

ACTA ME03-2026
REUNION PLENARIA DE MONITOREO

A las nueve horas del día veintitrés de abril del dos mil veintiséis, se reunieron los miembros del MCP-ES de lucha contra el VIH y la Tuberculosis de manera presencial en el Centro de Eventos MONTEMILIA, Km 18.5 carretera al volcán de San Salvador, Finca Florencia #13, Santa Tecla.

1. Establecimiento de quórum

De conformidad con el Artículo 19 del Reglamento Interno del MCP-ES, la Secretaría procede a la verificación del quórum.

Composición del pleno:

Total de miembros con derecho a voto: 17

Quórum requerido (mitad más uno): 9

Asistencia:

Miembros presentes con derecho a voto: 9

Miembros presentes sin derecho a voto: 8

Personas invitadas externas: 5

Resultado de verificación:

Se cuenta con quórum para la apertura de la sesión y la toma de decisiones, conforme al Artículo 19 del Reglamento Interno del MCP-ES.

Participación de invitados externos

Se contó con la participación de las siguientes personas invitadas externas:

Dr. Gilberto Ayala (MINSAL)

Dr. Juan Carlos Ramírez (MINSAL)

Lic. Milton Montenegro (MINSAL), quienes participaron en calidad de facilitadores

Lcda. María Eugenia Ochoa (Dirección Ejecutiva del MCP-ES) en funciones de apoyo técnico y logístico.

Se declara válidamente instalada la sesión plenaria, con capacidad para deliberar y tomar decisiones, conforme al Artículo 19 del Reglamento Interno.

2. Apertura de la sesión, conflicto de interés y apego al Código de Conducta

Debido a la ausencia de la Presidenta y la Vicepresidenta al momento de apertura, se acuerda que el Secretario asuma la conducción de la sesión de manera temporal, en tanto se incorpora la Presidencia. Se deja constancia de que la Dra. Carmen del Pilar de Durán notificó previamente su imposibilidad de asistir por compromisos institucionales de última hora.

El Secretario brinda un saludo a las personas presentes, dando apertura formal a la sesión y agradeciendo la participación de los miembros e invitados.

Seguidamente, se consulta a los miembros presentes si existe algún conflicto de interés en relación con los puntos de agenda a desarrollar.

No se registran declaraciones de conflicto de interés.

Se deja constancia de que las personas participantes actúan en apego al Código de Conducta del MCP-ES, comprometiéndose a declarar cualquier conflicto de interés que pudiera surgir durante el desarrollo de la sesión.

3. Aprobación de Agenda

La agenda aprobada quedó de la siguiente manera

1. Establecimiento de quórum
2. Apertura de la sesión, conflicto de interés y apego al Código de Conducta.
3. Aprobación de Agenda
4. Actas pendientes para firma: ME04-2025; ME05-2025; 04-2025; 05-2025; ME01-2026, 01-2026, ME02-2026.
5. Contextualización de las actividades del día.
6. Presentación de tableros de mando – Receptor Principal Plan
7. Presentación de tableros de mando – Receptor Principal MINSAL (TB y VIH)
8. Varios: Actividades programadas para el mes de mayo
9. Lugar y fecha próxima reunión

4. Firma de Actas: ME04-2025; ME05-2025; 04-2025; 05-2025; ME01-2026, 01-2026, ME02-2026.

Se circularon para firmas las actas ME04-2025; ME05-2025; 04-2025; 05-2025; ME01-2026, 01-2026, ME02-2026, las cuales ya habían sido revisadas por los miembros, todas las cuales habían sido remitidas previamente por la Dirección Ejecutiva para su archivo. Luego de la reunión se colocarán en la página web.

5. Contextualización de las actividades del día.

Lcda. Marta Alicia de Magaña, Directora Ejecutiva, presenta la contextualización de las actividades programadas este día.

Explica que la plenaria se desarrollará en el horario establecido de 9:00 a.m. a 11:30 a.m., centrando su contenido principalmente en la presentación de los tableros de mando de los receptores principales.

La directora ejecutiva informa que, posterior a la plenaria, se desarrollará un taller de análisis de indicadores que se extenderá hasta aproximadamente las 3:30 p.m., el cual estará orientado a profundizar en el análisis del impacto de los indicadores más allá del cumplimiento operativo de los proyectos, en el contexto del retiro del financiamiento del Fondo Mundial. Este taller será facilitado por el Dr. Juan Carlos Ramírez, Dr. Gilberto Ayala, Dra. Milisbeth González, del MINSAL; por parte de Plan Internacional, Dra. Maricela Herrera, el taller se realizará como parte de las actividades programadas del comité de monitoreo correspondiente al CME02-2026.

6. Presentación de Tableros de Mando Receptor Principal Plan Internacional

Dra. Celina de Miranda, da apertura al punto, indicando que se procederá con la presentación del tablero de mando del Receptor Principal Plan Internacional, a cargo de la Dra. Maricela Herrera. Asimismo, recuerda a los participantes la importancia de ajustarse a los tiempos establecidos en la agenda, señalando que se dispone de un espacio aproximado de 50 minutos para la presentación, considerando que el análisis detallado de los indicadores se realizará posteriormente en el taller programado.

Dra. Maricela Herrera inicia su intervención agradeciendo el espacio y explicando que el Plan Internacional reporta al Fondo Mundial indicadores clave denominados indicadores KP, los cuales están relacionados con el porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) que se benefician de programas de prevención de VIH. Detalla que este indicador se construye a partir de la entrega de un paquete de prevención que incluye tres elementos fundamentales: la identificación de la persona como parte de población clave, la provisión de un paquete de servicios definido según la población el cual incluye dos intervenciones específicas dependiendo del grupo y la realización de una prueba de VIH. Explica que el acceso a este paquete de prevención se realiza a través de dos mecanismos principales: por un lado, mediante la provisión directa de servicios a través de unidades móviles, y por otro, mediante la referencia de usuarios al sistema de salud, donde el Ministerio de Salud realiza la prueba y la intervención correspondiente, mientras que el Plan entrega el paquete de prevención. Asimismo, indica que en este indicador también se contabilizan las acciones realizadas por el Ministerio de Salud, siempre que se identifique correctamente a la población HSH y se garantice la entrega del paquete.

En cuanto al desempeño, señala que el resultado alcanzado supera el 100% de la meta programática, logrando un 50.09% frente a una meta de 45.07%. Este resultado ha sido posible gracias al trabajo conjunto entre Plan Internacional y su socio implementador. No obstante, advierte que uno de los principales desafíos radica en la creciente dificultad para identificar hombres que tienen sexo con hombres con perfiles de riesgo, lo cual ha llevado a replantear el enfoque de abordaje. En ese sentido, señala que se ha comenzado a trabajar con el Ministerio de Salud en un enfoque basado en riesgo, en lugar de depender exclusivamente de la autoidentificación de la población. Este cambio ha permitido identificar más casos nuevos, especialmente durante el primer trimestre del año. Asimismo, destaca la relevancia de las estrategias digitales, señalando que estas han demostrado ser más costo-efectivas y eficientes para la identificación de casos positivos, aunque con menor alcance en volumen. Subraya que estas estrategias deben fortalecerse como parte de la respuesta.

En relación con la sostenibilidad, advierte que, de acuerdo con la carta de retroalimentación del Fondo Mundial, los resultados actuales constituirán el punto de partida para la siguiente subvención, lo cual implica que el Ministerio de Salud deberá asumir progresivamente el cumplimiento total de las metas. Señala que actualmente Plan ejecuta aproximadamente el 74% de la meta nacional, mientras que el MINSAL cubre el 26%, pero que en el futuro este último deberá asumir el 100%, lo cual representa un reto significativo. Posteriormente, presenta el indicador correspondiente a personas transgénero beneficiarias de programas de prevención, indicando que el desempeño nacional alcanzó un 84%. Explica que, si bien Plan y sus socios lograron cumplir la meta asignada, el resultado global se vio afectado por la baja captación en los servicios del Ministerio de Salud, debido a dificultades para que esta población acceda a dichos servicios.

En este sentido, señala que la población de mujeres trans presenta características particulares, como su dispersión geográfica, resistencia a acudir a los servicios de salud y condiciones de vulnerabilidad, lo cual requiere estrategias diferenciadas, incluyendo abordajes individualizados y posiblemente mediante unidades móviles. Advierte que este es un tema crítico, dado que en el futuro el Ministerio de Salud deberá asumir completamente esta meta. En relación con el indicador de trabajadoras sexuales, informa que el desempeño alcanzó un 95%, destacando la adaptación de estrategias frente a cambios en el contexto, como la reducción de espacios tradicionales de trabajo sexual y el incremento del sexo transaccional. Señala que se han implementado estrategias más creativas para lograr el abordaje de esta población. Asimismo, destaca hallazgos relevantes derivados del uso de estrategias digitales, como el incremento en la demanda de pruebas por parte de mujeres, lo cual podría indicar cambios en la dinámica de la epidemia. En ese sentido, plantea la necesidad de caracterizar a estas poblaciones, identificar sus perfiles de riesgo y analizar posibles transformaciones epidemiológicas para orientar las futuras intervenciones.

Finalmente, presenta el indicador HTS relacionado con la identificación de nuevos casos positivos en población HSH y personas transgénero, indicando que el país alcanzó un 248% de cumplimiento. Explica que este resultado se debe al fortalecimiento de estrategias como la notificación asistida de contactos y el incremento en el testeo. No obstante, advierte que este nivel de desempeño implicará mayores exigencias en la siguiente subvención.

Dra. Maricela Herrera plantea la necesidad de transitar hacia un enfoque basado en riesgo, en lugar de una clasificación estricta por población clave, enfatizando que el objetivo debe centrarse en identificar personas en situación de vulnerabilidad, independientemente de su categorización, lo cual representa un cambio estratégico en la respuesta nacional al VIH.

Se registran las siguientes intervenciones por parte de los miembros:

1. Se reconoce ampliamente el esfuerzo de los equipos técnicos en el cumplimiento de las metas, destacando que las condiciones actuales de implementación requieren jornadas extensas, trabajo en horarios no convencionales y la búsqueda constante de nuevos espacios de abordaje ante la reducción de los sitios tradicionales. Se enfatiza que este esfuerzo operativo es determinante para los resultados alcanzados.
2. Asimismo, se señala que las metas establecidas son exigentes y que su cumplimiento debe analizarse también desde la perspectiva de la calidad de los servicios, en concordancia con lo indicado por el Fondo Mundial. Esto implica la necesidad de fortalecer los análisis técnicos, programáticos y financieros.
3. En relación con las estrategias digitales, se destaca su efectividad y potencial, pero también se advierte que requieren inversión en recursos técnicos, financieros y en capacidades especializadas para su sostenibilidad.
4. Se plantea preocupación respecto a la tendencia del Fondo Mundial de incrementar las metas con base en los resultados obtenidos, sin considerar plenamente el contexto nacional, lo cual podría generar metas poco realistas en el escenario de transición. Se enfatiza la necesidad de una negociación estratégica por parte del mecanismo.
5. Se comparten experiencias sobre las condiciones del trabajo en campo, evidenciando jornadas prolongadas y esfuerzos intensivos para la captación de casos, así como dificultades derivadas de cambios en el entorno, como restricciones en espacios públicos y la dispersión de las poblaciones clave.
6. En ese sentido, se subraya que el contexto del país ha cambiado significativamente, especialmente en zonas urbanas como el centro histórico, lo cual ha modificado las dinámicas de abordaje y dificulta la identificación de las poblaciones.

7. Finalmente, se expresa preocupación sobre la sostenibilidad de las intervenciones en el contexto de transición del financiamiento, señalando la importancia de que el mecanismo adopte decisiones estratégicas para evitar escenarios que comprometan la implementación futura.
8. Se concluye reiterando el reconocimiento al compromiso y dedicación del personal de campo, destacando su esfuerzo continuo en condiciones adversas para el cumplimiento de las metas.

Dra. Maricela Herrera continúa su intervención retomando el análisis del enfoque basado en riesgo, señalando que, a partir de la experiencia en campo, se ha flexibilizado el abordaje para no excluir a personas que, aunque no se identifiquen explícitamente como parte de una población clave, presentan condiciones claras de riesgo. En ese sentido, enfatiza que es preferible incluir a una persona bajo sospecha de riesgo, aun cuando no cumpla todos los criterios tradicionales, que dejar fuera a alguien que podría beneficiarse de una prueba o de servicios de prevención.

Destaca que este enfoque ha permitido mejorar la captación de casos, particularmente en el primer trimestre del año, donde se ha observado un incremento significativo en la identificación de nuevos casos, lo cual valida la estrategia implementada. Asimismo, menciona que este cambio responde también a la necesidad de adaptarse a los lineamientos emergentes del Fondo Mundial, que tienden a reducir la segmentación estricta por poblaciones y avanzar hacia un enfoque más integrado de poblaciones vulnerables. En este contexto, señala que el entorno internacional también está evolucionando, con tendencias hacia la simplificación de indicadores y la reducción de clasificaciones rígidas, en parte debido a restricciones financieras y a la complejidad de implementación en diversos países. Considera que este enfoque puede resultar estratégico y favorable para el país. Posteriormente, presenta el indicador HTS relacionado con el número de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que se han sometido a una prueba de VIH y conocen su resultado. Informa que, en conjunto con el socio implementador CALMA, se logró realizar un total de 14,719 pruebas mediante la estrategia de unidades móviles.

Destaca que este dato es relevante para la planificación futura, particularmente en el escenario en el que estas estrategias sean transferidas al Ministerio de Salud, lo cual implicaría que este volumen de pruebas deberá ser asumido institucionalmente. En ese sentido, plantea la necesidad de evaluar la eficiencia de esta estrategia y determinar si es sostenible en el contexto de transición. Asimismo, advierte que en el futuro los indicadores podrían integrarse y ya no medirse de manera diferenciada por población, lo cual implicará nuevos desafíos metodológicos, especialmente en la definición de líneas base y metas realistas, considerando las diferencias en tamaño y características de las poblaciones.

En cuanto al desempeño global de los indicadores, informa que:

En el caso de hombres que tienen sexo con hombres, se alcanzó un 96% de la meta nacional.

En el caso de personas transgénero, se logró un 84%, en línea con las dificultades previamente expuestas.

En el caso de trabajadoras sexuales, se alcanzó un 111%, superando la meta programada, a pesar de las proyecciones iniciales que indicaban dificultades para su cumplimiento.

Reitera la importancia de evaluar la eficiencia de las estrategias implementadas, particularmente en un contexto de reducción de recursos, con el objetivo de optimizar el uso de los fondos disponibles.

Finalmente, presenta el **componente financiero**, indicando que Plan Internacional tuvo una ejecución presupuestaria altamente eficiente. De un presupuesto asignado aproximado de 2.7 millones de dólares, se ejecutó prácticamente la

totalidad, con un nivel de ejecución cercano al 98%. Señala que este resultado fue relevante incluso para el Fondo Mundial, ya que se esperaba una subejecución significativa. Explica que este nivel de ejecución se logró a pesar de los ajustes presupuestarios iniciales, incluyendo una reducción de aproximadamente 1.5 millones de dólares, así como retrasos en la implementación derivados de pausas operativas. En relación con las categorías de gasto, menciona que se registraron algunos sobregiros en determinadas líneas, los cuales se explican por decisiones estratégicas, como la compra anticipada de insumos (condones y lubricantes) para cubrir varios años, con el fin de evitar problemas logísticos, incrementos de costos y retrasos en la cadena de suministro.

Advierte que estos insumos deberán ser transferidos al Ministerio de Salud, lo cual implica la necesidad de prever condiciones adecuadas de almacenamiento, considerando el volumen de productos adquiridos. Concluye señalando que estos elementos deben ser considerados en la planificación de la transición, particularmente en aspectos logísticos, operativos y de sostenibilidad.

Dra. Maricela Herrera continúa con la presentación del componente financiero, profundizando en la ejecución presupuestaria y en la gestión de insumos y recursos asociados a la subvención. En relación con los costos de almacenamiento, explica que estos se ajustan de acuerdo con el volumen de insumos adquiridos y almacenados, señalando que recientemente se realizó una revisión de estos costos junto con el equipo técnico correspondiente. Indica que dichos costos tienden a incrementarse conforme aumenta el volumen de productos almacenados, lo cual requiere una planificación anticipada y una adecuada distribución presupuestaria. Asimismo, menciona que existen eficiencias presupuestarias que no se ejecutan en el periodo actual, sino que se trasladan al siguiente, con el objetivo de garantizar la disponibilidad de recursos para cubrir necesidades futuras, particularmente en materia de almacenamiento. En cuanto a los honorarios asociados a la gestión de adquisiciones y productos de salud, señala que estos están directamente relacionados con los procesos logísticos, incluyendo almacenamiento, distribución y manejo de insumos. Indica que la ejecución en este rubro no alcanzó niveles superiores al 90% debido a que parte de los productos aún no habían sido recibidos, pero que los recursos correspondientes han sido programados para el siguiente periodo.

Respecto a los productos fungibles, informa que se alcanzó una ejecución cercana al 98%, destacando que estos insumos como guantes, mascarillas, tubos, reactivos y otros materiales de laboratorio son adquiridos anualmente debido a sus fechas de vencimiento. Explica que estos productos son comprados por Plan Internacional y posteriormente transferidos al Ministerio de Salud mediante un mecanismo formal que incluye una carta de ofrecimiento y un oficio de aceptación firmada por el Ministro de Salud, seguido de la distribución a las instancias correspondientes. De igual forma, indica que las pruebas diagnósticas se adquieren bajo una lógica anual, asegurando su disponibilidad oportuna para evitar desabastecimientos. Señala que estas compras se realizan tanto para los socios implementadores como para el Ministerio de Salud, siguiendo los protocolos establecidos por dicha institución. Aclara que algunos rubros no aparecen reflejados en el periodo actual, como los preservativos masculinos y la auditoría externa, debido a que sus pagos corresponden a periodos anteriores o se encuentran en proceso de ejecución en el momento de la presentación.

En cuanto a las asistencias técnicas y consultorías, explica que este fue uno de los rubros más afectados por los ajustes presupuestarios, alcanzando inicialmente una ejecución del 55%, la cual posteriormente se incrementó a aproximadamente 66%. Señala que, ante la necesidad de priorizar recursos, se optó por reducir este tipo de gastos en favor de la adquisición de productos de salud.

Por otro lado, informa que los viáticos alcanzaron una ejecución cercana al 99%, debido a su uso en actividades como supervisiones, reuniones y coordinación con socios implementadores. De igual manera, los costos compartidos y los gastos indirectos presentan altos niveles de ejecución. En relación con los materiales promocionales, indica que, aunque el presupuesto asignado fue limitado, se logró una ejecución del 111%, principalmente en el marco de iniciativas como “Marcha por tu Salud”. Respecto al rubro de formularios y recolección de información, así como al componente de salarios, señala que se alcanzaron niveles de ejecución cercanos al 95%, destacando que algunas eficiencias se derivaron de contrataciones tardías y ajustes en el personal, incluyendo cambios en socios implementadores y en el equipo de Plan Internacional. En términos generales, informa que la ejecución global del presupuesto alcanzó aproximadamente un 95%, lo cual refleja un manejo eficiente de los recursos. Adicionalmente, destaca que se realizaron ajustes para fortalecer a los socios implementadores, quienes inicialmente contaban con limitaciones en sus recursos administrativos. En ese sentido, se logró negociar con el Fondo Mundial la reasignación de fondos para reforzar sus capacidades operativas, así como para fortalecer el componente de comunicación. En este último aspecto, se dotó a los socios de equipos tecnológicos de mayor capacidad, como teléfonos móviles de gama alta, con el fin de facilitar la implementación de estrategias digitales y la transición hacia procesos más automatizados, reduciendo el uso de herramientas físicas y mejorando la eficiencia en la gestión de información.

Seguidamente, se solicita dejar constancia de un reconocimiento al Receptor Principal Plan Internacional por los resultados presentados, resaltando el desempeño alcanzado en el cumplimiento de los indicadores, especialmente en un contexto de reducción de recursos.

Asimismo, se hace referencia a la carta de retroalimentación recibida por parte del Fondo Mundial, la cual respalda los resultados obtenidos. Se extiende el reconocimiento no solo a Plan Internacional, sino también a ambos receptores principales, destacando el esfuerzo conjunto realizado en la implementación de la subvención. Enlace al Tablero de mando <https://mcpelsalvador.org.sv/tablero-de-mando-vih-2025-2027/>

Finalmente, la Presidencia agradece la presentación realizada, destacando la claridad de la información expuesta y el nivel de detalle proporcionado; además, los miembros expresan su felicitación mediante un aplauso, reconociendo el trabajo desarrollado y valorando los resultados alcanzados bajo condiciones de recursos limitados.

7. Presentación de Tableros de Mando – Receptor Principal MINSAL (TB y VIH)

Dra. Celina de Miranda da continuidad a la agenda, indicando que se procederá con la presentación del tablero de mando del Receptor Principal MINSAL, correspondiente a los componentes de VIH y Tuberculosis de la ejecución Enero a Diciembre del 2025. Se señala que la presentación será desarrollada por representantes del Ministerio de Salud, distribuyendo la exposición entre el componente técnico y el financiero.

Dra. Milisbeth González, previo a la presentación, realiza una reflexión sobre la complejidad del trabajo que desarrolla el Ministerio de Salud, destacando que, aunque todos los actores comparten un mismo objetivo, existen diferencias en las condiciones operativas entre sociedad civil y sector público. Se enfatiza que el Ministerio enfrenta limitaciones estructurales, incluyendo la sobrecarga del personal de salud, restricciones en el acceso a poblaciones clave y condiciones institucionales que dificultan la implementación de estrategias con el mismo nivel de flexibilidad que otros actores. Asimismo, señala que actualmente existen restricciones en la forma de abordar a las poblaciones, lo cual limita la posibilidad de operar como en años anteriores, particularmente en términos de identificación directa y abordaje abierto. En ese sentido, se indica que cualquier cambio en estas condiciones requeriría gestiones a nivel de instancias superiores.

También se aclara que, en el marco de los lineamientos del Fondo Mundial, el Ministerio de Salud debe respetar la autoidentificación de los usuarios en cuanto a su pertenencia a poblaciones clave. Por tanto, si una persona no se identifica como tal, no puede ser clasificada de esa manera, aun cuando presente condiciones de riesgo. En estos casos, se registra como población general, conforme a las exigencias del Fondo Mundial.

Componente VIH

Dra. Milisbeth González inicia la presentación señalando que, independientemente de la continuidad del financiamiento del Fondo Mundial, el Ministerio deberá asumir la responsabilidad de garantizar la atención integral del VIH como parte de su mandato institucional. Explica que el enfoque de atención debe orientarse hacia la identificación de personas en situación de riesgo, más que hacia la clasificación estricta por población clave, promoviendo el acceso a servicios independientemente de la autoidentificación de los usuarios.

Indicador 1: Inicio de tratamiento antirretroviral

Se presenta el indicador relacionado con el porcentaje de personas recién diagnosticadas con VIH que inician tratamiento antirretroviral, destacando el enfoque en el inicio rápido del tratamiento, definido como el inicio dentro de los primeros siete días posteriores al diagnóstico.

Se informa que la meta establecida era del 72%, alcanzándose un 78%, lo cual refleja un avance en la implementación de esta estrategia. Asimismo, se menciona que se logró una cobertura cercana al 98% en términos de personas en tratamiento, lo cual evidencia un desempeño adecuado en la vinculación de pacientes a los servicios.

No obstante, se señala que uno de los principales desafíos es garantizar la adherencia al tratamiento, dado que la falta de adherencia limita el impacto esperado en la reducción de nuevos casos.

Se destaca que el logro de este indicador ha sido posible gracias al trabajo articulado con los socios implementadores, quienes contribuyen mediante la referencia efectiva de usuarios hacia los servicios de salud.

Indicador 2: Inicio rápido de tratamiento

En relación con el indicador de inicio rápido, se informa que se alcanzó un 105% de cumplimiento, superando la meta establecida. Sin embargo, se advierte que este resultado debe analizarse considerando las limitaciones operativas, entre las cuales se destacan:

- Diagnósticos en etapas avanzadas de la enfermedad, que dificultan el inicio inmediato del tratamiento debido a la presencia de infecciones oportunistas.

- Condiciones clínicas adicionales que impiden la tolerancia inicial a la terapia antirretroviral.

- Dificultades en la vinculación oportuna de los pacientes, derivadas de factores laborales, horarios de atención y disponibilidad del personal médico.

Se señala que estas limitaciones evidencian la necesidad de fortalecer los procesos de vinculación y atención oportuna.

Indicador 3: Retención en tratamiento

Se presenta el indicador relacionado con la retención de personas en tratamiento, señalando que se alcanzó aproximadamente un 92% de la meta, con un nivel cercano al 99% en términos de usuarios activos en tratamiento. No obstante, se advierte que, al analizar la cobertura total, aún existe una brecha significativa, estimándose que hay alrededor de 4,000 personas que no están incorporadas activamente en el sistema de atención.

Se explica que el sistema clasifica a los pacientes como activos e inactivos, considerando como inactivos aquellos que no han tenido contacto con los servicios durante un periodo prolongado, a pesar de los esfuerzos de búsqueda activa.

Se enfatiza que este indicador representa un reto importante para el sistema de salud, particularmente en términos de retención y seguimiento de pacientes.

Indicador 4: Tamizaje de tuberculosis en personas con VIH

Se presenta el indicador relacionado con el porcentaje de personas con VIH que son sometidas a pruebas de tamizaje para tuberculosis antes de iniciar tratamiento.

Se explica que inicialmente el registro de este indicador se realizaba mediante evaluación clínica, basada en la identificación de síntomas; sin embargo, posteriormente se actualizó el protocolo para requerir pruebas diagnósticas específicas, lo cual implicó ajustes en los sistemas de registro.

Se informa que, tras la actualización de los lineamientos y el fortalecimiento de las capacidades del personal, se logró un cumplimiento cercano al 98%, alcanzando incluso niveles del 100% en la realización de pruebas en clínicas.

Se destaca que este resultado se logró mediante la actualización de guías clínicas y la implementación de registros más precisos, aunque implicó un esfuerzo adicional de adaptación por parte del personal.

Al finalizar la presentación del componente VIH, Dra. Milisbeth González consulta a los participantes si existen preguntas o comentarios.

Lcda. Marta Alicia de Magaña propone que las consultas se realicen posteriormente, una vez finalizadas las presentaciones de los otros componentes, a fin de optimizar el tiempo disponible en la agenda.

Dra. Celina de Miranda agradece la intervención de la Dra. Milisbeth González y se da continuidad a la presentación por parte del Dr. Mario Soto, desarrollando el componente de tuberculosis en el marco de la coinfección TB/VIH y su relación con los indicadores estratégicos del programa.

Dr. Mario Soto explica que uno de los principales énfasis del programa es el tamizaje sistemático de tuberculosis en personas que viven con VIH, señalando que actualmente existe la indicación normativa de realizar pruebas de tamizaje de manera rutinaria en esta población, independientemente de la presencia de síntomas, debido a su condición de inmunosupresión.

Se detalla que anteriormente el abordaje se basaba principalmente en criterios clínicos, utilizando herramientas como el tamizaje sintomático (tos, fiebre, sudoración nocturna y pérdida de peso). Sin embargo, en el marco de la actualización de lineamientos técnicos, se ha migrado hacia un enfoque basado en diagnóstico mediante pruebas específicas, incluyendo métodos moleculares como GeneXpert y otros estudios de laboratorio.

En este sentido, se señala que fue necesario realizar ajustes en los sistemas de registro y en los procesos clínicos, así como una actualización de las fichas clínicas y capacitaciones al personal, con el fin de asegurar que la información se documente adecuadamente y que los indicadores reflejen con precisión las intervenciones realizadas.

Se reconoce que este proceso implicó retos operativos importantes, particularmente en la transición hacia el nuevo modelo de registro, incluyendo la necesidad de realizar ajustes retroactivos en la información para garantizar la consistencia de los datos reportados.

Asimismo, se destaca que el cumplimiento del indicador ha sido satisfactorio, alcanzando niveles cercanos al 98% e incluso al 100% en algunos casos, lo cual refleja el esfuerzo del personal de salud en la implementación de los nuevos lineamientos.

Se enfatiza que, en la práctica, el programa de tuberculosis realiza tamizaje de manera sistemática a todas las personas con VIH en seguimiento, incluso con mayor frecuencia de la que exige el indicador, ya que la normativa establece evaluaciones periódicas, más allá de la medición puntual al inicio del tratamiento.

En ese sentido, se aclara que el indicador presentado mide únicamente el tamizaje previo al inicio del tratamiento, lo cual no refleja la totalidad del esfuerzo programático realizado por el sistema de salud.

Finalmente, se señala que estos avances han sido posibles gracias a la articulación entre los programas de VIH y tuberculosis, así como al fortalecimiento de las capacidades técnicas del personal, lo cual ha permitido mejorar la calidad del diagnóstico y el seguimiento clínico de los pacientes.

Se registran las siguientes intervenciones por parte de los miembros:

Se reconoce la complejidad del trabajo que realiza el Ministerio de Salud, destacando que, a diferencia de otros actores, opera bajo condiciones institucionales más restrictivas, incluyendo limitaciones de personal, sobrecarga de servicios y restricciones en el abordaje de poblaciones clave.

Se enfatiza que el personal de salud no está dedicado exclusivamente a estas intervenciones, sino que debe atender múltiples demandas dentro del sistema, lo cual impacta la capacidad de respuesta.

Se señala que el contexto actual del país ha modificado significativamente las condiciones de trabajo, particularmente en lo relacionado con el acceso y abordaje de poblaciones clave, lo cual ya no puede realizarse de la misma manera que en años anteriores.

En ese sentido, se indica que existen limitaciones institucionales y normativas que restringen ciertas formas de intervención, y que cualquier flexibilización requeriría gestiones a niveles superiores de decisión.

Se reafirma que el Ministerio de Salud debe regirse por los lineamientos del Fondo Mundial en cuanto a la clasificación de las poblaciones, lo cual implica que la categorización depende de la autoidentificación del usuario.

Se señala que, aunque el personal pueda identificar condiciones de riesgo, no es posible clasificar a una persona como parte de una población clave si esta no lo declara, debiendo registrarse como población general en dichos casos.

Se destaca la importancia de avanzar hacia un enfoque basado en riesgo, promoviendo que las personas accedan a los servicios independientemente de su autoidentificación, con el objetivo de fortalecer la detección y el acceso a tratamiento.

Se enfatiza que este enfoque permite ampliar la cobertura y mejorar la respuesta frente a la epidemia.

Se subraya que, independientemente de la continuidad del financiamiento del Fondo Mundial, el Ministerio de Salud deberá asumir la responsabilidad total de la atención del VIH y la tuberculosis, lo cual implica un reto importante en términos de sostenibilidad.

Se enfatiza que el sistema deberá prepararse para integrar plenamente estas intervenciones dentro de su estructura regular, garantizando la continuidad de los servicios.

Se concluye señalando que la respuesta nacional requiere articulación entre todos los actores, reconociendo que cada sector contribuye desde su ámbito, pero que el fortalecimiento del sistema público será clave para garantizar la sostenibilidad de las intervenciones en el mediano y largo plazo.

Se presentan indicadores adicionales del programa de tuberculosis, destacando:

Éxito de tratamiento en casos confirmados (incluyendo población privada de libertad): Se informa que para el año 2025 se alcanzó un 98.63% de éxito de tratamiento, superando la línea base de 93.52%.

Tamizaje en población privada de libertad: Se mantiene una meta anual de 25,000 personas tamizadas, logrando en el último periodo 25,511 personas evaluadas, superando la meta establecida.

Se destaca que este resultado ha sido posible gracias a la implementación de herramientas de inteligencia artificial, específicamente el sistema CAD4TB, el cual ha requerido un proceso técnico complejo que incluyó:

Integración de aproximadamente 10,000 resultados de pruebas moleculares y radiografías.

Validación mediante lectura especializada por neumólogos.

Establecimiento de criterios técnicos de clasificación diagnóstica.

Asimismo, se señala que previamente el proceso era manual, llegando a analizar hasta 2,000 radiografías semanales con un equipo limitado de especialistas, lo cual representaba una alta carga operativa.

Se resalta además la digitalización de los procesos en centros penales, permitiendo:

Acceso electrónico a resultados de laboratorio.

Visualización remota de radiografías.

Reducción en los tiempos de diagnóstico y tratamiento.

Todo ello bajo estrictos protocolos de confidencialidad, incluyendo acuerdos formales para el manejo de información sensible.

Indicador: Tratamiento preventivo en población privada de libertad

Se informa que el indicador alcanzó un 97.42% de cumplimiento, superando la meta programada.

Se explica que este resultado responde a la implementación del tratamiento preventivo con esquemas más cortos (isoniazida + rifapentina semanal por 12 semanas), lo cual ha mejorado la adherencia en comparación con esquemas tradicionales más prolongados.

Se destaca además el impacto positivo de esta estrategia en la reducción de casos de tuberculosis en centros penales, evidenciando disminuciones significativas en la incidencia tras la implementación del tratamiento preventivo.

Indicador: Pruebas moleculares

Se reporta un incremento significativo en la capacidad diagnóstica, pasando de aproximadamente 65,000 pruebas a más de 90,000 pruebas moleculares realizadas.

Se señala que este incremento ha permitido:

Mejorar la detección de casos nuevos y recaídas.

Reducir la brecha diagnóstica.

Asegurar mayor sensibilidad en la identificación de casos.

El indicador alcanzó un 105% de cumplimiento, superando la meta establecida.

Articulación interinstitucional

Se destaca la realización de mesas intersectoriales periódicas en centros penales, involucrando múltiples actores, entre ellos:

Programa de VIH

Dirección Nacional de Hospitales

Programas de enfermedades no transmisibles

Seguro Social

Personal de centros penales

Estas mesas permiten un abordaje integral de los pacientes, considerando comorbilidades como diabetes, enfermedad renal y otras condiciones.

Se plantea la necesidad de definir una fuente oficial para los datos de coinfección VIH-TB. Se aclara que:

Actualmente, los datos son consolidados por el programa de tuberculosis.

Se han realizado procesos de validación cruzada con sistemas como SUMEVE y registros hospitalarios.

Existe un avance en la homologación de datos, aunque persisten brechas.

Asimismo, se aborda el tema de la interoperabilidad de los sistemas de información, señalando que:

El proceso aún se encuentra en desarrollo.

Existen limitaciones técnicas en la integración de sistemas.

Actualmente se trabaja en fases progresivas de digitalización.

Se reconoce que, en esta etapa, se mantienen sistemas paralelos (digital y físico), lo cual es un proceso normal en la transición tecnológica.

Dra. Celina de Miranda agradece al Dr. Mario Soto por la presentación realizada.

A continuación, la presentación del componente financiero del Receptor Principal MINSAL es desarrollada por la Lcda. Genny Fuentes, como parte del equipo técnico de Fondos externos del Ministerio de Salud, bajo la coordinación de la Lcda. Corina Figueroa, Jefa del área correspondiente.

Lcda. Genny Fuentes: para la subvención correspondiente al año 2025, se aprobaron 2,363,813.02 dólares, de los cuales se ha alcanzado una ejecución del 73%, equivalente a 1,716,353 dólares.

Asimismo, se reporta una ejecución que incluye compromisos y obligaciones por un 91.10%, lo que representa un total de 2,040,303 dólares. Este monto integra aproximadamente 62,000 dólares en compromisos financieros, correspondientes a obligaciones contractuales vigentes (algunas con hasta dos años de duración), así como otros compromisos adquiridos, incluyendo aquellos relacionados con CAABSA, empresa encargada de la planificación del Laboratorio Nacional de Salud.

En relación con los desembolsos recibidos, se observa un incremento en los fondos disponibles, debido a que, conforme a las disposiciones del Fondo Mundial, los saldos no ejecutados dentro del país son trasladados a la siguiente subvención. En este caso, los saldos correspondientes al Laboratorio Nacional de Salud fueron trasladados, lo que explica el incremento hasta un 152% en los desembolsos recibidos.

Se recibió el 100% de los fondos de ambas componentes, más los traslados de saldos de subvenciones anteriores. No obstante, es importante precisar que, en el cierre del periodo anterior, únicamente fue posible trasladar lo correspondiente a CAPSA.

En el caso del componente de tuberculosis, se ejecutó el 100% de la subvención del periodo uno, bajo la modalidad de pagos por resultados. Por su parte, en el componente de VIH, se desembolsó el 100% de las actividades ejecutadas, quedando únicamente un saldo menor (aproximadamente 70 dólares), el cual fue trasladado a la subvención del periodo dos, junto con los intereses generados en la cuenta.

En total, se asignó un traslado de aproximadamente 1,952,000 dólares.

En relación con el presupuesto, se observa que una parte significativa se está ejecutando a través de PESA. De un total acumulado cercano a 3 millones de dólares, se ha ejecutado aproximadamente 1.1 millones.

El presupuesto inicialmente aumentó a 2.3 millones, debido a la incorporación de recursos no ejecutados del Laboratorio Nacional de Salud. Sin embargo, posteriormente se ajustó para reflejar únicamente los montos que efectivamente serían ejecutados, con el objetivo de evitar una baja ejecución en el desempeño de la subvención.

Dado que el proceso se cerró en un periodo cercano al mes de diciembre, se estableció un monto final de 721,000 dólares para ejecución. En el detalle por categoría de gasto, se identifican dos principales categorías para fondos de laboratorio:

Categoría 8 (Infraestructura): con un monto de 721,333 dólares, ejecutado en un 98.44%. Un equipo pendiente de pago fue finalmente ejecutado en su totalidad durante el año 2025.

Pagos por resultados: con una ejecución del 18.31%. Esta baja ejecución se debe a que, durante 2025, aún se contaba con existencias adquiridas previamente a través del financiamiento C19RM, lo que retrasó la implementación de nuevos procesos.

Actualmente, se encuentran en proceso de recepción las adquisiciones correspondientes al periodo que no logró ejecutarse.

En el componente de VIH, se reporta una ejecución financiera del 99.01%, habiéndose recibido la totalidad de los insumos y pruebas planificadas. El monto no ejecutado, aproximadamente 66,000 dólares, corresponde principalmente a servicios de alimentación y actividades de fortalecimiento de equipos multidisciplinarios, así como a auditorías pendientes.

Se identificó que la no ejecución de servicios de alimentación es una situación recurrente. Como medida de mitigación, para el presente año se ha definido modificar la estrategia de contratación, optando por servicios más pequeños y flexibles, así como la búsqueda de espacios físicos alternativos para la realización de actividades.

En el componente de tuberculosis, al cierre financiero se registró la incorporación de intereses generados en la cuenta, por un monto aproximado de 12,217.065, integrados como saldo de carga. La ejecución alcanzó aproximadamente el 69%, quedando el resto de los fondos comprometidos.

Una parte significativa, cercana a 248,000 dólares, corresponde a medicamentos en proceso de adquisición a través de la OPS, cuya recepción se prevé entre mayo y junio.

Adicionalmente, se trasladaron 218,000 dólares para ejecución en 2026, debido a que varios procesos de adquisición fueron declarados desiertos en múltiples ocasiones, lo que obligó a su reorientación.

Se destaca que el proyecto ha sido objeto de seguimiento continuo, incluyendo auditorías y revisiones por parte de entidades externas, lo cual garantiza la trazabilidad de las decisiones adoptadas.

Asimismo, se reconoce que factores externos, como el incremento en los costos de materiales y las condiciones del mercado, han influido en los ajustes realizados durante la ejecución del proyecto.

Finalmente, se subraya la importancia de dejar constancia de estos aspectos en las actas, como parte de los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas, especialmente en proyectos de alta relevancia estratégica. Enlace al Tablero de Mando: <https://mcpelsalvador.org.sv/tablero-de-mando-vih-2025-2027/>

Se registran las siguientes intervenciones por parte de los miembros:

Se reconoce el esfuerzo del Ministerio de Salud en la implementación de los procesos financieros, destacando la mejora en la ejecución presupuestaria y la capacidad de gestión en contextos complejos.

Asimismo, se enfatiza la importancia de fortalecer los procesos administrativos, particularmente en aspectos relacionados con la facturación, registro y pago de adquisiciones, señalando que retrasos en estos procesos pueden afectar la visibilidad real de la ejecución financiera.

Se destaca la necesidad de coordinación entre los diferentes actores para garantizar que los procesos de compra, recepción, registro y pago se realicen de manera oportuna, evitando subejecuciones aparentes derivadas de retrasos administrativos.

Se reconoce también el trabajo del personal responsable de las adquisiciones, señalando que la mejora en los niveles de ejecución responde en gran medida al fortalecimiento del equipo técnico y al seguimiento constante de los procesos.

Finalmente, se reitera que la correcta articulación entre la ejecución programática y financiera es fundamental para reflejar adecuadamente el desempeño de la subvención y asegurar el cumplimiento de los objetivos establecidos.

8. Varios: actividades del mes de mayo

Lcda. Marta Alicia de Magaña: Durante la aprobación de la agenda solicitó incorporar en puntos varios, las actividades programadas para el mes de mayo, aclarando que su intervención sería breve para no afectar el desarrollo de la agenda, la petición fue aprobada.

En cuanto a las actividades del mes de mayo, se presentan los siguientes elementos:

1. Reunión del Comité de Sostenibilidad programada para el 7 de mayo.
2. Reunión del Comité de Monitoreo el 14 de mayo en las instalaciones de PASMO, donde se abordará la revisión de cartas recibidas del Fondo Mundial y el plan de trabajo.
3. Visita de campo VC02-2026 coordinada con el programa de VIH a la Unidad de Salud Dr. Alberto Aguilar Rivas.
4. Desarrollo del diálogo de país, financiado con recursos de sostenibilidad del mecanismo, en el marco del proceso de elaboración de la próxima solicitud de financiamiento.
5. Plenaria virtual el 28 de mayo.
6. Coordinación de reuniones adicionales con la subcomisión nacional de monitoreo de la CONAVIH
7. Posible llamada con el gerente de portafolio, como seguimiento a las indicaciones de la carta de asignación y el proceso a cumplir para la designación del RP, de la cual aún no se tiene una fecha.

Acuerdo: Se da por recibida la información con respecto a las actividades del mes de mayo y se le agradece a la directora ejecutiva por el seguimiento y dedicación al quehacer del mecanismo.

9. Lugar y fecha de próxima reunión

Dra. Celina de Miranda, No habiendo más asuntos que tratar, dio por finalizada la sesión a las once horas con treinta minutos del día veintitrés de abril de dos mil veintiséis. En relación con la próxima reunión, informa que esta se llevará a cabo de manera virtual, con el propósito de facilitar la participación de los miembros y optimizar recursos. Se establece como fecha el 28 de mayo de 2026, en modalidad virtual, aclarando que esta decisión responde a la necesidad de mejorar los niveles de asistencia, considerando que las reuniones presenciales implican mayores costos y han presentado menor participación.

Asimismo, se indica que se evaluará la posibilidad de programar una reunión presencial en los meses de junio o julio, priorizando este formato para actividades que requieran mayor interacción, como talleres o sesiones de trabajo intensivo.

Indicó que la convocatoria oficial será remitida oportunamente por la Dirección Ejecutiva, junto con la agenda propuesta y la documentación de respaldo correspondiente, reiterando la importancia de la participación de las y los miembros del pleno.

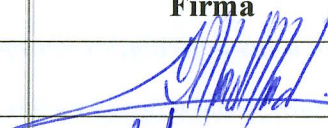
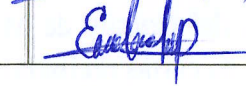
No habiendo más asuntos que tratar, se dio por finalizada la sesión a las once horas con treinta minutos del día veintitrés de abril de dos mil veintiséis.

Para constancia, la presente acta será remitida a los miembros del MCP-ES para su revisión, previo a su firma en la siguiente reunión plenaria presencial.

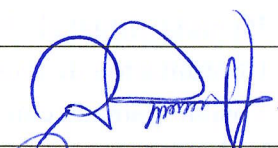
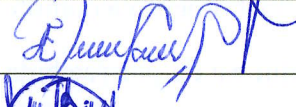
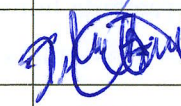
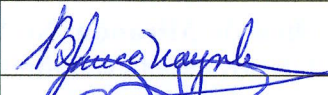
Registro de firmas de miembros del MCP-ES

El presente documento es firmado por los miembros en señal de revisión y aprobación del contenido del acta.

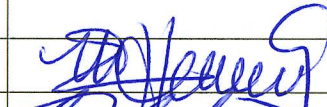
Comité Ejecutivo

No.	Nombre	Institución	Cargo en el MCP-ES	Sector	Firma
1	Dra. Celina de Miranda	ONUSIDA	Presidenta	Cooperación	
2	Rvdo. Eber Facundo	Iglesia León de Judá	Secretario	OBF	

Delegados propietarios con voz y voto

No.	Nombre	Institución	Sector	Firma
3	Dra. Elsy Brizuela	MINSAL	Gubernamental	
4	Lcda. Alejandra Montano de Flores	CSSP	Gubernamental	
5	Sra. Doris de Alvarado	REDSAL+	Personas afectadas por VIH	
6	Srta. Daniela Eunice Argueta	US Dr. Alberto Aguilar Rivas	Personas afectadas por TB	
7	Sra. Zuleima Molina Villatoro	Orquídeas del Mar	Poblaciones clave (MTS)	
8	Lcda. Ana Josefa Blanco	CALMA	ONGs Nacionales	
9	Lcda. Susan Padilla	PASMO	ONGs Internacionales	
10	Pastora Verónica de Quintanilla	Asociación El Renuevo	OBF	

Delegados propietarios con voz y sin voto

No.	Nombre	Institución	Representación	Firma
11	Dra. Milisbeth González	MINSAL	Receptor Principal VIH	
12	Dr. Mario Soto	MINSAL	Receptor Principal TB	
13	Dra. Maricela Herrera	Plan Internacional	RP Sociedad Civil	
14	Lcda. Genny Fuentes	MINSAL	Fondos Externos	
15	Lcda. Marta Alicia de Magaña	MCP-ES	Dirección Ejecutiva	

Delegados suplentes con voz y sin voto

No.	Nombre	Institución	Sector	Firma
16	Ing. Enrique Díaz	REDCA+	Personas afectadas por VIH	
17	Sra. Reina Isabel Espinoza	Colectiva Venus	Poblaciones clave (MTS)	