



MCP-ES

Mecanismo de Coordinación de País El Salvador
de lucha contra el VIH Sida, tuberculosis y malaria

SISTEMATIZACIÓN DE LAS EXPERIENCIAS

MCP-ES
MECANISMO DE COORDINACIÓN
DE PAÍS EL SALVADOR

APORTES DEL MCP-EL SALVADOR A LA LUCHA CONTRA EL VIH,
TB Y MALARIA EN EL MARCO DE LAS SUBVENCIONES DEL FM,
PERIODO 2003 - 2016

Dirección:

Lcda. Marta Alicia Alvarado de Magaña
Directora Ejecutiva de MCP-ES

Equipo Técnico:

Dr. Herbert Abraham Betancourt / Ex miembro del MCP-ES
Dr. Ralf Syring/ Health-Focus GIZ
Lcda. Marta Alicia Alvarado de Magaña / Dirección Ejecutiva MCP-ES
Lcda. Maria Leydies Portillo Díaz / Dirección Ejecutiva MCP-ES

Se contó con los aportes de:

Lcda. Susan Padilla / Gerente de Proyecto - PASMO
Dra. Celina de Miranda / Directora Nacional - ONUSIDA
Dra. Ana Isabel Nieto / Coordinadora Programa de VIH – MINSAL
Lic. Gerardo Lara / Gerente de Proyecto FM – Plan Internacional
Dra. Anabel Amaya / Sub Gerente Proyecto FM - Plan Internacional
Dr. Julio Garay / Coordinador Programa de TB – MINSAL
Dra. Guadalupe Flores / Coordinadora de Unidad Ejecutora Proyectos FM – MINSAL
Lcda. Maria Isabel Mendoza / Coordinadora Unidad Fondos Externos – MINSAL
Lic. Francisco Ortiz / Director Ejecutivo – FUNDASIDA
Sr. William Hernández / Director Ejecutivo – Asociación Entre Amigos
Lcda. Claudia de Morales / Coordinadora de Programas - PNUD
Lcda. Claudia Argueta / Oficial de Programa - PNUD
Dra. Elizabeth Rodríguez / Consultora Internacional de ITS/VIH - OPS/OMS
Dr. Luis Palma / Ex miembro del MCP-ES
Lcda. Isabel Payes / Directora Ejecutiva – CONAMUS

Colaboradores:

Lcda. Claudia Solorzano / Productora Programa Hablemos de VIHDA – CONASIDA
Lic. Luis Martínez / Especialista en Comunicaciones – Asociación Atlacatl
Lic. Carlos Pineda / Especialista en Comunicaciones – PASMO
Lic. Christian Barrientos / Especialista en Comunicaciones – SOCIALINK
Srita. Lilita Hernández / Especialista en Comunicaciones – Asociación Entre Amigos
Lcda. Karla Rivera / Dirección Ejecutiva MCP-ES
Srita. Karla Magaña / Estudiante de Comunicaciones – UCA
Srita. Fatima Gabriela López / Estudiante de Comunicaciones – UCA
Sr. Bryan Edenilson Mercado / Estudiante de Comunicaciones – UCA

Revisión de Estilo: Dr. Herbert Abraham Betancourt

Diseño y diagramación: Contracorriente Editores

Con el apoyo financiero de:



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Coopération luxembourgeoise

giz Deutsche Gesellschaft
für Internationale
Zusammenarbeit (GIZ) GmbH

Contenido

Siglas y Acrónimos

Introducción

- 13 01 | Evolución del mecanismo
- 23 02 | Gobernabilidad
- 41 03 | Impacto de los proyectos
- 59 04 | Desarrollo organizacional
- 73 05 | Apoyo al mecanismo

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

- ADS:** Asociación Demográfica Salvadoreña
- AECID:** Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
- ALF:** Agente Local del Fondo
- APS:** Área de Prestación de Servicios
- ARV/TAR:** Terapia antirretroviral
- ASAFOCAIS:** Asociación Salvadoreña para la formación y capacitación in
- ASPS:** Asociación Salvadoreña Promotora de la Salud
- CAM:** Cuerpos de Agentes Metropolitanos
- CCC:** Comunicación para cambio de comportamiento
- CCE:** Comité Coordinador El Salvador
- CCPI:** Centro Comunitario de Prevención Integral
- COFEVI:** Comunidades de Fe y Vida
- CONAMUS:** Coordinadora Nacional de la Mujer Salvadoreña
- CONASIDA:** Comisión Nacional contra el Sida
- CONTRASIDA:** Fundación Salvadoreña para la lucha contra el SIDA
- Maria Lorena
- FMATM:** Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, Tuberculosis y la Malaria
- FUNDASIDA:** Fundación Nacional para la Prevención, Educación y acompañamiento de la persona con VIH.
- GIZ:** Agencia Alemana para la Cooperación Internacional
- GTZ:** Agencia Alemana de Cooperación
- HSH:** Hombre que tiene sexo con otro hombre
- IEC:** Información Educación y Comunicación
- ISSS:** Instituto Salvadoreño del Seguro Social
- ITS:** Infección de Transmisión Sexual
- MCE:** Mecanismo de Coordinación de El Salvador
- MCP:** Mecanismo de Coordinación de País
- MCP-ES:** Mecanismo de Coordinación de País El Salvador
- MEGAS:** Medición del gasto en Sida
- MINSAL:** Ministerio de Salud
- MyE:** Monitoreo y Evaluación

OMS: Organización Mundial de la Salud
ONG: Organizaciones No Gubernamentales
ONUSIDA: Organización de las Naciones Unidas para la lucha contra el VIH Sida
OPS: Organización Panamericana de la Salud
PASMO: Organización Panamericana de Mercadeo Social
PENMTB: Plan Estratégico Nacional Multisectorial para la Tuberculosis
PMA: Programa Mundial de Alimentos
PNC: Policía Nacional Civil PVS: Persona viviendo con el virus de Sida
PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PVVS: Persona viviendo con VIH
RCC: Financiamiento Continuo
RED PREVENSIDA: Red Nacional para la prevención del VIH Sida
RP: Receptor Principal
SIDA: Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida.
SNU: Sistema de Naciones Unidas TAES: Tratamiento acortado estrictamente supervisado
TB: Tuberculosis
TB-MDR: Multidrogo resistente
TS: Trabajadora sexual
UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF: Fondo para la infancia de las Naciones Unidas
USAID: Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
USAID/GMS: Gran Management Solution USAID
USAID / PASCA: Programa de USIAD para fortalecer la respuesta Centroamericana al VIH
USAID/SCMS: Supply Chain Management System
VCT: Consejería y Pruebas, Diagnóstico y Tratamiento tegral sostenible
VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana



UNA **DECISIÓN**
PUEDE **CAMBIAR**
TU VIDA

INTRODUCCIÓN

La pandemia provocada por el Virus de la Inmuno-deficiencia Humana (VIH), generó a nivel mundial una respuesta global sin precedente. La humanidad apareció indefensa ante este virus que presentaba cuadros clínicos con gran deterioro físico de las personas y deterioro de la respuesta inmunológica frente a organismos oportunistas. La pandemia avanzó con altas tasas de letalidad. En un inicio se asoció SIDA a la comunidad homosexual, sumándose esta condición al rechazo y discriminación que ya la sociedad expresaba a este grupo de personas. Tardó mucho la comunidad en entender que todas las personas eran susceptibles a ser infectados por este virus.

En El Salvador, el primer caso fue diagnosticado en 1986 en el Hospital Rosales. Este fue el caso índice de una epidemia nacional de rápida expansión. Los pacientes que sufrían esta enfermedad también sufrieron la discriminación y estigmatización de una sociedad que los marginó y excluyó. El sistema público de salud se declaró impotente ante la falta de herramientas para tratar la enfermedad. Proporcionaba inicialmente solo terapia de sostén en algunos centros acondicionados para atender a estos pacientes. La esperanza de vida de estas personas era muy

corta y su muerte era aún más prematura, tanto por la falta de drogas específicas para terapia, como por la conducta de miedo y rechazo del personal que los atendía. Se conocía poco de la enfermedad, no existía forma efectiva de tratamiento, y a esto se sumó los mitos y falsas creencias.

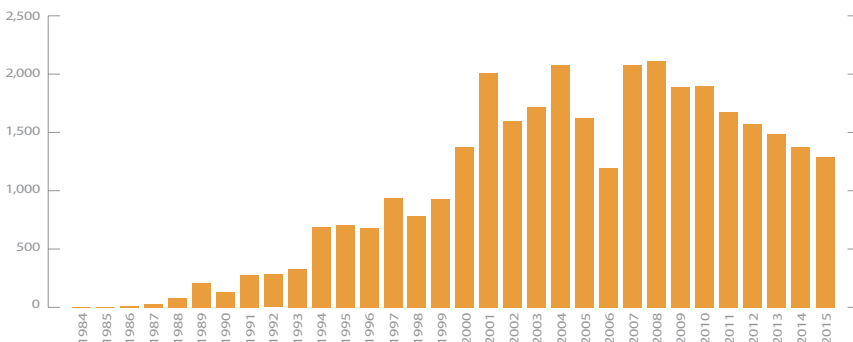
Ante el surgimiento de drogas, en buena medida casi experimentales, pero que abrían una ventana de esperanza a las Personas Viviendo con el Virus (PVS), grupos de activistas inician una lucha reivindicativa de su derecho humano a la salud, para exigir que el Estado proporcionara terapia antiretroviral (ARV) para controlar y/o evitar el progreso hacia la etapa avanzada de la enfermedad y para prevenir la muerte por enfermedades oportunistas.

El alto costo de los fármacos y las condiciones especiales para su manejo adecuado, la carencia de facilidades de laboratorio, y el creciente número de personas infectadas por el VIH que demandaban respuesta, condicionó gran exigencia de recursos a los siempre exiguos presupuestos de salud a nivel de los países y globalmente.

De acuerdo a las cifras oficiales y a partir del caso índice, El Salvador ha reportado 33,184 casos acumulados de personas con diagnóstico de VIH hasta el 2015. Para este último año, el número de personas diagnosticadas es de 1101, cifra que ha descendido desde los 2010 casos (VIH más VIH avanzado) reportados en el año 2001 (Tasa de 13.69 x 100,000 habitantes). Este es el año que sirvió de base para la preparación de la primera propuesta en Ronda 2 del Fondo Mundial. (Ver grafica 1).

GRÁFICA 1. SITUACIÓN DEL VIH 2015

Número absoluto de casos de VIH y VIH avanzado, enero de 1984 a diciembre 2015

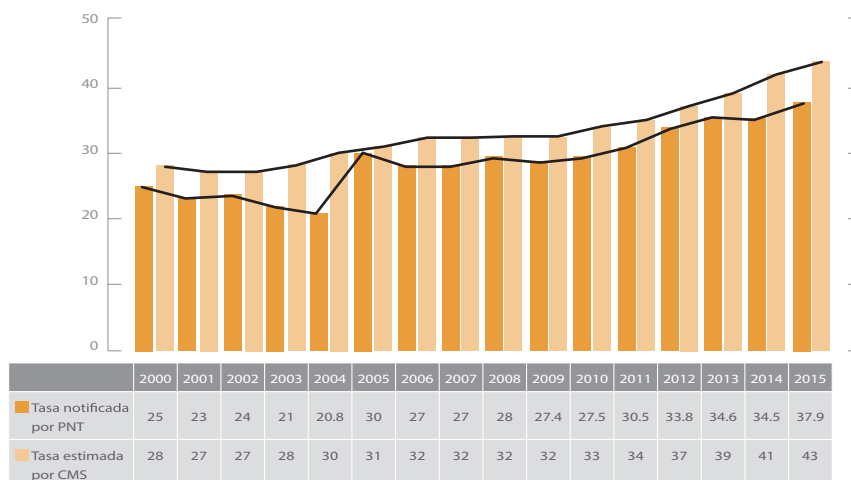


La Tuberculosis es otro problema de salud pública que ha acompañado a la humanidad desde hace muchos siglos. Las características epidemiológicas de la enfermedad, asociada al hacinamiento, la pobreza, la desnutrición, bajas defensas inmunológicas, generan también una fuerte asociación con el VIH. La Tuberculosis es una de las principales causas de muerte en personas con VIH.

Los esfuerzos a nivel nacional para controlar la Tuberculosis, y en algunos lugares incluso a progresar a su control avanzado, es resultado de una estrategia nacional enfocada a la prevención, búsqueda activa de sintomáticos respiratorios, tratamiento estrictamente supervisado y sistemas de monitoreo, supervisión y de información rigurosos. Existe, no obstante, una brecha que debe ser atendida, para lo cual el país cuenta con un plan estratégico.

Los datos oficiales reportados a la fecha (Grafica 2) muestran la evolución de la Tuberculosis en los últimos 15 años. Los datos registrados de notificación de casos indican un descenso de la Tasa estimada de casos anuales de 75 x 100,000 habitantes en 1991 a 23 x 100,000 hab. en 2001. El fortalecimiento del Programa Nacional del MINSAL y la búsqueda activa de casos ha hecho aumentar la Tasa a 37.9 x 100,000 habitantes en el año 2015. Este aumento de la tasa se acompaña de descenso en la mortalidad y aumento en la Tasa de curación de casos detectados.

GRÁFICA 2. NOTIFICACIÓN Y ESTIMACIÓN D CASOS DE TUBERCULOSIS 2000-2015



Fuente: PNTYER El Salvador /WHO GLOBAL REPORT 2014

Fondo Mundial de Lucha Contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (FMATM), fue creado en 2002, posterior a una reunión del G-8 y con el apoyo del Secretario General de Naciones Unidas. Este creativo fondo surge como un mecanismo de apoyo financiero a países de ingresos bajos y medios, para potenciar la lucha contra estos tres problemas de salud pública global.

Para su funcionamiento, parte de una serie de principios que cambiaron la lógica de financiamiento hacia los países. Entre ellos: es un instrumento de financiamiento, no de implementación; los programas serían liderados por los países, con amplia participación intersectorial; son recursos complementarios, focalizados en la prevención, tratamiento y cuidados. La transparencia en el manejo de los fondos es fundamental. Adicionalmente, el financiamiento está basado en resultados, y busca generar alianzas efectivas entre gobierno, sociedad civil y empresa privada, en apoyo a comunidades y personas viviendo con las enfermedades. Se mantiene como una organización de aprendizaje.

A nivel central, la arquitectura de FMATM, (en adelante será citado como FM) incluyó un Secretariado, una Junta Directiva y un Panel de Revisión Técnica. A nivel de Secretariado, por ser el FM un mecanismo financiero, su estructura clave es “Operaciones”. La Junta Directiva es la que define y respalda las guías, políticas y las decisiones estratégicas. Es la instancia que aprueba el financiamiento de las propuestas de los países. Se completa el nivel central con el Panel de Expertos Independientes de todo el mundo, que revisan y califican las propuestas de financiamiento con base en méritos técnicos. De aquí surge la recomendación a los Directores, de otorgar o no el financiamiento a una propuesta específica.

En los países, el FM creó instancias para dar seguimiento a los financiamientos otorgados, entre estos, el Mecanismo de Coordinación de País (MCP), el Receptor Principal (RP) y el Agente Local del Fondo (ALF).

El MCP es la directiva integrada por representantes de gobierno, organismos multilaterales y bilaterales, sociedad civil, sector privado, academia, y personas afectadas por las enfermedades. El MCP es la única instancia que tiene la potestad de someter propuestas para solicitar financiamiento y para dar seguimiento estratégico a la ejecución de las mismas. La conformación innovadora del MCP, le imprimió sellos distintivos a la dinámica de lucha contra las tres enfermedades. Esta instancia colegiada cuenta con un conjunto de herramientas de gobernanza, aprobadas por consenso de sus miembros, que propicia el debate, profundiza en análisis temático y logra acuerdos de beneficio colectivo.

El Agente Local del Fondo (ALF) es la agencia contratada directamente por el Fondo para conducir el monitoreo rutinario y seguimiento de los desembolsos al país, con base en una serie de parámetros contractuales. Evalúa las capacidades de los RP, verifica los requerimientos de desembolsos y revisa la actualización de los progresos reportados.

Siguiendo los lineamientos iniciales dados por el FM, en El Salvador diversas organizaciones vinculadas con el VIH se organizaron junto a gobierno y otros organismos multilaterales y bilaterales, para preparar la primera solicitud de fondos en el marco de la Ronda 2 de financiamientos. Esta primera propuesta fue aprobada en el año 2002 por un monto de US\$ 26, 912,723 para dos componentes: VIH y Tuberculosis. Varias otras propuestas han sido sometidas al FM, algunas de las cuales no fueron aprobadas. A la fecha, El Salvador ha firmado acuerdos de subvención por US\$ 102, 815,096. Los beneficios resultantes de este importante apoyo financiero son evidentes, tanto en el componente de VIH, como en Tuberculosis. El país ha documentado rigurosamente estos avances.

El desempeño del país ha sido reconocido por las instancias centrales del FM, recalando el manejo eficiente y transparente de las subvenciones, así como de la capacidad del MCP para liderar el seguimiento y monitoreo estratégico de la implementación de los acuerdos contractuales. El MCP de El Salvador (MCP-ES), según el Global Fund Observer, ha sido considerado uno de los cuatro mejores del mundo. Esta calificación ha propiciado la selección de país como aplicante temprano o país piloto en modalidades nuevas de financiamiento.

El MCP-ES busca con esta sistematización de las experiencias de los últimos 14 años, testimoniar el no siempre fácil camino recorrido, en donde secuencias de crisis organizacional, planteamientos creativos de solución, decisiones consensuadas en donde se antepuso el interés superior, para instituir e impulsar las soluciones en apego a las reglas de juego, fue siempre la estrategia del MCP para la mejora continua.

La sistematización de las experiencias se estructura en cinco capítulos, en los cuales se presenta: evolución del Mecanismo; gobernabilidad; impacto de los proyectos; desarrollo organizacional; apoyo al trabajo del Mecanismo. En cada uno de estos capítulos se hace énfasis en los momentos de crisis, pero, sobre todo, la conducta colegiada adquirida para afrontarla y resolverla. Cada momento de crisis dejó una lección aprendida y una buena práctica. Es el propósito de esta sistematización no solo describir y registrar la historia del MCP-ES, sino compartir las lecciones que este proceso ha dejado en todas y todos los protagonistas.



01

EVOLUCIÓN DEL MECANISMO

El MCP-ES fue catalítico para impulsar, no solo las demandas internas y planteamientos estratégicos de nuestros planes locales contra el VIH la Tuberculosis y Malaria, sino además de las políticas globales de instancias como ONUSIDA, USAID, OMS. Destacan los TRES UNOS, Terapia 2.0, fin a la epidemia y los más recientes lineamientos de estrategia global. Alcanzo un posicionamiento político del más alto nivel, mantuvo voces autorizadas e informadas en CONASIDA y en organismos de cooperación (USAID, AECID, NACIONES UNIDAS). Ha sido el MCP-ES un referente nacional clave. Destacable la relación con los receptores principales y el control de la gestión de estos a través de la evidencia obtenida en el marco de desempeño y el monitoreo estratégico.

El primer MCP-ES.

El MCP-ES se identificó como la única instancia nacional, con la facultad de someter propuestas para financiamiento al FM y dar seguimiento y supervisión de la ejecución a las actividades planificadas, tal como fue establecido en la arquitectura inicial del Fondo Mundial. Nace el 13 de mayo del 2002. En su inicio fue integrado por miembros de cinco sectores de la respuesta de país: gobierno, agencias multilaterales y bilaterales, organizaciones no gubernamentales nacionales e internacionales, instituciones académicas, representantes de grupos de apoyo y personas que viven con VIH. En total 13 representantes fueron elegidos en forma democrática y pública. En su inicio, el MCP-ES contó con otros mecanismos de apoyo tales como: Mesa consultiva permanente y la Instancia Política. Adicionalmente se consideró la participación de otras instancias como: organizaciones de especialistas (Colegio Médico), gobiernos locales, representación de Iglesias entre otros.

El MCP-ES fundamentó su trabajo en los siguientes principios: la transparencia, garantía de una amplia representación y participación de los diferentes sectores de la sociedad, una eficiente coordinación con la cooperación interna y externa, respeto a las decisiones colectivas (en su inmensa mayoría por consenso), ecuanimidad en todos sus procesos y esfuerzos para facilitar la comunicación a todos los sectores.

En su inicio fue nombrado como MCE (Mecanismo de Coordinación de El Salvador, luego cambia a CCE (Comité Coordinador El Salvador) y finalmente a MCP-ES.

Dada la composición del Mecanismo, como un foro plural, con un gobierno electo democráticamente y con herramientas de gobernanza conocidas y aceptadas por todos sus miembros, fomentó el debate de manera franca y respetuosa, en ocasiones con planteamientos fuertes y directos, pero sobre la base de una agenda siempre de país, de beneficio colectivo. Como en todo foro, surgieron planteamientos conflictivos, intereses y propósitos ajenos, pero estas situaciones fueron superadas, cuando el foro como ente colegiado antepuso el interés superior. Esta fue al final, la característica predominante en el MCP-ES.

El Mecanismo de Coordinación de País de El Salvador (MCP-ES) ha mostrado un desarrollo notable y progresivo que continua hasta la fecha.

Etapa de aprendizaje

En el inicio, el proceso de aprendizaje y dominio de las reglas de funcionamiento, por parte de los miembros del MCP-ES, transcurrió con momentos traumáticos y conflictivos, así como con avances importantes. Hubo mucha confusión entre los miembros del MCP-ES, pues se desconocía el verdadero alcance de sus responsabilidades y funciones. A esto se sumaban los cambios frecuentes en las reglas del juego por parte del Fondo Mundial. Ocurría que por momentos las decisiones se tomaban de forma individual y los representantes de sectores no facilitaban la negociación al interior del MCP-ES. También surgían problemas entre grupos o subsectores de la sociedad civil y entre estos y la representación del gobierno. En adición, los procesos burocráticos lentos cultivaban ansiedad e impaciencia. Se demandaba mayor celeridad en la implementación de los recursos y en la obtención de los resultados esperados. Por momentos se forzó el traslape de funciones entre el MCP-ES y el RP. Fue necesario, trabajar en conjunto y con el apoyo de entes especializados, para clarificar el verdadero rol del MCP-ES como una directiva de carácter político estratégica y no operativa.

Iniciativa Back Up de GTZ en apoyo al “CCE” 2003-2005

El análisis de la situación por la que pasaba el MCP-ES en este momento inicial, obligó a buscar apoyo especializado para evitar poner en riesgo la implementación de la subvención. Fue la iniciativa Back Up de GTZ la que asumió esta tarea, enfocando su estrategia en fortalecer la capacidad gerencial estratégica del MCP-ES para manejar de mejor manera los procesos. Los resultados buscados fueron: 1) Diseño de un mecanismo que garantizara la amplia participación sectorial y toma de decisiones colegiadas, involucrando a sectores representativos de la sociedad salvadoreña; 2) Fortalecer la capacidad técnica y administrativa del MCP-ES y 3) Desarrollo de un plan de monitoreo y evaluación de la calidad de los servicios de atención de VIH/SIDA y Tuberculosis. El plan estratégico de GTZ se desarrolló entre 2003 y 2005. Los cambios en la dinámica del foro fueron positivos, lográndose cumplir con el programa y con los resultados previstos. Esta ganancia de capacidades institucionales, constituyó un salto de calidad para el MCP-ES. “La buena práctica fue búsqueda de apoyo técnico de calidad para desarrollo de capacidades y de instrumentos de gestión idóneos”. Las actas del 2003 registran esta etapa.

Se evitan conflictos entre la Unidad Ejecutora del FM y miembros del MCP-ES.

En el 2004 en un ejercicio de autocrítica sobre la actuación de los miembros del MCP-ES relacionados con decisiones de adjudicación de fondos para las actividades programadas, fue necesario desarrollar una normativa que previniera conflictos internos, particularmente entre grupos de ONG y la representación de gobierno, frente a la Unidad Ejecutora del programa. Talleres, reuniones, discusión de propuestas y revisión de las herramientas de gobernanza fueron necesarias para alcanzar un acuerdo consensuado. Este acuerdo cobro potestad legal en el Artículo 22 Inciso 5 de los Estatutos publicados en Julio de 2003. La herramienta desarrollada destacaba mantener una distancia objetiva entre la Unidad Ejecutora del proyecto, el Programa Nacional y las ONG. El acuerdo incluía buscar mecanismos de aceleración de procesos para agilizar la implementación de la subvención.

En el 2005, no obstante, el acuerdo alcanzado el año anterior, el continuado retraso en la implementación de las actividades atribuido a los prolongados tiempos administrativos, que contrastaba con el sentido de urgencia de las organizaciones implementadoras, hace resurgir la insatisfacción entre el MCP-ES y el Receptor Principal. Se cuestionan actitudes que no contribuían a lograr los resultados entre ambos actores. De nuevo con base en la madurez de las partes involucradas se logra un acuerdo de mutuo apoyo, cooperación, respeto y cordialidad profesional. La buena práctica fue apegarse a los lineamientos contenidos en los estatutos y reglamento. Este acuerdo queda registrado en acta de sesión plenaria del MCP-ES.

Resistencia a la incorporación de nuevos miembros. Los estereotipos

Esta historia es particularmente ilustrativa de como el MCP-ES abre su estructura a nuevos miembros, supera estereotipos y valora las cualidades y capacidades de sus miembros. En el 2004, ingresó al MCP-ES, Cáritas en representación del sector religioso, según recuerda su delegada la bienvenida ofrecida inicia con la frase: “no queremos a ningún representante religioso aquí”, aun cuando ya existía un representante de ese sector. Su nombramiento fue producto del estricto apego al proceso de elección instituido en ese entonces por el mismo MCP-ES. Tres años más tarde el MCP-ES en pleno elegía a la repre-

sentante de Cáritas para la presidencia y en el 2009 sociedad civil la proponía para el cargo de jefa del programa nacional de VIH. “Grande lección para el colegiado, los prejuicios no deberían formar parte de los procesos, más aun si eran democráticos y apegados a la normativa”.

Madurez y visión estratégica

El Salvador con el apoyo de programas como USAID/PASCA y agencias del Sistema de Naciones Unidas, (ONUSIDA, OPS, UNICEF), desarrolló desde 1998, una visión estratégica de abordaje de la epidemia de VIH. Fue precisamente en ese año que se elabora el primer plan estratégico de manera ampliamente participativa. Revisiones y ajustes se dan en el año 2000 y dos nuevas versiones se diseñan en el 2002 y 2005. Estos documentos fueron la base para la elaboración de las propuestas de solicitud de subvención para las fases 1 y 2 de Ronda 2. Las actividades del plan estaban diseñadas para una implementación corresponsable entre organizaciones de sociedad civil y gobierno, con apoyos de organismos bilaterales y multilaterales. En buena medida, la clara división de tareas facilitó la integración del MCP-ES como foro de supervisión y monitoreo de la implementación del programa financiado por el FM ya que los mismos sectores representados en el MCP-ES también participaron en el diseño de los planes estratégicos.

De insostenibilidad del MCP-ES a cimentar un equipo de trabajo eficiente y armónico

Según las directrices de ese momento del Fondo Mundial, los MCP recibían financiamiento únicamente durante los dos primeros años. El MCP-ES se vio afectado en los siguientes años por esta situación, particularmente porque su plan de trabajo incluía reuniones cada dos semanas y tenía gran poder de convocatoria de sus miembros. Se agrega a esta intensidad de trabajo, la necesidad de otorgar subsidios para movilización a algunos miembros, que, por su condición económica, desempleo o condiciones especiales no hubiesen podido representar a sus respectivos sectores en las sesiones del Mecanismo. La falta de recursos más aguda se presentó en el 2007. En este año, para solventar la crisis se recurre a fuentes alternativas de financiamiento, atrayendo acciones espontaneas como donativos en especie para cubrir el modesto refrigerio, o mediante solicitudes a

instituciones anfitrionas para celebrar las reuniones, sin costo alguno. Cáritas, ADS y el PNUD facilitaron los espacios para las reuniones. La búsqueda de soluciones más permanentes, llevo al MCP-ES a diseñar una propuesta integral que contemplaba no solo funcionamiento sino además un programa ambicioso de desarrollo de capacidades institucionales, para integrar un equipo de trabajo eficiente, armónico y asertivo de todos los miembros del MCP-ES y asegurar además la continuidad de su Secretaría Técnica.

“Con respecto al tema de manejo de fondos, para funcionamiento y desarrollo de capacidades, en sus inicios el MCP-ES tenía pocos recursos para ejecución de sus iniciativas. Particularmente en los primeros años hubo acompañamiento del GTZ, USAID, ONUSIDA, PNUD. Fue hasta el 2008 donde el FM asigno una partida especial para la sostenibilidad de los MCP.

En principio fue apoyado por el PNUD, luego siguieron organismos como USAID y ONUSIDA. Se buscaba que el MCP-ES se convirtiera en un mecanismo más ágil y proactivo mediante el desarrollo de capacidades institucionales. En el programa de fortalecimiento se cubrieron temas como liderazgo transformativo, trabajo en equipo, manejo de medios de comunicación, resolución de conflictos, y otros. “De una crisis de sostenibilidad financiera se salta a un equipo de trabajo, que comparte un clima organizacional propositivo y eficiente.

El MCP-ES de El Salvador ha sido señalado en muchas ocasiones como uno de los cuatro mejores, por su mística de trabajo”. Las nuevas capacidades sirvieron para ordenar las actividades, plasmar objetivos y resultados y consignar todo en un plan de trabajo anual. Este fue un cambio fundamental apoyado por la secretaría técnica, elaborado de manera conjunta.

Programa permanente de desarrollo de capacidades.

Durante los siguientes años se desarrollaron de manera continua, talleres de fortalecimiento a los miembros del MCP-ES, en los que se incluyeron a los representantes de sectores y representantes de los Receptores Principales. Al mismo tiempo como parte de las líneas estratégicas del proyecto de país se lleva a cabo el fortalecimiento de organizaciones de sociedad civil, fueran estas sub receptoras o únicamente beneficiarias.

Esta homologación de procesos, criterios, conocimientos, y líneas de trabajo, dirigido de manera estratégica a participantes (actuales o futuros) en la implementación de las actividades financiadas por el FM, se constituyó en una inversión muy rentable para lograr eficiencia, transparencia y calidad de trabajo. Esta es otra buena práctica desarrollada por el MCP-ES, que tiene proyección hacia aliados a nivel nacional para potenciar la capacidad gerencial y operativa de organizaciones de sociedad civil, relevantes en la lucha frente al VIH, Tuberculosis y Malaria.

Representación sectorial, con elecciones transparentes y democráticas

En un inicio, los procesos para asegurar la representatividad de los sectores involucrados en la respuesta nacional al VIH, Tuberculosis y Malaria, generaban conflictos, pugnas y descalificaciones. Para el MCP-ES, era de fundamental importancia, contar con una representación legítima, apoyada por su sector y comprometida con la implementación de la respuesta nacional. Siguiendo las directrices establecidas por el FM y sus documentos de gobernanza.

Para fortalecer la participación multisectorial y garantizar la representatividad de cada sector, el MCP-ES revisa los procesos de elección de sus representantes y durante el 2008, estandariza los cambios en los procesos para la elección de cada sector. Uno de los cambios fue la duración de la representación, la que paso de uno a dos años. Esta ampliación del periodo, evito los frecuentes procesos de aprendizaje y dio mayor estabilidad y continuidad a los procesos en marcha. En el periodo de elección del año 2010, y de acuerdo al nuevo estatuto (Artículo 10 Inciso 1) se eligen miembros para un periodo de 3 años. Este procedimiento es el que funciona actualmente.

Miembros del MCP-ES se involucran en comisiones permanentes

El MCP-ES había venido trabajando con comités ad hoc para la mayoría de sus procesos, generalmente las funciones eran asignadas a las mismas personas que voluntariamente aceptaban las responsabilidades, por lo que estos comités no permitían a los miembros una amplia participación en las actividades sustantivas del Mecanismo. Para cambiar esta lógica, en el año 2008 se identifican nuevas tareas, se definen nuevos productos, se crea cultura de evidencia para toma de decisiones. Estas nuevas tareas son encomendadas por el MCP-ES a comités permanentes de trabajo. Entre estos: Comité de propuestas, de sostenibilidad

y movilización de recursos, de análisis de información estrategia, de comunicaciones, de capacitación continua y de monitoreo y evaluación. Estos comités con funciones temáticas específicas amplían el campo de acción al MCP-ES y le permite una gestión más integral y de apoyo a las otras instituciones nacionales involucradas en la respuesta nacional. Estos comités tenían la potestad de conformarse con miembros de dentro y fuera del MCP-ES.

De acuerdo con las nuevas dinámicas de trabajo del Mecanismo en el año 2016 se redujo el número de comités permanentes a cuatro: comunicaciones, capacitación continua, monitoreo estratégico y Propuestas. Las funciones del resto de comités fueron asignadas al Comité Ejecutivo.

Valiosa rendición de cuentas

Se implementa desde el 2004 la estrategia de informes periódicos de la Unidad Ejecutora al MCP-ES, y de este a las autoridades nacionales e instancias políticas. Actualmente estos informes se presentan una vez al año a las Instancias Políticas del MCP-ES, en el mes de diciembre. Los contenidos de estos informes abarcan, situación financiera y técnica de los proyectos en ejecución, análisis de situación de la respuesta nacional, avances en los procesos de elaboración de propuestas y/o negociación de las mismas. El análisis de situación remarca los retos y desafíos del MCP-ES para el nuevo periodo. “Esta buena práctica, permite socializar y transparentar la gestión de los programas, así como proyectar los planes futuros”.

Nuevos actores relevantes se unen al MCP-ES.

A lo largo de los años el MCP-ES ha logrado que más sectores se integren y participen activamente dentro de los procesos de la respuesta nacional. El primer MCP-ES conto con cinco sectores y se amplió a 7 en el 2010. Para el año 2012, permanece igual el número de sectores, pero aumenta el de representantes. Por decisión del pleno en 2013 se aumenta el número de sectores y representantes en 8 y 17 respectivamente. Los últimos sectores incorporados al MCP son: personas afectadas por Malaria, poblaciones clave (TS, HSH, Trans).

Desde la Dirección Ejecutiva, se han divulgado los lineamientos y requisitos necesarios para que nuevos sectores formen parte del MCP-ES. La Dirección Ejecutiva ha dado acompañamiento, tutoría y apoyo en la documentación de cada uno de los pasos del proceso de acreditación del sector.

Una estrategia de comunicación para la transparencia

En el año 2004 la estrategia estaba enfocada principalmente a la implementación del proyecto de país, e invisibilizaba todos los esfuerzos que desde los diversos sectores participando en el MCP-ES, se hacían para lograr mejores resultados en la respuesta nacional y en la ampliación del alcance de las actividades a poblaciones vulnerables y en mayor riesgo.

Con financiamiento otorgado por PNUD en el 2008 se rediseña una nueva estrategia de comunicaciones, para recalcar la transparencia como la característica más sobresaliente del trabajo del MCP-ES. La comunicación de manera transparente de todas las actividades abarcaba el seguimiento a la implementación de los proyectos, identificación de ventanas de oportunidad para someter nuevas iniciativas de financiamiento, y documentación rigurosa de las actividades estratégicas desarrolladas para la implementación de la respuesta nacional.

Transparencia es el criterio mejor valorado por donantes, organizaciones, beneficiarios y población en general, cuando se califica una iniciativa de beneficio público. Es por eso que se debe contar con los mecanismos y herramientas para comunicar amplia y oportunamente, la gestión de los recursos, procesos y resultados del trabajo colectivo del MCP-ES. La transparencia y la eficiencia en el uso de los recursos de las subvenciones, son las características que más valoran el FM y los otros donantes, cuando califican a El Salvador como elegible para nuevos financiamientos. Esta valoración positiva es una convicción compartida por todos los involucrados en la respuesta nacional, pues también contribuyen en la gestión transparente.





Conclusiones

El éxito de un emprendimiento depende de la calidad de los productos y servicios que se ofrecen, así como de la capacidad de innovación y adaptación a las necesidades del mercado. Es importante tener en cuenta que el éxito no se logra de la noche a la mañana, sino que requiere de un esfuerzo constante y una visión clara del futuro. Además, es fundamental contar con un equipo de trabajo comprometido y con habilidades complementarias. En conclusión, el éxito de un emprendimiento depende de la combinación de estos factores, que deben ser gestionados de manera efectiva para lograr los objetivos establecidos.

02

GOBERNABILIDAD

La primera herramienta para guiar la respuesta nacional al VIH

En el año 1998, gobierno y sociedad civil, con el auspicio de USAID/PASCA, OPS, UNICEF y PNUD iniciaron un trabajo colaborativo para la elaboración del primer Plan Estratégico Nacional para VIH. Este conglomerado multidisciplinario reunió información básica para documentar la epidemia e identificar a los grupos más vulnerables y en mayor riesgo de adquirir el virus. La riqueza de ideas y experiencia aportada por todos, dio origen a los contenidos de la primera respuesta nacional lógica y coherente a la epidemia de VIH.

Este valioso esfuerzo de integración de actividades, fue punto de partida de una visión de conjunto y de uso sinérgico de los recursos disponibles en el país para enfrentar una epidemia de grandes proporciones. Sociedad civil, gobierno, agencias de cooperación bilaterales y multilaterales aportaron para este buen propósito.

Primeras bases regulatorias

El rápido crecimiento de la incidencia del “SIDA” en El Salvador, requirió desarrollar una serie de herramientas regulatorias básicas e indispensables para definir un marco de acción común entre los proveedores de servicios de salud, las personas afectadas por la enfermedad y las organizaciones que velaban por los derechos de las personas viviendo con VIH. El Programa Nacional de prevención, atención y control de ITS/VIH-SIDA del MINSAL, lideró la elaboración de estos instrumentos, con el apoyo y asesoría de expertos nacionales e internacionales y de miembros de ONG involucrados en el tema. Destacan: la Ley de prevención y control de la infección provocada por el virus de la inmunodeficiencia humana, la Política de atención integral a la epidemia de VIH-SIDA, Protocolos de atención de personas infectadas por VIH, manuales metodológicos y módulos educativos para personas viviendo con VIH, guías para la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH y otras. Para la aplicación de cada una de estas, mediante un gran esfuerzo nacional, se capacitó al personal de salud, y a otros colaboradores, tanto a nivel hospitalario como a nivel de comunidades, particularmente a los promotores de salud y miembros de grupos de apoyo. El estigma, la discriminación y en ocasiones malos tratos fueron reportados en los centros de salud. Este problema requirió de esfuerzos adicionales para lograr los cambios de conductas que afectaban la atención de calidad.

Entre las piezas fundamentales que enmarcaron el trabajo del MCP se incluyen: Política nacional de control del VIH/Sida, Ley del VIH, los planes estratégicos elaborados con amplia participación multisectorial, Las cuentas nacionales en VIH/Sida (ahora MEGAS) y muchos otros.

Sobre la base de los principios y contenidos de estas herramientas regulatorias de ámbito nacional, el MCP desarrolla su propio marco de gobernabilidad a través de estatutos y reglamentos. A lo largo de su existencia, el MCP ha modificado en varias oportunidades tanto los estatutos como el reglamento interno. Estas modificaciones obedecieron a las necesidades regulatorias impuestas por la dinámica de este foro, en función de la evolución de la respuesta nacional al VIH, la Tuberculosis y la Malaria.

Estatutos y reglamentos, características sobresalientes

En la primera versión de los estatutos, se nombra al MCP-ES como Comité de Coordinación de El Salvador, en función de la “Estrategia de Lucha contra el VIH-SIDA y la Tuberculosis en poblaciones vulnerables como coadyuvante a la reducción de la pobreza en El Salvador. 2003-2008” y entró en vigencia en Julio de 2003. Como instancia multisectorial integraba 13 miembros delegados pertenecientes a cinco sectores: Instancias gubernamentales, personas viviendo con el VIH-SIDA, ONG, sector educativo académico, y agencias de cooperación internacional. El estatuto nombra para la etapa inicial al PNUD como Recetor Principal y le especifica sus funciones. Define la estructura coordinadora con una Presidencia, una Vicepresidencia y una Secretaría. Como instancias asesoras crea la de asesoría política, comités técnicos de apoyo y las mesas consultivas sectoriales. En el reglamento, se desarrollan las definiciones, funciones y operación de la estructura directiva, la conducción de las reuniones, toma de decisiones, las labores de los comités y las acciones y proyectos del CCE.

En el 2009, se modifican los estatutos y se cambia el nombre a Mecanismo de Coordinación de País-El Salvador (MCP-ES), amplía el número de sectores a ocho, incorporando a las organizaciones basadas en la Fe, la empresa privada y a las municipalidades, aunque estas últimas nunca nombraron un representante. El propósito explícito era garantizar el eficiente, equitativo y transparente uso de los recursos asignados y promover una amplia participación de los diversos sectores de la población salvadoreña, a fin de incidir en la reducción del ambiente de discriminación y estigmatización causado por la epidemia del VIH-Sida, la tuberculosis y la malaria. Con el propósito de dar mayor continuidad al trabajo de los representantes, se amplía el período de su representación a tres años y el MCP adopta medidas para certificar la transparencia de los procesos de selección de representantes al interior de los sectores, sin influenciar sus decisiones. Para dividir la creciente carga de trabajo el MCP-ES nombra comités permanentes con funciones específicas tales como: ejecutivo, sostenibilidad, comunicaciones, supervisión, capacitación continua, propuestas, y análisis de información estratégica.

El MCP-ES, nuevamente hace una revisión de sus estatutos en el año 2012, para conciliarlo con la nueva dinámica del colegiado. Se autodefine de composición multisectorial público-privada responsable de coordinar los esfuerzos de conjunto en materia de financiamiento del Fondo Mundial, pero

amplia a otras fuentes de financiamiento, y además de VIH y tuberculosis ya incorpora a la malaria como componente. También modifica su membresía y los define como pertenecientes a solo tres sectores: Gubernamental, no gubernamental, y organismos internacionales. El sector no gubernamental aglutina a seis subsectores entre estos las organizaciones de sociedad civil, personas afectadas por las tres enfermedades, organizaciones basadas en la fe, sector privado con o sin fines de lucro, e instituciones académicas. En esta versión, define su estructura de la siguiente forma: la asamblea como máximo órgano de decisión, el comité ejecutivo, los comités permanentes y la dirección ejecutiva. El Agente Local del Fondo y el o los RP son invitados a participar de las reuniones del MCP-ES, con voz, pero sin voto.

De manera destacada señala “que los representantes del MCP-ES, respetando el principio de equidad de género, serán considerados como miembros igualitarios/as con pleno derecho de participación, de expresión y de contribución al proceso de toma de decisiones. En estos estatutos se incorpora una pieza fundamental para enmarcar el funcionamiento de la asamblea y la conducta de sus miembros, aplicando la política de Conflictos de Interés (Capítulo IV, artículos desde 43 al 46).

El MCP-ES tiene como característica, el análisis estratégico de su entorno y en función de este, se renueva y actualiza para seguir mejorando, alineados con las estrategias y políticas de salud. En este marco actualiza sus estatutos en enero de 2016. De manera relevante se señala la ampliación del Artículo 2, sumando a las herramientas que lo rigen (leyes del país, estatutos y reglamentos), la Política de Conflictos de Interés y el Código de Ética. Con estas incorporaciones se da un salto de calidad sumamente importante en la conducta y proceder de los miembros del MCP-ES, en abono a su ya reconocida trayectoria de transparencia, eficiencia y legitimidad.

Primer receptor Principal (RP)

A pesar que el donante había indicado que los administradores de las subvenciones no fueran Programas de Naciones Unidas, a solicitud del CCE, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) terminó por convertirse en el primer receptor principal de los proyectos del FM en El Salvador. Esta selección, fue condicionada en buena medida por los mismos lineamientos dados por el FM, y por los estatutos y el reglamento interno del CCE. Al RP se le dan las funciones de establecer y supervisar la unidad

técnica y administrativa responsable de la ejecución del proyecto, colaborar activamente con el CCE para la elaboración de sus planes operativos, asistir activamente al CCE en las reuniones periódicas y desarrollarle capacidades técnicas y financieras para que el CCE diera seguimiento al proyecto. Debería además proporcionar informes periódicos y cooperar tanto con el CCE como con el Agente Local del Fondo en el cumplimiento de su contrato con el FM y la implementación de la propuesta. “Este RP, debía hacer de todo”.

Como RP el PNUD asumió el compromiso de realizar una transferencia tecnológica a organizaciones nacionales, a fin de desarrollar en estas las capacidades necesarias para eventualmente asumir como RP. Muchos esfuerzos fueron encaminados a este propósito, pero los resultados fueron poco satisfactorios. La magnitud de la responsabilidad de administrar una subvención de esta naturaleza requiere de una infraestructura y personal altamente capacitado, de diversas disciplinas administrativas, financieras, contables y de control, lo que resulta costoso. El PNUD ejerció sus funciones como RP de los proyectos de país hasta el año 2013. El proceso de cambio de RP se inició en el 2012, cuando el Fondo Mundial solicita se busque un Receptor Principal que provenga de organizaciones nacionales, hasta esa fecha PNUD había desarrollado un excelente trabajo como RP. Luego de un exhaustivo proceso de selección nunca implementado hasta esa fecha, en el 2014, Plan Internacional junto a MINSAL como su contraparte, inicia como nuevo Receptor Principal con el Proyecto “Innovando Servicios, Reduciendo riesgos y Renovando Vidas en El Salvador”. A la fecha el PNUD continúa con su rol de RP para los fondos de sostenibilidad del mecanismo, actividad que ha sido desempeñada desde el 2002.



Propuesta del país no del gobierno

Como consecuencia de los lineamientos novedosos del FM, de las características particulares del proceso de propuestas presentadas por los países, y de las expectativas que se despertaron entre los actores nacionales, en un inicio y una vez aprobada la primera subvención, existió mucho recelo y desconfianza entre las instituciones de sociedad civil en el Mecanismo frente a la representación de gobierno, en relación con la distribución de los fondos a sub-receptores. Siempre se repetía que era una propuesta de país, no de gobierno. Fue necesario, trabajar a nivel del foro para que se entendiera la arquitectura del FM, asimilar las funciones y responsabilidades de cada una de las instancias de gobernanza y las bases sobre las cuales el RP tenía mandado de adjudicar los fondos para implementar el programa de trabajo. No fue tarea fácil ni se logró de manera rápida. Muchos conflictos siguieron aflorando sobre este mismo tema y por largo tiempo. Por lo anterior llamó mucho la atención que, desde el mismo reglamento, se decidiera nombrar a un representante del MINSAL como primer presidente de este mecanismo, cargo que desempeñó del 2002 al 2005. En este periodo fue acompañado por dos vicepresidentes: la representante de ONUSIDA (2002-2003), quien deja el CCE para ser la Coordinadora del Proyecto Fondo Mundial Administrado por PNUD. A su salida en el año 2003 se elige como Vicepresidente al representante de la RED PREVENSIDA y Director de ASPS, quien era el representante de las ONG nacionales.

Crisis institucional, traslape de roles, lenta ejecución, frecuentes cambios de reglas y procesos

Entre los años 2003-2004, el proyecto de país, tuvo un inicio complicado y los procesos burocráticos se mostraban lentos y cambiantes. La implementación era muy baja. Dentro del mecanismo, se manejaban contradicciones sobre todo motivadas por los conflictos surgidos entre los representantes de los sectores. Algunas de las organizaciones que participaban dentro del Mecanismo por la inestabilidad tomaron la decisión de retirarse del mismo. Los estatutos vigentes en esos años, contemplaban disposiciones para prevenir estos conflictos, sin embargo, siempre surgieron estos y desafortunadamente generaron un mal clima al interior del CCE. Los estatutos establecían en su Art 22 inciso 5 que “para garantizar la buena gestión y transparencia, las instituciones repre-

sentadas en el CCE deberán abstenerse de la definición de términos de referencia, la preselección de sub-beneficiarias y sub-beneficiarios, la evaluación de las propuestas y la toma de decisión en los procesos de adquisición de bienes, obras o servicios, si las mismas participan como potenciales sub-beneficiarias y sub-beneficiarios". Esta disposición no fue suficiente para un funcionamiento armónico y eficiente dentro del CCE.

El avance de la epidemia exigía celeridad en la ejecución del programa, pero, por otra parte, en esa época, dentro del Mecanismo se generaba el desconcierto e inestabilidad administrativa. Algunos miembros alegaron que esto era debido al cambio constante de directrices por parte del donante. "Gastarse el dinero" fue la expresión peculiar que se interpretó como un mandato desde el Fondo Mundial, pero para algunos miembros del CCE, no era "gastando el dinero" el mejor método para que el país alcanzara los resultados y para llegar a las personas beneficiarias.

El CCE se interesaba principalmente en temas administrativos y no estratégicos de supervisión, monitoreo y garantía de amplia participación. Esto se dio así debido a que el FM pedía que se buscara la forma para que las ONG pudieran participar en la ejecución de los proyectos, pero en la realidad, no todas las ONG que se interesaron en apoyar la ejecución de programas estaban debidamente capacitadas o acreditadas como tal. Con esta posición del Mecanismo, se envía un mensaje erróneo a sociedad civil pues "se pensaba que al pertenecer al CCE se lograba incidir en procesos y asegurar fondos para ejecutar actividades". Creencia que fue el detonante para los conflictos de interés. En consecuencia, estos primeros años estuvieron marcados por ese conflicto de interés. No se había definido con claridad el papel de los participantes ni los requisitos mínimos necesarios ni su relación con el RP; es por esto que en este periodo hubo intervención del RP (PNUD) en el trabajo del CCE pues el PNUD como RP trataba de actuar como catalizador en los procesos y funcionamiento del mecanismo que estaba en crisis.

Iniciativa Back up de GTZ en apoyo al CCE 2003-2005

El análisis de la situación por la que pasaba el CCE en este momento inicial, obligó a buscar apoyo especializado para evitar poner en riesgo la implementación de la subvención. Se debe anotar que esta es una de las características más sobresalientes de este mecanismo en El Salvador, hacer autocrítica, y como

instancia colegiada plantearse escenarios de posibles soluciones a problemas, teniendo como propósito único impulsar la respuesta nacional al VIH y Tuberculosis. En estos primeros años fue la iniciativa Back Up de GTZ la que asumió esta tarea, enfocando su estrategia en fortalecer la capacidad gerencial estratégica del CCE para manejar de mejor manera los procesos. Los resultados buscados fueron:

- 1) **Fortalecer la capacidad técnica y administrativa del CCE (ahora MCP-ES), se trabajó en:** capacitación técnica en TB y VIH/SIDA al pleno del CCE; diseño de acciones de diseminación de información; apoyo a la sistematización del funcionamiento del CCE, fortalecimiento a las ONG del CCE.
- 2) **Diseño de un mecanismo que garantizara la amplia participación sectorial y toma de decisiones, involucrando a sectores representativos de la sociedad salvadoreña.** Para este resultado se implementó una serie de talleres sobre: mecanismos participativos de toma de decisiones a nivel sectorial; programación y conducción de reuniones de las mesas sectoriales; elaboración de plan de trabajo; reuniones de intercambio de experiencias con otros mecanismos de coordinación de país; conducción de reunión de trabajo entre el CCE y los comités técnicos de apoyo para definición de roles y
- 3) **Desarrollo de un plan de monitoreo y evaluación de la calidad de los servicios de atención de VIH/SIDA y Tuberculosis lo que incluyó:** revisión de los indicadores de la propuesta; creación del marco conceptual de monitoreo y evaluación; elaboración de un plan de MyE y la definición de un sistema de recolección de la información; el marco conceptual del proceso de monitoreo y evaluación de la calidad de los servicios de VIH/SIDA y Tuberculosis y elaboración y validación de un paquete de indicadores para incorporar a los servicios de salud.

El plan estratégico con asistencia de GTZ se desarrolló entre 2003 y 2005. Los cambios en la dinámica del foro fueron muy positivos, lográndose cumplir con el programa y con los resultados previstos. Esta ganancia de capacidades institucionales, constituyó un salto de calidad para el CCE. La buena práctica fue reconocer la situación problemática y buscar el apoyo técnico de calidad para salir de la crisis a través del desarrollo de capacidades y de instrumentos de gestión idóneos.



Necesidad de mejores herramientas de gobernabilidad, elaboración colectiva, socialización amplia

Aun cuando desde sus inicios ya se contaba con documentos de gobernanza, ha sido una constante desarrollar mejoras a estas herramientas, adecuarlas a los cambios en el contexto de país y de las necesidades del Mecanismo para cumplir con sus funciones y responsabilidades. No obstante, esta mejora continua y permanente, resalta que durante el período de 2008 al 2015 es cuando se alcanza la gobernanza más eficiente del mecanismo. Esto se logra a través de la revisión, actualización y desarrollo de una amplia gama de documentos, entre estos: estatutos, reglamento interno, política de conflicto de interés, planes de incidencia política, elaboración de plan estratégico, plan de monitoreo y evaluación, manual de supervisión. Estas revisiones y actualizaciones contaron en sus inicios con el apoyo de GIZ, USAID/PASCA, PNUD, ONUSIDA y USAID/GMS. Las principales modificaciones en los documentos en el 2009 se asociaron con cambios de nombre y actualización de funciones, ejemplos: de Comité Coordinador El Salvador por Mecanismo Coordinador de País El Salvador (MCP-ES); Estructura Coordinadora por Comité Ejecutivo; Secretaría Técnica por Dirección Ejecutiva; Beneficiario Principal por Receptor Principal; además se estableció el cambio en el período de permanencia de los miembros del MCP-ES. La última revisión en el 2015 fue hecha con asistencia técnica USAID/PASCA quienes facilitaron los talleres de revisión, en donde los miembros del Mecanismo decidieron sobre los cambios pertinentes en el

articulado de las herramientas de gobernanza, uno de los cambios más importantes fue la inclusión de las poblaciones claves como uno de los sectores miembros. Esta técnica de revisión ha permitido la apropiación de los cambios aprobados por parte de los miembros y el respeto a las normas de gobernanza y aunque estos instrumentos no tienen carácter de norma jurídica, los miembros del MCP-ES los reconocen, aplican y se someten a ellos en forma voluntaria.

Esta estrategia de gestión con involucramiento de todos los miembros ha clarificado la ejecución de los procedimientos de trabajo del MCP-ES, y representan un importante avance en el desarrollo de la gobernanza del mecanismo en El Salvador. “Esta es otra buena práctica del MCP-ES”.

En el marco de trabajo del MCP-ES actualmente se cuenta con los siguientes documentos:

- **Estatutos:** definen los objetivos del MCP-ES, alineados con las estrategias y políticas nacionales de salud. Han sido modificados en cuatro oportunidades.
- **Reglamento Interno:** complementa y precisa las disposiciones establecidas en los Estatutos del MCP-ES, particularmente en lo relativo a su constitución y composición, a los órganos que lo componen, su funcionamiento y procedimiento para la toma de decisiones. En 2016 se aprobó la cuarta revisión.
- **Manual Administrativo:** describe los procesos y procedimientos operativos; propósito, roles, organización y funcionamiento general; comparte la misión, visión, roles y funciones generales; y sirve de guía para la inducción y orientación de los miembros y personal técnico del MCP-ES.
- **Política de Conflicto de Interés:** proporciona al MCP-ES, directrices y procedimientos para manejar adecuadamente las situaciones de conflicto de interés y de potencial conflicto de interés, de conformidad con los requisitos del Fondo Mundial y las leyes vigentes en el país.
- **Manual de Monitoreo Estratégico:** es una guía, que de forma sencilla y clara permite, la conceptualización, la sistematización de procesos, procedimientos y herramientas para desempeñar la función de Monitoreo Estratégico de las subvenciones otorgadas por el Fondo Mundial a El Salvador.
- **Código de Ética:** establece los principios y valores básicos que guíen el accionar del MCP-ES en general y de las personas representantes que lo conforman, velando porque se cumplan los objetivos contemplados en los estatutos del MCP-ES.

- **Estrategia de Comunicación:** aclara el rol del MCP-ES como la entidad multisectorial que coordina estratégicamente y supervisa la ejecución de los proyectos subvencionados por el Fondo Mundial, en materia de VIH, Tuberculosis y Malaria en el país.
- **Manual de Inducción:** Describe el proceso de inducción que permite a los miembros del MCP-ES conocer al Fondo Mundial y la participación de los sectores dentro del MCP-ES, los documentos de gobernanza y las directrices del Fondo Mundial, la función supervisora del MCP-ES, el trabajo a través de los Comités Permanentes y el trabajo del MCP-ES en la elaboración de Propuestas.

Representatividad más amplia, pero siguiendo proceso sistemático y riguroso

Para cumplir con el objetivo del MCP-ES, tal como se establece desde los primeros estatutos (2003), que indica, “incorporar los diferentes sectores de la sociedad salvadoreña para lograr una mayor coordinación interinstitucional, intersectorial e interdisciplinaria en el abordaje y la búsqueda de soluciones a las problemáticas del VIH/SIDA, tuberculosis”. Después de 14 años de trabajo el MCP-ES ha ampliado su membresía, siguiendo procesos establecidos, para la selección de sectores y sus respectivos representantes, tanto propietarios como suplentes. Estos procesos democráticos han sido sistemáticamente registrados y asentados en actas que resguarda la dirección ejecutiva. Al momento el MCP-ES está integrado por tres sectores y 17 representantes propietarios. Los sectores son: gubernamental, no gubernamental y organismos internacionales de cooperación multilaterales y bilaterales que trabajen en el país. La distribución de los 17 miembros en los diferentes sectores se muestra en la tabla 1.

La responsabilidad y volumen de trabajo generado en el MCP-ES es creciente y requiere una distribución de tareas entre todos sus miembros. Esta forma de organización permite que todos tengan la oportunidad de incidir en las decisiones y contenidos de las propuestas. Cada miembro tiene la oportunidad y responsabilidad de pertenecer al menos a uno de los comités permanentes. Estos comités están abiertos a otros actores provenientes de los diferentes sectores que así lo deseen. En el período 2008-2010 se consolidaron estos comités permanentes y se enfocaron en las siguientes áreas: comunicaciones, monitoreo estratégico, propuestas y capacitación, análisis de información estratégica, evaluación de procesos. Los últimos dos fueron suprimidos en la última revisión realizada por el Comité y sus funciones fueron reasignadas.

TABLA 1.

| Sector | Compuesto por | Nº de miembros |
|---------------------------|---|----------------|
| Gubernamental | Gobierno | 3 miembros |
| | Ministerio de Salud. | 1 |
| | Otro miembros gubernamentales designados por CONASIDA | 2 |
| | Sociedad Civil | 12 miembros |
| No gubernamental | Personas afectadas por VIH, tuberculosis y/o Malaria | |
| | Personas afectadas por VIH | 2 |
| | Personas afectadas por TB | 1 |
| | Personas afectadas por Malaria | 1 |
| | Poblaciones claves | |
| | Trabajadoras Sexuales | 1 |
| | Hombres que tienen sexo con hombres/Mujeres Trans | 1 |
| | ONG Nacionales/ Internacionales | 1 |
| | Institucionales Académicas | 1 |
| | Organizaciones basadas en la fe | 1 |
| Sector privado | 1 | |
| Cooperación internacional | Socios internacionales multilaterales y bilaterales | 2 miembros |
| | Multilaterales | 1 |
| | Bilaterales | 1 |

Rol de los organismos de la cooperación internacional y del SNU.

Durante sus primeros doce años de funcionamiento el apoyo de los organismos de las Naciones Unidas con sus diferentes programas integrados en el Grupo Temático de ONUSIDA (PNUD, UNFPA, UNICEF, PMA, representación de país de ONUSIDA,) ha sido permanente y fundamental. El Mecanismo también busco la integración de otros organismos como GIZ, Cooperación Española (AECID), USAID-PASCA, ampliando así el apoyo de los organismos internacionales en aspectos técnicos, financieros, políticos y estratégicos. Representantes de este sector siguen acompañando al país en el MCP-ES y han jugado un papel central en la elaboración de las propuestas ante el FM, en el diseño y actualización de herramientas de gobernanza, planes estratégicos y de manera importante sirviendo como instancias catalíticas y moderadoras en

la dinámica de las sesiones plenarias, posicionándose como organismos imparciales, objetivos, con respaldo técnico y solvencia moral.

Las instancias de gobierno del mecanismo

Actualmente el MCP-ES trabaja en forma organizada con:

Asamblea General,
Comité Ejecutivo,
Dirección Ejecutiva y
Comités Permanentes;

Estas cuatro instancias trabajando coordinadamente y con funciones y responsabilidades bien definidas y complementarias, promueven, gestionan y monitorean el cumplimiento de los acuerdos de cooperación del Fondo Mundial.

Las funciones de estos órganos son:

La **Asamblea General** es el máximo organismo de decisión del MCP-ES, realiza reuniones periódicas en un foro de discusión abierto con la participación de todos los delegados propietarios y sus suplentes. Estos delegados aprueban el marco general del trabajo del MCP-ES, aseguran los mecanismos de coordinación, ejecución y seguimiento de los esfuerzos, eligen al Comité Ejecutivo y son la instancia de interrelación con los receptores principales.

El **Comité Ejecutivo** tiene como funciones principales de esta estructura, la representación legal del MCP-ES a través de su Presidente/a, dar seguimiento a las directrices emanadas de la reunión plenaria y asegurar que se mantenga el flujo de información a los demás miembros del MCP-ES. Se elige en la Asamblea General y consta de una Presidencia, una Vicepresidencia y una Secretaría, ni el presidente ni el vicepresidente pueden provenir del mismo sector ni de las instituciones que fungen como Receptores Principales. A partir del 2016 con el afán de democratizar aún más la toma de decisiones a la Secretaría pueden optar los miembros suplentes. La Directora Ejecutiva forma parte de este comité con derecho a voz, pero no a voto.

Comités Permanentes que desarrollan y ejecutan las acciones y directrices del MCP-ES de conformidad al mandato para el que fueron creados, estos deben informar periódica y oportunamente al MCP-ES el desarrollo de sus actividades, coordinar con los Receptores Principales u otras organizaciones si así lo estipula el MCP-ES los aspectos técnicos

necesarios para el cumplimiento efectivo de su mandato. Podrán estar conformados por miembros del MCP-ES y expertos provenientes de instituciones relacionadas a la lucha contra el VIH-Sida, la tuberculosis y la malaria, pudiendo provenir de instituciones representadas y no representadas en el MCP-ES

Receptores Principales: Las relaciones del MCP-ES con las Unidades Ejecutoras son muy estrechas, se cuenta con representación permanente en la mesa de un miembro de los Receptores Principales, PNUD, Unidad Ejecutora del MINSAL y Plan Internacional, estas unidades trabajan de la mano con la Presidencia y la Dirección Ejecutiva. Dado que el MCP-ES no opera aisladamente se cuenta dentro de sus miembros con la participación de los Jefes de los Programas Nacionales de VIH, Tuberculosis y Malaria, adicionalmente, se mantiene comunicación permanente con las diversas organizaciones de la sociedad civil y poblaciones afectadas.

Dirección Ejecutiva: La Dirección Ejecutiva tiene una función administrativa-gerencial y operativa, de apoyo a la ejecución de las decisiones adoptadas por el MCP-ES.

Los representantes, ejercicio democrático, reglas básicas

Desde sus inicios el MCP-ES como organismo colegiado aplica un proceso democrático en la toma de decisiones y mantiene coordinación y comunicación efectiva interna y externa hacia el Fondo Mundial y otras instancias, esta característica de las decisiones fortalece los procesos participativos en la generación, ejecución y verificación de las acciones y estrategias de los procesos que realiza el MCP-ES.

La sociedad civil es un interlocutor importante para replicar medidas para los diferentes sectores que la componen, y debido a que el MCP-ES se integra en su mayoría (70%) por miembros de la sociedad civil, esto permite que las decisiones representen el sentir de las necesidades de la sociedad civil y por lo tanto responden a la realidad de cada sector, justificando y representando aún más los planteamientos y propuestas de estos sectores en las solicitudes de financiamiento al Fondo Mundial.

Este proceso ha ido evolucionando, se han ido incorporando nuevos miembros de la sociedad civil. Esta mayor participación de los diversos sectores en la conformación del MCP-ES, es un pilar fundamental en el proceso de

toma de decisiones y en la garantía de que éstas respondan a las necesidades de los sectores y a los intereses de las poblaciones afectadas.

La participación multisectorial de los miembros que integran el MCP-ES, unido a la periodicidad de las reuniones plenarias, (se han realizado 23 en promedio por año en los últimos 14 años), garantizan que el proceso de toma de decisiones sea una instancia abierta a la discusión, a formar consenso y con un proceso de votación que valida las decisiones y le proporciona un carácter colegiado.

Para evitar que se puedan generar situaciones en las que aparezcan conflictos de interés, potenciales o reales, se crea en forma integral la Política de Conflicto de Interés, la cual se actualiza a través de un comité ad hoc en el 2008 como un instrumento que garantizará, y salvaguardará los intereses de todas las partes implicadas. Esta Política promueve la imparcialidad, la responsabilidad, la transparencia y la confianza pública para evitar que los conflictos de intereses potenciales se traduzcan en inequidades, ineficiencias o cualquier otra acción u omisión en perjuicio de las subvenciones o proyectos que el MCP-ES supervisa. Además, busca preservar la integridad, reputación e intereses de los miembros del MCP-ES como garantes del cumplimiento de los objetivos de las subvenciones asignadas a El Salvador por el Fondo Mundial o por otros donantes; y tiene aplicación obligatoria para las personas naturales, entidades, instituciones u organizaciones vinculadas al MCP-ES, la política fue revisada y actualizada en el 2012 por los miembros, con el apoyo de Asistencia Técnica proporcionada por USAID/GMS.

Para asegurar el cumplimiento de la aplicación de procesos transparentes en su gestión el MCP-ES se ha convertido en un espacio de comunicación, que permite compartir información con instituciones sobre el trabajo realizado en relación con los avances, logros o dificultades, en la respuesta nacional ante el VIH, tuberculosis y malaria; entre algunos de los esfuerzos que el MCP-ES realiza para mantener una comunicación fluida y efectiva, desde sus inicios con la presencia de los RP y los medios de comunicación se llevan a cabo reuniones con la participación de los diferentes sectores, con el propósito de mantener los vínculos de coordinación en la elaboración de las notas conceptuales y dar a conocer los avances de los proyectos en ejecución, estas acciones se incrementaron a partir del 2009 cuando se establecieron como una línea en su plan de trabajo 3 reuniones multisectoriales cada año.



Las publicaciones periódicas

Una de las formas sistemáticas del MCP-ES para dar a conocer su trabajo, es a través de boletines informativos, los que desde su creación en 2008, han tenido como objetivo principal proporcionar información que ayude a todos los lectores a comprender el significado, el alcance, las funciones y la importancia de la labor que realiza el mecanismo. A través de este instrumento se comparten los avances de los planes de trabajo. Al momento se han emitido 42 documentos que recogen el trabajo desarrollado por los miembros del MCP-ES.

La información periódica compartida por el boletín informativo se complementa con la actualización casi en tiempo real a través de las redes sociales y página web del MCP-ES, como parte de la estrategia de comunicaciones. Esta función está a cargo del Comité de Comunicaciones con el apoyo de la dirección ejecutiva, su propósito es contribuir con la proyección del Mecanismo hacia los diferentes sectores de la sociedad salvadoreña y en particular con los que participan en la respuesta nacional al VIH, tuberculosis y malaria.



03

IMPACTO DE LOS PROYECTOS

Las subvenciones otorgadas al país por el Fondo Mundial, desde el año 2003 a la fecha, han contribuido de manera significativa en el control de la epidemia de VIH y en fortalecer el Programa de Control de la Tuberculosis, pero los beneficios para el país no se limitan al evidente progreso frente a las enfermedades y al mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, estos beneficios han tenido un alcance mucho mayor, sobre todo en organizaciones de sociedad civil, quienes han desarrollado capacidades técnicas, gerenciales, de incidencia política, de apropiación de la respuesta nacional, en rendición de cuentas, transparencia y capacidad parlamentaria. El crecimiento en las capacidades antes mencionadas fue paralelo a la capacidad de dimensionar al VIH y a la tuberculosis como problemas sociales de amplio impacto negativo sobre todo a sectores altamente vulnerables; problemas que requerían de un esfuerzo colectivo, de un compromiso social multidisciplinario y de largo plazo. Otro beneficio ha sido el involucramiento en los programas de control de otras instancias como gobiernos locales, PNC, CAM,

Procuraduría de Derechos Humanos, el sistema judicial, con los cuales se trabaja para la búsqueda de sensibilización e inclusión en temas de reducción de estigma y discriminación y propiciar el cumplimiento de los derechos humanos de la población afectada.

En otro ámbito, las características y condiciones definidas por el Fondo Mundial, han abierto el espacio a los socios a nivel mundial y localmente para generar sinergias y complementariedad en las estrategias de apoyo a los países. Este es otro beneficio palpable inherente a la ejecución de las propuestas de país frente al VIH, la tuberculosis y recientemente a la malaria, subvencionadas por el Fondo Mundial. En conclusión, se puede afirmar que los beneficios surgidos de las subvenciones del FM al país han impactado tanto a gobierno, sociedad civil y a la misma cooperación internacional, pero lo inverso es también cierto, el Fondo Mundial ha tomado de estas instancias, importantes lecciones para su mejoría continua.

Primera propuesta de país financiada por el FM ATM, Ronda 2 (R2); más que ejecución de un proyecto, un proceso de aprendizaje y acomodación paciente a constantes cambios de reglas

El 31 de enero de 2003 el Fondo Mundial anunció al CCE que la propuesta “Estrategia de Lucha contra el VIH/SIDA y la Tuberculosis en poblaciones vulnerables como coadyuvante a la reducción de la pobreza en El Salvador, 2003-2008” era aceptada por lo que el CCE dio inicio al proceso de seguimiento y preparación de condiciones. El 11 de marzo del 2003, el CCE ratificó de manera unánime el nombramiento del PNUD como único Receptor Principal (RP) del proyecto. En ese mismo mes a solicitud del FM dio su aval a la contratación del Agente Local del Fondo (ALF), con lo cual se cumplió así el requisito estipulado por el Fondo Mundial.

Es importante mencionar que al final de la Fase 1 el FM comunicó al país que se disminuirían 4 millones en el presupuesto del componente de VIH. Con este recorte se afectó el financiamiento para desarrollar actividades que buscaban incidir en los siguientes indicadores: condones disponibles para distribuir en todo el país; población vulnerable que conoce al menos dos o tres medidas preventivas del VIH; prevalencia de infección de VIH (TCS, HSH y Privados de Libertad); porcentaje de (TCS y HSH) que refieren haber usado condón en su última relación sexual; tasa de prevalencia de VIH en mujeres

embarazadas; porcentaje de mujeres embarazadas que conocen dos formas de prevención de la infección de VIH; porcentaje de jóvenes que conocen al menos dos o tres formas de prevención del VIH; porcentaje de mujeres embarazadas VIH+ que han recibido tratamiento preventivo completo con ARV para reducir el riesgo de la transmisión vertical; reducción en un 60% la mortalidad de las personas en TAR; número o porcentaje de personas con TAR; reducción del número de hospitalización de las personas con SIDA en la terapia ARV; porcentaje de hospitales y centros de salud con capacidad para brindar atención integral del VIH/sida; porcentaje del personal institucional capacitado en el abordaje integral del VIH/sida. La sanción fue aplicada por interpretación por parte del ALF y del Gerente de Portafolio del país, de no uso de recursos durante el período evaluado, aunque a juzgar por otros funcionarios, la causa real fue por falta de recursos a nivel central del FM. Las apelaciones y justificaciones para evitar esta sanción no fueron aceptadas.

Población atendida para VIH y para TB

Las poblaciones beneficiadas con el primer proyecto de VIH fueron: población general, poblaciones vulnerables HSH, TS, población móvil, privados de libertad, adolescentes y jóvenes, personas viviendo con VIH/SIDA, embarazadas, comunidad educativa (primera, secundaria, universitaria y técnica).

Las poblaciones beneficiadas con el primer proyecto de TB fueron: privados de libertad, pacientes TB y familias (contactos); personal de salud del MINSAL, ISSS, policía y Sanidad Militar. Las acciones realizadas en VIH buscaban cumplir con las siguientes metas:

Reducir la Tasa de Incidencia de VIH 13.7 x 100,000 hab. a 10 x 100,000 hab. y la Tasa de Mortalidad por SIDA 6.6 x 100,000 hab. a 5 x 100,000 hab. en la población salvadoreña para el 2008.

Los Objetivos y resultados esperados fueron: incorporar estrategias innovadoras de cambio de conducta para el abordaje preventivo del VIH/SIDA en poblaciones vulnerables de alto riesgo (HSH, TCS, Jóvenes y adolescentes (con problemas delictivos y adictos a drogas); privados de libertad, poblaciones móviles) y embarazadas, que permitan modificar sus conductas de riesgo; fortalecer las acciones para el abordaje preventivo, la NO discriminación y

advocacy del VIH/SIDA. Brindar una atención integral a las personas que viven con VIH/SIDA.

Las acciones realizadas en TB buscaban alcanzar la meta de reducir la tasa de casos nuevos notificados de 22 a 15 x 100,000 y la mortalidad por tuberculosis de 1 a 0.4 x 100,000 hab. en la población Salvadoreña.

Objetivos y resultados esperados: extender la cobertura y eficacia del tratamiento acortado estrictamente supervisado (TAES) en el sector público, privado y de la seguridad social; implementar un programa Información, educación y comunicación (IEC) que permitiera incrementar la detección de casos y la eficacia del programa; contener la co-infección de la tuberculosis y VIH/Sida. El monto total del proyecto de R2 para VIH fue de: \$23, 538,964 y para TB \$3, 373,759

Una nueva propuesta de país

En 2007 el país presenta un segundo proyecto para VIH y Tb, el Fondo Mundial acepta únicamente la solicitud presentada para el componente de VIH. “Ampliación de la respuesta nacional al VIH para poblaciones vulnerables y establecimiento de sistema de protección social sostenible para personas viviendo con VIH (PVVS) en El Salvador 2008 – 2013, las poblaciones beneficiarias fueron: HSH, TS, privados de libertad, miembros de pandillas, niños de la calle, poblaciones móviles, cuerpos uniformados, mujeres embarazadas, adolescentes y jóvenes, trabajadores de salud y voluntarios.



Finalidad del proyecto: atenuar el impacto social y económico de la epidemia. Esto se lograría reduciendo la transmisión, morbilidad y mortalidad y aumentando la calidad de vida de los PVVS.

Los objetivos y las áreas de prestación de servicio (APS) fueron los siguientes: mejorar la protección social y calidad de vida de las PVVS esto incluye las siguientes áreas de prestación de servicio (APS): fortalecimiento de la sociedad civil y creación de capacidad institucional; mejoramiento de la protección social de PVVS; reducción de la estigmatización; reducción de la transmisión del VIH, ampliando la cobertura y la gama de actividades para la prevención de la infección por HIV y la promoción de la salud sexual y reproductiva en grupos vulnerables. Las áreas de entrega de servicio correspondientes son: comunicación para cambiar comportamiento (CCC); distribución del condón; consejería y pruebas, diagnóstico y tratamiento (VCT); disminuir la morbilidad y mortalidad, facilitando la disponibilidad, el acceso y la calidad de la atención integral a los PVVS.

Las principales áreas de prestación de servicio son: terapia anti-retroviral.; profilaxis y tratamiento de infecciones oportunistas; atención integral y apoyo a los enfermos crónicos fortalecer el sistema de salud. Las APS para este objetivo son: consolidación del sistema de monitoreo, evaluación y vigilancia epidemiológica; fortalecer formación profesional para el sector salud. El monto Total del Proyecto fue de \$24, 866,085

Desarrollar capacidades, homologar conocimientos para mejor implementación de actividades

La implementación de las propuestas, con la participación de organizaciones de sociedad civil para algunos de los componentes requería desarrollar capacidades, homologar conocimientos técnicos, de políticas y de procedimientos específicos, para lograr eficiencia y buenos resultados. Para este propósito se diseñaron programas de capacitación. Así entre el 2007 al 2009 se realizaron diferentes actividades encaminadas al fortalecimiento organizacional de 14 ONG. Dentro de estas actividades se ejecutaron capacitaciones en procesos para incrementar la capacidad administrativo en las áreas de organización (estructura organizativa, con sus líneas de jerarquía y comunicación, organigrama, manual de organización y de puestos), liderazgo y administración de recursos humanos (reclutamiento, selección, inducción, motivación, salarios y escalafón).

ONG beneficiadas: ASAFOCAIS; Asociación Cristiana de Jóvenes-ACJ; Asociación Cristiana Femenina- ACF; Asociación de Mujeres “Flor de Piedra”; Asociación de Personas Positivas “Vida Nueva”; Asociación Salvadoreña de Derechos Humanos ENTRE AMIGOS; Asociación Solidaria para impulsar el Desarrollo Humano ASPIDH-ARCOIRIS; Atletas contra el SIDA- ATLECSSES; Centro de Orientación para la Educación de la Sexualidad-COESAL; Comunidad Internacional de Mujeres viviendo con VIH-SIDA (ICW); COFEVI; CONAMUS, CONTRASIDA; Fundación Huellas de Esperanza; Fraternidad Sin Fronteras; Movimiento de Mujeres “Orquídeas del Mar”; Organización de Mujeres Trabajadoras del Sexo- OTS, Red Salvadoreña de Personas con VIH (REDSAL).

Tercer financiamiento, nueva modalidad. RCC, el país cosecha por buen desempeño

El Fondo Mundial invito al país a presentar un nuevo proyecto bajo la Modalidad de Financiamiento Continuado (RCC en Ingles), esto era equivalente a una tercera fase de la Ronda 2.

En RCC se realizaría fundamentalmente el fortalecimiento institucional a 26 ONG que trabajaban en VIH a través de desarrollo de capacidades y provisión de equipo tecnológico. El fortalecimiento del sector en RCC se amplía a todas las ONG que participan en la respuesta nacional al VIH y SIDA, no se contemplan las ONG de PVS que fueron abordados más adelante con fondos de R7. La meta del proyecto fue reducir al 2014 la incidencia de VIH y Sida en poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad: Hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadoras del sexo (TS), jóvenes escolarizados y no escolarizados, hijos e hijas de mujeres VIH positivas por transmisión vertical, poblaciones móviles, privados de libertad (PL), Personas que viven con VIH y Sida (PVS), mujeres del área rural.

Las poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad propuestas a intervenir con la subvención fueron: 1).Hombres que tienen sexo con otros hombres (Transgénero, travestis, transexuales, bisexuales, homosexuales) [25,000]; 2) Trabajadoras del sexo [10,000]; 3) Mujeres embarazadas [550,979]; 4) Adolescentes y jóvenes de ambos sexos, escolarizados (313,000) y no escolarizados [100,000]; 5) Personas privadas de libertad [9,000]; 6) Población móvil [75,000]; 7) PVS con TAR (5,078); 8) PVS en control [34,286] ; 9) Mujeres en edad fértil del área rural [282,000].



Resultados y efectos esperados: incremento en el uso correcto del condón y la práctica de sexo seguro en las poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad propuestas (HSH, TS y población puente [Clientes y otros]); reducción del estigma y la discriminación hacia los grupos en condiciones de mayor vulnerabilidad propuestos; mejorar el acceso a los servicios de salud a las poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad; mejorar el Sistema de Monitoreo y Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH-Sida e ITS (SUMEVE); reducir la incidencia de VIH a nivel nacional; reducir la mortalidad por Sida a nivel nacional

Con RCC se planificó mejorar la habilidad de las ONG a administrar eficientemente todos los componentes de sus programas y proyectos lo que se traducirá en servicios de mejor calidad, superiores logros de sus metas y objetivos, mayor eficacia en la utilización de recursos, mejores alianzas con el gobierno, otras agencias y la comunidad en general; así como en una mejor oportunidad de crecimiento y desarrollo, el fortalecimiento en RCC estuvo encaminado a la provisión de equipo tecnológico y al desarrollo de habilidades en finanzas

Cuarto financiamiento: nueva propuesta de TB

El proyecto R9 “Atención integral a poblaciones vulnerables para TB de 26 municipios priorizados en El Salvador 2010-2015” tenía como poblaciones beneficiadas a: población de asentamientos urbanos precarios, personas privadas de libertad, personas viviendo con el VIH/SIDA, contactos de pacientes TB,

personas con alto riesgo de TB-MDR. El monto asignado en la subvención fue de Proyecto: \$7, 810, 937

Las acciones tenían como objetivo general de la propuesta, proporcionar atención integral para la prevención y el control de la tuberculosis a poblaciones vulnerables a la enfermedad en 26 municipios priorizados, lo que sería logrado a través de los siguientes objetivos específicos: 1) Implementar una estrategia diferenciada en atención a las características de cada grupo poblacional para el control de la TB en poblaciones de asentamientos urbanos precarios de 26 municipios priorizados; 2) Fortalecer el control de la TB en 18 centros penitenciarios de 26 municipios priorizados; 3) Fortalecer el diagnóstico oportuno, el manejo y la prevención de la TB en personas que viven con el VIH-SIDA (PVVS) en 26 municipios priorizados; 4) Profundizar el manejo de contactos de pacientes TB en 26 municipios priorizados; 5) Prevenir la TB-MDR mediante el abordaje diferenciado de los grupos en alto riesgo a desarrollar resistencia y el manejo de casos resistentes en 26 municipios priorizados.

Los resultados esperados con la implementación de esta propuesta fueron:

- Detectar 1346 casos anuales de TB en todas sus formas, en los 26 municipios priorizados (incluyendo los grupos de mayor vulnerabilidad: privados de libertad, PVS, contactos TB y asentamientos urbanos precarios), a partir del segundo año de la propuesta.
- Incrementar el uso del cultivo como medio diagnóstico hasta alcanzar el 90% de los casos, al final del proyecto.
- Tamizar, por lo menos, al 90% de la población de PVVS que residen en los 26 municipios priorizados para descartar la TB, a través de los diferentes métodos diagnósticos.
- Lograr un éxito de tratamiento de al menos 85% en las cohortes de tratamiento de todos los grupos vulnerables a partir del segundo año del proyecto.
- Incrementar, la realización del cultivo y las pruebas de sensibilidad y resistencia en todos los casos sospechosos de resistencia y en los pacientes que no negativizan al segundo mes de tratamiento —de estos, al menos un 90%—, al final del proyecto.
- Contar con redes de apoyo social en el 80% de los municipios priorizados para el final de la primera fase del proyecto.

“El trabajo realizado con los gobiernos ha sido muy exitoso a pesar que se vivió una transición que implica el cambio de Gobierno de derecha a uno de izquierda. En general con ambos gobiernos se ha tenido una buena relación y entendimiento”.

El salvador como país piloto, el Nuevo Modelo de Financiamiento

La propuesta del país bajo el nuevo modelo de financiamiento para VIH “Innovando servicios, reduciendo riesgos, renovando vidas en El Salvador 2013-2016” tuvo como poblaciones beneficiadas a: HSH, TS, Trans, Personas con VIH, mujeres embarazadas y privados de libertad. El monto del Proyecto: \$ 24, 032,694. El objetivo general: reducir la prevalencia de VIH en poblaciones específicas en El Salvador y los objetivos específicos: contribuir a la prevención del VIH-SIDA en poblaciones de más alto riesgo de VIH a través de la prestación de un paquete de servicios integrales.; brindar una atención integral a las personas con VIH en las diferentes instituciones prestadoras de servicios para disminuir la morbilidad y mortalidad; fortalecer los sistemas comunitarios que promuevan el acceso de poblaciones en mayor riesgo a los diferentes servicios de prevención primaria y atención precoz por VIH, bajo un enfoque de derechos humanos y participación multisectorial.

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

El componente Biomédico es abordado por el MINSAL a través de la instalación de siete clínicas de Atención Integral y comprende las siguientes intervenciones: a) pruebas y consejería para VIH; b) diagnóstico y tratamiento de ITS; y c) diagnóstico de Hepatitis viral. Este componente debe garantizar en cada acción de prevención combinada, que las personas accedan periódicamente a chequeos de salud sexual (profilaxis), en caso de infecciones, cumplan

el tratamiento indicado en dosis y temporalidad indicada y finalmente que al tomar la prueba de VIH de manera voluntaria, se le provea de pre y post consejería.

“Con el NMF Se arranca la ejecución con el nuevo receptor Plan Internacional, quien inicia la fase de identificación y selección de organizaciones Sub Receptoras, lo que implicó una labor intensa, pues hubo participación de un buen número de organizaciones, siendo las seleccionadas para implementar la estrategia de prevención combinada con las poblaciones claves”: Asociación Entre amigos, PASMO, Movimiento de Mujeres Orquídeas del Mar, FUNDASIDA, Asociación ASPIDH Arcoíris y Asociación Colectivo Alejandría

La participación de las ONG en la implementación de estas actividades les ha traído otros beneficios adicionales. El mismo proceso de selección más la experiencia operativa, implicó capacidad demostrada, condición con la que han podido movilizar recursos de otras fuentes internacionales.

“Por otra parte, esta participación visibiliza la Lucha de Derechos sobre estigma y discriminación y la reivindicación de los miembros de esta población que en mucho tiempo no han podido ejercerlo. Existe una mayor apertura para hablar sobre este tema a través de los proyectos que se han ido realizando, sobre todo en el empoderamiento de las personas y la importancia que se tienen en este tema. Todas las acciones ahora se generan bajo una base de derechos humanos.”

Aplicación de la estrategia Nacional. SLV-T-MOH apoyo al PENMTB 2016-2020

En el proyecto de “Fortalecimiento al plan estratégico de TB 2016-2019”, las poblaciones beneficiarias consideradas son: personas privadas de libertad (PPL); comorbilidad TB/Diabetes Mellitus y otras enfermedades inmunosupresoras y crónicas; trabajadores de salud; niños y niñas; contactos TB; personas con problemas sociales y adicciones (alcohólicos, usuarios de drogas e indigentes); migrantes. El monto de la subvención es \$ 9, 413,061. En la propuesta se incluyen las siguientes prioridades: Atención y prevención de la tuberculosis, detección de casos y diagnóstico de tuberculosis, Tuberculosis multirresistente y Tuberculosis/VIH;

Una nueva subvención para Malaria está aprobada y en fase de implementación temprana. Aun no se tienen resultados reportados.

En la tabla a continuación se presenta un resumen de las propuestas aprobadas por el Fondo Mundial para El Salvador entre los años 2003 y 2016.

TABLA 2. PROPUESTAS DE PAIS EL SALVADOR, PRESENTADAS AL FONDO MUNDIAL POR EL MCP-ES

| Año | Nombre | Período | Monto | Componente |
|------|--|-----------|------------------|-----------------------------------|
| 2002 | Estrategias de lucha contra el VIH SIDA en poblaciones vulnerables como coadyuvantes a reducción de la pobreza en El Salvador 2003-2008 | 2003-2008 | \$ 23.538.964,00 | VIH |
| | Estrategias de lucha contra el TB en poblaciones vulnerables como coadyuvantes a la reducción de la pobreza en El Salvador 2003-2009 | 2003-2009 | \$ 3.373.759,00 | Tb |
| 2007 | Ampliación de la respuesta nacional al VIH para poblaciones vulnerables y establecimiento de un sistema de protección social sostenible para personas viviendo con el VIH(PVVS) en El Salvador | 2003-2008 | \$ 24,866,085.87 | VIH |
| 2008 | Estrategias de lucha contra el VIH SIDA en poblaciones vulnerables como coadyuvantes a la reducción de la pobreza en El Salvador 2003-2008 | 2009-2014 | \$ 24,678,979.02 | RCC-VIH |
| 2009 | Atención integral a poblaciones vulnerables para Tb de 26 Municipios priorizados en El Salvador | 2010-2015 | \$ 7.810.937,82 | R9 TB |
| 2011 | Fase 2 R7 y Fase RCC VIH FSS | 2012-2013 | \$19.028.814,93 | Consolidación de ambas propuestas |
| 2012 | Atención integral a poblaciones vulnerables para Tb de 26 Municipios priorizados en El Salvador | 2013-2015 | \$ 522,606,110 | F2/R9 Tb |

| Año | Nombre | Período | Monto | Componente |
|------|--|-----------|------------------|------------|
| 2013 | Innovando servicios, reduciendo riesgos, renovando vidas en El Salvador | 2014-2016 | \$ 24.032.694,00 | NMF-VIH |
| 2015 | SLV-T-MOH apoyo al PENMTB 2016-2020 | 2016-2019 | \$ 9, 413,061.29 | TB |
| | El Salvador libre de malaria, un esfuerzo de país | 2016-2019 | \$ 3,855,132.00 | Malaria |
| 2016 | Solicitud simplificada de Fondos para VIH (5 millones adicionales a NMF) | 2017-2018 | \$ 11,751,908.00 | VIH |

Desde el primer caso de SIDA diagnosticado en el país en 1984, los esfuerzos que el gobierno, sociedad civil y organismos de cooperación, realizaron fueron de importante magnitud, pero insuficientes ante la rápida expansión de la epidemia. Con la creación del FMATM, se suma apoyo complementario a los esfuerzos nacionales y da inicio una nueva etapa de lucha en la respuesta, inicialmente al VIH y a la tuberculosis y recientemente también a la malaria.

La situación epidemiológica del VIH y la tuberculosis en el país para el año 2001 indicaba que el VIH presenta un franco incremento de la infección hasta 13.69 por 100, 000 habitantes; la epidemia estaba concentrada en HSH, TCS y poblaciones móviles, además de otros grupos que experimentaban un incremento acelerado, (embarazadas, jóvenes, y los niños menores de cinco años). La principal forma de transmisión era sexual. Existía baja utilización preventiva del condón sobretodo en HSH y las trabajadoras del sexo (TCS). Otros indicadores mostraban que la Tasa SIDA en Mujeres era 12.13 y en hombres 22.02 (MSPAS 2001). Para menores de 5 años la tasa era 6.35 x 100, 000 (MASPAS 2000) y la transmisión vertical alcanzaba 4.6%. El estudio de PASCA de 2002 encontró que la Prevalencia de VIH en HSH era 17.8 % y la Prevalencia VIH en TCS 3.9%.

Para Tuberculosis, la Tasa de notificación de casos nuevos era 23 x 100,000 para 2001, pero este dato se consideraba ocultaba un importante subregistro de hasta 37% de todos los casos y del 56% de los casos nuevos de TB.

La coinfección del VIH y tuberculosis se había incrementado de 19 pacientes en 1995, a 40 en el 2001.

Para 2007, después de cuatro años de ejecución de la subvención, se podían evidenciar cambios positivos y avances significativos. La estrategia en ejecución incluía la adopción de estrategias internacionalmente recomendadas y reglas

para la prevención, tratamiento. El plan nacional desarrollaba capacitaciones de fuertes contingentes de recursos humanos en aspectos técnicos (casi 5,000 miembros del personal del sector salud, voluntarios y PVVS) y gerenciales para personal los sub-receptores. Programas educativos para cambios de conducta, mejora en la calidad de los servicios, TAR más descentralizada, centros de atención con personal con mejor actitud y mejores herramientas para manejo clínico, psicológico y de servicios complementarios. El MCP-ES, el RP y el ALF, cumplían su rol más apegados a los lineamientos y con independencia de acción.

A nivel institucional los avances más destacados incluyeron el acceso extendido a pruebas gratuitas y asesoría, educación de pares, disponibilidad de TAR y tratamiento integrado en servicios de atención en la mayor parte del país.

El abordaje integral de la mujer embarazada VIH positiva y a su recién nacido ha permitido una reducción del 88% en el número de casos de niños infectados con VIH, pasando de registrar 129 o más casos por año en 2001-2003 a 20 casos o menos en 2004-2006 (Banco Mundial 2006). De igual manera fue notable la disminución en 66% la incidencia de SIDA entre el 2001 y el 2006, (de 17.3 por 1000,000 a 5.9) y en 20% la mortalidad (de 8.2 por 100,000 a 6.6).

En 2006 98% de las personas diagnosticadas VIH (+) recibieron la prueba de TB con consejería pre y post prueba (ref. HI-1.28).

Para Tuberculosis, a partir del año 2003, apoyado por las subvenciones del FM, se intensifica la búsqueda de sintomáticos respiratorios (SR), se introducen más herramientas diagnósticas y se aumenta la capacidad instalada a nivel institucional (equipo, laboratorio, pruebas diagnósticas), incluida la capacitación de más de 6000 miembros del personal de todo el país.

La incidencia registrada de TB mostró una evolución ascendente 23 por 100,000 hab. en 2001 a una Tasa de 27 por 100,000 hab. en mil entre 2001 y 2006. La tasa de curación reportada en 2007 fue de 91% y el abandono fue de solo 2.4%. La búsqueda activa de tuberculosis en los centros penales hizo ascender la incidencia de TB de forma marcada, creció de 72 por 100 mil en el año 2002 a 664 por 100 mil para el 2006, esto es 29 veces más alto que en la población general.

En cuanto a coinfección, VIH/SIDA, la incidencia de TB aumentó del 6% al 10% entre 2004 y 2006. Hubo 21.6% de muertes en el año 2005 en casos nuevos de coinfección TB/VIH. Para 2007, en la cohorte de país, en los casos de TB/VIH, la mortalidad fue más del 18%.

En la misma línea de análisis del impacto de las subvenciones del FM como recursos complementarios a los esfuerzos de país, anotamos los principales avances al año 2015-2016. El Programa Nacional del VIH/SIDA, (NC Simplificada 2016) reporta que “con el apoyo de la subvención actual en el marco del nuevo modelo de financiamiento, ha fortalecido la red de laboratorios clínicos de VIH del MINSAL. En el componente de laboratorio clínico de ITS/VIH se lleva a cabo la supervisión y asesoría para monitorear y evaluar la provisión de los servicios integrales de laboratorio clínico, garantizando el abastecimiento continuo para la realización de pruebas de tamizaje, confirmación y seguimiento en la red de laboratorios. También se encarga de la prestación de los servicios de diagnóstico laboratorio para VIH, Sífilis Hepatitis B y C, entre otros, en lugares donde no se cuenta con establecimientos de salud y en poblaciones vulnerables entre otras acciones”.

También indica que el MINSAL “cuenta con servicios de Atención integral a personas con VIH a nivel nacional en 20 hospitales, los que proporcionan terapia antirretroviral gratuita. Desde el año 2005 no se reporta lista de espera al tratamiento de ARV y desde el 2013 se adoptan lineamientos de OMS incluyéndose en la guía clínica de atención integral para personas viviendo con VIH, el inicio de la TAR en cuatro situaciones: CD4 menor o igual a 500, Mujeres embarazadas, parejas sero-discordantes, personas con TB”.

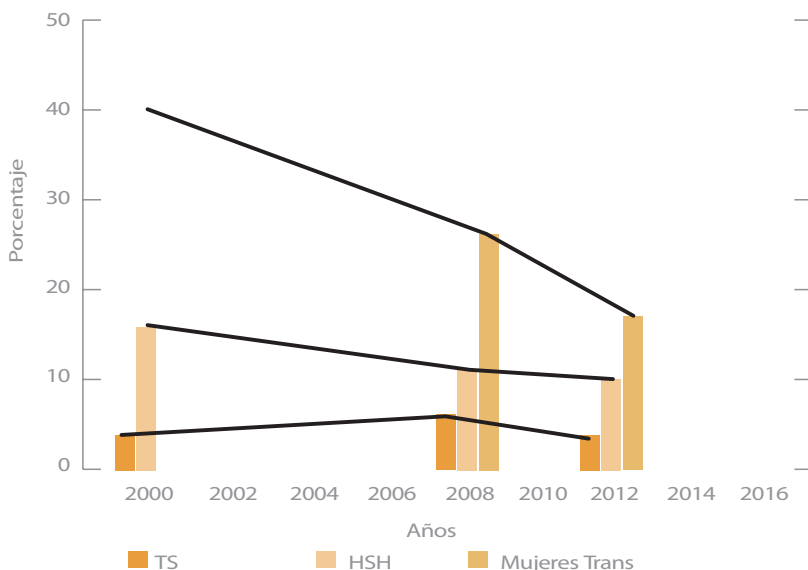
En cuanto a los nuevos casos de VIH, (1191 para 2015), de estos, 70.5 % corresponde a casos de VIH y el 29.5 % a VIH Avanzado y el 62.8 % son hombres y el 37.2 % son mujeres.



De acuerdo al estudio Cascada de atención de ETMI, el 47% de las embarazadas con VIH conocen su condición serológica, el 44% están vinculadas a servicios de salud, el 40% están en TAR y el 18% están en supresión viral. Según Datos del SIMMOW, del 2001 al 2013 se ha reducido en 95.77%, el número de casos de transmisión materno infantil del VIH, por lo cual la OPS/OMS, plantea que El Salvador está avanzando hacia la meta de eliminación de nuevos casos de transmisión del VIH por vía vertical

La Tendencia de prevalencia poblaciones clave, según datos del SUMEVE, MINSAL es decreciente, tal como se muestra en la siguiente gráfica. Se han reportado datos de prevalencia para los años 2002, 2008 y 2014. Las poblaciones clave son TS, HSH y Trans. En estas últimas dos poblaciones, el descenso es notable. Para HSH, desciende de 15.3 (2002) a 10 (2014) y para Trans de 25.8 (año 2008) a 16.2 (2014). Este descenso puede asociado a datos de aumento del uso del condón y a otros cambios de comportamiento, incentivados en buena medida por las intervenciones contenidas en la estrategia de “Prevención Combinada”.

GRÁFICA 3. TENDENCIA DE PREVALENCIA EN POBLACIONES CLAVE, SUMEVE, MINSAL



Tuberculosis 2012-2015

Las cifras globales reportadas por el país (MINSAL) indican un aumento en la notificación de casos de 27 por 100,000 hab. en 2007 hasta llegar a 37,9 en el año 2015, este incremento es debido a la búsqueda más activa de casos, por personal mejor capacitado, y de la mejor capacidad instalada del MINSAL para hacer diagnóstico más oportuno, en todo el territorio nacional. Puntualizamos que desde el año 2012, el país reporta mayor número de casos de TB todas las formas respecto al límite inferior del rango calculado para el país por la OMS.

Loa PPL (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.

El aumento en la Tasa de notificación está directamente proporcional al número de personas en tratamiento. El Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES) es proporcionado al 100% de las personas diagnosticadas con Tuberculosis. Esta cobertura ha permitido un éxito terapéutico (casos curados baciloscopia positiva y los casos con tratamiento terminado), del 94.2% (año 2012).

En relación a la coinfección TB/VIH, con el acceso a la prueba para VIH a las personas diagnosticados con tuberculosis, además de la consejería pre y post test, la cobertura nacional es de 98%. Esto es posible por las actividades colaborativas entre el PNTYER y el Programa VIH/Sida. El impacto observado es la 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, facilita que se administre al paciente coinfectado ambas terapias (TAR junto con el tratamiento antituberculoso) y como resultado el país reporta un descenso de la mortalidad de forma considerable. Los datos indican que la curación ha aumentado, del 42.1% en año 2000 al 78.3% en el año 2012. Se reconoce que la tasa de mortalidad de TB/VIH sigue siendo alta y por lo tanto es un desafío por enfrentar.



04

DESARROLLO ORGANIZACIONAL

El desarrollo de capacidades para los miembros del MCP-ES, inicia con la creación misma del Mecanismo. La metodología empleada va desde aprender haciendo junto a expertos internacionales y nacionales, hasta talleres especializados en eventos internacionales. Un gran conjunto de actores ha participado en la implementación y coordinación de los diferentes cursos, talleres, programas y sesiones de enseñanza temática relacionada con VIH, Tuberculosis, Malaria, derechos humanos, genero, marco lógico, planificación estratégica, monitoreo y evaluación. Programas especiales de desarrollo de capacidades institucionales, construcción de equipos de trabajo, liderazgo, manejo de juntas directivas entre otros. Particular énfasis ha sido puesto en conocer la arquitectura y funcionamiento del Fondo Mundial y sus lineamientos para la preparación de las propuestas, selección de representantes ante el MCP-ES, Receptor Principal y sub-receptores, reportes de avance y otros específicos.

El MCP cuenta con una estructura responsable del fortalecimiento de sus miembros, el cual es denominado comité de Capacitación, este es responsable de elaborar y asegurar la ejecución de los programas de capacitación y orientación para el desarrollo y fortalecimiento de las capacidades de las personas representantes del MCP- ES. Parte de las funciones del comité consiste en asegurar que en la gestión de recursos se incluyan líneas presupuestarias para cubrir esas acciones

Es justo reconocer a los organismos internacionales como USAID y sus diferentes programas, destacándose especialmente USAID/PASCA y PASMO, las agencias del Sistema de Naciones Unidas: PNUD, UNFPA, PMA, UNICEF, ONUSIDA, OPS. De igual manera reconocer el apoyo de GTZ/GIZ, AECID, Gran Ducado de Luxemburgo, Plan Internacional y muchas otras contribuciones de organizaciones y personas naturales del país, que también han formado parte de ese gran conjunto de colaboradores con el MCP-ES.

Sin ánimo de ser exhaustivos, citaremos en este documento algunos aportes relevantes al MCP-ES.

- ONUSIDA Regional: ha apoyado, a través de la representación local, principalmente con asistencia técnica y financiera en la elaboración de las propuestas presentadas al Fondo Mundial.
- GTZ, capacidades gerenciales.
- Uno de los primeros aportes sistemáticos provino del programa Back Up de la Cooperación Técnica Alemana GTZ en el período 2003 - 2005, que tuvo como propósito fundamental el de “fortalecer la capacidad gerencial estratégica del MCP-ES en el proceso de implementación de la propuesta de país para el Proyecto Fondo Mundial”. Con la renovación de la iniciativa Back Up GIZ; del 2012 al 2014 se continuó fortaleciendo al Mecanismo en asesorías técnicas y elaboración de documentos de su marco de gobernanza.
- En el 2003 el rol que las agencias del Naciones Unidas asumió fue el de facilitador del proceso, teniendo en cuenta que se podía lograr una propuesta uniforme que involucrara a todos. Las Naciones Unidas no buscaban dirigir el proceso sino respaldarlo en todos los componentes, además de limar las asperezas que surgían dada la variedad de pensamientos.

- PNUD en la primera década de trabajo del MCP-ES, ha proporcionado apoyo técnico y económico para la elaboración de las propuestas. En el 2007 albergó las oficinas de la Secretaría Técnica y facilitó espacios para el desarrollo de las reuniones plenarios y otras actividades solicitadas por el MCP-ES. Del 2008 a la fecha el PNUD administra los recursos económicos asignados por el Fondo Mundial, para la sostenibilidad del MCP-ES.
- El Proyecto USAID/PASCA ha colaborado estrechamente con el MCP-ES tanto en asistencia técnica como financiera, ha asesorado al MCP-ES en temas como: revisión de estatutos, elaboración de planes estratégicos, apoyo en elección de sectores, asistencia técnica y económica en la preparación de las propuestas en sus diferentes fases. También ha proporcionado información estratégica sobre la cual se han sustentado las subvenciones.
- ONUSIDA, M&E. En el año 2008 se llevaron a cabo diversas acciones orientadas al fortalecimiento del MCP, entre estas, durante el mes de febrero a solicitud del Fondo Mundial y con el apoyo de ONUSIDA Regional se desarrolló un taller para la autoevaluación de los sistemas de monitoreo y evaluación del proyecto Fondo Mundial de la lucha contra el sida en El Salvador.
- Desarrollo de capacidades parlamentarias, PNUD. Ese mismo año con el apoyo de PNUD, dio inicio un agresivo programa de fortalecimiento a los miembros del MCP que constaba de 88 horas de capacitación. Este programa incluyó: técnicas de negociación, formación de voceros, resolución de conflictos, lobby e incidencia política y liderazgo transformativo, el programa finalizó en 2009. Con el mismo proyecto se diseñó la página web y se dio inicio a la publicación de boletines donde se informaba al público sobre las actividades del mecanismo.
- Inducción, USAID/PASCA. También en el año 2008, durante los meses de junio y julio, se llevó a cabo el primer curso de inducción para nuevos miembros, el programa fue diseñado por la Secretaría Técnica, apoyado por la Presidencia, la delegada de PNUD ante el MCP-ES y la representante de País de USAID/PASCA. Este proceso de inducción fue muy apreciado por los miembros que se incorporaron al mecanismo ese año. El manual utilizado, así como la estructura del programa ha ido cambiando y actualizándose en los siguientes años para adaptarlos a las necesidades.

- M&E, experta nacional miembro del MCP-ES. Durante septiembre de 2009, debido al cambio anual de representantes, se desarrolló el curso de inducción que incluía los siguientes temas: visión general sobre el Fondo Mundial, políticas y directrices del Fondo Mundial sobre los MCP, relación con otros organismos oficiales, funciones de los comités permanentes, funciones del Comité Ejecutivo, Secretaría Técnica, responsabilidades de los miembros y enfoque de género. En octubre de ese mismo año, el comité de capacitación continua en coordinación con el Comité de Monitoreo, impartió a los miembros un taller sobre principios básicos de monitoreo y evaluación, en esta ocasión la facilitadora fue la coordinadora del Comité de Monitoreo Estratégico quien tenía amplia experiencia en esa área. El taller fue muy bien recibido por los participantes.

En julio se llevó a cabo el proceso de inducción para los miembros que ingresaron ese año, por primera vez con una duración de 24 horas, el desarrollo del programa estuvo a cargo de la Directora Ejecutiva.

- Juntas directivas, USAID/PASCA. En Mayo 2009, con el apoyo de USAID/PASCA, se desarrolla el taller “Buenas Prácticas para el Desarrollo Eficaz de Juntas Directivas”, este taller les permitió conocer sobre las principales funciones de una junta directiva, las herramientas técnicas que propician el funcionamiento eficaz de una junta directiva, analizar la situación del MCP-ES en cuanto a sus mecanismos de funcionamiento y discutir propuestas para mejorar su desempeño y propiciar un espacio de análisis y seguimiento a las acciones estratégicas establecidas en el Plan Estratégico del MCP-ES, como responsabilidad crítica de la gestión como Junta Directiva.
- Coaching gerencial, ONUSIDA, Durante el mes de noviembre siempre del 2009, con financiamiento de ONUSIDA, se compartió el tema “Coaching Gerencial”, el taller fue estructurado de tal manera que para cada tema desarrollado los participantes pudieran aplicar los conceptos estudiados, cada actividad desarrollada fortalecía el desempeño de los miembros en el seguimiento estratégico de los proyectos de país, “a partir de este año, se da el fenómeno que trasciende el ámbito de la mesa multisectorial y empieza el MCP-ES a ser reconocido como una instancia que trabaja eficientemente”.

- Enfoque de Género, ONUSIDA. Durante los meses de septiembre y noviembre de 2009, en coordinación con ONUSIDA, se llevó a cabo un Ciclo de Conversatorios bajo el nombre “25 Años de VIH SIDA en El Salvador desde la perspectiva de la equidad de género”. Los temas tratados fueron: “El Rostro Femenino del VIH SIDA”; El enfoque de género un análisis del pasado presente y futuro y nuevas tendencias en campañas sobre VIH/Sida. Se invitó a reflexionar sobre la tendencia a la feminización de la epidemia y el impacto que ésta tiene en la vida de las mujeres salvadoreñas, para estas actividades se contó con la colaboración de la responsable de Género de PNUD.
- Capacitación técnica: Tuberculosis, Igualdad de género, planificación estratégica. Durante el 2010 los miembros recibieron un total de 45 horas de fortalecimiento. En las reuniones plenarias desarrolladas entre marzo y mayo se impartió el tema “La Tuberculosis desde el punto de vista Epidemiológico” el facilitador fue el Jefe del Programa Nacional de TB. Durante el mes de septiembre con asistencia técnica de PNUD se desarrolló el taller “Política de Igualdad de Género del Fondo Mundial”. El programa de capacitación continuó con un taller para el análisis del plan estratégico del MCP-ES horizontes 2014 y la formulación del Plan Operativo para el 2011-2012, para esta actividad se contó con el apoyo del representante de país de ONUSIDA.
- Capacitación permanente, temas diversos, 2011-2012. En este período se impartieron 122 horas de capacitación, distribuidas en 21 jornadas, la metodología utilizada fue charlas cortas de una hora de duración durante las reuniones plenarias y talleres de 8 a 16 horas en los temas: comunicaciones, construcción de equipo del MCP-ES, rol de miembros de MCP, derechos humanos, ventajas del Gene Xpert-MTB/RIF sobre el MIGIT para el diagnóstico de la TB, administración del tiempo, equipos de trabajo de alto rendimiento, sistema de adquisiciones de unidades ejecutoras, programa de inducción a miembros y Comité Ejecutivo, derechos humanos y la orientación sexual, proceso para revisión periódica de propuestas del Fondo Mundial, revisión del reglamento interno del MCP-ES, la orientación sexual y la identidad de género en el contexto de la epidemia del VIH, revisión de documentos de gobernanza, monitoreo estratégico, violencia de género y su relación con el VIH, TAR bajo la Lupa, El Síndrome de Burout, seguridad básica. Para todos estos temas contamos con

asistencia técnica brindada por las siguientes instituciones: PASMO, Plan El Salvador, ONUSIDA, Fondo Mundial, Procuraduría de Derechos Humanos, Ministerio de Salud, PNUD, USAID/PASCA; OPS/OMS; USAID/GMS y del Ing. Francisco Medrano (consultor Independiente) que colabora con el comité de capacitaciones desde el sector Privado. En este periodo, los miembros del MCP mantuvieron una agenda sumamente cargada de temas técnicos de beneficio colectivo y proyección hacia mayor eficiencia institucional.

- Para el período 2013-2014 el número de horas de capacitación impartidas fue de 202. Se desarrolló el siguiente programa de fortalecimiento: Plan de compras Fase II Subvención VIH FM, Nuevo Modelo de Financiamiento, liderazgo carismático, derechos humanos y género, fotografía digital (este curso fue recibido por la asistente administrativa encargada de documentar las actividades del mecanismo), programa de Inducción, incidencia política, roles y responsabilidades de los MCP en la supervisión de subsidios del FM, (se diseñó la metodología para que fuera facilitado por los miembros del mecanismo.), Nuevo Modelo de Financiamiento FM, género en la elaboración de planes estratégicos nacionales, derechos humanos en la elaboración de planes estratégicos nacionales; guía FM para planes estratégicos, taller internacional sobre el nuevo mecanismo de financiamiento del Fondo Mundial para la sociedad civil que lucha contra la tuberculosis en las américas, hoja de ruta para la implementación de la subvención del FM y la mejora continua de la atención a PEMAR en El Salvador. Las instituciones que apoyaron con asistencia técnica fueron: Fondo Mundial, ONUSIDA, PNUD y USAID/PASCA.
- Siguiendo la metodología de impartir charlas cortas de una hora de duración durante las reuniones plenarias y talleres de 8 a 16 horas para el periodo 2015-2016 se ha continuado un programa de fortalecimiento que incluye los siguientes temas: directrices del FM para la gestión y adquisición de suministros, programa de inducción a Comité Ejecutivo, derechos humanos y género en la elaboración de planes estratégicos nacionales, presentación de notas conceptuales VIH y Malaria a Fondo Mundial, orientación sexual y la identidad de género en el contexto de la epidemia de Malaria, TB y VIH; VIH y las enfermedades transmitidas por vectores, inteligencia emocional, metodología 1, 2, 3 combinado, auto cuidado, estrés y tomadores

de decisiones, Objetivos de Desarrollo Sostenible, mecanismos de coordinación del MCP-ES y Receptores Principales, comunicación asertiva, inducción a nuevos miembros, elementos básicos para el manejo de Power Point, tips uso de Facebook; elementos básicos para el manejo de Excel, el número de horas impartido fue de 107. Las instituciones que apoyaron este programa durante estos dos años son.; Fondo Mundial; USAID/SCMS, PNUD, MINSAL; Procampoly; PASMO, ONUSIDA; Gran Ducado de Luxemburgo. El mecanismo responsable de la implementación de estos programas dentro del MCP-ES es el Comité de Capacitación Continua, en estrecha colaboración con los otros comités permanentes.

- “Cabe destacar que el MCP-ES se ha beneficiado de un trabajo coordinado con la cooperación internacional en la cual destacan ONUSIDA, PNUD, OPS/OMS, UNICEF, USAID, USAID/PASCA, GIZ, Plan El Salvador, en el ámbito local trabaja coordinadamente con el Programa Nacional de ITS/VIH-Sida, Programa Nacional de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias. Con todas estas operaciones de organismos nacionales e internacionales en asistencia técnica, asesoría y talleres de capacitación, el MCP-ES se ha fortalecido gerencialmente para el cumplimiento de sus funciones de gestión, coordinación, supervisión y monitoreo, y se han desarrollado y construido las propuestas que se presentan al Fondo Mundial.



Comités Permanentes

En ánimo de dividir la carga de trabajo, así como mejorar el aprovechamiento de sus experticias y rendimiento, el MCP-ES nombró a partir del 2008 comités permanentes integrados por miembros propietarios y suplentes. Estos debían cumplir con las siguientes funciones: desarrollar y ejecutar las acciones y directrices del MCP-ES de conformidad al mandato para el que fueron creados; informar periódica y oportunamente al MCP-ES el desarrollo de sus actividades; coordinar con los Receptores Principales u otras organizaciones si así lo estipula el MCP-ES.

Actualmente estos comités permanentes son los siguientes:

- Comité de Desarrollo de Propuestas;
- Comité de Capacitación Continua;
- Comité de Monitoreo Estratégico y
- Comité de Comunicaciones.

Según sus estatutos del MCP, la Asamblea General puede crear comités ad hoc o modificar los comités permanentes existentes en función de las necesidades y responsabilidades, por lo que todos los miembros, a excepción de los miembros del Comité Ejecutivo, deben participar en, al menos, un comité permanente. Los comités pueden ser conformados por miembros y no miembros. Los No miembros del MCP-ES, que participan en los comités, pueden ser invitados a participar en la reunión plenaria y en los puntos de agenda que corresponda. Tienen derecho a voz, mas no a voto.

Los Comités Técnicos cuentan con un Coordinador y un Sub Coordinador, pueden ser coordinados por representantes, propietarios o suplentes del MCP-ES. En los casos de los No Miembros del MCP-ES que participan en los comités permanentes, pueden ser nombrados Sub Coordinadores. La elección del Coordinador y Sub coordinador del Comité se lleva a cabo por mayoría simple, al interior de cada uno de los comités, y se ratifica la decisión en Asamblea General. Los integrantes de los comités son designados o ratificados en reunión plenaria, al final de cada año por la Asamblea General del MCP- ES, tomando en consideración para ello, la aplicación de la política de conflicto de interés, así como el conocimiento, experiencia e interés de cada uno en el contenido del trabajo específico de cada comité. En los casos de renuncia del Coordinador/a

de algún comité, el Sub Coordinador, asume temporalmente la función. El Sub- Coordinador, convoca a través de la Dirección Ejecutiva, a reunión de Comité, a fin de realizar la elección y designación del nuevo Coordinador/a. Se decide por mayoría simple al interior del mismo. La propuesta de designación, la presenta el Sub Coordinador en la siguiente reunión plenaria. La decisión final, es potestad de la Asamblea General. En los casos de renuncia del Sub Coordinador, el Coordinador convoca a través de la Dirección Ejecutiva a reunión de Comité, a fin de realizar la elección y designación del Sub Coordinador. La decisión es por mayoría simple y al interior del Comité. La propuesta de designación, es presentada por el Coordinador en la siguiente reunión plenaria. La decisión final es potestad de la Asamblea General. Ante la renuncia de una persona miembro a un Comité específico, la coordinación o subordinación del mismo convoca a través de la Dirección Ejecutiva, a reunión de Comité, para analizar las posibilidades y resolver la situación. El Comité puede decidir a su interior, si considera necesaria la sustitución de la persona miembro. La decisión es por mayoría simple y al interior del Comité. La propuesta del Comité, es presentada por el Coordinador en la siguiente reunión plenaria. La decisión final es potestad de la Asamblea General.

Cada comité redacta sus propios términos de referencia y procedimientos de trabajo, los cuales son aprobados por la Asamblea General. La Asamblea aprueba igualmente los criterios de selección y las condiciones de inclusión y/o contratación de expertos implicados y de consultores que trabajan con los comités. La Asamblea es así mismo responsable de la movilización de los recursos necesarios para asegurar el buen funcionamiento de los comités del MCP-ES. A principio de cada año, cada comité presenta su Plan de trabajo para aprobación de la Asamblea General. Cada comité es responsable del establecimiento de contactos con los/las expertos/as necesarios para el apoyo del trabajo específico. Las reuniones de los Comités son convocadas por el/la Coordinador/a de cada comité a través de la Dirección Ejecutiva. La agenda de la reunión, es notificada por el/la coordinadora del comité en cuestión con el apoyo de la Dirección Ejecutiva, una semana previa a la celebración de la reunión. Cuando un miembro de comité que no puede participar en una reunión, lo notifica al coordinador/a o, en su defecto a la Dirección Ejecutiva, por lo menos veinticuatro horas antes de dicha reunión. Los comités no tienen autoridad para la toma de decisiones, estos presentan recomendaciones a la Asamblea General quien tiene el poder decisional. Las minutas de las reuniones de los comités son enviadas por la Dirección Ejecutiva a todos los miembros de dicho comité

en un plazo de cinco días tras la celebración de la reunión. Estas son validadas por correo electrónico, en un plazo de tres días tras su envío. Las minutas y los documentos de soporte de las reuniones de los comités son archivadas por la Dirección Ejecutiva; el reporte de la reunión es presentado por el Coordinador del Comité en la plenaria correspondiente.

El Comité de Propuestas, es responsable de coordinar la consulta Nacional, el proceso de elaboración, envío, aclaraciones y negociación de las propuestas presentadas al Fondo mundial y a otros cooperantes, así como de coordinar el proceso para la selección del Receptor Principal de recursos. Así mismo es responsable de: 1) Implementar un proceso transparente para garantizar la participación de una gran cantidad de actores interesados, tanto miembro como no miembros del MCP-ES, en el proceso de desarrollo de la propuesta; 2) Asegura la integración de los cooperantes bilaterales y multilaterales en la coordinación y alineamiento de las intervenciones y su financiación para evitar duplicaciones; Moviliza a los/las consultores/as y cualquier otro tipo de apoyo técnico necesario para el desarrollo de la propuesta; 3) Analiza las necesidades programáticas y financieras del país, en relación con los recursos existentes; 4). Coordina la consulta al interior de los Sectores constituyentes, para solicitar y revisar sub propuestas, para su posible integración a la propuesta de país; 5) Analiza las recomendaciones de acuerdo con las necesidades y carencias identificadas y alimentar así el debate y la toma de decisiones sobre las prioridades para la propuesta; 6) Presenta a la Asamblea General un resumen de recomendaciones estratégicas y programáticas emitidas por los sectores; 7) Implica a



las contrapartes potenciales durante todas y cada una de las etapas del proceso de desarrollo y aprobación de la propuesta, a fin de asegurar la participación sectorial, incluidas las personas afectadas por las enfermedades y poblaciones vulnerables; 8) Supervisa al equipo técnico encargado del desarrollo participativo de la propuesta; 9) Nombra un Sub Comité, quien es responsable del proceso de selección del Receptor Principal, este elabora los términos de referencia para la selección del Receptor Principal y envía al Coordinador/a de este Comité. El/la Coordinador/a, presenta para aprobación de la Asamblea General, la lista de criterios de selección y proceso de identificación de candidatos para RP. Da seguimiento de forma conjunta con el Receptor Principal, al proceso de clarificación de la propuesta presentada y al proceso de negociación de la propuesta aprobada.

Este comité está integrado por un mínimo de 8 y un máximo de 12 miembros, provenientes de cada uno de los sectores representados en el MCP-ES, los Receptores Principales y los representantes de las Instituciones bilaterales y multilaterales, No miembros del MCP-ES. La Dirección Ejecutiva, es un miembro permanente del Comité, sin derecho a voto, en adición al número de miembros designado por el pleno. La decisión del número de miembros es establecida por el pleno, en función de la enfermedad para la que se está elaborando la propuesta, este Comité cuenta con la asistencia técnica que demande, en adición, al número de miembros establecidos.

El Comité de Capacitación Continua, es responsable de elaborar y asegurar la ejecución de programas de capacitación y orientación para el fortalecimiento de las capacidades de las personas representantes del MCP-ES. Este comité está integrado por un mínimo de 3 y un máximo de 5 miembros. En la conformación, se toma en cuenta que, al menos uno de ellos, sea No Miembro del MCP-ES. La Dirección Ejecutiva, es un miembro permanente del Comité, sin derecho a voto, en adición al número de miembros designados por el pleno.

El Comité de Monitoreo Estratégico, es responsable del monitoreo estratégico de los RP y de las subvenciones del Fondo Mundial en curso en El Salvador, concretamente, vigila la realización eficaz y a tiempo de la compra de los medicamentos e insumos, así como de su buena gestión a fin de evitar falta de existencias y/o problemas de aprovisionamiento en los almacenes del/de los RP; la ejecución eficaz de las actividades subvencionadas según los planes de trabajo aprobados por el FM; el análisis de los resultados obtenidos, así como el cumplimiento de los objetivos definidos a corto y medio plazo; el desembolso y la utilización responsable, eficaz y adecuada de los recursos proporcionados

por la subvención; la gestión transparente y eficaz de las subvenciones de los RP. El Comité de Monitoreo Estratégico, por delegación de la Asamblea, tiene autoridad para convocar a los/as representantes de los Receptores Principales, de los sub-receptores y de otras instituciones y personas implicadas en las actividades del Fondo Mundial en El Salvador, según lo considere conveniente para el cumplimiento de su función.

Este comité está integrado por un mínimo de 5 y un máximo de 8 miembros. En la conformación, se toma en cuenta que, al menos uno de ellos, sea No Miembro del MCP-ES. La Dirección Ejecutiva, es un miembro permanente del Comité, sin derecho a voto, en adición al número de miembros designados por el pleno.

El Comité de Comunicación, es responsable del establecimiento de canales de comunicación dentro y fuera del MCP-ES. Más concretamente, el Comité de Comunicación, es responsable de elaborar y actualizar la estrategia, la política y el plan de comunicaciones. La aprobación de estos es potestad de la Asamblea General. Desarrolla materiales de comunicación (página web, boletín periódico, conferencias de prensa, reuniones sectoriales, etc.); asegura el respeto a las directrices del FM sobre la promoción, la transparencia y la comunicación de las actividades del MCP-ES; asegura la preparación y formación de los miembros del Comité en el tema de comunicaciones, en coordinación con el Comité de Capacitación Continua, organiza con los coordinadores de los distintos comités la obtención de la información clave a ser divulgada; garantiza junto con el Comité Ejecutivo la obtención de recursos para la ejecución de su plan de trabajo; elabora y entrega de manera oportuna al Comité Ejecutivo, un plan de trabajo que incluye presupuesto, a efecto que se considere en los planes y presupuestos del MCP-ES del siguiente año.

Este comité está integrado por un mínimo de 3 y un máximo de 5 miembros. En la conformación, se toma en cuenta que, al menos uno de ellos, sea No Miembro del MCP-ES. La Dirección Ejecutiva, es un miembro permanente del Comité, sin derecho a voto, en adición al número de miembros designados por el pleno.



05

APOYO AL MECANISMO

A principios del 2003 y como resultado de la necesidad de impulsar y coordinar todas las actividades del MCP-ES se crea la Secretaría Técnica, que trabaja y ejecuta todas las decisiones con base en los acuerdos tomados por los miembros del mecanismo. La Secretaría Técnica ayudó a impulsar y agilizar los procesos, logrando resultados satisfactorios en la coordinación con los diferentes sectores: gobierno, organizaciones de la sociedad civil, organismos de cooperación internacional y receptores principales; generando una mejora en los tiempos y desarrollo de actividades en todos y cada uno de los proyectos de país.

Por decisión del MCP-ES en el año 2009, la Secretaría Técnica se convierte en la Dirección Ejecutiva, estableciendo normas de funcionamiento de esta dirección, definiendo claramente sus principales actividades, de las cuales podemos mencionar la coordinación de actividades del mecanismo con el Fondo Mundial y el ALF, coordinación con los Receptores Principales con respecto a la ejecución de los proyectos; apoyo logístico a las funciones de supervisión del mecanismo; preparación de documentos con información para el Fondo Mundial; coordinación del trabajo con el Comité Ejecutivo y los comités permanentes.

Con los años, el volumen de trabajo y actividades han ido incrementándose, siendo necesario conformar un equipo de trabajo asignando personas con competencias y habilidades idóneas a las necesidades del MCP-ES, para cumplir con la ejecución del plan de trabajo establecido, por lo que desde el 2011 se ha contado con el apoyo de una asistente para las funciones administrativas y logísticas, quien es responsable de ejecutar los procesos administrativos del área, aplicando las normas y procedimientos definidos por el administrador y el donante, elaborando la documentación necesaria para la presentación de informes sobre la ejecución financiera, dando cumplimiento a procesos internos y apoyo en la logística de cada una de las actividades realizadas, además de garantizar la documentación física y electrónica de cada una de ellas. Todo esto bajo la coordinación y supervisión de la Directora Ejecutiva. En el año 2014, debido a que el país había recibido mayor financiamiento para los proyectos, el Fondo Mundial otorgó una nueva plaza, incorporándose al equipo una técnica para el monitoreo estratégico como apoyo al trabajo que realiza la Directora Ejecutiva, específicamente en el seguimiento a la ejecución de los proyectos que El Salvador implementa, teniendo entre sus responsabilidades: coordinación y realización de visitas de monitoreo a los proyectos ejecutados así como la elaboración de los informes y el resguardo de la documentación de soporte; apoyar en la recopilación de información y elaboración de los tableros de mando a cada Receptor Principal; participar en reuniones del Comité de Monitoreo Estratégico aportando ideas para garantizar un excelente trabajo desde el comité y elaborando las memorias de las reuniones, colaborar con los equipo de propuestas en la preparación de nuevas notas conceptuales para VIH, TB y malaria así como en la recopilación de los documentos de respaldo de cada solicitud; participación activa en la elaboración de planes estratégicos, con miras de atraer financiamiento para el país; apoyo técnico en cada una de las actividades realizadas por el mecanismo a través de las asambleas, talleres, reuniones de comités, elaboración de informes técnicos, involucramiento con otros actores, así como en el resguardo de la documentación de respaldo tanto física como electrónica de cada actividad o proceso que responda al plan de trabajo del mecanismo.



Actualmente la Dirección Ejecutiva tiene su función basada en reglamentos, lineamientos y un rol muy activo en la búsqueda de apoyos tanto técnicos como financieros para el desarrollo de las capacidades del MCP-ES. La labor de la Dirección Ejecutiva está orientada al apoyo de las distintas instancias que conforman el MCP-ES: la Presidencia, Comité Ejecutivo, los diferentes comités de trabajo (propuestas, monitoreo estratégico, comunicaciones y capacitaciones), así como también actividades fuera de este mecanismo. Se caracteriza por impulsar y coordinar los esfuerzos con los diferentes sectores, la motivación a todos los miembros a la participación activa en la toma de decisiones y en la solución de problemas, esto representa un punto vital en todo el proceso de manejo y gestión de las subvenciones del Fondo Mundial, de manera que se fortalezca positivamente la imagen del mecanismo. La Dirección Ejecutiva ha tenido como base de su trabajo la transparencia en todos sus procesos, siendo una de sus principales características el celo en el resguardo de la información, y la búsqueda de mecanismos para transparentar esa información hacia los sectores miembros y el público en general, convirtiéndose así en la memoria histórica del mecanismo. De esta manera se ha contado con la colaboración de los diferentes sectores, lo que ha permitido que se mantenga una buena comunicación tanto al interior del MCP-ES como al exterior con los sectores constituyentes.

Con respecto al desarrollo de sus funciones, la Dirección Ejecutiva actual ha tenido una aceptación y evaluación positiva desde el FM, los miembros del MCP-ES y otros actores nacionales con los cuales se relaciona, debido a este reconocimiento ha sido invitada a apoyar a otros mecanismos de la región en acciones relacionadas al funcionamiento del mecanismo. El respeto a los lineamientos, el apoyo estricto y la imparcialidad para generar acuerdos y resolver conflictos son características importantes de este equipo de trabajo, además de la capacidad de respuesta a variadas demandas de todos los miembros que conforman el mecanismo. La habilidad de leer entre líneas las demandas de cada uno de los miembros ha sido inestimable para darle pronta respuesta a cada una de las necesidades.

Ha sido destacable la entrega que este equipo de trabajo ha tenido en todo el proceso de elaboración de propuestas apoyándose mutuamente con los Receptores Principales y equipos técnicos de trabajo. Este equipo de apoyo no toma en cuenta las diferencias horarias con tal de dar respuestas a las observaciones o indicaciones provenientes del equipo de la Secretaría del Fondo Mundial en Ginebra; cada una de las personas que han formado parte de la Dirección Ejecutiva en estos puestos lo han hecho de manera destacable.



