es la vigilancia. Vigilar significa dinero, capacitar, conocer y con base a eso se hizo la nota conceptual Regional y gracias a Dios, dio resultados y comenzando este año podemos decir animosos que primero Dios que sean los últimos casos que se vean en el país.

	<p>Dr. Ralph Syring: Es impresionante ver el desarrollo a nivel mundial a través de los años de la eliminación de la malaria, sin embargo el cambio climático de este momento cambiará esta tendencia con respecto a lo que producirá que el mosquito se desarrolle más rápidamente, para lo cual hay que prepararnos. En una lámina que presentó al principio de la ponencia se comparaba los casos confirmados y los fallecidos, cual presento el número mayor?</p> <p>Dr. Jaime Alemán: Según lamina el dato es de 500 fallecidos y 1 millón 500 mil casos notificados. Con relación a la información global, usted está bien atinado a lo que mencionó, lo que influye es el calentamiento global y que ha modificado prácticamente el criadero natural del zancudo; aquellos que fueron criaderos permanentes hoy algunos se han eliminado. A parte del calentamiento global, existe la causa o la naturalidad de la causa un componente estructural que está involucrado el comportamiento del lugar y que va involucrado en la genética, lo biológico, si se saben manejar bien estos factores el asunto es otro.</p> <p>Dr. Miguel Aragón: En la gráfica que refleja a Centroamérica, vemos que estamos rodeados de países con incidencia de malaria, principalmente Guatemala y Honduras, la Zona Occidente de Nicaragua, Chinandega y León, de los cuales se tiene la afluencia de trabajadores que vienen a El Salvador en los periodos de la zafra y los cortes del café, también trabajadores de El Salvador que van a zonas de Guatemala y son zonas de alta incidencia; nuestro país tiene una incidencia bajísima pero estamos en los casos autóctonos, no exentos a traerlos como sucedió en el año 2012 que fueron a trabajar a Guatemala y lo trajeron al país. Así que la vigilancia se vuelve un elemento importante. Al país no lo consideraba el Fondo Mundial porque el FM estaba más involucrado en el control de la malaria, pero ahora ya están interesados en la eliminación por el proyecto mesoamericano de la eliminación de la malaria, donde todos los países están recibiendo un apoyo y El Salvador le dieron la oportunidad de aplicar como país para eso. Mantener el costo de la eliminación de la malaria es muy alto económicamente.</p> <p>Dr. Herbert Betancourt: Sería interesante que nos compartan cuales son los factores de éxito y como estamos actualmente, ya que esto requiere de un gran esfuerzo mantenerlo.</p> <p>Dr. Jaime Alemán: De hecho ya estamos trabajando una presentación con este tema, que espera poder compartir más adelante, así como también el tema de la parte comunitaria.</p> <p>EL pleno recibe satisfactoriamente la ponencia sobre "El Salvador, un país en ruta a la eliminación de la Malaria" presentado por el Dr. Alemán del MINSAL.</p>
<p>7. Avance Plan Estratégico TB</p>	<p>Se da el tiempo de agenda al Dr. Julio Garay quien dará el Avance sobre el Plan Estratégico de Tuberculosis. La Lcda. de Magaña comenta que el participar en la elaboración o discusión del Plan Estratégico, ya forma parte de los requerimientos específicos para el mecanismo por lo que agradece al Dr. Garay el participar en este proceso.</p> <p>Dr. Julio Garay: Debido al tiempo, quiero centrarme a partir de las evidencias de donde hemos partido para llegar a lo que tenemos. Hasta ahora se han realizado cinco reuniones regionales, 11 talleres, validaciones, análisis financieros, 19 reuniones en talleres, 69 instituciones, organizaciones, 685 personas que han estado trabajando, involucrados en el proyecto que ayudaron a tener toda la evidencia que tenemos al momento.</p> <p>Estamos en la Etapa N°3 "En el Diseño", a finales de este año obviamente, en cuanto al desarrollo de este diseño estamos en tiempos, se han hecho propuestas para mayo y junio para la evaluación conjunta, con base a la ruta crítica que ya todos la revisaron, del cual tenemos un esfuerzo en conjunto con los consultores que vienen a evaluarlo.</p> <p>La nota conceptual, deberá apegarse a las estrategias del 2015, bajo el análisis de brecha, bajo la priorización de grupos vulnerables en riesgo y lugar y las pautas estratégicas definidas con base a la estratificación del municipio para pre eliminar el principio de la TB.</p> <p>Las directrices siguen siendo la Multisectorialidad y control de infecciones, la vulnerabilidad de equipos poblacionales, la formación de recursos humanos, la participación comunitaria, sociedad civil, la abogacía, la diferenciación y priorización de brechas por municipios y la pre eliminación de la TB en algunos municipios por la carga que se tiene.</p> <p>El propósito es mejorar la salud salvadoreña, controlar la transmisión de la tuberculosis y un Salvador libre de Tuberculosis.</p> <p>Se llevan metas específicas, detectar a los niños en noventas, de las fuentes infecciosas, curar a 90 que ya tenemos. Aplicar la estrategia por 2015 de la OMS, como el involucramiento multisectorial, para no poner sociedad civil, ONG e instituciones y organizaciones.</p>

Los Tres Pilares:

- Atención integrada y centrada en el paciente,
- La Sostenibilidad en la investigación
- La identificación de la Innovación

Dentro de las líneas estratégicas están los pilares y las acciones estratégicas, los objetivos estratégicos. El compromiso político, el compromiso de las comunidades como es transversal en todo, la cobertura universal, la protección social este es innovador, porque en el tema de los niños, la atención social sería crucial.

La pre eliminación de la TB como de problema de salud pública que hay que ver cómo está delimitado, las fases de la TB.

Esto ha sido trabajado con base a la realización de brecha como todas las variables. Qué es la tabla dinámica? Es una tabla que tiene 58 variables; desde departamento, la región-departamento, el municipio y la red, porque hoy con el tema de la reforma se habla de micro redes, las poblaciones, la densidad poblacional es importante porque sin malaria, tema vectorial: TB es el tema, la característica más importante: hacinamiento, la capacidad poblacional tiene que ver, la calificación de pobreza, la carga de enfermedad notificada, todas las instituciones que trabajan, los datos de consulta como el caso de un niño de 10 años que es identificado para hacerle los análisis de tuberculosis y así sacamos la meta programada para el sintomático respiratorio.

Entre lo que teníamos que programar y lo que encontramos, qué fue lo que tuvimos, luego se haría una ponderación a esa brecha y la tabla está construida conforme a fórmulas para trabajar con ponderaciones, esto es crucial con el hecho de trabajar con las mismas, porque entre más brecha tenemos entre lo programado y lo encontrado tenemos una brecha mucho mayor de donde deberíamos de trabajar.

La tasa de tuberculosis, hay municipios que tienen tasas tan altas como 270, la del nivel nacional de 33% por cien mil habitantes.

Brechas de los no detectados, si se programa, se encuentra y se tiene una tremenda brecha entre lo que programamos y no encontramos hay que irnos a preguntarnos; tenemos o no tenemos capacidad instalada para detectarlo; tenemos o no tenemos infraestructura, recursos humanos, laboratorios y el resto de variables, que tiene que ver para que encontremos y no encontremos; ahí tenemos la segunda brecha, la segunda ponderación de la brecha.

Cruzamos la variable del VIH porque es una población altamente vulnerable de TB y después seguimos con capacidad instalada, donde se determina si tenemos o no tenemos equipos de salud, médicos, laboratoristas, etc., el trabajar con las comunidades y tener el servicio de la lucha contra la tuberculosis y dirigidos por los ECOS.

Como debemos involucrar al tema de salud a los entes de municipalidades, tenemos o no tenemos comités intersectoriales, y están trabajando o no la temática de salud; tenemos comités intersectoriales municipales y la participación de las alcaldías en TB. En el tema del involucramiento de las alcaldías es mínimo con el tema de la TB; el resultado del índice de priorización, que es la sumatoria de las cinco brechas, se clasifican los 262 municipios.

Se ha incluido el tema de diabetes por tener una alto índice en la población de diabetes y tuberculosis e hipertensión arterial para el tema de enfermedades crónicas. (Muestra de tablas y diapositivas).

¿Cómo se califican a los países para trabajar en esas fases? La OMS dice que un control avanzado si se tiene una tasa entre 24% a 20% por cien mil habitantes, una pre eliminación de insipientes si tiene 19 / 15, en progreso 14 /10, avanzada 9/15, en eliminación 5/1, avanzada 9/1, eliminación menos de 1 por un millón de habitantes.

En el tema de plan de eliminación deberíamos de pensar en ellos si tenemos un compromiso político, una calidad de atención de diagnóstico por poblaciones de riesgos, una terapia preventiva bastante pasiva, vigilancia, una red de laboratorios muy bien fortalecida, la vigilancia rutinaria por la fármaco resistencia.

El tema de control de infecciones, poblaciones congregadas TB en cárceles, asilos entre otros, que tienen poblaciones asignadas, incorporar a las comunidades de todo el sector, monitoreo, evaluación, investigación operativa.

Investigación epidemiológica operativa, el centro regional de capacitación del centro de excelencia TB y VIH para la región. Esta propuesta la estuvimos analizando con la Sra. Giulia Perrone, Sr. Julio Valdés, Dra. Nieto quien le mandé la idea del proyecto, porque el Fondo Mundial tiene una propuesta de unos doscientos millones de dólares para propuestas regionales de TB.

El control de infecciones, TB y Diabetes, el enfoque priorizado por brechas, la pre eliminación, el enfoque prácticos de la salud pulmonar, la protección social y la inter sector edad con el Ministerio de Justicia y otras instituciones como el Ministerio de Trabajo.

En el tema del Centro Regional, para hacer un centro y llevarlo a mediano y largo plazo como tiene Cuba un centro colaborativo de la OMS, para la formación de recursos humanos, hacerlo demostrativo práctico y una investigación operacional, estoy incluye desde la academia hasta los intercambios y convenios, como universidades, hospitales y otras instituciones de la región tanto con los países de la región que intervengan el MCR como otros de afuera España y Estados Unidos.

Durante el taller en Quito, tanto el Sr. William Hernández como su servidor trabajamos en las fechas, y las conexiones de riesgos de la ruta crítica, la Sra. Giulia Perrone trabajó los comentarios. La idea del Dr. Aragón y el Dr. Betancourt es que estamos ajustados con estas fechas, no tendremos Plan Estratégico hasta después del JANS, el cual pretendemos la primera semana de mayo tener el Plan Estratégico afinado en un 90% o más. Todos deberíamos estar atentos a las condiciones de riesgo y de las propuestas de solución ya que estamos en un periodo de transición; y es lo más determinante

	<p>para ver las nuevas autoridades e importancia y priorización que van a dar a que no tengamos riesgos en todos estos procesos.</p> <p>El MCP-ES debería de posicionarse para evitar el riesgo. Se tiene un 65% de avance con todos los documentos. En este plan que se ha estado trabajando, afinando, corrigiendo con base a las observaciones de OPS, aproximadamente una semana más estará el plan a un 95% de su totalidad; los otros están a medio trabajar. (Para mayor detalle ver anexo 6)</p> <p>El pleno da por recibido el Avance presentado, sin embargo se dará el tiempo para las intervenciones en el punto 9 con el Avance del Proceso JANS, el cual va amarrado a este proceso.</p>
<p>8. Propuesta implementación de Pruebas Rápidas</p>	<p>EL señor presidente da el tiempo al Lic. Gerardo Lara, para la presentación del siguiente punto en agenda.</p> <p>Lic. Gerardo Lara: Como antecedentes para este tema. Cuando se estuvo construyendo la propuesta, se tomó un componente del proyecto y de acuerdo con una solicitud que se hizo por los representantes de la población HSH, que se incluyera la prueba oral por el componente de pruebas rápidas orales a la parte del protocolo de la prevención del VIH. Para poder utilizar este tipo de prueba, en las actividades de prevención era necesario incluirla en el diagnóstico y para ello, se incluyó dentro del proyecto el componente de prevención, un estudio que se iba a realizar con el fin de incluir esta prueba; pero este estudio por distintas razones no se pudo realizar. Las razones específicamente son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de involucramiento directo de diferentes áreas del Ministerio de Salud. • Falta de experiencia en el país para este tipo de estudio. • Ofertas económicas demasiado elevadas. • La falta de recursos • La falta de personal • La falta de tiempo • El nuevo reglamento del Consejo Superior de Salud. • El precio de las pruebas orales es más elevado que el de las pruebas en sangre. <p>A todo esto, se hace un análisis de lo que nos solicita parte del FM, al ver que este proceso no ha avanzado y no iba por la dirección que se había pensado, por lo que nos solicita por parte de la Gerente de Portafolio, la Sra. Giulia Perrone, suspender el proceso de medicación de lo que iba a ser la consultoría y suspender la compra de pruebas; y a la vez que se presentara una propuesta de cómo se iba a desarrollar la implementación de pruebas rápidas de Sociedad Civil, tomando prueba en sangre, por lo que se hace un cálculo, para ver realmente cuál es el compromiso de pruebas que tenemos que desarrollar en el campo.</p> <p>Al principio se había contemplado comprar 20.510 pruebas orales, dentro de este total 3.569 se iban a utilizar en el estudio, para llegar al cálculo del compromiso se hizo una resta, quitándole las 3.569 pruebas de estudio y se redondeó la cifra, se llegó a la conclusión que el compromiso fue de 17.000 pruebas orales. Este era el compromiso que se tenía exclusivamente para la población HSH. Partiendo de esas cifras, se construyó una propuesta que fuese factible para llevar las pruebas a las poblaciones siempre por medio de Sociedad Civil. Lo que se propone es la contratación por medio de RP Plan Internacional, de tres recursos, o sea, tres laboratoristas clínicos que se incorporarían a la estrategia de cinco unidades móviles, tendríamos tres unidades móviles que contaría con cada una de ellas un laboratorio clínico. Los laboratoristas con el personal de las unidades se darían un acompañamiento a las actividades de los receptores, específicamente para la población HSH. Cada sub receptor aportaría en su programación y en conjunto con cada uno de los sub receptores trabajando en la población HSH, se haría una agenda que definiría los acompañamientos que se harían con las unidades móviles, que estarían preparadas y equipadas para hacer estas pruebas. Con esta propuesta se tendrían 3 unidades móviles dándole seguimiento a todas estas actividades y haciendo las pruebas in situ, a la vez, apoyando todo lo que es el proceso de pre y post consejería. También para este planteamiento se hace un cálculo del número de pruebas que se tendría que desarrollar cada una de las ONG'S y que se tendría que estar desarrollando en las unidades móviles. (Ver anexo 8 para cálculos estadísticos proyectados)</p> <p>Dentro de la propuesta, se incluye la compra de insumos como los tubos de ensayo, materiales, gasas, entre otros, y de la inversión total para la contratación de estos tres recursos.</p> <p>¿Cuáles son las Ventajas que tendría esta Estrategia?</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Dar cumplimiento el espíritu inicial de la propuesta. ❖ Accesar el servicio de prueba rápida de VIH a la población clave a través de Sociedad Civil. ❖ Asegurar la prueba sea realizada por la participación del laboratorio clínico. ❖ Se aseguran los procesos logísticos, en términos de transporte para el seguimiento de las actividades y poder ofertar la prueba rápida. El hecho que esté este personal dentro de las unidades móviles nos da la seguridad para transportarlos a todos los sitios geográficos a los que se va a estar funcionando el CCPI y también donde se están participando las actividades. ❖ Se asegura el procesamiento de cualquier tipo de prueba que se defina por las autoridades competentes como MINSAL, que nos recomendaría cuál es la prueba

- ❖ más factible y que puede implementar en el campo.
- ❖ Permitir de alguna manera que las pruebas rápidas lleguen a otras poblaciones claves en el proyecto, como mujeres transexuales y trabajadoras sexuales.

Para que sea posible la satisfacción del proyecto, se necesitan de ciertas garantías; como la definición en ciertos procesos. Tenemos que dar cumplimiento a los procesos establecidos, de algoritmo y diagnóstico que inicia con una prueba rápida de VIH.

Como país, se tiene que definir con el apoyo técnico de MINSAL y con el apoyo del laboratorio central de referencia, cuál va a ser la prueba que se va a poder implementar y respaldar la decisión con argumentos técnicos de políticas públicas claves y concretas; ya que se tiene que presentar esta propuesta a más tardar el 30 de Abril al FM.

Se tiene que definir los diferentes métodos a realizar en esta estrategia como:

- Si la prueba en sangre de gota gruesa,
- Si se continúa con la estrategia de pruebas orales,
- Si se decide el validarlos
- Si se va por esta estrategia

El acompañamiento del laboratorio central de referencia de MINSAL, para desarrollar una inducción, pasantía, con el personal que se va a contratar. Deseamos que el laboratorio central les dé una capacitación a las personas que van a ser contratadas, para que sepan cómo son los procesos, la coordinación, el llenado de reportes, el envío de muestras, entre otros.

Recibir de parte de MINSAL, las directrices de cómo los receptores van a registrar la información en los sistemas nacionales pertinentes.

Intervenciones:

Lcda. Marta Alicia de Magaña: ¿Cuál es la posición en este caso del Ministerio?

Dra. Ana Isabel Nieto: El Lic. Lara ha mencionado una estrategia que tiene que cumplirse bajo un marco legal establecido; y no solo por el Ministerio sino por el Consejo Superior de Salud Pública, esto ha sido una de las limitantes más grandes, porque el Consejo determina quién puede tomar pruebas; se ha solicitado audiencia y no nos lo han dado precisamente para plantear al Consejo la excepcionalidad que se pudiera hacer en tomar las pruebas rápidas para que el personal entrenado de Sociedad Civil pudiera realizarlas; hasta la fecha no hemos obtenido respuesta.

Con respecto, al Laboratorio Nacional de Referencia, han participado en reuniones, pero han sido más espectadores que impulsores de asumir el rol protagónico, en proceso de validación; de esta forma a nosotros como programa nos detiene porque es una dependencia que no está bajo el mandato del programa, ya que hacemos uso de laboratorio y ellos tienen su autonomía de funcionamiento.

Contamos con el aval del Viceministro, en el sentido de políticas sectoriales, donde depende la parte regulatoria, para que el estudio se hiciera y tomara en consideración el proceso de validación como parte de la implementación de la estrategia. Cualquier prueba tiene que seguir un proceso de validación y no es un proceso que dure un par de meses sino de un año a año y medio dura el proceso de validación de pruebas que se pueden incorporar en los algoritmos que se utilizan en los establecimientos, esto ha venido a dar una limitación en el uso de las pruebas orales, porque pedían que se hicieran una consultoría.

Los dos primeros procesos fueron declarados desiertos, el tercer proceso hubo ofertas sobrevaloradas, lo cual generó más complicaciones y sin esa validación no se podrían determinar si las pruebas se pueden utilizar o no. A raíz de esto es que la Gerente de Portafolio, la Sra. Giulia Perrone propuso que si no se puede hacer las pruebas orales, entonces es de proceder las pruebas en sangre, siempre bajo responsabilidad de Sociedad Civil.

Hay que considerar que las pruebas orales son cinco veces más caras que las pruebas en sangre. Se debería de tomar la decisión como mecanismo para realizar la estrategia, tenemos un componente que cumplir. Con lo de la compra de pruebas poder hacer lo que el Lic. Lara estaba proponiendo de contratar los tres recursos para que estén en la disposición de las unidades móviles y de poder tomar las pruebas.

Lic. Gerardo Lara: Los recursos, rebasan el ahorro que se estuviera teniendo en lo que son las pruebas. Se ha hecho una proyección de 3 años, pero tenemos que presentar un cambio en todo el presupuesto. Hay que tomar la decisión si se sigue con este proceso y la validación de las pruebas orales o si se van a dejar a un lado y de esta manera definirle a la Sra. Giulia Perrone como país si vamos a seguir la vía por las pruebas en sangre. Hay varios antecedentes con respecto a esta situación, el 20 de marzo se recibió una correspondencia de parte de la Sra. Perrone, donde nos pide de una manera clara que se suspenda la compra de pruebas orales y la contratación de la consultoría, además que Plan retome esos recursos y se haga una propuesta para que Sociedad Civil con pruebas en sangre se realice con el compromiso que ya se tenía y enviar todos esos cambios al 30 de Abril, sin embargo después de la reunión en Quito, las circunstancias cambiaron, luego en un comunicado donde nos indica que se haga el cambio solo para el primer año y que valúen la posibilidad de validar las pruebas orales en el segundo año, y mi contestación fue en base a la reunión de comité ejecutivo, ella expresamente contesto que esto era un decisión de País, y puedo compartir los correos con ustedes.

Sr. William Hernández: Esto nos queda de experiencia para una nueva propuesta de financiamiento para el país, porque los argumentos que se han utilizado para no realizar la prueba, no son argumentos desde el momento que el Fondo Mundial lo aprueba. Los problemas que estamos teniendo son técnicos, al momento de establecer la propuesta debemos pensar globalmente, ya que el detalle ha sido la falta de respuesta técnica del MINSAL en cubrir este proceso. En este momento no debería ser un problema técnico, necesitamos responder el día miércoles 23 de Abril. El detalle es, que lo que estamos proponiendo es lo que el Ministerio de Salud a través de las Unidades Móviles, no debería ser un problema de protocolo, ni del Consejo Superior de Salud. Además, tenemos el agravante que la Sra. Perrone es clara en decir, que no quiere que se practique la prueba en sangre a las personas, pero no tenemos otra opción. Ya que la otra prueba que ella plantea es la gota gruesa que tampoco la tenemos en el país. Al final la Sra. Perrone tiene claro que se quitará la prueba oral y que vamos a incorporar la gota gruesa. Al plantearse una tercera propuesta, con el método tradicional, al que es validado por el país, al que tenemos las pruebas certificadas y solo es de poner los servicios con las unidades móviles del laboratorio, porque solo se realizará VIH.

Lamentablemente, al hacer esta estrategia que es la más viable; perdemos el sistema de vigilancia centinela, porque cuando usamos las VICITS, no solo hacen VIH, realizan una gran cantidad de información y pruebas que le sirven a la misma persona para recibir tratamiento sobre otra ITS. Acordamos el día de ayer, los CCPI vamos a trabajar por garantizar grupos a través de las unidades móviles, porque lo que se pretendía con la prueba oral es aprovechar la espontaneidad de la gente, se seguirá utilizando las VICITS para todos, los que se las haga con nosotros o con otra entidad. El paquete educativo que ofrecimos es: dos intervenciones educativas, dos de lubricantes y una prueba de VIH.

Lic. Gerardo Lara: Vale la pena mencionar que dentro de la estrategia combinada se contempla la referencia a las clínicas VICITS como parte del componente Bio Medico. La prueba voluntario in situ se vuelve parte del componente elemental y la referencia para la clínica VICITS es la que va como el componente complementario.

Lcda. Marta Alicia de Magaña: Necesitamos que nos exprese claramente que es lo que están solicitando para aprobación del MCP-ES.

Sr. William Hernández: Considero que lo que presenta Lic. Lara es para observación del MCP-ES, ya que esta idea es la consensuada entre Plan y nosotros como mecanismo, pero si técnicamente esta propuesta no es viable, habría que considerar.

Lic. Gerardo Lara: En la primer lámina presentada, lo que solicitamos es que de forma imperativa es necesario definir como país cual será la prueba rápida que se va a utilizar, prueba rápida en sangre, prueba rápida oral, o el tipo de prueba que beneficie a la población y nos permita cumplir con los compromisos.

Sr. William Hernández: Esto se aprobó y se decidió en Comité Ejecutivo realizado el día de ayer, que prueba es la que se utilizará la prueba determine en las unidades móviles para los CCPI de HSH, con la misma metodología del MINSAL en sus unidades móviles.

Dr. Julio Garay: Considero que la discusión se está yendo más allá de lo real, por dos motivos: Si lo que queremos es no perder los fondos para el país, y no queremos que en un momento de transición estar esperando resoluciones que no dependen ni siquiera de nosotros, entonces aprovechemos lo que ya tenemos, si los mismos voluntarios de malaria toman gota gruesa, y no son ningún profesional en salud.

Dra. Anabel Amaya: Tenemos la notificación por escrito de parte del Consejo de Salud que no podemos tomar prueba en gota gruesa.

Dr. Julio Garay: Si es completamente inadmisibles que se pueda sangrar por ningún profesional que no sea por ningún laboratorista y la población de HSH que es la que va a ser beneficiada, solo se tendría que ampliar la capacidad de ofertar la prueba a los que ya la están haciendo; lo importante es no perder los recursos.

Lic. Gerardo Lara: Los enfermeros y personal capacitados si pueden tomar las muestras, lo que no se puede hacer es procesar la prueba por un personal que no sea capacitado por un laboratorio clínico, entonces como lo que estamos proponiendo es hacer las pruebas in situ, que es una prueba rápida, eso implica tomar la muestra y procesarla en el lugar; por eso que no puede ser un enfermero y tiene que ser uno de laboratorio clínico.

Dr. Julio Garay: Esa capacidad resolutive es la que no tiene el MINSAL en este momento.

Sr. William Hernández: Se tiene todo, las VICITS, el personal, todo; lo que no se puede hacer es con este fondo comprar insumos, contratar personal y dárselo al Ministerio, de ser así anulan la propuesta; tiene que ser por Sociedad Civil y no es posible tener en los 7 CCPI a un laboratorista. Es importante que esta estrategia recolecte en un espacio determinado a una cantidad de gente, para no saturar los CCPI ni las VICITS.

Lcda. Susan Padilla: Es más factible procesar las muestras dentro de la unidad móvil, por la experiencia que se ha tenido y con la colaboración de laboratorio central, cuando hemos hecho jornadas nocturnas, el laboratorista ha tenido que ir al laboratorio central a dejar las muestras, resguardarlas y cumplir con todos los procesos de bioseguridad que se establece. Además no olvidemos todo el proceso de documentación que hay que llenar para que todo quede debidamente registrado.

Lcda. Marta Alicia de Magaña: No podemos tomar acuerdos de algo que depende del Ministerio de Salud y otras entidades.

Dra. Ana Isabel Nieto: Esto es una situación que no se puede controlar como programa, y como MCP-ES podrían solicitar a la Señora Ministra el mandato al Laboratorio Nacional de Referencia para que apoyen en la validación de las pruebas orales, ese ha sido el inconveniente en referencia a las pruebas orales.

Sr. William Hernández: Ayer se decidió en comité ejecutivo que no se procederá con las pruebas orales.

Lic. Gerardo Lara: Lo que se solicita al pleno es lo siguiente.

1. Definir si se continúa con la validación de las pruebas orales
2. Solicitar a la autoridad pertinente, que en ese caso es MINSAL que brinde el respaldo técnico, para poder dar una respuesta categórica a la gerente de portafolio para respaldar la estrategia que queremos seguir.

Sr. William Hernández: Lo que se desea pedir al MCP-ES es no hacer pruebas orales para esta subvención. Tomando en cuenta la decisión del MCP-ES basado en todo el análisis que se ha tenido, se debe presentar una alternativa de establecer la estrategia de acceso de pruebas rápidas en sangre a través de las unidades móviles educativas para cumplir con nuestro compromiso contractual del componente elemental.

Dra. Anabel Amaya: Como Receptor Principal, es importante tener el argumento técnico que se va a utilizar, para la respuesta que se enviará a la gerente de portafolio justificando por qué se ha elegido el tipo de prueba.

Lcda. Marta Alicia de Magaña: Favor agregar en esa presentación que es lo que piden al MCP-ES.

Sr. William Hernández: Además, solicitarle al Ministerio de Salud, que autorice utilizar el protocolo que ellos utilizan dentro de las unidades móviles, porque si no se tendrá que formular un protocolo y este sería únicamente para el uso de las pruebas rápidas, no para las demás actividades que realizan.

Dr. Julio Garay: Aunque es vinculante lo que se debe aprobar en esto, lo que se va a comprar es la prueba determine y que en una segunda discusión del cómo, cuándo y bajo qué protocolo; que es lo único que se debe de aprobar aquí, que no se va a comprar pruebas orales, sino que se realizaran pruebas rápidas.

Dra. Anabel Amaya: Se tiene que elaborar un presupuesto con costos unitarios, cantidades anuales, esas especificaciones técnicas de las pruebas, que ya se están utilizando que a través de las unidades móviles del ministerio, esa información la necesitamos como soporte para el presupuesto.

Dra. Ana Isabel Nieto: pero es la misma prueba determine.

Lic. Gerardo Lara: Vale la pena aclarar que como país hemos tomado la decisión de no proceder con las pruebas orales, y nos sometemos a la decisión que tome el pleno.

Sr. William Hernández: Otra tema que se aprobó en la reunión de ayer es que los laboristas clínicos a contratar para las unidades móviles paralelamente harán un pequeño protocolo para documentar y usar esas pruebas, y siempre será utilizado en HSH.

Dra. Anabel Amaya: Como laboristas que se contraten no podrían directamente hacer el protocolo como tal, la idea era que los laboristas que se contrataran tienen los recursos y que pudieran en comisión con el laboratorio nacional, poder hacer algún protocolo, ya que el tema real es que el PNUD con sus economías compro pruebas orales y hay que pensar que se va a hacer.

	<p>Lcda. Marta Alicia de Magaña: Y qué cantidad de pruebas son las que se compran?</p> <p>Lic. Gerardo Lara: Las pruebas orales que actualmente hay son como tres mil; para las intervenciones de los CCPI y para el estudio mientras la prueba se validaba. Una consulta al MINSAL, tenemos una aprobación de parte del vice ministro para utilizar estas pruebas para la intervención de los CCPI y para fin de realizar el estudio.</p> <p>Dr. Julio Garay: No podemos confundir la validación como el uso específico con determinadas poblaciones, que son cosas diferentes, que si lo autoriza la ministra o viceministro, las pruebas cuando ya salen al mercado son porque ya están validadas, es de tener cuidado con el lenguaje, si la OMS ya lo aprobó como método de diagnóstico, entonces no se necesita ninguna validación. Una autorización para el despacho para utilizar pruebas en determinadas poblaciones, como hacemos muchas veces usar pruebas de otro tipo, no está por arriba de la regulación del Consejo Superior, ni del Código de Salud, ni por arriba de los protocolos que establecen la regulación. Se pueden utilizar las pruebas orales como co-ayudante de diagnóstico.</p> <p>Dr. Miguel Aragón: Cuando la OMS hace una prueba, ya la han validado, ya tienen las especificaciones técnicas, pero eso es a nivel de ese laboratorio. En el país cuando meten una prueba nueva, la validan, para ver cómo se desempeñan a nivel nacional. El asunto es que las pruebas orales no se validaron y quieren utilizarlas sin validación y eso es contradictorio. Si no es necesario validar, que se use, no hay problema pero si existen pruebas tienen que verificar su validación y dar el uso de mejor manera. Considero que es responsabilidad del MCP decidir que se hará con esas pruebas que se compraron.</p> <p>Dra. Anabel Amaya: El Dr. Aragón está en lo correcto, la validación se está buscando solo para estudio.</p> <p>Sr. William Hernández: El RP Plan nos ha presentado una propuesta de hacer un cambio integral con todo lo relacionado con la administración de los recursos y las pruebas orales; el cual estamos proponiendo hacer el cambio, luego ellos tendrán que presentar todo lo que tenga que ver con financiero y logístico para que este cambio sea aprobado por MCP-ES. Proponen cambiar el método de prueba oral por prueba rápida en sangre. Propongo que en la estrategia se incluya para qué será la utilización de las pruebas y que se pida a los especialistas técnicos cual sería el mejor uso.</p> <p>Lic. Gerardo Lara: Consideremos que tenemos que dejar un presupuesto, por eso necesitamos quedar bien alineados para poder realizar la propuesta.</p> <p>Dra. Ana Isabel Nieto: Como hay una petición explícita de usar gota gruesa (sangre capilar), el Ministerio de Salud tendría que dar el aval para la utilización de estas pruebas en los centros comunitarios, administradas por profesionales del laboratorio clínico. De acuerdo con el Manual de Normas y Procedimientos para las tomas de las pruebas que se utilizan en las móviles.</p> <p>Dra. Anabel Amaya: Disculpen mi insistencia, pero debemos presentar la justificación de estas decisiones.</p> <p>Lcda. Marta Alicia de Magaña: El acuerdo entonces sería que el MCP-ES solicite al MINSAL el respaldo técnico en las unidades móviles que será utilizada por los CCPI de HSH.</p> <p>El pleno acuerda lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ A mano alzada y por mayoría No se utilizará ni se compraran las pruebas orales en esta subvención. ✓ Solicitar al Ministerio de Salud el soporte técnico en las unidades móviles que será utilizada por los CCPI de HSH.
<p>9. Avance Proceso JANS</p>	<p>Dr. Miguel Aragón: El MCP-ES aprobó el establecimiento de la entidad evaluadora, que será la responsable de implementar la evaluación del proceso de elaboración de PNEM. Se ha tenido varias reuniones, desafortunadamente no todos los miembros han podido participar activamente. En la última reunión del MCP-ES se acordó enviar carta, solicitando el apoyo técnico a OPS, que sería la institución responsable de la asistencia técnica pero también tenemos otras instituciones que van a aportar y apoyar no solo técnicamente sino también financieramente y la facilitación de la ejecución de la evaluación. He recibido un correo electrónico en donde notifican que la OMS y el FM están firmando un acuerdo para que la OMS a través de su oficina regional, darle apoyo técnico a los MCP's de países para la elaboración de propuesta y de evaluaciones de Planes Estratégicos. El convenio será firmado a finales de este mes pero ya están adelantando orientaciones. Se están designando a la OMS/OPS como puntos focales para los temas de VIH, TB y de Malaria, esto será de mucho apoyo para el trabajo que se nos viene con la evaluación. Ya se envió la comunicación a Washington pero la representación ya había hecho los contactos previos a esta comunicación oficial y se ha informado la asistencia técnica por parte de OPS y como se tenía el concepto que se iba a hacer un JANS entonces la entidad nacional coordinadora de la evaluación estaba haciendo toda la gestión en ese sentido, se ha mantenido el mismo nivel pero de acuerdo a la comunicación sostenida en el taller en Quito al parecer se estarán haciendo cambios en el tipo de evaluación que se va a realizar. Se debería discutir ese tema, de cómo va a quedar esta evaluación, si se hará una</p>

evaluación con todos los elementos del JANS o se va hacer una evaluación tipo de revisión técnica. Por el momento estamos a la espera ya que todavía no tenemos el plan concluido, teníamos la fecha para el 30 de abril, pero había puntos pendientes que no se habían trabajado como la parte financiera, monitoreo y evaluación entre otros y debemos estar listos para octubre, por eso mismo la comisión de la entidad evaluadora está trabajando.

Intervenciones:

Lcda. Marta Alicia de Magaña: Como marcha la parte del presupuesto y monitoreo ya que debido al proceso JANS se debe tener los tres componentes bastante avanzados.

Dr. Julio Garay: Se estuvo negociando con Sra. Samantha Solowsky de GIZ y le extendió al consultor, al Dr. Oscar Parada, un mes más, porque él terminó su contrato el 30 de marzo, como compromiso que terminara esos documentos, pienso que aproximadamente del 10 de mayo tendríamos todos los documentos terminados y contar con una versión de todos los documentos. No creo que se tendría que suspender toda la gestión del JANS porque ellos no van a venir antes del 15 de mayo.

Lcda. Marta Alicia de Magaña: Esto es importante para aclarar las fechas con los consultores y todo lo que esto implica.

Dr. Miguel Aragón: La gestión se inició desde antes de enviar el comunicado oficial, pero hoy que tenemos la comunicación de OPS, tenemos con más propiedad decir que tendremos el apoyo y debemos ir estableciendo fechas.

Lcda. Marta Alicia de Magaña: Se está haciendo una gestión con Plan Internacional que va a apoyar con la parte de la elaboración del presupuesto; de hecho Lic. René Guevara y Lcda. Carmen Elena Alemán tiene un curriculum del consultor.

Dr. Julio Garay: Sugiero que, para el 30 de mayo tengamos todos los documentos terminados y que a partir del 01 de junio estará lista la documentación para los consultores.

Lcda. Marta Alicia de Magaña: La Lcda. Alexia Alvarado ha estado solicitando fechas y estatus del proceso y no le hemos podido dar nada en concreto, esto con el fin de damos apoyo en algún aspecto.

Lcda. Alexia Alvarado: Se han sostenido pláticas con el Dr. Garay acerca de este proceso y ya que estamos nuevamente en el proyecto, se ha presentaba dentro de la propuesta del plan de trabajo para estos meses, el apoyo para el proceso que se está llevando tanto para el Plan Estratégico como para la evaluación JANS propiamente. Para la próxima semana podemos tener una idea del presupuesto que se piensa ocupar. Sin embargo si quisiera conocer en esencia cuáles son los apoyos que se requieren para los diferentes procesos por lo menos hasta agosto.

Dr. Julio Garay: Crees que es factible que para el 15 de mayo se podría contar con un consultor para desarrollar el plan de monitoreo. Ya que de esta manera Plan nos apoya con lo de costeo y la parte financiera.

Lcda. Marta Alicia de Magaña: Para que el consultor pueda tener un producto, deben ser por lo menos un estimado de 15 días lo que esté trabajando en el análisis.

Sra. Alexia Alvarado: Hay que incluir en el presupuesto, que para estas consultorías debemos contar con consultores nacionales que acompañen a los consultores internacionales, pero si necesito saber en qué área necesitan el apoyo.

Dr. Julio Garay: Este plan debería estar sujeto a qué consultores encuentra OPS Washington y en qué área de especialidad, porque si ellos pueden conseguir desde el punto de vista economista mejor, los consultores que se conseguirían en El Salvador serían del área de sociedad civil o en otro componente.

Dr. Miguel Aragón: Con la experiencia que se tuvo con VIH, fue más que todo la parte técnica de la enfermedad y por aparte se consiguieron con otras instituciones el aspecto financiero, lo único que el requisito es que no deben tener ningún vínculo para la elaboración del plan. Consultaré el perfil del consultor con el que nos puede apoyar la OPS para complementar localmente.



Lcda. Alexia Alvarado: Cuando podríamos tener un avance en saber qué tipo o en qué área necesitaran el consultor, para poderles apoyar.


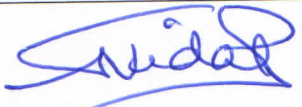
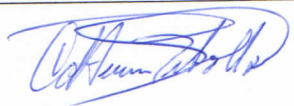
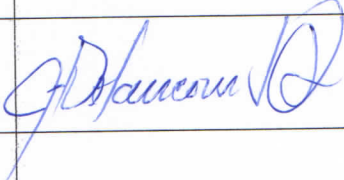

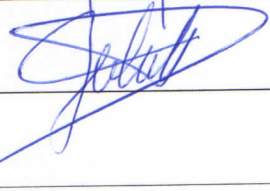

Dr. Miguel Aragón: Si aplicamos a JANS, se definió en la última reunión de la entidad evaluadora cuales son los perfiles que necesitamos.

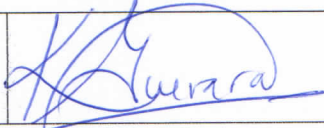
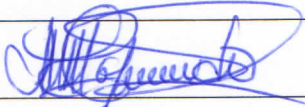

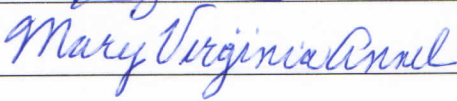
Lcda. Marta Alicia de Magaña: El perfil de los consultores ya está definido como comenta el Dr. Aragón, lo que se está esperando es que el Plan Estratégico tenga una fecha finalizada.

	<p>Dra. Anabel Amaya: No olvidemos todo el proceso logístico, ya que cuando hicimos el análisis la vez anterior, es cuando hicimos el porcentaje de los costos donde se disparó la evaluación.</p> <p>Lcda. Marta Alicia de Magaña: Esta presentación está amarrada con el avance, el cual se podrá analizar en la próxima reunión del 08 de mayo, donde se tendrá más espacio para dar a conocer cómo va el proceso y discutir a más profundidad de cómo están los puntos.</p> <p>Dr. Julio Garay: Además, en la próxima reunión se podrá presentar los borradores de dichos documentos.</p> <p>Lcda. Marta Alicia de Magaña: Cuando sean por procesos, es mejor circular antes por correo la información, dejando evidencia y que los miembros estén enterados anticipadamente.</p> <p>El pleno da por recibido los Avances presentados con respecto a la Evaluación JANS, Plan Estratégico de TB y el trabajo de la entidad de Evaluación Conjunta.</p>
10. Informe Misión Quito	No se ve por falta de tiempo. Se verá en próxima reunión
11. Avance de proceso para establecer planes de trabajo con sectores de sociedad civil	No se ve por falta de tiempo. Se verá en próxima reunión
12. Aprobación de fechas para primer Diálogo de País	No se ve por falta de tiempo. Se verá en próxima reunión
Varios	<p>Menciona que la próxima reunión será de Monitoreo Estratégico, donde se podrá ver los puntos con buen tiempo en la Finca de San Ernesto.</p> <p>El Martes 29 Abril hay visita de campo en San Miguel</p> <p>Sr. William Hernández: Plantea al MCP-ES que desean aceptar la invitación de FUNDASALVA y venga a presentar un estudio que va a ser sobre Medición de Impacto de calidad de prevención combinada. El Salvador es el primer país en el mundo que tiene una estrategia nacional sobre prevención combinada. FUNDASALVA a través de su socio estratégico de la Universidad de Wisconsin tiene sus recursos para hacer un monitoreo en campo de cada centro comunitario de prevención integral.</p>
13. Lugar y Fecha Próxima reunión	El lugar y fecha de la próxima reunión se llevará a cabo el 08 de Mayo de 2014 en La Finca San Ernesto, posteriormente se enviara la convocatoria y agenda vía electrónica.

Y no habiendo más que hacer constar se da por terminada la sesión a las 12:00 m.d. del mismo día. Dando fe de lo anterior y firmando la presente acta en este mismo acto todos los asistentes.

COMITÉ EJECUTIVO			
Nº	NOMBRE	CARGO	FIRMA
1.	Sr. William Hernández/ ENTREAMIGOS	Presidente	
2.	Lcda. Yanira Olivo de Rodríguez/ ARRHHES	Vice-Presidenta	
3.	Lic. Omar García/ MEC El Salvador	Secretario	

DELEGADOS PROPIETARIOS CON VOZ Y VOTO		
4.	Dra. Ana Isabel Nieto/ MINSAL	
5.	Loda. Marily Avila/ MINED	
6.	Loda. Guadalupe de Castaneda/ ICW	
7.	Sra. Silvia Vidal/Flor de Piedra	
8.	Loda. Susan Padilla/PASMO	
9.	Dra. Concepcion Herrera Rebollo/UEES	
10.	Loda. Verónica Escalante/ Asoc. El Renuevo	
11.	Dr. Herberth Betancourt/ ONUSIDA	
12.	Dr. Ralph Syring/ GIZ	
DELEGADOS PROPIETARIOS CON VOZ Y SIN VOTO		
13.	Dra. Guadalupe Flores/ MINSAL	
14.	Dr. Julio Garay/PNTB-MINSAL	
15.	Lic. Gerardo Lara/ Plan Intl.	
16.	Loda. Marta Alicia de Magaña/MCP-ES	

DELEGADOS SUPLENTE CON VOZ Y VOTO		
17.	Sra. Karla Guevara /Colectivo Alejandría	
DELEGADOS SUPLENTE CON VOZ Y SIN VOTO		
18.	Sra. Consuelo Raymundo/orquídeas del mar	
19.	Lcda. Virginia de Cruz/IEPROES	
20.	Dra. Mary Annel/CONSTRASIDA	
21.	Dr. Miguel Aragón/ OPS-OMS	