

*NOTA IMPORTANTE:* Para rellenar esta plantilla, los solicitantes deben consultar las instrucciones de la 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 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\* |

Description: C:\Users\agreen\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.IE5\2QMQR3C9\MC910217323[1].wmfEn 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:   1. 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. 2. 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. 3. Principales barreras de derechos humanos y desigualdades de género que puedan impedir el acceso a los servicios de salud. 4. Contexto de los sistemas de salud y sistemas comunitarios en el país, incluida cualquier limitación. |
| Contexto Demográfico  El Salvador tiene una extensión territorial de 21,040.79Km², dividida administrativamente en 14 departamentos y 262 municipios. Con una población de  6.288.902 millones de habitantes, para el año 2013, y una densidad poblacional de 295 habitantes por Km². Las mujeres representan el 52.3% de la población. En el área urbana reside el 62.3% del total de la población y en el área metropolitana de San Salvador (AMSS), vive el 27.1% del total de habitantes del país.   1. Situación Epidemiológica y Programática de la Tuberculosis en El Salvador   Epidemiologia de la TB en El Salvador [[1]](#footnote-2)  El análisis epidemiológico de la Tuberculosis en El Salvador se presenta en dos ámbitos, uno con cifras globales de país mostrando el comportamiento de la enfermedad en los últimos 25 años y otro en el que se detalla la situación de la enfermedad desagregando por municipios y áreas geográficas del país. El primer escenario reporta un avance sustantivo y éxitos terapéuticos, pero el segundo muestra una asimetría geográfica con grandes atrasos y disparidades en el acceso a los servicios de salud, lo que impacta negativamente en la detección de SR y en el reporte de casos de Tuberculosis en esos municipios.  Ámbito nacional  En los últimos 25 años, El Salvador ha desarrollado un sistemático y efectivo esfuerzo para la prevención y control de la Tuberculosis, implementando estrategias innovadoras y eficaces.  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 de este año 2003, apoyado por las subvenciones del FM, se intensifica la búsqueda de sintomáticos respiratorios (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 33.8 en el año 2013. Puntualizamos que desde el año 2012, el país reporta mayor número de casos de TB todas las formas respecto al límite inferior del rango establecido para el país por la OMS. Ver grafica No. 1.  Gráfica 1    En cuanto a la Incidencia de casos de tuberculosis todas las formas para el año 2013: se reportaron un total de 2176 casos. La prevalencia para el mismo periodo es de 2193 casos.  El Desglose por edad y género de la población afectada, se muestra en el cuadro siguiente:  \*Fuente: Sistema de información del PNTYER, MINSAL. 2013  En el abordaje de grupos de alta vulnerabilidad a la TB, se destaca el trabajo en la población privada de libertad, en la que se ha visto año tras año un aumento progresivo en la detección de casos nuevos y re infectados.  Durante los últimos diez años, del total de casos de tuberculosis de todas las formas diagnosticados a nivel nacional, el 8.5%, corresponden a privados de libertad (379 casos de tuberculosis todas las formas siendo el 100% hombres), con una tasa de incidencia de 1426.5 por 100,000 hab., 42 veces mayor que la tasa nacional.  Dentro de la población privada de libertad, el riesgo de adquirir la enfermedad es aún mayor en aquellos con patología psiquiátrica. El diagnóstico temprano y las intervenciones terapéuticas en estos centros, constituye una muy buena práctica, que está impactando de manera significativa en la calidad de vida y futuro de esta población. Hace falta incorporar en esta estrategia el abordaje de otras poblaciones en centros de resguardo, asilos y otros lugares de retención temporal. Todas estas actividades han sido implementadas con éxito gracias al convenio establecido entre las autoridades del Ministerio de Salud y la Dirección General de Centros Penales.  Los Casos TB-MDR por edad y sexo, para el año 2013, se detallan en el siguiente cuadro:    Fuente: Sistema de Información PNTYER, MINSAL. 2013  En este año se evidencia que se reportan más mujeres que hombres multidrogoresistentes.  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 obtuvo los siguientes resultados, se sigue demostrando que la consulta siempre es mayor por hombres:    El proporcionar la TAES al 100% de las personas diagnosticadas con Tuberculosis ha permitido un éxito terapéutico (casos curados baciloscopía positiva y los casos con tratamiento terminado), que paso de 88.3% (año 2003) al 94.2% (año 2012). Sin embargo, este éxito terapéutico es asimétrico al comparar el comportamiento entre mujeres y hombres. Así vemos que en el análisis desagregados por sexo de la cohorte de tratamiento de pacientes baciloscopía positiva que ingresaron para el año 2012 se 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 73% de abandonos son hombres.  La vigilancia de la farmacorresistecia reporto, entre los año 2005 al año 2013, un total de 47 casos, correspondiendo al 0.4% del total de casos de tuberculosis todas las formas para ese mismo período. El total de casos han recibido tratamiento oportuno y exitoso. Es importante señalar que a partir del año 2005, el Comité de Luz Verde[[2]](#footnote-3) autorizó a El Salvador el manejo de la farmacorresistencia a la tuberculosis, aprobando la compra de medicamentos de segunda línea requeridos para el manejo de estos casos, dichos medicamentos han sido adquiridos con el financiamiento del Fondo Mundial.  En relación a la coinfección TB/VIH, con el acceso a la prueba para VIH (con consejería pre y post test en el 98% de los casos) a las personas diagnosticados con tuberculosis, en el marco de las actividades colaborativas entre el PNTYER y el Programa VIH/Sida, el país reporta una reducción del porcentaje de casos de coinfección a partir del año 2007, (12.7%) llegando hasta 9.5 % en 2013.  Esta colaboración entre programas TB y VIH/Sida, también ha hecho descender la mortalidad de forma considerable, puesto que se administra al paciente coinfectado ambas terapias (TAR junto con el tratamiento antituberculoso). Los datos indican que la curación ha aumentado significativamente del 42.1% en año 2000 al 78.3% en el año 2012. Sin embargo la tasa de mortalidad de TB/VIH sigue siendo alta.  Análisis local, desagregado por regiones y municipios.  Un análisis epidemiológico más detallado revela amplias asimetrías entre regiones y municipios del país, respecto de la incidencia y prevalencia de la Tuberculosis. Estas asimetrías generan amplias brechas de detección de casos, al comparar el número de personas diagnosticadas versus la meta estimada para cada municipio. Este silencio epidemiológico es consecuencia de la no búsqueda activa del Sintomático Respiratorio (SR) y por extensión, la no detección de casos de Tuberculosis de manera temprana en la comunidad.  La evidencia que da soporte a la afirmación anterior se genera a través de la evaluación operativa realizada en el año 2013[[3]](#footnote-4) en las cinco regiones del país, logrando cuantificar las brechas tanto por región como para cada municipio. En el Cuadro 2 se muestran los resultados de la evaluación.  Cuadro 2. Resultados de la evaluación regional en cuanto a la detección de SR y casos de  TB BK+ y sus brechas.  Como se puede observar, la detección de SR en las regiones oriental, occidental y principalmente en la región metropolitana es marcadamente baja, al comparar con la meta programada. De igual manera el porcentaje de detección de casos BK+ es muy baja en todas las regiones, a excepción de la metropolitana, en donde se muestra un alto índice de positividad que es necesario investigar más. En resumen en la detección de la Tuberculosis en todas sus formas, existe un 63.73% de brecha de detección respecto a la meta programática establecida.  Con el propósito de categorizar los 262 municipios del país según la magnitud de la brecha de detección de SR y casos de TB, se establecieron rangos de ponderación para algunas variables: brecha de SR y de casos detectados, población e índice de pobreza.  *Este ejercicio permitió agrupar los municipios en tres categorías: 1) Brecha alta (> de 70%), que agrupa 65 municipios y una población total de 1, 581,500 habitantes, en los cuales se concentra el 77.8% de la brecha de detección en el país. 2) Brecha intermedia (30-70%) que agrupa 172 municipios y una población total 4,016,435 habitantes 3) Brecha baja (< de 30%) en 25 municipios y una población de 690.967 habitantes.*  Esta agrupación de municipios ha permitido un análisis más específico de las variables que causan estas importantes brechas de detección de personas padeciendo la Tuberculosis. Las consultas realizadas en el dialogo de país con los actores involucrados señalaron entre otras causas las siguientes: aun limitada cobertura y acceso a los servicios de salud, déficit de personal y de insumos críticos, problemas logísticos para procesamiento 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 insalubridad, vivienda, entre otros.   1. Grupos más vulnerables   El análisis epidemiológico también revela que existen en el país otros grupos de población vulnerables a la Tuberculosis además de los privados de libertad, entre estos: personas en centros de congregación (asilos, guarniciones militares, escuelas, dormitorios públicos), personas inmunosuprimidas, diabéticas, IRC, EPOC y la confección TB-VIH para los cuales el PENM TB 2016-2020 se han definido intervenciones estratégicas especificas.   1. Derechos Humanos y Género   La promoción y protección de los Derechos Humanos es vital para una respuesta efectiva en salud, por lo que en El Salvador existe el imperativo de intensificar los esfuerzos para garantizar el respeto y la observancia universal de los Derechos Humanos y las libertades fundamentales de todas las personas, a fin de reducir el riesgo y vulnerabilidad a afecciones como la TB así como evitar la discriminación y estigmatización relacionadas.  Las obligaciones del Estado Salvadoreño implican el respeto a los Derechos Humanos, adopción de medidas que puedan afectar el goce de los derechos, y la prohibición de vulnerar esos mismos derechos, no discriminar a grupos específicos de población por motivo de su condición social o de salud, como las personas con VIH y Tuberculosis y proporcionar servicios consecuentes con los Derechos Humanos, garantizando entre otras cosas, que las personas en condiciones de riesgo y vulnerabilidad reciban la mejor calidad de atención disponible.  Estas obligaciones significan la adopción de medidas y la asignación de recursos en los ámbitos de la promoción y del diseño e implementación de políticas, programas y mecanismos de protección necesarios para convertir a los individuos en el centro de las acciones y a las Personas como sujetos de derechos y no solo como beneficiarios/as. Además de considerar las múltiples vulnerabilidades que los llevaron a adquirir la enfermedad, y es en este sentido para el diseño de las intervenciones en los municipios se han tomado en cuenta los criterios como pobreza, carga de enfermedad, poco acceso a servicios de salud, déficit de personal para la atención entre otras.  Por lo que han sido consideradas acciones que vayan en pro de la inclusión de los criterios de Derechos Humanos orientando el trabajo con grupos en condiciones de mayor vulnerabilidad.  Así mismo se busca ampliar el acceso a los servicios de salud de TB, eliminar barreras de acceso de grupos minoritarios o excluidos; el empoderamiento de grupos clave para el trabajo en la comunidad, líderes y lideresas comunitarios, personas afectadas a través de organizaciones que faciliten el proceso.  Adicionalmente trabajar en mejorar el entorno institucional y la capacidad de respuesta a la tuberculosis; trabajo dirigido a obtener la oportunidad de denunciar acciones de discriminación en el trato, resultado y oportunidades de recibir el tratamiento. Incorporará el enfoque de derechos humanos y género, intentando desagregar la información, explorar necesidades de las personas e inclusive generar recomendaciones para atender estos derechos.  El supervisar los avances a través del monitoreo es una prioridad y dejar evidencia de los resultados obtenidos, por lo que se realizaran estudios que permitan demostrar este grado de avance, los resultados obtenidos permitirán la creación de un plan de asistencia técnica en materia de derechos humanos y equidad de género  Género  El contexto de la tuberculosis en El Salvador demuestra que en el acceso a los servicios de salud son los hombres los principalmente afectados en un 25% más que las mujeres con una relación hombre/mujer 6:4, el 53% de casos son entre jóvenes y adultos jóvenes. En la coinfección TB/VIH se mantiene la diferencia siendo más afectados los hombres y se mantiene la relación 6:4 igual a la Tb en general.  Por lo que esta población se convierte en el objeto de priorización de las acciones.  Aunque la mujer es menos afectada en general, y la tasa de curación en ellas es alta (95%) lo que demuestra que son más adherentes sobre los hombres en 3.1 puntos porcentuales; cambia la situación cuando se habla de la multidrogoresistencia ya que la brecha de género en este caso es del 50% en contra de las mujeres; al igual que el grupo de edad de 55 a 64 años en donde la mujer se vuelven grupo priorizado para el diseño de acciones.  Actualmente la incorporación del enfoque de género en el Programa de TB es a nivel de desagregación de información estadística lo que hace que estemos en el nivel 1 de enfoque de género, por lo que en esta propuesta se asumirán actividades dirigidas a escalar el siguiente nivel de enfoque para transformar relaciones desiguales de poder.  Y aunque la población masculina es la mayormente afectada se mantendrán acciones específicas para que más mujeres asistan y tengan acceso a las acciones implementadas y así cumplir con la transversalización del enfoque de género, y así cumplir con el artículo 9, Ley de Igualdad, equidad y erradicación de la discriminación contra las mujeres[[4]](#footnote-5) el cual dice” (…) las instituciones del estado deberán integrar los principios de igualdad y no discriminación en todas las políticas, normas, procedimientos y acciones desarrolladas en sus respectivas competencias”  D- Contexto de los sistemas de salud y sistemas comunitarios en el país, incluida cualquier limitación.  El Salvador está profundizando el desarrollo de su política de salud[[5]](#footnote-6) y su reforma de salud, que responda a los derechos y deberes de sus habitantes, así como a la función del Estado de brindar atención gratuita a las personas que carecen de recursos. Asimismo, se concibe el concepto de salud en forma integrada e intersectorial, partiendo de la necesidad de bienestar de los usuarios desde el ámbito local y asegurando la calidad de vida, la protección social y la salud familiar en el contexto de un medio ambiente sostenible. En este sentido, es importante fortalecer la integración del sector salud, fortalecer las redes integradas de servicios de salud (RIISS), que optimicen el uso de los siempre escasos recursos, aseguren el acceso equitativo y oportuno a la población, e implementen estrategias de extensión de la protección social en salud.  La reforma ha sido planteada dada la identificación de condiciones restrictivas, tales como:   * Baja inversión en salud con relación al PIB. * Alto gasto de bolsillo de las familias. * Red de servicios de salud insuficiente y con grandes deficiencias de recursos humanos, infraestructura, equipamientos, insumos, medicamentos y otros recursos tecnológicos. * Rol rector débil * Fragmentación y segmentation del Sistema   *Organización del sistema de salud e implementación del enfoque multisectorial*  El MINSAL ha adoptado como estrategia la conformación de Sistemas Básicos de Salud Integral (SIBASI), en los cuales los establecimientos de salud se organizan en redes que se apoyan entre sí, para fortalecer su capacidad de respuesta ante las necesidades de la población.  Cada SIBASI cubre una zona geográfica y una población delimitada, lo que garantiza la distribución equitativa y el uso eficiente de los recursos para la atención permanente y eficaz de las necesidades sanitarias de esa población.  El país se ha dividido en 17 SIBASI, que se encuentran bajo la coordinación de cinco Direcciones Regionales. Los SIBASI constituyen la estructura básica y operativa que reúne en el contexto local los elementos del sistema nacional de salud, bajo la rectoría del MINSAL. Para la atención de esa población, el SIBASI coordina sus acciones de primer nivel con establecimientos de salud de segundo y tercer nivel a través de las Redes Integradas e integrales de Salud- RIISS.  Las RIISS están conformadas por las diferentes dependencias del MINSAL, instituciones del Sistema Nacional de Salud (SNS) y otros prestadores de servicios de salud, que se incorporan gradualmente; los cuales desarrollan su trabajo en una población definida, rinden cuentas por sus resultados y por el estado de salud de la población, que trabajan articuladamente para incidir en la modificación de las determinantes de la salud.[[6]](#footnote-7)  La Oferta de servicios de atención de Tuberculosis a través del MINSAL se detalla a continuación:   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | Equipos Comunitarios de Salud (ECOS) | Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF) | Hospitales | | Numero | 520 | 708 | 30 (27 de 2do. 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 | | Diagnostico de TB | Detección del sospechoso y envió de muestra al laboratorio más cercano.  No tienen laboratorio. | Toma de nuestras y envió a laboratorio. Existen 155 (22%) que tienen laboratorios que realizan baciloscopía 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. |   RETOS   * Alta demanda de atención a TB, TB/VIH y TB-MDR, impulsada por el proceso reforma de salud, que hace necesario generar nuevos modelos de gestión, para dotar a los establecimientos de mejor infraestructura, equipos, insumos, materiales y aumentar los recursos humanos. * El Personal de salud es altamente expuesto a la TB, por lo que es necesario mejorar la bioseguridad y estandarizar procedimientos. * Limitado acompañamiento de autoridades locales, de organizaciones de la sociedad civil y de las mismas comunidades en actividades de control de la Tuberculosis. * Un bajo crecimiento económico y débil cultura tributaria, que no permite contar con recursos suficientes para prevención y control de la TB, por lo que la gestión política y la abogacía de actores claves en la respuesta a la TB en el país, es indispensable para lograr un presupuesto suficiente para las actividades de prevención y control de la TB. * Desastres naturales y frecuentes epidemias (Dengue, Chickungunya e Insuficiencia Renal Crónica, entre otras) desvían la atención, los recursos humanos y financieros, lo que conlleva la modificación de la planificación de las acciones programáticas de la TB. * Altos índices de violencia que establecen barreras de acceso para el personal de salud a las comunidades como de los usuarios a los establecimientos de salud. Se espera que el abordaje de esta problemática por las autoridades competentes mitigue esta situación. * Fragmentación y segmentación del sistema de salud que genera duplicidad de esfuerzos para lo cual es necesario una amplia coordinación y fortalecimiento de estrategias como el APP/PPM. * En centros penales existe un alto nivel de hacinamiento y alto nivel de peligrosidad, que mantiene alta la prevalencia y dificulta las intervenciones. |

|  |
| --- |
| 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:   1. Metas y objetivos principales, así como áreas programáticas prioritarias. 2. Ejecución hasta la fecha, incluidos los principales resultados y la repercusión alcanzada. 3. 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. 4. 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. 5. En el caso de las solicitudes de financiamiento estándar para VIH o tuberculosis[[7]](#footnote-8), 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. |
| No aplica. |

|  |
| --- |
| SECCIÓN 2: PANORAMA DE FINANCIAMIENTO, ADICIONALIDAD Y SOSTENIBILIDAD |
| 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:   1. 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). 2. Cómo la inversión propuesta del Fondo Mundial han movilizado y propiciado los recursos de otros donantes. 3. En el caso de áreas programáticas que tengan deficiencias de financiamiento significativas, las acciones planificadas para abordar dichas carencias. |
| 1. El gobierno invierte en el PNTYER un monto anual de $5,415,986.68 (más un incremento del 10% anual), por lo que , la respuesta a la Tuberculosis está cubierta en un 59% de Fondos de Gobierno (MINSAL). (MEGAS TB PAG. 42) estos recursos son incluidos en el presupuesto anual del MINSAL, el cual se envía al Ministerio de Hacienda. Con estos recursos se cubre diagnóstico y tratamiento con medicamentos de primera y segunda línea, monitoreo y evaluación, recursos humanos Compra de servicios de mantenimiento, combustible y uso de vehículos del estado para realizar monitoreo y gestiones técnicas administrativas del Proyecto, así como el servicio de mantenimiento e insumos para la Unidad Móvil de Rayos X que brinda atención a privados de Libertad en Centros penales. 2. Movilización de Recursos de otros donantes: 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. 3. Acciones planificadas: realizar acciones de forma multisectorial, interinstitucional y comunitaria con participación de la sociedad civil para ampliar cobertura, detención precoz, también se buscara fortalecer las intervenciones locales a través del apoyo de las municipalidades y asocios públicos privados. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |
| 1. Disponibilidad de datos fiables para evaluar el cumplimiento. | ☒Si☐ No |  |
| 1. 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%). | ☒Si☐ No |  |
| 1. Mayor contribución gubernamental al programa de enfermedades. | ☒Si☐ No |  |
| 1. Mayor contribución gubernamental al sector de la salud | ☒Si☐ No |  |
| 1. 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. 2. Proporcione una evaluación de la integridad y fiabilidad de los datos financieros presentados, incluidos posibles supuestos y limitaciones asociadas con los datos. | | |
| 1. El Gobierno de El Salvador comprometido con la respuesta a la los programas nacionales, continuará invirtiendo fondos adicionales, con el propósito de completar el monto que sea asignado por el Fondo Mundial en relación a los compromisos de voluntad de pago y contrapartida. Las intervenciones y actividades que serán financiadas con el gobierno tales como:   . Pago de Salarios de Recursos Humanos que brindan atención en TB en los diferentes establecimientos a nivel nacional del país.  . Mantener en sus puestos de trabajo a los RRHH capacitados en la respuesta a la Tuberculosis  . Absorción con fondos de Gobierno de los Recurso Humano que brindan funciones para la respuesta a la TB.  . Compra de medicamentos de segunda línea para 11 casos incidentes más 10 prevalentes y un infantil.  . Pago de salarios del personal que realiza Monitoreo y Evaluación del proyecto.  .Compra de servicios de mantenimiento, combustible y uso de vehículos del estado para realizar monitoreo y gestiones técnicas administrativas del Proyecto  . Servicio de mantenimiento e insumos para la Unidad Móvil de Rayos X que brinda atención a privados de Libertad en Centros penales.   1. seguimiento y reporte a la materialización.   El seguimiento y el reporte que se realizara para el cumplimiento de lo antes mencionado es el siguiente:  . El Programa de Tuberculosis para garantizar el cumplimiento de los compromisos; solicitara a los diferentes establecimientos de salud a nivel nacional, todos los requerimientos necesarios para el funcionamiento del programa del año fiscal siguiente y con esta información, presenta a la Unidad Financiera Institucional el detalle de funcionamiento del programa de nivel nacional.  . La Unidad Financiera institucional, prioriza y evalúa los compromisos gubernamentales y las necesidades, las cuales las consensa con el Programa para incluirlas en el presupuesto que se presenta en el Ministerio de Hacienda.  . Los reportes serán generados por rubro presupuestarios del Sistema Financiero del estado (SAFI) sistema confiable y transparente de las finanza públicas, el cual brinda informes de manera mensual y posterior al cierre contable (15 días del siguiente mes) así también puede generar informes trimestrales, semestral y anual). En este sistema se registran todas las transacciones de los gastos de Gobierno y de otros financiadores. Estos gastos se respaldan con documentación que transparentan los diferentes procesos tales como: (factura, recibos, hojas de kilometrajes de recorrido de vehículos, gasto Combustible del programa, Vehículos asignados, Reportes de Monitoreo realizados, Planillas de Salarios, reportes del mantenimientos realizados a los vehículos del programa etc. esto dependiendo el gasto y/o actividad que se realice )  . El mecanismo de reportes de los diferentes actores como son (ISSS, Centros Penales, Bienestar Magisterial y Sanidad Militar) igualmente ellos utilizan el Sistema Financiero del estado (SAFI) entes que también registran sus gastos con los mismos rubros presupuestarios y que pueden evidenciar los gastos para el programa de tuberculosis con facturas y otros. Toda la información financiera es fiable y las únicas limitantes que el Sistema SAFI posee es que no registra sus erogaciones por programa si no por institución, pero que esto no limita identificar a través del programa lo que ha solicitado y autorizado gestionar para fines de la respuesta propiamente para el programa y que se cuenta con toda la documentación que evidencia los bienes y servicios adquiridos y para los fines han sido utilizados. Con las ONGs y sectores privados se les elaborara un modelo de reporte para que de sus contabilidades, brinden la información financiera ejecutada para la TB.  El Ministerio como Ente rector de la Salud en el país, sostendrá reuniones de coordinación para el compromiso de todos los entes involucrados en la respuesta a la TB para la entrega de reportes financieros de gastos de TB de manera trimestral. Así como también al igual se realizaran reuniones de seguimiento técnico, juntamente se realizara el seguimiento financiera de los diferentes actores para el cumplimiento de compromisos. | | |

|  |
| --- |
| 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 secciones1, 2 y 3.1. Si el Fondo Mundial está financiando programas vigentes, explique cómo se adaptarán para maximizar su repercusión. |
| En acuerdo con el FM SLV solicita apoyo a una porción del PEN bajo modalidad de Gestión basada en resultados.  El PENM TB 2016-2020 (anexo 9) es el documento que aglutina las estrategias dirigidas a mejorar el nivel de salud de la población de nuestro país mediante el desarrollo de intervenciones eficaces para la reducción de su incidencia. Ha sido diseñado como una herramienta de trabajo para el desarrollo de una política pública sanitaria, que oriente y facilite las acciones y la movilización de los recursos tanto dentro como fuera del sector sanitario.  Este establece como principal objetivo Disminuir la incidencia, prevalencia y mortalidad por tuberculosis aplicando la estrategia Post 2015 de la OMS a nivel nacional con el apoyo e involucramiento  Multisectoriales iniciar de forma progresiva el proceso de Control Avanzado y  la Pre Eliminación de la TB como problema de salud pública  en algunos municipios priorizados.  Para su construcción se ha transitado por un exhaustivo proceso, el cual inició con él la Evaluación del Plan Estratégico Nacional para el control de la TB 2008-2015, durante el último trimestre del año 2013, con la evaluación de la ejecución técnica y operativa del Plan Estratégico 2008-2015 y un análisis de brechas de los resultados y la situación de la TB en el país. En dicha evaluación se analizó el contexto en el que se desarrolló el PEN 2008-2015, la pertinencia de la visión, misión y objetivos, la participación de actores sociales en la lucha contra la TB en el país y las valoraciones del grado de cumplimiento de los objetivos y sus costos; además se incluyó el análisis de la viabilidad de retomar algunas de sus líneas estratégicas para la formulación del PENM TB 2016-2020.  En el mes de noviembre del 2013 se realizó la Conformación del Comité Consultivo para la formulación del PENM 2016-2020, dicho comité con el objetivo de garantizar el direccionamiento técnico de los diálogos de país para la formulación del PENM TB 2016-2020, así como el análisis de información y la elaboración de estrategias a ser incorporadas. El comité fue conformado por las siguientes instituciones: MINSAL, OPS/OMS, ONUSIDA, GIZ, PNUD y la dirección de centros penales.  En este proceso se ha tenido la participación sistemática y constante del MCP a través de la participación directa de Miembros del Comité Ejecutivo, así como de los Miembros del Comité de Información Estratégica del MCP  Otra fase importante fue la actualización de la Base de Datos y Referencias para una Estrategia Basada en Evidencia. La intencionalidad de este proceso fue orientada hacia el fortalecimiento de la planeación estratégica, con miras a garantizar que la misma se base en evidencia nacional que permita orientar de mejor forma las líneas estratégicas del país, el establecimiento de metas y la definición de acciones con resultados concretos y posibles de ser medidos.  En este marco de trabajo, en el mes de enero del 2014 se inició el Análisis de información y formulación de estrategias y acciones Diálogo de País, realizando 14 talleres a lo largo y ancho del país, con una amplia participación de todos los actores, sectores, organizaciones e instituciones involucradas o que deben forma parte en la lucha contra la tuberculosis. Con ellos se obtuvo una serie de propuestas, así como el compromiso de generar una amplia alianza nacional para la implementación de las estrategias diseñadas.  En este esfuerzo participaron activamente: Organismos Gubernamentales: MINSAL, Dirección General de Centros Penales, Sanidad Militar, Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Instituto de Bienestar Magisterial, MINTRAB, MINED, Ministerio de Justicia, PDHH, alcaldías municipales Organismos de Cooperación Internacional: PNUD, OPS/OMS, Plan El Salvador, GIZ, ONUSIDA, ONG’s representantes del Sector Educativo, Organizaciones y Personas que viven con VIH, representantes comunitarios y personas afectadas por la enfermedad[[8]](#footnote-9).  Con la asistencia técnica del comité consultivo, se realizaron sesiones para obtener aportes de expertos y referentes nacionales para construir el marco de resultados, que tomando la evidencia existente en el país, las estrategias propuestas en las mesas de análisis, se ha formulado: pilares, objetivos estratégicos, línea de acción, actividades estratégicas y responsables directas de ejecutarlas. Así mismo, para cada resultado, las metas a alcanzar y los indicadores que permitirán medir el progreso de los objetivos estratégicos.  El PENM TB 2016-2020 tiene como fundamentación estratégica, lo siguiente:  PROPÓSITO: *Mejorar el nivel de salud de la población salvadoreña, mediante la modernización y el desarrollo de INTERVENCIONES MULTISECTORIALES tendientes a la atención integral de la salud de las personas en el curso de vida, disminución de los riesgos y daños así como el impacto social de la tuberculosis relacionado al costo/beneficio y costo/efectividad en la población afectada por la tuberculosis*  MISIÓN: D*isminuir el riesgo de la transmisión de la tuberculosis, reduciendo su incidencia, prevalencia, mortalidad, a través del fortalecimiento de la detección, de la atención eficaz y oportuna, el seguimiento de la persona con TB en el curso de vida y sus contactos en el marco de la Estrategia Post 2015 de la OMS, facilitando para ello el acceso y uso de los servicios de salud en coordinación y cooperación multisectorial involucrando a todos los sectores de la población, a fin de iniciar un proceso de pre eliminación de la tuberculosis como problema de salud pública en municipios definidos.*  VISIÓN: *El Salvador libre de Tuberculosis como problema de salud pública.*  Las Metas generales del PENM TB 2016-2020 son:   1. Detectar por lo menos el 90% de los Sintomáticos Respiratorios priorizando los municipios que presentan mayor brecha de detección, 2. Detectar por lo menos el 90% de los casos de Tuberculosis priorizando los municipios que presentan mayor brecha de detección, 3. Curar arriba del 90% de los casos de TB pulmonar bacteriología positiva, 4. Lograr que el 100% de las instituciones proveedoras del Sistema Nacional de Salud apliquen el abordaje integral de enfermedades respiratorias AITER/PAL al menos en los municipios priorizados. 5. Disminuir la tasa de mortalidad por TB en el país de 0.5 x 100,000 hab. a 0.4 x 100,000 hab. (reducción del 20%). 6. Disminuir el porcentaje de fallecidos por la coinfección TB/VIH en 5 puntos porcentuales con relación al 2012 (19%). 7. Operativizar la Estrategia “Post 2015" en el 100% de los servicios del Sistema Nacional de Salud y CP. 8. Detectar al menos el 90% de los casos confirmados bacteriológicamente de tuberculosis farmacorresistente (tuberculosis resistente a la rifampicina y/o tuberculosis multirresistente) notificados al programa nacional de tuberculosis. 9. Tratar al menos el 100% de los casos confirmados bacteriológicamente de tuberculosis farmacorresistente (tuberculosis resistente a la rifampicina y/o tuberculosis multirresistente) notificados al programa nacional de tuberculosis 10. Alcanzar una tasa de incidencia de TB entre el 20 al 24 x 100,000 hab. en al menos el 50% de los municipios priorizados para el Control Avanzado. 11. Alcanzar una tasa de incidencia de TB entre el 19 al 15 x 100,000 hab. en al menos el 50% de municipios clasificados en pre-eliminación. 12. Lograr un éxito de tratamiento del 100% de los casos de TB farmacorresistente.   INDICADORES DE IMPACTO:   1. Tasa de incidencia de casos notificados de todas las formas de tuberculosis, confirmada bacteriológicamente y con diagnóstico clínico, (casos nuevos y recaídas) a nivel nacional. Reportada por sexo y edad por 100 mil habitantes. 2. Tasa de éxito de tratamiento en mujeres y hombres, casos nuevos tratados por TB 3. Número y porcentaje de casos confirmados en mujeres y hombres de TB-MDR que reciben tratamiento según las directrices internacionales. 4. Tasa de éxito en el tratamiento de los casos confirmados de TB-MDR en mujeres y hombres.   El PENM TB 2016-2020, está fundamentado en el desarrollo de 4 pilares estratégicos:   * PILAR 1: Atención, prevención integrada y centrada en la persona, la familia y la comunidad desde la perspectiva de los derechos humanos   OBJETIVOS ESTRATÉGICOS   1. Diagnosticar precozmente la TB, TB-MDR, incluyendo el acceso universal a pruebas de sensibilidad; tamizaje sistemático de los contactos y grupos de alto riesgo 2. Proporcionar tratamiento oportuno a las personas con TB y drogo resistencia a TB centrado en los derechos humanos de la persona incluyendo a la familia y su soporte integral 3. Fortalecer el abordaje integral de enfermedades respiratorias (AITER/PAL) 4. Fortalecer las actividades de colaboración TB/VIH, el manejo de co-morbilidades y el control de infecciones. 5. Implementar el plan nacional de control de infecciones de la tuberculosis en la RIISS 6. Proporcionar atención integral para las personas en alto riesgo y grupos vulnerables.   PILAR 2: Políticas audaces y sistema de soporte  OBJETIVOS ESTRATÉGICOS   1. Generar compromiso político a mas alto nivel y multisectorial con recursos adecuados para la atención y prevención de TB 2. Lograr el compromiso de las comunidades, municipalidades, organizaciones de la sociedad civil y los proveedores de atención públicos y privados para la respuesta y el abordaje integral de la tuberculosis 3. Fortalecer el marco normativo y logístico para la notificación de casos, registros vitales, calidad de los medicamentos y su uso racional, así como denuncia de la violación de los derechos humanos de los pacientes con TB. 4. Implementar estrategias de abogacía, comunicación y movilización social para el cambio de comportamiento en la población y la participación social, fomento al respeto de los DDHH y disminución del estigma y la discriminación. 5. Fomentar acciones sobre los determinantes sociales de la TB a través de la acción multisectorial.   PILAR 3: Intervenciones diferenciadas en municipios priorizados  OBJETIVOS ESTRATÉGICOS   1. Implementar estrategias diferenciadas en municipios priorizados de acuerdo a brechas de detección de casos. 2. Iniciar el proceso de control avanzado y pre eliminación de la tuberculosis como problema de Salud Pública en municipios priorizados.   Se implementará una estrategia para intervenciones diferenciadas en 65 municipios priorizados de acuerdo a brechas de búsqueda, detección, pobreza y densidad poblacional para la prevención y control de la tuberculosis, cuyo propósito es implementar una estrategia selectiva para el abordaje de las brechas encontradas y priorizar la ejecución sistemática de las intervenciones generales del programa, de forma multisectorial, de todos los actores, sectores, organizaciones e instituciones involucradas en el mismo a través del presente plan multisectorial.  Iniciar el proceso de control avanzado y pre eliminación de la tuberculosis como problema de Salud Pública a través de la implementación de una estrategia de intervención en municipios priorizados.  Para ello en el país se propone desarrollar una serie de etapas por las que el país transitará, adaptando las estrategias para el establecimiento de municipios en control avanzado y municipios que entraran a la fase de pre eliminación, diseñando dichas estrategias en apego a las etapas que establece la OMS para el control avanzado y la pre eliminación.   * PILAR 4: Investigación clínica, operativa y social e innovación intensificada   OBJETIVOS ESTRATÉGICOS   1. Fortalecer la investigación clínica, operativa y social; así como la asistencia técnica para optimizar la aplicación de intervenciones, la toma de decisiones y el diseño de nuevas estrategias innovadoras 2. Desarrollar el Centro Regional de formación, capacitación y excelencia en buenas prácticas de control de la TB El Salvador. 3. Implementar un sistema de información electrónico de TB innovador 4. Fortalecer la investigación clínica, operativa y social, para optimizar la aplicación de intervenciones, la toma de decisiones y el diseño de nuevas estrategias innovadoras. 5. Desarrollar el Centro Regional de formación, capacitación y excelencia en buenas prácticas de control de la TB El Salvador. 6. Implementar un sistema de información electrónico de TB innovador.   El enfoque multisectorial del plan con lleva el establecer un abordaje integral y descentralizado, con una alta participación de la sociedad civil y las municipalidades, basado en el irrestricto cumplimiento de los Derechos Humanos, la transversalización del enfoque de género y la reducción del estigma y discriminación.  Finalmente se realizó el proceso de Costeo del PENM TB 2016-2020, a través de cual se ha realizado la estimación de los recursos financieros necesarios para su implementación y se elaboró el Plan de Gestión de Riesgos para el PENM TB 2016-2020 para la atención prioritaria de intervenciones que obstaculicen o limite la adecuada ejecución del PENM TB 2016-2020. |

|  |
| --- |
| 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:   1. Explique las razones para la selección y priorización de los módulos e intervenciones. 2. 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.  Los indicadores seleccionados son: 1.Tasa de incidencia de casos notificados de todas las formas de tuberculosis, confirmada bacteriológicamente y con diagnóstico clínico, (casos nuevos y recaídas) a nivel nacional; 2. Tasa de éxito de tratamiento en mujeres y hombres; 3. Número y porcentaje de casos confirmados en mujeres y hombres de TB-MDR que reciben tratamiento según las directrices internacionales; 4. Tasa de éxito en el tratamiento de los casos confirmados de TB-MDR en mujeres y hombres. Estos tienen la característica de ser la vía final común para poder monitorear la eficiencia, la organización y cobertura de programa y que reflejen de manera fidedigna y resumida el esfuerzo de la lucha contra la TB en el país y son indicadores de uso mundial para vigilancia rutinaria de la TB.  Las metas estimadas en el PENM TB 2016-2020 estiman un incremento de la incidencia de 34 a 36.5/100.000 hab. durante el periodo de la subvención (esta en PAGINA 73 DEL PENM), aparentemente se contrapone con la estrategia post 2015. En El Salvador, este incremento estimado de la incidencia será consecuencia al esfuerzo que se plantea en el PENM TB 2016-2020 de aumentar la búsqueda de SR y la detección de casos con participación multisectorial. En conclusión el planteamiento estratégico a mediano plazo del plan de TB es de detectar más casos TB pulmonares y garantizar su curación con la finalidad de que al término del período en mención alcancemos una meseta o una disminución de la incidencia.  Para la medición del progreso y los resultados nacionales de la aplicación de las estrategias contenidas en el PENM TB 2016-2020 y en el marco de la subvención propuesta al Fondo Mundial, El Salvador monitoreara y evaluara los siguientes indicadores de impacto:  De manera específica las estimaciones y los resultados previstos, son los siguientes.   1. Tasa de incidencia de casos notificados de todas las formas de tuberculosis, confirmada bacteriológicamente y con diagnóstico clínico, (casos nuevos y recaídas) a nivel nacional. Reportada por sexo y edad por 100 mil habitantes.   La OMS para el año 2012 estimó para El Salvador una tasa de prevalencia mínima de 12 por 100,000 hab. y una máxima de 68 por 100,000 hab. Prevalencia máxima estimada por la OMS para ELS son 4,300 casos de TB todas las formas, que será nuestra base de cálculo.  El análisis de la información programática llevada a nivel de regiones y municipios, reveló las brechas de detección de S.R. y de casos de Tuberculosis, así como las causas específicas que los condicionan, manifestadas por diferencias socioeconómicas, demográficas, de capacidad instalada, epidemiológicas y de cobertura de los servicios de salud. Los resultados obtenidos por los servicios de salud en cada una de las regiones sanitarias, obligan abordajes diferenciados en sus intervenciones, tanto en aspectos técnicos como financieros.  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, y las variables condicionantes de esto, se construyó una tabla dinámica con 48 variables. Para algunas de estas variables se establecieron rangos de ponderación (brecha de SR y casos detectados, densidad poblacional, índice de pobreza, capacidad instalada) y se procedió a agrupar los municipios en categorías según magnitud de brecha.  Para la estimación de casos esperados, metas e incidencia por 100,000 habitantes de nivel nacional. años 2016-2020 se siguieron los siguientes pasos: (i) Utilizando una matriz comparativa de municipios, para el año 2,013 se estableció la clasificación de los *municipios en tres categorías: 1) Brecha alta (> de 70%), que agrupa 65 municipios y una población total de 1,581,500 habitantes, en los cuales se concentra el 77.8% de la brecha de detección en el país. 2) Brecha intermedia (30-70%) que agrupa 172 municipios y una población total 4,016,435 habitantes 3) Brecha baja (< de 30%) en 25 municipios y una población de 690.967 habitantes.*  Usando la tendencia de crecimiento poblacional, y colocándole una meta de tasa de incidencia diferenciada por población de la siguiente forma:   * 25 municipios (brecha baja) que ingresarían a control avanzado, estimándoles una tasa de incidencia 24 por 100,000 como meta. * 172 municipios (brecha intermedia) con menor brecha de detección de sintomáticos e incidencia mayor de la estimada, se le estimará la meta de 46.08 por 100,000; manteniéndoles lo que se ha alcanzado para el 2013. * 65 Municipios de brecha alta, se les estimará una tasa de incidencia de 33.8 por 100,000 como meta. (tasa de incidencia de casos de TB del país)   (ii) Con los datos poblacionales por grupo especifico se determino el número de casos esperados por categoría y el número de casos totales esperados por año, considerando el 0.03 del total de la consulta de morbilidad de primera vez en mayores de 10 años serán SR y de estos se estima que el 0.03 serán casos de TB y con ello se definen las metas que varían desde el 87% para el año 2016 hasta el 90% en el año 2020, definiendo además la meta de casos a detectar y la incidencia estimada para estos años, que variara desde el 35.3x100,00 hab. para el año 2016 hasta el 36.4x100,000 hab. para el año 2020.  Por lo tanto se cuenta con la estimación de casos esperados por año, se ha definido la meta de casos a detectar, de acuerdo a la capacidad instalada y la estrategia propuesta, se ha definido la meta en porcentajes y la incidencia meta a detectar por cada año de ejecución del plan, tal como se muestra en el siguiente cuadro:  ESTIMACIÓN DE CASOS ESPERADOS, METAS E INCIDENCIA POR 100,000 HABITANTES DE NIVEL NACIONAL. AÑOS 2016-2020     1. Tasa de éxito de tratamiento en mujeres y hombres, casos nuevos tratados por TB   Se ha definido la meta de casos de todas las formas a detectar y de estos los casos bacteriológicamente confirmados, estimando el éxito de tratamiento en un 90% para cada año, tal como se muestra en el siguiente cuadro:   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | | META CASOS A DETECTAR TODAS LAS FORMAS | 2264 | 2332 | 2375 | 2393 | 2679 | | CASOS BACTERIOLOGICAMENTE CONFIRMADOS | 1471 | 1416 | 1544 | 1556 | 1567 | | ÉXITO DE TRATAMIENTO | 1285 | 1324 | 1364 | 1389 | 1400 | | ÉXITO DE TRATAMIENTO EN % | 90% | 90% | 90% | 90% | 90% |  1. Número y porcentaje de casos confirmados en mujeres y hombres de TB-MDR que reciben tratamiento según las directrices internacionales.   De acuerdo a la notificación de casos del país, se propone la siguiente meta de detección:   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | | CASOS ESTIMADOS OMS CON BASE A PREVALENCIA |  | 20 | 20 | 19 | 19 | 19 | | META DE DETECCION DE PAIS |  | 14 | 16 | 17 | 17 | 17 | | META DE DETECCION DE PAIS EN % |  | 70% | 80% | 90% | 90% | 90% |  1. Tasa de éxito en el tratamiento de los casos confirmados de TB-MDR en mujeres y hombres.   La tasa de éxito de tratamiento se ha estimado en el 100% de los casos que se presenten:   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | | META DE DETECCION DE PAIS |  | 14 | 16 | 17 | 17 | 17 | | TASA DE ÉXITO TX CASOS TB MDR |  | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |   El monto total anual de la inversión, es decreciente y compatible con los compromisos de voluntad de pagar que asume el gobierno. | |

|  |
| --- |
| 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:   1. 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. 2. 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:   1. 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). 2. Si se designa más de un receptor principal, cómo se producirá la coordinación entre los receptores principales. 3. El tipo de arreglos de gestión de subreceptores con los que probablemente se contará y si se han identificado los subreceptores. 4. Cómo se producirá la coordinación entre cada receptor principal designado y sus respectivos subreceptores. 5. 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. |
| 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 evaluara 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 coordinara dichas actividades con las Organizaciones de la Sociedad civil, municipalidades y organizaciones rrepresentantes de las mujeres, las personas que viven con las tres enfermedades y otras poblaciones clave. Los procesos de compra se realizaran 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 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 ☐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 sus funciones y en la gestión y ejecución de los proyectos de Fondo Mundial.  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.  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.  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.  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. | |
| 1. 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). | | *----------------------* | |
| 1. El sistema de control interno del Receptor Principal es eficaz para evitar y detectar la malversación de fondos o el fraude. | | 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.   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 auditorias 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. | |
| 1. El sistema de gestión financiera del Receptor Principal es eficaz y preciso. | | 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.   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.   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.  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.   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. | |
| 1. 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. | | 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.  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.   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. | |
| 1. 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. | | 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).  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.  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. | |
| 1. Se dispone de capacidad y herramientas de recopilación de datos para supervisar el desempeño del programa. | | 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. | |
| 1. 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. | | 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 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).  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 SUIS, 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. | |
| 1. 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. | | 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). | |

|  |
| --- |
| 4.4 Riesgos actuales o previstos para la realización del programa y los receptores principales |
| 1. 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. 2. 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 elaboro 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 PEMN 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 identifico 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: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | RIESGOS | | | | | GESTIÓN DE RIESGOS | |
| No. | Tipo de Riesgo | Descripción del riesgo | Análisis de riesgo | | | Acciones adicionales de control a implementar | Responsable |
| Impacto | Prob- | Riesgo neto |
| 1 | Externo | Desastres de origen natural (terremotos, inundaciones, etc.) debido a la vulnerabilidad del territorio salvadoreño puede impactar en la suspensión de actividades de la propuesta. | M | H | H | 1- Suspensión y reprogramación de actividades posterior a la emergencia. 2- Diagnostico de daños 3- Verificación de la disponibilidad de recursos financieros de acuerdo a la estrategia nacional para el abordaje de la emergencia nacional. 4-Ajustes y acuerdos para reiniciar la ejecución. | MCP Unidad de Gestión de Riesgos del MINSAL  Equipo Gerencial del PNTYER Gerencia Operaciones MINSAL |
| 2 | Externo | Cambios políticos que impactan desfavorablemente en la normativa de los mecanismos de prevención. | H | H | H | 1- Abogacía y búsqueda de acuerdos y consensos con los actores políticos. | MCP |
| 3 | Financiero | Disminución de financiamiento por la crisis financiera mundial y nacional que limita la ejecución de la propuesta. | L | M | L | 1- Abogacía y negociación con Ministerio de Hacienda para garantizar la dotación de recursos financieros necesarios. 2-Abogacia y negociación con otros agentes cooperantes y países amigos. | MCP Unidad de Gestión de Riesgos del MINSAL  Equipo Gerencial del PNTYER Gerencia Operaciones MINSAL |
| 4 | Financiero | Inadecuados sistemas y faltas de monitoreo financiero por baja capacidad de gestión administrativa-financiera de los sub-receptores puede impactar en la credibilidad y retiro de fondos asignados a la propuesta. | H | H | H | 1- Solicitar los remplazos de recursos humanos que sean necesarios. 2- Ajustes al sistema de monitoreo y control 3- Auditoria a la gestión y a las finanzas 4-Deducción de responsabilidades técnicas y jurídicas | MCP Unidad de Gestión de Riesgos del MINSAL  Equipo Gerencial del PNTYER Gerencia Operaciones MINSAL |
| 5 | Programático | Inadecuada planificación y monitoreo por acceso inoportuno de datos de calidad impacta en la cobertura de las acciones, procesos de compras, presupuesto, entre otros para la buena ejecución de la Propuesta. | L | L | L | 1- Solicitar los remplazos del personal que sean necesarios. 2-Ajustes al sistema de monitoreo y control 3- Auditoria a la gestión y a las finanzas 4-Deducción de responsabilidades técnicas y jurídicas. | MCP Unidad de Gestión de Riesgos del MINSAL  Equipo Gerencial del PNTYER Gerencia Operaciones MINSAL |

|  |
| --- |
| 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 |

1. Sistema de información estadístico del PNTYER 2013. [↑](#footnote-ref-2)
2. Comité de Luz Verde- Instancia colegiada que autoriza los esquemas clínicos y programáticos de la TB farmacorresistente, incluyendo la compra de los medicamentos. [↑](#footnote-ref-3)
3. Evaluación Anual Operativa PNTYER 2013-Anexo 8 [↑](#footnote-ref-4)
4. **Ley de Igualdad, equidad y erradicación de la discriminación contra las mujeres. Asamblea Lesgilativa. Diario oficial decreto 645. 2011 y modificaciones 2012.** [↑](#footnote-ref-5)
5. **Política Construyendo la Esperanza. Dra. María Isabel Rodríguez. 2009-2014** [↑](#footnote-ref-6)
6. **Informe de labores MINSAL 2014.** [↑](#footnote-ref-7)
7. 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. [↑](#footnote-ref-8)
8. En el anexo: lista de organizaciones, actores e instituciones participantes. [↑](#footnote-ref-9)