|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| Formulario de solicitud de financiamientoPeríodo de asignación 2020-2022 |

Solicitud de financiamiento adaptada a los portafolios Focalizados |

*Consulte las instrucciones sobre solicitudes adaptadas a los portafolios Focalizados para llenar este formulario.*

Resumen informativo

|  |  |
| --- | --- |
| **País(es)** | EL SALVADOR |
| **Componente(s)** | VIH |
| **Fecha(s) prevista(s) de inicio de la subvención (o subvenciones)** | 1 de enero 2022 |
| **Fecha(s) prevista(s) de finalización de la subvención (o subvenciones)** | 31 de diciembre 2024 |
| **Receptor(es) principal(es)**  | Ministerio de Salud y Plan International |
| **Moneda** | US DOLLAR |
| **Monto de la solicitud de financiamiento** | US$ 16,074,816 |
| **Importe de la solicitud priorizada por encima del monto asignado[[1]](#footnote-2)**  | $2,831,941.00 |
| **Monto de los fondos en contrapartida[[2]](#footnote-3)** (si procede) | No aplica |

**

# **Sección 1: Solicitud de financiamiento y priorización**

Para responder las preguntas a continuación, consulte las *Instrucciones* y los documentos de estrategia nacional, **la(s) tabla(s) de deficiencias programáticas**, **la(s) tabla(s) de panorama de financiamiento**, **el marco de desempeño**, **el presupuesto y la(s) tabla(s) de datos esenciales**.

## Contexto general y prioridades de financiamiento

a) Destaque los factores cruciales del **contexto nacional** que han servido de base al desarrollo de esta solicitud de financiamiento, sin olvidar los aspectos relacionados con las poblaciones clave o vulnerables, los derechos humanos y el género.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Generalidades y COVID19**

El Salvador, con una extensión de 20 742 km2, es el país más pequeño de Centroamérica. Al 2019, 6,7 millones de habitantes residían en el país (se estima 1,5 millones viven en el extranjero) [Anexo 1.1]. Con una densidad de población superior a los 300 habitantes por km2 lo hace estar en el 83º percentil en el mundo en términos de densidad poblacional.Según el Banco Mundial, el país registra niveles persistentemente bajos de crecimiento económico. El crecimiento anual del PIB en el presente siglo solo en dos ocasiones ha superado el 3 % y ha promediado un 2.3 % en años recientes. En el 2019 el crecimiento del PIB fue de 2.3 %. La tasa de pobreza se ha reducido de 39% en el 2007 a 29% en el 2017[[3]](#footnote-4). La pobreza extrema también disminuyó del 15% al 8.5% en el mismo período. [Anexo 1.2]En el año 2015 El Salvador suscribió acuerdos para una hoja de ruta hacia el acceso universal y la cobertura universal de la salud, en donde entre otras cosas se asume el compromiso de trabajar en la promoción y protección de la salud con el abordaje intersectorial de la determinación social de la salud, comprometiéndose además a incrementar de manera progresiva en cada una de las instituciones prestadoras de los servicios de salud, la asignación presupuestaria al primer nivel de atención. [Anexo 1.3] Hay notables mejoras en la reducción de la desigualdad, el coeficiente de Gini se redujo de 0,51 en 2001 a 0.38 en 2018, en América Latina solo fue superado por Uruguay en términos de igualdad. El Salvador es el país de Centroamérica que más rápido adoptó fuertes medidas de contención contra el brote y sigue siendo uno de los países menos afectados en la región, en que a pesar de contar con el 13.6% de la población centroamericana, al 30 de noviembre del 2020 acumulaba el 6.7% de los casos notificados. Las medidas tomadas por el Gobierno para limitar el impacto de la pandemia en los hogares y las empresas incluyeron entre otros: transferencias de efectivo a aproximadamente el 60 por ciento de todos los hogares; distribución de alimentos a hogares de bajos ingresos; aplazamiento en el pago de servicios básicos, hipotecas y préstamos personales y otros. El Gobierno también invirtió en fortalecer las capacidades del sistema de salud pública, renovó varios centros hospitalarios y construyó un nuevo hospital especializado en el tratamiento de la COVID-19. A pesar de todo, la pandemia tendrá un impacto negativo en la reducción de la pobreza y el crecimiento económico. Según el Banco Mundial se espera que el PIB de El Salvador se contraiga un 8.7 % en 2020, debido a la disminución de la actividad económica, una menor demanda agregada en los mercados internacionales. [Anexo 1.2]El crimen y la violencia también han sido una amenaza para el desarrollo social y el crecimiento económico del país y están entre los principales motivos para que muchos salvadoreños migren. Sin embargo, las tasas de homicidios se han reducido drásticamente desde agosto de 2019, posicionando los indicadores de violencia del país hacia el promedio regional.El país tiene alta exposición al riesgo de eventos naturales adversos, incluidos terremotos y erupciones volcánicas, también es altamente vulnerable a los impactos del cambio climático, incluido el aumento de inundaciones, sequías y tormentas tropicales. A pesar de estos desafíos, el país tiene un gran potencial para impulsar el crecimiento económico. La privilegiada ubicación geográfica es estratégica para el acceso a muchos mercados. Una fuerza laboral en crecimiento y una base industrial sólida podría respaldar la expansión del sector comercial para lograr un crecimiento más fuerte e inclusivo. Los objetivos de desarrollo sostenible podrían lograrse con un compromiso a largo plazo con reformas estructurales, la creación de empleos de calidad y la inversión en capital humano. [Anexo 1.2]Desde mediados del 2019 el país cuenta con una nueva administración de gobierno, que ha establecido en el ‘Plan Cuscatlán 2019-2030’ las prioridades, ejes estratégicos y equipos de trabajo, a manera de un plan de gobierno. [Anexo 1.4]1. **Análisis de situación de salud**

**Demografía**Según las estimaciones y proyecciones de población actualizadas en el 2014, al año 2019 la población del país es de 6,704,864 personas, el 52.9% son mujeres, por cada 100 mujeres hay 88.9 hombres, la edad promedio es de 31.2 años. Por cada 100 personas en edad de trabajar hay 50.7 personas fuera de esa edad (relación de dependencia demográfica). El último censo de población y vivienda se realizó en el 2007. [Anexo 1.1]En lo que va del siglo se observan llamativos cambios en la estructura de la población por edad. Entre el 2000 y el 2020 la población menor de 15 años se redujo en 12.4 puntos porcentuales (37.3% a 24.9%), la proporción de quienes tienen edad comprendida entre 15 y 64 años se incrementa en casi diez puntos (57.0% a 66.7%) y la proporción de mayores de 64 años se incrementa en casi tres puntos (5.7% a 8.4%). El país se encuentra en etapa de transición demográfica moderada. El número promedio de hijos por mujer en edad fértil es de 1.76, la esperanza de vida al nacer es de 73.6 años (68.7 para hombres y 77.9 en mujeres), la tasa de mortalidad infantil es de 18.1 muertes infantiles por cada mil nacidos vivos, la tasa bruta de mortalidad es de 6.9 por mil y la tasa neta de migración es de -0.6 por mil. La tasa de crecimiento poblacional anual es de 9.0 por mil. [Anexo 1.1]Según la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples del 2018 (EHPM-2018), el 61.7% de la población reside en el área urbana, en el Área Metropolitana de San Salvador (AMSS) se concentra el 27.1% de la población total. [Anexo 1.5]El 10.1% de la población de 10 y más años es analfabeta (11.8% en mujeres y 8.1% en hombres), con un rango entre 4.7% en hombres del área urbana y 17.8% en mujeres del área rural. El 87.2% de personas con edad comprendida entre 4 y 12 años asiste a la escuela y lo hace el 81.1% de los que tienen edad comprendida entre 13 y 17 años. El promedio de años de escolaridad es de 7 años (7.2 en hombres y 6.9 en mujeres). [Anexo 1.5]La población en edad de trabajar -PET- (16 o más años) representa el 73.8% de la población, sin embargo, el 9.5% de la PET tiene 60 años o más, el 45.7% de la PET son hombres. La población económicamente activa (PEA) representa el 61.3% de la PET, el 59.2% de la PEA son hombres. El 57.1% de la PEA tiene Ocupación plena (sector formal), 33.2% está subempleado, 6.1% está desempleado y 3.6% están en servicio doméstico. [Anexo 1.5]El impacto de la COVID-19 en estos indicadores de empleo tendrán que ser analizados y valorados, ya que al momento no se cuenta con estudios que nos permitan comprender totalmente las consecuencias de la pandemia en el sector laboral.Fuente: Ministerio de Economía. Dirección General de Estadísticas y Censos - Digestyc.Estimaciones y Proyecciones de la Población. Revisión 2009 y 2014.**Epidemiología**El perfil epidemiológico del país se describe como un perfil de transición en el cual coexisten enfermedades infecciosas, entre ellas respiratorias, gastrointestinales, transmitidas por vectores como dengue, zika, chikungunya; con enfermedades crónico-degenerativas como trastornos cardiovasculares, diabetes, enfermedad renal, cáncer, y un aporte importante de eventos relacionados a lesiones de causa externa que ejercen fuerte demanda de los establecimientos de salud y repercute en el gasto en salud. El tipo de perfil epidemiológico ha determinado que en el país se haya echado a andar la Reforma del Sistema Nacional de Salud desde el 2010, la que se enfoca en los determinantes sociales de la salud retomando elementos de carácter histórico de las condiciones en las que vive, trabaja y se desarrolla la población tanto en su carácter individual como colectivo. [Anexos 1.5 y 1.7]**Sistema de salud**Según la Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud del 2019, el sistema de salud salvadoreño está integrado por la totalidad de actores del sistema público y privado cuya actividad está relacionada directamente con la salud: Ministerio de Salud (MINSAL), Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD), Ministerio de la Defensa Nacional, en lo concerniente al Comando de Sanidad Militar (COSAM), Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM), Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI), Dirección Nacional de Medicamentos (DNM), Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología, por medio de la Dirección Nacional de Educación Superior, representante de los hospitales del sector privado, debidamente certificados por el Consejo Superior de Salud Pública. A la vez que establece con precisión un conjunto de integrantes colaboradores, actores cuya actividad se relaciona indirectamente con la salud como el Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales, Ministerio de Trabajo y Previsión Social, Ministerio de Agricultura y Ganadería, Municipalidades, Organizaciones No Gubernamentales autorizadas, entre otras. [Anexo 1.8]Se establece que el MINSAL es la entidad rectora del Sistema y en coordinación con los demás actores ejecuta las actividades establecidas en la Política y Plan Nacional de Salud. El Consejo Superior de Salud Pública es el ente contralor del Sistema, vela por la salud de la población a través de la supervisión y evaluación de manera sistemática, de la calidad de los servicios de salud, prestados por los integrantes del Sistema. [Anexo 1.8]Entre los instrumentos de integración de los actores del Sistema están la Política Nacional de Salud (PNS) que la versión más reciente -período 2015-2019- tiene por objetivo: ‘*Garantizar el derecho a la salud de todas las personas mediante un Sistema Nacional de Salud integrado, sólido, que fortalezca sostenidamente lo público y regule efectivamente lo privado, con un abordaje de determinación social de la salud y la aplicación plena de la estrategia de APS-I, sumando esfuerzos hacia la cobertura universal de salud, el acceso universal a la salud, búsqueda constante de la equidad y de un ambiente sano y seguro, a través de la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación*’. El contenido de la PNS se centra en reformar el Sistema hacia la inclusión de políticas sociales y económicas armonizando el enfoque de los determinantes sociales de la salud. Entre las estrategias contenidas se incluye: ‘*Gestionar la eficiencia continuada del gasto público en salud y su aumento progresivo a no menos del 6 % del Producto Interno Bruto (PIB), a fin de alcanzar la Cobertura Universal de la Salud y el Acceso Universal a la Salud’* (estrategia 2). [Anexo 1.7]La cobertura de la seguridad social se estima que es del 35% (por género están cubiertas el 36.7% de las mujeres y 34.3% de los hombres). [Anexo 1.5] En cuanto a la cobertura de los diferentes subsistemas, en el 2011 se estimó que el MINSAL ofrece servicios al 40% de la población, el ISSS al 24%, el ISBM, COSAM y otros gubernamentales al 2.3%. [Anexo 1.9] Según lo encontrado en la encuesta de hogares del 2018, de las personas que se enfermaron o accidentaron en el año el 44.1% no acudió a ningún tipo de establecimiento a buscar atención (42.5% de mujeres y 46.5% de hombres), de los que sí buscaron atención en salud, 62.5% lo hicieron en unidades del MINSAL (63.2% de mujeres y 61.4% de hombres), 13.8% en el ISSS (13.2% de mujeres y 14.6% de hombres), 21.4% en algún establecimiento privado (21.4% de mujeres y 21.5% de hombres) y 2.2% al hospital militar y otros (2.1% en mujeres y 2.4% en hombres). [Anexo 1.5]Hoy día se ha logrado una mínima representación de la empresa privada por medio de la Asociación de Administradores de Recursos Humanos de El Salvador (AARHES) en el MCP-ES-ES; hace un par de años se tuvo participación en la elaboración de Políticas de VIH en las clínicas empresariales de la Seguridad Social. Sin embargo, a partir de la nueva ley de VIH vigente desde el 2017 (Ley de Prevención y Control de la Infección provocada por el virus de Inmunodeficiencia Humana) que ya no la incluyó como miembro de la Comisión Nacional de VIH (CONAVIH), por lo que la integración de la empresa privada sigue siendo un desafío para sumarse a la respuesta al VIH. [Anexo 1.10]En los resultados de la medición del índice de sostenibilidad para el control de la epidemia realizado en el 2020 con el apoyo de USAID, el elemento *'Participación del sector privado*' es valorado como Insostenible, lo que implica una inversión considerable para mejorarlo. La participación del sector privado pertenece al dominio de gobernanza, liderazgo y rendición de cuentas. [Anexo 1.11]A pesar de la ausencia del sector privado en la CONAVIH, esto no implica que haya restricciones en el país para que prestadores de servicios de salud privados puedan ofertar y brindar atención en VIH. El MINSAL mantiene coordinaciones con los actores más relevantes del sistema de salud, en el marco de trabajo de las RIIS (Redes integradas e integrales de salud), con el objetivo de reforzar los logros obtenidos y garantizar la sostenibilidad.1. **Género, edad, derechos humanos**

En lo relacionado a Juventud del Plan Cuscatlán se reconoce que la mujer joven sufre limitantes para poder llevar una vida estable. Las madres solteras ven limitadas sus opciones de desarrollo personal por dedicarse al cuido de sus hijos, la falta de oportunidad para ellas es un reflejo de desigualdad y discriminación. Se reconoce el clima generalizado de exclusión, violencia y abandono en el que vive la mujer en El Salvador, a pesar de los esfuerzos se ha logrado poco para revertir la situación por las condiciones de pobreza y falta de acceso al sistema de salud entre otras razones. [Anexo 1.12]En la región centroamericana se sabe de la existencia de barreras e inequidades para el acceso a servicios de salud de las poblaciones clave, la población LGBTI y las personas que viven con VIH. Esto hace que lo incluido en esta propuesta tenga una perspectiva inclusiva, en la que se prioriza las intervenciones dirigidas a estas poblaciones las cuales representan más del 50% del presupuesto solicitado en esta subvención.Como consecuencia de las condiciones en las que crecen, las niñas deben convertirse en madres a temprana edad -víctimas de abuso- lo que profundiza la situación y las condiciona a reproducir la pobreza. En los registros de atención prenatal del MINSAL en el 2017 había casi 20,000 niñas y adolescentes ingresadas a dicho programa, en los registros de inscripciones del Ministerio de Educación de ese mismo año 1,050 niñas tuvieron un embarazo, de ellas 698 tuvieron que abandonar las aulas de clase. La situación del embarazo en adolescentes profundiza los círculos de la pobreza al propiciar que estas niñas ingresen al sector informal de la economía, con muchas desventajas en la cobertura de seguridad social, entre otras. [Anexo 1.13]El estudio de línea de base para el proyecto ‘Servicios Integrales de Salud y Educación para adolescentes y jóvenes en El Salvador’ realizado por Plan International en el 2019, con 388 adolescentes de centros escolares, se encuentra que el 95% de adolescentes de ambos sexos conocen de al menos un tema relacionado a la sexualidad. A pesar de que el tema de prevención de embarazos (66%) y anticonceptivos (55%) están entre los mencionados con mayor frecuencia, solo el 24% de las mujeres y el 32% de los hombres tienen conocimiento correcto sobre métodos anticonceptivos. En ese mismo grupo de estudio el 18% ya había iniciado a tener relaciones sexuales (8% de las mujeres y 29% de los hombres), de los que el 69% ha utilizado algún método anticonceptivo (47% de las mujeres y 75% de los hombres), siendo el condón masculino el método mencionado con mayor frecuencia en ambos sexos. [Anexo 1.14]Como parte de los avances que el país ha tenido en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos, los menores de edad (adolescentes) que solicitan en los establecimientos de salud realizarse la prueba de VIH, esta les es realizada sin que se requiera la autorización de los padres o tutores, en forma análoga esto también es así para brindarles condones.El Salvador ha conservado los esfuerzos de trabajo para fortalecer el respeto de los derechos de las personas que integran las poblaciones clave y de personas con VIH, promoviendo la estrategia de diálogo permanente con organizaciones de la comunidad LGBTI y con asociaciones de personas con VIH, concediendo espacios para informar de los avances, novedades y ajustes en las estrategias, así como para obtener de ellos apreciaciones y recomendaciones para una mejor efectividad de las acciones. Esta interacción suministra importantes elementos de valoración del estigma, discriminación y posibles violaciones a los derechos de estas poblaciones.En el 2018 la Secretaría de Inclusión Social realizó valoración del ‘Índice de inclusión institucional LGBTI’ para valorar -entre otros elementos del marco jurídico- el cumplimiento del Decreto Ejecutivo 56 del año 2010, alusivo a evitar toda forma de discriminación en la administración pública, por razones de identidad de género y/o de orientación sexual. Entre las categorías incluidas en la valoración estuvo: ‘Normativas de no discriminación’, ‘Institución como empleadora/patrono’, ‘Competencias organizacionales LGBT’, ‘Servicios institucionales’, ‘Estadísticas institucionales y transparencia’, ‘Relaciones con la comunidad LGBT’. El Ministerio del Trabajo y Previsión Social fue la institución con la mejor valoración, seguido del MINSAL. EL Instituto Salvadoreño de Seguridad Social estuvo entre las instituciones con valoración intermedia, y entre los que tuvieron valoración baja estuvo el Instituto de la Juventud y el Ministerio de Educación entre otros. La experiencia de valorar esa importante herramienta jurídica permitió a todas las instituciones establecer compromisos de trabajo para eliminar toda forma de discriminación y promover los derechos humanos de poblaciones vulnerables entre estas la población LGBTI, privados de libertad y de personas que viven con VIH. [Anexo 1.15]En la medición del índice de estigma y discriminación hacia personas con VIH realizado en el 2019 se observó que en comparación con la medición del 2009 hay reducción de la percepción de estigma en los ámbitos social, religioso y familiar lo que es consistente con una percepción positiva de la atención en los establecimientos donde reciben atención, particularmente en los hospitales. A pesar de los avances en la reducción del estigma y discriminación y en las mejoras en el respeto de los derechos persiste una proporción importante de personas con VIH que perciben discriminación. [Anexo 1.16]El Plan Cuscatlán establece que será realizado un ‘examen exhaustivo’ de todas las prácticas y conductas en el sector público que tienen impacto discriminatorio contra mujeres y grupos vulnerables. Las acciones previstas están incorporadas en la ‘Plataforma de Derechos Humanos’ a cargo de la Procuraduría de Derechos Humanos en la campaña presidencial del 2019. [Anexo 1.15]1. **Situación de VIH al finalizar el 2019**

**Evolución de la epidemia**Desde 1984 en que se diagnosticó a la primera persona, hasta finales del 2019 se ha detectado con VIH a 37,478 personas en el país. Se reconocen tres etapas de la epidemia; un inicio de incremento sostenido de casos diagnosticados -entre 1984 y el 2001-, una segunda etapa de relativa estabilización en la cantidad de nuevas personas diagnosticadas -entre 2001 y el 2010-, y la tercera en la que se observa reducción paulatina de nuevos casos desde el 2010, con un leve incremento en 2017 y 2018 que puede deberse a una mayor oferta de pruebas realizadas[[4]](#footnote-5) (ver Figura I). Un elemento que refuerza el descenso en la cantidad de nuevos casos anuales es que, a pesar del incremento sostenido en la cantidad de pruebas anuales en los últimos cinco años, desde 370 mil en el 2015 hasta casi 486 mil en el 2019, la proporción de positivos se reduce de 3.1 por cada mil pruebas en el 2015 a 2.4 en el 2019. [Anexo 1.18]Este comportamiento de reducción de nuevos casos es debido a la evolución que se ha tenido en la comprensión de la epidemia, la disponibilidad de mejores alternativas para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento, la adopción de estrategias de mayor efectividad enfocadas a los grupos de mayor vulnerabilidad y de mayor carga de enfermedad, así como el involucramiento de organizaciones de la sociedad civil, particularmente de poblaciones clave que implementando estrategia de pares y seguimiento cara a cara permite conservar ligados a los servicios de salud a personas de gran vulnerabilidad.*Fuente: Informe Nacional Situación de VIH – El Salvador 2019.***Distribución por edad y sexo.** Según el Informe Nacional Situación del VIH del 2019, de todos los casos notificados entre 2015 y 2019 la mayor proporción tienen edad comprendida entre 20 y 39 años, seguido de quienes tienen entre 40 y 59 años acumulándose en ambos grupos casi el 90% de todas las nuevas infecciones. [Anexo 1.18] Según los reportes del Sistema Único de Monitoreo y Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH (SUMEVE), el 27% de todos los casos del período son mujeres y el 74% son hombres, por año el porcentaje de mujeres oscila entre 23% (2019) y 28% (2016), el de hombres entre 72% (2016) y 77% (2019). En el año 2019, las tasas de notificación más elevadas se observan entre hombres de 20 a 49 años, siendo el grupo más notable el de hombres de 25 a 39 años que muestra la tasa más alta con 57 casos por 100,000. En mujeres, el grupo de las que tienen entre 35 y 49 años es donde se observan las tasa más elevadas, destacando el grupo de las que tienen de 45 a 49 años con una tasa de 16 por 100,000, la más elevada entre los grupos de edad de mujeres. Esta tasa de notificación en mujeres más alta en el grupo de 35 a 49 años puede deberse a factores como la desventaja educativa que tienen frente a los hombres, además que se ha reconocido el clima generalizado de exclusión, violencia y abandono de la mujer en El Salvador sumado a las condiciones de pobreza y falta de acceso al sistema de salud entre otras razones. [Anexo 1.18]Según la estimación de ONUSIDA la prevalencia en la población de 15 a 49 años es de 0.5% (0.4% en mujeres y 0.6% en hombres) y la incidencia en el mismo segmento de población es de 0.23 por mil habitantes. [Anexo 1.19]*Fuente: Sistema Único de Monitoreo y Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH (SUMEVE).***Distribución geográfica de los casos notificados**Entre el 2015 y el 2019 la tasa de notificación promedio es de 90 nuevas infecciones por cada 100,000 habitantes. Están por encima de esa tasa promedio los departamentos de San Salvador con 134 por 100,000; Sonsonate con 104 por 100,000 y La Libertad con 101 por 100,000. Los departamentos con más baja tasa son Morazán con 29 por 100,000, Chalatenango con 40 por 100,000 y Usulután con 41 por 100,000. La tasa de incidencia anual por VIH observada en el período 2015-2019 oscila entre 17 y 19 por 100,000 habitantes, siendo más elevada en el 2017 y más baja en el 2018 y 2016. Por sexo hay notables diferencias, oscilando en mujeres entre 7 y 10 por 100,000 y en hombres entre 26 y 29 por 100,000. [Anexo 1.18] La respuesta nacional integra la información de los departamentos y municipios con mayor carga de enfermedad al análisis de situación que realiza el Área de Planificación, Monitoreo y Evaluación de la Unidad del Programa de ITS/VIH contribuyendo al ajuste de las acciones según donde más son requeridas.**Poblaciones claves y vulnerables**Los resultados observados en los estudios de prevalencia que se han realizado en el país determinan que la epidemia tiene mayor intensidad en ciertos segmentos de la población. Los actores de la respuesta nacional han establecido que las poblaciones de mayor vulnerabilidad son las llamadas poblaciones clave: hombres que tienen sexo con hombres (HSH), mujeres trans (MTrans) y trabajadoras sexuales (TS).La información estratégica disponible obtenida de estudios realizados entre el 2002 y el 2016, que entre sus objetivos ha sido estimar el tamaño y la prevalencia de VIH en poblaciones clave, ha sido un importante insumo para categorizar el tipo de epidemia que tiene el país, una epidemia concentrada en las poblaciones clave, dada las grandes diferencias en las tasas de prevalencia de estas poblaciones con las de la población general. Por otro lado, estos resultados son parte de los insumos requeridos para la actualización de las estimaciones y proyecciones de la epidemia con la herramienta Spectrum de la que se define el primer pilar de las cascadas del continuo de la atención; una herramienta de suma importancia para la planificación de acciones estratégicas. En la siguiente tabla se observan los datos del 2019 obtenidos de los reportes del SIAP/VICITS sobre la prevalencia de VIH y del SUMEVE sobre la realización de la prueba y su resultado (información del MINSAL) con los que se origina los porcentajes de positividad en función de las personas: **Tabla 1. Tamaño de población, prevalencia e Índice de positividad de VIH en Poblaciones clave.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipo de población** | **Tamaño** | **Prevalencia** | **Se realizaron prueba (2019)** | **Nuevas****Notifica-****ciones** | **%Positi-****vidad** |
| **Trabajadoras sexuales (TS)** | 44,972a) | 2.75d) | 7,118e) | 17e) | 0.24e) |
| **Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)** | 54,140b) | 20.54d) | 18,835e) | 321e) | 1.70e) |
| **Mujeres Trans (MTrans)** | 2,011c) | 27.19d) | 914e) | 19e) | 2.08e) |

Fuente: a) Talla poblacional, comportamiento sexual y prevalencia de VIH MTS, 2016 [Anexo 1.20]b) Talla poblacional, comportamiento sexual y prevalencia de VIH HSH, 2016 [Anexo 1.21]c) Talla poblacional, comportamiento sexual y prevalencia de VIH TRANS, 2014 [Anexo 1.22]d) Reporte SIAP | |VICITS.2019e) Reporte SUMEVE 2019**Tabla 2. El Salvador 2019. Datos de la Población de Privados de Libertad.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipo de población** | **Tamaño** | **Prevalencia** | **Pruebas realizadas (2019)** | **Nuevas****Notifica-****ciones** | **% Pruebas Positivas** |
| **Privados de libertad** | 40,083 | ND | 65,171 | 23 | 0.035 |

*Fuente: Dirección General de Centros Penales | Programa Nacional ITS/VIH – El Salvador 2019.*El Ministerio de salud en coordinación con el Ministerio de Seguridad y Justicia por medio de la Dirección General de Centros Penales ejecuta jornadas de tamizajes dos veces año en todos los centros penitenciarios, centros de detención de menores y bartolinas incluyendo en las jornadas la realización de actividades de cambio de comportamiento dando énfasis al uso de preservativo. En la realización de estas jornadas es importante el papel de los colaboradores (PPL) pares. Según la Dirección General de Centros Penales, para el año 2019 la población de privados de libertad fue de 40,083 personas, en los que se realizaron un total de 65,171 pruebas, encontrándose 23 casos de VIH (1 mujer y 22 hombres). Para el período 2022-2024 se continuará realizando las jornadas de tamizajes - contempladas entre las acciones que contiene los lineamientos del MINSAL para la atención integral en salud de PPL. [Anexo 1.23]El borrador del PENM 2022-2026 - en que se realizará dos pruebas de VIH al año a cada privado de libertad, de las cuales una será asumida con recursos del Estado y la otra por el Fondo Mundial.El PENM 2022-2026 ha incorporado el desarrollo de la metodología de pares implementado en el 100% de Centros Penales a nivel nacional con la cual se espera capacitar entre 800 a 1,000 PPL por año a aproximadamente. Con esta estrategia, impulsada desde la Unidad del Programa de ITS/VIH, se capacitará personas privadas de libertad con roles entre facilitadores pares, consejeros y promotores de salud penitenciaria. La temática a desarrollar con ellos incluye: promoción de la salud, prevención de las enfermedades, ITS, especialmente VIH y TB, atención integral de las PPL (auto cuido, estilos de vida, adherencia, reacciones adversas de los medicamentos, infecciones oportunistas, estigma, discriminación, enfoque de género, derechos humanos, diversidad sexual, así como saneamiento ambiental, otros). [Anexo 1.24]El Salvador aprovechando el desarrollo de tecnologías de la información y comunicación cuenta con un robusto Sistema Único de Información en Salud (SUIS), que permitiendo la intercomunicación de diferentes interfaces -una de ellas el Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH-SIDA (SUMEVE), facilita la captura de información con un buen nivel de actualización lo que permite generar reportes en tiempo real, lo que contribuye en forma importante al análisis de la situación y con ello a la toma de decisiones. SUMEVE, por la fortaleza que tiene, es la fuente de toda información oficial sobre el VIH y posee una plataforma en la que usuarios externos pueden generar, a su conveniencia, reportes consolidados, garantizándose la seguridad de los datos personales contenidos en los registros nominales. A pesar de la fortaleza que representa el SUMEVE para el sistema de información, han pasado más de cinco años desde que se realizaron los últimos estudios que valoran cuali-cuantitativamente rasgos comportamentales de poblaciones clave y de personas con VIH, cuyos resultados aproximen la valoración del impacto de las acciones de la respuesta nacional y a la vez generan evidencias para el ajuste en las estrategias. Desde los últimos estudios de vigilancia de comportamiento y prevalencia han acontecido importantes eventos en la respuesta a la epidemia.En la actual subvención se ha incluido la actualización de los estudios de talla y vigilancia de comportamiento y prevalencia, los que estarán a cargo del receptor Plan International. Para la planificación, seguimiento a la ejecución y validación de resultados se conformará un comité consultivo multisectorial encabezado por el MCP-ES-ES que apoyará la elaboración de términos de referencia, selección del equipo a ejecutar los estudios, el monitoreo de las actividades de campo incluyendo el aseguramiento en la calidad de los datos hasta el análisis y presentación de los resultados. En el informe anual del 2019 de las clínicas VICITS se observa que las trabajadoras sexuales usaron condón en la última relación sexual, el 48% de ellas con pareja casual, el 16% con pareja estable y el 92% con clientes. El 57% lo utilizó en la última relación sexual anal. [Anexo 1.25]En HSH se observa que usaron condón en la última relación sexual, el 45% con pareja casual, el 36% con pareja estable y el 60% con clientes. El 48% lo utilizó en la última relación sexual anal. [Anexo 1.25]En mujeres trans se observa que usaron condón en la última relación sexual el 61% con pareja casual, el 46% con pareja estable y el 80% con clientes. El 65% lo utilizó en la última relación sexual anal. [Anexo 1.25]**Poblaciones adolescentes y jóvenes** El 20.2% (1,356,724) del total de la población del país tienen edad comprendida entre 15 y 24 años. Es de hacer notar que la mayor cantidad de personas en nuestro país se encuentra en las etapas de adolescencia y juventud, lo cual establece una oportunidad excelente, para fortalecer los proyectos educativos, laborales y socioeconómicos de nuestro país. [Anexo 1.1]Entre el 2018 y el primer semestre del 2020, según reportes del SUMEVE, se registra un total de 141 nuevas infecciones por VIH en adolescentes, cifra que sugiere la necesidad de intensificar las acciones en ese segmento de población y ajustar las acciones para mayor efectividad.El país está realizando esfuerzos por disponer de manera rutinaria reportes que contenga información desagregada por edad y sexo de ITS en poblaciones clave, esperando contar con este tipo de información en el cuarto trimestre del 2021.**Tabla 3 . El Salvador. Casos nuevos de VIH en adolescentes, 2018-2020**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Edad** | **Sexo** | **Año** | **Total** |
| **2018** | **2019** | **2020/\*** |
| **10 a 14** | Hombres | 1 | 1 | 1 | **3** |
| Mujeres | 0 | 2 | 2 | **4** |
| *Sub total* | *1* | *3* | *3* | ***7*** |
| **15 a 19** | Hombres | 50 | 33 | 19 | **102** |
| Mujeres | 15 | 8 | 9 | **32** |
| *Sub total* | *65* | *41* | *28* | ***134*** |
| **Total** | **Hombres** | **51** | **34** | **20** | **105** |
| **Mujeres** | **15** | **10** | **11** | **36** |
| **Total** | **66** | **44** | **31** | **141** |

\*/ Información del 2020 es de enero a junio.Fuente: SUMEVEEn ese mismo período según los reportes de vigilancia epidemiológica del MINSAL (VIGEPES), se registra un total de 234 ITS, siendo las más afectadas las mujeres adolescentes.**Tabla 4 . El Salvador. Infecciones de transmisión sexual (ITS) en adolescentes.****Período enero-junio del 2020.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipo de ITS** | **Sexo** | **Total** |
| **Hombres** | **Mujeres** |
| Tricomoniasis | 4 | 103 | **107** |
| Sífilis | 4 | 48 | **52** |
| Herpes | 5 | 30 | **35** |
| Gonorrea | 18 | 10 | **28** |
| Clamidia | 0 | 9 | **9** |
| Chancroide | 3 | 0 | **3** |
| Hepatitis B | 0 | 0 | **0** |
| **Total** | **34** | **200** | **234** |

*Fuente: VIGEPES*1. **La respuesta nacional**

**Cascada del continuo de la atención**Al concluir el 2019 de las 26,893 personas que se estiman están vivas con VIH en el país, el 62.5% son hombres y el 37.5% mujeres.Según el SUMEVE, a 19,242 personas que tienen VIH se les ha logrado diagnosticar (de ellos el 37.4% son mujeres y 62.6% hombres), el 71.4% de las mujeres con VIH saben su diagnóstico, en tanto que el 71.7% de los hombres con VIH saben su diagnóstico, es decir que, a pesar de que la proporción de mujeres con VIH es 67% inferior a la de hombres con VIH, la proporción de quienes saben su diagnóstico es similar.A la red de establecimientos del MINSAL ha sido vinculada el 54.3% de las personas con VIH, el 41.2% permanecen retenidas cumpliendo las citas, el 37.4% ha sido incorporadas a la terapia con antirretrovirales y 32.7% han alcanzado la supresión viral. [Anexo 1.18]El país ha realizado esfuerzos en el marco del desarrollo del Sistema Único de Información en Salud por incorporar toda la información de personas con VIH atendidas por los integrantes del Sistema de Salud, sin embargo, aún no se ha logrado incorporar dentro del SUMEVE la información de las personas que están vinculadas, las que están retenidas, están en TAR y las que han alcanzado la supresión viral cuya atención les es brindada en establecimientos que no son del MINSAL. Sin embargo, la incorporación de los datos del ISSS está actualmente en proceso, y se espera tenerla completamente incluida en el SUMEVE a finales del 2022, lo que permitirá tener información más completa de las brechas existentes en la cascada de atención. Adicionalmente el fortalecimiento del sistema de información, monitoreo y evaluación es parte de las actividades incluidas en la solicitud de financiamiento al FM para el período 2022-2024. En las reuniones mensuales multisectoriales de la Subcomisión Nacional de Monitoreo y Evaluación de la CONAVIH, se realiza una presentación mensual de la información de la atención y servicios de salud que se brindan a los pacientes, la cual responde a los indicadores del PENM y del proyecto del Fondo Mundial, con lo cual se efectúan análisis de la situación de manera periódica, que incluye las metas 95 95 95, la priorización geográfica de las intervenciones según los hallazgos, con los que posteriormente se presentará un informe semestral a la CONAVIH para sus intervenciones en aquellos puntos en los cuales se requiera una toma de decisión con impacto a nivel nacional. * *Brecha entre el Segundo Pilar y el Primer 95 (segundo pilar y primera meta 95)*

La intensidad en la promoción de la prueba para detectar a un número mayor de personas con VIH no ha sido un inconveniente, sin embargo, los bajos índices de positividad estarían indicando que la promoción de la prueba debe intensificarse en las poblaciones clave, como se está haciendo en la actualidad, particularmente en el primer nivel de atención, en conjunto con organizaciones de la sociedad civil y el apoyo de las agencias cooperantes y a través de nuevos abordajes para la identificación de poblaciones clave, la oferta de la prueba y la realización de la misma a través de unidades móviles que acercan la prueba a sitios de concentración de personas, además de la ampliación de horarios y la implementación de actividades extramurales en fines de semana.Fuente: Informe Nacional Situación de VIH, El Salvador 2019.En el estudio de Cascada del continuo de la atención del 2018 se observa una contribución del ISSS y otros proveedores al segundo pilar, la proporción de personas que saben su diagnóstico se incrementa en nueve puntos porcentuales al adicionar la información del ISSS y otros a la del MINSAL (69% a 78%). [Anexo 1.26]Una de las principales barreras para el diagnóstico de VIH es el tiempo prolongado entre la toma de la prueba y la entrega de los resultados, ya que no todos los establecimientos de salud cuentan con laboratorio clínico para el procesamiento de estas, además, que para la toma de dichas pruebas se requiere que esta sea efectuada por un profesional de laboratorio clínico. La actualización del algoritmo diagnóstico (en proceso de validación esperando tenerlo a finales del 2021) contribuirá a reducir esta demora, ya no se requerirá de un profesional de laboratorio clínico para la toma de la muestra, con lo que se pretende aumentar el número de PVIH que conocen su diagnóstico, reforzado con abordajes innovadores para la realización de la auto prueba y el test comunitario.* *Brecha entre el Quinto Pilar y Segundo - 95.*

Una de las limitantes que se tenía en la incorporación de nuevas personas en tratamiento antirretroviral era la Guía Clínica de Atención a personas con VIH, sin embargo, esta guía clínica ha sido actualizada, incorporando el criterio clínico en la decisión de iniciar la TAR y se está trabajando en una modificación para incluir la estrategia Prueba y Tratamiento que se espera esté aprobada en el cuarto trimestre del 2021. Otro de los factores que inciden en esta brecha es el no contar con la información del ISSS, ya que, si bien se encuentran en el pilar de diagnóstico, a partir del pilar de vinculación no contamos con información de estos pacientes en el SUMEVE. La accesibilidad geográfica es otro factor que influye, ya que, aunque se cuenta con 20 hospitales que brindan atención integral, siempre existen lugares de difícil acceso, lo cual se suma al nivel de pobreza extrema en el que pueden encontrarse algunas personas, lo que dificulta que se acerquen a los servicios de salud para el retiro de sus medicamentos.El país elaboró con el apoyo de PEPFAR un plan nacional para la transición a Dolutegravir (DTG) que facilitara la ruta a seguir en los servicios de salud, pero debido a la pandemia de COVID-19 y su impacto en la cadena de gestión de suministros, se vio obligado a hacer una transición acelerada a DTG con el objeto de no interrumpir la TAR. Se contó con la asistencia técnica y financiera de PEPFAR para la elaboración material educativo dirigido a los pacientes a fin de reforzar sus conocimientos en el cambio de medicamentos y la importancia de ser adherentes al mismo. * *Brecha entre el Sexto Pilar y Tercer- 95.*

Tal como en las otras brechas, esta brecha está siendo impactada por la falta de incorporación de los datos de usuarios del ISSS al SUMEVE.Definitivamente que las barreras para el tratamiento inciden en la supresión viral, en donde además un factor decisivo es la conducta personal y lo hábitos saludables; otros factores que influyen son la pobreza y la crisis de empleo que se ha visto agravada a causa de la COVID-19 por las restricciones de movimiento, lo cual impacta la seguridad alimentaria y nutricional y sus consecuencias en la respuesta inmunitaria. El MINSAL en coordinación con organizaciones de la sociedad civil y el apoyo de implementadores de los proyectos de PEPFAR como el proyecto Cuidado y Tratamiento ha fortalecido las estrategias dirigidas a la identificación temprana de los abandonos, logrando así mejorar la adherencia de los usuarios, entre otros con la implementación de la aplicación electrónica “*alerTAR*”, actualmente implementada en siete hospitales a nivel nacional donde se brinda atención a personas con VIH, que envía mensaje a dispositivos móviles de personas con VIH para recordarles la próxima cita o para hacer ver que han faltado a la última cita médica o a sus exámenes de laboratorio invitándolos a acudir a los establecimientos y cumplir las recomendaciones para su propio cuido. En el futuro, al contar con los recursos financieros necesarios, se espera expandir esta aplicación al resto de hospitales que brindan TAR. [Anexo 1.27]El país también ha incorporado la entrega diferenciada de ARV, con la ampliación de días y horas de entrega que incluye la apertura los fines de semana para mejorar el acceso de aquellas personas que por razones laborales (u otras) no pueden acudir en los días y horarios regulares de funcionamiento de los establecimientos de salud, así como la entrega a domicilio para casos con dificultades sociales (costo de transporte, entre otros). Se espera que el país mejore en el tercer 95 con la actual incorporación del DTG a los esquemas de primera línea siguiendo las recomendaciones de la OMS del 2019, y con la entrega multimensual de ARV en pacientes estables, así como el mejorar la disponibilidad y realización sistemática de pruebas de carga viral en la población en tratamiento, como parte del seguimiento rutinario. Dentro del marco de trabajo de la RIIS, con actores relevantes de la respuesta se han incluido acciones para mejorar la vinculación, así como la reactivación y funcionamiento de los grupos de apoyo (incluso virtuales por la epidemia de COVID-19) que contribuirá a mejorar la retención.También es importante mencionar que se ha aumentado el uso de telemedicina, enfocada a la atención de la pandemia por COVID-19. Se está atento a los resultados de esta experiencia para evaluar su implementación y posteriormente gestionar recursos técnicos y financieros dirigidos a la población con VIH. El MINSAL se está preparando para una transformación tecnológica que facilitará entre otra telemedicina, tele mentoría y expediente en línea, que también podrán apoyar en alcanzar las metas de la cascada de atención.El proceso de la pandemia dejará los indicadores de pobreza, desempleo y trastornos emocionales muy elevados, por lo que el abandono, la falta de adherencia y el acceso a la salud mental se podrán ver afectados, impactando en los resultados del tercer pilar. Será importante buscar de nuevas alianzas (incluso en el sector privado y a nivel local como en las municipalidades) para palear estas determinantes, incluso a través de la CONAVIH.**Cascada de Continuo de Atención VIH en Poblaciones Clave.** El Salvador ha realizado un esfuerzo a partir de los datos disponibles en el SUMEVE, con el cual puede hacerse un seguimiento a la atención a las personas con VIH de Poblaciones Clave, en donde con los esfuerzos en atención que se están realizando se ha logrado mejorar su estado de salud, pero es evidente que aún se tienen brechas que permitan superar las desigualdades, sobre todo para las mujeres Trans. No es posible por el momento disponer de información para obtener datos para el primer pilar a población con VIH estimada para poblaciones clave, se puede apreciar que hay similitudes y diferencias a partir de la población que conoce su diagnóstico entre la población general y las poblaciones clave. El 51.4% de las personas de la población general que saben su diagnóstico reciben TAR, en tanto que lo hacen el 54.5% de los HSH, el 48.2% de las Trabajadoras sexuales y el 43.0% de la Mujeres Trans. El 45.8% de las personas de la población general que saben su diagnóstico han alcanzado la supresión viral, en tanto que lo logran en el mismo porcentaje de los HSH, el 41.6% de las Trabajadoras Sexuales y el 32.8% de las Mujeres Trans.Recientemente el país está trabajando con el apoyo de OPS en las Cascadas de Prevención, las cuales están en este momento en su fase de validación, pero que aportan datos que permiten comprender el comportamiento de las personas de las poblaciones clave para así tomar medidas pertinentes para garantizar su acceso a servicios de salud de forma oportuna.Según el estudio, hay 29,579 integrantes de poblaciones Clave en los registros del sistema, de ellos se tiene evidencia que no tienen VIH 29,177 (98.64%); de éstos, se considera están sin riesgo sustancial de adquirir VIH un total de 11,099 (38.04%) y sí están en riesgo sustancial 17,682 (60.60%). No se cuenta con información para clasificar el riesgo en 396 personas.**Figura 6. Cascada de Prevención en VIH en Poblaciones Claves.**Fuente: Sistema Único de Monitoreo y Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH , El Salvador 2019.Del total que están sin riesgo sustancial, 3,790 (34.15%) han estado en seguimiento a 12 meses; y en 3,730 de ellos (98.42%) se tiene evidencia que después de 12 meses están libres de VIH.Del total que están con riesgo sustancial, 2,112 (11.94%) han estado en seguimiento a 12 meses; y en 2,076 (98.30%) de ellos se tiene evidencia que después de 12 meses están libres de VIH.Los resultados del estudio muestran que entre las PC sin VIH ya sea con o sin riesgo sustancial hay bajas proporciones de quienes están en seguimiento al cabo de 12 meses, llamando la atención que es entre quienes tienen riesgo sustancial que es más baja la proporción de los que están en seguimiento. Entre los que sí están en seguimiento tanto quienes tienen como los que no tienen riesgo sustancial se observa alta proporción de quienes siguen libre de VIH al cabo de 12 meses de seguimiento. Estos primeros resultados permiten identificar el potencial de mejora en la prevención del VIH que tiene la implementación de estrategias de seguimiento a quienes tienen mayor probabilidad de adquirir la infección. Además, apoyan la realización de análisis de riesgo en las poblaciones clave que se atienden durante las intervenciones de prevención y testeo, permitiendo realizar un seguimiento proactivo de prevención cada seis meses a los que tienen mayor riesgo. **Etapa de la infección al diagnóstico**En el período comprendido entre el 2015 y el 2019 la suma de personas diagnosticadas fue de 5,947. En 3,818 de ellas, se logró valorar la fase de la infección en que estaban al momento del diagnóstico. Se concluyó que 2,254 han sido casos de infección avanzada (diagnóstico tardío) lo que corresponde a un 38% del total de personas diagnosticadas en promedio para el período, oscilando entre 34.5% en el 2018 y 43.5% en el 2017. En el 2019, de cada 100 hombres diagnosticados, 56 estaban en estado avanzado de la infección, en tanto que, de cada 100 mujeres diagnosticadas en ese año, 49 lo estaban. [Anexo 1.18]Fuente: Informe Nacional Situación de VIH, El Salvador 2019.**VICITS**Las clínicas de vigilancia centinela de infecciones de transmisión sexual (VICITS) son una estrategia para mejorar el acceso a la promoción, prevención, atención, diagnóstico, tratamiento, consejería en ITS/VIH hacia integrantes de poblaciones clave. En ellas el personal entrenado para ello brinda atención integral con enfoque de género, de derechos humanos, libre de estigma y discriminación a poblaciones clave. Las VICITS iniciaron su implementación en el país en el año 2011. En ellas el personal evalúa además de aspectos clínicos de los usuarios y usuarias del servicio lo relacionado al comportamiento, actitudes y prácticas de interés epidemiológico y oferta acciones de prevención combinada, de promoción y recuperación de la salud incluyendo diagnóstico sindrómico y etiológico para ITS para lo cual cuenta con la oferta de la toma de muestras para pruebas de ITS que requieren equipos sofisticados y personal especializado. El número de clínicas VICITS se ha ido incrementando a lo largo de los años, contando al final del 2019 con 18 clínicas distribuidas en todo el país. En el 2019 en ellas se brindó 9,013 atenciones a 3,697 personas de las poblaciones clave, de ellas el 63.59% a HSH, 27.45% a MTS y el 8.95% a MT. [Anexo 1.18, reporte SIAP/VICITS].**Clínicas Amigables**Son espacios creados para la atención de poblaciones clave a nivel comunitario, libres de estigma y discriminación, para ampliar la cobertura de las VICITS, ofertando los mismos servicios que estas, incluyendo el diagnóstico de ITS, pero con tecnología de menor complejidad. Cuentan con capacidad de reportar la misma información epidemiológica que las VICITS.**Clínicas de Atención Integral**Para fines de esta subvención, se considera que son Clínicas de Atención Integral (CAI) a los espacios físicos dentro de los hospitales del MINSAL donde se brinda atención a personas con VIH. Cuentan con un equipo multidisciplinario y brindan servicios de atención médica, psicológica, nutricional, tratamiento y seguimiento clínico y de laboratorio para el control virológico e inmunológico.**Oferta de la prueba de VIH a la población en general.**Gran parte del enfoque de la respuesta nacional a la epidemia se centra en el acceso a la prueba de VIH, la cual se realiza en forma gratuita en los establecimientos de salud del sector público, aunque también hay oferta en establecimientos privados que son costeadas por los bolsillos de los usuarios.En el sistema público la población acude por espontánea voluntad a realizársela, pero también en el programa de atención a embarazadas se promueve con intensidad como parte vital de la estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis. En todos los casos la persona que decide que le realicen la toma de muestra hemática para la prueba recibe consejería previa y no se le hace la prueba hasta que rubrique formato de consentimiento informado.Entre el 2015 y el 2019 se han realizado más dos millones de pruebas de VIH, magnitud que ha venido incrementándose desde 370 mil pruebas en el 2015 hasta casi 486 mil en el 2019. De acuerdo con los datos del Programa Nacional, el índice de positivad se ha reducido de 3.1 resultado positivo por cada mil pruebas realizadas en el 2015 hasta 2.4 resultados positivos por cada mil pruebas en el 2019. [Anexo 1.18]El MINSAL, como parte de la respuesta a la epidemia, coordina y brinda apoyo a otras instituciones integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). En el año 2019, según integrantes del SNIS, el 74.2% de los casos notificados se detectaron por el MINSAL, el 16.2% por el ISSS, 7.5% por Organizaciones No Gubernamentales, 1.7% por la Dirección General de Centros Penales (DGCP), 0.3% por el Comité de Sanidad Militar (COSAM) y el 0.1% por el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM) e igual proporción por el Sector Privado.El MINSAL brinda las diferentes acciones de prevención primaria y secundaria según diferentes tipos de establecimientos. En el 2019 fueron identificados 871 casos en establecimientos propios de la institución, el 59.5% en la atención hospitalaria. De los casos identificados en el primer nivel de atención destacan las Clínicas de Vigilancia Centinela de Infecciones de Transmisión Sexual (VICITS) con el 21.2%, las Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF) el 12.4% y las Clínicas Amigables con 4.6%. [Anexo 1.18]**Acceso de poblaciones clave a la prueba de VIH.**A poblaciones clave en el 2019 se realizaron un total de 30,938 pruebas, 21,293 a HSH, 8,600 a trabajadoras sexuales y 1,045 a Mujeres trans. En el año 2019, a nivel nacional, un total de 357 integrantes de poblaciones clave tuvieron resultado positivo en las pruebas realizadas. (Informe de situación VIH 2019)Las ONG que participan del proyecto de El Fondo Mundial, implementado por Plan International como Subreceptor, identificaron 84 nuevos casos del total de las 357 en poblaciones clave, la mayor proporción el 77.4% de ellos los detectó la Asociación Entre Amigos, seguido del Colectivo Alejandría (11.9%) y Orquídeas del Mar (5.9%). [Anexo 1.18]**Estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH.**En el país las altas coberturas de atención prenatal facilitan el acceso a la prueba de todas las embarazadas. En el año 2019 todas las embarazadas con VIH estaban en tratamiento con antirretrovirales, a pesar de ello se tuvo el caso de un recién nacido con VIH. Desde el 2013 el número de recién nacidos con VIH ha venido desciendo paulatinamente desde 10 casos en el 2013 hasta uno en el 2019. [Anexo 1.18]Para el año 2019, en la cascada de atención de la para la eliminación de la transmisión vertical del VIH (ETMI), construida con los datos del MINSAL, se observa que el 47% de las embarazadas con VIH conocen su condición serológica, el 46% están vinculadas a servicios de salud, el 44% están en TAR y el 38% están en supresión viral.El país ha conservado la intensidad en las acciones para la ETMI como lo demuestra el hecho de que según datos del Programa Nacional de ITS/VIH en los últimos cinco años entre 65% y 70% de embarazadas positivas ya conocían su diagnóstico y estaban en tratamiento antirretroviral, durante la pandemia de COVID-19 se creó un centro de llamadas telefónicas para garantizar el seguimiento a la atención de embarazadas y asegurar la realización oportuna de consultas de control prenatal y de la atención del parto, esto incluyó mujeres con VIH. (Reportes del SUMEVE).La dificultad en poder contar con una estimación de mayor precisión en el cálculo de embarazadas con VIH el primer pilar hace que se vean diluidos los efectos de los esfuerzos del país, en que nunca se han tenido más de 170 embarazadas con VIH por año. Considerando que en el país no hay restricciones para el embarazo en mujeres con VIH, es un logro observar en el 2019 que el 92.1% de las embarazadas con VIH reciben TAR y que el 87.1% de las que están en TAR han alcanzado la supresión viral. *Fuente: SUMEVE***TB/VIH**En el país se realiza monitoreo conjunto VIH/TB para la vigilancia de la coinfección. Entre el 2017 y el 2019 se han notificado 563 casos de coinfección VIH/TB, esto representa el 78.2% de los casos estimados por OPS|OMS. Al 100% de los casos notificados se les ha ingresado al programa de tratamiento de TB y el 78.3% han ingresado o se han conservado recibiendo TAR. De los que ingresaron a tratamiento para TB en el 73.8% se alcanzó el éxito de tratamiento por coinfección TB|VIH y 19.3% de los notificados fallecieron. Entre el 2003 y el 2017 la mortalidad ha venido disminuyendo, consecuentemente el éxito de tratamiento ha estado aumentado. En los años recientes se observa un incremento en la mortalidad y deterioro en el éxito de tratamiento observándose como causas las comorbilidades de enfermedades crónicas no transmisibles; falta de cumplimiento del algoritmo diagnóstico de TB en personas con VIH; vinculación tardía de casos y presentaciones clínicas de TB en las personas con VIH en estadios avanzados. [Anexo 1.28]Fuente: Monitoreo conjunto VIH/TB, El Salvador 2019.La cobertura de testeo de la prueba de VIH en las personas con TB en el 2019 es del 96.0%; y del total de personas con VIH vinculadas el 55% fue tamizada para TB. [Anexo 1.28]El país está trabajando para superar las brechas observadas fortaleciendo actividades de integración programáticas de TB y VIH para la atención de las personas afectadas.Para el componente VIH, las intervenciones colaborativas VIH/TB están incluidas en el PENM-VIH 2022-2026 y están siendo financiadas por fondos GOES.Para el componente de TB, las intervenciones colaborativas TB/VIH están incluidas en el PENM-TB 2022-2026 y están siendo financiadas por fondos GOES y el cofinanciamiento del Fondo Mundial.**Mortalidad por VIH.**Según Spectrum, la tasa estimada de mortalidad por cada 100,000 habitantes en el período 2015 – 2019 ha oscilado entre 9 y 10 mientras que, según los registros del MINSAL (SIMMOW) la tasa ha estado comprendida entre 3 y 4 fallecidos por cada 100,000 habitantes. En el período 2015-19 se notificaron un total de 1,242 fallecidos por causas relacionadas al VIH, pasando de 211 a 283 entre el 2015 y el 2017 y reduciéndose a 234 en el 2019. En el 2019, por edad y sexo resalta el hecho de que el 62.1% de todas las muertes acontecen en hombres de 25 a más años, que es casi el doble del grupo que le sigue en orden de frecuencia que son las mujeres de 25 o más años (33.2%)Para el año 2019, el sistema de morbimortalidad en línea (SIMMOW) del MINSAL reporta que de las 234 muertes relacionadas con VIH el 32.5% corresponde a mujeres, y el 67.5 a hombres, siendo la mayor proporción de afectados de una edad igual o mayor a 25 años.**Tabla 5. El Salvador 2019. Distribución por edad y sexo de muertes por VIH/Sida./\***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Grupo Edad** | **Sexo** | **Total** |
| **Femenino** | **Masculino** |
| 0 a 9 | 0 | 0 | 0 |
| 10 a 17 | 0 | 1 | 1 |
| 18 a 24 | 3 | 2 | 5 |
| Igual o mayor a 25 | 73 | 155 | 228 |
| **Total** | **76** | **158** | **234** |

\*/ Se excluye un extranjero.Fuente: Sistema de morbi mortalidad en línea (SIMMOW). |

Habida cuenta del contexto nacional, el monto de la asignación del Fondo Mundial, los datos disponibles más recientes y las directrices de la carta de asignación:

b) Haga un resumen de **la metodología utilizada para otorgar prioridad** a los módulos e intervenciones propuestos (o, si se trata de «financiamiento por resultados», los indicadores de desempeño o hitos).

|  |
| --- |
| Las intervenciones se han priorizado tomando en cuenta los aportes, discusiones y propuestas brindadas por los participantes en las siete mesas de diálogo nacional multisectorial que el país organizó, en las que se contó con la participación de 291 personas. En ellas se motivó a los participantes a que brindaran aportes para la actualización del PENM 2022-2026 y a la solicitud de financiamiento al Fondo Mundial para el período 2022-2024. Las mesas se organizaron según población y temática: 1. Técnicos del Programa Nacional,2. Poblaciones Clave,3. Juventudes, incluido de poblaciones clave,4. Personas con VIH,5. Actores en Derechos Humanos y VIH,6. Clínicas de Atención Integral y7. Clínicas VICITS.Los facilitadores de las mesas de diálogos se capacitaron para la aplicación de metodología estándar, utilizando una guía de cinco preguntas para favorecer la discusión y la obtención de propuestas razonadas a la luz del quehacer de los actores y las recomendaciones para tener un mejor rendimiento de los recursos que estarán disponibles. Las preguntas (aquí con el ejemplo para la mesa de personas con VIH) con que se guiaron las mesas fueron: 1.- ¿En qué pilares de la cascada del continuo de la atención considera que desde el trabajo de las organizaciones de personas con VIH contribuyen a la cascada del continuo de la atención de VIH? Explique.2.- ¿Qué estrategias se han implementado desde las organizaciones de personas con VIH en apoyo al pilar de diagnóstico y Vinculación? Explique.3.- ¿Pensando en la mejora de la atención y un abordaje óptimo en las personas con VIH, que estrategias propone en apoyo a los pilares de la Cascada del Continuo de la Atención, y que instituciones o sectores pueden estar involucrados? Explique.4.- ¿Cómo considera que podrían establecerse meta de trabajo y cumplimiento de indicadores para un trabajo más efectivo en personas con VIH?5.- ¿Qué recursos necesitaría, para la implementación de la estrategia en el numeral anterior; puntualice cada uno de los insumos?Los aportes brindados contribuyeron a la actualización del PENM 2022-2026, su enfoque, visión y objetivos.Tanto en las mesas de diálogo como en las sesiones del equipo técnico de propuesta, para la priorización de módulos e intervenciones se tomaron en cuenta los aspectos siguientes:* Análisis de la información relacionada a las brechas de la cascada de atención;
* Recomendaciones de evaluaciones internacionales independientes (incluso la evaluación de APGM financiada por el Fondo mundial);
* La estrategia nacional de sostenibilidad y plan de acción para la sostenibilidad de la respuesta al VIH 2019-2023;
* Los compromisos internacionales suscritos por el país;
* Aportes al cumplimiento del PENM 2016-2021, y contribución a las metas y objetivos del PENM 2022-2026;
* Mayor impacto y costo beneficio.

Bajo la conducción del comité de propuestas, de acuerdo con la afinidad con el tema o sector de población al que pertenece, se procedió a formar grupos de trabajo para la priorización, tomando como criterios, los aportes de las mesas, contrastando con las recomendaciones de las evaluaciones externas y recomendaciones globales. Las estrategias que surgieron de esta priorización fueron presentadas por el Comité de Propuestas al pleno del MCP-ES-ES y de la Comisión Nacional de VIH, recibiendo el aval de ambas instancias. [Anexo 1.29] |

Luego del proceso de priorización con un enfoque de derechos humanos para garantizar una adecuada atención en salud a las poblaciones vulnerables, se han definido las intervenciones que a continuación se detallan:

1. Cumplimente una tabla por cada componente de enfermedad y otra tabla para la programación integrada o transversal (como los módulos de tuberculosis y VIH o de los sistemas para la salud resilientes y sostenibles [SSRS]) con el fin de describir las áreas a las que se ha dado preferencia en esta solicitud de financiamiento.

**Descripción de los Módulos de Implementación y sus cambios programáticos**

| **Módulo** | **Intervención y población prioritaria** | **Descripción y obstáculos e inequidades** | **Metas propuestas según marco de desempeño y resultado esperado**[Anexo 1.34] | **Costos**  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Prevención** | 1. ***PrEP***

*Población prioritaria: HSH, Mujeres Trans.*1. ***Intervenciones para cambio de comportamiento***

*Población prioritaria: HSH, Mujeres Trans, MTS*1. ***Programa de preservativos y lubricantes***

*Población prioritaria: HSH, Mujeres Trans, MTS*Se desarrollará una nueva adaptación de la **Estrategia de Prevención combinada adaptada**, la cual será implementada por el RP Plan International y sus SR, esta se realizará a través del **abordaje cara a cara** a través de diferentes modalidades**: SRs, Abordaje en línea y Servicos Amigables.**Se propone que el paquete de prevención incluya la entrega en dos (2) abordajes independientes durante un año de una intervención de Comunicación para el cambio de comportamiento – CCC- (entrevista motivacional para el cambio de comportamiento, por ejemplo) realizada en forma presencial o virtual (en línea), más la entrega de condones y lubricantes en cantidad determinada por el tipo de población.La metodología contempla que la persona intervenida tiene acceso a tres componentes: **Elemental, Biomédico y Complementario.** [Anexo 1.30]1. ***Servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo las ITS***

*Población prioritaria: HSH, Mujeres Trans, MTS*1. ***Prevención y manejo de coinfecciones y comorbilidades (prevención)***

*Población prioritaria: HSH, Mujeres Trans, MTS***.** | 1. A partir del año 2022 el país iniciará un pilotaje con la intervención de PrEP la cual se estará proporcionando a poblaciones clave a nivel de 9 clínicas VICITS dándole seguimiento a cambio de comportamiento y adherencia, todo esto previa capacitación al personal como a los usuarios.
2. y 3. Se considera persona alcanzada de la **población HSH,** cuando se ha entregado un paquete de prevención que incluye:
* Al menos 2 intervención de CCC
* 48 condones
* 3 lubricantes en tubo
* 20 lubricantes en sobres

Se considera persona alcanzada de la **población MTrans,** cuando se ha entregado un paquete de prevención que incluye:* Al menos 2 intervención de CCC
* 144 condones
* 6 lubricantes en tubo

Se considera persona alcanzada de la **población MTS,** cuando se ha entregado un paquete de servicios que incluye:* Al menos 2 intervención de CCC
* 144 condones
* 4 lubricantes en tubo
* 26 lubricantes en sobre

**Cambios propuestos****-**  Se implementarán **Servicios Amigables**.**-**  Se implementará el **Abordaje en línea**, se plantea la expansión de la estrategia de abordaje de cara a cara, para hacer ofrecida por medios en línea, con entrega posterior de los condones y lubricantes.En esta subvención ambos RP coordinarán con los SR las fechas y los lugares donde se realizarán las intervenciones, para evitar duplicidad.**-**  Las metodologías de cambio de comportamiento serán actualizadas para renovar los mensajes y el interés de la población, tal como la Entrevista Motivacional para Cambio de Comportamiento.A su vez, se continuará con asignación del Código Único de Identidad (CUI) que permite ingresar los resultados al SUMEVE por parte del MINSAL, de las OSC (que tienen acceso al SUMEVE) e ISSS.Se monitoreará estrechamente las estrategias en línea vs. las estrategias cara a cara, para ver cuáles son más efectivas en cantidad y calidad de las intervenciones.**Desafíos, obstáculos e inequidades**: Disminución del uso del condón, sobre todo en la población HSH, con un último reporte de 48.93% para el año 2019, poco conocimiento en El Salvador sobre la aceptabilidad de la PrEP en las poblaciones claves, restricciones en los abordajes cara a car debido a la pandemia por COVID-19. | 1. **PrEP**

Metas para HSH y Trans: Meta Año 1: 70%Meta Año 2: 75%Meta Año 3: 80%1. **Paquetes de prevención**

Las metas reflejan la cobertura nacional a alcanzar con paquetes de prevención para HSH, MTrans y TS con recursos del Fondo Mundial y PEPFAR.**Paquetes por tipo de población:**Para la población HSHMeta Año1: 27,611Meta Año2: 30,318Meta Año3: 33,025Para la población MTransMeta Año1: 1,709Meta Año2: 1,729Meta Año3: 1,749Para la población MTSMeta Año1: 15,400 Meta Año2: 17,500Meta Año3: 19,500Para la población HSH, las metas 2022 al 2024 están sujetas a la aprobación del presupuesto de PEPFAR, estas serán descontadas del total de la meta nacional. Actualmente el presupuesto está trabajado con el supuesto de 8,885 paquetes de prevención cubiertos por PEPFAR de la meta total del marco de desempeño.Se espera también que el uso de condones aumente, sobre todo para HSH y Mujeres Trans. | 1. **PrEP**

**$1,096,189**1. Intervenciones para cambio de comportamiento:

**$2,898,702**1. Programa de preservativos y lubricantes

**$886,710**1. Servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo las ITS

**$1,391,040**Prevención y manejo de coinfecciones y comorbilidades (prevención):**$156,502** |
| 1. ***Abordaje del estigma, la discriminación y la violencia (PC)***

*Población prioritaria: HSH, Mujeres Trans, MTS, PPL, LGBTI, jóvenes de poblaciones clave* | Como parte del trabajo con los entornos favorables y para abordar particularmente la temática del estigma y discriminación y la violencia hacia las Poblaciones Claves varias intervenciones están contempladas por el proyecto que buscan enfrentar el tema en varios niveles.Se propone continuar impulsando el trabajo de las mesas de diversidad sexual, y de trabajo sexual, para apoyar los avances en la propuesta de ley de identidad de población Trans, y en la propuesta de ley del trabajo sexual población MTS, las cuales brindarían un marco legal más favorable para la disminución del estigma y la discriminación que viven estas poblaciones en el país. De forma comprensiva se buscará dar impulso a generar entornos más favorables para la reducción de estigma y la discriminación y la violencia asociada al VIH y las poblaciones claves, a través de eventos educativos, de sensibilización y de incidencia multisectorial con actores de diversas instancias gubernamentales claves, con actores claves no-gubernamentales de las zonas de intervención, al igual que con las Unidades Comunitarias de Salud y actores claves relacionados. En atención a las medidas de bioseguridad por la pandemia de COVID-19 las capacitaciones, reuniones, talleres se realizarán de forma presencial o virtual, minimizando las actividades presenciales dado que siempre es necesario abordar en conjunto tomas de decisiones, prácticas y desarrollo de habilidades.Finalmente, se estará brindando atención integral ante casos de violencia por género u otro determinante de población LGBTI, MTS, personas con VIH, para al menos 12 casos anuales brindando atención legal, psicológica y de asistencia humanitaria acorde a cada caso en particular.Para esta intervencion, se tabajara conjuntamente y de forma oportuna con la mesa Temática de DDHH y VIH con el acompañamiento de la PDDH. **Desafíos, obstáculos e inequidades**: La auto discriminación y auto estigmatización por parte de la propia población y la persistencia del estigmatización y discriminación hacia estas poblaciones por la población general | Esta intervención no cuenta con un indicador particular, más aún se consideran estratégicas y necesarias para poder alcanzar las metas ambiciosas del país en materia de reducción de la prevalencia del VIH en el país.**Resultado esperado:** se espera disminuir el estigma y la discriminación y la violencia asociada al VIH y las poblaciones claves, visualizado en un futuro estudio INDEX, en el que se pueda incluir un segmento muestral de poblaciones clave. | 6. Abordaje del estigma, la discriminación y la violencia**$46,500** |
| 1. ***Intervenciones para poblaciones jóvenes clave***

*Población prioritaria: poblaciones jóvenes clave* | Disminución de brechas en acceso a información, comunicación y educación en temas de prevención de VIH y Educación Integral en Salud (EIS): los jóvenes y adolescentes de poblaciones clave identificaron en el dialogo de país una brecha importante en la información, comunicación y educación sobre VIH y otras ITS en particular y en la educación integral de la sexualidad en general, esto a nivel de los y las adolescentes y en padres y madres, al igual que en habilidades para la prevención personal y capacidades de negociación. Por lo tanto, se definirá e implementará una estrategia a realizarse a través de las escuelas, fortaleciendo la entrega de la educación integral de la sexualidad y en las comunidades con grupos de adolescentes y líderes y lideresas comunitarias, con un enfoque importante en la reducción del estigma y discriminación.Se identifico igualmente en estos espacios de jóvenes, un acceso restringido o limitado a la salud sexual y reproductiva, e identificaron necesidades reales de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes sensibles al género que proporcionen información y consejería sin estigma y discriminación, anticonceptivos, condones y lubricantes, al igual que el manejo sindrómico de las ITS y tratamiento. Mejorar el acceso a servicios de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) amigables para adolescentes y jóvenes de las poblaciones clave, ante lo observado, se propone la adecuación de Entornos Seguros y Amigables: Como centros escolares, casas de la cultura, asociaciones de jóvenes, universidades como espacios seguros y óptimos para la reflexión, y la provisión de información e insumos de prevención.Procesos complementarios de servicios, promoción de voluntariados, pasantías y programas de liderazgo enfocados al desarrollo de habilidades, agencia y conocimientos necesarios para adquirir hábitos sexuales saludables y empoderamiento para la toma de decisiones en sus vidas y que les permita también realizar incidencia y participación en ámbitos relevantes para las juventudes influenciando en temas relacionados con la EIS y la SSR.**Desafíos, obstáculos e inequidades**: La auto discriminación y auto estigmatización por parte de la propia población y la persistencia del estigmatización y discriminación hacia estas poblaciones por la población general | Esta intervención no cuenta con un indicador particular, pero viene a sumar al esfuerzo que se hace en las intervenciones para cambio de comportamiento y el programa de preservativos y lubricantes dentro de este mismo módulo de prevención con las poblaciones claves tomando un enfoque particular con las poblaciones adolescentes y jóvenes. Estas acciones se consideran estratégicas y necesarias para poder alcanzar las metas ambiciosas del país en materia de reducción de la prevalencia del VIH en el país.**Resultado esperado:** Reforzar el conocimiento de las medidas de prevención, el uso correcto y persistente del condón, como en otros temas de salud sexual y reproductiva que ayuden a disminuir la incidencia del VIH en estas poblaciones. | 7. Intervenciones para poblaciones jóvenes clave**$174,890** |
| **Servicios diferenciados de diagnóstico del VIH** | 1. ***Pruebas a nivel de establecimientos de salud (MINSAL)***

*Población prioritaria: HSH, Mujeres Trans, MTS, PPL, LGBTI, jóvenes de poblaciones clave****2. Pruebas a nivel comunitario (Plan)****Población prioritaria: HSH, Mujeres Trans, MTS, PPL, LGBTI, jóvenes de poblaciones clave*Estos servicios serán ofertados por ambos implementadores, a través de las siguientes modalidades: 1. Unidades Móviles, tres de Plan International, tres de SR y dos de MINSAL.2 175 UCSF con laboratorios clínicos incluyendo sus **Servicios Amigables,** Clínicas VICITS y HospitalesLas clínicas VICITS y las Unidades Móviles hacen las pruebas confirmatorias. Los servicios biomédicos proporcionan pruebas de ITS. Servicios que se ofertarán:* Actividades de cambio de comportamiento y educacionales.
* Accesibilidad a condones y lubricantes.
* Consejería Plus +, se continuará con asignación del Código Único de Identidad (CUI) que permite ingresar los resultados al SUMEVE por parte de todas las entidades implementadoras.
* Post- Consejería, comprende la entrega del resultado, ya sea positivo o negativo e identificación de apoyo para la reducción de riesgo, la negociación de la revelación del diagnóstico a la pareja y la referencia.
* Entrega de paquete de insumos diferenciados por población de acuerdo con sus necesidades (condones y lubricantes).
 | 1. y 2.

Las poblaciones clave serán abordadas por los educadores del RP Plan International, quienes al ofertar las pruebas rápidas de VIH cumplirán lo establecido en el algoritmo diagnóstico vigente en lo relacionado a la realización de conserjería previa y posterior a la realización de la prueba y a la confirmación de aquellas con resultado positivo. Las pruebas rápidas que resulten positivas serán confirmadas en el momento con otra prueba rápida de diferente metodología, todos los casos que tengan un resultado positivo serán vinculados a un establecimiento de salud para iniciar tratamiento. En las clínicas VICITS se ofertará y brindará servicios para diagnóstico de VIH e ITS y tratamiento para otras ITS en los usuarios de poblaciones clave que asistan, ya sea de forma voluntaria o referido por algún otro implementador u otro establecimiento de salud.Para poder encontrar un mayor número de casos positivos, ambos implementadores trabajarán con la notificación asistida de parejas y búsqueda de contactos, siguiendo los procedimientos establecidos por el MINSAL, esto permitirá ampliar cobertura y detectar un mayor número de casos.Se continuará brindando la prueba rápida para VIH dos veces al año y hasta tres veces en los casos de personas con comportamiento de riesgo.El monitoreo de esta información se realizará de forma cruzada entre ambos RP y se validará con lo registrado en el SUMEVE.Las personas serán alcanzadas a través de unidades móviles manejadas actualmente por Plan International. Estas unidades móviles tendrán horarios vespertinos para mejor atendar a las poblaciones.El RP Plan International coordinará con los SR las fechas y los lugares donde se realizarán las intervenciones de distribución y acompañamiento de las Unidades Móviles Educativas, para evitar duplicidad.Se realizarán capacitaciones (virtuales o presenciales) al personal de las diferentes UCSF que contarán con Servicios Amigables, para generar un ambiente de atención libre de estigma y discriminación hacia poblaciones clave.Para mejorar los resultados actuales (2019) en la cascada del continuo de atención y lograr las metas nacionales establecidas por el país para los pilares 3,4,5 y 6 se implementará el nuevo algoritmo diagnóstico con el cual se pretende mejorar la vinculación.**Desafíos, obstáculos e inequidades**: Riesgo social, por la violencia que enfrenta el país, territorialidad por parte de los grupos de pandillas que limitan que las poblaciones claves y el personal de salud se trasladen de un municipio al otro para tener acceso a la prueba, temor personal a conocer su estatus serológico ante sus prácticas riesgo. | 1. **y 2. Pruebas**

El desempeño se medirá en porcentaje contra el resultado. Los RP informarán numerador y denominador.Numerador: Número total de HSH/ TG/ MTS que resultaron positivos al realizarse la prueba de VIH en el sistema nacional de salud durante el período a evaluar. Denominador: Total de HSH/TG/MTS a los que se le realizó la prueba de VIH en el sistema nacional en el período a evaluar.Población HSH | # pruebasMeta Año1: 3.70% (20,152)Meta Año2: 5.70% (20,555)Meta Año3: 7.70% (20,20,966)Población MTrans | # pruebasMeta Año1: 4.00% (1,087)Meta Año2: 6.00% (1,109)Meta Año3: 8.00% (1,131)Población MTS | # pruebasMeta Año1: 0.94% (9.477)Meta Año2: 1.39% (9,667)Meta Año3: 1.72% (9,860)Para la población Privada de libertad no se lleva un indicador, pero por el riesgo social que enfrenta esta población dentro de los centros penitenciarios, centros de detención de menores y bartolinas se incluye la realización de dos tamizajes al año (VIH y sífilis), según los Lineamientos de atención integral para PPL, de los cuales uno es financiado por el Estado y otro por el FM. (Anexo 1.23)**Resultado esperado:** A través de actividades extramurales, unidades móviles que permiten el acceso a la prueba a estas poblaciones que no les gusta asistir a establecimientos de salud y que prefieren el abordaje en sus comunidades y la accesibilidad a la prueba en horarios diferenciados, nos permitirá aumentar el número de atenciones y por ende contribuir al primer pilar de la cascada, | 1. Pruebas a nivel de establecimientos de salud

**$713,948**1. Pruebas a nivel comunitario

**$859,171**FM va a contribuir a la adquisición del 60% (año 1), 50% (año 2) y 40% (año 3) de los test de VIH y 80% de los reactivos para ITS para las poblaciones claves. Para PPL, el FM va a contribuir con la adquisición del 50% de los test de VIH. El resto será cubierto por el MINSAL para asegurar el 100%. |
| 1. ***Auto prueba***

*Población prioritaria: HSH, Mujeres Trans, MTS, PPL, LGBTI, jóvenes de poblaciones clave* | 3. Se plantea facilitar la disponibilidad de realización de auto prueba para VIH para conocer el estado serológico en un entorno privado y de su conveniencia, utilizando fluido oral o con sangre obtenida al pincharse un dedo para poblaciones claves, Fuerza Armada y cotizantes del Instituto del Seguro Social, lo cual contribuye a la búsqueda de los casos positivos. Será ofertada en los establecimientos de salud que no cuentan con laboratorio clínico, en donde se le entregará un kit de la auto prueba a los usuarios que la acepten, dándole la opción de realizársela frente a un personal de salud o dentro de un entorno privado de su conveniencia que puede ser su propio hogar, durante la entrega del kit se aprovechará brindar pre consejería que estimule al usuario a que -de salir reactiva la prueba- deberá asistir a un establecimiento para iniciar algoritmo diagnóstico.Serán implementados mecanismos para monitorear los positivos para su diagnóstico confirmatorio a partir de la auto prueba. De esta manera se podrá valorar el rendimiento de esta estrategia.**Desafíos, obstáculos e inequidades**: Dificultad para el registro y seguimiento del usuario que no acepte este servicio con la modalidad asistidaTemor a conocer su diagnóstico serológicoMiedo al estigma y discriminaciónPoco conocimiento en el país en la aceptabilidad de este servicio. | 3. No hay meta cuantitativa pero contribuirá a la meta del indicador de búsqueda de positivos.**Resultado esperado:** Aceptación y aprobación de esta intervención por parte de la población, que nos ayude a encontrar más casos positivos y contribuir con esto a mejorar la cascada de atención. | 3. Auto prueba**$71,037** |
| **Prevención de la transmisión****materno infantil y sífilis** | 1. ***Prevención de la transmisión vertical del VIH***

*Población prioritaria: Embarazadas y sus hijos* | 1. **Toma de prueba de VIH:**

Las embarazadas reciben dos pruebas durante el embarazo, para detectar oportunamente los casos en los que se deba intervenir para evitar casos de recién nacidos con VIH y continuar el camino a la eliminación de la trasmisión vertical del VIH.El contar con la información de las embarazadas atendidas en el ISSS permitirá alcanzar los objetivos del PENM.Para dar seguimiento a que se cumpla la toma de prueba, hay un sistema de monitoreo de seguimiento de pacientes.De acuerdo con el documento voluntad de pago y contrapartida del RP MINSAL para la sostenibilidad de la respuesta, hay compromiso de garantizar el tratamiento antirretroviral y pruebas para esta población.**Desafíos, obstáculos e inequidades**: Riesgo social y territorialidad por parte de las pandillas.Inscripciones tardías a los controles prenatales | 1. No hay un indicador especifico en el Marco de Desempeño, pero se aspira llegar a cero casos de transmisión madre hijo durante el embarazo, parto, intraparto y por lactancia materna.En el año 2019 se reportó un solo caso de recién nacido afectado por el VIH.**Resultado esperado:** Lograr eliminar en El Salvador la transmisión materno infantil del VIH | 1. Prevención de la transmisión vertical**$442,353**En esta solicitud se proyecta que Fondo Mundial financie la adquisición del 50% de las pruebas de VIH.El MINSAL contribuye al 50% de las pruebas de VIH, al 100% del tratamiento antirretroviral de las mujeres embarazadas y al 100% sucedáneos de leche maternizadas a niños expuestos. |
| **Tratamiento atención y apoyo** | 1. ***Prestación de servicios diferenciados de tratamiento ARV y atención para VIH***

*Población prioritaria: PVIH*1. ***Seguimiento del tratamiento: carga viral***

*Población prioritaria: PVIH* | El país tiene como objetivo incrementar el número de personas diagnosticadas con VIH que se encuentren vinculados a la atención con el fin de disminuir la brecha actualmente existente de vinculación y lograr la meta de la cascada del continuo de la atención que se planteado el país (95%), lo que corresponde al pilar 3.Con la actualización del algoritmo diagnóstico se pretende mejorar la vinculación y con esto reforzar el pilar de retención y así aumentar el número de personas en TAR, aumentar la adherencia y recuperando a los que se han perdido en el seguimiento.La vinculación, retención y adherencia continúa siendo un desafío para la atención de las personas con VIH, por lo que es un reto a enfrentar. Desde el año 2019 el país ha retomado estrategias de vinculación y búsqueda de abandonos con la colaboración de la sociedad civil, personal de salud y otras organizaciones que colaboran en la respuesta al VIH, teniendo una mejora en los resultados, aunque situaciones como la violencia social, en la cual existe áreas geográficas en las que no se puede tener acceso por el dominio de las pandillas, la falta de veracidad en los datos generales del usuario como es dirección y número de teléfonos, en muchas ocasiones dificultan el trabajo realizado para disminuir las brechas existentes.A las PVIH se les da seguimiento a través de los promotores pares y los educadores SR para mejorar la adherencia al Tratamiento.Además, se realizará una reestructura de los grupos de apoyo en los cuales se reforzará la participación de los pares para posteriormente crear grupos de autoayuda creando habilidades en ellos temas como adherencia al tratamiento, infecciones oportunistas entre otros temas de innovación a través de capacitaciones virtuales con el apoyo del equipo multidisciplinario de las CAI.De igualmente se reforzará las capacidades de los diferentes psicólogos de las CAI y de unidades comunitarias de salud familiar que cuentan con grupos de apoyo, con el fin de brindar atención psicológica y apoyo en la mejora de la adherencia al tratamiento. Para este fin también se actualizará los materiales educativos dirigido a los usuarios de las CAI.Entre otras de las acciones a implementar para la mejora de la adherencia se iniciará el proceso de descentralización de los servicios que brindan atención integral a las personas con VIH como sigue: – con los últimos 10 hospitales que aún no prestan este servicio y se realizará de manera escalonada (4 el primer año, 4 el segundo año y 3 para el último año incluyendo hospital de la zona norte de San Salvador en fase de construcción),– Tres establecimientos de salud del primer nivel de atención (UCSF) en el segundo y tercer año de la subvención.A raíz de la pandemia por COVID-19, el país inició la entrega domiciliar de medicamentos para VIH y el despacho de receta multi mes, actividad que se pretende continuar con lo que se espera mejore el acceso a los medicamentos y por ende la adherencia.Durante la futura subvención se pretende continuar con las estrategias de vinculación y búsqueda de abandonos con el apoyo de organizaciones socias y el personal de los establecimientos de salud, a través del seguimiento con llamadas telefónica y visita domiciliar.El proyecto Cuidado y Tratamiento de USAID ha implementado la aplicación electrónica ‘Alertar’ en siete hospitales a nivel nacional donde se brinda atención a PVIH, dicha aplicación envía una notificación a dispositivos móviles de PVIH que han faltado a la cita médica o a sus exámenes de laboratorio. En el futuro, al contar con los recursos financieros necesarios, se espera expandir esta aplicación al resto de hospitales que brindan TAR.Con las pruebas para Infecciones oportunista se realiza diagnóstico oportuno y adecuado para mejor manejo de estas en PVIH.2. A las personas con VIH en TAR se les realiza una prueba de CD4 y una de Carga Viral cada año según la Guía clínica para la atención integral en salud de las personas con VIH del año 2020. El inicio de TAR no está condicionado a los resultados de estos exámenes, recomendándose que se inicie lo más pronto posible después del diagnóstico. **Desafíos, obstáculos e inequidades**:Falta de incorporación de la información por el ISSS en lo cual actualmente se está trabajandoRiesgo social y territorialidad por parte de las pandillasFalta de adherencia del usuarioFactores económicos para acceder a sus consultas de control y a la realización de sus exámenes de seguimientoEscaso personal de saludMiedo al estigma y discriminación. | 1. Para el indicador de personas en TAR cuyas metas son: para el año 2022: 72%, 2023:77% y 2024 un 81.67%Numerador: Número de personas que viven con el VIH que reciben tratamiento antirretroviral al momento del reporte.Denominador: Número total de personas con VIH según las estimaciones y proyecciones Spectrum 20192. Meta para Indicador de carga viral es, para el año 2022 un 75%, un 80% para 2023 y un 85% para el 2024Tanto el numerador como el denominador de este indicador se obtendrá del SUMEVE. | *1.* Prestación de servicios diferenciados de tratamiento ARV y atención para VIH**$597,536**2. Seguimiento del tratamiento: carga viral:**$2,829,556**Intervenciones: adquisición de 70%, 65% y 60% de necesidades nacionales de reactivos para CD4 y carga viral para las personas esperadas a estar vinculadas a la atención en 2022 al 2024; apoyo para la red de transporte de muestras y análisis de la calidad de los datos.El Estado cubrirá 100% de las necesidades de ARV. |
| **Sistemas de información de gestión****de salud y Monitoreo y evaluación** | 1. **Análisis, evaluaciones, revisión y transparencia. / Encuestas: Este módulo pretende reforzar y actualizar datos e información estratégica para la respuesta nacional al VIH (PLAN-MINSAL)**
2. **Calidad del programa y los datos (PLAN)**
 | 1. A través de esta intervención se pretende actualizar el estudio tamaño poblacional de las poblaciones claves HSH, Trans y MTS para así poder contar con datos más recientes. Esta intervención incluye la impresión de los estudios (versiones impresas del informe final) así como la socialización (presentación pública del informe final).En caso se logren identificar economías, se aumentará el alcance de estos estudios para incluir el estudio de prevalencia y cambio de comportamiento (incluido en el PAAR). [Anexo 1.33] Se realizará estudio de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) en poblaciones jóvenes clave en mayor riesgo de contraer VIH (incluido en el PAAR).2. Fortalecimiento/actualización de SIGPRO. La realización de esta intervención incluye reuniones de coordinación, conversatorios con poblaciones clave para redefinir estrategias de abordaje, contratación de consultoría para la readecuación del sistema SIGPRO, adquisición de software y hardware que contribuyan a la calidad de los datos que se recolectan producto de las actividades de prevención y testeo. Adicionalmente incluye contratación de recursos humanos para desarrollar las actividades relativas al monitoreo y evaluación de la efectividad y la calidad de datos del programa.**Cambios propuestos:**Contar con actualización de las tallas, prevalencias y otros aspectos que permitan caracterizar mejor a las poblaciones clave contribuirá a redefinir las metas tanto del PENM como de marco de desempeño de esta subvención. | No se tiene indicador para estas intervenciones en el marco de desempeño, pero el objetivo es: Mejorar la calidad de la información y Mejorar la calidad del dato registrado.  | 1. Análisis, evaluaciones…**$169,050**2. Calidad del programa y los datos**$533,575** |
| **SSRS: mejora de la calidad y servicios integrados** | **Infraestructura de la prestación de los servicios** | Descentralización de la TAR a 10 hospitales y 6 UCSF-VICITS (readecuación de las instalaciones mobiliarias) | No lleva indicador.Se busca con esto acercar los servicios a los usuarios y mejorar la adherencia. | Infraestructura de la prestación de los servicios**$222,955**Organización de los servicios y gestión de los establecimientos de salud**$270,300** |
| **Gestión de programas** | 1. **Coordinación y gestión de los programas nacionales de control de enfermedades.**
2. **Gestión de subvenciones**
 | Gastos administrativos utilizados para la ejecución y seguimiento de la subvención en MINSAL.Gastos administrativos utilizados para la ejecución y seguimiento de la subvención en Plan International. | No lleva indicador. | **1. $613,544****2. $2,101,259** |

En el anexo 1.23 ‘Descripción de las intervenciones en la propuesta’ se brinda información adicional a la contenida en la tabla anterior [Anexo 1.30]

1. ¿Hay algún aspecto de esta solicitud de financiamiento que recurra a la modalidad de **financiamiento por resultados**?

[ ]  Sí [x]  No

**En caso afirmativo**, indique en la tabla a continuación cuáles son los indicadores de desempeño aplicables (incluyendo medidas de seguimiento del plan de trabajo) y la justificación de que se hayan escogido los indicadores de desempeño o hitos.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Indicador de desempeño o hito** | **Meta** | **Justificación de que se haya escogido el indicador o hito para el financiamiento del Fondo Mundial** |
| **Línea de base** | **Año 1** | **Año 2** | **Año 3** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Añada más filas en caso necesario |  |  |  |  |  |
| **Monto total que se solicita al Fondo Mundial** |  |

Especifica cómo va a garantizarse la calidad de los datos para reportar los resultados.

|  |
| --- |
| N/A |

1. **Oportunidades de integración:** Explique de qué forma la solicitud de financiamiento tiene en cuenta lo siguiente:
* Las necesidades comunes que cubren las tres enfermedades y aquellas de otros programas de salud relacionados.
* La articulación ampliada con los sistemas de salud en general para obtener mejores resultados respecto en el abordaje de las enfermedades y mejorar la eficiencia y la sostenibilidad del programa.

|  |
| --- |
| El país se encuentra en un proceso de articulación y consolidación de un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), en el que se proyecta, a mediano y largo plazo, la integración de intervenciones, actividades y tareas para fortalecimiento del SNIS de forma armónica entre los programas de VIH y TB del MINSAL, así como con los demás integrantes del SNIS, como áreas transversales durante el curso de vida de la persona.Los programas de TB y VIH mantienen una estrecha relación independientemente de la institución prestadora de servicios favoreciendo así la colaboración entre las entidades miembros del Sistema Nacional Integrado de Salud, implementando la atención integrada de salud con la aplicación de las actividades colaborativas TB/VIH, como lo es el descarte de la TB en personas con VIH, VIH en personas con TB, la atención de la coinfección TB/VIH. Es importante resaltar que estos servicios se brindan en las clínicas de atención integral, siendo el mismo personal el que brinda los servicios, garantizando así la atención y tratamiento integral. Además, se está realizando la articulación y vinculación con otras dependencias al interior del Ministerio de Salud. Se están fortaleciendo a establecimientos del primer nivel de atención para la promoción y prevención del VIH con lo cual es fundamental la coordinación con la Dirección del Primer Nivel de Atención. Adicionalmente, debido a que por el momento la atención de las personas con VIH se realiza en hospitales, es fundamental la coordinación que se realiza con la Dirección Nacional de Hospitales. Dentro de la nueva estructura organizativa del MINSAL, se facilita la coordinación entre los programas de Curso de vida para transversalizar el componente de VIH en todas las intervenciones: derecho a la salud, género, privados de libertad, migrantes, niños adolescentes mujeres entre otros.La descentralización de la TAR a los hospitales de Segundo Nivel tiene por objeto acercar el diagnóstico y tratamiento a la población en general. Los grupos de apoyo de cada hospital motivarán a mantener la adherencia y el auto cuido de las personas con VIH. Otras intervenciones para acercar el diagnóstico son las clínicas amigables que brindarán atención libre de estigma y discriminación a poblaciones clave. Por otro lado, se ofertará el auto prueba en establecimientos de salud que no cuentan con laboratorio, incluidas las clínicas comunales del ISSS y personal de las fuerzas armadas destacados en zonas remotas (COSAM) y a través de las unidades móviles del RP de sociedad civil se ofertará pruebas a grupos de poblaciones clave en sitios de encuentro comunitario.Se trabaja en coordinación entre OSC y clínicas VICITS para programar actividades extramurales que faciliten el acceso a las pruebas, en esta nueva subvención se propone facilidades para la oferta de servicios en horarios no tradicionalesPor último, los recursos con fondos domésticos han sido aumentados en forma progresiva, contribuyendo paulatinamente a la sostenibilidad de los logros alcanzados y al posicionamiento político estratégico de que la prevención y control del VIH constituye una prioridad de estado. |

1. Explique brevemente cómo su solicitud cumple con los requisitos estipulados en su carta de asignación de financiamiento respecto del nivel de **enfoque en la aplicación de recursos**.

|  |
| --- |
| El Salvador es un país catalogado con una epidemia concentrada, en donde las poblaciones más afectadas por la enfermedad son los Hombres que tienen sexo con hombres, mujeres trans y trabajadoras sexuales, los datos epidemiológicos muestran unas prevalencias para el año 2019 de 10.5%, 16.2% y 8.1% respectivamente [Anexo 1.31]. Los datos de la cascada del continuo de atención del año 2019 evidencian el esfuerzo que el país está realizando por cumplir con los compromisos globales, encontrando un 72% de diagnóstico, 37% de tratamiento y 33% de supresión de carga viral. La pandemia de COVID-19 permitió una ventana de oportunidades que potenciaron las actividades que ya se venían ejecutando en el país:* La derivación de pacientes del Hospital Saldaña, los cuales durante este tiempo fueron trasladados a una Unidad Comunitaria de Salud Familiar para no interrumpir sus atenciones;
* la dispensación multimensual de antirretrovirales con lo cual se facilita la accesibilidad a la terapia antirretroviral y se evita la exposición al COVID-19,
* se implementó la entrega domiciliar de medicamentos por parte del MINSAL con lo cual se acercó la terapia a los usuarios.

Estas acciones han fortalecido las estrategias de adherencia que el país estaba realizando por medio de las organizaciones de la Sociedad Civil. Además, se continúa con la sinergia en el trabajo conjunto ya que se ha realizado una estrecha colaboración entre los socios implementadores de los proyectos financiados por PEPFAR y MINSAL para evitar la duplicidad de acciones.En este marco la solicitud de financiamiento se ha priorizado más del 50% de la inversión en poblaciones clave a través de las siguientes intervenciones:* Profilaxis Pre-Exposición
* Auto prueba de VIH
* Nuevo algoritmo diagnostico
* Paquetes de prevención
* Intervenciones de cambios de comportamiento
* Notificación asistida de parejas
* Búsqueda de contactos
 |

1. Explique cómo esta solicitud de financiamiento refleja la **relación inversión-resultado positiva (en inglés "valué for money”),** incluyendo ejemplos de mejoras de esta relación inversión-resultado en comparación con el período de asignación actual. Para responder, consulte las *Instrucciones* sobre los aspectos de la relación inversión-resultado que deben tenerse en cuenta.

|  |
| --- |
| En esta nueva solicitud de financiamiento se ha planteado intervenciones creativas que generan impacto en el control del VIH, principalmente en las poblaciones claves, que, por el riesgo y vulnerabilidad, han sido priorizadas con la asignación de más del 50% de esta solicitud. Algunas de las intervenciones creativas incluyen la búsqueda de casos positivos con acciones como notificación asistida a parejas, búsqueda de contactos, acceso a la PrEP, auto prueba de VIH, descentralización de cuidado y tratamiento proyectadas para generar impacto, sin dejar de lado la inversión en Prevención de Transmisión Materno Infantil. Bajo el marco de derechos humanos se pretende facilitar el acceso universal de forma gratuita, la prevención, atención del VIH e Infecciones oportunistas, así como tratamiento antirretroviral con medicamentos de calidad.Para el año 2019, se ha evidenciado que la prevalencia de VIH de las poblaciones HSH y Mujeres trans en las VICITS ha incrementado, lo que ha sido tomado en cuenta para priorizar la inversión en prevención y atención del VIH en estas poblaciones, a través de las siguientes acciones:1. Inversión en la implementación de una adaptación de la Estrategia de Prevención Combinada, dirigida a las poblaciones claves, la cual se realizará a través del abordaje cara a cara, bajo las diferentes modalidades con Sub receptores para la entrega de paquetes de prevención diferenciados para cada población.
2. Intervenciones creativas a través de servicios diferenciados de diagnóstico de VIH, para encontrar mayor número de casos positivos, ambos implementadores trabajarán con las intervenciones de la notificación asistida de parejas y búsqueda contactos de poblaciones claves, cuyos procedimientos están establecidos en los lineamientos, para ampliar la cobertura y obtener mayor número de casos y la vinculación a los hospitales.
3. La adquisición de productos de salud y otros insumos a través de organismos de compras conjuntas como lo es Fondos Estratégicos OPS, PNUD y Wambo que permiten una eficacia y eficiencia en los procesos de compra con los fondos de la subvención y del país en adquirir productos de calidad a precios accesibles. [Anexo 1.32]
4. Fortalecimiento de la oportunidad diagnóstica en las PPL, a través del acceso universal a través del tamizaje con la prueba rápida del VIH, lo que permite una atención sanitaria de equidad a estas poblaciones que han perdido sus derechos civiles mas no así el derecho a la salud.
5. Integración y sinergia de la respuesta del VIH con apoyo de la multi sectorialidad, en coordinación con las ONGs Sub receptoras, y OSC, capacitados en actividades de prevención y control del VIH como parte del empoderamiento y sensibilización de los afectados por el VIH, para mejorar la atención y garantizar la optimización de los recursos.
 |

## Fondos en contrapartida (en inglés “Matching Funds”) (si procede)

Esta pregunta solo es pertinente para los solicitantes con fondos en contrapartida asignados, tal y como se señala en su carta de asignación.

Especifique cómo se han cumplido las **condiciones programáticas y financieras** que se describen en la carta de asignación.

|  |
| --- |
| No aplica |

# **Sección 2: Puesta en marcha y arreglos para la implementación**

Consulte las *Instrucciones* y su diagrama de arreglos de implementación **actualizado**[[5]](#footnote-6) para responder las preguntas siguientes.

1. Explique detalladamente cómo los **arreglos de implementación** propuestos van a garantizar que el programa se implemente de forma eficiente.

|  |
| --- |
| Con el propósito de ejecutar eficientemente las actividades de las subvenciones, fomentar la sostenibilidad de los programas, e incrementar las capacidades locales, el MCP-ES-ES acordó una subvención conjunta VIH/TB y una subvención VIH. Dos Receptores Principales, el Ministerio de Salud y Plan International, fueron identificados por su experiencia y experticia en el manejo de subvenciones. Para la subvención de tuberculosis, el Ministerio de Salud se mantiene como Receptor Principal. Durante la ejecución de la subvención, el MINSAL gestionará los componentes VIH y TB que le corresponden como una subvención. **MINSAL como RP subvención conjunta- SLV-H-MOH**Para la implementación de la subvención conjunta de VIH y TB el MINSAL cuenta con muchas fortalezas y experiencia:* Como ente rector de la salud del Sistema Nacional Integrado de Salud lidera la respuesta al VIH a través de la Unidad del Programa de VIH (UPVIH) y a TB a través de la Unidad del Programa de TB, los cuales en conjunto brindan lineamientos, políticas, recomendaciones y otros.
* El MINSAL es actualmente el RP de la única subvención de VIH del Fondo Mundial en El Salvador. La experiencia acumulada en la ejecución de las subvenciones de Fondo Mundial de VIH, TB y malaria por más de 14 años ha sido calificada en su desempeño como satisfactorio y transparente según resultados de las diferentes auditorías a la ejecución financiera, cumplimiento de metas y compromisos adquiridos.
* La Unidad del Programa de VIH es responsable de liderar el trabajo interinstitucional y multisectorial sobre el tema.
* El compromiso del MINSAL en brindar asesoría técnica y financiera en la respuesta de las subvenciones de VIH.
* Como receptor principal para la subvención TB y para la subvención de VIH, se facilita la sinergia en la implementación de ambos programas, así como sinergia en la ejecución financiera, compras, suministros, logística, abastecimiento y las diferentes direcciones administrativas de las que dependen los establecimientos de salud (Hospitales y Unidades de Salud).
* Para las adquisiciones, el MINSAL utilizará los mecanismos a través de los fondos estratégicos de OPS/OMS, PNUD y WAMBO/PPM y otros mecanismos que permiten la adquisición de productos de salud a precios preferenciales. [ANEXO 2.a: Mapa de implementación]
* El MINSAL cuenta con unidades especializadas responsables de la ejecución administrativa y financiera de la subvención. Estas dependen de la Gerencia General del MINSAL para realizar diferentes procesos según especialización. Para los procesos de adquisiciones de bienes y servicios, se cuenta con la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI). Para los procesos de ejecución y administración de los fondos de la subvención, se cuenta con la Unidad Financiera Institucional (UFI) específicamente en el Área de Fondos Externos. Para los procesos de recepción y almacenamiento de bienes y servicios, el MINSAL cuenta con la Unidad de Abastecimiento (UNABAST). Todas las unidades antes mencionadas realizan sus funciones en los diferentes sistemas institucionales en cumplimiento a la normativa y procedimientos para garantizar la transparencia y el buen uso de los recursos en la implementación de la subvención y brindan rendición de cuentas a las auditorías internas y externas como a la Corte de Cuentas de la República y la auditoría interna del MINSAL, garantizando la respuesta, la transparencia y buen uso de los recursos.

El seguimiento y la ejecución de la subvención se realizará a través de la Unidad del Programa de VIH, la Unidad Financiera Institucional (UFI) y la Oficina de Proyectos del Fondo Mundial, que realizan visitas de campo, supervisiones, seguimiento al cumplimiento de normativa e instrumentos técnicos jurídicos, verificación y control de la calidad del dato, así como evaluaciones nacionales semestrales para garantizar el cumplimiento técnico y financiero. **Plan International como RP subvención VIH- SLV-H-Plan**Plan International cuenta con una amplia experiencia y estructura que garantiza una implementación eficiente: * A nivel internacional, Plan ha administrado y ejecutado subvenciones con el FM durante once años, manejando un portafolio actual de 159 millones de dólares. Es Receptor Principal en cuatro países para malaria, en tres países para VIH, y en un país para TB. En diez países es Sub-Receptor para VIH y en seis para malaria.
* La organización tiene más de 37 años de trabajar en el país, conoce el contexto y su realidad, indicadores epidemiológicos, y la situación de salud.
* Actualmente, Plan ejecuta un programa de VIH como SR junto con Socios Implementadores (SSR) para identificar a la población en riesgo de adquirir o viviendo con VIH. La experiencia adquirida por medio del trabajo realizado con este sector de la población permite a Plan en El Salvador dar servicios oportunos (adherencia, prevención, auto cuido, referencia a centros de salud, etc.), contribuyendo a reducir factores de riesgo y vulnerabilidad ante otras enfermedades como Tuberculosis.
* Plan cuenta con una oficina de apoyo en Canadá experta en los lineamientos y modelos de financiamiento del Fondo Mundial, la cual estará involucrada en la asesoría para el monitoreo y apoyo técnico y financiero de la implementación de la futura subvención. Además, podrá aportar el equipo especializado y dedicado para el proyecto a nivel local.
* Posee una amplia experiencia comunitaria; sus programas se ejecutan con un enfoque de derechos, participación, equidad de género, inclusión, no estigma ni discriminación y determinación social en salud.
* Cuenta con un Convenio de Cooperación y Asistencia Técnica entre el Gobierno de la República de El Salvador y Plan International, en el cual se establece privilegios, inmunidades y exenciones dentro de las cuales se especifica la EXENCION del impuesto a la transferencia de bienes mueble y a la prestación de servicios (IVA). Así mismo se ha concedido a Plan una franquicia aduanera para la introducción de Equipo de Oficina y materiales destinados a la ejecución de sus programas y proyectos.
* Ha construido relaciones de cooperación con más de 56 instancias de gobierno a nivel nacional y local, lo que permite generar sinergias que contribuyen a mejorar las condiciones de vida de la población salvadoreña.
* Participa activamente en 85 alianzas/redes con organizaciones de la sociedad civil e instancias de gobierno, generando de manera conjunta procesos de incidencia a favor de políticas públicas saludables.
* Promueve alianzas estratégicas con 489 asociaciones y grupos comunitarios, estableciendo una relación horizontal y de aprendizaje. Plan respeta el contexto y realidades de cada municipio y promueve un desarrollo basado en derechos y participación de la ciudadanía.
* Trabaja de forma coordinada con el Ministerio de Salud, alianza que es respaldada por un Convenio Marco, que permite la creación de estrategias de fortalecimiento al personal de salud, tanto del nivel clínico como comunitario. Hasta la fecha, 21,714 profesionales de la salud y voluntarios comunitarios han sido capacitados, de manera que Plan cuenta con metodologías de formación para personal de salud y agentes comunitarios.
* Cuenta con la experiencia técnica de participar en la Construcción de Planes Estratégicos Nacionales de las 3 enfermedades apoyadas por el Fondo Mundial (VIH, tuberculosis y malaria).
* Posee una estructura organizativa establecida de gerencia y coordinación, para la adecuada administración técnica, administrativa, financiera y de monitoreo y evaluación de la subvención, conocedora de los requerimientos del FM. Esto apoyará en la implementación de la subvención con puestos claves para la gestión de la subvención.
* Tiene experticia en la elaboración de protocolos, manuales y desarrollo de estudios a nivel nacional y regional. Lideró la realización del estudio de “Estimación del Tamaño de Población Trans en El Salvador 2014” y “La Validación del Uso de la Prueba Rápida Oral para VIH en el País”, elaboración de Manuales administrativos financieros, manuales operativos de trabajo para organizaciones subreceptoras.
* Cuenta con un Sistema Integral de Monitoreo y Evaluación de “Gestión de Proyecto” (llamado SIGPRO), caracterizado por tener la flexibilidad de alinearse a los requerimientos programáticos, financieros y administrativos de las subvenciones del FM y adaptarse a aspectos de ejecución de subvenciones. A través del Sistema SIGPRO, se facilitará la toma de decisiones oportunas a nivel estratégico y gerencial, la generación de información del avance y desempeño del proyecto al FM, MCP-ES y MINSAL. Por otra parte, es una herramienta de gestión del conocimiento ya que permite el fortalecimiento de capacidades relacionadas con la planificación, calidad y análisis de la información emitida en campo. El Sistema SIGPRO es un programa integral que cuenta con un módulo programático, financiero, administrativo/logístico (adquisiciones, distribución de productos de salud, Kardex, etc.) lo cual garantiza obtener eficiencia y uso óptimo de recursos.
* Cuenta con la capacidad administrativa y técnica para planificar, gestionar y realizar procesos de compras efectivos, cuenta con un portafolio amplio de proveedores tanto para bienes y servicios, así como, para la adquisición de productos de salud a nivel nacional e internacional (insumos, equipo médico, reactivos entre otros). [Anexo 2.1]
* Posee experiencia en fortalecer las capacidades institucionales de Organizaciones Socias (Subreceptores o SSR) para que se conviertan en socios claves para la respuesta de país, con la finalidad de fortalecer la capacidad instalada en las organizaciones y garantizar la sostenibilidad de la respuesta.

**Coordinación MINSAL/Plan International**Tener al MINSAL y a Plan International como receptores principales, permite la sinergia de fortalezas para ejecutar la subvención, compartiendo la responsabilidad de cumplimiento de indicadores con el fin de brindar respuesta programática a los indicadores contractuales. Se pretende establecer mecanismos de coordinación entre Plan International y el MINSAL para la ejecución de las actividades de la subvención. Así mismo, Plan International establecerá convenios de trabajo con las Organizaciones de Sociedad Civil que se destaquen como subreceptoras de fondos, para lo cual se desarrollará un amplio proceso público y competitivo de selección.Por otra parte, Plan International, estará gestionando y dando acompañamiento técnico a los procesos de licitación, para consultorías relacionadas con estudios nacionales, procesos de formación, investigaciones, entre otras. También cuenta con la capacidad para hacer la compra de insumos de salud y otros productos o equipos necesarios para las actividades.Plan International realizará el seguimiento técnico, administrativo y financiero de la subvención, a través de un equipo especializado para la gestión de la subvención, el cual coordinará de forma constante y periódica con la Unidad de Gestión del MINSAL, el MCP-ES, Organizaciones Sub Receptoras, entre otras instancias y comisiones claves para el logro de las metas, objetivos, e identificación de áreas de mejora de la subvención.Adicionalmente, el mecanismo de coordinación e integración con otros sectores será a través de convenios (MJSP, ISSS y Municipalidades) y acuerdos ministeriales con el sector académico, cartas compromiso para la participación de otros proveedores de salud, y otra representación de los diferentes sectores en el MCP-ES. |

1. Detalle la función que las **organizaciones de la sociedad civil de base comunitaria** van a desempeñar en el marco de los arreglos de implementación.

|  |
| --- |
| **Jóvenes (Plan)**Se ha planteado dentro de esta subvención un fortalecimiento a las organizaciones de jóvenes de poblaciones clave con base comunitaria, que estarían articulando junto a Plan International, acciones encaminadas a transversalizar el tema de VIH en sus accionares, principalmente en sus plataformas de incidencia social y política, desde sus espacios comunitarios y municipales. Estas organizaciones de jóvenes las cuales demuestran inclusión notable de miembros de las poblaciones claves participarían en la creación, validación de mensajes educativos, formativos e informativos que serán divulgados a través de las redes sociales para generar mensajes de cambio de comportamiento para otros jóvenes y adolescentes, sobre estigma y discriminación, diversidad y comportamientos sexuales saludables que los ayuden a la prevención de VIH y otras ITS.Las organizaciones de jóvenes harán y promoverán hábitos saludables y mensajes de prevención efectivos para jóvenes y adolescentes a través de la organización de expresiones artísticas relacionadas con el VIH.Los jóvenes de estas organizaciones son la contraloría social en las mejoras de los accesos de la atención integral dentro de las clínicas amigables de los establecimientos de MINSAL, dirigidos a jóvenes y adolescentes, donde este proyecto tiene estipulado dar un aporte de mejora en procesos de capacitación a personal de salud que los atiende. **Clínicas Amigables** **(MINSAL)** Se implementarán las clínicas amigables para adolescentes en unidades de salud, para implementar acciones de salud sexual y reproductiva que incluyan la prevención de las ITS y el VIH]**Prevención - Paquetes de prevención para cambio de comportamiento** (Plan)El módulo de intervención de Prevención estará siendo desarrollado por Plan Internacional y los socios implementadores. Se ha establecido en esta nueva subvención, un socio por cada población clave y cada uno tiene como responsabilidades:* Mapeo y desarrollo de intervenciones de cambio de comportamiento, en campo y en línea, por pares.
* Entrega de suministros (condones y lubricantes base agua) y toma de pruebas en coordinación con unidades móviles y establecimientos de MINSAL.
* Acciones para el desarrollo de actividades coordinadas con clínicas VICITS y amigables.
* Registro de toda la información en formularios y el sistema SIGPRO, devolución de la información de FVIH 01 para digitación en SUMEVE.
* Un papel importante en esta subvención es la notificación asistida de parejas o contactos, a través de la identificación de los casos índices y de sus contactos para el tamizaje oportuno.
* Desarrollo de los procesos de vinculación de los usuarios casos nuevos y referencia de los casos en abandono.

**Testeo (Plan)**Las organizaciones de la sociedad civil son pieza clave en la estrategia de testeo de las poblaciones claves, por las siguientes razones: * El testeo en esta subvención que inicia con el mapeo de las poblaciones claves, y define las intervenciones de estos en sus lugares de agregación.
* El acompañamiento que estos educadores pares de las organizaciones de la sociedad civil hacen a las Unidades Móviles y a las clínicas VICITS y Amigables de MINSAL.
* El adecuado llenado de los formularios de soporte principalmente consentimiento informado, FVIH 01, y entrega de FVIH 01.b, manteniendo la confidencialidad de los datos.
* Ingreso de la información en SIGPRO y SUMEVE.
* Se espera que los socios operarán Unidades Móviles, por lo que deberán estar alineados con los procedimientos operativos estandarizados para la toma de muestras, para el control de calidad y el reporte de estas de acuerdo con lineamientos.
* Coordinaciones efectivas con diferentes niveles de salud de MINSAL, para la coordinación de toma de pruebas en los establecimientos locales como VICITS, Amigables y UCSF con laboratorio.
* Identificación y coordinación para la vinculación de casos nuevos.
* Referencia de casos conocidos o en abandonos con socios de referencia del Programa Nacional.
* Las organizaciones socias de cuidado y tratamiento son las responsables del seguimiento de los casos nuevos y en abandono, de la vinculación y del seguimiento a la adherencia de los casos identificados, en los módulos de prevención y testeo.

**Auto prueba:** Se ofertará en aquellos servicios que no cuentan con laboratorio clínico, en el que las OSC apoyarán con la promoción de dicha actividad entre sus integrantes. (MINSAL)**Fortalecimiento a grupos de apoyo**: Personal de CAI trabajará con los líderes de los grupos de apoyo para motivar la participación en las reuniones grupales presenciales o virtuales, a fin de fortalecer su adherencia a la TAR y el auto cuido de su salud. Para estas intervenciones no se requerirá financiamiento del FM. (MINSAL) |

1. ¿El receptor principal es una **institución internacional** (por ejemplo, una ONG internacional o un organismo de las Naciones Unidas)?

[x]  Sí [ ]  No

**En caso afirmativo**, explique cómo, llegado el momento, **se traspasarán a las entidades nacionales** las responsabilidades del receptor principal que corresponden a la respuesta nacional contra las enfermedades. Además, i) exponga brevemente el cronograma de la transición de estas responsabilidades y ii) describa cómo van a reforzarse las capacidades nacionales para conducir la respuesta nacional contra las enfermedades.

|  |
| --- |
| El Salvador de momento no está proyectado para transición del financiamiento del Fondo Mundial. El MCP-ES decidió implementar esta subvención con dos RP, para tener mayor agilidad en la ejecución de esta, estando uno de ellos enfocado en actores del sector público (MINSAL) y el otro hacia las organizaciones de la sociedad civil (Plan International).Plan International es una organización internacional con base en El Salvador; el MCP-ES ha incluido entre sus actividades evaluar la capacidad de Plan International.Se pretende que con esta subvención se continúen viendo fortalecidas las capacidades administrativas y de gestión de las organizaciones de sociedad civil, para asegurar en el futuro, que los RP puedan ser entidades nacionales. El proceso de acompañamiento que viene desarrollando Plan Internacional con las diferentes organizaciones socias de implementación de subvenciones del FM, en VIH en el país, desde el 2014, ha permitido fortalecer mediante procesos como talleres de capacitación en diversos temas pertinentes y el desarrollo de herramientas organizacionales como manuales de operación, al igual que a través del seguimiento al cumplimiento de los estándares de reporte y manejo de fondos establecidos por el FM, incluyendo un proceso de retroalimentación detallado para la mejora de procesos y productos entregables. Para la nueva subvención, el enfoque del acompañamiento se pondrá más que todo en los procesos de seguimiento cercano para buscar la garantía de la alta calidad de gestión y reportes de ejecución esperada de un RP. Se considera que los avances que han demostrado las organizaciones participantes han sido importantes y significativos en los recientes años, y continuaran dando frutos al seguir construyéndose sobre la base existente. Particularmente, se podrá notar la aplicación de metodologías de coaching y de retroalimentación dinámica y proactiva en esta nueva fase, con recomendaciones escritas que permitan generar reforzamiento organizacional sostenible. Cada uno de los técnicos y coordinadores de las diferentes áreas del proyecto incluyendo las áreas programáticas y de monitoreo y evaluación, tendrá como objetivo traspasar los conocimientos necesarios a los miembros de las diferentes organizaciones. En la medida de lo posible también se contemplará la revisión de manuales de operación, en diversas áreas y la construcción de estos cuando se identifiquen como brechas para estas organizaciones.Es importante notar que existen elementos organizacionales que son requeridos por parte del FM para poder aplicar a ser un RP, los cuales quedan fuera del ámbito de trabajo de fortalecimiento que puede realizar Plan Internacional, particularmente sin una cartera de fondos dedicada para invertir en ciertos procesos, sistemas, herramientas y recursos (incluyendo RRHH), la cual va más allá de lo que permite la subvención del FM. En este sentido, es difícil plantear un cronograma específico para determinar cuándo se podría considerar específicamente que se podrá traspasar a las entidades nacionales las responsabilidades del receptor principal, que corresponden a la respuesta nacional contra las enfermedades. Se esperaría que, gracias a los procesos de fortalecimiento, las organizaciones de la sociedad civil que formarán parte de la dinámica de la subvención podrán crecer en el periodo de 3 años que dura esta misma para poder aplicar, en el caso de que existiese la posibilidad, al rol de RP para la subvención de VIH del FM en el periodo post 2024. Quedaría a la discreción del MCP-ES-ES y su comité de selección de RPs, en su debido momento determinar qué criterios se tomarían en cuenta para poder ser seleccionada y asumir este rol, y así, ver si se le podría dar la oportunidad a una entidad nacional de asumir este importante rol. |

1. Explique cuáles son los **tres riesgos principales previstos asociados a la ejecución** que podrían tener consecuencias negativas para i) la consecución de los objetivos del programa que respalda el Fondo Mundial o ii) el sistema de salud en general. Una vez hecho esto, detalle cuáles son las medidas de mitigación que hacen frente a estos riesgos.

La Unidad del Programa de ITS VIH, ha tomado esta matriz, que servirá para identificar riesgos, tomar acciones de mitigación y mantener la operativización de las diferentes estrategias y actividades llevadas a cabo por el personal de salud, actores y sectores vinculados a la ejecución de subvención 2022 -2024, quienes toman un rol determinante en la gestión de riesgos.

Los riesgos identificados, se describen en las siguientes categorías operacionales:

* Riesgos por eventos naturales (epidemiológicos y/o catástrofes).
* Externos.
* Financieros.
* Programáticos y Operativos.

Las actividades en la Gestión de Riesgos conllevan a la identificación de los mismos y como estos afectan directa o indirectamente en la implementación y ejecución de la subvención. También conlleva el análisis cualitativo y cuantitativo de los riesgos identificados en el proceso, para generar una matriz adjuntando el impacto para evaluar la influencia de estos.

Un rol importante en la Gestión de Riesgos, lo desempeña el MCP-ES, los actores del SNIS, la Unidad de Gestión de Riesgos del MINSAL y el Equipo Gerencial de la UPITS/VIH, así como la Gerencia General a través de todas las dependencias del MINSAL para responder a las demandas presentadas tanto al interior como en el entorno nacional. Adicionalmente, actores de la sociedad civil, incluyendo a Plan International y los socios SRs jugarán un rol importante en varias de las acciones de mitigación de riesgos.

Una vez que se ha identificado alguno de los riesgos, se vuelve necesario establecer acciones para mitigarlos a través de la ejecución de actividades específicas de acuerdo con el evento acontecido. Por ejemplo, en caso de un evento natural “riesgo externo” se focalizan las acciones y la suspensión o reprogramación de actividades del PENMVIH, dado que los esfuerzos se priorizan en dar respuesta a la emergencia, institucionalmente en coordinación con el comité de protección civil y autoridades gubernamentales, municipales e internacionales; estableciéndose estado de emergencia y actuando acorde a las indicaciones del comité. Una vez levantada la emergencia se reanudan o reprograman las actividades planificadas en forma normal.

Con el monitoreo continuo es más probable detectar situaciones especiales y realizar acciones de forma oportuna, para mitigar el impacto del riesgo.

Para esto, es necesario realizar una priorización de todos los involucrados en la organización y fuera de ésta, para identificar activamente y lograr una gestión eficaz durante la ejecución de la subvención.

En este contexto, todas las instancias, actores y sectores deberán motivar a que todo el personal involucrado en la presente matriz de riesgos:

* Enliste y analice las amenazas y oportunidades para los objetivos.
* Asegure que el proceso de gestión del riesgo esté implementando efectivamente para garantizar que las medidas de control estén en vigencia.
* Permite la revisión de procedimientos, identificar errores y lecciones aprendidas.
* Asegure que los sujetos involucrados en el riesgo y aquellos responsables por implementar controles estén conscientes de su responsabilidad.
* Asegure líneas claras de comunicación sobre este tema y determinar cómo se tratarán éstos.

Por lo antes citado, se recopilan los riesgos de implementación, medidas de mitigación y las entidades responsables en la siguiente matriz:

| **Riesgos clave asociados a la****implementación** | **Medidas de mitigación****correspondientes** | **Entidad****responsable** |
| --- | --- | --- |
| 1. Desastres de origen natural (terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas, entre otras.) debido a la vulnerabilidad del territorio salvadoreño puede impactar en la suspensión de actividades de la propuesta. | 1. Reprogramación y reorientación de la planificación de actividades posterior a la emergencia.
2. Diagnóstico de daños.
3. Verificación de la disponibilidad de recursos financieros de acuerdo con la estrategia nacional para el abordaje de la emergencia nacional.
4. Ajustes y acuerdos para reiniciar la ejecución.
5. Definir y poner en marcha canales de comunicación durante y post eventualidades.
 | MCP-ES – ES Unidad de Gestión de Riesgos del MINSALEquipo Gerencial del UPITS/VIH.Gerencia General MINSALPlan International  |
| 2. Pandemias y epidemias, en el territorio nacional que puede impactar en la suspensión de actividades de la propuesta | 1. Ante la situación actual de la pandemia por SARS CoV-2, se han elaborado e implementado lineamientos de atención a los afectados por VIH y coinfección TB/VIH [Anexo 2.2]; dichos lineamientos han permitido continuar a realizar entrega domiciliar del medicamento ARV, dispensación de receta múltiples, con el fin de evitar la exposición a COVID-19 disminuyendo así los riesgos de abandono al tratamiento.
2. Verificación de la disponibilidad de recursos financieros de acuerdo con la estrategia nacional para el abordaje de la epidemia que se llegue a presentar.
3. Aseguramiento del adecuado aprovisionamiento de medicamentos e insumos a través de procesos de planificación y adquisición oportunos y que consideren reservas de seguridad.
4. Seguimiento prioritario de las poblaciones con mayor riesgo y vulnerabilidad a VIH, para contrarrestar o minimizar los efectos de otras epidemias en estas poblaciones.
5. Asegurar el acceso diagnóstico para VIH y coinfección a la población durante la situación de epidemia.
6. Asegurar el cumplimiento de Protocolos de Bioseguridad definidos para las actividades de campo y de trabajo en oficina, incluyendo el uso correcto de Equipo de Protección Personal (EPP) definidos por las organizaciones involucradas en las actividades del proyecto.
 | MCP-ES DVSUnidad de Gestión de Riesgos Equipo Gerencial del UPITS/VIH. Gerencia General MINSALPlan International |
| 3. Cambios políticos que impactan desfavorablemente en la normativa de los mecanismos de prevención y detección. | 1. Abogacía y búsquedas de acuerdos y consensos con los actores políticos.
2. Considerar medidas de prevención para la seguridad de personal en campo, mitigando el riesgo de verse afectados por disturbios sociales violentos, debido a la alta polarización política que existe en el país. (si aplica a elecciones presidenciales)
 | MCP-ES – ESMINSALPlan International |
| 4. Disminución de financiamiento por la crisis financiera mundial y nacional que limita la obtención de más financiamiento ya sea nacional o internacional. | 1. Abogacía y negociación con Ministerio de Hacienda para garantizar la dotación de recursos financieros necesarios.
2. Reorientar actividades de acuerdo con los recursos disponibles para enfocarse en las necesidades urgentes
3. Abogacía de alto nivel con otros proveedores de servicios de salud para el aumento de los presupuestos que incluyan apartados para la lucha contra el VIH (alcaldías, otros programas al interior de MINSAL y SNIS)
4. Abogacía y negociación con otros agentes cooperantes y países amigos.
 | MCP-ES – ESUnidad de Gestión de Riesgos del MINSAL.Equipo Gerencial del Unidad de programa VIH,Gerencia General MINSAL y Plan International |
| 5. Falta o desabastecimiento de medicamentos antirretroviral a nivel nacional por un problema de desabastecimiento a nivel internacional | 1. Monitoreo periódico de existencias, medicamentos en tránsito y próximos a vencerse, para anticipar las gestiones correspondientes.
2. Gestionar préstamos de medicamentos con otros países y/o ISSS.
3. Iniciar con antelación los procesos de planificación y abastecimiento que permitan reducir los tiempos de procesos de contratación y maximizar los tiempos para la recepción de los bienes y servicios, disminuyendo el riesgo de la no entrega.
4. Cambios de esquemas de tratamiento.
5. Definir y mantener un inventario de Seguridad (safety stock) de medicamentos que permita responder a la demanda mientras se pueda abastecer nuevamente.
6. Hacer uso de Asistencia Técnica de PSM/USAID para el fortalecimiento de capacidades del personal del programa en la gestión de suministros (medicamentos y reactivos de laboratorio).
7. Un equipo multidisciplinario del MINSAL con integrantes del ISSS fue capacitado por la OPS en la metodología de estimación de necesidades de medicamentos ARV por el método de morbilidad en la plataforma QUANTMET de la OPS/OMS (frente al método de estimaciones por regresión históricas)
 | Unidad de Gestión de Riesgos del MINSAL.Equipo Gerencial del UPITS/VIH.Gerencia General MINSALDirección de Medicamentos (DNM). |
| 6. Riesgo relacionado por violencia y criminalidad | 1. Búsqueda de espacios neutrales para brindar servicios de salud, con apoyo de los diferentes actores como las gobernaciones municipales, organizaciones de la sociedad civil, líderes comunitarios, entre otros.
2. Mantener la oferta de servicio de salud con libre acceso a los establecimientos, independientemente de su lugar de residencia.
3. Monitoreo constante de la situación de seguridad en los lugares de intervención del proyecto, y uso de sistemas y protocolos existentes de comunicación por equipos de campo para reportes oportunos y adecuar planificaciones en caso de ser necesario.
4. Respetar las recomendaciones de seguridad estableciendo medidas preventivas y de mitigación durante las actividades de trabajo en campo y la seguridad personal de sus colaboradores; que cada una de las organizaciones involucradas en el proyecto definirán.
 | MINSALDirección General de Migración y ExtranjeríaMCP-ESPlan International |
| 7. Riesgo relacionado a violencia de género | 1. Gestión de servicios de salud que incluya acceso con enfoque de género; libre de estigma y discriminación.
2. Puesta en marcha de protocolos y mecanismos de protección por violencia de género por actores claves parte del sistema de protección parte de esta respuesta.
 | Unidad de Género MINSAL MCP-ES-ES, MINSAL,Equipo Gerencial de la unidad de programas VIH, Plan International |

1. ¿La solicitud de financiamiento contempla crear una **plataforma de inversión común** con otras instituciones?

[ ]  Sí [x]  No

**En caso afirmativo**, aporte detalles sobre acuerdos y modalidades concretos.

|  |
| --- |
| N/A |

**Sección 3: Cofinanciamiento, sostenibilidad y transición**

Para responder las preguntas a continuación, consulte las *Instrucciones*, la sección sobre financiamiento doméstico de la carta de asignación, la [Nota informativa sobre sostenibilidad, transición y cofinanciamiento](https://www.theglobalfund.org/media/6676/core_sustainabilityandtransition_guidancenote_es.pdf), la(s) **tabla(s) de panorama de financiamiento**, la(s) **tabla(s) de brechas programáticas**, el **plan de trabajo transicional** y la **evaluación de la preparación para la transición** (si está disponible)[[6]](#footnote-7).

**3.1 Cofinanciamiento**

1. ¿Se han cumplido los **compromisos de cofinanciamiento** durante el período de asignación **vigente**?

[x]  Sí [ ]  No

**En caso afirmativo**, adjunte documentos de soporte que muestren hasta qué punto se han cumplido los compromisos de cofinanciamiento.

**En caso negativo**, explique por qué y haga un breve resumen de cómo esta situación ha repercutido en el programa.

|  |
| --- |
| El reporte de verificación de gastos cubiertos con la contrapartida de fondos del gobierno de El Salvador emitido el 8 de septiembre del 2020 por la Dirección de Auditoría Cinco de la Corte de Cuentas de la República de El Salvador establece un cumplimiento del 97.26%. [Anexo 3.1], otra fuente de información del cumplimiento de compromisos de cofinanciamiento son los informes MEGAS de los años 2017, 2018 y 2019, que están disponibles en línea en el sitio: http://www.salud.gob.sv/unidad-del-programa-de-its-vih/#DOCUMENTOS-VIH).Para el año 2019 se compraron medicamentos ARV, reactivos de laboratorio, sucedáneos de la leche, servicios de mantenimiento de equipos y personal asignado al programa de VIH por un monto de $2,431,624.87.En el año 2020 se ha logrado cumplir con financiamiento de fondos domésticos lo siguiente: medicamentos ARV, reactivos de laboratorio, sucedáneos de la leche, servicios de mantenimiento de equipos y personal asignado al programa de VIH por un monto de $ 2,184,815.04. |

1. ¿Los **compromisos de cofinanciamiento** del **próximo** período de asignación cumplen los requisitos mínimos para acceder a la totalidad del incentivo de cofinanciamiento?

[x]  Sí [ ]  No

Si se dispone de información detallada sobre los compromisos de cofinanciamiento, adjunte documentos de soporte que muestren hasta qué punto se han cumplido.

Si los compromisos de cofinanciamiento no satisfacen los requisitos mínimos, explique el motivo.

|  |
| --- |
| Los compromisos de cofinanciamientos de los próximos tres años de asignación cumple con los requisitos mínimos para acceder al incentivo de cofinanciamiento. [Anexo 3.4]Los recursos financieros necesarios para cubrir los gastos de VIH en el período 2022-2024 se estiman en $183,664,557.57; de los cuales se espera sean asumidos con recursos gubernamentales el 55.0%; se estima que el MINSAL asumirá el 37.4% de los recursos gubernamentales (GOES).De los recursos de la cooperación externa se estima el 14.9 % para el financiamiento del PENM, de los cuales el Fondo Mundial representa el 59.0%.*Fuente: PENM 2022-2026 (versión preliminar, Anexo 1.24)*  |

1. Haga un resumen de las **áreas programáticas** que van a financiarse mediante con los recursos domésticos de cofinanciamiento en el próximo período de asignación. Específicamente:
	* 1. la absorción programada con fondos domésticos de intervenciones;
		2. actualmente cubiertas con la subvención del Fondo Mundial.

|  |
| --- |
| 1. La absorción programada con fondos domésticos de intervenciones;

El país, a través de fondos GOES, financiará los costos programáticos operativos siguientes:En el Ministerio de Salud:* El salario de los recursos humanos de los 27 equipos multidisciplinarios (médicos, enfermeras, profesional de laboratorio clínico, inspector de saneamiento) para atención, prevención, tratamiento de las personas privadas de libertad.
* El salario de los recursos humanos de los equipos multidisciplinarios de las 30 CAI (personal de archivo, médicos, enfermeras, profesional de laboratorio clínico, psicólogo, trabajador social, promotores pares, farmacia) para atención, prevención, tratamiento de las personas afectadas por VIH.
* El salario de los recursos humanos de los 20 equipos multidisciplinarios que atienden las VICITS y 15 equipos en clínicas amigables para la atención de poblaciones claves (médicos, enfermeras, profesional de laboratorio clínico, archivo).
* El salario de los recursos humanos de los equipos de 30 bancos de sangre (profesionales de laboratorio clínico, personal administrativo) para la toma de muestras y análisis de sangre donada.
* Financiamiento del tratamiento antirretroviral para las personas con VIH.
* Adquisición de reactivos de prueba rápida de VIH para población general y complemento de pruebas confirmatorias.
* Adquisición de un perfil de prueba rápida de VIH para embarazadas, pruebas confirmatorias, terapia antirretroviral y sucedáneos de leche materna.
* Adquisición de pruebas e insumos para el procesamiento de sangre segura.
* Adquisición de un perfil de prueba rápida de VIH para las personas privadas de libertad.
* Implementación de las actividades colaborativas VIH/TB, a través del descarte de la Tuberculosis, en cumplimiento del algoritmo diagnóstico.
* Actualización de los instrumentos técnicos jurídicos como normativa y lineamientos técnicos de prevención y control del VIH, atención a poblaciones claves, entre otros, así como la socialización y difusión de los mismos entre los diferentes proveedores de servicios de salud.
* Gestión de la cadena suministros (compra, almacenamiento y distribución de productos farmacéuticos, de laboratorio, sucedáneos leche materna, consumibles de laboratorio) en la red de MINSAL).

En el Seguro Social:* El salario de los recursos humanos de los equipos multidisciplinarios de las 4 CAI (personal de archivo, médicos, enfermeras, profesional de laboratorio clínico, psicólogo, trabajador social, farmacia) para atención, prevención, tratamiento de las personas afectadas por VIH.
* Financiamiento del tratamiento antirretroviral para las personas con VIH.
* Adquisición de reactivos de prueba rápida de VIH para población general y complemento de pruebas confirmatorias.
* Adquisición de dos perfiles de prueba rápida de VIH para embarazadas, pruebas confirmatorias, terapia antirretroviral y sucedáneos de leche materna.
* Adquisición de medicamentos para tratar infecciones oportunistas e infecciones de transmisión sexual a los afiliados al seguro social.
* El salario de los recursos humanos de los equipos de 5 bancos de sangre (profesionales de laboratorio clínico, personal administrativo) para la toma de muestras y análisis de sangre donada.
* Adquisición de pruebas e insumos para el procesamiento de sangre segura.

En Sanidad Militar:* El salario de personal asignado a la prevención de VIH en Sanidad Militar (médicos, enfermeros, laboratorio).
* El salario de los recursos humanos de los equipos de 2 bancos de sangre (profesionales de laboratorio clínico, personal administrativo) para la toma de muestras y análisis de sangre donada.
* Adquisición de pruebas e insumos para el procesamiento de sangre segura.
* Adquisición de medicamentos para tratar infecciones oportunistas e infecciones de transmisión sexual de personal militar.

En el Ministerio de Justicia y Seguridad:* Recursos multidisciplinarios en salud para atención, prevención, tratamiento de los afectados por VIH del sistema penitenciario: médico y enfermera. Este personal atiende tanto VIH como TB en los 27 centros penales, centros de detención intermedios y los centros de reinserción de menores.

Ministerio de Trabajo:* El salario de inspectores de trabajo que verifican el cumplimiento de los derechos laborales de las personas con VIH.

Ministerio de Educación:* El salario de personal asignado a la capacitación de docentes en educación integral para la sexualidad, que incluye la temática de VIH.

Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos:* El salario del equipo del Departamento de VIH de la PDDH.
 |
| 1. Actualmente cubiertas con la subvención del Fondo Mundial.

En relación a las brechas financieras según el PENM 2022-2026, la necesidad estimada del país para dar respuesta al VIH para los años 2022-2024 asciende a la cantidad $183,664,557.57. Esta solicitud corresponde a $16,074.816.00 que representa el 8.8% del costo del PENM para ese período. De la necesidad de país distribuido de la siguiente manera:El componente de mayor asignación presupuestaria es el módulo de “Prevención” cuyo porcentaje asciende a 41.4%; con el cual se proyecta atender las intervenciones “Abordaje del estigma, la discriminación y la violencia”, “Intervenciones para cambio de comportamiento”, “Intervención para poblaciones jóvenes clave”, “PrEP”, “Prevención y manejo de coinfección y comorbilidades (prevención)”, “Programas de preservativos y lubricantes” y “Servicios de salud sexual y reproductiva incluyendo las ITS”. El siguiente en orden de importancia es el módulo de “Tratamiento, atención y apoyo” con el 21.3% con el que se proyecta atender las intervenciones “Prestación de servicios diferenciados de ARV y atención para el VIH” y Seguimiento del tratamiento carga viral”. El tercer módulo en importancia es el de “Gestión de programas” que representa el 16.9% para las siguientes intervenciones: “Coordinación y gestión de los programas nacionales de control de enfermedades” y “Gestión de Subvenciones”. Así también el Módulo de “Servicios diferenciados de diagnóstico del VIH” con el 10.2% con el cual se proyecta atender las intervenciones de “Autotest”, “Pruebas a nivel comunitario” y “Pruebas a nivel de establecimientos de salud”.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Prevención | $6,650,532.26  | 41.4% |
| Tratamiento, atención y apoyo | $3,427,092.37  | 21.3% |
| Gestión de programas | $2,714,803.41  | 16.9% |
| Servicios diferenciados de diagnóstico del VIH | $1,644,156.20  | 10.2% |
| SSRS: Sistemas de información de gestión de salud y M&E (Monitoreo y Evaluación) | $702,624.69  | 4.4% |
| SSRS: mejora de la calidad y la prestación de servicios integrados | $493,254.56  | 3.1% |
| PTMI | $442,352.59  | 2.8% |

Fuente: Presupuesto de la Subvención SLV-H-MOH 2022-2024 [Anexo 3.2] |

**3.2 Sostenibilidad y transición**

1. Partiendo del análisis de la(s) **tabla(s) de panorama de financiamiento**, describa las necesidades en materia de financiamiento y los fondos previstos, y haciendo énfasis en las brechas programáticas más importantes durante el próximo período de asignación.

Explique también i) qué van a hacer las autoridades nacionales para obtener y asegurar fondos complementarios o nuevas fuentes de financiamiento o ii) cómo conseguir una mayor eficiencia para garantizar que las intervenciones clave cuentan con financiamiento suficiente, sobre todo aquellas que el Fondo Mundial financia en la actualidad.

|  |
| --- |
| El Salvador ha proyectado una inversión de $ 309,412,246.95 para el período del año 2022 al 2026 para la atención y control de VIH, de estos el MINSAL invertirá $ 115,839,020.71 que corresponde al 37.4%; seguido del ISSS con un $29,934,188.10 que corresponde al 9.7%; COSAM $ 1,386,454.77 que corresponde al 0.4%, el ISBM $ 1,123,271.92 que también corresponde al 0.4% y el Fondo Mundial cofinanciará el PENM VIH en los primeros tres años (2022, 2023 y 2024) un monto de $16,074,816.00 que representa aproximadamente el 5.2% de la inversión total. Quedando una brecha de $ 104,219,873.25 (33.7%).Según las brechas programáticas más importantes durante este período, las estrategias se concentran en la necesidad de mejorar la efectividad de la prevención, ampliar el acceso a tratamiento, enfocar las acciones en los grupos de mayor riesgo y garantizar el seguimiento a las personas en tratamiento para que tengan una carga viral indetectable, acorde con las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS).La oferta de servicios de salud se ha mantenido en 20 hospitales del Ministerio de Salud, dejando a voluntad del paciente donde quiere atenderse, para ampliar la oferta de servicio se descentralizará la terapia antirretroviral a todos los hospitales de la red nacional y se hará un pilotaje de oferta en unidades de salud del primer nivel de atención. El personal que brindará el servicio es personal del Ministerio de Salud al que se le capacitará para brindar esta atención. Se está coordinando con el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) la estandarización de la guía clínica de atención con el objeto de que se disponga de los mismos servicios en ambos prestadores de salud. Se iniciará la implementación de estrategias innovadoras a fin de encontrar nuevas infecciones y para mantener la adherencia en las personas en terapia antirretroviral. Al realizar el análisis de la sostenibilidad de la respuesta al VIH en El Salvador se valoran múltiples aspectos, que nos permite identificar las brechas, retos y las oportunidades. La apuesta del país a través del PENM es utilizar los recursos disponibles al momento, tanto domésticos como provenientes de fuente externa, para invertir de forma catalítica en los componentes claves que permitan una mejor captación, detección, diagnóstico y tratamiento oportuno que permita disminuir la transmisión del VIH y abonar al logro de las metas 95-95-95. En el tema de Derechos humanos, en coordinación con las organizaciones de sociedad civil se trabaja en la reducción del estigma y discriminación a las personas con VIH y a las personas LGBTI a fin de que no pierdan su adherencia al tratamiento. Bajo este antecedente, esta propuesta reforzará el respeto de los Derechos Humanos, para lograr la accesibilidad a los servicios de salud así como capacitaciones al personal que laboran en las Clínicas de Vigilancia Centinela de Infecciones de Transmisión Sexual (VICITS), Centro de Atención Integral (CAI), Unidad Comunitaria de Salud Familiar (UCSF) y clínicas amigables reforzando la eliminación del estigma y discriminación, el enfoque de género para el abordaje diferenciado de cada población, con lo cual se pretende desarrollar confianza en los y las usuarias de los servicios y así lograr su atención, retención y acceso a tratamiento del VIH y otras ITS.[Anexo 3.3] |

1. Subraye las **dificultades** relacionadas con la sostenibilidad (refiérase a la lista indicativa que se puede encuentra en las *Instrucciones*). Especifique cómo va a hacerse frente a dichas dificultades con esta solicitud de financiamiento o mediante otras fuentes. Si ya se han detallado en la estrategia nacional, el plan de sostenibilidad o de transición u otros documentos que se hayan enviado junto con la solicitud de financiamiento, haga referencia a las secciones correspondientes de dichos documentos.

|  |
| --- |
| La sostenibilidad depende tanto de contar con los recursos financieros necesarios y utilizarlosde la manera más eficiente posible, como también de asegurar que toda persona con VIH se encuentra en tratamiento y es adherente al mismo, para así reducir la probabilidad de transmisión del VIH y consecuentemente reducir el número de nuevas infecciones. Actualmente se identifica dentro de las barreras para la sostenibilidad lo siguientes puntos:* El diseño y asignación presupuestaria se basa en el histórico de asignación presupuestaria.
* En el presupuesto general de la nación no hay una línea exclusiva de financiamiento para el abordaje
* Se desconoce la situación de trabajo en VIH que las alcaldías están realizando.

**Sostenibilidad Financiera**El país ha trabajado una estrategia de sostenibilidad que busca fortalecer los recursos financieros para las diferentes acciones de la respuesta nacional, entre ellas: técnicas de análisis financiero, maximización de impacto y principios de economía y gestión de la salud para la administración estratégica de las finanzas relacionadas con el VIH/sida, la movilización de recursos internos, búsqueda de eficiencias técnicas, asignación oportuna de recursos, presupuesto basados en resultados, selección de intervenciones costo-efectivas, monitoreo del gasto, estrategias para la reducción de costos, para asegurar los recursos financieros necesarios y una estrategia de financiamiento de largo plazo para cumplir de manera eficaz y eficiente las metas y objetivos nacionales de prevención, atención y tratamiento del VIH/sida.Se aspira que el financiamiento para el VIH sea parte de las prioridades del plan de desarrollo del gobierno para el período 2022-2026, incidir en alcaldías de los departamentos donde hay mayor prevalencia de VIH estableciendo un mecanismo de diálogo político para abordar el financiamiento específico para el VIH, se requiere mucho compromiso de las organizaciones de la sociedad civil para incidir en los tomadores de decisiones a nivel legislativo y del ejecutivo (Ministerio de Hacienda) para que se garantice el presupuesto asignado de los fondos nacionales para cubrir las necesidades actuales y el aumento de la cobertura requerido.**Sostenibilidad Programática**En este ámbito se requiere de acciones relacionadas con la planificación, gestión y fortalecimiento de condiciones para la entrega de los servicios relacionados de VIH/sida en las instalaciones de salud y en el nivel local, para que produzcan impacto, sean eficientes e incorporen en la práctica, innovaciones para cerrar brechas en la cascada de atención en VIH/sida, tanto en lo relacionado con las intervenciones preventivas, de atención y tratamiento, como también de la organización de los servicios para facilitar el acceso a intervenciones seleccionadas en el nivel local y reducir la carga innecesaria que podría generar en el segundo y tercer nivel, la atención de pacientes estables que acuden por intervenciones no clínicas. Esto conlleva también el fortalecimiento de la cadena de suministros médicos y medicamentos, laboratorio, infraestructura de carga viral y disponibilidad de datos sobre la epidemia del VIH/sida y sus efectos en los resultados de salud; estimaciones del tamaño de las poblaciones clave, las PVVS, la incidencia del VIH, la prevalencia del VIH, la carga viral y las tasas de mortalidad relacionadas con el VIH.Actualmente están diseñadas acciones en el Plan Estratégico Nacional Multisectorial que corresponden a poblaciones clave; acciones de prevención en población general (condones, ITS, CPV, PTMI, medios de comunicación masiva, maestros en el sistema escolar y profilaxis de TB), acciones de prevención en cuidados de salud (sangre segura, inyecciones médicas, PPE); servicios de cuidado y tratamiento: tratamiento antirretroviral, servicios de atención y costos de servicios para atención de infecciones oportunistas; acciones de entorno favorable y acciones de políticas, monitoreo y evaluación, administración e investigación. Fuente: Plan Estratégico Nacional Multisectorial 2016-2021Dentro de las principales barreras se identifican:* Servicios de salud centralizados en 20 Hospitales.
* No hay diferenciación de servicios de salud (horarios), CV y CD4 cada 6 meses.
* Inicio de TAR con menos de 500 CD4.
* La dispensación de ARV solamente está confinada a Hospitales. El ISSS tiene servicios de atención centralizados en 3 Hospitales.
* No están homologados los esquemas de atención entre el ISSS y el MINSAL.
* En el ISSS en el caso de PPE, la receta tiene que ser firmada por infectólogo.

Por lo que se busca con el plan de acción de sostenibilidad:* Revisión de medio término del PENM 2022-2026 para la modificación o rediseño de acciones, para priorizar aquellas de mayor impacto en el control de la epidemia.
* Inclusión en el nuevo PENM 2022-2026 acciones priorizadas de mayor impacto.
* Desarrollo de una adenda al PENM para integrar completamente la estrategia de Test & Start y priorizar acciones de mayor impacto.
* Ampliación de la cobertura de atención de 20 a 30 Hospitales y la dispensación a UCSF especializadas que sean elegidas por sus capacidades.
* Modificar el Listado Institucional de Medicamentos Esenciales LIME para dispensación en diferentes niveles de atención y entrega de medicamentos de acuerdo con modelos diferenciados de atención y el involucramiento de las ONG´s.
* Monitoreo de la resistencia a los ARV para evaluar el fracaso del tratamiento y guiar la terapia antirretroviral efectiva.

**Sistemas de salud y comunitarios** Actualmente existe un solo modelo de atención para Personas con VIH, pero la OMS propone diferenciar la atención a pacientes estables y priorizar en zonas de alta carga de VIH.El sistema de información indica las zonas de alta carga de enfermedad. Existen esfuerzos piloto como la Clínica de Atención Integral de Santa Ana, que han comenzado a dispensar ARV en la localidad (de forma no oficial) a pacientes estables.Se identifican la siguiente situación actual:El MINSAL adquiere medicamentos antirretrovirales bajo el mecanismo del Fondo Estratégico de OPS, los insumos y reactivos de laboratorio se compran a través del proceso de compra del MINSAL, bajo las directrices de la LACAP.Por lo que se busca con el plan de acción de sostenibilidad lo siguiente:* Hacer un análisis de los costos reducidos con la adopción de modelos diferenciados de atención.
* Implementación de modelos diferenciados de atención en pacientes estables y definir sus costos.
* Diseñar modelos diferenciados de atención dirigidos a zonas de altas cargas de VIH y grupos etarios.
* Adopción de nuevas tecnologías sanitarias de costo reducido y eficiencia comprobada que generan un impacto positivo en el control de costos y en los resultados de la epidemia.
* Mantener el Dolutegravir en el esquema de tratamiento de personas con VIH, dada su efectividad y menos efectos adversos.
* Reducción del estigma y discriminación hacia poblaciones clave mediante el fortalecimiento del marco protector de políticas y su implementación, con el fin de eliminar barreras para que estas poblaciones busquen y accedan a servicios oportunos y efectivos de prevención y atención en VIH.

**La Gobernanza**La situación actual es:* Actualmente existe la Comisión Nacional de VIH y sus subcomisiones para la conducción del control y prevención de la epidemia, dicha comisión la preside el Ministro de Salud. Por otro lado, existe el Mecanismo Coordinador de País (MCP-ES) quien da seguimiento a los proyectos del Fondo Mundial. Este mecanismo es un espacio de participación multisectorial y de toma de decisiones encaminadas a la gestión de propuestas ante el FM, monitoreo de la ejecución de las mismas, así como el desempeño programático y financiero.

Por lo que se busca con el plan de acción de sostenibilidad:* Fortalecer el vínculo entre la instancia política (CONAVIH) y la instancia gestora a fin de sumar esfuerzos en la respuesta nacional y la toma de decisiones consensuadas para las intervenciones a desarrollar.
 |

1. Si ha redactado y puesto en marcha un plan de trabajo transicional en el ciclo de asignación actual, aporte un **informe actualizado** sobre los logros que se han alcanzado.

**Hoja de ruta sostenibilidad**

La Hoja de ruta para la sostenibilidad incluye algunos riesgos de alta gravedad, y propone acciones de mitigación. Se propone implementar las acciones siguientes en los próximos años, las acciones descritas en las tablas a continuación han sido integradas al PENM 2022-2026.

| **Líneas de acción de la estrategia** | **Situación actual** | **Qué se ha hecho** | **Acciones a implementar (en los próximos 4 años)** | **Oportunidades****/desafíos** | **Costo de intervención** | **Responsables de actividades** | **Brecha financiera** | **Fuente de financiamiento** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ámbito económico - financiero** |
| 1. **Movilización de recursos mediante el incremento del presupuesto de fondos públicos para VIH que permita aumentar la proporción de gastos cubiertos con fondos nacionales, cubrir necesidades actuales y el aumento de cobertura requeridos**
 | * 1. La inversión actual es de $ 44.9 millones (MEGAS-2019) y la inversión requerida para el 2019 es de $ 72,1 millones según la estimación del PENM 2016-2021.
 | 1.1 Se aprobó ley de eliminación de IVA para la adquisición de ARV (Decreto Legislativo No. 396, publicado en diario oficial tomo No. 424 del 16 de septiembre del 2019. | 1.1 Incremento de un 1% anual en el presupuesto para la respuesta al VIH.1.2 Fortalecer el análisis de las necesidades proyectadas para cubrir las brechas financieras de la respuesta nacional al VIH.1.3 Promover la elaboración de presupuesto de VIH basado en resultados.1.4 Abogacía para promover el cambio de sistema a presupuesto por resultados de parte del MH, aplicar subsidios cruzados ISSS, reforma a la Ley de VIH que centraliza las atribuciones en el MINSAL. | * 1. Priorización del VIH en la agenda nacional y regional (SICA)
	2. MINSAL asigna recursos al Programa de VIH anualmente.
 | $5,000.00 | MINSAL, ISSS, Ministerio de Hacienda, Dirección General de Presupuesto, Asamblea Legislativa, Organización de Personas con VIH. | $5,000.00 | Cooperantes Sector privado  |
| 1. **Redireccionar recursos de contribuciones existentes (Ejemplo FOSALUD)**
 | * 1. El desempeño económico del país presenta tasas de crecimientos muy bajas que permitan pensar la factibilidad de redireccionar recursos de contribuciones existentes, sin que ello genere variaciones en las condiciones de pobreza de la población.
 | 2.1 se han identificado fuente de redirección de recursos  | - Cabildeo político para redireccionar recursos para VIH de contribuciones existentes con MINSAL, Ministerio de Hacienda, y Asamblea Legislativa y mostrar las ventajas de redireccionar impuestos para mejorar la vida de las personas con VIH.- Hacer un mapeo de posibles fuentes de redirección de recursos de contribuciones especiales existentes. | - La proximidad que la cooperación para VIH cierre su contribución al país puede impulsar un proceso de ver el impacto económico que puede presentar el no cubrir las brechas financieras para el VIH. | $10,000.00 | MINSAL, ISSS, SM, BM, FOSALUD, Programa Nacional de VIH e ITS, Asamblea Legislativa, Ministerio de Hacienda, Organizaciones de Sociedad Civil y Organizaciones del Sector Privado. | $10,000.00 | 1. Fondos domésticos y cooperantes
 |
| 1. **Movilización de recursos mediante la canalización de fondos públicos provenientes de gobiernos Locales/Municipales para la respuesta al VIH y su asignación a intervenciones costo-efectivas**
 | * 1. Existe limitada información sobre el financiamiento y gasto para VIH entre el nivel local y el gobierno central (Ejecutivo).
	2. Se desconoce la situación de trabajo con VIH que las alcaldías están realizando.
 | 3.1 se han mapeado iniciativas existentes con recursos de municipalidades, como el Proyecto TB y Grandes ciudades. | -abogacía para que el financiamiento del VIH sea parte de las prioridades del plan de desarrollo del gobierno para el período 2019-2024, con prioridad en alcaldías de mayor prevalencia de VIH. ---Promover políticas de responsabilidad social corporativa para contribuir a las intervenciones en VIH. | -Las capacidades generadas a partir del proceso de construcción, seguimiento y monitoreo de un plan de desarrollo incorporó a diversos actores como sociedad civil, gobiernos municipales, sector privado, socios cooperantes, entre otros. | $5,000.00 | MINSAL, ISSS, FOSALUD, Programa Nacional de VIH e ITS, Asamblea Legislativa, ISDEM, COMURES, Organizaciones de Sociedad Civil y Organizaciones del Sector Privado. | $5,000.00 | * 1. Fondos domésticos

Fondos de cooperación externa |

| **Líneas de acción de la estrategia** | **Situación actual** | **Qué se ha hecho** | **Acciones a implementar (en los próximos 4 años)** | **Oportunidades****/desafíos** | **Costo de intervención** | **Responsables de actividades** | **Brecha financiera** | **Fuente de financiamiento** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ámbito técnico-programático** |
| 1. **Reducción de costos mediante el rediseño de programas para la disminución de actividades de baja prioridad que no provocan impacto en el control de la epidemia, la reducción en el número de nuevas infecciones por VIH y la eliminación del sida, y movilizarlos a intervenciones costo-efectivas**
 | 4.1 Actualmente están diseñadas acciones en el Plan Estratégico Nacional Multisectorial que corresponden a poblaciones clave; acciones de prevención en población general (condones, ITS, CPV, PTMI, medios de comunicación masiva, maestros en el sistema escolar y profilaxis de TB), acciones de prevención en cuidados en salud (sangre segura, inyecciones médicas, PPE); servicios de cuidado y tratamiento: tratamiento antirretroviral, servicios de atención y costos de servicios para atención de infecciones oportunistas; acciones de entorno favorable y acciones de políticas, monitoreo y evaluación, administración e Investigación.  | 4.1 Se han llevado a cabo varias evaluaciones y estudios:- una evaluación internacional de las estrategias de tamizado de VIH en El Salvador mayo 2019, - Evaluación en países focalizados en El Salvador APMG Health, marzo 2020 - Análisis de portafolio de El Salvador Fondo Mundial, octubre 2020- Consulta, revisión estrategia ONUSIDA.Se ha elaborado el borrador del Plan Estratégico Nacional 2022-2026 con acciones priorizadas de mayor impacto. | -Hacer un análisis de cada intervención y el impacto causado en su desarrollo, de forma coordinada con múltiples actores.-Finalizar la elaboración del nuevo PENM 2022-2026 con acciones priorizadas de mayor impacto. | -Identificar aquellas acciones de mayor impacto que contribuyan directamente a reducir la epidemia para poder implementarlas. | $309 millones (el país tiene previsto cubrir 55%) | Subcomisión Nacional de MyE de CONAVIH, Programa de VIH, Sociedad Civil, Agencias de Cooperación. | $ 104,219,871(33.7%) | 4.1 Fondos domésticos (55%)* 1. subvención (5.2%)
	2. Cooperantes (6.1%)
 |
| 1. **Aumento de la eficiencia y efectividad, mediante el rediseño de acciones para fortalecer y ampliar cobertura de las intervenciones del continuo de la atención que tienen un impacto positivo en el control de la epidemia, reduciendo la probabilidad de transmisión y evitando nuevas infecciones por VIH**
 | 5.1 Servicios de salud centralizados en 20 Hospitales. 5.2 No hay diferenciación de servicios de salud (horarios), CV y CD4 cada 6 meses.5.3 Inicio de TAR independiente del conteo CD4.5.4 La dispensación de ARV solamente está confinada a 20 Hospitales del MINSAL.5.5 El ISSS tiene servicios de atención centralizados en 3 Hospitales. 5.6 No están homologados los esquemas de atención entre el ISSS y el MINSAL.5.7 En el ISSS en el caso de Profilaxis Post Exposición, la receta tiene que ser firmada por infectólogo. | 5.1 Fortalecimiento de las clínicas TAR en los 20 hospitales del MINSAL y se ha iniciado el proceso de fortalecimiento en el ISSS.5.2 Modificación del Listado Institucional de Medicamentos Esenciales LIME para dispensación en diferentes niveles de atención y entrega de medicamentos de acuerdo a modelos diferenciados de atención y el involucramiento de las ONG´s.5.3 Fortalecimiento académico a médicos del ISSS que pueden ser potenciales tratantes de atención al VIH.5.4 Entrega domiciliar de ARV respaldado en el lineamiento técnico de entrega domiciliar de medicamento con receta repetitiva en la red de hospitales aprobado en octubre 2020. | -Ampliación de la cobertura de atención de 20 a 31 Hospitales y la dispensación a UCSF especializadas que sean elegidas por sus capacidades.-Descentralizar la atención médica a 10 Hospitales Nacionales del MINSAL y a 6 Unidades Médicas y Policlínico del ISSS | Ampliar las coberturas de atención a personas con VIH. | Asistencia técnica por un monto de $20,000.00Para definir costeo especifico de infraestructura-equipamiento-RRHH-Medicamentos e insumos. | Programa de VIH, ISSSDirección de Hospitales del MINSALDirección de Primer Nivel de Atención del MINSAL | $20,000.00 | Fondos de cooperantes |
| 1. **Aumento de la eficiencia y efectividad, mediante el rediseño de acciones para fortalecer y ampliar cobertura de las intervenciones del continuo de la atención que tienen un impacto positivo en el control de la epidemia, reduciendo la probabilidad de transmisión y evitando nuevas infecciones por VIH**
 | 6.1 Actualmente existe un solo modelo de atención para Personas con VIH, pero OMS propone diferenciar la atención lo que implica definir la estructura orgánica dentro del MINSAL que conducirá el proceso. | * 1. se ha iniciado la implementación de modelos diferenciados de atención en pacientes estables y definir sus costos, a partir de la entrega multimes a nivel domiciliar.
 | -Descentralizar la entrega ARV al primer y 2do nivel de atención.-Ampliar la entrega multimes de 2 meses a 3 meses. | Ampliar las coberturas de atención a personas con VIH. | $500,000 aproximado. | Unidad de Programa ITS y VIH, Sociedad Civil agencias de cooperación e ISSS. | $300,000 aprox. | Fondos domésticos Cooperantes |

| **Líneas de acción de la estrategia** | **Situación actual** | **Qué se ha hecho** | **Acciones a implementar (en los próximos 4 años)** | **Oportunidades****/desafíos** | **Costo de intervención** | **Responsables de actividades** | **Brecha financiera** | **Fuente de financiamiento** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ámbito político-normativo** |
| 1. **Reducción del estigma y discriminación hacia poblaciones clave mediante el fortalecimiento del marco protector de políticas y su implementación, con el fin de eliminar barreras para que las poblaciones clave busquen y accedan a servicios oportunos y efectivos de prevención y atención en VIH**
 | 7.1 Alto grado de estigma y discriminación dirigida a población clave | 7.1 aprobación de normativas, lineamientos de atención para poblaciones clave como: Los Lineamientos LGBTI del MINSAL, Guía de Atención de Personas con VIH, Decreto Ejecutivo 56, entre otros.7.2 se diseñó curso virtual en Derechos Humanos para personas LGBTI y VIH y se están impartiendo con el liderazgo de la PDDH y socios estratégicos. Actualmente se han capacitado alrededor de 50 profesiones se espera alcanzar la meta de 300 profesionales a nivel de tomadores de decisiones. | -Medición anual del Índice de Estigma y Discriminación.-Capacitación derechos humanos de población LGBTI a funcionarios públicos tomadores de decisiones de instituciones del sistema nacional de salud, Fiscalía, PDDHH, Procuraduría General de la República (PGR), Sector académico.-Desarrollar un equipo de facilitadores del Ministerio de Salud en abordaje de estigma y discriminación, basado en la experiencia de estrategia VICITS- Aplicación de mecanismos para que el usuario exprese trato estigmatizante en las CAI. | -Aplicación de las normativas existentes por el personal de salud y servidores públicos.-Índice de Estigma y Discriminación del personal público por encima del 90%. | $40,000 | PDDH, SIS, REDCA, ONG´S, organismos internacionales. | $40,000 | * Fondos domésticos-fondos PEPFAR-USAID
* Subvención
 |
| 1. **Fortalecimiento de marco de políticas y procesos relacionados con la conducción y gestión para la movilización, asignación y ejecución presupuestaria oportunas; alineación de metas con presupuesto; puesta en práctica de herramientas para la reasignación presupuestaria basada en datos; entrega oportuna de datos financieros y de gasto, así como el desempeño y calidad de los programas**
 | * 1. Actualmente existe la Comisión Nacional de VIH y sus subcomisiones para la conducción de la epidemia, sin embargo, la CONAVIH estaba bajo el mandato del Programa de VIH, lo que significa que no tiene autonomía en la toma de decisiones. Por otro lado, existe el Mecanismos Coordinador de país MCP-ES quien da seguimiento a los proyectos del Fondo Mundial.
	2. Actualmente existe un limitado espacio de toma de decisiones encaminadas a la verificación de asignaciones presupuestarias, ejecución de fondos, puesta en práctica de herramientas innovadoras, así como el desempeño y calidad de los programas
 | 8.1 En agosto 2020 se reestructuro el MINSAL y en el nuevo organigrama la Comisión Nacional de VIH y sus subcomisiones para la conducción de la epidemia, depende directamente del Ministro de Salud. | - Conformar la Comisión Nacional de Sostenibilidad de la Respuesta al VIH para el seguimiento del plan de acción de sostenibilidad.-continuar la medición del Índice de Sostenibilidad (SID) y elaborar plan de acción para cierre de brecha. | Existen instituciones y organizaciones interesadas en hacer el fortalecimiento de la gestión de VIH, conformar o crear comisiones especiales para tales fines. | $10,000 | Unidad del Programa ITS y VIH, Sociedad Civil agencias de cooperación, Ministerio de Hacienda, Ministerio de Trabajo, Empresa Privada, entre otros. | $10,000 | * Fondos domésticos
* Subvención
* ROP 2022-PEPFAR
* ONUSIDA
 |

# **Anexo 1: Lista de comprobación de documentos**

Utilice la lista que aparece a continuación para confirmar que su expediente de solicitud está completo:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | Formulario de solicitud de financiamiento |
| [ ]  | Tabla(s) de brechas programáticas |
| [ ]  | Tabla(s) de panorama de financiamiento |
| [ ]  | Marco de desempeño |
| [ ]  | Presupuesto |
| [ ]  | Solicitud priorizada por encima del monto asignado |
| [ ]  | Diagrama de arreglos de implementación[[7]](#footnote-8) |
| [ ]  | Tablas de datos esenciales (actualizadas) |
| [ ]  | Aprobación de la solicitud de financiamiento por parte del MCP-ES |
| [ ]  | Declaración de conformidad de los MCP-ES |
| [ ]  | Documentos de soporte que confirman que se cumplen los requisitos de cofinanciamiento del período de asignación actual  |
| [ ]  | Documentos de soporte para los compromisos de cofinanciamiento del próximo período de asignación  |
| [ ]  | Plan de trabajo transicional (si se dispone de él) |
| [ ]  | Evaluación de la preparación para la transición (si se dispone de ella) |
| [ ]  | Planes Estratégicos Nacionales (del sector salud y para enfermedades específicas) |
| [ ] ☐ | Todos los documentos de soporte a los que se aluda en la solicitud de financiamiento |
| [ ]  | Plantilla de gestión de productos de salud (si procede) |
| [ ]  | Lista de abreviaturas y anexos |

1. La solicitud priorizada por encima del monto asignado solo puede presentarse con la solicitud de financiamiento. Utilice la plantilla de Excel que le enviará la Secretaría del Fondo Mundial para rellenar una solicitud priorizada por encima del monto asignado. [↑](#footnote-ref-2)
2. En inglés “Matching Funds” Solo es pertinente para los solicitantes con fondos en contrapartida asignados, tal y como se señala en la carta de asignación. [↑](#footnote-ref-3)
3. Pobreza: medida según metodología del ingreso, se consideran pobres quienes tienen un ingreso per cápita diario inferior a los $5,5. Y extremadamente pobres aquellos con ingreso inferior a $3.2 diario. [↑](#footnote-ref-4)
4. al observarse un promedio de pruebas de 415 mil en estos años 2017-2018, que supera el promedio de 368 mil pruebas del bienio 2015-2016 [↑](#footnote-ref-5)
5. Es obligatorio contar con una planificación actualizada de los arreglos de implementación si el programa sigue adelante con el mismo receptor principal (o los mismos receptores principales). En los casos en los que haya un nuevo receptor principal, la actualización de los arreglos de implementación puede remitirse en la fase de preparación de la subvención. [↑](#footnote-ref-6)
6. Tenga en cuenta que el Fondo Mundial puede poner a disposición del público la información derivada de la documentación de referencia proporcionada en respuesta a las preguntas que figuran a continuación, incluida la información sobre el panorama de financiamiento o los compromisos nacionales. [↑](#footnote-ref-7)
7. Es obligatorio contar con una versión actualizada de los arreglos de implementación si el programa sigue adelante con el mismo receptor principal (o los mismos receptores principales). En los casos en los que haya un nuevo receptor principal, la actualización de los arreglos de implementación puede remitirse en la fase de preparación de la subvención. [↑](#footnote-ref-8)