

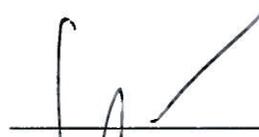
REVISION SUSTANTIVA No. 3

Título del Proyecto	Fortalecimiento de las capacidades del Ministerio de Salud para la mejora en atención a los usuarios del Programa Nacional de Tuberculosis (PNTB)	
Resultados UNDAF:	1-La población goza de una mejor cobertura y acceso universales y equitativos de los bienes y servicios básicos de calidad.	
Resultados esperados del Programa País de PNUD: y Plan Estratégico	1- La población goza de una mejor cobertura y acceso universales y equitativos de los bienes y servicios básicos de calidad.	
Asociado en la Implementación:	Ministerio de Salud de El Salvador	
Socio Responsable	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo	
Breve Descripción		
<p>El proyecto se enmarca en el nuevo Programa de País 2016-2020. Persigue fortalecer las capacidades del Programa Nacional de Tuberculosis (PNTB) del Ministerio de Salud en la ejecución de proyectos y programas que actualmente gestiona como parte de la respuesta nacional a la tuberculosis. Pretende también brindar una eficiente y oportuna provisión de bienes y servicios relacionados a la reducción del número de casos nuevos de tuberculosis y de la tasa de mortalidad a nivel nacional.</p> <p>A través de esta revisión sustantiva No.3 se reflejará un nuevo ajuste para incrementar la contribución del Ministerio de Salud por un monto de US\$192,862.06, con lo que también se realizará modificaciones al calendario de desembolsos del Acuerdo de Contribución.</p> <p>Lo anterior, modifica el monto total del Award, el cual a partir de esta revisión será de US\$7,804,746.45. Este ajuste obedece a una redistribución interna realizada para ampliar el alcance en la adquisición de insumos contemplados en el Plan de Adquisiciones.</p>		
Período Programa País: 2016-2020 Área Clave de Resultado: 3. Gobernabilidad democrática, reforma y modernización del Estado ID del Convenio: 00068118 Proyecto en Atlas: 00083506 Fecha de inicio: 4 de Octubre de 2012 Fecha de finalización: 31 de Diciembre 2019 Arreglos de Gestión: NIM	Plan Anual 2018: US\$2,938,853.34 Total Recursos Award: US\$7,804,746.45 Total Recursos asignados: Fondos MINSAL: US\$7,792,131.94 Intereses US\$ 1,733.00 Fondos PNUD: US\$ 10,881.51	

APROBADO POR:


Dra. Elvia Violeta Menjívar
Ministra de Salud
Fecha:




Christian Salazar Volkman
Representante Residente
Fecha: 31 - May - 2018



Revisión Sustantiva No.3

Proyecto 00068118/00083506

Fortalecimiento de las capacidades del Ministerio de Salud para la mejora en atención a los usuarios del Programa Nacional de Tuberculosis (PNTB)

1. ANTECEDENTES

El presente proyecto aborda los desafíos del Programa Nacional de Tuberculosis y la implementación de las acciones correspondientes para el cumplimiento de los resultados que a corto y mediano plazo se han planteado como país para el abordaje de la enfermedad. Desde una primera fase del proyecto, firmado el 4 de octubre del 2012, se ha venido fortaleciendo el Programa Nacional de Tuberculosis del Ministerio de Salud; en esta nueva etapa (extendiendo vigencia del proyecto) se continúa apoyando la ejecución de proyectos y programas que actualmente gestiona como parte de la respuesta nacional a la tuberculosis. Pretende también brindar una eficiente y oportuna provisión de bienes y servicios relacionados a la reducción del número de casos nuevos de tuberculosis y de la tasa de mortalidad a nivel nacional.

2. JUSTIFICACIÓN DE LA REVISIÓN

El documento de proyecto (PRODOC) fue firmado el 4 de octubre de 2012, con un monto original de contribución por un total de US\$1,867,070.34.

A inicios del año 2016, el Ministerio de Salud expresó a PNUD la posibilidad de extender la implementación del proyecto hasta diciembre de 2019, a fin de contar con el acompañamiento y la realización de las adquisiciones de consultorías, bienes y servicios en esta ampliación del mismo. Por lo que, teniendo en cuenta lo anterior, en mayo de ese mismo año, se aprobó la **Revisión Sustantiva No.1**, con el objetivo de para ampliar la vigencia del proyecto a una segunda fase del mismo, por cuatro años adicionales, y reflejar el incremento de recursos asignados por MINSAL en \$6,154,220.34.

La Revisión Sustantiva 1 del PRODOC en el apartado 5.13 Revisiones al Proyecto, establece que se las revisiones que impliquen cambios al proyecto que afecten su ámbito de aplicación, su fecha de terminación o el costo total estimado del mismo requerirá un documento de revisión firmado,

Posteriormente en 2017, el MINSAL ha solicitado a PNUD una nueva revisión para reflejar ajustes en el monto de la contribución con una reducción de US\$282,562.84, la cual se vio reflejada en un ajuste al monto total de US\$5,871,657.50 del acuerdo de contribución. Esta disminución obedece a economías generadas en los procesos de adquisiciones, así como también a cambios de líneas del plan de compras. En esta misma línea también se ajustó el calendario de desembolsos correspondiente. La **Revisión Sustantiva No.2** fue firmada el 14 de agosto de 2017.

También en 2017, como parte de su gestión del cierre de la primera subvención del GFTAM para la primera fase de este Proyecto MINSAL identificó fondos no utilizados de la contribución original por la cantidad de US\$34,947.46 al cierre de la ejecución de 2015, incluyendo los compromisos que fueron pagados en 2016 y su respectivo cargo por servicios de administración.

Finalmente, a inicio de 2018, MINSAL ha manifestado a PNUD su intención de incrementar nuevamente el monto de la contribución con US\$192,862.06; y de realizar ajustes de los montos del calendario de pagos de 2018. Este ajuste obedece a una redistribución interna realizada para ampliar el alcance en la adquisición de insumos contemplados en el Plan de Adquisiciones.

Teniendo en cuenta todos los cambios arriba indicados, el monto total del Award es de US\$7,804,746.45.

Los cambios de esta Revisión Sustantiva 3 se reflejan en:

- **Portada**
- **3- Matriz de Resultados 2016-2018**
- **4- Se agrega el Plan de Trabajo 2018 detallado**
- **Anexo 1: Enmienda 1 - Acuerdo de Costos Compartidos**

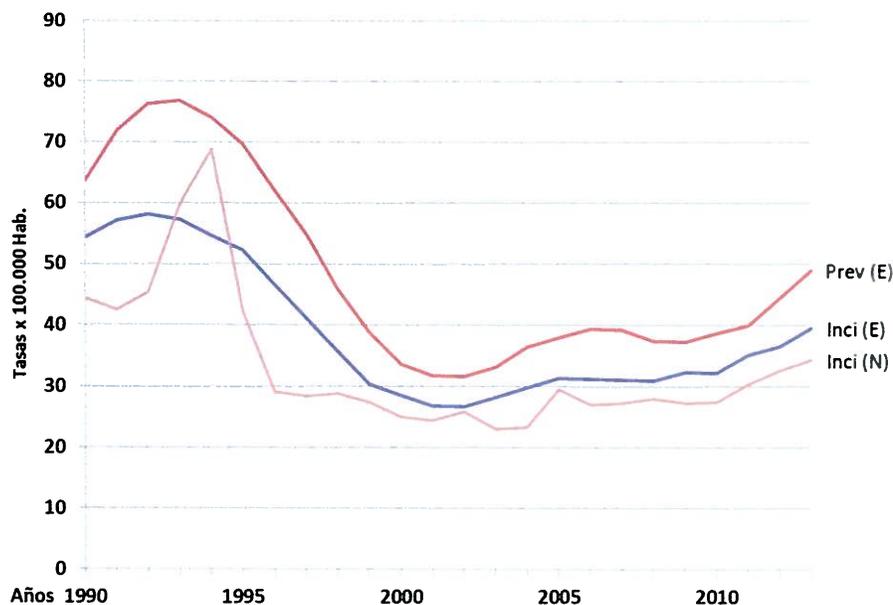
El resto del documento de proyecto permanece sin ningún cambio y ningún otro alcance del proyecto se ve afectado por esta revisión sustantiva.

1. Análisis de la situación

1.1 Contexto Nacional

El Salvador muestra en los últimos años una tendencia creciente en sus cifras de incidencia y prevalencia de la Tuberculosis, tanto de las estimadas por la Organización Mundial de la Salud, como de las notificadas por el país (Gráfica 1), la cual se acentúa en los últimos 4 años.

Gráfica 1. Prevalencia e Incidencia de TB (estimada y notificada). El Salvador, 1990-2013



Fuente: base de datos del Global TB Report 2014 de la OMS

En los últimos diez años las tasas de incidencia han oscilado entre 20.8 para el 2004 y 34.6 por 100,000 habitantes para el 2013, notando un incremento significativo en la notificación de casos.

Con base en esa tendencia y mediante un modelo de regresión log-lineal, a pedido del MINSAL El Salvador, OMS/OPS realizó la proyección del número de casos de Tuberculosis, tanto estimados como notificados para El Salvador para el período 2014-2020, la cual puede verse en la Tabla 1.

Tabla 1. Estimaciones de casos de TB todas las formas El Salvador, 2014-2020

		AÑOS						
		2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Proyección de Casos	Estimado según modelo OMS	2.650	2.810	2.969	3.129	3.288	3.448	3.607
	Estimado según notificación de país de años anteriores	2.352	2.511	2.669	2.827	2.985	3.143	3.301

Este incremento de tasas de casos notificados se explica por:

- La población sufrió un ajuste en el censo del año 2007, disminuyendo un 28% con respecto al censo de 1992;
- La introducción de nuevos métodos diagnósticos como el GeneXpert MTB/RIF; la Unidad Móvil de Rayos X en los centros penitenciarios; el uso del cultivo Ogawa Kudoh en 17 hospitales departamentales y las estrategias colaborativas con el Programa Nacional de ITS-VIH/Sida (con el apoyo financiero de la novena ronda del Fondo Mundial);
- Las Alianzas público privadas y público-público con proveedores de salud, entre ellos ISSS, Centros Penales, Sanidad Militar, Hospitales y Clínicas privadas y otros;
- La extensión de cobertura en el área rural y en los asentamientos urbanos precarios con los ECOS (equipos comunitarios de salud) y la ampliación de horarios de atención con FOSALUD (Fondo Solidario para la Salud).

Por otra parte la mortalidad hospitalaria por TB ha oscilado en los últimos cinco años entre 42 y 33 casos, con una tasa por 100,000 entre 0.67 a 0.52. El porcentaje de fallecidos de la cohorte del tratamiento del año 2012 es de 3.8% y 2.5% para hombres y mujeres respectivamente.

Con asesoría de OPS, en el Plan Estratégico Nacional de Tuberculosis se obtuvieron metas de casos por cada municipio, basadas en la tendencia histórica de positividad que el país ha mostrado en establecimientos de salud (3% para todo el país, excepto los departamentos de La Paz, La Libertad y Sonsonate en donde es 5%).

Al comparar el número de personas diagnosticadas versus la meta estimada para cada municipio, se revelan amplias asimetrías entre regiones y municipios del país.

Con el propósito de categorizar los 262 municipios del país según la magnitud de la brecha de investigación de Sintomático Respiratorio y captación casos de TB, frente a las metas de programación por municipio y para identificar las variables condicionantes de esta situación, se construyó una Matriz de priorización con 48 variables. Para algunas de estas variables se establecieron rangos de ponderación (brecha de SR y casos detectados, densidad poblacional del municipio, índice de pobreza, capacidad instalada de laboratorio, tipo de servicio de salud en la comunidad) y se procedió a agrupar los municipios en categorías según magnitud de brecha.

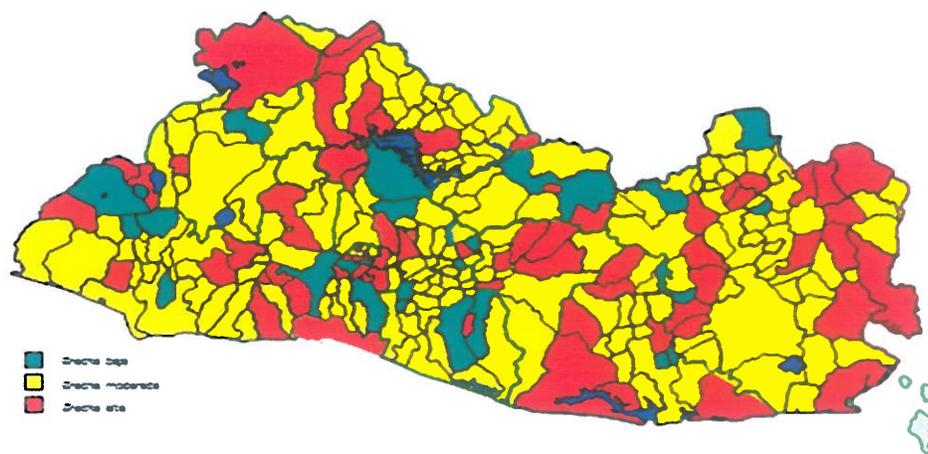
BRECHA ALTA. Estos presentan una tasa de incidencia cruda de 13.2 X 100,000, pero con una mayor brecha de detección de sintomáticos respiratorios (>70%) y de casos diagnosticados. Los 65 municipios de este grupo cuentan con una población

total de 1,581,500 habitantes, entre los cuales se concentra el 77.8% de la brecha de detección de casos en el país. Estos municipios están señalados en rojo en el mapa que se presenta a continuación.

BRECHA MODERADA. Aquí se agrupan 172 municipios con una tasa de 46.1 por 100,000 habitantes. Tienen una brecha de detección de SR entre 30 y 70%, y agrupan una población total de 4,016,435 habitantes. Se señalan en amarillo en el mapa.

BRECHA BAJA. Aquí se agrupan 25 municipios con una tasa de incidencia de casos TB todas las formas de 16.3 por 100,000 habitantes pero con una brecha de detección de sintomáticos menor de 30%. Agrupan una población de 690.967 habitantes. En el mapa a continuación, se muestran en color verde.

MAPA DE DISTRIBUCIÓN DE MUNICIPIO DE ACUERDO A BRECHAS DE CAPTACION DE SR PENM TB 2016-2020



1.2 Justificación de la Acción.

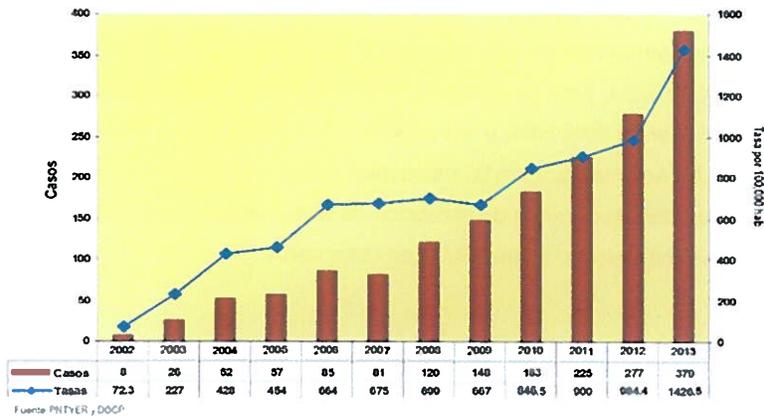
Las poblaciones claves incluyen poblaciones a mayor riesgo de contraer TB por razones médicas, sociales y ambientales. Existen importantes brechas de información en las estadísticas y análisis de muchos de los grupos identificados como poblaciones clave, que el Plan Estratégico Nacional apunta a disminuir a través de investigaciones operativas. Las intervenciones realizadas y brechas relacionadas a cada una de las poblaciones mencionadas se describen a continuación.

Personas Privadas de Libertad (PPL): El Salvador registró en el año 2014, un total de 29,803 PPL en 19 centros penales, 2 centros de reclusión intermedios y 4 centros de reclusión de menores. Del total de reclusos, 16,222 (40.2%) pertenecen a pandillas o maras. En los últimos doce años (grafico 2), los casos de tuberculosis en todas las formas en centros penales ha incrementado de 8 casos reportados en el 2002 (tasa de 72.3) a 379 casos en el 2013 (142.65, una tasa 42 veces mayor que la nacional), destacando la importancia y la prioridad en el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno en esta población de alto riesgo.

Gráfico 2. Casos y Tasa de Incidencia de Tuberculosis en Centros Penitenciarios. Años 2002 -2013

El mayor riesgo de adquirir TB en esta población se debe a:

- Hacinamiento del 350%;
- Incidencia alta de enfermedades infecciosas, otras respiratorias y VIH;
- Dominio territorial de pandillas o maras al interior de los penales que bloquea el acceso a servicios de salud a otros reclusos;
- Gran movilidad y elevado contactos de casos de TB Basiloscopia+ al interior de los CP por falta de aislamiento;
- Dificil seguimiento y ubicación de la población excarcelaría en la comunidad de residencia;
- Autoexclusión de la población excarcelaría de los establecimientos de salud.



Pandillas o maras: En el Salvador se estima que hay aproximadamente 60,000 integrantes de pandillas o maras, de los cuales 16,222 se encuentran privados de libertad. El resto (43,778) habitan en barrios y colonias, a las cuales controlan territorialmente por lo que las intervenciones en dichos lugares se vuelven difícil para los trabajadores de salud por el riesgo a su seguridad personal. Las pandillas se consideran una población clave por su contacto con Personas Privadas de Libertad, condiciones de hacinamiento, conductas de riesgo y escaso acceso a servicios de salud.

En enero 2015, el país ha lanzado una nueva estrategia contra la violencia. Se espera que los lineamientos ahí contenidos puedan permitir a futuro un abordaje en salud para estos grupos irregulares. Actualmente las autoridades del MINSAL están empezando un proceso de diálogo con el Consejo Nacional de Salud Pública, responsable de la implementación de esta política, para impulsar actividades de prevención, diagnóstico y atención de la TB y el VIH como parte de esta política.

Comorbilidad TB/Diabetes Mellitus (DM) y otras enfermedades inmunosupresoras y crónicas: Se puede afirmar que cada vez hay más evidencia de la asociación de TB con otras patologías que causan deterioro físico e inmunosupresión como la DM, Insuficiencia Renal Crónica y EPOC, hipertensión arterial.

En El Salvador, desde el año 2007 al 2012, estas patologías inmunosupresoras se han comportado de la siguiente manera: 316,123 consultas por Diabetes mellitus con egresos hospitalarios de 9,141, por enfermedades respiratorias crónicas 197, 117 consultas y egresos hospitalarios de 9,188 y Enfermedad renal crónica 22,914 con egreso de 5,217. La tendencia observada en los registros de MINSAL es hacia el aumento de casos, por lo que estas consultas son oportunidades que deben aprovecharse para el tamizaje de TB, de manera sistemática y bajo normativa de salud.

En El Salvador existen aproximadamente entre 550,000 y 600,000 personas con diabetes. Un estudio realizado en El Salvador, en el Diplomado de TB impartido por la Universidad Evangélica de El Salvador en el año 2013, identifica una relación de tuberculosis con Hipertensión y diabetes del 30% y 20% respectivamente. Según un informe sobre la prevalencia de TB y diabetes mellitus de La UNION (Unión Internacional de Lucha contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias), las personas diabéticas tienen tres veces más posibilidades de desarrollar tuberculosis debido a que debilita el sistema inmunitario, lo que facilita la infección por este oportunista.

Trabajadores de salud: Durante el año 2013, El Salvador notificó 18 casos de TB en trabajadores de salud (tasa de 42.9 por 100,000 trabajadores de salud).

El personal de salud constituye una población de riesgo por encontrarse en contacto frecuente con casos de TB y constantemente con personas SR.

Niños y niñas: Del total de casos de tuberculosis todas las formas diagnosticados y notificados durante el año 2013, el 7.2% corresponde a casos de TB infantil (64 niñas y 92 niños). El diagnóstico y manejo de la TB infantil es complejo y muchas veces requiere de otras pruebas diagnósticas de apoyo como broncoscopía, pruebas moleculares, PPD y rayos X. Es por esta razón que el mayor porcentaje de casos pediátricos diagnosticados es en el Hospital Benjamín Bloom, (HBB) el único de tercer nivel para atención pediátrica.

Contactos TB: Durante el año 2013 el PNTYER encontró 13,646 contactos de los cuales investigó a 12,473. Entre estos se detectaron 240 casos de tuberculosis (11%). El 66% de estos eran niños o niñas.

Personas con problemas sociales y adicciones (alcohólicos, usuarios de drogas e indigentes): el “Estudio nacional sobre consumo de drogas en población general de El Salvador 2014”, estima que un total de 112,746 personas en El Salvador presentan consumo riesgoso o perjudicial de alcohol (90,594 hombres y 22,152 mujeres). El mismo estudio estima un total de 19,596 personas con edades entre los 12 y 65 años de edad dependientes de drogas en nuestro país, de los cuales 14,768 son hombres (Relación de 3:1 entre hombres y mujeres).

De acuerdo a los datos proporcionado por organismos de asistencia que trabajan con indigentes, como la Pastoral Social de la Arquidiócesis de San Salvador y el Cuerpo de Agentes Metropolitanos de la Alcaldía Municipal de San Salvador la cantidad total de indigentes estimada en el Municipio de San Salvador es de 300 personas.

Migrantes: No existen datos confiables sobre el número de migrantes. Estados Unidos reporta para El Salvador 63 por día (2013), lo que representaría un aproximado de 23,000 por año, a quienes se debería priorizar el descarte de TB debido al paso por países de alta prevalencia y/o fármaco resistencia, por ejemplo Guatemala.

Brechas prioritarias

Conforme al análisis de situación epidemiológica y programática de la TB, se identifican los siguientes retos y brechas para la prevención y el control avanzado de la TB como problema de salud pública en El Salvador:

- Fragmentación y segmentación del sistema de salud que genera duplicidad de esfuerzos para lo cual es necesario una amplia coordinación y fortalecimiento de estrategias como el APP.
- Alta demanda de atención a TB y TB/VIH, impulsada por el proceso de reforma de salud, que hace necesario generar nuevos modelos de gestión, para dotar a los establecimientos de mejor infraestructura, equipos, insumos, materiales y aumentar los recursos humanos debidamente capacitados así como implementar un sistema de referencia y retorno que incluya el traslado y envío de muestras de los establecimientos a los laboratorios de referencia.
- El personal de salud es altamente expuesto a la TB, por lo que es necesario mejorar ambientes de trabajo (ventilación natural y mecánica), dotar de equipos e insumos de bioseguridad y estandarizar procedimientos para evitar la enfermedad dentro del personal.
- Limitado acompañamiento de autoridades locales, de organizaciones de la sociedad civil y de las mismas comunidades en actividades de control de la Tuberculosis.
- Un bajo crecimiento económico y débil cultura tributaria, que no permite contar con recursos suficientes para prevención y control de la TB, por lo que la gestión política y la abogacía de actores claves en la respuesta a la TB en el país, es indispensable para lograr superar este reto. Aunque el gasto público en salud se ha incrementado, el Plan Nacional de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias no cuenta con un presupuesto suficiente para las actividades de prevención y control de la TB.

- Desastres naturales y frecuentes epidemias (Dengue, Chikungunya e Insuficiencia Renal Crónica, entre otras) desvían la atención, los recursos humanos y financieros, lo que conlleva la modificación de la planificación de las acciones programáticas de la TB.
- Altos índices de violencia que establecen barreras de acceso para el personal de salud a las comunidades como de los usuarios a los establecimientos de salud. Se espera que el abordaje de esta problemática por las autoridades competentes mitigue esta situación.
- El país no cuenta con un sistema de información en tiempo real, en línea que permita análisis de información desagregada para la toma de decisiones oportunamente.

En cuanto a insumos médicos, aún persisten las dificultades de almacenamiento de medicamentos e insumos en condiciones óptimas a nivel central, regional, hospitales y establecimientos de primer nivel de atención sea por cadena de frío, estantería e infraestructura inadecuada.

2. Estrategia

2.1 Estrategia del Proyecto.

Para efectos de la implementación de la respuesta a la TB, las Redes Integrales e Integradas de los Servicios de Salud (RIISS) son las referentes institucionales que impulsaran las acciones de campo, en coordinación con los actores locales involucrados en salud. Esta situación es claramente establecida en el actual plan quinquenal de gobierno “El Salvador Productivo, Educado y Seguro”, el que en su objetivo 4 “busca asegurar gradualmente a la población salvadoreña el acceso y cobertura universales en salud con calidad” y puntualiza en su línea de acción E.4.2. la “Ampliación progresiva de la cobertura de salud a toda la población y prestación integral de servicios de salud oportunos, accesibles, asequibles, eficaces y de calidad y buscara fortalecer y ampliar progresivamente la cobertura territorial de los servicios de salud, a través de la Red Integral e Integrada de los Servicios de Salud (RIISS)”.

Otros actores que han estado involucrados en la respuesta a la TB son los Agentes Urbanos Solidarios (AUS), quienes desarrollaron acciones específicas en TB a partir del año 2011 finalizando en el 2014, año en que fueron absorbidos por el MINSAL para convertirse en promotores de salud plurifuncionales. Su trabajo se focalizó en asentamientos urbanos precarios de 30 municipios priorizados y fueron financiados con recursos del Fondo Mundial. Su diferencia en relación a los Equipos Comunitarios de Salud Familiar (ECOS) es que estos últimos son un equipo multidisciplinario que cubren más áreas y más municipios y son responsables de la salud del cien por ciento de su población adscrita (600 familias por ECOS), planificando actividades junto con el apoyo de la comunidad y los líderes formales e informales de estas, con el objetivo de asegurar el buen estado de salud de su población asignada y disminuir la dificultad de acceso a los servicios de salud. La multisectorialidad de actores y las actividades coordinadas con los líderes y lideresas de las comunidades, permite mayor horizontalización de los programas de salud y mayor sostenibilidad de las intervenciones.

El Programa Nacional de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (PNTYER) del MINSAL, depende del despacho ministerial y su ámbito de acción es a nivel nacional en el Sistema Nacional de Salud. Coordina además con otros ministerios como el de Justicia a través de la Dirección de Centros Penales

La red de laboratorios del MINSAL depende del Instituto Nacional de Salud y está estructurada de la siguiente manera:

- Red de laboratorios clínicos: realizan las pruebas diagnósticas en los diferentes niveles.
- Red de banco de sangre: apoyan en la recolección y abastecimiento de las unidades requeridas a los establecimientos de salud.

- Laboratorio Nacional de Referencia (LNR), realiza el control de calidad, apoya en aspectos técnicos, realiza pruebas especiales, participa en control de calidad internacional, entre otros.

Existen a nivel nacional 201 laboratorios (MINSAL 182, ISSS 19), en todos ellos se procesan muestras según normativa y en cumplimiento de algoritmo diagnóstico para el descarte de tuberculosis. Del total de laboratorios, 46 dan servicio en los 65 Municipios de Brecha alta; 133 laboratorios en los 172 Municipios de Brecha moderada y 22 laboratorios en los 25 Municipios de Brecha baja.

A partir del 2009, cuando a través de la reforma de salud se fortalece el primer nivel de atención, se produce un aumento de la demanda de los servicios de salud, incluidos los de laboratorio clínico. Este incremento llevó no solo a la saturación de los servicios de laboratorio del primer nivel de atención sino también los del segundo y tercero. La sobre saturación obligó a la búsqueda de alternativas que permitieran mayor cobertura de los servicios del laboratorio. Es así como el Ministerio de Salud, con apoyo del BID y BM, trabajó en el plan estratégico de la Red, orientado a aumentar la cobertura del servicio y mejora de la calidad. En el mismo se contempla un nuevo modelo de atención de los laboratorios clínicos, basado en el acercamiento del servicio a la población a través de la descentralización de la toma y recepción de muestras a nivel periférico para transferir a cinco laboratorios regionales para su procesamiento. Este modelo de centralización de procesamiento de muestras químicas (que puede ser automatizado), reduce costos por criterios de economía de escala, lo que mejora la calidad de los análisis a través de la consolidación tecnológica, liberando horas hombre para procesar muestras (como de esputo, que no pueden ser automatizadas) en los laboratorios de primer nivel más cercanos a los SR.

La estrategia de regionalización se encuentra actualmente en su fase piloto. Parte de esta estrategia incluye la creación de rutas de transportes de muestras y dotación de medios de transporte. Sin embargo, su avance ha sido limitado por el momento a una minoría del territorio nacional, por lo que dentro de este plan se pretende complementar las deficiencias existentes.

El nuevo Plan Estratégico Nacional Multisectorial para el Control de la Tuberculosis 2016-2020 (PENMTB) busca continuar y ampliar los logros del anterior, a través de un enfoque más horizontal, con amplia participación multisectorial, incluidas: sociedad civil, personas afectadas por la enfermedad, grupos comunitarios, empresa privada. Tiene un enfoque de derechos humanos y de equidad de género.

El PENMTB establece como principal objetivo detectar precozmente la tuberculosis, disminuir la mortalidad e iniciar el proceso de Control Avanzado y la Pre Eliminación de la TB como problema de salud pública, aplicando la estrategia Post 2015 de la OMS a nivel nacional, con el apoyo e involucramiento multisectorial, particularmente de organizaciones de la sociedad civil.

A partir del análisis de priorización geográfica descrita arriba, se han diseñado estrategias diferenciadas para la respuesta a la TB según las categorías de municipios identificados, estas estrategias se suman a las actividades programáticas comunes a todos los municipios. Se prevé realizar investigaciones sobre los determinantes de altas o bajas brechas en los distintos grupos de municipios, como base para afinar ulteriormente las estrategias planificadas.

- 65 municipios de brechas altas: en estos municipios se redoblarán los esfuerzos de detección activa de SR, dependiendo de las capacidades instaladas y situación específica en cada municipio. Se prevén actividades intensivas de educación, comunicación y sensibilización sobre TB; formación sobre detección activa de casos, actividades de prevención, investigación de contactos y administración de TAES (Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado) al personal encargado de estas actividades (MINSAL o Sociedad Civil, dependiendo de las capacidades instaladas en cada municipio).

- 172 municipios de brechas moderadas: para complementar las actividades de los municipios con brecha moderada, en donde se encuentran 12 cabeceras departamentales, con poblaciones numerosas y características urbanas y urbano marginales, se propone implementar la estrategia de control de la TB en grandes ciudades. Esta implica, entre otras: desarrollar una línea de base con caracterización de información y mapeo zonas de concentración poblacionales a riesgo social; apoyo a albergues, centros de día (servicios de salud de primer nivel en los que se da seguimiento posterior a crisis para drogadictos, alcohólicos etc.) u otros lugares que participen en la iniciativa; búsqueda activa de SR. Cabe destacar que este grupo de municipios es el más afectado por el crimen organizado, lo que puede dificultar el acceso del personal de salud. Para dar respuesta a este problema, se consideran varias estrategias de trabajo conjunto con asociaciones que tienen programas de reinserción con grupos de pandillas.
- 25 municipios de bajas brechas: en estos municipios se elaborará e implementará un plan para el control avanzado de la TB, con participación de los actores locales clave. Una parte importante de este plan consiste en implementar acciones que permitan demostrar que la baja incidencia responde efectivamente a una baja morbilidad en estos municipios. Por esto, la focalización de las acciones de búsqueda activa en poblaciones clave y áreas de riesgo (áreas urbanas marginales, albergues, etc.) a través de movilización comunitaria será particularmente importante; se hará énfasis en verificar la calidad de los resultados de laboratorios; se incluirán investigaciones operacionales en el personal de salud que ayuden a demostrar la consistente aplicación de las normativas nacionales. En segundo lugar, la vigilancia e investigación inmediata de los contactos y el control de infecciones se vuelve imprescindible para ir extinguiendo eventuales focos de transmisión identificados. A través de un estricto monitoreo y acompañamiento e estos municipios por parte del PNTYER, se espera poder llegar a que el 50% de estos municipios puedan ser certificados como en fase de control avanzado o pre-eliminación; se prevén reconocimientos (no monetarios) a las municipalidades que logren esta meta.

2.2 Estrategia de Salida.

El fortalecimiento brindado al Programa Nacional de Tuberculosis, no solo en el equipamiento de laboratorios sino también la compra de insumos claves para facilitar y agilizar la respuesta a la enfermedad, permitirán incrementar las capacidades institucionales de MINSAL y sectores claves relacionadas. Tal es el caso de la estrategia de atención de los municipios categorizados por los diferentes tipos de riesgo, esta capacidad de respuesta y atención quedará a nivel territorial, que abona al proceso de sostenibilidad de las acciones en el largo plazo

3. Matriz de Resultado 2016-2019

<p>Resultado Previsto según Resultados del Programa de País y el Marco de recursos: 1. La población goza de una mejor cobertura y acceso universales y equitativos de los bienes y servicios básicos de calidad.</p>				
<p>Indicadores de Resultado según Resultados del Programa de País y el Marco de recursos, incluyendo línea de base y metas:</p>				
<p>Indicador: Tasa de pobreza multidimensional (hogares jefeados por mujeres y hombres)/Línea de Base: 2013:39,1%* (hogares jefeados por mujeres: 37,1%, hogares jefeados por hombres: 40,2%)</p>				
<p>Meta: 29,1% (hogares jefeados por mujeres: 27,1%, hogares jefeados por hombres: 30,2%)</p>				
<p>Indicador: Tasa de victimización desagregada por sexo / Línea de Base: 2014: 21,6% (mujeres:17,9% y hombres: 25,9%) / Meta: 16,6% (mujeres:12,9% y hombres: 20,9%)</p>				
<p>Indicador: Gasto Público social público cápita / Línea de Base: 2012: 564,2 dólares / Meta: 700,00 dólares</p>				
<p>Resultado esperado CPAP: Apoyada la cadena de abastecimiento y provisión de medicamentos e insumos esenciales para la provisión de servicios</p>				
<p>Título del proyecto e ID en Atlas: ID del Convenio: 00068118; Proyecto en Atlas: 00083506 Fortalecimiento de las capacidades del Ministerio de Salud para la mejora en atención a los usuarios del Programa Nacional de Tuberculosis (PNTB)</p>				
Resultados Esperados	Metas de Resultados Las metas siguientes cubren el período entero de implementación del Proyecto	Actividades Indicativas Las actividades siguientes cubren el período entero de implementación del Proyecto	Partes Responsables	Insumos
Fortalecidas las capacidades del PNTB en la ejecución de programas y proyectos así como en sus capacidades operativas para la ejecución del gasto público	Meta: 36 casos reportados por 100,000 habitantes (meta 2016) 38.9 casos reportados por 100,000 habitantes (meta 2017) 41.3 casos reportados por 100,000 habitantes (meta 2018)	- Detección precoz de casos TB - Tratamiento de TB - Disminución de mortalidad por TB/VIH - Atención integral a grupos de más alto riesgo - Fortalecimiento del Sistema de Salud - Monitoreo y Evaluación - Planificación, coordinación y gerencia	MINSAL/ PNUD	\$7,804,746.45
Indicador: Tasa de incidencia por 100,000 habitantes				
Línea base: 37.4 casos reportados por 100,000 habitantes				

4. Plan de trabajo 2018

AWARD: 00068118 PROYECTO: 00083506

RESULTADOS ESPERADOS e indicadores incluyendo metas anuales	ACTIVIDADES PLANEADAS	CALENDARIO				RESPONSA- BLES	Presupuesto Planificado	
		T1	T2	T3	T4		Fuente de fondos	Descripción presupuesto
RESULTADO Fortalecidas las capacidades del PNITB en la ejecución de programas y proyectos así como en sus capacidades operativas para la ejecución del gasto público	4. Detección precoz de casos TB	419,899.04	419,899.04	419,899.04	419,899.04	MINSAL/ PNUD	30071	\$ 1679,596.16
Indicador:	5. Tratamiento de TB	76,160.38	76,160.38	76,160.38	76,160.38	MINSAL/ PNUD	30071	\$ 304,641.50
Tasa de incidencia por 100,000 habitantes	6. Disminución de mortalidad por TB/VIH	73,997.50	73,997.50	73,997.50	73,997.50	MINSAL/ PNUD	30071	\$ 295,990.00
Línea Base:	7. Atención integral a grupos de más alto riesgo	49,412.27	49,412.27	49,412.27	49,412.27	MINSAL/ PNUD	30071	\$ 197,649.06
37.4 por 100,000 habitantes	8. Fortalecimiento al Sistema de Salud	51,818.15	51,818.15	51,818.15	51,818.15	MINSAL/ PNUD	30071	\$ 207,272.59
Meta 2018 :41 casos reportados por 100,000 habitantes	9. Monitoreo y Evaluación	16,594.69	16,594.69	16,594.69	16,594.69	MINSAL/ PNUD	30071	\$ 66,378.74
	10. Planificación, coordinación y gerencia	-	-	-	-	MINSAL/ PNUD	30071	\$ -
Total Actividades 2018		687,882.01	687,882.01	687,882.01	687,882.01			\$ 2751,528.05
DPC		-	31,938.42	-	-			\$ 31,938.42
GMS (5%)		38,846.72	38,846.72	38,846.72	38,846.72			\$ 155,386.87
MONTO TOTAL 2018		726,728.73	758,667.15	726,728.73	726,728.73			\$ 2938,853.34

5. Arreglos de Gestión

5.1 Modalidad de Implementación

La primera fase del proyecto se enmarcó en la programación de país 2012-2015, siendo esta nueva fase asociada a la nueva programación de país 2016-2020 y en la cual el Ministerio de Relaciones Exteriores, en representación del Gobierno de El Salvador, opera como Contraparte Nacional de Coordinación y tiene la responsabilidad global de las actividades que reciben apoyo de Naciones Unidas. Su responsabilidad es por el logro general de los resultados que se persiguen a través del apoyo de Naciones Unidas al país. En particular, el Ministerio de Relaciones Exteriores como Contraparte Nacional de Coordinación, actuará en consulta con las agencias de Naciones Unidas en El Salvador, a fin de coordinar la asistencia externa y determinar las disposiciones de gestión adecuadas para los proyectos y programas.

La cooperación entre PNUD y el MINSAL se remonta al inicio de las subvenciones auspiciadas por el Fondo Mundial contra el VIH-SIDA, tuberculosis y malaria (GFATM) donde PNUD asumió el rol de Receptor Principal en el año 2003 y posteriormente inició un proceso de fortalecimiento del MINSAL para que pudiera asumir este mismo papel a través de los Programas de Tuberculosis y VIH. Este objetivo se logró y en 2006, tras su designación por el Mecanismo de Coordinación de País (MCP), el MINSAL fue designado Receptor Principal para ejecutar fondos a través del PNTB. A la fecha el Programa Nacional de Tuberculosis ha ejecutado exitosamente las subvenciones del GFATM y continuará como Receptor Principal en los próximos años. Por lo que, a fin de consolidar la apropiación nacional, continuar con el desarrollo de capacidades y la sostenibilidad de los resultados, este proyecto se ejecutará bajo la modalidad de implementación nacional (NIM), lo que implica que el Ministerio de Salud asume la responsabilidad de la coordinación del proyecto, asegurando y velando por el logro de los resultados y productos esperados mediante una eficaz gestión de los procesos y el uso de los fondos.

No obstante, si bien el Ministerio de Salud es Receptor Principal del Fondo Mundial para la lucha contra el VIH/SIDA y cuenta con áreas operativas para la gestión de proyectos, aún persisten retrasos significativos para las adquisiciones de bienes y servicios que impiden la mejor combinación de economía y eficiencia, afectando la respuesta del PNTB a la población.

El Ministerio de Salud como Asociado en la Implementación nombra al PNUD, socio responsable del proyecto, quien brindará la asistencia técnica para el logro de los resultados del proyecto; asumiendo la adquisición de servicios de consultoría, insumos, equipos y materiales requeridos para el cumplimiento de los planes.

5.2 Planificación

Al inicio de cada año el Ministerio de Salud, con el apoyo del PNUD, establecerá un documento de planificación operativa anual (POA) que incluirá: un plan de trabajo detallado, un calendario de desembolsos, un plan de adquisiciones y un presupuesto, bajo los principios de eficiencia y economía, los cuales serán aprobados por la Junta Ejecutiva del Proyecto. Es responsabilidad del Ministerio de Salud, notificar al PNUD cualquier modificación al documento de planificación para hacer los ajustes correspondientes, conforme se indica abajo. El plan de trabajo estará conformado por una descripción de las actividades por realizarse en el transcurso del año, con su respectivo calendario de desembolsos y presupuesto.

5.3 Desarrollo de Capacidades.

Como se ha venido realizando, se acompañará el fortalecimiento de las capacidades del Programa Nacional de Tuberculosis para incrementar los niveles de respuesta de la enfermedad, incluyendo a nivel territorial en el que se implementarán acciones de acuerdo a las categorías previamente identificadas de los municipios a ser atendidos.

La subvención recibida por parte del Fondo Global para la atención de este nuevo período lleva consigo fortalecer estructuras a nivel territorial, mejorar los niveles de diagnóstico y tratamiento que se tiene con la enfermedad, lo cual fomenta el fortalecer las capacidades en los diferentes niveles que intervienen en la respuesta.

En el marco armonizado de transferencias de efectivo (HACT por sus siglas en inglés), MINSAL está en el plan de las microevaluaciones que se conducirá como parte de las acciones indicadas en el nuevo programa de país, y serán cubiertas por el presupuesto del proyecto. Lo anterior, nos brindará la oportunidad de identificar posibles necesidades de fortalecimiento de sus capacidades y nuevas formas de apoyar al Ministerio.

5.4 Modalidad de gestión de fondos

El PNUD efectuará los desembolsos exclusivamente mediante pagos directos a proveedores, por los servicios y bienes contratados por el proyecto, de acuerdo al plan de trabajo aprobado.

El PNUD cuenta con registros financiero-contables para la administración del proyecto de acuerdo a sus sistemas y procesos. Los pagos a proveedores serán gestionados mediante la modalidad de pago directo. El PNUD solo realizará pagos a proveedores a solicitud del Fondo, siempre y cuando sea por obligaciones contraídas en apoyo a las actividades acordadas en los planes de trabajo anuales. Los pagos se realizarán de acuerdo a las normas, reglamentos y procedimientos de PNUD.

5.5 Modalidad de transferencia de efectivo y liquidación de fondos

Las contribuciones para la ejecución de las actividades del Proyecto serán pagadas por MINSAL de acuerdo al calendario de desembolsos, tal como se estipula en la Reglamentación Financiera del PNUD.

Si las contribuciones mencionadas arriba no se recibieran de conformidad a lo establecido en el calendario de desembolsos, el PNUD podrá reducir, suspender o rescindir la asistencia a proporcionar al proyecto. Por otro lado, el PNUD no iniciará proceso de adquisición sin la recepción anticipada de las contribuciones.

5.6 Gastos de administración

Todas las contribuciones de este proyecto están sujetas a la política de recuperación de costos de PNUD y Costos Directos del Proyecto (DPC por sus siglas en inglés). Los costos correspondientes serán cargados a la contribución y acreditados directamente por el PNUD utilizando las políticas y procedimientos vigentes.

Por los servicios generales de gestión y monitoreo, se imputará un 5% del total de la contribución. Este porcentaje también será cargado directamente a la cuenta de cada una de las actividades que conforman este proyecto de forma trimestral por parte del PNUD, sobre la base del monto pagado financieramente por el proyecto en el periodo.

5.7 Adquisiciones de bienes y servicios

EL PNUD prestará apoyo a MINSAL en lo relativo a la adquisición¹ de bienes, obras y contratación de servicios del Proyecto en los siguientes aspectos:

- a) Planificación conjunta y definición de estrategias de las adquisiciones;
- b) Definición de estrategias de búsqueda de ofertantes y su implementación;
- c) Asumir la responsabilidad de desarrollar los procesos de adquisición de bienes y contratación de servicios;
- d) Asesorar en los procesos de adquisición de bienes y contratación de servicios;
- e) Brindar asesoría especializada en aspectos administrativos relacionados con la adquisición de bienes y contratación de servicios complejos.

El PNUD adquirirá, en nombre y por cuenta del Proyecto el equipo y los suministros, que serán financiados con cargo a los recursos del mismo. Las adquisiciones seguirán los procedimientos del PNUD.

La propiedad de los equipos adquiridos por el PNUD pasará a MINSAL en el momento de su recepción y aceptación por parte de esta institución de acuerdo a los lineamientos establecidos por PNUD, y los mismos permanecerán a disposición del Proyecto bajo la responsabilidad del equipo de proyecto hasta el cierre del mismo, manteniendo el control de inventarios en formato estándar del PNUD.

Una vez adjudicado un contrato u orden de compra, en caso que el Ministerio de Salud cancele o reduzca las cantidades de bienes a adquirirse, el Ministerio de Salud asumirá todos los riesgos y compromisos financieros que se deriven de tales decisiones, y se cubrirán con el presupuesto del proyecto.

En el caso de reclamaciones de cualquier tipo el PNUD entablará las acciones pertinentes a solicitud de MINSAL, quien tendrá a su cargo la administración del contrato.

5.8. Pagos de impuestos

Todas las compras de bienes y servicios del proyecto están exentos del pago del Impuesto a la transferencia de bienes muebles y a la prestación de servicios IVA e impuestos de importación, según establece el Decreto Legislativo No. 833, publicado en el Diario Oficial No. 69 tomo No. 383 del 17 de abril de 2009. El PNUD utilizará sus prerrogativas para cumplir con esta disposición. Sin embargo, esto no exime a los consultores o empresas contratadas para la provisión de los bienes o servicios, de sus obligaciones fiscales ante el Ministerio de Hacienda.

5.9 Intereses

Todo interés devengado atribuible a la Contribución se acreditará en la cuenta del PNUD y será utilizado de conformidad con los procedimientos establecidos del PNUD. Su utilización será conforme a lo acordado por la Junta Ejecutiva del proyecto.

¹ De aquí en adelante el término Adquisición aplicará de manera igual a la adquisición de bienes, obras y contratación de servicios (conexos, consultorías)

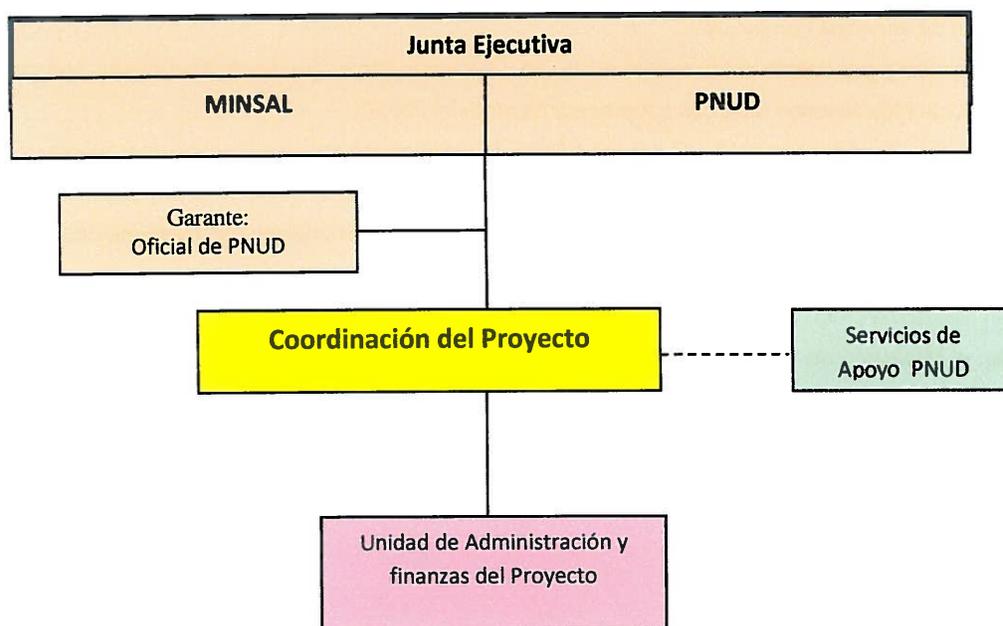
5.10 Auditoría

Debido a que este es un proyecto de implementación nacional (NIM), el proyecto estará sujeto a auditorías externas, de acuerdo con las regulaciones financieras para proyectos NIM del PNUD. Los recursos necesarios para dicha auditoría serán previstos en el presupuesto del Proyecto.

5.11 Recursos Humanos

No se identifica la contratación de recursos humanos.

5.12 Estructura Organizacional Estructura Organizacional



De acuerdo al Marco de Cooperación del PNUD y con base en el manual de programación, el proyecto tendrá la siguiente estructura:

Junta Ejecutiva del Proyecto: es la instancia responsable de tomar las decisiones ejecutivas de gerencia para el proyecto de acuerdo a informes presentados por el Coordinador/a del mismo, incluyendo la aprobación de las revisiones de éste. Integran el Grupo Ejecutivo del Proyecto: El Representante Residente del PNUD o su delegado y la Ministra de Salud de El Salvador, o su delegado.

Garante del proyecto: apoya a la Junta Ejecutiva del Proyecto y lleva a cabo de forma objetiva e independiente las actividades de monitoreo y supervisión del mismo. Durante la implementación del proyecto, asegura que los hitos de éste son administrados y completados adecuadamente. El (la) Garante del Proyecto será nombrado por PNUD.

Coordinador(a) del Proyecto. El (la) coordinador (a) será designado por MINSAL y será una persona de la estructura orgánica del Ministerio (por lo que no consta en el presupuesto del presente proyecto). Esta persona será la responsable de la gestión, de la toma de decisiones cotidianas al proyecto, de supervisar las actividades, seguimiento y la administración de los contratos.

5.13 Revisiones al proyecto

El Proyecto tendrá una vigencia desde la fecha de suscripción de este instrumento hasta el 31 de diciembre del 2019, fecha de cierre de la financiación.

Cualquier modificación del plazo del proyecto acordado se reflejará en un cambio en el plazo del presente documento de proyecto mediante una revisión del mismo.

El Coordinador/a del proyecto, en acuerdo con el PNUD podrá introducir modificaciones al documento de Proyecto en cualquier momento y cuando sea apropiado, en respuesta a cambios producidos en el contexto del desarrollo o para ajustar el diseño y la asignación de recursos con el fin de garantizar que el proyecto funciona de manera efectiva. Los cambios al proyecto que no afecten su ámbito de aplicación, su fecha de terminación o el costo total estimado del mismo no requieren de un documento de revisión firmado. En ningún momento el PNUD aprobará revisiones que extienda la duración del proyecto por más de siete años.

Las revisiones pueden ser:

- (a) Modificaciones en los objetivos inmediatos;
- (b) Modificaciones en las actividades y resultados;
- (c) Modificaciones en el marco institucional;
- (d) Extensión, reprogramación, cancelación;
- (e) Otras modificaciones que merezcan consideración especial.

El presente proyecto terminará: 1) por vencimiento del término previsto para su duración; 2) por cumplimiento de sus objetivos inmediatos antes o después de lo previsto; 3) por fuerza mayor o caso fortuito.

Las obligaciones contraídas en virtud de este documento de proyecto permanecerán vigentes después de su expiración en la medida necesaria para posibilitar la conclusión ordenada de las actividades, la retirada del personal, la atribución de los fondos y los bienes, el cierre de las cuentas entre las partes y la liquidación de las obligaciones contractuales estipuladas con respecto al personal, los contratistas, los consultores o los proveedores, respetando las disposiciones del PNUD en materia de cierre de proyecto y de reconocimiento de gastos elegibles.

En caso de necesitarse, el Director del proyecto podrá solicitar la reasignación de recursos financieros de una partida presupuestaria a otra, siempre y cuando no se modifique la obtención de los resultados previstos y los valores a reasignar no sean en porcentajes superiores al 10% de lo presupuestado. En caso de que se requiera reasignar porcentajes superiores al 10%, se deberá proceder a una revisión del proyecto.

En caso de ejecución financiera inferior al 20% de lo presupuestado para el trimestre, se convocará a la Junta Ejecutiva para que tome las medidas que correspondan para apoyar la implementación financiera.

6. Monitoreo y Evaluación

El monitoreo es una función permanente que apunta a proporcionar a las partes interesadas de un proyecto prontas indicaciones sobre la calidad, la cantidad y los plazos del progreso alcanzado con respecto a la obtención de los resultados esperados. Por lo tanto, todas las actividades del proyecto estarán sujetas a continuo monitoreo del proyecto con respecto a los indicadores determinados en el Plan de Monitoreo y Evaluación del mismo.

El Documento de Proyecto y el Plan Operativo Anual (POA) de Trabajo proporcionan una base para la evaluación del progreso alcanzado. Los costos asociados a las acciones de monitoreo están incluidos en el presupuesto del Proyecto.

Marco de monitoreo y evaluación de parte del PNUD: se proveerá un constante monitoreo de las actividades del Proyecto a través de una comunicación abierta y regular con la Coordinación de Proyecto, que será monitoreado de acuerdo a las políticas y procedimientos descritos en la guía de usuario de PNUD.

Durante el ciclo anual:

- El seguimiento será recopilado por el Coordinador/a y activado y actualizado en Atlas (sistema de información y registro de PNUD) por el Garante de Proyecto, para facilitar el seguimiento y resolución de potenciales problemas, así como solicitudes de cambio.
- Basado en el análisis de riesgos inicial, un registro de riesgos será activado y periódicamente actualizado en Atlas, mediante la observación de factores externos que pudieran afectar la implementación del proyecto.
- Los productos y actividades del proyecto serán monitoreados por el Director de proyecto trimestralmente según los indicadores y las metas establecidos en el Plan Operativo Anual.
- El PNUD realizará al menos una visita de monitoreo al Proyecto para analizar el grado de avance hacia los resultados esperados y para ayudar a resolver eventuales problemas que surjan durante la ejecución.
- Reuniones Trimestrales: Se organizarán reuniones trimestrales que tendrán el propósito de revisar la ejecución financiera y física del POA, así como discutir los problemas, cambios y planes de corto plazo.
- Basado en esta información recogida en Atlas, un Reporte Trimestral de Progreso de Proyecto (QPR) será remitido a la Junta del proyecto.
- Un registro de Lecciones-Aprendidas será activado y periódicamente actualizado para garantizar un aprendizaje continuo y adaptación, así como para facilitar la preparación del informe de lecciones-aprendidas al finalizar el proyecto.
- Un cronograma de monitoreo será activado y actualizado en Atlas para dar seguimiento a acciones eventos de gestión.

Anualmente

- Reporte anual de revisión. El coordinador/a preparará y compartirá un reporte anual de revisión con la Junta Ejecutiva. Como requisito mínimo, el reporte anual de revisión consistirá en el formato estándar de Atlas para el Reporte Trimestral de Progreso del Proyecto (QPR) con información actualizada del año completo para cada uno de los elementos del QPR, así como un resumen de los resultados obtenidos.
- Revisión anual del proyecto. Basado en el reporte de revisión anual, se llevará a cabo una revisión anual del proyecto al finalizar el mismo, para diagnosticar los avances del proyecto y evaluar el Plan de Trabajo Anual (AWP) para el siguiente año. En el último año, esta revisión será el diagnóstico final. La revisión es dirigida por la Junta Ejecutiva del Proyecto y pudiera involucrar a otros tomadores de decisiones (stakeholders) de acuerdo

a necesidades. Se centrará en qué medida se progresa en las actividades y en si éstas son las adecuadas para lograr los resultados esperados.

Es responsabilidad del equipo del proyecto mantener los registros del proyecto actualizados y asegurar la exactitud y confiabilidad de los mismos a fin de realizar conciliaciones oportunas con el PNUD. Para tal efecto, el PNUD brindará un informe, al menos trimestral, sobre la ejecución del proyecto y el estado de desembolsos y pagos.

El Informe Combinado de Gastos (CDR por sus siglas en inglés), es el estado financiero oficial del PNUD que detalla la ejecución financiera del proyecto en un año calendario o en un periodo determinado. Este informe financiero será presentado al menos con una periodicidad anual a MINSAL. El Ministerio, después del análisis de este informe, lo firmará, demostrando su conformidad con las cuentas presentadas.

7. Contexto Legal

Este documento de Proyecto junto con el Plan de Acción del Programa País (CPAP por sus siglas en Inglés) firmado por el Gobierno de El Salvador y el PNUD, constituyen los instrumentos mencionados como tal, según se hace referencia en el Acuerdo Básico de Asistencia (SBAA) y en el Memorándum de entendimiento entre el Ministerio de Relaciones Exteriores de la Republica de El Salvador y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), para el suministro de servicios de apoyo. Todas las provisiones establecidas en el CPAP aplican a este documento.

Consistente con el Artículo III del Acuerdo Básico de Asistencia, la responsabilidad por la salvaguarda y seguridad del socio de implementación y su personal y propiedad, y por la propiedad del PNUD bajo custodia del socio de implementación.

El socio de implementación deberá:

- a) Poner en marcha un plan apropiado de seguridad y mantener el plan, considerando la situación de la seguridad en el país en donde se está llevando a cabo el proyecto.
- b) Asumir todo riesgo y responsabilidad relacionada con la seguridad de la unidad ejecutora del proyecto y la implementación completa del plan de seguridad.

PNUD se reserva el derecho de verificar si dicho plan se está implementando, y sugerir modificaciones al plan cuando sea necesario. La no observancia de mantener e implementar un plan de seguridad apropiado como es requerido a continuación, se considerará como incumplimiento a este acuerdo.

El Asociado en la Implementación acuerda emprender todos los esfuerzos razonables para asegurar que ninguno de los fondos recibidos de acuerdo al Documento de Proyecto sean utilizados para proveer apoyo a individuos o entidades asociadas al terrorismo y que los beneficiarios de cualquier cantidad provista por el PNUD no aparezcan en la lista que mantiene el Comité del Consejo de Seguridad establecido de acuerdo a la resolución 1267 (1999). La lista puede ser accedida vía <http://www.un.org/Docs/sc/committees/1267/1267ListEng.htm>. Esta provisión deberá ser incluida en todos los sub-contratos o sub-acuerdos suscritos en el marco de este Documento de Proyecto.

ANEXOS

Anexo 1 Acuerdo de costos compartidos

Anexo 2 Acuerdos de costos directos

Anexo 3 Marcador de género

Anexo 4 Matriz de riesgo

Anexo 5 Matriz de monitoreo y evaluación

Enmienda 1

Acuerdo de Contribución entre el Gobierno de El Salvador (Gobierno) y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)

En referencia al Acuerdo de Contribución entre el Gobierno de El Salvador (El Gobierno) y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo ("PNUD" y conjuntamente con El Gobierno "Las Partes") firmado el 14 de agosto de 2017 (Acuerdo) bajo el proyecto 00083506 "Fortalecimiento de las capacidades del Ministerio de Salud para la mejora en atención a los usuarios del Programa Nacional de Tuberculosis (PNTB)", las Partes por este medio acuerdan lo siguiente:

Por cuanto las Partes desean enmendar algunas provisiones del Acuerdo;

Por cuanto, las disposiciones relevantes del Acuerdo indicadas abajo serán enmendadas a fin de complementar según lo siguiente: ("Enmienda 1"):

Artículo I

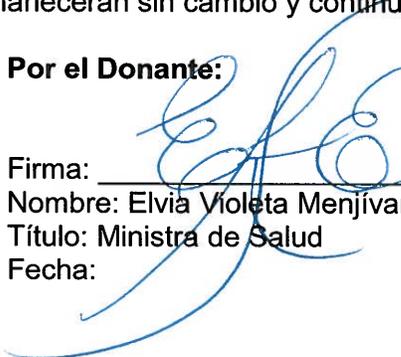
1. El Gobierno, de conformidad con lo establecido en el párrafo 2 en este Artículo, pondrá a disposición del PNUD la suma de Seis Millones Sesenta y Cuatro Mil Quinientos Diecinueve dólares de los Estados Unidos de América 56/100 (\$6,064,519.56).
2. El Gobierno, de conformidad al calendario de pagos definido abajo, depositará la Contribución en el Banco Davivienda Salvadoreño S.A., UNDP Representative US Dollar Account y número de la cuenta bancaria PNUD No.002-51-00189-90.

PERIODO	2016	2017	2018	TOTAL
ENERO				
MARZO				
ABRIL				
MAYO	1,281,896.94	786,785.04		2,068,681.98
JUNIO			958,259.02	958,259.02
JULIO		393,392.52	479,144.51	872,537.03
SEPTIEMBRE	643,592.86		479,144.50	643,592.86
OCTUBRE	648,881.64	393,392.52		1,521,418.66
	2,574,371.44	1,573,570.09	1,916,578.03	6,064,519.56

El Gobierno, transferirá a PNUD una contribución adicional (junto con el monto de contribución inicial del Acuerdo de "Contribución"), inmediatamente después de la firma de la presente Enmienda 1.

Todos los otros términos y condiciones del Acuerdo, excepto por los aquí enmendados, permanecerán sin cambio y continuarán en pleno efecto y vigor.

Por el Donante:

Firma: 
Nombre: Elvia Violeta Menjivar
Título: Ministra de Salud
Fecha:



Por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo:

Firma: 
Nombre: Christian Salazar
Título: Representante Residente
Fecha: 31-May-2018



Anexo 2

Acuerdo entre el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el Ministerio de Salud Para los Costos Directos del Proyecto.

1. Se hace referencia a las consultas entre funcionarios del Gobierno de El Salvador (en adelante, "el Gobierno") y funcionarios del PNUD respecto de la prestación de servicios de apoyo por parte de la oficina del PNUD en el país para los programas y proyectos gestionados a nivel nacional. Mediante el presente acuerdo, el PNUD y el Gobierno acuerdan que la oficina del PNUD en el país puede prestar tales servicios de apoyo, a solicitud del Gobierno, a través de su institución designada en el documento del proyecto pertinente, según se describe más adelante.
2. La oficina del PNUD en el país puede prestar servicios de apoyo para ayudar en las necesidades de información y pago directo. Al prestar dichos servicios de apoyo, la oficina del PNUD en el país verificará que la capacidad del Gobierno (Asociado en la Implementación) sea reforzada para que pueda llevar a cabo dichas actividades de forma directa. Los costos en que incurra la oficina del PNUD en el país en la prestación de dichos servicios de apoyo serán recuperados a través de los Costos Directos del Proyecto (DPC en sus siglas en inglés).
3. La oficina del PNUD en el país podrá prestar, a solicitud del Asociado en la Implementación, los siguientes servicios de apoyo para las actividades del proyecto:
 - (a) Identificación y/o contratación de personal para el proyecto;
 - (b) Pagos directos y transferencias monetarias a contratistas, organizaciones beneficiarias del proyecto y personal;
 - (c) Adquisición de bienes y servicios;
4. La adquisición de bienes y servicios para el proyecto por parte de la oficina del PNUD en el país se realizará de acuerdo con el reglamento, reglamentación, políticas y procedimientos del PNUD. Si las necesidades de servicios de apoyo de la oficina del país cambiaran durante la vigencia de un proyecto, se revisará de común acuerdo entre el representante residente del PNUD y el Asociado en la Implementación.
5. Las disposiciones pertinentes del Acuerdo Básico de Asistencia suscrito el 21 de marzo de 1975 entre el PNUD y el Gobierno de El Salvador o las Disposiciones Complementarias que forman parte del documento del proyecto, incluidas las disposiciones acerca de la responsabilidad y privilegios e inmunidades, se aplicarán a la prestación de tales servicios de apoyo. El Gobierno conservará la responsabilidad general por el proyecto gestionado a nivel nacional a través de su Asociado en la Implementación.
6. Cualquier reclamación o controversia que surgiera como resultado o en relación con la prestación de servicios de apoyo por parte de la oficina del PNUD en el país en conformidad con esta carta será gestionada de acuerdo con las disposiciones pertinentes del SBAA.
7. La forma y el método en que la oficina del PNUD en el país puede recuperar los gastos incurridos en la prestación de los servicios de apoyo descritos en el párrafo tercero de este Acuerdo serán establecidos en el anexo 2.1 del documento del proyecto "Costos Directos del Proyecto".

1. La oficina del PNUD en el país presentará informes sobre la marcha de la aplicación de los costos directos del proyecto, según se requiera.

9. Cualquier modificación a estos acuerdos se efectuará por mutuo acuerdo escrito de las partes contractuales.

Anexo 2.1 Costos Directos del Proyecto

En la implementación del Proyecto Fortalecimiento de las capacidades del Ministerio de Salud para la mejora en atención a los usuarios del Programa Nacional de Tuberculosis (PNTB), se tendrá un total de Ciento dos mil cuatrocientos veintinueve 74/100 Dólares de los Estados Unidos de América (\$102,429.74) como Costos Directos del Proyecto (DPC en sus siglas en inglés). Estos costos serán aplicados trimestralmente y en el caso del último trimestre de cada año será cobrados en diciembre, sujetos a liquidación una vez cerrado financieramente el período en cuestión.

Tipo de Costo	Cantidad Total
Costo Directo del Proyecto (incluye: compras y contrataciones, franquicias, servicios de finanzas, administración de recursos humanos, comunicaciones y asistencia programática)	\$ 102,429.74

Anexo 3

Marcador de Género

Resultado 1. Fortalecidas las capacidades del PNTB en la ejecución de programas y proyectos así como en sus capacidades operativas para la ejecución del gasto público

GM=1

Este resultado, como toda la implementación, promueve un enfoque integral de atención, prevención y tratamiento, principalmente a poblaciones claves que en este momento pueden tener un acceso desproporcionadamente bajo a los servicios de prevención y tratamiento (y, en el caso del VIH y la tuberculosis, la disponibilidad de servicios de atención y apoyo), siendo afectados por factores que contribuyen a que exista esta desigualdad.

Desde el fortalecimiento del Programa Nacional de Tuberculosis, se hará un esfuerzo por la desagregación por sexo en las estadísticas y en el sistema de seguimiento y evaluación del Plan Estratégico Nacional de Tuberculosis, lo que permitirá tener una medición diferenciada de los avances para los hombres y mujeres.

Aunado a esto se tendrá un enfoque de acceso universal al diagnóstico y tratamiento, fomentando un entorno saludable y libre de estigma y discriminación.

Anexo 4
MATRIZ DE RIESGOS

#	Descripción	Fecha de identificación	Tipo	Impacto y probabilidad	Medidas/Respuesta de gestión	Responsable	Identificado por:
1	Cambios en el entorno político del país pueden afectar la organización interna del MINSAL	Septiembre 2012	Político	Cambios en la estructura interna del MINSAL pueden dilatar la toma de decisiones y ejecución del Proyecto P=2 I=4	Presentación inmediata del proyecto y sus alcances a nuevas autoridades si las hubiese	Coordinador del Proyecto	Garante del proyecto
2	Los cambios en los periodos de desembolsos que implica una ejecución acorde a los planes	enero 2016	Operativo	La ejecución debe ser lo más apegada a lo planificado pues de ello dependerá el desembolso que se reciba, lo cual en caso de tener retrasos en la ejecución va implicar problemas con los desembolsos P=2 I=4	Priorización de compras trimestrales para cumplir objetivos y metas establecidas	Coordinador del Proyecto	Garante del proyecto

I = Impacto: Efecto en el proyecto si el riesgo ocurriese en un a escala del 1 (bajo) al 5 (alto)

P = Probabilidad: Posibilidad estimada que el riesgo ocurra en una escala de 1 (bajo) al 5 (alto)

Anexo 5. Matriz de Monitoreo y Evaluación

Resultados y actividades a monitorear	Línea de base	Meta anual	Indicadores	Acciones de monitoreo/ Medios de Verificación	Periodicidad	Responsables	Fondos necesarios
Resultado de Proyecto Fortalecidas las capacidades del PNTB en la ejecución de programas y proyectos así como en sus capacidades operativas para la ejecución del gasto público	37.4 de incidencia por 100,000 habitantes	Meta 2016: 36 Meta 2017: 38.9 Meta 2018: 41	• Tasa de incidencia por 100,000 habitantes	Informes de prevalencia realizados por el Programa nacional de Tuberculosis, Base de datos de registro de casos	Anual	Unidad de Coordinación del proyecto	Considerados en el presupuesto
Actividad 4 Detección precoz de casos TB	24% de brecha de detección en casos de TB	Meta 2016: 22 Meta 2017: 20 Meta 2018: 18%	Brecha en detección de casos de TB	Bases de datos de registro de casos	trimestral	Unidad de Coordinación del proyecto	Considerados en el presupuesto
Actividad 5 Tratamiento de TB	91.4% de éxito de tratamiento	Al menos el 92% para los tres años (2016, 2017, 2018)	• Tasa de éxito de tratamiento (casos nuevos y recaídas tratados por TB) en mujeres y hombres	Fichas de seguimiento de los casos	trimestral	Unidad de Coordinación del proyecto	Considerados en el presupuesto
Actividad 6 Disminución de mortalidad por TB/VIH	13.6% de fallecidos por coinfección TB-VIH	Meta 2016: 19 Meta 2017: 18 Meta 2018: 17	• Porcentaje de fallecidos por la coinfección TB-VIH	Registros de defunciones	trimestral	Unidad de Coordinación del proyecto	Considerados en el presupuesto

Actividad 7 Atención integral a grupos de más alto riesgo	339 casos con prueba de sensibilidad	Meta 2016: 360 Meta 2017: 400 Meta 2018: 425	• Número de sintomáticos con prueba de sensibilidad	Informes técnicos del PNTB	trimestral	Unidad de Coordinación del proyecto	Considerados en el presupuesto
Actividad 8 Fortalecimiento del Sistema de Salud	0	65 municipios en todos los años	• Número de municipios de brecha alta de detección que son dotados de equipos.	Informes técnicos del PNTB, registro de compras y entregas	trimestral	Unidad de Coordinación del proyecto	Considerados en el presupuesto
Actividad 9 Monitoreo y Evaluación	0	Meta 2017 y 2018: al menos 2 informes anuales	Número de informes producidos por el sistema de información en línea de TB	Documentos de informes de monitoreo	trimestral	Unidad de Coordinación del proyecto	Considerados en el presupuesto
Actividad 10 Planificación, coordinación y gerencia	0	100% en todos los años	• Porcentaje de ejecución del plan de compras respecto a programado	Informes de ejecución presupuestaria y programática		Unidad de Coordinación del proyecto	Considerados en el presupuesto

GLOSARIO

ATLAS	Sistema automatizado e integrado para la gestión de proyectos de PNUD
AWP	Plan de Trabajo Anual / Annual Work Plan
CDR	Informe Combinado de Gastos de PNUD / Combined Delivery Report
COMITE DE EVALUACION DEL PROYECTO (PAC)	Instancia encargada de la valoración inicial del proyecto y de considerar las propuestas de revisiones sustantivas al mismo
CPAP	Plan de Acción del Programa de País de PNUD / Country Program Action Plan
EXECUTIVE SNAPSHOT	Reporte Ejecutivo de Proyectos de PNUD
GFATM	Fondo Mundial de lucha contra el VIH, la tuberculosis y malaria
GMS	Costo indirecto por Gestión General del Proyecto / General Management Fee
ISS	Costo directo por servicios de apoyo a la implementación / Implementation Support Services
ISSUE LOG proyecto	Registro de hallazgos del
NIM Implementation	Proyectos de Implementación Nacional / National
POA	Plan Operativo Anual
SBAA	Acuerdo Básico de Asistencia entre PNUD y el gobierno / Standard Basic Assistance Agreement
STAKEHOLDERS	Tomadores de decisiones
UNDAF	Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el país / United Nations Development Assistance Framework