NOVENA CONVOCATORIA – VIH

3. RESUMEN DE LA PROPUESTA

3.1. Duración de la propuesta	Fecha de inicio prevista	Hasta
Mes y año: *(hasta 5 años)*	Abril 1, 2011	Marzo 30, 2015

3.2. Consolidación de subvenciones	
(a) ¿Desea consolidar el MCP (o MCP subnacional) alguna subvención o subvenciones actuales del Fondo Mundial para el VIH con la propuesta sobre el VIH en la Novena Convocatoria?	○ Sí *(vaya primero a la letra (b) a continuación)* ◉ No *(vaya a la sección 3.3 a continuación)*

"Consolidación" *hace referencia a la posibilidad de combinar varias subvenciones en una única subvención. Con arreglo a la política del Fondo Mundial, la consolidación se puede llevar a cabo si el mismo Receptor Principal (RP) ya está gestionando al menos una subvención para la misma enfermedad. Una propuesta con más de un Receptor Principal designado puede intentar consolidar parte de la propuesta de la Novena Convocatoria.*

➔ *Para más información detallada sobre la consolidación de subvenciones (incluido un análisis de algunas de las ventajas y ámbitos que deben considerarse) visite:*
http://www.theglobalfund.org/documents/rounds/9/CP_Pol_R9_FAQ_GrantConsolidation_es.pdf

(b) En caso afirmativo, ¿qué subvenciones se tiene previsto consolidar con la propuesta de la Novena Convocatoria tras su aprobación por la Junta Directiva? *(Indique los números de las subvenciones correspondientes)*	

3.3. Concordancia de la planificación y los ciclos fiscales

Describa de qué manera la fecha de inicio:

(a) contribuye a la concordancia con la planificación, gestión presupuestaria y ciclo fiscal nacionales; y/o

(b) en caso de que se consoliden subvenciones, incrementa la concordancia de los esfuerzos de planificación, ejecución y reporte.

En Colombia, los ciclos fiscales son anuales, por lo regular la construcción de los planes sectoriales de salud en el nivel nacional y territorial se dan durante los dos últimos y dos primeros meses de cada ciclo.

El calendario previsto para la notificación de la eventual aprobación de esta propuesta muestra concordancia con los meses de programación en los que comúnmente ocurre (noviembre), dando tiempo para las revisiones de rigor y empezando la operación a mediados de año, momento en el que la mayor parte de planes y programas del sector salud están también dando inicio.

NOVENA CONVOCATORIA – VIH

3.4. Enfoque programático para el VIH

3.4.1. ¿Se realiza la planificación y el financiamiento de la respuesta nacional al VIH a través de un enfoque programático?	◉ Sí. Responda a la sección 3.4.2
	○ No ➔ *Vaya a la sección 3.5*
3.4.2. En caso afirmativo, ¿prevé esta propuesta que algunos o todos los fondos solicitados se paguen a través de un mecanismo común de financiamiento para apoyar dicho enfoque?	○ Sí ➔ ***Complete la sección 5.5 como sección adicional para explicar las operaciones financieras del mecanismo de financiamiento común.***
	◉ No. No complete la sección 5.5

3.5. Resumen de la Propuesta referente al VIH para la Novena Convocatoria

Executive summary

Title: ***Building institutional and community capacity for delivering preventive and health services, and reducing morbi-mortality and vulnerability associated with HIV/AIDS among key affected groups***

The epidemic in Colombia[1] is characterized as "concentrated", mainly affecting population groups with high vulnerability to HIV, with a general prevalence of 0.7% among persons between 15 and 49 years of age, higher than 5% in men that have sex with men (10.9%) and around 3% in women exercising prostitution. Around 38% of all cases are concentrated in persons between 15 and 35 years of age, and although it mostly affects men (78%), since 1998 there has been a certain tendency towards the "feminization" of the epidemic, going from a men-to-women ratio of 20:1 in 1993 to 2.3:1 in 2006. The sexual route is predominant as the probable means of transmission (96%), and although under-registration persists, 56% is attributed to heterosexual contact, 28% to homosexual and 16% to bisexual contact.

On the other hand, although the general investment in health has increased in Colombia, there has been a reduction in spending for collective actions of promotion and prevention and for focalization on high-vulnerability groups. Efforts have been concentrated on achieving universal health coverage, with a 15% gap remaining in the general population, and a differential distribution and a greater weight for highly vulnerable groups. For HIV, although spending has leaned towards the provision of ARV, there remains a 25% gap, and access is limited to preventive, diagnostic and follow-up services.

Institutional and community capacity to adequately and fully address the needs of populations with high vulnerability to HIV it is limited – as is the participation of key affected groups in opportunities through which they could exercise political influence to ensure a higher "visibility" and the inclusion of programmatic responses to their specific needs.

As a result, a differential and vulnerability approach has been selected, aimed at restricting the possibilities of growth or spread of the epidemic, contributing to reducing the social and economic impact of HIV/Aids, and strengthening the meeting of epidemiological, attention and coverage goals called for in the National Response Plan to HIV /Aids and the Millennium Development Goals.

The general purpose is to ***reduce the morbi-mortality and vulnerability associated with HIV/Aids in prioritized key groups in 75 of Colombia's municipalities*** through two specific objectives: 1) creating community capacity for adopting safe behavior, reduction of social vulnerability to HIV, and empowerment of key, prioritized groups; and 2) strengthening institutional and networking capacity for comprehensive attention for prioritized, key groups.

The main strategy is to fill the gap in preventive services and measures – and community and health services – for seven key groups that have been prioritized for reasons of their high vulnerability to HIV/Aids: persons living with HIV or AIDS (PLWHA), men who have sex with men (MSM), transgenderists, transsexuals and transvestites (TRANS), female commercial sex workers (FCSW), street people (STP), imprison people (PRI) and youths in condition or contexts of displacement (YCCD). A criterion also has been established for geographic focalization, selecting 75 of Colombia's 1,102 municipalities in 20 of the country's 32 departments, which concentrate the greatest number of cases of infection with HIV.

The first objective proposes the implementation of communication actions for behavioral change (CBC) and increase of the demand for voluntary counseling and testing (VCT) for the adoption of safe behavior and the timely access to diagnosis by the key groups. The strategies will be led by 1,200 peer leaders, 152 community services (SCA[2]) and 75 community networks that will receive technical and infrastructural improvement because they will be implemented at the grassroots level, in the natural scenarios for preventive actions. These actions are intended to reach 665,722 direct beneficiaries, corresponding to one third of all the persons in the key groups in Colombia.

The strategy recognizes that actions for reducing stigma and discrimination in social and community environments; and actions for reducing socio-economic vulnerability both contribute to the prevention of HIV/Aids, since both address the obstacles to effective health care, the negotiation of preventive measures and the search or request for services and orientation. In this way, the project proposes the creation of opportunities for the exercise of the rights and citizenship of groups traditionally excluded and hidden – actions with which it will reach 11,000 persons in the key groups and at least 30,000 persons in the communities.

The second objective seeks improvements in the services for those who, in response to the actions to induce demand discussed in objective 1, seek these services. To promote an adequate response to the demand of the key groups, strategies are proposed for improving the acceptability, accessibility and quality of the comprehensive

[1] Source of data: MPS – Observatorio Nacional de la Gestión en VIH/Sida – INS.
[2] Spanish acronym = type A community services

services for HIV/Aids in 228 selected health service institutions in the public network and 23 private health services working at the community level (SCB[3]). This would be based on the improvement of the technical capacity of 1,140 doctors in the mentioned 251 health service providers plus 62 jails; awareness raising for 3,500 persons in the health services to reduce stigmatizing practices, and improvement of the organizational, administrative and technical capacity of the 23 health services working at the community level. Through these quality services, 158,189 persons will be benefited with counseling, 118,642 with diagnostic testing, 4,700 with comprehensive treatment for HIV/Aids and 3,943 with antiretroviral therapy.

Presente un resumen de la propuesta sobre el VIH descrita de forma detallada en la sección 4.

Elabórelo una vez completada la sección 4.

La epidemia en Colombia[4] se caracteriza por permanecer concentrada afectando principalmente a grupos de población de alta vulnerabilidad al VIH, con una prevalencia general entre personas de 15 a 49 años de 0,7%, superior al 5% en hombres que tienen sexo con hombres (10,9%) y cercana al 3% en mujeres trabajadoras sexuales. Cerca del 38% de los casos se concentra en personas entre los 15 y 35 años y aunque afecta mayoritariamente a hombres (78%), desde 1998 viene presentándose cierta tendencia a la feminización de la epidemia, pasando de una relación hombre:mujer de 20:1 en 1993 a 2,3:1 en 2006. La vía sexual es predominante como medio probable de transmisión (96%), y aunque persiste el sub-registro, el 56% se atribuye a contacto heterosexual, el 28% a contacto homosexual y el 16% a bisexual.

Por otro lado, aunque el gasto general en salud ha aumentado en Colombia, se ha registrado disminución en el gasto para acciones colectivas de promoción y prevención y para la focalización en grupos de alta vulnerabilidad. Los esfuerzos se han concentrado en el logro de la cobertura universal en salud, existiendo aún una brecha en población general del 15%, con una distribución diferencial y de mayor peso en grupos de alta vulnerabilidad. En VIH aun cuando el gasto se ha inclinado a la provisión de ARV, persiste una brecha del 25% y el acceso es limitado a servicios preventivos, de diagnóstico y seguimiento.

La capacidad institucional y comunitaria para atender adecuada y plenamente las necesidades de las poblaciones con alta vulnerabilidad al VIH, es limitada, así como la participación de los grupos clave afectados en los espacios en los que podrían incidir políticamente para asegurar una mayor "visibilidad" y la inclusión de respuestas programáticas a sus necesidades específicas.

En consecuencia, se ha elegido un enfoque diferencial y de vulnerabilidad, para restringir las posibilidades de crecimiento o generalización de la epidemia, contribuir a reducir el impacto social y económico del VIH/Sida y fortalecer el cumplimiento de las metas epidemiológicas, de atención y cobertura previstas en el Plan Nacional de Respuesta al VIH/Sida y en los Objetivos del Milenio.

El propósito general es ***reducir la morbi-mortalidad y la vulnerabilidad asociadas al VIH/Sida en grupos clave priorizados de 75 municipios de Colombia,*** a través de dos objetivos específicos: 1) crear capacidad comunitaria para la adopción de comportamientos seguros, la reducción de la vulnerabilidad social al VIH y el empoderamiento de los grupos clave priorizados y 2) fortalecer la capacidad institucional y de trabajo en red para la atención integral de los grupos clave priorizados.

La principal estrategia es llenar la brecha de servicios y medios preventivos, servicios comunitarios y de salud para siete grupos clave que han sido priorizados por su alta vulnerabilidad al VIH/Sida: personas viviendo con VIH [PVVS], hombres que tienen sexo con hombres [HSH], transgeneristas, transexuales y travestis [TRANS], mujeres que ejercen la prostitución [PSC], personas en condición de calle [HC], personas privadas de la libertad o en cárceles [PPL] y jóvenes en condición o contextos de desplazamiento [JDESP]. También se ha establecido un criterio de focalización geográfica, eligiendo 75 de los 1.102 municipios de Colombia pertenecientes a 20 de los 32 departamentos del país, en los cuales se concentran la mayor cantidad de casos de infección por VIH.

Con el primer objetivo se plantea el desarrollo de acciones de comunicación para el cambio de comportamiento [CCC] y de inducción de demanda de asesoría y prueba voluntaria [APV] para la adopción de comportamientos seguros y la búsqueda oportuna de diagnóstico por parte de los grupos clave. Las estrategias estarán a cargo de 1.200 líderes pares, 152 servicios comunitarios y 75 redes comunitarias que tendrán mejoramiento técnico y de infraestructura porque implementarán desde la base[5] y en los entornos naturales las acciones preventivas. Con estas acciones se planea llegar a 665.722 beneficiarios directos que corresponden a una tercera parte del total de personas que integran los grupos clave en Colombia.

La estrategia reconoce las acciones de reducción de estigma y discriminación en entornos sociales y comunitarios y las de reducción de la vulnerabilidad socio-económica, aportan a la prevención del VIH/Sida, ya que ambas actúan como obstáculo al cuidado efectivo de la salud, la negociación de medios preventivos y la búsqueda o solicitud de

[3] Spanish acronym = type B community services
[4] Fuente de datos: MPS – Observatorio Nacional de la Gestión en VIH/Sida – INS.
[5] Desde la base = grassroots

servicios y orientación. De esta forma, se propone la generación de oportunidades para el ejercicio de los derechos y la ciudadanía en grupos tradicionalmente excluidos e invisibilizados, acciones con las que se llegará a 11.000 personas de los grupos clave y al menos a 30.000 personas en las comunidades.

El segundo objetivo busca mejoras en los servicios que atenderán a quienes en respuesta a las acciones de inducción de demanda previstas en el objetivo 1, acudan a dichos servicios. Para promover una respuesta adecuada a la demanda por parte de los grupos clave, se plantean estrategias de mejora en la aceptabilidad, accesibilidad y calidad de los servicios integrales en VIH/Sida que proveerán 228 servicios de salud de la red pública y 23 de la red privada seleccionados. Esto, a partir del mejoramiento de la capacidad técnica de 1.140 médicos de los 251 servicios de salud y de 62 cárceles, sensibilización a 3.500 personas de los servicios de salud para reducir prácticas estigmatizantes y la mejora de la capacidad organizacional, administrativa y técnica de los 23 servicios de salud con alcance comunitario. A través de estos servicios de calidad, se beneficiarán 158.189 personas con asesoría, 118.642 con pruebas diagnósticas, 4.700 con atención integral en VIH/Sida y 3.943 con terapia antirretroviral.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

4.1. Estrategias nacionales de prevención, tratamiento, atención y apoyo

(a) Resuma brevemente:

- las actuales estrategias nacionales de prevención, tratamiento, atención y apoyo;
- cómo responden estas estrategias exhaustivamente a la situación epidemiológica actual del país; y
- las mejoras en materia de VIH que se esperan obtener con la aplicación de estas estrategias.

Las estrategias de la respuesta nacional frente al VIH/Sida se enmarcan en la **declaración de compromiso en VIH/Sida suscrita ante la Asamblea de las Naciones Unidas en 2001 (UNGASS)**, renovada en 2006 y en el cumplimiento de los **Objetivos del Milenio (ODM)** que para Colombia se recogen en el Documento del Consejo Nacional de Política Económica y Social **-** CONPES 091 de 2005 "Metas y Estrategias de Colombia para el Logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio – 2015" Las metas nacionales para el control de la epidemia que han sido integradas también a los planes nacionales de desarrollo 2002-2006 y 2006-2010, son:

1) mantener la prevalencia de la infección por VIH por debajo del 1.2%;

2) aumentar el acceso a medicamentos antirretrovirales;

3) reducir la mortalidad por causa del Sida;

4) disminuir el número de casos de transmisión perinatal

5) incrementar el uso de medidas de protección como el condón, particularmente entre la población joven y en los siete (7) grupos identificados como de mayor vulenerabilidad al VIH.

El **Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010**, la **Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva** y el **Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y el Sida 2008-2011** son los marcos políticos, estratégicos y programáticos que orientan las acciones en VIH/Sida desde una perspectiva integral y multi-sectorial.

El **Plan Nacional de Salud Pública** (Decreto 3039/07 y Resolución 425/08), establece como segunda prioridad en salud pública para el país la salud sexual y reproductiva que incluye el manejo de la infección por VIH. Este plan se implementa a través de los planes departamentales y municipales de salud que por norma deben priorizar las acciones según su perfil epidemiológico y cumplir con lo previsto en el Modelo de Gestión Programático en VIH/Sida y en el Plan Nacional de Respuesta ante el VIH/Sida.

Por su parte, la **Política Nacional de SSR** se ha propuesto impulsar la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en los temas de SSR, ampliar la cobertura del sistema hacia poblaciones vulnerables, fortalecer los servicios de salud del país, en relación con la oportunidad, calidad e integralidad de la atención e implementar acciones de vigilancia. Un desarrollo directo de esta Política es el **Modelo de Gestión Programático en VIH/Sida** (Resolución 3442/06) que incluye la **Guía de Atención Integral en VIH/Sida**. Este Modelo es la herramienta que orienta la planeación y la ampliación de la respuesta frente al VIH/Sida desde el nivel subnacional, dada la condición de descentralización del sistema de salud en Colombia. Se busca asegurar que se destinen recursos para el cumplimiento de las metas de acceso universal a prevención y tratamiento desde el nivel subnacional y que se integren aspectos prioritarios como la promoción de los DDSSRR, la perspectiva de género, el reconocimiento de la vulnerabilidad y la reducción del estigma y la discriminación.

Colombia ha definido la atención integral[6] en VIH/Sida como el conjunto de intervenciones que se espera, limiten el crecimiento de la epidemia del VIH, eviten que quienes no están infectados se infecten y que quienes están infectados no transmitan el VIH, no se reinfecten y encuentren todos los recursos requeridos para satisfacer sus necesidades médicas, emocionales, sociales y económicas. De esta forma, la provisión de atención integral aseguraría a las personas que disponen de las condiciones necesarias para mantener una vida digna, activa, integrada, con garantía de derechos y ejercicio de deberes. Todo lo cual redundaría en la reducción del impacto social y económico de la epidemia.

Por lo anterior, se incluye una amplia gama de intervenciones que cubren acciones que modifiquen las condiciones de vulnerabilidad de la población; el desarrollo de intervenciones específicas para prevenir la transmisión del VIH/Sida, especialmente en poblaciones con mayor vulnerabilidad a la infección; el control de riesgos biológicos y la bioseguridad; la detección temprana de la infección por VIH; la vigilancia en salud pública; la atención integral de las PVVS y el monitoreo constante de la gestión en este campo.

Estas intervenciones requieren del compromiso del sector salud, pero también de otros sectores e instituciones que tienen el poder de actuar sobre los macrodeterminantes de la dinámica del VIH en el país; de los actores de carácter familiar y comunitario que tienen impacto sobre los procesos de socialización primaria y secundaria de las personas; de los actores vinculados con las estructuras formales de los sistemas de atención en salud que facilitan la protección, el cuidado la recuperación de la salud y de los actores comunitarios que los complementan.

Toda esta lógica de la intervención se encuentra integrada tanto a la Guía de Manejo del VIH/Sida como al **Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y el Sida 2008-2011**, que fue diseñado teniendo en cuenta la situación epidemiológica del país y los resultados de la evaluación de la eficacia de las intervenciones en el contexto global y nacional: *Reducción de la transmisión del VIH madre-hijo (García et. Al 2006); Aumento del Uso del Condón en la ultima relación sexual en jóvenes (Reportes proyecto Fondo Mundial segunda ronda, 2006); Aumento de acceso a terapia antirretroviral (TAR) de 18% del 2003 al 2005 (MPS, Onusida, Procesum, 2006); Aumento en el conocimiento básico sobre VIH entre la población femenina (Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2005).*También se tuvo en cuenta la evaluación de medio término del Plan 2003-2007 y la Consulta Nacional nacional sobre acceso universal (2006).

El Plan busca en términos generales, contribuir al logro del acceso universal a lo servicios de promoción, prevención, atención y apoyo en VIH/Sida, a través de:

- Promover en toda la población los conocimientos, las actitudes, los comportamientos y prácticas que propendan, a lo largo del ciclo vital, por el desarrollo de una sexualidad autónoma, responsable y placentera.
- Promover los factores protectores y reducir los factores de vulnerabilidad relacionados con las ITS, el VIH y Sida, con énfasis en poblaciones específicas caracterizadas como de alta vulnerabilidad (HSH, PSC, FFAA, población en condición de desplazamiento, población carcelaria, migrantes, desmovilizados de grupos armados irregulares, minorías étnicas), de acuerdo con los contextos regionales.
- Ampliar progresivamente la cobertura y el acceso a la atención integral con calidad de las personas infectadas y/o afectadas por el VIH y el Sida.
- Reducir el impacto social y económico de la epidemia de VIH y Sida mediante la reducción de las condiciones de vulnerabilidad y el mejoramiento de la calidad de vida de las PVVS y familias afectadas, especialmente de las más desprotegidas.
- Disponer de información que permita comprender la situación, dinámica de la epidemia, y de la respuesta nacional en todos los ejes del plan nacional, que oriente la toma de decisiones y el ajuste de estrategias para el cumplimiento de las metas propuestas.

Para ello ha definido cuatro (4) ejes de acción: 1) Promoción y prevención, 2) Atención integral, 3) Apoyo y protección social, 4) Seguimiento y evaluación.

Se plantea metas específicas y progresivas a 2011, dentro de las que se destacan las de mayor pertinencia para esta propuesta ante el FM:

- Incrementar en 10% el uso del condón en la última relación sexual penetrativa en jóvenes entre 15 y 24 años
- Mantener por debajo del 1% la prevalencia del VIH/Sida en población entre 15 y 49 años
- Mantener la prevalencia de VIH en HSH por debajo del 12%, en PSC por debajo del 3% y en PPL por debajo del 1%
- Reducir en 10% la mortalidad por Sida en comparación con el año 2.005

[6] Integral = comprehensive

NOVENA CONVOCATORIA – VIH

- Ampliar a un 96% la cobertura de terapia antirretroviral (línea de base 72%)
- Contar con estudios de vigilancia de segunda generación en HSH, PSC, PPL, personas con TB, gestantes
- El 70% de los departamentos y municipios han trabajado con OBC con experiencia en VIH, en DDHH, proyectos de apoyo y protección social

  Durante los cuatro años de duración se prevé una inversión estimada de € 38.000.000 que no incluye los costos directos de atención integral y de medicamentos antirretrovirales ya que por ley están cubiertos a través de los planes de aseguramiento en salud y los recursos de subsidio a la oferta, sin olvidar que existen brechas importantes en el cumplimiento de lo que está previsto por ley y en particular en lo que respecta a las poblaciones más vulnerables. Los principales avances en la respuesta nacional se podrían resumir en aspectos de la gestión programática en el marco de "los Tres Unos" y en el seguimiento a la estrategia de acceso universal a prevención y atención integral en VIH/Sida en población general.

- La conformación del Consejo Nacional de Sida (CONASIDA) como máxima autoridad intersectorial que orienta la política; la construcción de un Plan Nacional de Respuesta de carácter intersectorial y la creación del Observatorio Nacional de la Gestión en VIH /Sida con el cual se espera avanzar hacia un reporte de indicadores más confiable y preciso.
- Colombia también viene haciendo esfuerzos hacia el acceso universal de los servicios de atención integral, los tratamientos ARV y los procedimientos diagnósticos en población general:
  - Ha participado en estrategias regionales de negociación conjunta realizadas en Lima en el 2003 y en Buenos Aires en 2005 logrando reducciones de costos de hasta un 50% en esquemas básicos de tratamiento.
  - Ha suscrito un memorando de entendimiento con la fundación Bill Clinton y se expidió la ley 972 del 2005 que facilita el acceso a medicamentos ARV que hoy llega al 72% (en América Latina alcanza en promedio el 30%).
  - Viene aumentando de manera paulatina las coberturas de aseguramiento en salud en población general, llegando actualmente al 85%.
  - Se incorporaron todos los inhibidores de proteasa recomendados para el tratamiento ARV en el de aseguramiento en salud.

    Sin embargo, los recursos en salud pública resultan insuficientes para abordar todas las complejidades del Sida y para dar pleno alcance a todas las poblaciones clave afectadas o en condiciones de vulnerabilidad. En tales condiciones la atención integral adquiere carácter de urgencia y en contextos de restricción de recursos como el nuestro, lleva a restringir el alcance y cobertura de las acciones de promoción de la salud, de prevención de la enfermedad y de atención integral a los grupos más vulnerables.

La evaluación hecha en 2006[7] mostró la necesidad de aumentar la inversión, en particular en acciones de prevención dirigidas a los grupos de mayor vulnerabilidad, dentro de los que se encuentran los adolescentes y adultos jóvenes (que concentran el 60% de los casos reportados), los hombres (77%), así como acciones con enfoque de género por el incremento en el número de mujeres afectadas.

Así mismo, cerca de la mitad de la población en Colombia (47%) está bajo la línea de pobreza y cerca de 3´000.000 de personas se encuentran en situacion de desplazamiento forzoso, condiciones que no sólo incrementan los factores de vulnerabilidad al VIH/Sida por condiciones socioeconómicas, sino que hacen persistentes las barreras socio-culturales y de acceso a los servicios preventivos y de asistencia integral por razones de estigma y discriminación.

Pese a los avances de universalización del aseguramiento y la atención en población general y que la prevalencia general (O,7%) permanece aún muy por debajo de la meta de ODM (1,2%), existen deficiencias programáticas y financieras importantes en particular, en aquellas que se focalizan en los grupos de mayor vulnerabilidad, como los que se priorizan en esta propuesta.

[7] Evaluación de Medio Término del Plan 2004-2007 MPS/ ONUSIDA (Jáuregui et al, 2006)

NOVENA CONVOCATORIA – VIH

(b) De la siguiente lista, adjunte* **únicamente aquellos documentos que sean pertinentes** para el enfoque de esta propuesta (*o *identifique el número de Anexo específico de una propuesta de la Séptima u Octava Convocatoria, cuando se presentó por última vez el documento, y el Fondo Mundial extraerá dicho documento de los archivos).*

Identifique asimismo la(s) página(s) de estos documentos que apoyen las descripciones de la sección 4.1.

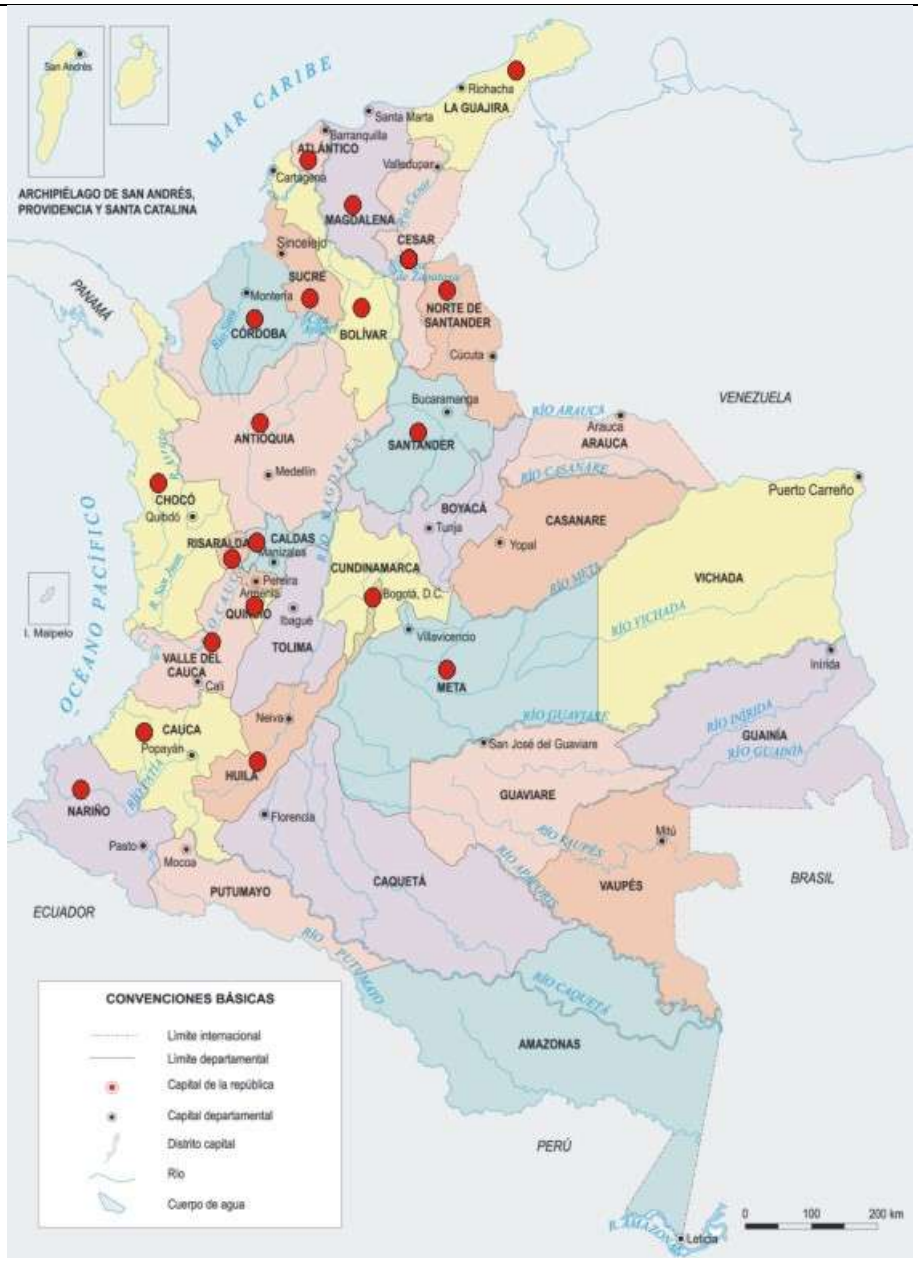
Documento	Número de anexo de la propuesta	Referencias de páginas
☑ Plan estratégico/desarrollo del sector salud nacional	Anexo # 7 VIH *Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010, "Estado Comunitario: desarrollo para todos". Ley 1151 de 2007.* Anexo # 8 VIH *Documento CONPES Social 091"Metas y Estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio - 2015 ODM para Colombia"*	Capítulo 3
☑ Estrategia o Plan nacional de control del VIH	Anexo # 9 VIH *Plan Nacional de respuesta ante el VIH y el SIDA 2008 – 2011*	Todo el libro
☑ Políticas importantes de cada subsector que sean pertinentes para la propuesta *(por ejemplo, política nacional o subnacional de recursos humanos, o normas y estándares)* .	1) Anexo # 55 – Sección 2.2.3 (b) *Plan Nacional de Salud Pública. Decreto 3039 de 2007* 2) Anexo # 10 VIH *Modelo de Gestión Programático de atención en VIH/Sida y la Guía para el manejo de VIH/Sida basada en la evidencia y Guía de practica clínica en VIH/Sida, Colombia, 2006*	1) Todo el libro 2) Todo el libro
☑ Informes de autoevaluación/revisiones de asesoramiento técnico más recientes, incluidos informes epidemiológicos que sean pertinentes para la propuesta ,	1) Anexo # 11 VIH *Informe de Acceso Universal, 2009 / Iniciativa Global hacia el acceso universal - Informe de la Consulta Nacional 2006* 2) Anexo # 12 VIH *Informe Final de Evaluación de Medio Termino del Plan Intersectorial de respuesta nacional ante el VIH/Sida, 2004-2007, junio de 2006, Bogota'.*	Todos los informes

	3) Anexo # 13 VIH *Informe de país a la Asamblea General de las Naciones Unidas de seguimiento a los compromisos de UNGASS enero 2008.MEGASS*	
☑ Plan nacional de monitoreo y evaluación (sector de la salud, específico de la enfermedad o de otro tipo)	Anexo # 14 VIH *Manual de Referencia, Observatorio Nacional de la Gestión en VIH/Sida, junio de 2006, Bogotá.*	Todo el documento
☑ Políticas nacionales para lograr la igualdad de género en relación con la prestación de servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo en el ámbito del VIH a todas las personas que necesiten dichos servicios	Anexo # 15 VIH *Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva SSR*	Todo el libro

NOVENA CONVOCATORIA – VIH

4.2. Antecedentes epidemiológicos

4.2.1. Ámbito geográfico de la propuesta		
(a) Las actividades van dirigidas:		
○ A todo el país	◉ A una región o regiones específicas ***En este caso, inserte un mapa para indicarla(s)*	○ A grupos específicos de población *** En este caso, inserte un mapa para indicar dónde se sitúan estos grupos en caso de encontrarse en una zona concreta del país*



(b) **Tamaño del grupo o grupos de población** *(Si los datos nacionales están desagregados de forma diferente incluya las nuevas categorías)*			
Grupos de población	**Tamaño de la población**	**Fuente de los datos**	**Año de la estimación**
Población total del país (todas las edades)	44.184.517	DANE: Proyecciones Nacionales y Departamentales de Población 2006-2020 www.dane.gov.co	2007
Mujeres mayores de 25 años	12.250.220		
Mujeres entre 20 y 24 años	1.987.617		
Mujeres entre 15 y 19 años	2.140.148		
Hombres mayores de 25 años	11.505.194		
Hombres entre 20 y 24 años	2.059.923		
Hombres entre 15 y 19 años	2.254.154		
Niñas entre 0 y 14 años	6.364.460		
Niños entre 0 y 14 años	6.646.489		

4.2.2. Epidemiología del VIH de las poblaciones objetivo *(Si los datos nacionales están desagregados de forma diferente incluya las nuevas categorías)*			
Grupos de población	**Número estimado**	**Fuente de los datos**	**Año de la estimación**
Número de personas que viven con el VIH *(todas las edades)*	204.497	MPS/Observatorio Nacional de la gestión en VIH/Sida/ONUSIDA: Estimación MOT	2008
Número de personas que viven con el VIH: casos reportados	33.489	Sistema de notificación pasiva de casos SIVIGILA: perfil epidémico / PNRVIH 2008-2011	2008
Mujeres embarazadas que viven con el VIH	1.270	MPS/Observatorio Nacional de la gestión en VIH/Sida: Estrategia para la prevención de la transmisión perinatal	2008
Hombres que tienen sexo con Hombres [HSH] y TRANS	575.083	MPS/ Observatorio Nacional de la gestión en VIH/Sida	2008
HSH y TRANS que viven con VIH	62.684	MPS/ Observatorio Nacional de la gestión en VIH/Sida /ONUSIDA: Estimación MOT	2008
Mujeres profesionales del sexo comercial [PSC]	237.205	MPS/ Observatorio Nacional de la gestión en VIH/Sida	2008
Mujeres PSC que viven con VIH	6.660	MPS/ Observatorio Nacional de la gestión en VIH/Sida /ONUSIDA: Estimación MOT	2008

4.2.2. Epidemiología del VIH de las poblaciones objetivo

(Si los datos nacionales están desagregados de forma diferente incluya las nuevas categorías)

Grupos de población	Número estimado	Fuente de los datos	Año de la estimación
Población en situación de calle [HC]	76.462	Estimaciones DANE www.dane.gov.co	2008
HC que viven con VIH	No hay dato de prevalencia		
Personas privadas de la libertad o internos en cárceles [PPL]	72.982	Estadísticas del INPEC www.inpec.gov.co	2009
PPL que viven con VIH	Número reportado: 129 No hay dato de prevalencia	Estadísticas del INPEC www.inpec.gov.co	2009
Jóvenes en condición de desplazamiento y/o en contexto s de desplazamiento [JDESP]	972.334	Estadísticas de Acción Social www.accionsocial.gov.co	2008
JDESP que viven con VIH	6.800	MPS/ Observatorio Nacional de la gestión en VIH/Sida	2008

4.3. Principales limitaciones y deficiencias

(Para responder a las siguientes preguntas considere las limitaciones y las deficiencias a nivel gubernamental, no gubernamental y comunitaria, y también las poblaciones clave afectadas [8] que puedan tener un acceso desproporcionadamente bajo a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo en el ámbito del VIH, incluidas las mujeres, las niñas y las minorías sexuales.)

4.3.1. Programa para el VIH

Describa:

- las principales deficiencias en la ejecución de las estrategias actuales en el ámbito del VIH;
- la forma en que estas deficiencias afectan al logro de los resultados nacionales previstos para el VIH; y
- las deficiencias actuales en la prestación de servicios a las poblaciones objetivo.

I. EJE ESTRATÉGICO: *PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN*

Con estas acciones el país busca promover conocimientos, actitudes, comportamientos y prácticas que protejan frente al VIH y reduzcan los factores de vulnerabilidad en población general y en poblaciones específicas de alta vulnerabilidad.

Algunos estudios de 2003[9] y 2007[10], así como las consultas a grupos técnicos y a la sociedad civil para la construcción y consolidación de las propuestas de Ronda 8 y 9 ante el FM, muestran desarrollos a través de campañas en medios masivos dirigidos a población general y con algunas referencias a poblaciones vulnerables, así como el desarrollo de algunos programas, *Proyecto de Reducción de Transmisión Madre-hijo, el plan de eliminación de sífilis congénita, el proyecto LAMBDA para HSH en Bogotá, el programa preventivo para el sector turístico en la costa caribe, el proyecto de movilización social para el sexo seguro en Bogotá, proyectos preventivos y educativos en cárceles, con FFMM y con comunidades de minorías étnicas, entre otros.*

[8] Consulte la definición en la sección 2 y que puede encontrarse en las *Directrices para la Novena convocatoria.*
[9] Cuentas Nacionales del VIH/Sida en Colombia 1999-2002 (Vargas et al., 2003)
[10] Evaluación de Medio Término del Plan 2004-2007 MPS/ ONUSIDA (Jáuregui et al, 2006)

El nivel subnacional tiene a su cargo el desarrollo de las acciones colectivas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad y de adquirir los medios preventivos necesarios para su adecuado desarrollo (p. ej. Condones).

LIMITACIONES Y DEFICIENCIAS:

Los estudios y las consultas muestran que:

a) el gasto en acciones colectivas de prevención y en compra de condones tiende a ser cada vez más bajo,

b) suelen priorizarse las acciones dirigidas a la población general por encima de acciones que focalicen en grupos con mayor vulnerabilidad, entre otras razones porque cuentan con mayor participación de gasto externo,

c) la focalización de acciones para los grupos de mayor vulnerabilidad dependen del nivel subnacional y de su voluntad política, lo que se dificulta por la "invisibilidad" y marginalidad de muchos de estos grupos, así como por la priorización de otros temas vinculados con fenómenos como el desplazamiento forzoso y la pobreza extrema que afectan a más de un 20% de la población del país.

d) cuando se desarrollan acciones focalizadas a estos grupos, suelen ser limitadas en alcance, cobertura y sostenibilidad en el mediano y largo plazo,

c) con el ánimo de llenar las brechas y las necesidades sentidas de estas poblaciones, las ONG, las OBC, la sociedad civil suelen hacerse cargo, pero cuentan con restringidos recursos técnicos y financieros, lo que a su vez limita el alcance y las coberturas poblacionales y geográficas.

El perfil epidemiológico del país indica que son los grupos de mayor vulnerabilidad los que siguen viéndose más afectados por la infección por VIH (en especial HSS, PSC, hombres y población joven), por ello, el nuevo Plan Nacional de Respuesta frente el VIH, ha adoptado un enfoque de vulnerabilidad y ha determinado la necesidad de focalizar acciones en los grupos en los que se concentran los mayores riesgos y a los cuales están llegando muy limitada y restringidamente servicios y medios preventivos.

También se indica la necesidad de hacer acciones de incidencia política que permitan poner en la agenda pública del nivel subnacional las nuevas prioridades de acción y que aseguren a los grupos vulnerables mayor visibilidad y exigibilidad en sus derechos. Actualmente las redes de PVVS, las OBC y la sociedad civil participan, pero de manera limitada y aún no se logran operativizar plenamente los mecanismos de participación, veeduría y control social de los grupos clave afectados en el sistema de salud.

II. EJE ESTRATÉGICO: *ATENCIÓN INTEGRAL*

Con estas acciones se busca ampliar de manera progresiva la cobertura y el acceso a la atención integral de calidad a las PVVS. Para ello se han diseñado una serie de herramientas de gestión y de manejo integral de la enfermedad que deben ser implementadas por los niveles sub-nacionales y por las instituciones de salud públicas y privadas: Modelo de Gestión Programatica y la Guía de Atención Integral en VIH/Sida.

LIMITACIONES Y DEFICIENCIAS:

f) El Estado del Arte de las acciones en VIH en Colombia (ONUSIDA/MPS, 2005) mostró que mientras algunas aseguradoras garantizan una atención integral de calidad con seguridad en el suministro de medicamentos, exámenes de carga viral y seguimiento mensual y han reducido su gasto por hospitalización, otras no cumplen de manera oportuna ni completa con sus obligaciones negando con frecuencia el derecho que tienen por ley las PVVS cubiertas por el sistema de seguridad social en salud. Si esto ocurre en el marco del aseguramiento, es más probable en el no aseguramiento cuando la atención está a cargo del nivel subnacional.

g) Esto puede deberse en parte a que según Vargas y otros (2003), el 80% del gasto en VIH se ha concentrado especialmente en la provisión de medicamentos ARV, mientras que el gasto en diagnóstico y seguimiento permanece bajo.

h) Aunque la mayoría de pacientes que viven con VIH o Sida y que están asegurados en salud, reciben tratamiento farmacológico y no farmacológico, se estima que el 15% de quienes requieren tratamiento no reciben los medicamentos que necesitan.

i) Hasta el año 2003 el 90% de los casos eran captados en fase Sida a partir de hospitalizaciones asociadas; desde entonces, las aseguradoras empezaron la búsqueda activa ofreciendo la asesoría y la prueba a pacientes con diagnóstico de TB o ITS, hoy, esto sigue ocurriendo en un 30% de los casos. Sin embargo, se estima que entre un 75 y un 80% de los nuevos casos que se diagnostican cumplen con los requisitos para el tratamiento ARV, por lo que el diagnóstico tardío sigue siendo lo común.

j) Existe un déficit importante de especialistas en enfermedades infecciosas, y comúnmente los pacientes son tratados por médicos generales o internistas sin mayor formación específica. La capacidad técnica es aún más limitada para la atención apropiada de poblaciones en condiciones especiales de vulnerabilidad. Esta deficiencia aplica también para los servicios de asesoría.

Dada la evidencia recabada en diversos estudios y recomendaciones, este tipo de dificultades y deficiencias en la atención afectan el pronóstico de los pacientes y por consiguiente, el pleno cumplimiento de las metas de reducción de morbilidad y mortalidad asociadas al VIH y al Sida planteadas por el país.

III. EJE ESTRATÉGICO: *APOYO Y PROTECCIÓN SOCIAL*

Con estas acciones se busca reducir las condiciones de vulnerabilidad social y económica, mejorar la calidad de vida de las PVVS y las familias más desprotegidas, y contribuir a mitigar el impacto socio-económico de la epidemia.

Colombia reconoce que la inequidad, la exclusión social, la pobreza material y el desplazamiento forzoso son factores de vulnerabilidad al VIH/Sida, que a su vez afectan en mayor medida a jóvenes y a mujeres. También reconoce que para dar una respuesta integral frente al VIH, no basta con asegurar el acceso a servicios preventivos y de salud, o a medios de protección o a condiciones para el ejercicio de los DDSSRR, ya que el VIH y el Sida deben ser entendidos y abordados también como problemas de desarrollo humano y de derechos humanos[11]. Por lo tanto, las acciones de reducción de la vulnerabilidad al VIH/Sida, requieren de acciones innovadoras que incorporen los factores de riesgo estructurales y los determinantes sociales y relacionales que también inciden en dar dinámica a la epidemia y que afectan especialmente a los grupos más vulnerables.

Si la vulnerabilidad social y la vulnerabilidad por condiciones particulares de género, de preferencia u orientación sexual, de identidad de género, de edad, incrementan los riesgos de infección por VIH[12], deben empezarse a contemplar como parte de las acciones preventivas. El desarrollo de programas que integran la mejora en las condiciones de vida y la promoción de medios de vida sostenibles[13] es reciente y creciente en Africa, Asia y en América Latina, y Colombia es uno de los países que ha incorporado exitosamente este enfoque a las acciones en VIH, por ejemplo en la propuesta desarrollada por Colombia para la Ronda 2 del FM.

Este componente de la respuesta es aún más pertinente en contextos de alta precariedad económica: Colombia es uno de los países con mayor índice de desigualdad de Gini en América Latina (53,8, 2007), cerca del la mitad de su población está por debajo de la línea de pobreza y alrededor del 20% tiene alguna necesidad básica insatisfecha.

LIMITACIONES Y DEFICIENCIAS:

La poca tradición y reciente desarrollo de acciones no sanitarias en la prevención del VIH, dificulta el pleno apoyo financiero, institucional y político a estas iniciativas. Sin embargo, la experiencia de cerca de 2.400 jóvenes en condición y/o en contexto de desplazamiento beneficiarios de cerca de 320 proyectos productivos económicos y socio-culturales en el marco del proyecto del FM en Colombia (Ronda 2), mostró que estas acciones contribuyen positivamente a mejorar la respuesta nacional frente al VIH. Se demostraron efectos concretos y positivos en áreas como la cohesión social, resiliencia, afrontamiento[14] y empoderamiento, así como mayor autonomía y control sobre distintas áreas de la vida, promoción de activos físicos, humanos y sociales y algunos aspectos de equidad de género, factores de reconocido influjo en la vulnerabilidad femenina y juvenil al VIH.[15] [16],

Los grupos clave priorizados en esta propuesta suelen concentrar una alta precariedad económica y suelen carecer de reales oportunidades de trasnformación de sus condiciones de vida, en especial la población HSH que comercia con sexo, los TRANS, las mujeres PSC, los HC y los JDESP. Se espera expandir el alcance de la experiencia exitosa de Ronda 2 y mejorar con ello las perspectivas de inclusión social, laboral y productiva de mujeres y de otros beneficiarios de los grupos clave en situación de pobreza, con el fin de reducir sus factores de vulnerabilidad socio-económica al VIH y al Sida.

IV. EJE ESTRATÉGICO: *SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA*

Con estas acciones se busca disponer de información que permita comprender la situación, dinámica de la epidemia y de la respuesta nacional en todos los ejes del Plan Nacional, que oriente la toma de decisiones y el ajuste de estrategias para el cuplimiento de las metas propuestas.

LIMITACIONES Y DEFICIENCIAS:

El país ha avanzado en la consolidación del Observatorio Nacional de la Gestión en VIH/Sida, sin embargo el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) no logra aún que la vigilancia rutinaria suministre de manera completa y oportuna la información necesaria para conocer el estado de la epidemia en el territorio. Es necesario fortalecer el sistema de vigilancia para mejorar el monitoreo de la epidemia y de las tendencias de comportamientos y prácticas que incrementan el riesgo en la poblaciones, lugares y tiempos específicos.

Los grandes retos de la respuesta nacional al VIH y del sistema de salud podrían resumirse en:

1) aumentar el acceso y la cobertura de servicios de promoción de la SSR y de prevención del VIH y otras ITS en poblaciones con mayores factores de vulnerabilidad al VIH,

---

[11] Open Society Institute, 2007. *Los Derechos Humanos y el VIH/Sida: ahora más que nunca*. NY: Public Health Program Law and Health Initiative.
[12] UNAIDS (2000). *Report on the global HIV/AIDS epidemic.* Geneve, UNAIDS.
[13] Medios de vida sostenibles = sustainable livelihoods
[14] Afrontamiento= coping styles
[15] Mejía, I.E. (2008). *Emprendimientos Juveniles y su efecto en la reducción de la vulnerabilidad al VIH/Sida en mujeres jóvenes: el caso del proyecto del Fondo Mundial en Colombia.* Universidad Javeriana.
[16] OIM/Proyecto Colombia (2008). *Los emprendimientos juveniles y su aporte a la reducción de la vulnerabilidad al VIH/Sida: una mirada y distintas ópticas.* Colección: cuadernos técnicos del PFMC.

2) promover y asegurar el acceso al diagnóstico y a la identificación oportuna de casos;

3) promover el aseguramiento en salud en grupos difíciles de alcanzar, alejados de los servicios y de la institucionalidad;

4) aplicar los protocolos de manejo y criterios para el TAR oportuno y reducir los costos por incapacidad y muerte.

La propuesta de Colombia para la Ronda 9 busca apoyar el cumplimiento de las metas nacionales planteadas en el Plan 2008-2011 y complementar el alcance y cobertura de las acciones que permitan avanzar hacia la superación de las limitaciones y deficiencias descritas.

4.3.2. Sistema de Salud

Describa las principales limitaciones y/o deficiencias del sistema de salud que afectan a los resultados en materia de VIH.

La descripción puede incluir un análisis de:

- *las problemáticas a nivel de la programación y prestación de servicios que son comunes al VIH, tuberculosis y malaria; y*
- *problemáticas relacionadas con el sistema de salud y a los resultados en materia de VIH (por ejemplo: los servicios de PTMI), que pueden no estar relacionadas con la programación y prestación de servicios en materia de malaria y tuberculosis.*

En Colombia el Sistema de Seguridad Social en Salud funciona bajo el esquema de aseguramiento con distintas modalidades de afiliación y planes de beneficio, con lo cual se busca lograr el máximo de cobertura, garantía del derecho a la salud y cumplimiento del principio de universalidad, entre otros. Tras la búsqueda del aseguramiento universal en salud, el gasto del sector ha sido incrementado hasta alcanzar en 2002 el 10% del PIB (Vargas et al., 2003).

La atención a la población sin aseguramiento en salud, corre por cuenta del Estado y la atención se da en la red pública de servicios a través de recursos de subsidio a la oferta. El nivel subnacional tiene a su cargo la atención en salud de los grupos de mayor vulnerabilidad socio-económica, aquellos que no cotizan a ninguna aseguradora o que no se encuentran afiliados al sistema.

A pesar de la creciente inversión, el país aún no logra el aseguramiento universal, se desconoce con exactitud el porcentaje de población no afiliada dado que existen regímenes de excepción que benefician a un número desconocido de personas. Al año 2008 la afiliación correspondía al 85% de la población.

La atención en salud de la población no asegurada debería estar a cargo del Estado en cabeza de sistemas de salud subnacionales, sin embargo, la realidad muestra varias deficiencias:

a) El déficit en la cobertura no se distribuye igual en todos los grupos de población, y se concentra en mayor medida en grupos en vulnerabilidad crítica, excluidos y pobres. Aunque no existe un perfil de las personas sin aseguramiento, algunos estudios focalizados en grupos de alta vulnerabilidad, sugieren que esta condición suele concentrarse en mayor medida en grupos de población desocupada, desempleada o en la informalidad, sin vinculación a la institucionalidad formal (en la cual es obligatorio el aseguramiento en salud), sin ingresos estables, sin vivienda estable y con alta movilidad (que impide el registro en el sistema de identificación de potenciales beneficiarios de los programas sociales – SISBEN-).

b) De acuerdo con las consultas hechas, son diversas las razones por las que estos grupos no acceden fácilmente a los servicios: por desconocimiento de los derechos, los servicios y los procedimientos (rutas de derechos); por temor a un trato indigno y humillante; por temor a ser señalado y estigmatizado por alguna condición; por falta de dinero para pagar los costos que, aunque bajos, se cargan al usuario y ello en condiciones de precariedad económica puede significar el dinero de la vivienda, la comida o la supervivencia básica; por pobre calidad en la atención; por respuestas parciales o fragmentadas frente a las condiciones y necesidades de los usuarios.

c) La situación es aún más crítica para personas no aseguradas cuyos gobiernos subnacionales no hayan priorizado políticas de atención a poblaciones pobres y en alta vulnerabilidad, ya que ésta es una obligación delegada por nivel nacional al subnacional.

Las principales deficiencias y limitaciones del sistema de salud podrían resumirse así:

- **Insuficiencia de recursos y necesidades que compiten entre sí:** los recursos para realizar acciones de prevención y promoción de la salud en VIH/Sida en el nivel subnacional compiten con otras prioridades de salud pública, esto afecta la priorización del VIH por parte de autoridades de salud encargadas de la planificación, ejecución y evaluación de los servicios.

- **Debilidad en la capacidad técnica y en la gestión de servicios y suministros en el nivel subnacional:** la capacidad técnica es débil para abordar a los grupos más vulnerables afectados por la epidemia, incluyendo la planificación para la selección, entrenamiento, formación continua y motivación del personal de salud. También hay dificultades con el suministro adecuado y oportuno de insumos diagnósticos, preventivos y farmacológicos.
- **Inexistencia de modelos de atención integral específicos:** no existen modelos o guías de atención integral que aborden las necesidades diferenciales de las poblaciones de alta vulnerabilidad.
- **Barreras de acceso:** Aún persisten importantes barreras relacionadas con estigma y discriminación para las poblaciones de alta vulnerabilidad. También hay barreras de cobertura o aseguramiento en salud para las poblaciones de alta vulnerabilidad.
- **Limitación en la oferta** de acciones individuales de promoción y prevención, restringido suministro de condones, acciones de CCC, prevención positiva, profilaxis PEP y de infecciones oportunistas (IO), esquemas de vacunación para personas con VIH, diagnostico y manejo sindromático.
- **Debilidad y pobre articulación con servicios comunitarios:** aunque el país tiene tradición de trabajo con ONG y OBC en VIH no se han logrado definir mecanismos para el trabajo integrado y en red que permita complementariedad y mejor acceso a poblaciones ocultas y difíciles de alcanzar.[17]

4.3.3. Esfuerzos para resolver las limitaciones y deficiencias del sistema de salud

Describa qué se está haciendo para responder a las limitaciones y deficiencias del sistema de salud que afectan a los resultados en materia de VIH, y quién lo hace.

La manera como el país está dando respuesta a estas limitaciones / debilidades:

- **En respuesta a la cobertura insuficiente del sistema de aseguramiento:**. A partir de la expedición de la ley 1122/07 y de los aportes que las empresas realizan al sistema de aseguramiento se ha incrementado en un 0.5% el valor de la cotización sobre el salario de los trabajadores lo cual aumenta los recursos disponibles para el sistema. Esto permitirá la inclusión progresiva de nuevos afiliados al sistema de seguridad social. Actualmente se ha priorizado el aseguramiento de mujeres gestantes y niños.
- **Para superar la insuficiencia de recursos y superar las necesidades que compiten entre sí**, se ha planeado desde los marcos políticos (por ejemplo la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva), fortalecer la prioridad política de los tomadores de decisión[18] a nivel subnacional para que se incluyan los temas de SSR y de VIH en los procesos de planeación. La cooperación también ha sido importante en el fortalecimiento de la capacidad local (municipal) para buscar alternativas a las brechas programáticas y financieras (por ejemplo, Proyecto 2ª Ronda Fondo Mundial). Hay avances importantes en el marco Normativo (Plan Nacional de Salud Pública y Resolución. 425/08 para que se asignen recursos a las acciones de Sida a través de los planes locales de salud).
- **Para superar la débil capacidad técnica en el nivel subnacional,** el MPS viene haciendo acompañamiento técnico a las direcciones de salud subnacionales para que implementen el Modelo de Gestión Programática y la Guía de Manejo del VIH/Sida.
    - Para superar la débil gestión de los servicios, las direcciones de salud subnacionales junto con las instituciones prestadoras de servicios de salud públicos y privados realizan actividades de prevención colectivas en desarrollo de la Política Nacional de SSR, actividades de promoción del uso del condón en poblaciones vulnerables, fomento de la detección temprana del VIH mediante la promoción de la asesoría pre y post-prueba voluntaria y consentida, fomento de la detección del VIH en la mujeres gestantes y ampliación del acceso a la prevención de la transmisión materno infantil, mejora al acceso y uso racional de la terapia ARV de acuerdo a las guías nacionales de atención.
    - El MPS junto con las direcciones de salud subnacionales buscan mejorar la accesibilidad a los servicios de salud a través de la reorganización de las redes de prestación de servicios y la mejora de su capacidad resolutiva a través de guías de atención para enfermedades de interés en salud pública, entre las que se incluye el VIH/sida. En conjunto también con el equipo interagencial de Naciones Unidas para VIH trabajan para implementar modelos de gestión más integrales y sensibles a las necesidades y derechos de los grupos vulnerables.
    - El MPS, conjuntamente con las direcciones de salud subnacionales, trabaja sobre la calidad de los servicios a través de habilitación, acreditación y metodologías de evaluación de servicios de salud. Con el apoyo de la cooperación internacional se prevé consolidar herramientas para el monitoreo específico de la calidad de la atención del VIH/Sida.

[18] Tomadores de decisión = policy makers

- **Inexistencia de modelos de atención integral específicos**: se reconoce que el trabajo con las poblaciones en alta vulnerabilidad es indispensable para lograr una respuesta integral a la problemática y que existen aún barreras importantes y debilidad en el compromiso político subnacional que es necesario abordar con una estrategia específica que es precisamente la que propone en esta propuesta ante el FM.
- **Barreras de acceso**: Este es uno de los retos más difíciles de superar, progresivamente se han creado mecanismos de movilización social y participación comunitaria para realizar acciones de veeduría, y se han desarrollado acciones de capacitación de las organizaciones de la sociedad civil para que induzcan la demanda de los servicios y eduquen a los usuarios en el sistema de salud y en los derechos que tienen por ley. Muchas de las estrategias que se plantean en esta propuesta ante el FM, apuntan también a mejorar este aspecto.
- **Para evitar la limitación en la oferta de servicios,** se ha sensibilizado a las autoridades y responsables de la prestación de servicios de salud para priorizar acciones preventivas y de atención que tengan impacto en la salud de las poblaciones vulnerables. Pero también y en respuesta a la debilidad y pobre articulación con los servicios comunitarios se ha reconocido la necesidad de integrar a las ONG y OBC que ofrecen servicios comunitarios como actores activos y permanentes de la intersectorialidad con el fin de complementar el accionar sobre poblaciones con alta vulnerabilidad. Este es otro aspecto que se busca reforzar con esta propuesta ante el FM.
- **Para superar las debilidades en los sistemas de información,** el MPS junto con el INS y las direcciones de salud subnacionales trabajan en el fortalecimiento de la capacidad departamental y municipal para la generación, análisis y difusión de la información relacionada con la prestación de servicios de salud. Específicamente el MPS trabaja en la consolidación del Observatorio Nacional de la Gestión en VIH/Sida y junto con el INS, en la consolidación de la estrategia nacional para la vigilancia del VIH/sida con estudios centinela en gestantes y de vigilancia de segunda generación en grupos priorizados (HSH, PSC, población con TB) así como en el fortalecimiento de la notificación activa de casos mediante una ficha única de notificación nacional. Aspecto que también se piensa reforzar con esta propuesta ante el FM.

NOVENA CONVOCATORIA – VIH

4.4. Prioridades de la Novena Convocatoria

Complete las tablas siguientes sobre la base de una cobertura programática (*y no de los datos financieros*) para **tres a seis ámbitos** identificados por el solicitante como intervenciones prioritarias para la presente propuesta. Asegúrese de que la elección de prioridades sea coherente con la epidemiología actual del VIH y las limitaciones y deficiencias identificadas en la sección 4.2.2 y 4.3.

Nota: Aquí también deberán incluirse todas las necesidades de fortalecimiento de los sistemas de salud que respondan de forma más eficaz sobre una base programática para el VIH, y que sean ámbitos de trabajo importantes en esta propuesta.

Nº de prioridad:	1	**Historial**		**Actual**		**Metas nacionales**			
Nombre del indicador	Número de condones distribuidos a grupos clave priorizados	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**
A: Meta nacional *(de los planes anuales, si éstos existen)*		224.975.880	227.468.400	230.474.040	236.106.600	238.939.879	241.807.158	244.708.844	247.645.350
B: Necesidad que ya se prevé satisfacer con otros programas		8.000.000	15.000.000	18.000.000	18.500.000	19.000.000	19.500.000	19.500.000	20.000.000
C: Brecha anual prevista en la consecución de los planes		216.975.880	212.468.400	212.474.040	217.606.600	219.939.879	222.307.158	225.208.844	227.645.350
D: Contribución de la propuesta para la Novena Convocatoria para satisfacer la necesidad total		*(puede ser igual o menor que la brecha estimada total)*			-	-	13.000.000	21.000.000	16.800.000 Año 2014 y 4.200.000 Año 2015

Nº de prioridad:	2	**Historial**		**Actual**		**Metas nacionales**			
Nombre del indicador	Número de asesorías pre-prueba realizadas a grupos clave priorizados	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**
A: Meta nacional *(de los planes anuales, si éstos existen)*		300.000	325.000	350.000	350.000	400.000	450.000	450.000	500.000
B: Necesidad que ya se prevé satisfacer con otros programas		95.466	96.000	133.333	200.000	200.000	266.667	293.333	333.333
C: Brecha anual prevista en la consecución de los planes		204.534	229.000	216.667	150.000	200.000	183.333	156.667	166.667
D: Contribución de la propuesta para la Novena Convocatoria para satisfacer la necesidad total		*(puede ser igual o menor que la brecha estimada total)*			-	-	34.221	78.818	45.149

NOVENA CONVOCATORIA – VIH

Nº de prioridad:	3	Historial		Actual		Metas nacionales			
Nombre del indicador	Número de pruebas diagnósticas (ELISA) realizadas a grupos clave priorizados	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**
A: Meta nacional *(de los planes anuales, si existen éstos)*		225.000	243.750	262.500	262.500	300.000	337.500	337.500	375.000
B: Necesidad que ya se prevé satisfacer con otros programas		71.600	72.000	100.000	150.000	150.000	200.000	220.000	250.000
C: Brecha anual prevista en la consecución de los planes		153.400	171.750	162.500	112.500	150.000	137.500	117.500	125.000
D: Contribución de la propuesta para la Novena Convocatoria para satisfacer la necesidad total		*(puede ser igual o menor que la brecha estimada total)*			-	-	25.666	59.114	33.862

Nº de prioridad:	4	Historial		Actual		Metas nacionales			
Nombre del indicador	Número de pacientes que reciben tratamiento ARV	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**
A: Meta nacional *(de los planes anuales, si existen éstos)*		24.436	25.411	26.425	27.480	28.579	29.723	30.912	31.160
B: Necesidad que ya se prevé satisfacer con otros programas		10.000	15.000	15.500	20.000	22.000	25.000	25.000	30.000
C: Brecha anual prevista en la consecución de los planes		14.436	10.411	10.925	7.480	6.579	4.723	5.912	1.160
D: Contribución de la propuesta para la Novena Convocatoria para satisfacer la necesidad total		*(puede ser igual o menor que la brecha estimada total)*			-	-	875	1.985	1.083

➔ *Si presenta seis ámbitos prioritarios, copie una vez más la tabla anterior.*

4.5. Estrategia de ejecución

4.5.1. Intervenciones de la Novena Convocatoria

Explique: (i) quién se ocupará de cada área de actividad (el Receptor Principal, el Sub-receptor u otros encargados de la ejecución); y (ii) la población o poblaciones destinatarias. *Asegúrese de que la explicación siga el orden de cada objetivo, el área de prestación de servicios (APS), las actividades y el indicador que aparecen en el "Marco de Desempeño" (Anexo A). El Fondo Mundial recomienda que el plan de trabajo y el presupuesto sigan el mismo orden.*

Si se prevén actividades que beneficien al sistema de salud y que puedan incluirse fácilmente en la descripción del programa de VIH (porque contribuyen sobre todo a los resultados en materia de VIH), inclúyalas solo en esta sección de la propuesta para la Novena Convocatoria.

***Nota**: Si se prevén otras actividades que beneficien conjuntamente a los resultados en materia de VIH, tuberculosis y malaria (y a los resultados en materia de salud aparte de estas tres enfermedades), y que no puedan incluirse fácilmente en una estrategia de "programa por enfermedad", podrán incluirse en la sección 4B **en una propuesta por enfermedad** en la Novena Convocatoria. El solicitante deberá decidir en qué enfermedad incluye la sección 4B (pero en una sola ocasión). ➔ Para más información sobre esta elección, véanse las Directrices para la Novena Convocatoria (sección 4.5.1).*

Con esta propuesta se busca ***reducir la morbilidad, la mortalidad y la vulnerabilidad asociadas al VIH/Sida en grupos clave priorizados de 75 municipios de Colombia,*** y con ello contribuir en el largo plazo a reducir el impacto social y económico del VIH/Sida y fortalecer el cumplimiento de las metas establecidas en el Plan Nacional de Respuesta ante el VIH/Sida , en el marco de los Objetivos del Milenio.

Se plantea una estrategia general de enfoque diferencial y de derechos, de acuerdo con condiciones de vulnerabilidad específicas para cada uno de los siete (7) grupos clave que se han priorizado. Estos siete grupos corresponden a aquellos que, de acuerdo con el perfil epidemiológico del país, se encuentran más afectados por la infección ya que concentran la mayor cantidad de casos de VIH y Sida, razón por la que han sido declarados como grupos prioritarios por el Modelo de Gestión Programática y el Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y el Sida 2008-2011.

La evidencia es clara en indicar que en contextos de epidemias concentradas como es el caso de Colombia, con bajas prevalencias en población general y con prevalencias por encima del 5% en grupos de alta vulnerabilidad (por ejemplo HSH), es necesario concentrar acciones en los grupos que muestran mayores factores de vulnerabilidad y riesgo, con el fin de restringir las posibilidades de generalización de la epidemia.

Los grupos clave priorizados por esta propuesta son: 1) personas que viven con VIH o Sida [PVVS], 2) hombres que tienen sexo con hombres [HSH], 3) transgeneristas, transexuales o travestis [TRANS], 4) mujeres profesionales del sexo comercial [PSC], 5) personas privadas de la libertad ó en cárceles [PPL], 6) personas en situación de calle [HC], 7) jóvenes de 10-24 años desplazados por el conflicto armado o que viven en comunidades receptoras de población desplazada [JDESP]. La focalización también se basó en un análisis de vulnerabilidad que consideró los siguientes criterios:

1) Algunos de estos grupos muestran prevalencias de VIH más altas que la población general u otros grupos (HSH, PSC)
2) Ven vulnerados sus derechos, son víctimas de estigma y discriminación y son excluidos de las redes de servicios y de las oportunidades (PVVS, HSH, TRANS, PSC, HC, JDESP)
3) Sus condiciones de vida y contextos afectan su calidad de vida e incrementan el riesgo y la vulnerabilidad al VIH/Sida por razones de desarraigo, precariedad económica o inexistencia de redes sociales (TRANS, PSC, HC, PPL, JDESP)
4) Tienen necesidades especiales que requieren acciones urgentes de restitución de derechos y medidas de protección social (PVVS, TRANS, PSC, HC, JDESP)
5) Son prioritarios por la realidad política y social derivada del extenso conflicto armado que vive Colombia desde hace décadas (JDESP)
6) Por su informalidad tienen menor aseguramiento por el sistema de seguridad social en salud (TRANS, PSC, HC).

Entre un universo estimado de 1´967.555 personas que pertenecen a cada uno de los 7 grupos clave priorizados, se planea llegar con acciones preventivas (objetivo 1) a una tercera parte, es decir a 665.722 personas[19] y paralelamente ofrecer asesoramiento a 158.189 personas, pruebas diagnósticas a 118.642, atención integral a 4.700 y terapia antirretroviral a 3.943 personas. Estas últimas acciones que corresponden al objetivo 2, se focalizan a personas que dentro de las 665.722 iniciales, no cuentan con aseguramiento en salud y que a partir de las prevalencias y porcentajes

[19] La meta de cobertura para cada grupo se detalla en el Anexo # 1 VIH: PVVS: 16,3; HSH y TRANS: 33%, PSC: 33%, HC: 33%, PPL: 58,5% y JDESP: 33%.

estimados de no aseguramiento, se proyectan en los tamaños descritos (ver Anexo # 1 VIH para una detallada descripción de cada grupo, tamaño, meta específica y previsión de beneficio previsto).

También se han definido criterios de focalización geográfica, priorizando la acción en 75 de los 1.102 municipios de Colombia (equivalente a 6,8%), pertenecientes a 20 de los 32 departamentos (equivalente a 62.5%). Los departamentos fueron responsables de establecer los municipios a priorizar, teniendo como criterio la carga de enfermedad, factores de vulnerabilidad en SSR, capacidad instalada, garantía de alcanzar las cotas poblacionales que se definan para cada una de las poblaciones vulnerables (con excepción de las PPL) y compromiso de apoyo y seguimiento a las acciones del proyecto, de la mano con organismos de la sociedad civil (ver Anexo # 2 VIH).

Como parte del marco de desempeño se han integrado dos indicadores de impacto con los que se pretenderá medir el cumplimiento del objetivo general: la prevalencia de infección por VIH en la que se establecen metas de mantenimiento de la prevalencia de VIH en HSH por debajo de 12%, en PSC por debajo del 3% y en el resto de los grupos clave, por debajo del 1%, metas definidas en congruencia con las metas establecidas por el Plan Nacional de Respuesta ante el VIH. Y el porcentaje de personas con VIH que reciben tratamiento 12 meses después de iniciada la terapia antirretroviral, para el cual se han trazado metas progresivas anuales empezando por el año 2 con un 70% y terminando en el año 5 con un 95% de éxito en la adherencia.

Para el logro del objetivo general, se han previsto dos componentes o productos específicos: uno con el que se busca el fortalecimiento comunitario para la prevención del VIH y el empoderamiento de los grupos clave priorizados y otro con el que se busca el fortalecimiento de las instituciones de salud públicas y privadas para la atención integral y de calidad a los grupos clave priorizados.

Objetivo específico 1:

Crear capacidad comunitaria[20] para la adopción de comportamientos seguros[21], la reducción de la vulnerabilidad social al VIH y el empoderamiento de los grupos clave priorizados

Las acciones previstas para este objetivo buscan dar respuesta a las **brechas**[22] de acceso a servicios preventivos para los grupos de alta vulnerabilidad al VIH, a "visibilizar" a los grupos y a crear condiciones favorables al ejercicio de derechos humanos, sociales, culturales y económicos. También buscan mejorar la capacidad de los servicios comunitarios para que logren mayor alcance, calidad y sostenibilidad en sus acciones.

En términos generales se pretende promover la búsqueda activa de diagnóstico oportuno y de servicios integrales por parte de los grupos clave priorizados, así como su participación en el desarrollo de acciones de promoción de la salud y prevención con miras a la transformación conductas sexuales de riesgo estimuladas por normas sociales y culturales, creencias erradas, factores de estigma y discriminación.

Las acciones preventivas se ajustarán a la realidad y necesidades particulares de cada uno de los siete grupos clave priorizados y se realizarán a través de estrategias que permitan el acercamiento activo a los grupos en sus ambientes naturales, a partir de la creación y fortalecimiento de servicios comunitarios que distribuirán condones y realizarán brigadas de prevención del VIH/Sida/ITS y promoción de la salud a través del acercamiento en calle[23] y otros ambientes de encuentro y trabajo con pares.

APS: Comunicación para el cambio de comportamiento: medios de comunicación y ayuda a las comunidades

En esta área se prevé:

1.1 implementar estrategias de promoción de la demanda de asesoría y prueba voluntaria (APV), así como estrategias de comunicación para el cambio de comportamientos. Estas acciones estarán a cargo de 1.200 líderes pares en las comunidades y 310 en cárceles, formados como formadores o educadores en VIH/Sida e ITS, con el fin de facilitar la identificación y la transformación de normas sociales y culturales que refuerzan las conductas sexuales de riesgo y de promover la búsqueda de diagnóstico temprano a través de la red de servicios del proyecto en lo local. Estos líderes pares serán identificados, formados y acompañados por 152 organizaciones de base comunitaria (OBC, en adelante servicios comunitarios tipo A [SCA])[24].

---

[20] Crear capacidad comunitaria = community capacity building

[21] Por comportamientos seguros entendemos: negociación y uso consistente del condón masculino, reconocimiento de síntomas de ITS y búsqueda oportuna de asesoría y servicios, uso de servicios para la detección temprana del VIH, retardo en el inicio de relaciones sexuales penetrativas (JDESP), reducción en el número de parejas sexuales, consumo de alcohol y otras drogas relacionado con el sexo no protegido.

[22] Brechas = gaps

[23] Acercamiento a calle = outreach work

[24] Los servicios comunitarios tipo A corresponden a ONG u OBC de baja complejidad que ofrecen servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, espacios de participación y educación en derechos y ciudadanía, entre otros. Estos servicios no cuentan con personal de salud permanente, ni con infraestructura que les permita habilitarse como instituciones prestadoras de servicios de salud, pero se caracterizan por ser lugares de apoyo, educación y encuentro comunitario.

Las estrategias de CCC se diseñarán con base en un análisis de los contenidos, códigos y efectos de estrategias similares que se hayan desarrollado en el país para los grupos clave priorizados, y se asegurará la participación activa de los mismos grupos en todas las fases de diseño de las estrategias para asegurar la *aceptabilidad* y pertinencia de la comunicación. La comunicación será transmitida a través de medios alternativos (emisoras comunitarias, eventos culturales, animaciones en calle, cuentos, graffitis, etc.) y de cara a cara que aseguren la plena focalización en los grupos priorizados por la propuesta y buscarán promover los comportamientos seguros que incluyen: reconocimiento de síntomas de ITS y búsqueda oportuna de servicios, reducción en el número de parejas sexuales, uso de servicios para la detección temprana del VIH, retardo en el inicio de relaciones sexuales penetrativas (para JDESP), consumo de alcohol y otras drogas relacionado con el sexo no protegido, así como la promoción y negociación del uso correcto y sistemático del condón con referencias al género.

a) Beneficiarios directos: 665.722 personas de los grupos clave priorizados: 622.974 en comunidad y 42.748 en cárceles, b) desarrollo de una estrategia comunicativa para cada grupo clave, para asegurar plena pertinencia y aceptabilidad, c) producción y distribución progresiva de de 600.000 grupos de piezas comunicativas impresas, d) producción de un módulo pedagógico de CCC y de promoción de APV para líderes pares, e) formación de 1.510 pares que actuarán como educadores en VIH, f) desarrollo de 54.000 brigadas[25] de acercamiento a calle, g) operación de 150 carpas.

Para el marco de desempeño, se han definido indicadores de uso de condón en las relaciones penetrativas con diferenciación para HSH, PSC y otros grupos. Al respecto se espera un incremento en el uso del condón de más del 70% en HSH, del 95% en PSC, del 60% en jóvenes y se establecerá la meta a alcanzar para los demás grupos sobre las líneas de base a levantar en el año 1.

Los responsables de estas acciones serán: un subreceptor nacional, las entidades beneficiarias (SCA), los líderes pares, las redes de los grupos clave, las redes comunitarias y el sector privado (empresas y comercio).

APS: Condones

También se busca mejorar el acceso a medios preventivos como el condón y lubricantes a través de acciones de mercadeo social.

1.2 incrementar la disponibilidad de medios preventivos (condones y lubricantes) para los grupos clave. Los condones serán distribuidos de manera progresiva, en el marco de las estrategias de CCC, por parte de los líderes pares, durante las brigadas de outreach. En total se estima distribuir un total de 55.000.000 condones y 600.000 lubricantes, estos últimos a HSH, TRANS y algunos a PSC.

Para dar respuesta a la falta de sostenibilidad, debilidad en la capacidad y pobre cobertura de las acciones de las OBC y otras ONG que trabajan en VIH y con grupos de alta vulnerabilidad se han planeado acciones de creación y fortalecimiento de servicios comunitarios de bajo nivel de complejidad. Estos SCA funcionarán como “puente” entre los grupos clave ocultos, difíciles de alcanzar y alejados de la institucionalidad; con sus acciones y las de los pares inducirán demanda de APV y otros servicios de salud integrales y ofrecerán un apoyo cercano e *in situ* a los grupos desde el interior de sus comunidades.

Los responsables de estas acciones serán: el RP, el agente nacional de compras, entidades beneficiarias SCA y redes comunitarias

APS: Refuerzo de las capacidades institucionales / fortalecimiento de servicios comunitarios

Para ello se ha planeado:

1.3 Crear y fortalecer servicios comunitarios tipo A para la prevención del VIH/Sida/ITS, la promoción de la demanda de APV, la educación en derechos y el empoderamiento de los grupos clave.

Las condiciones y características particulares de los grupos clave que son meta de esta propuesta, hacen que su identificación y aproximación efectiva deba darse de preferencia en las comunidades y entornos naturales en los que viven, trabajan y confluyen estos grupos y no en entornos formales o institucionales. Las OBC conocen a fondo estas realidades y por ello suelen estar ubicadas en los entornos en los que se localizan los grupos meta de sus intervenciones. Es por esto que esta propuesta ha considerado que los actores naturales por excelencia para el trabajo preventivo con estos grupos son el primer lugar, los pares y luego las OBC o SCA.

Si bien se desconoce el número exacto, Colombia cuenta con un número importante de OBC que trabajan con poblaciones en condiciones de vulnerabilidad y con los grupos clave focalizados por esta propuesta. Se ha planeado hacer un inventario y mapeo de recursos para establecer la existencia de OBC en las comunidades a intervenir y establecer la capacidad instalada de las mismas para implementar las acciones previstas para los SCA. De la evaluación de necesidades se podrá construir la línea de base de las áreas organizacionales a fortalecer y monitorear su progreso.

---

[25] Una de estas brigadas semanales se concentrará exclusivamente en la identificación y contacto de HSH en espacios de encuentro tales como bares, cafés, saunas/baños turcos, plazas y parques que operan como conocidos lugares de encuentro y contacto con profesionales del sexo comercial masculino.

Estos SCA serán "apadrinadas" y asistidas técnicamente por 25 entidades operadoras o ejecutoras (EE) que serán subreceptoras de los recursos en el nivel local[26] (ver 3.1.1 en el work plan). Estas EE presentarán propuestas con uniones temporales o alianzas con otras entidades que también cumplan los requisitos de experiencia específica y amplia capacidad técnica en VIH/Sida, servicios preventivos y de salud, intervenciones con grupos altamente vulnerables, juventud, género y productividad (ver sección 4.9.3), la selección se desarrollará bajo un criterio de calificación para el cumplimiento de términos de referencia específicos. Una vez seleccionadas la EE, se firmarán los convenios de ejecución para implementar en el trabajo en los 75 municipios focalizados.

Dado que los SCA son el "brazo operativo" fundamental del proyecto en lo local, es necesario contar al menos con uno de ellos en cada una de las comunidades a intervenir y asegurar que los SCA identificados y existentes tengan suficiente capacidad locativa, técnica y organizacional para liderar las acciones preventivas. Es por esto que se propone financiar la creación de al menos 20 SCA en zonas en las que no se identificó ningún recurso comunitario u OBC. Esta financiación se hará a proyectos bien estructurados y fundamentados, que cumplan plenamente con los TR que se definirán para tal fin.

Para el caso de la SCA existentes, se propone un plan de mejoramiento de las capacidades locativas y de dotación para que cuenten al menos con un espacio apto para reuniones y encuentros comunitarios, y un plan de asistencia técnica de 108 horas de duración, de acuerdo con las necesidades identificadas en el diagnóstico de necesidades inicial.

a) 152 servicios comunitarios tipo A (SCA) con capacidad locativa y técnica para ofrecer servicios preventivos (nuevos o existentes), b) 20 EE en alianza, apadrinan a 152 SCA y les asisten técnicamente

Los responsables de estas acciones serán: el RP y los receptores del nivel local o EE.

La movilización social para visibilizar los grupos clave es condición fundamental no sólo para el cuidado y la búsqueda activa de servicios, sino para el ejercicio del derecho a la información, la salud y los medios preventivos. El fuerte estigma del que son víctimas la mayoría de los grupos clave priorizados en esta propuesta, actúa como barrera para el cuidado efectivo de la salud, impide la adopción de comportamientos más seguros, la comunicación del estado serológico a parejas y cuidadores, la búsqueda oportuna de servicios de salud, la permanencia y observancia en los tratamientos y el uso de los medicamentos para el VIH[27]. El temor a ser aún más discriminado y excluido de la vida comunitaria hace que muchas personas prefieran permanecer menos visibles y difíciles de alcanzar por las acciones preventivas y de atención, lo que incrementa sus condiciones de vulnerabilidad.

Se prevén acciones de movilización social para hacer visibles a los grupos clave priorizados y sus necesidades. Esta visibilización implica la promoción y fortalecimiento de redes sociales y comunitarias sensibilizadas frente al VIH y los grupos afectados, actuando de una forma protectora, con respeto y tolerancia y reconociendo en los grupos clave, ciudadanos con derechos y deberes.

También se propone facultar y empoderar a los grupos clave priorizados, promover condiciones para su participación eficaz y para la incidencia política que les asegure representatividad en espacios de toma de decisiones, conocimiento de derechos y deberes y mecanismos para el ejercicio efectivo de derechos.

APS: Refuerzo de la sociedad civil / reducción de estigma en todas las circunstancias

1.4 Implementar estrategias de movilización social para la reducción del estigma y la discriminación, la incidencia política y el agenciamiento social de los grupos clave.

Para la movilización social efectiva y la incidencia política se requiere de actores con poder y capacidad no sólo para participar activamente en los escenarios políticos, institucionales e interinstitucionales en los que se toman decisiones sobre planes, programas y proyectos en torno al VIH, sino para actuar como modelos y formadores de otros en sus grupos de referencia. Se planea promover el fortalecimiento de una red nacional de PVVS y de otras tres redes regionales que representen los intereses de otros grupos clave priorizados: por ejemplo PSC, redes juveniles, o redes de HSH/TRANS.

Parte del fortalecimiento de estas redes de grupos clave será el apoyo técnico para la construcción de planes de acción concretos de incidencia política, basados en resultados, su seguimiento y sistematización. Se apoyarán 3 encuentros nacionales para representantes de las redes en los que, además de construir y hacer seguimiento a resultados de los planes de acción, se trabajará la formación en temas como abogacía[28], incidencia política, construcción de redes, trabajo con pares, planificación y gestión de proyectos, veeduría y control ciudadano y otros temas que permitan a las redes participar activa y efectivamente en espacios intersectoriales en los que se definen los planes, programas y proyectos en VIH para el nivel subnacional (por ejemplo, los comités intersectoriales de VIH/Sida).

[26] Ver task 3.1.1 del work plan.
[27] ONUSIDA (2008). *Reducir el estigma y la discriminación por el VIH: una parte fundamental de los programas nacionales del sida. Recursos para partes interesadas en la respuesta al VIH en diferentes países.* ONUSIDA/08.22S/JC1521S.
[28] Abogacía = advocacy

Se propone también apoyar la conformación de 75 redes de tipo comunitario (al menos una en cada municipio) que se diferencian de las redes de grupos clave, porque están conformadas por líderes comunitarios y líderes de opinión de las comunidades locales en las que se desplegarán las acciones de CCC y de promoción de demanda de APV, son zonas de encuentro o vivienda de los grupos clave priorizados y son los lugares en los que se ubican los servicios comunitarios tipo A y tipo B (ver objetivo 2). Es necesario asegurar un entorno favorable y solidario no sólo a las acciones previstas, sino a los grupos beneficiarios, para ello se han previsto intervenciones que reduzcan el estigma y la discriminación de los grupos clave en sus comunidades. Estas intervenciones serán facilitadas por las comunidades mismas a través de las redes comunitarias que serán dinamizadas, empoderadas y capacitadas por los SCA y los líderes pares. Se trabajarán estrategias de educación popular y comunitaria basadas en herramientas que se traducirán y ajustarán a los contextos locales (Understanding and Challenging HIV Stigma, Alliance, AED, ICRW, 2007).

Las acciones de reducción de estigma y discriminación serán reforzadas a través de una campaña de comunicación de radio a ser transmitida a nivel nacional y en emisoras comunitarias y locales. Se apoyará la producción de una campaña con variaciones específicas a cada uno de los grupos clave y la pauta se gestionará con el sector privado, a través del código cívico y los programas de responsabilidad social empresarial. También se apoyarán campañas de comunicación locales en medios alternativos que serán desarrolladas a través de 50 eventos comunitarios de carácter cultural, que faciliten la movilización social en torno al VIH, su impacto social y la construcción de tolerancia frente a las PVVS y los grupos más afectados. Se producirá material impreso para el apoyo a la comunicación.

Dado que una de las brechas identificadas corresponde a la "invisibilidad" y exclusión de los grupos clave y la vulneración de sus derechos. Se propone promover espacios de encuentro y educación en derechos en los que no sólo se permita a los grupos clave encontrarse y participar, sino que se promueva la educación para el ejercicio ciudadano, la incidencia política y la reflexión, la educación en torno al VIH/Sida y la promoción de las actividades del Proyecto. Cada SCA organizará al menos un encuentro comunitario quincenal en los salones construidos o acondicionados para ello.

a) Apoyo a los planes de acción de incidencia política de una red nacional de PVVS, de 3 redes regionales de los grupos clave, y apoyo a la consolidación de 75 redes comunitarias, b) desarrollo de una campaña radial y 50 eventos comunitarios para trabajar la comunicación en torno al estigma y la discriminación de los grupos clave, c) producción y distribución progresiva de 600.000 piezas comunicativas en torno al estigma y discriminación, d) 1.500 guías pedagógicas en estigma y discriminación, e) 2.700 encuentros comunitarios se desarrollan como parte del empoderamiento de las comunidades y grupos clave y como refuerzo a las estrategias de CCC antes descritas.

Los responsables de estas acciones serán: el RP, Subreceptor del nivel nacional, las entidades beneficiarias SCA, las redes de los grupos clave, las redes comunitarias y el sector privado (medios de comunicación).

Tal como se señaló en el análisis de brechas programáticas, gran parte de la vulnerabilidad al VIH en muchos de estos grupos corresponde a la ausencia de oportunidades de desarrollo social y económico sostenible. La generación de oportunidades educativas y productivas ha comprobado ser un factor protector fundamental no sólo porque permite construir y promover activos materiales, sino porque estimula la creación de capital social ó tejido social e incrementa el nivel de reconocimiento y confianza en los grupos como parte integrante de una comunidad, lo que a su vez facilita su inclusión social.

La experiencia en torno a los emprendimientos juveniles[29] como medios para la prevención del VIH y otras ITS en jóvenes durante el proyecto de la 2ª Ronda del FM para Colombia, dejó lecciones aprendidas que el país quiere retomar y potenciar, no sólo con los jóvenes en condición de desplazamiento forzoso sino con otros grupos clave de alta vulnerabilidad.

APS: Creación de entorno de soporte: reducción de la vulnerabilidad social al VIH

1.5 Promover la creación de oportunidades productivas para reducir la vulnerabilidad social al VIH/Sida, generar opciones de inclusión laboral y social para los grupos clave.

Se propone la creación de oportunidades productivas a través de un fondo de proyectos de capital semilla que beneficiarán a 3.000 personas de todos los grupos, excepto a los internos en cárceles. Se espera que estos proyectos productivos de tipo económico o socio-cultural, contribuyan a definir modos de vida sostenibles[30] que mejoren las condiciones socio-económicas, viabilicen proyectos de vida más sólidos y sostenibles y reduzcan los factores de vulnerabilidad económica asociados al VIH y al Sida. Las personas que se beneficien de estas acciones deberán comprometerse también como líderes educadores de pares para la prevención del VIH/Sida y otras ITS, la promoción de la salud y la demanda de servicios y llegar con servicios preventivos a un mínimo de 30.000 beneficiarios indirectos entre pares de los grupos clave y otras personas de la comunidad.

Para asegurar la viabilidad y sostenibilidad de estos proyectos se propone por un lado, el desarrollo de un plan de formación que acompañará la construcción y gestión de los proyectos desde su formulación, en temas como formación vocacional, gestión de proyectos, contabilidad, administración. Un módulo completo de esta formación se dedicará a la formación en VIH. Por otro lado, se plantea la creación de planes de sostenibilidad de los proyectos a través de estrategias de comercialización y mercadeo, formalización, redes de emprendimientos y gestión de fuentes de financiamiento diferentes al proyecto con el FM.

[29] Emprendimientos juveniles = juvenile entrepreneurships
[30] Modos de vida sostenibles = sustainable livelihoods

Dadas las recomendaciones del proyecto de la 2ª Ronda del FM, no todas las personas cuentan con condiciones para la micro-empresa y el emprendimiento. Esta propuesta ha incorporado acciones de formación vocacional para el trabajo dirigidas a 1.000 mujeres de los grupos clave (no PPL), para contribuir a la reducción de los factores de vulnerabilidad socio-económica al VIH fuertemente asociadas a inequidad de género (dependencia económica, VBG, etc.). Se propone que en alianza con el sector privado, al menos 700 de estas mujeres que han sido formadas, puedan hacer pasantías de formación de tres meses, tiempo durante el cual se les subsidiará un pago mensual y se gestionará su integración al mundo laboral.

a) Apoyo a 1.000 proyectos productivos de tipo económico o socio-cultural que cumplan con las condiciones de selección previstas para tal fin y que beneficien a 3.000 personas de los grupos clave, b) acciones de multiplicación de información preventiva en VIH a 30.000 beneficiarios indirectos de las comunidades, c) 500 proyectos productivos cuentan con planes de sostenibilidad plenamente operativos, d) 1.000 mujeres de los grupos clave reciben formación para el trabajo, e) 700 mujeres de los grupos clave logran integrarse al mundo laboral.

Los responsables de estas acciones serán: RP, los receptores del nivel local o EE, el sector privado (industria, empresas y comercio).

El análisis de brechas y la consulta hecha a la sociedad civil representante de los grupos clave afectados evidenció limitaciones importantes en la oferta de servicios, persistentes barreras de acceso y deficiencias en la calidad y en la atención integral[31]. Para contribuir a que la demanda inducida de servicios por parte de los grupos clave sea satisfecha de manera adecuada y para aportar en la reducción de la morbilidad y la mortalidad asociadas al VIH y al Sida, se propone el segundo objetivo de esta propuesta.

Objetivo específico 2:

Fortalecer la capacidad institucional[32] y de trabajo en red[33] para la atención integral de los grupos clave priorizados

Con este objetivo se pretende reducir las barreras de acceso a los servicios y asegurar que una vez entren en contacto con los servicios, los grupos clave priorizados encuentren la información, el apoyo, la asistencia y los tratamientos que necesiten de acuerdo con sus condiciones sociales y de salud.

Dada la vulnerabilidad específica de estos grupos y la dificultad de dar respuesta a la complejidad y diversidad de sus necesidades desde el sistema de salud, se requiere no sólo mejorar la capacidad de las instituciones de salud para atender adecuadamente a estas personas, sino un trabajo articulado con los servicios comunitarios que no sólo están más cerca de los grupos clave priorizados y los conocen más a fondo, sino que pueden asegurar más fácilmente la aplicación de un enfoque de derechos y de equidad en la aproximación a estos grupos.

La participación de los servicios comunitarios también facilita la transformación de condiciones sociales y culturales presentes en el entorno de los grupos que no sólo afectan su salud, sino su bienestar y calidad de vida. La existencia de servicios comunitarios fortalecidos permitirá, entre otras cosas, flexibilizar la atención en modalidades extra-murales, domiciliarias, comunitarias, complementando así el trabajo realizado por el sistema de salud.

En esta propuesta se trabajará con dos tipos de servicios comunitarios, aquellos que apoyarán las acciones preventivas y promocionales descritas en el objetivo 1, que servirán como puente informativo para hacer referencia y contrarreferencia hacia los servicios institucionales y los otros servicios comunitarios de carácter más institucional, realizarán servicios de APV, proveerán asistencia psico-social a los grupos clave priorizados y trabajarán en red con las comunidades y los servicios de salud públicos involucrados en el proyecto (tipo B, en adelante SCB[34]).

La propuesta busca fortalecer los servicios integrales en **VIH/Sida y TB** de 228 servicios públicos de salud y 23 SBC, a los cuales se remitirán las personas de los grupos clave priorizados que se beneficien de los servicios preventivos y acciones comunitarias desarrolladas como parte del objetivo 1.

El fortalecimiento de la capacidad institucional va de la mano con el mejoramiento de la capacidad técnica de los equipos de salud y comunitarios, de la educación en trabajo con minorías, la aplicación de un enfoque de vulnerabilidad y de género, la educación y sensibilización para la reducción de prácticas discriminatorias en el sistema de salud y en las comunidades, y la incorporación del trabajo en red para asegurar la asistencia integral en las diferentes áreas de vida de las personas. Así mismo, se prevé el fortalecimiento organizacional y de gestión administrativa que mejore la

[31] Atención integral = comprehensive services
[32] Fortalecer la capacidad institucional = strengthening institutional capacity
[33] Trabajo en red = networking
[34] Los servicios comunitarios tipo B son de media complejidad y se diferencian de los servicios comunitarios preventivos tipo A a los que se hizo mención en el objetivo 1. Son también ONG u OBC que deben cumplir con una serie de requisitos para ser habilitadas como instituciones prestadoras de servicios de salud y comprobar el cumplimiento de los aspectos definidos en la guía de atención integral en VIH/Sida. Ofrecen un servicio complementario a las instituciones de salud y aseguran un ambiente más humano y acompañamiento permanente a las personas afectadas por el VIH/Sida. Tienen capacidad de ofrecer atención sanitaria y psicosocial: medicina, enfermería, psicología, psiquiatría, trabajo social, asesoría legal y jurídica, educación vocacional, entre otros.

auto-sostenibilidad de los servicios comunitarios.

También se busca facilitar la atención oportuna a las personas de los grupos clave que no cuentan con aseguramiento en salud y que requieren servicios de asesoría, pruebas diagnósticas, exámenes de seguimiento y control y terapia antirretroviral.

APS: Refuerzo de las capacidades institucionales / personal de salud / calidad de los servicios / tratamiento con ARV y seguimiento

Las actividades específicas son:

2.1 Mejorar la capacidad en las instituciones de salud para la atención integral[35] y la aceptabilidad[36] de los servicios en VIH/Sida, según condiciones de vulnerabilidad específica.

Dada la diversidad y amplitud del universo institucional[37], es necesario hacer el mapa de recursos de salud en los 75 municipios focalizados y definir junto con las direcciones de salud subnacionales, los criterios de selección de las instituciones de salud que se beneficiarán de las acciones del proyecto y que integrarán las alianzas con los subreceptores locales o EE. Al igual que a los SCA, a las instituciones públicas y a los SCB se les hará una evaluación de necesidades y se construirá una línea de base que permita establecer el progreso en las áreas a ser intervenidas desde el proyecto.

El mapeo de recursos de los SCA, las instituciones públicas y los SCB estará a cargo de un solo subreceptor nacional que tendrá que coordinar su ejercicio diagnóstico con los departamentos, municipios y con las EE. Las EE presentarán una propuesta de alianza con entidades beneficiarias que incluirán entre otros aspectos, un plan de acción local y un perfil de las instituciones en alianza. La selección final de las EE y sus alianzas, seguirá procedimientos de selección predeterminados por el RP, con el fin de minimizar al máximo los riesgos de ejecución de las acciones durante el curso del proyecto. Este esquema de funcionamiento responde a las lecciones aprendidas y recomendaciones del Proyecto de 2ª Ronda del FM, finalizado en 2008.

El análisis de brechas evidenció que el recurso médico especializado en la atención integral al VIH y al Sida en el país es limitado. Se busca que el personal médico a cargo de los servicios de **SSR** y de **TB** de las instituciones de salud públicas y los SCB se beneficie de un plan de formación específico en el Modelo de Gestión Programática en VIH, en las Guías de manejo clínico en VIH/Sida que ha desarrollado el MPS y en la atención integral en VIH y Sida con enfoque diferencial y de vulnerabilidad. Esta formación toma tiempo y el personal médico que siempre es escaso, suele tener dificultades para ausentarse de los servicios por períodos de tiempo prolongados. Por esto se propone un esquema de formación virtual o e-learning que ofrece la mejor relación costo – efectividad para dar formación de 80 a 120 horas en promedio, a 600 médicos de los equipos de salud de 251 instituciones y de 62 cárceles en atención integral de calidad al VIH, al Sida, a las ITS y a la **TB**. Esto facilitará la participación del personal de la salud que por los diferentes esquemas de contratación, turnos o dificultades de desplazamiento, suele presentar ausentismo en cursos presenciales. Esta plataforma quedará como recurso para que el MPS cree capacidad similar en otros municipios y departamentos del país.

En complemento a la formación no presencial se han propuesto dos encuentros periódicos que se realizarán en cada una de las 5 regiones operativas que ha definido el RP. Sin embargo, debido al cambio realizado en el uso de pruebas rápidas, que son poco conocidas y manejadas en el país, el primer encuentro de formación se planteó antes de la formación virtual, de tal forma que los médicos pudieran contar con los elementos generales del tema de atención integral en VIH, puedan compartir experiencias y adicionalmente conozcan y aprendan el uso y manejo de las pruebas rápidas que utilizará el programa. El segundo encuentro busca reforzar los contenidos aprendidos, intercambiar experiencias y recopilar recomendaciones y lecciones aprendidas para ser sistematizadas al final de proyecto.

El proyecto había contemplado inicialmente la formación de 1.140 médicos en los encuentros y 600 en la formación virtual. Debido a los altos costos, se replanteó esta actividad y los encuentros se presupuestaron para los 1.140 médicos y personal de salud y la formación virtual solo para 600, con el objetivo que al interior de los servicios de salud y servicios comunitarios tipo B se comparta este conocimiento con el resto de personal médico que no recibirá la formación virtual.

Adicionalmente se busca mejorar la capacidad de las instituciones y de las direcciones de salud subnacionales en la optimización de la gestión de adquisiciones, suministros y medicamentos, a través de un taller nacional de 16 horas, con la participación del RP, la OPS y el agente de adquisiciones y suministros que se defina en el marco del GAS del proyecto.

Como parte del mejoramiento de la atención oportuna e integral a las personas de los grupos clave que reciban un diagnóstico positivo durante el curso de las acciones del proyecto y a las PVVS previamente diagnosticadas (según

[35] Incluirá información de atención psicológica, nutricional, odontológica, prevención primaria y secundaria de enfermedades oportunistas, adherencia al tratamiento.

[36] Por *aceptabilidad* se entiende "grado de compatibilidad de un servicio con las necesidades culturales, valores, estándares de una comunidad" o grupo específico (Glosario de términos útiles para la elaboración de propuestas de Fortalecimiento de Sistemas Comunitarios – OPS).

[37] A 2004 el MPS tenía registradas cerca de 14.800 instituciones de salud, de las cuales 2.900 eran privadas.

criterios de inclusión definidos en Anexo # 1), que no tengan aseguramiento en salud, se asegurará el acceso a controles periódicos (al menos tres por paciente durante un año) que incluirán la aplicación de exámenes de control y seguimiento (CD4 y carga viral) y a terapia antirretroviral de primera línea durante un año.

Las EE tienen un año en cada caso para hacer gestión con las direcciones de salud subnacionales y las empresas que administran los planes de beneficio en salud, para promover la afiliación de estas personas al sistema de aseguramiento en salud tan pronto termine el apoyo por parte del proyecto del FM. El proyecto subsidiará apenas un 13% del total de las consultas a realizarse con quienes se estima que demandarán estos servicios y que corresponden a las consultas que proveerán los SCB. Se espera que a través de la gestión y el compromiso de las direcciones de salud subnacionales, se facilite que las instituciones públicas beneficiarias del proyecto, atiendan de manera oportuna a las personas sin aseguramiento de los grupos clave priorizados.

Una de las deficiencias identificadas fue la calidad del servicio y las actitudes de estigma y discriminación de las que son víctimas los usuarios de los servicios de salud que pertenecen a los grupos clave. Para contrarrestar en parte estos factores se propone integrar a los servicios a un líder par de los grupos clave para que, desde adentro de los servicios, oriente a los usuarios, haga control de calidad y veeduría de los servicios que se ofrecen.

a) 1.140 médicos de 251 instituciones de salud y 62 cárceles formados en atención integral al VIH/Sida con enfoque diferencial y de vulnerabilidad, b) 65 personas de las direcciones de salud subnacionales y de las instituciones de salud participantes formados en optimización de la gestión de compras, suministros y medicamentos, c) 4.700 pacientes de los grupos clave reciben al menos 3 controles de seguimiento, d) 3.943 pacientes de los grupos clave reciben durante ocho meses en promedio, terapia antirretroviral de primera línea, e) producción de 3.000 guías de referencia rápida.

En el marco de desempeño se integra un indicador para la APS de tratamiento ARV y seguimiento: Número de adultos y niños con infección avanzada de VIH que actualmente reciben tratamiento antirretroviral.

El responsable de estas acciones será el RP, Subreceptor del nivel nacional, subreceptores del nivel local ó EE, entidades beneficiarias de salud y SCB, direcciones de salud subnacionales.

APS: reducción de estigma y discriminación en todas las circunstancias / refuerzo de las capacidades institucionales: calidad de los servicios / pruebas y asesoramiento / profilaxis post-exposición

2.2 Mejorar la accesibilidad[38] de los grupos clave a asesoría y prueba voluntaria (APV)[39] en las instituciones de salud participantes.

Con el fin de disminuir las barreras de acceso asociadas al estigma y la discriminación y mejorar la *amigabilidad* de los servicios de salud, se propone un trabajo de sensibilización a los equipos médicos y administrativos (en contacto con los usuarios) de las instituciones de salud beneficiarias y de las cárceles[40]. De manera complementaria se implementarán acciones de monitoreo de la calidad de los servicios y de la satisfacción de los usuarios a través de las acciones de asistencia técnica de las EE, el RP y de encuestas específicas que serán diligenciadas permanentemente y depositadas en buzones que se instalarán en cada uno de los 330 servicios de salud.

Para facilitar el acceso a APV las EE y las direcciones de salud subnacionales harán gestiones para que los servicios de SSR, de **TB** y de urgencias de las instituciones de salud beneficiarias promocionen la APV para los usuarios de los grupos clave. Otras 1.000 personas de los equipos de salud de las instituciones beneficiarias y de las cárceles, recibirán capacitación en servicios de asesoría pre y post prueba con enfoque de vulnerabilidad crítica, aspectos éticos y de confidencialidad para asegurar la provisión de servicios de APV de calidad. Se producirán guías pedagógicas en APV para reforzar dicho entrenamiento.

De un total de 158.189 asesorías pre-prueba que se estima realizar a los usuarios de los grupos clave no asegurados por el sistema de salud, el proyecto subsidiará el 13% que ofrecerán los SCB y que corresponden a 20.570 asesorías y una proporción similar en asesorías post-prueba equivalentes a 6.170. Se suministrarán 118.642 pruebas de detección de VIH, correspondientes al 75% de quienes después de recibir la asesoría, accederán a hacerse voluntariamente la prueba. Y de acuerdo con las prevalencias diferenciales para los grupos se calculó un requerimiento de 4.060 pruebas confirmatorias. Todos los servicios recibirán una capacitación del subreceptor nacional que estará a cargo de la provisión y procesamiento de las pruebas y exámenes.

Otra de las deficiencias descritas corresponde a la fragmentación de los servicios y a la dificultad de hacer un manejo integrado de cada caso. Se espera que promoviendo el trabajo articulado y en red de todos los servicios de salud y comunitarios que se beneficiaran de las acciones del proyecto, así como de las otras instituciones que trabajarán en los MCD y en los comités intersectoriales de VIH del nivel sub-nacional, se logre construir y divulgar ampliamente un

[38] Por *accesibilidad* se entiende "la ausencia de barreras geográficas, financieras, organizacionales y/o estructurales para la participación en el sistema de salud y/o para la utilización de los servicios de salud y otros servicios sociales. Siendo esencial que las personas reciban servicios que estén de acuerdo con sus necesidades (Glosario de términos útiles para la elaboración de propuestas de Fortalecimiento de Sistemas Comunitarios – OPS).

[39] APV = VCT voluntary counselling and testing

[40] Se traducirá, ajustará a los contextos locales y se aplicará la guía de EngerderHealth llamada "Reducing Stigma and Discrimination Related to HIV and AIDS: Training for Health Care Workers" (2004).

sistema de referencia y contrarreferencia de casos y definir claramente rutas de servicios para los grupos clave en los 20 departamentos seleccionados.

Una última estrategia para mejorar la accesibilidad de los servicios en poblaciones escondidas y difíciles de alcanzar (en particular a los HC, PSC y TRANS), corresponde a la adquisición de carpas, que servirán para trabajar las brigadas de CCC descritas en el objetivo 1 y para ofrecer servicios extra-murales de APV, atención integral en VIH/Sida, promover las rutas de servicios y las acciones comunitarias a los grupos clave, en sus entornos naturales. a) 3.500 personas de los servicios de salud, de los SCB y de cárceles sensibilizados para reducir prácticas estigmatizantes con los grupos clave, b) producción de 500 guías pedagógicas para reducir estigma y discriminación en servicios de salud, c) 1.000 personas capacitadas en APV con enfoque diferencial y de vulnerabilidad, d) 158.189 personas de los grupos clave reciben servicios de asesoría pre-prueba y 118.642 se realizan una prueba de detección de VIH, e) 20 sistemas de referencia y contrarreferencia de casos se construyen y se divulgan, f) 150 carpas operan para completar de manera extra-mural los servicios preventivos y de salud para los grupos clave.

El marco de desempeño incluye dos indicadores para la APS de calidad de los servicios, uno que corresponde al porcentaje de instituciones que prestan servicios en VIH a los grupos clave priorizados con características de calidad, esperando que al final del año 5 el 90% de las instituciones de salud beneficiadas lo hagan. El otro indica el porcentaje de personas que expresan su satisfacción con los servicios, esperando alcanzar el 90% al final del proyecto.

Se incluyen también indicadores de desempeño para la APS de pruebas y asesoramiento que corresponde a porcentaje de personas de los grupos PSC y HSH priorizados que recibieron APV en los últimos 12 meses y conocieron su resultado. El responsable de estas acciones será el RP, Subreceptor del nivel nacional, subreceptores del nivel local ó EE, entidades beneficiarias de salud y SCB, direcciones de salud subnacionales.

APS: refuerzo de las capacidades institucionales

2.3 Fortalecer la capacidad y auto-sostenibilidad de los servicios comunitarios tipo B para que ofrezcan servicios de APV y asistencia psico-social de calidad a los grupos clave priorizados.

Además de la formación del recurso humano ya descrita en atención integral y en APV, los SCB al igual que los SCA, se beneficiarán de asistencia para mejorar su capacidad organizacional y la calidad de los servicios a través de visitas técnicas y de apoyo a mejoras locativas que aseguren espacios amigables y confidenciales para la atención.

Una vez seleccionadas los SCB que se integrarán a las alianzas con los subreceptores locales o EE, tendrán también un análisis de necesidades[41] y se construirá una línea de base para el monitoreo de la mejora en la capacidad. Las EE realizarán una asistencia técnica de un total de 84 horas con énfasis en cuestiones organizacionales, administrativas, de gestión de recursos y financiamiento y de monitoreo y evaluación que aporten al mejoramiento de la auto-sostenibilidad de estos servicios.

El RP facilitará los recursos para las mejoras locativas de los espacios en los que se desarrolla la atención integral y la APV para mejorar la amigabilidad y privacidad de los servicios. De esta forma, una parte de las asesorías y pruebas diagnósticas previstas podrán desarrollarse también en los SCB.

a) 20 EE en alianza (las mismas previstas en objetivo 1), asisten técnicamente a SCB

Por último, la propuesta plantea un tercer bloque de actividades organizativas con las que se gestionará la información para el plan de monitoreo y evaluación y se consolidarán las estructuras de funcionamiento del proyecto en lo local.

APS: refuerzo de las capacidades institucionales

3.1 Consolidar la instancia de coordinación departamental que visibilice, viabilice y dé sostenibilidad al proyecto en lo local.

Como ya se dijo, el brazo operativo del proyecto en lo local son los SCA, los SCB y los servicios de salud, pero estos a su vez integrarán las alianzas con los subreceptores del nivel local o EE[42] que estarán a cargo de hacer acompañamiento, asistencia técnica a las entidades beneficiarias, siempre bajo los principios de igualdad de condiciones, horizontalidad en las relaciones, cooperación, equidad y solidaridad entre las entidades en alianza. Cada alianza será responsable de un porcentaje del cumplimiento de las metas, aunque la responsabilidad contractual, jurídica y financiera estará en cabeza del subreceptor principal o EE en lo local.

Las EE y sus alianzas se apoyarán en su gestión intersectorial e interinstitucional con el mecanismo de coordinación departamental (MCD). Este MCD estará conformado por diferentes actores institucionales, sectoriales, multilaterales, territoriales y de empresa privada, con intereses comunes en torno al VIH/Sida, los grupos clave y las condiciones de vulnerabilidad específicas. El proyecto apoyará la construcción de un plan de acción local para cada departamento, alineado con el plan de trabajo del proyecto para que el MCD apoye a las EE y al RP en la co-gestión de muchas de las acciones que se han previsto en la estrategia general. Un primer paso para consolidar las alianzas requeridas en todos los niveles y para posicionar el proyecto en el nivel nacional y local es su lanzamiento oficial.

[41] La evaluación de necesidades tendrá en cuenta aspectos tales como: APV, acompañamiento de pares para apoyo psicosocial, adherencia al tratamiento, hogares de paso o cuidado domiciliario.
[42] Estas EE y las alianzas serán seleccionadas a partir de convocatoria pública.

También se planea apoyar la consolidación de los comités intersectoriales de VIH/Sida que operan en los departamentos y hacer la gestión necesaria para que incorporen a los planes territoriales de salud y de SSR, el enfoque de vulnerabilidad e integren servicios preventivos y de atención integral focalizados a los grupos clave.

APS: sistemas de información / gestión del conocimiento y la información

3.2 Fortalecer los sistemas de información y vigilancia en el nivel sub-nacional para alimentar de manera efectiva, completa y oportuna el plan de M&E del proyecto, el Observatorio Nacional de la Gestión en VIH y el SIVIGILA.

Como se describe en la sección de medición de impacto, se ha previsto el diseño de un marco de seguimiento al desempeño con indicadores plenamente compatibles con los de los sistemas nacionales. En la misma línea, se diseñará un sistema de captura y procesamiento de información específico para alimentar el plan de M&E del proyecto que sea compatible con los sistemas de información de país: Observatorio Nacional de la Gestión en VIH/Sida, observatorios satélites y el SIVIGILA (INS).

Los equipos locales conformados por los técnicos de vigilancia de las direcciones de salud subnacionales (observatorios satélites), los referentes de SSR y VIH de las direcciones de salud subnacionales, los MCD, las EE y las instituciones beneficiarias en alianza, serán capacitados en los procedimientos previstos para la administración del sistema de M&E del proyecto, con el fin de estandarizar los procedimientos sobre el sistema y asegurar que cada actor responsable de proveer la información cuenta con los instrumentos y conoce la manera más precisa, oportuna y expedita para hacerlo.

El RP tendrá que asegurar el monitoreo bimensual del sistema de información y análisis de datos el proyecto en lo local, que permita verificar porcentaje de municipios con notificación oportuna, con análisis y reporte de indicadores. Así mismo, el MCD hará un seguimiento periódico a la gestión del sistema de información y todas las partes coordinarán el envío de reportes semestrales al Observatorio Nacional de la Gestión en VIH/Sida.

En el marco de desempeño se ha previsto también el desarrollo de cuatro estudios de comportamiento y seroprevalencia en dos momentos: año 1 para las poblaciones que carecen de las líneas de base respectivas (TRANS, PSC, HC y PPL), y una evaluación rápida para uso del condón y prevalencia en PVVS y en el año 4 para todas las poblaciones con el fin de determinar el impacto de las acciones en comportamientos, actitudes y prácticas así como en prevalencia de VIH.

3.3 Sistematizar modelos de atención y lecciones aprendidas del proyecto.

Por último, y como lección aprendida también del proyecto de 2ª Ronda del FM, se plantea el desarrollo de tres documentos de sistematización de la experiencia, de lecciones aprendidas y de modelos de servicios. Gran parte de los insumos para estas sistematizaciones se recopilarán en los encuentros nacionales y regionales que se han previsto para los líderes a cargo de las acciones de CCC, para las redes de PVVS y otras redes y el personal de salud de las entidades beneficiarias.

Los responsables de estas acciones será el RP, los MCD, los subreceptores del nivel local ó EE, entidades beneficiarias de salud y SCB, direcciones de salud subnacionales, observatorios satélites, Observatorio Nacional en VIH/Sida.

4.5.2. Nueva presentación de una propuesta presentada en la Octava Convocatoria (o Séptima Convocatoria) no recomendada por el PRT

Si procede, describa los ajustes realizados a los planes de ejecución y a las actividades para tener en cuenta cada uno de los "puntos débiles" identificados en el "Formato de Revisión del PRT" en la Octava Convocatoria (o en la Séptima Convocatoria, si esa fue la última ocasión en la que se presentó una solicitud y no fue recomendada para recibir financiamiento).

Las debilidades identificadas por el PRT a la propuesta de la Octava Convocatoria fueron:

1) Insuficiente detalle en el presupuesto e inconsistencias específicas en lo descrito en las secciones 5.4.2, 5.4.3 y en la previsión de solicitud de ARV desde el primer año, mientras que en el presupuesto aparece solicitud de fondos por los 5 años. Describen también la posibilidad de alguna duplicación en costeo de acciones.

Para solventar estas debilidades se revisó a fondo la construcción de la estrategia y se intentó detallar al máximo cada componente de cada acción para así orientar más clara y detalladamente el ejercicio de costeo. El equipo a cargo de la construcción del presupuesto trabajó en conjunto con el equipo a cargo del diseño estratégico y programático, lo cual permitió una comprensión plena del alcance y naturaleza de cada acción en ambos grupos, y por consiguiente en el respectivo costeo.

Para asegurar que no se darían omisiones, repeticiones e inconsistencias, se siguió la recomendación del FM de construir el presupuesto en línea con el plan de trabajo. Para ello se utilizó una planilla que permitía integrar los objetivos, las APS, las actividades y las tareas o sub-actividades, con el cronograma de ejecución trimestral para los años 1-2 y semestral para los años 3-5 y con el presupuesto discriminado para cada tarea o subactividad. El resumen del financiamiento y la construcción definitiva del presupuesto detallado se fundamentó plenamente en el plan de trabajo.

2) Debilidad en la sección de monitoreo y evaluación por falta de especificidad de la manera como las intervenciones planeadas serían monitoreadas y el impacto evaluado. Se consideró que las fuentes de datos eran inadecuadas o confusas, que se plantearon indicadores inapropiados y que hubo falta de descripción de la manera como la información a la que se hará monitoreo será utilizada en el mejoramiento del proyecto.

Para la propuesta de Ronda 9 se trabajó un plan de monitoreo y evaluación detallado, descriptivo y completo. Se identificaron las variables de éxito de los objetivos y actividades previstas y estas se cruzaron con indicadores pertinentes al nivel nacional, así como con indicadores recomendados por el FM. Una vez seleccionados, se hizo seguimiento a las líneas de base disponibles en el país, se diseñó con detalle la ficha técnica de cada indicador y su definición operacional.

Este ejercicio se hizo con la activa participación del Observatorio de la gestión en VIH/SIDA, instancia a cargo del sistema de seguimiento y evaluación de la Respuesta Nacional. De igual forma, se revisó la experiencia del sistema de M&E del proyecto de la 2ª Ronda del FM en Colombia, contrastando las fuentes de datos, su medición y la manera como esta información orientaba el mejoramiento del proyecto, con el fin de ofrecer mayor claridad al planteamiento del M&E para la Novena Convocatoria.

3) Si bien los objetivos se encontraron bien enfocados hubo debilidad en los vínculos entre los objetivos, las actividades y los indicadores.

Tal como se describe en la sección 1 de la propuesta, la estructura programática de lo previsto en Ronda 8 fue completamente revisada para Ronda 9. Si bien los componentes y las actividades generales se conservaron, hubo una primera revisión sobre la pertinencia de las acciones frente al análisis de limitaciones y deficiencias programáticas, lo que llevó a descartar algunas acciones propuestas en Ronda 8 y a incluir otras que ofrecían mejor comprensión de los enfoques y las estrategias.

Una vez determinada la pertinencia de cada actividad, se revisó la lógica horizontal de la propuesta y de allí surgió la necesidad de integrar las acciones del tercer objetivo a las del primer objetivo, dejando sólo dos. Esto aseguró que cada actividad aportaba de manera específica al cumplimiento del objetivo y aquella que no lo hacía se eliminaba o se reubicaba, en este ejercicio se consideró la necesidad de no dispersar esfuerzos en acciones no requeridas. También se hizo una revisión de la lógica vertical, lo que llevó a revisar el nivel de cada acción, con lo que algunas actividades pasaron a ser sub-actividades y algunas de estas fueron eliminadas, reagrupadas o reubicadas. El orden de algunas acciones previstas también se modificó para asegurar una lógica temporal.

La matriz operativa inicialmente ajustada circuló para revisión por las agencias del SINU en Colombia, por PSI y FUPAD, por el RP y por el MCP. También fue revisada por la sociedad civil, por expertos en servicios comunitarios y por representantes de los grupos afectados. Algunos ajustes se hicieron tras la construcción de la estrategia de monitoreo y evaluación.

Esta revisión minuciosa y detallada de la estrategia, permitió como se ya se dijo, un costeo más preciso y ajustado a la nueva propuesta y a la nueva estructura de funcionamiento que incluye el RP.

4) Otra debilidad correspondió a la capacidad de una de las instituciones que integran la alianza RP gobierno tanto

para Ronda 8 como para Ronda 9. El TRP consideró que el INS no podría proveer suficiente asistencia para el desarrollo de actividades preventivas, promocionales y de CCC, por tratarse de una institución de carácter científico.

El MCP/Colombia, conciente de esta debilidad y de la ventaja del financiamiento de doble vía decidió hacer convocatoria pública para la selección de un RP no gobierno para la Novena Convocatoria en el componente de VIH. Uno de los criterios de selección del RP fue justamente la capacidad y la experiencia comprobadas en el trabajo con comunidades en las áreas asistenciales, preventivas y promocionales. De manera complementaria, la estrategia plantea el trabajo con OBC, con ONG y con líderes pares que serán seleccionados con base en su experiencia específica en el desarrollo comunitario de acciones preventivas y promocionales en SSR y VIH en poblaciones de alta vulnerabilidad. También se tiene previsto reforzar la capacidad técnica de estos actores para asegurar la mejor práctica posible, acciones que estarán a cargo de entidades ejecutoras o sub-receptores que a través de convocatoria pública tendrán que demostrar también amplia experiencia en los temas de pertinencia para la propuesta y en las áreas de prestación de servicios preventivos y de atención integral (ver Anexo # 3 VIH para mayor claridad sobre los equipos de operación en lo local).

5) Por último, el TRP expresó preocupación por la focalización de acciones a grupos que podrían estar aún involucrados en actividades ilegales y que por acción del proyecto podrían ser víctimas de mayor daño o persecución. El MCP revisó de nuevo las poblaciones clave priorizadas, mostró acuerdo con las dificultades operativas y los riesgos de seguridad asociados al trabajo con personas desvinculadas de los grupos armados al margen de la ley, analizó las intervenciones focalizadas en este grupo en el marco de la política del Estado de promover la “desmovilización” de los grupos armados a través de la atención integral y determinó que esta brecha ya estaba siendo atendida, por lo que se decidió eliminar a este grupo del listado de grupos clave priorizados para esta propuesta.

4.5.3. Lecciones aprendidas de la experiencia de ejecución

¿De qué forma aprovechan los planes y actividades de ejecución descritos en la sección 4.5.1 las lecciones aprendidas durante la ejecución del programa (ya sean subvenciones del Fondo Mundial o de otras fuentes)?

Colombia finalizó en el año 2008 la subvención aprobada para la Segunda Convocatoria de propuestas al FM en el componente de VIH. Muchas de las lecciones aprendidas durante los cuatro años de ejecución, representan recomendaciones importantes para una futura subvención para el mismo componente. Destacamos aquí las de mayor pertinencia para el diseño de esta estrategia.

Tiempo de la Intervención: La anterior subvención tuvo una duración de 4 años y un trabajo de dos fases que limitó a dos años la duración de la intervención en cada uno de los 47 municipios focalizados. Se recomendó prolongar la intervención a 4 o 5 años con el fin de dejar mejor capacidad instalada y asegurar mayor sostenibilidad del proyecto. La presente propuesta aplica la figura de fases sólo para el componente de productividad, y establece un trabajo de metas escalonadas pero simultáneas en los 100 municipios focalizados esta vez, de esta forma la intervención será constante en la totalidad de los territorios focalizados.

Unidad ejecutora: La anterior subvención trabajó el nivel municipal a través de los mecanismos de coordinación municipal y no visibilizó roles concretos en los departamentos. Esto representó cierta debilidad y dispersión al ejercer incidencia política en las instancias a cargo de definir las políticas, programas y planes de salud. En esta oportunidad, se ha definido la conformación de mecanismos de coordinación departamental (MCD) y se han establecido roles específicos para las direcciones de salud subnacionales, también se ha propuesto acompañar el trabajo de los Comités Intersectoriales de VIH (principalmente de carácter departamental) y hacer incidencia política para la incorporación del enfoque diferencial y de vulnerabilidad. Esta nueva estrategia asegura un trabajo más directo con las instancias encargadas de definir las políticas, las prioridades y los presupuestos. La vinculación activa de los departamentos asegura mayor acompañamiento a los municipios dando cumplimiento al principio de subsidiaridad y respetando la lógica de los actores y líderes naturales. Con este esquema se asegura también mejor influencia desde el MCP, el MPS y el RP gobierno para que las capacidades técnicas y el acompañamiento, el seguimiento y evaluación del proyecto en los municipios se haga desde los departamentos, posibilitando ampliación de coberturas y mejorando la sostenibilidad.

Servicios amigables para jóvenes: fue una de las estrategias más exitosas de la anterior subvención con la que se buscaba la protección y promoción de la salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes a través de los servicios de salud, con apoyo de actores de la comunidad. Esta estrategia incrementó la demanda de servicios en la población beneficiara, pasando por ejemplo de un 3,6% que tenía acceso a la prueba de VIH antes de la intervención a un 7,7% después de la intervención. Por esta razón la estrategia que se propone en esta oportunidad tiene un claro componente de fortalecimiento de las capacidades institucionales dentro de las que se incluye el involucramiento activo de las comunidades y de líderes pares e incorpora una a una las lecciones de la anterior subvención: 1) involucrar a la población beneficiaria en la construcción e implementación del servicio permite que sean acordes con las necesidades de los beneficiarios, 2) los líderes formados a través de la estrategia de pares se

convirtieron en verdaderos promotores de los servicios amigables, en las instituciones educativas y en sus comunidades, 3) coordinar las actividades de los servicios de salud amigables con los demás servicios de las instituciones de salud, los grupos juveniles y la comunidad educativa, lo que aumentó la oferta y demanda de los servicios, 4) la creación de puntos de atención de servicios amigables en lugares estratégicos de fácil acceso geográfico y que garantizaran la confidencialidad para los jóvenes permitió aumentar la demanda de los servicios.

Asesoría y Prueba Voluntaria: La tasa de no retorno del proyecto fue del 28%, lo cual se explica en gran parte por las falencias en el proceso de asesoría pre-test y temores a la pérdida de la confidencialidad. La realización de jornadas de oferta de la prueba de manera extramural, carecieron de claridad en el momento de indicar dónde se realizaría la asesoría post-prueba y la entrega del resultado, lo que ocasionó pérdida de usuarios. Hubo debilidad técnica en las asesorías pre-test y en la protección de la confidencialidad. La actual estrategia integra la promoción de la demanda de APV en las acciones de CCC y de las brigadas móviles, se prevé el desarrollo de material informativo explícito que indique claramente los procedimientos y las rutas de servicios en los municipios. Se plantea también mejorar la capacidad técnica de los encargados de dar la asesoría, desarrollo de guías prácticas y seguimiento de asistencia técnica. La presencia de líderes pares dentro de los servicios de salud permitirá monitorear más directa y oportunamente cualquier irregularidad y hacer lo correctivos del caso en tiempo real.

La realización de la prueba: La anterior subvención declaró exitoso el proceso de centralizar en un contrato con un receptor nacional los procedimientos diagnósticos. En esta nueva propuesta se retoma este esquema. Así mismo, este proyecto sólo subsidiará la realización de las pruebas de quienes no cuentan con aseguramiento en salud, por lo que el resto de la demanda inducida será atendida por los laboratorios locales, en tal sentido será necesario que desde los receptores principales y subreceptores nacionales se acompañe el mejoramiento de su capacidad.

Abuso Sexual: La anterior subvención también evaluó positivamente la implementación de los kits de profilaxis post exposición (PEP-kits), pero recomendó involucrar de manera directa a las redes de promoción del buen trato y prevención del abuso sexual así como a todas las instancias que tienen competencia en el manejo de la víctima. Esta propuesta plantea también la provisión de estos kits, aún con mayor pertinencia por la diversidad de las poblaciones a intervenir, así mismo prevé que estos actores se integren a los MCD y que participen activamente en los comités intersectoriales de VIH en los que se hará incidencia política para las poblaciones clave del proyecto.

Atención de las PVVS: La anterior subvención recomendó tener en cuenta el fortalecimiento del sistema de referencia y contrarreferencia, pues tuvieron dificultades para hacer seguimiento a los casos después de la referencia a tratamiento dada la ausencia de mecanismos y canales claros de articulación y trabajo en red entre las diferentes instituciones que integran la red de servicios local. Esta propuesta ha integrado explícitamente una actividad para el diseño del sistema de referencia y contrarreferencia en conjunto con todos los actores institucionales y acciones de divulgación del mismo en municipios y departamentos.

Estrategia de educación de pares: La anterior subvención recomendó convocar líderes comunitarios para que dinamicen y faciliten la capacitación de los pares educadores, además de: identificar líderes que tengan influencia directa sobre otros jóvenes: parche, artista, líder religioso, etc., implementar estrategias no sólo con los jóvenes sino con la participación de los equipos de salud y educación para que acompañen procesos de formación y apoyen eventos masivos, informar y sensibilizar a las comunidades sobre los contenidos y objetivos de la estrategia de pares, la asistencia y soporte técnicos y el acompañamiento para verificar y reforzar los procesos de multiplicación. Todas estas recomendaciones fueron incorporadas a la estrategia actual, los pares serán identificados por organizaciones de base comunitaria conocedoras del entorno, serán acompañados y asistidos técnicamente por estos servicios comunitarios y su accionar será reforzado por las redes comunitarias con las que trabajarán temas de estigma y discriminación. De esta forma se asegura que el rol de los pares se refuerza, se legitima y se divulga entre las comunidades.

Los emprendimientos juveniles como factor de protección frente a las ITS y al VIH: Una de las experiencias exitosas de la anterior subvención fueron los proyectos productivos, sociales y culturales apoyados. Se recopiló evidencia que mostró que son una estrategia de recuperación psicológica y social en casos de desplazamiento forzoso, que promueven la ocupación productiva del tiempo, que propician lazos de solidaridad en las comunidades, que favorecen la resolución de conflictos y las relaciones de grupo, que hacen del joven un promotor de su porpio desarrollo y del de su comunidad, que lo convierten en modelo de la comunidad, que fortalecen la autonomía, el empoderamiento, la autoestima, el autocuidado y el respeto por el propio cuerpo. La lección aprendida refuerza la apuesta de país de considerar la vulnerabilidad social como un factor de riesgo para el VIH y el Sida y con el ánimo de dar continuidad y expandir esta experiencia, la propuesta para la novena convocatoria incorpora también un componente y lo amplía a temas de inclusión laboral a mujeres de los grupos clave, considerando también la amplia experiencia del RP en este tema.

Se integró la recomendación de hacer un acompañamiento temprano a los proyectos, capacitando incluso desde su formulación, también la incorporación de entidades expertas que hagan acompañamiento y asistencia a los proyectos a las alianzas locales con las EE. Otra recomendación consiste en limitar el número de beneficiarios por emprendimiento, actualmente en 4, y de involucrar activamente al sector privado para viabilizar los planes de sostenibilidad e integrar las iniciativas, por ejemplo a ferias nacionales y a redes de comercialización.

4.5.4. Mejora de la igualdad social y de género

Explique de qué forma contribuirá la estrategia global de esta propuesta a conseguir la igualdad en el acceso a servicios de calidad, asequibles y localmente disponibles en materia de prevención, tratamiento y/o atención y apoyo en materia de VIH.

(Si algunos grupos de población encuentran barreras en el acceso, ***como mujeres y niñas, adolescentes, minorías sexuales y otras poblaciones clave afectadas,*** *asegúrese de que su explicación ofrezca una respuesta por separado para hombres y mujeres, y niñas y niños).*

Esta propuesta se compromete con un enfoque diferencial, de derechos y de vulnerabilidad, es decir que focaliza a los grupos clave afectados que han sido declarados prioritarios por sus condiciones de vulnerabilidad específicas. Dichas condiciones tienen que ver con la situación de precariedad económica e informalidad que los caracteriza, pero también con temas de género.

Si se tiene en cuenta que el género es una condición o categoría relacional y que la exclusión social también lo es, parte de esta estrategia debe apuntar a mejorar el entorno relacional de los grupos clave priorizados, pues en él se originan el estigma, la discriminación, el aislamiento, la distancia de los servicios y las instituciones, la falta de participación y de empoderamiento, la violencia basada en género, la intolerancia, todos aspectos que incrementan la vulnerabilidad al VIH y al Sida.

Por otro lado, el análisis de limitaciones y deficiencias indica el déficit en el acceso a servicios para estos grupos clave en condiciones de igualdad. La estrategia propuesta se fundamenta en la superación de este déficit asegurando la disponibilidad y accesibilidad a servicios de calidad tanto de tipo institucional como comunitario, la flexibilización de estrategias de acercamiento y búsqueda de las poblaciones en sus entornos naturales, la puesta en operación de unidades móviles que también aseguren acceso en caso de grupos ocultos, invisibles y difíciles de alcanzar. Estas estrategias mejoran el acceso en a servicios en condiciones de igualdad. A esto se suma el criterio de atención oportuna e integral a personas sin aseguramiento en salud, con lo que se refuerza el acceso a servicios de calidad en condiciones de igualdad.

El fortalecimiento de la capacidad de las instituciones beneficiarias en lo local y la incidencia política se centran en la incorporación de un enfoque diferencial y de vulnerabilidad en las acciones dirigidas a grupos minoritarios. Un número importante de instituciones comunitarias y de salud con presencia local se fortalecerán específicamente en su capacidad para atender adecuadamente a estos grupos.

De otro lado, si bien la propuesta beneficia a un mayor número de hombres que de mujeres (60,5% vs 39,5%), y que esto responde directamente al perfil epidemiológico del país, se ha considerado en todo momento la perspectiva de género. Por ejemplo, la incorporación del concepto de salud masculina que permitirá llegar a más grupos de HSH, pues plantea más que un enfoque centrado en la orientación sexual (lo que excluiría a hombres bisexuales) en el concepto de masculinidad para la aplicación de prácticas de cuidado. Esto es así, porque las intervenciones se plantean en un contexto donde prevalece la cultura patriarcal y la hegemonía masculina, lo que se acompaña de un alto número de parejas sexuales (hombres o mujeres), el no uso del condón (por la carga simbólica negativa asociada), la asimetría en las relaciones de poder que impide la negociación abierta e igualitaria del uso del condón, el poco interés en el autocuidado de la salud y en cuidado de los otros (rol comúnmente asociado a las mujeres), la violencia sexual.

Todas estas condiciones incrementan los factores de vulnerabilidad al VIH tanto en hombres como en mujeres involucradas en tales intercambios.

La transformación de estas realidades y la búsqueda de una mayor equidad de género, requiere de un trabajo permanente tanto con los hombres, como con las mujeres, facilitando que reconozcan su co-participación y co-responsabilidad en las situaciones que los ponen mutuamente en riesgo y que se visibilicen como agentes de cuidado para sí mismos y para los otros. De esta forma, las estrategias de CCC y de promoción de la demanda de APV tendrán una perspectiva de género, pues considerarán las barreras de cuidado, autoprotección y búsqueda de asesoría y atención en salud que se asocian a los roles de género y también a la supervivencia en el caso de las mujeres PSC y de la población TRANS.

El trabajo con pares empoderados permitirá avanzar en el modelamiento de estrategias de negociación para el uso del condón y en la reducción del estigma y la discriminación que se asocia también a la definición de límites, a la exigencia de cuidado y al protagonismo de la mujer en temas que tienen que ver con su sexualidad. Parte de los contenidos de la CCC será justamente la promoción de los DDSSRR.

La estrategia de trabajo comunitario a través de redes y líderes pares busca también intervenir en la violencia social que viven las personas TRANS y las mujeres PSC y que se basa también en una vivencia alternativa de los roles de género. Reducir estigma y discriminación es un paso obligado a la construcción de tolerancia y respeto por la diferencia, así como a la promoción de oportunidades reales de inclusión social e integración a través del rol de líderes pares formadores de VIH en su comunidad.

La evidencia ha mostrado que en el caso de la mujer, las condiciones de vulnerabilidad socio-económica y la

violencia basada en género, incrementan especialmente los riesgos de infección por VIH, que intereses materiales pueden mediar las relaciones sexuales y que la dependencia económica limita la autonomía sexual y el poder de negociación de la protección el cuidado. También se ha documentado que la pobreza puede llevar a la mujer a la búsqueda o mantenimiento de medios de vida que incrementan los riesgos: prostitución, explotación sexual, uniones no consentidas, migración, entre otros. Toda esta situación es aún más compleja en el caso de mujeres viviendo con VIH o con Sida[43].

Por tal motivo, se pretende focalizar la estrategia de educación para el trabajo y de apoyo a las pasantías de mujeres de los grupos clave priorizados para que tengan la oportunidad de integrarse al mundo laboral y encuentren alternativas de construcción de proyectos de vida distintos, por ejemplo, al sexo comercial.

4.5.5 Estrategia para mitigar las consecuencias iniciales no previstas

Si la presente propuesta incluye (en la sección 4.5.1.) actividades que ofrezcan una respuesta específica para cada enfermedad a las deficiencias del sistema de salud que tengan un impacto en los resultados para la enfermedad, explique:

- los factores considerados a la hora de decidir seguir adelante con la solicitud por enfermedad; y
- la estrategia propuesta por el país para mitigar las posibles consecuencias negativas de un enfoque específico de la enfermedad

La propuesta del MCP/Colombia para la Novena Convocatoria no integra un componente transversal de FSS, tampoco lo hizo la subvención recientemente aprobada para el componente de malaria. La principal razón es que a pesar de que los tres componentes coinciden en aplicar un enfoque de vulnerabilidad, inspirado en las brechas de acceso a grupos de población en tales condiciones, sus estrategias y marcos de referencia poblacionales y geográficos son diferentes.

Cada enfermedad ha establecido estrategias para fortalecer la capacidad de las instituciones de salud y los programas específicos y en el caso de TB y VIH se han integrado acciones colaborativas en ambos casos, con el fin de mejorar la atención integral a los pacientes afectados por una o ambas enfermedades.

La estrategia considera que la mejor manera de mitigar las consecuencias de los enfoques específicos por enfermedad es el rol que se le está dando en ambos casos, a las direcciones de salud subnacionales. A diferencia de la subvención previa en VIH (Ronda 2), esta vez son los departamentos y no los municipios los que tienen un rol protagónico y por lo tanto, podrán verse beneficiados por las acciones del proyecto, para ambos casos en temas de gestión de adquisiciones y suministros y en temas de vigilancia y notificación epidemiológica. En consecuencia y en ausencia de alguna de las dos subvenciones, el riesgo se minimiza.

Por otro lado, ambos componentes integrarán los temas de TB y VIH en la asistencia técnica y el mejoramiento de la capacidad del personal médico y de salud, por lo que en ausencia de alguno de los componentes, tal fortalecimiento en todo caso se dará en los departamentos en los cuales coinciden las acciones: los 20 departamentos de VIH incluyen los 4 departamentos de TB y en los 15 departamentos restantes de VIH se promoverá la búsqueda activa, el manejo integral y la remisión de pacientes con TB dentro de los grupos clave priorizados al programa nacional de la enfermedad. Aunque no existe plena coincidencia para el caso de los municipios, serán los departamentos con su fortalecimiento e involucramiento activo en los MCD y en los comités intersectoriales, los que se hagan cargo de transmitir tal capacidad a otros municipios y así asegurar también la ampliación y sostenibilidad de las acciones.

[43] Ver por ejemplo: Bennell, P (2000). *Improving youth livelihoods in Sub-saharan Africa, a review of policies and programmes with particular referente to the link between sexual behaviour an economic well being:* disponible en www.harare.unesco.org/hivaids/webfiles.
Rosen, J (2001). *Youth livelihoods and HIV/AIDS.* En: In Focus, Focus on young adults. Disponible en: http://pf.convio.com/pf/pubs/focus/IN%20FOCUS/jan_2001.htm

4.6. Vínculos con otras intervenciones y programas

4.6.1. Otras subvenciones del Fondo Mundial

Describa cualquier vínculo entre el enfoque de esta propuesta y las actividades correspondientes a cualquier subvención actual del Fondo Mundial. *(Por ejemplo, esta propuesta solicita apoyo para ampliar la escala de una terapia antirretrovírica y una subvención actual ofrece apoyo a iniciativas de prestación de servicios para asegurar que pueda ofrecerse el tratamiento).*

Las propuestas deberán explicar claramente si la presente propuesta solicita apoyo para las mismas intervenciones que ya están previstas en una subvención actual o en una propuesta aprobada para la Séptima u Octava Convocatoria, y la forma en que se evitarán las duplicidades. Asimismo es importante describir el motivo de los retrasos en la ejecución de las subvenciones actuales del Fondo Mundial, y lo que se está haciendo para resolver estos problemas para que no afecten también a la ejecución de la presente propuesta.

La subvención del FM aprobada en la Segunda Convocatoria para el componente de VIH, finalizó su ejecución en junio de 2008, por lo que no existe interposición alguna en temas del componente.

Actualmente se está terminando el proceso de revisión y ajuste a la propuesta aprobada para Malaria en Ronda 8, dicha propuesta no contempla ninguna acción colaborativa con VIH por lo que las duplicidades no existen.

4.6.2. Vínculos con apoyo(s) no financiado(s) por el Fondo Mundial

Describa cualquier vínculo entre la presente propuesta y las actividades apoyadas por fuentes ajenas al Fondo Mundial *(resumiendo los principales logros previstos para ese financiamiento en el mismo periodo que la presente propuesta).*

Las propuestas deberán explicar con claridad si la presente propuesta solicita apoyo para intervenciones que son nuevas y/o que complementan intervenciones actuales ya previstas a través de otras fuentes de financiamiento.

El único programa específico financiado para VIH fue el de la Reducción de la transmisión perinatal también conocido como “proyecto madre-hijo” que contó con el financiamiento de la Unión Europea entre el año 2003 y 2006. Este programa fue institucionalizado y su funcionamiento actualmente depende del MPS y del INS, también ha sido incorporado al Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y el Sida y en el Plan Nacional de Salud Pública, razón por la cual la población de mujeres embarazadas no ha sido integrada a esta propuesta.

4.6.3. Colaboraciones con el sector privado

(a) El sector privado puede participar mediante un proyecto común de inversión en las actividades de esta propuesta, o participar de una forma que contribuya a los resultados (aunque no sea una actividad específica), en tal caso, resuma las principales contribuciones previstas durante el periodo de la propuesta, y la importancia de estas contribuciones para alcanzar los resultados previstos.

*(En las Directrices para la Novena Convocatoria hallará la **definición de sector privado** y varios ejemplos de los tipos de contribuciones financieras y no financieras del sector privado en el marco de una asociación común de inversión.)*

NOVENA CONVOCATORIA – VIH

La estrategia reconoce en el sector privado un aliado fundamental para el logro y la ampliación de muchas de las acciones que se están planeando. En primer lugar, las acciones de CCC y de comunicación para la reducción del estigma y la discriminación en el nivel comunitario, requieren de materiales promocionales que refuercen las acciones de mercadeo y movilización social. Se ha previsto que las acciones comunicativas se cogestionen con el sector privado para superar la insuficiencia de recursos financieros y ampliar así la inversión.

En Colombia existe un ambiente cada vez más favorable a esta colaboración por el refuerzo en las políticas de responsabilidad social empresarial como parte de las estrategias de negocios. La anterior subvención tuvo experiencias exitosas con este tipo de alianzas por un valor de USD $140.000 y esto se retomará, contactando también empresas que proporcionen servicios y productos compatibles con las acciones del proyecto y que estén dispuestas a apoyar la promoción y divulgación de las mismas. Ejemplos importantes de esfuerzos que podrían retomarse son el programa radial semanal llamado “Doctor love” que funcionó gracias a la alianza entre el RP y una de las más importantes cadenas radiales en Colombia y que se dedicó a promover temas de SSR y de VIH. Otro ejemplo fue el diseño y producción de ropa interior de marca “en todo tu derecho” (eslogan del proyecto del FM Ronda 2) cuya comercialización produjo ganancias que permitieron el apoyo financiero a algunos proyectos productivos de los jóvenes.

En esta propuesta, el desarrollo de la campaña radial deberá gestionarse con el sector privado utilizando el mismo esquema de alianzas y en ello se prevé un aporte aproximado de USD $ 350.000.

Otro componente que al igual que en Ronda 2 involucrará activamente al sector privado es el de los emprendimientos juveniles y la formación para el trabajo en mujeres. En el primer caso se está planeando un apoyo inicial y el desarrollo de planes de sostenibilidad, aspectos que implican desafíos. Para superarlos se requiere de la participación del sector privado para promover la inclusión de estos proyectos en las cadenas y los mercados productivos locales. Para el segundo caso se busca promover la empleabilidad de la mujer desde el aprendizaje activo derivado de la metodología de pasantías y esto sólo es posible a partir de alianzas concretas con el sector privado. La amplia experiencia del RP en Ronda 9, en temas de atención a población en condición de desplazamiento y en asistencia humanitaria garantiza los procedimientos y la mejor práctica para la alianza no sólo con el sector privado sino también con el público, en concreto con el SENA que es el programa nacional de formación vocacional y para el trabajo. Otras alianzas que se retomarían por haber sido exitosas en la anterior subvención son: Fundación Corona, Corporación Emprendedores Colombia, PRANA incubadora de empresas culturales e industrias creativas, AVIATUR, Total Management, y la fundación mujeres de éxito SERVIENTREGA.

La nueva estrategia vinculará a la empresa privada también en procesos de entrenamiento, capacitación y formación vocacional. Los esfuerzos estarán encaminados a la gestión de fondos y recursos para el financiamiento de capacitaciones, procesos de fomento y promoción de la asociatividad, formación en artes y oficios, capacitaciones en temas de crecimiento personal, apoyo psicosocial y fomento del emprenderismo. Fondos que serán complementarios al presupuesto de la propuesta.

Otro desafío importante que enfrenta la nueva estrategia está en lograr gestionar fondos de agencias internacionales y otras partes financiadoras para la atención diferencial de grupos priorizados a través de programas específicos que contribuyan al cumplimiento de las metas y propósitos de la propuesta (por ejemplo, programas de prevención y respuesta a casos de violencia basada en género, atención humanitaria, acompañamiento psicosocial y generación de ingresos a los grupos clave, entre otros).

También se gestionará el apoyo de la empresa privada para el desarrollo de las acciones de tipo comunitario y para el fortalecimiento de componentes productivos que contribuyan también a la auto-sostenibilidad de los servicios de base comunitaria (SCA y SCB) en temas como comedores comunitarios, venta de servicios de bienestar y de salud, comercialización de productos de los usuarios, por ejemplo en el marco de los emprendimientos, cuidados paliativos, entre otros.

La construcción de un proyecto común de inversión con el sector privado se iniciará una vez se tengan noticias frente a la eventual aprobación de la subvención y será de gestión continua a lo largo de los 5 años de ejecución, razón por la que no es posible aún determinar el total de la contribución del sector privado al desarrollo y consolidación de las estrategias previstas.

(b) En la siguiente tabla identifique el importe anual de la contribución prevista. *(Para las contribuciones no financieras, procure indicar, si es posible, un valor monetario y, como mínimo, una descripción de dicha contribución.)*

Población beneficiada por un proyecto común de inversión del sector privado *(Indique si se trata de toda o parte de la población destinataria de la propuesta, y especifique la parte de la que se trata)* ➔	NO SE HAN ESPECIFICADO LOS MONTOS DE UN PROYECTO COMÚN DE INVERSIÓN

Valor de la contribución (en USD o EURO)

Véanse los ejemplos que figuran en las Directrices para la Novena Convocatoria.

Nombre de la organización	Descripción de la contribución *(en palabras)*	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Total
[utilice la tecla "Tab" para insertar filas adicionales si es necesario]							

4.7. Sostenibilidad del programa

4.7.1. Fortalecimiento de las capacidades y los procesos para lograr mejores resultados en materia de VIH

El Fondo Mundial es consciente de que la capacidad limitada de las organizaciones del sector gubernamental y no gubernamental (incluidas las organizaciones con base comunitaria), puede ser una limitación significativa en la capacidad para llegar a la población y ofrecerle servicios (por ejemplo, atención domiciliaria, prevención general, cuidado de huérfanos, etc.).

Describa la forma en que esta propuesta contribuye al fortalecimiento y/o desarrollo general de los sistemas e instituciones públicos, privados y comunitarios para garantizar una mejor prestación de servicios y consecución de resultados en materia de VIH. ➔ *Refiérase a evaluaciones nacionales, si éstas existen*.

Teniendo en cuenta las lecciones aprendidas de la anterior subvención del Fondo Mundial, la construcción de esta nueva estrategia ha incluido en todos los procesos a desarrollarse, mecanismos concretos de sostenibilidad.

Un primer componente de la estrategia de sostenibilidad es la decisión de incorporar el financiamiento de doble vía para VIH. La incorporación de un RP no gobierno con presencia local y con amplia experiencia de trabajo en la base comunitaria, permitirá llegar a un gran número de organizaciones que se beneficiarán de las acciones del proyecto y la incorporación del INS como parte de la alianza del RP gobierno permitirá una interlocución más fluida con las instituciones de salud públicas beneficiarias.

En segundo lugar, los resultados previstos en esta nueva estrategia darán peso a la sostenibilidad ya que apuntan a la construcción y fortalecimiento de la capacidad comunitaria e institucional de las comunidades locales en las que se desarrollarán las acciones. Dejar capacidad instalada es la mejor manera de asegurar sostenibilidad en el tiempo y ese es el eje de la propuesta.

Se ha definido un esquema de funcionamiento que determina mapeo de recursos, evaluación de necesidades, definición de líneas de base para monitorear el mejoramiento de la capacidad, planes de mejoramiento específicos a las realidades y requerimientos institucionales, asistencia técnica y acompañamiento permanente. Parte de la asistencia técnica incluye la definición de planes de sostenibilidad y auto-sostenibilidad que aplican a las organizaciones de base comunitaria (SCA), a las instituciones de salud privadas u ONG con trabajo en VIH (SCB) y a los proyectos productivos que se van a apoyar para los grupos clave. En todos los casos se promoverá

activamente y desde el comienzo, la gestión de fuentes alternativas de financiamiento por parte de los actores institucionales y de los beneficiarios directos. Gran parte de estos logros específicos se han integrado al marco de desempeño del proyecto.

El mejoramiento de la capacidad institucional incluye mejoras en diferentes áreas:

- En la **capacidad técnica** de las organizaciones, asegurando que éstas alcancen el nivel óptimo que les permita cumplir con su misión, brindando servicios de calidad a sus usuarios, a través de una mejora continua de sus habilidades técnicas;
- en la **capacidad organizacional**, a través del mejoramiento de las capacidades gerenciales de sus miembros y voluntarios en el manejo de donaciones, recursos financieros y no financieros, planeamiento estratégico y sostenible;
- en la **capacidad programática,** mejorando en las organizaciones la capacidad de definir objetivos y estableciendo los mecanismos para alcanzarlos, incluyendo el fomento de alianzas de colaboración y comunicación entre los actores o socios programáticos.
- En la **capacidad política**, incidiendo en quienes ejercen influencia en la opinión pública, del valor de la prevención y promoción de la salud, dirigiéndose a los comunicadores sociales, las autoridades gubernamentales, legisladores, partidos políticos y organizaciones religiosas a nivel individual o colectivo. De igual forma aumentando su capacidad de gestión de alianzas estratégicas, así como recursos financieros y técnicos que garanticen la sostenibilidad y aumento en la calidad de las acciones.

Un tercer componente de la sostenibilidad es justamente el involucramiento activo del sector privado tal como fue descrito en la sección 4.6.3. El mejoramiento de la capacidad instalada no sólo permitirá a las instituciones hacerse cada vez más visibles, lograr un lugar importante en sus departamentos y municipios a través de su representación en los MCD y como parte integral de las alianzas con las EE o subreceptores locales, sino que esta legitimidad les permitirá convertirse en parte de la red de recursos en lo local. Así, las entidades estatales podrán contratar cada vez con más confianza servicios comunitarios complementarios de salud, bienestar y asistencia social (por ejemplo: comedores comunitarios, dormitorios temporales, servicios de asistencia y cuidado básico, cuidado paliativo y domiciliario de pacientes crónicos, operación de brigadas de promoción y prevención, entre otros).

Un cuarto componente es el fortalecimiento de las direcciones de salud subnacionales y en general, de las autoridades institucionales del nivel departamental a través de su vinculación a los MCD (ver Anexo # 3 VIH). La lección aprendida de la anterior subvención recomienda centrar la incidencia y el trabajo intersectorial en este nivel, pues de él dependen los planes departamentales y municipales de salud en los que podrá materializarse y viabilizarse la inclusión del enfoque de vulnerabilidad y la priorización de acciones dirigidas a los grupos clave y a otras poblaciones vulnerables. Con las acciones de acompañamiento y apoyo a los planes de acción programáticos (de los comités intersectoriales, a través de los MCD) y de incidencia política de las redes de PVVS y de otros representantes de los grupos clave podrá asegurarse la sostenibilidad y la institucionalización de las acciones en los sectores involucrados.

Otro componente se vincula a la estrategia nacional de ampliación de la cobertura del aseguramiento en salud con el cual está comprometido el país. Se llevarán a cabo acciones de abogacía desde el MCP, la gerencia del proyecto, los MCD y las entidades subreceptoras, orientadas a obtener el compromiso y apropiación de las estrategias y actividades del proyecto, por parte de los gobiernos departamentales y municipales y de las entidades aseguradoras del SGSSS. Concretamente se gestionará el aseguramiento en salud oportuno de las personas que venían beneficiándose de la atención promovida por el proyecto (asesoría, controles médicos, exámenes de seguimiento y terapia ARV), la continuidad de vinculación de líderes pares como parte integral de los equipos de las instituciones de salud y la continuidad en la administración y mantenimiento de las carpas que se adquirirán para este proyecto.

Por último, se busca tener comunidades de base fortalecidas y comprometidas, lo cual estimula la construcción de capital social y permite el control social y la apropiación de las acciones y de los logros en el nivel local. El fortalecimiento de los servicios existentes de tipo comunitario y de salud, y de los sistemas de gestión de suministros y de vigilancia en los niveles departamentales, facilitará la sostenibilidad de las acciones orientadas a aumentar progresivamente la demanda y el acceso a pruebas diagnosticas por parte de los grupos clave priorizados.

4.7.2. Concordancia con marcos de desarrollo más amplios

Describa la forma en que la estrategia de la presente propuesta se integra en marcos de desarrollo más amplios como las Estrategias de Reducción de la Pobreza, la Iniciativa en favor de los países pobres muy endeudados, los Objetivos de Desarrollo del Milenio, un plan actual de desarrollo del sector nacional de salud y otras iniciativas importantes como el “Plan Mundial para detener a la Tuberculosis 2006-2015” (Stop TB) para actividades de colaboración VIH/TB.

Aunque las cifras de distribución de pobreza en Colombia muestran cierta mejora pasando de un 52,6% de población bajo la línea de pobreza en 2004 a un 47% en 2007 y reduciendo el índice de desigualdad de 0,56 a 0,53 en 2008, la realidad es que cerca de la mitad de la población aún vive en condiciones de pobreza y que cerca del 20% se encuentra en condiciones de miseria.

Dada esta realidad, la agenda política e institucional del país se ha ajustado para cumplir las metas de reducción de la pobreza y la desigualdad en porcentajes alrededor de 30 y para ello ha definido metas internas que han sido asignadas a diferentes sectores que deberán responder por su cumplimiento en el año 2015. Estas metas hacen parte de la estrategia nacional para la reducción de la pobreza descrita en el Documento CONPES No. 091 de 2005.

El Plan Nacional de Desarrollo y el Plan Nacional de Salud Pública hacen parte integral de la estrategia de reducción de la pobreza y de los ODM para Colombia. En lo referente al VIH/SIDA el CONPES 091 define metas específicas descritas en la sección 4.3.1 de esta propuesta, lo que asegura un compromiso prioritario e intersectorial.

Dentro de las estrategias para combatir la pobreza y desigualdad están: la creación de mecanismos del Estado y de la sociedad civil para dar acceso preferente a servicios, medios y oportunidades a las poblaciones más pobres y vulnerables; crear el sistema de la protección social y articularlo como sistema integrado con capacidad institucional, que responda a las necesidades de aseguramiento de la población y apoye a las familias más pobres; fortalecer la promoción social para la reducción de desigualdades socioeconómicas, racionalizando la oferta de servicios y teniendo a la familia como sujeto de Intervención y mejorar la focalización de subsidios a través de sistemas como el SISBEN.

El logro de los ODM en el año 2015 exige reducir las brechas de inequidad en el acceso y la calidad de los servicios de salud y para ello se requiere un enfoque de política pública que promueva planeación y provisión de servicios con enfoque de vulnerabilidad y focalice las acciones a las poblaciones en las que el impacto de las enfermedades es más evidente.

La propuesta del componente de VIH se articula perfectamente a las estrategias descritas en el marco de desarrollo más amplio y las complementa. Parte de reconocer que persisten brechas programáticas para cumplir con la priorización en grupos altamente vulnerables; que el sistema de protección social aún se encuentra en articulación y no alcanza a cubrir el 100% de las necesidades sociales y de salud de grupos como los que han sido priorizados en esta propuesta; que se requiere de un cubrimiento temporal de servicios de salud prioritarios en VIH y TB mientras se alcanza el cubrimiento universal tanto de seguridad social en salud, como de tratamiento ARV.

También se plantean acciones concordantes con el marco de desarrollo centrado en la reducción de la pobreza y la desigualdad y en el cuidado de los grupos vulnerables. Ofrece respuestas concretas a las brechas, mientras el país consolida la capacidad política, institucional y comunitaria que se requiere para hacer frente de los ODM a 2015 y mientras se logra la cobertura de los beneficiarios por parte del sistema de seguridad social en salud. En tal sentido la propuesta complementa los esfuerzos que se vienen realizando desde el ámbito nacional, departamental y municipal y desde la cooperación multilateral para cubrir con servicios y atención a la población general, y se ocupa de una franja importante de personas que se encuentran excluidas de los sistemas y por consiguiente de los servicios prioritarios.

Vale reiterar que el MCP/Colombia articula sus acciones con los programas nacionales de enfermedades específicas (además del CONASIDA, el Comité Asesor de Malaria y el Consejo Nacional Asesor de TB), con las estrategias nacionales de salud y las estrategias de desarrollo de país enmarcadas en los ODM y en las acciones intersectoriales de la estrategia nacional para la superación de la pobreza y la desigualdad (Red JUNTOS).

4.8. Medición del impacto

4.8.1. Sistemas de medición del impacto

Describa los puntos fuertes y débiles de los sistemas existentes en el país que se emplean para realizar el seguimiento o monitoreo de los logros en los resultados nacionales respecto al VIH y la medición del impacto.

En caso de existir alguna, en su descripción examine una evaluación nacional o externa reciente del sistema de medición del impacto.

Colombia tiene protocolos nacionales para la vigilancia de segunda generacion en HSH, mujeres PSC, poblacion con TB y gestantes. También ha adopto metodologias innovadoras para el muestreo en HSH como *response driven sample* (RDS) y un sistema de notificacion pasiva de casos de VIH/Sida y sífilis gestacional y congénita, así como un sistema de estadísticas vitales para el monitoreo de la mortalidad por causa del VIH/Sida. Igualmente cuenta con un sistema de monitoreo de la estrategia de la *prevención de la transmisión perinatal del VIH*.

Se ha desarrollado un sistema de monitoreo y evaluación de la gestión nacional en VIH/Sida que ha sido diseñado para responder a las necesidades de su sistema de salud y a los lineamientos y políticas definidos en el Plan Nacional de Salud Pública, el Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y el Sida y el Modelo de Gestión Programático propuesto por el Ministerio de la Protección Social.

La coordinación de este sistema de monitoreo y evaluación depende del MPS en cabeza del Observatorio Nacional de la Gestión en VIH/Sida, que a su vez trabaja con observatorios satélites[44], que dependen de las instituciones que conforman el sistema de salud del país y que están en el nivel nacional, departamental y municipal.

El Observatorio Nacional se ha desarrollado a partir de la experiencia nacional y el apoyo del gobierno de Brasil, y ha definido, adoptado y adaptado una serie de indicadores que deben ser reportados por los observatorios satélites, y que corresponden en su mayoría, a los recomendados por ONUSIDA, OPS/OMS y otros organismos internacionales que han trabajado en el desarrollo de sistemas de monitoreo y evaluación, entre ellos el FM.

Aunque el Observatorio Nacional está funcionando en la actualidad y ha logrado definir mecanismos concretos de reporte y flujo de información, presenta debilidades en la recopilación de información para medir indicadores de impacto y resultado por razones como:

- Limitaciones presupuestales, dilaciones y dificultades en la gestión de recursos adicionales para la elaboración de estudios de prevalencia, comportamientos y conocimientos en población general y grupos específicos y de alta vulnerabilidad.
- Deficiencias en la capacidad técnica de los responsables de los observatorios satélites o alta rotación de los que han sido capacitados, lo que afecta la continuidad de los procesos.
- Dificultades de organización de los sistemas de información, de flujo de información entre las direcciones de salud subnacionales y el resto de entidades a cargo del suministro de los datos, obstaculizan el reporte rutinario de los datos.
- Carencia de reglamentación en torno a lo obligatorio del reporte y falta de claridad sobre la importancia de la información en la toma de decisiones frente a las políticas, planes, programas y proyectos en lo local.

Recientemente el Observatorio Nacional publicó el **Informe de Acceso Universal VIH/Sida** (MPS, 2009), en un intento por mostrar el estado y los resultados de los indicadores requeridos por ONUSIDA. Este informe refleja las dificultades para recabar de manera completa y precisa la información requerida, por ejemplo, en prueba y asesoría de seis indicadores existen datos para dos, en atención integral de nueve indicadores, hay datos para cuatro y en terapia antirretroviral de siete indicadores, hay datos para tres.

De esta forma, se reconoce que durante los tres años de gestión del Observatorio se han logrado avances en los sistemas de información, aunque existan dificultades en la generación de información y en el cálculo de los indicadores: el mejoramiento requerirá de avances en el desarrollo de las fuentes de datos, en incrementar el personal a cargo y mejorar su capacidad técnica, en definir mecanismos concretos que determinen el carácter obligatorio del reporte de los datos e indicadores requeridos para vigilar la gestión y la respuesta nacional frente a la epidemia en el país.

[44] Los observatorios satélites son instancias de coordinación en el nivel departamental que dependen de las direcciones de salud subnacionales y que cuentan con la participación de los comités intersectoriales del VIH a través de los referentes en SSR y VIH de las direcciones de salud subnacionales, los técnicos en vigilancia de las entidades de salud, los referentes locales del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y con el acompañamiento del INS y el Ministerio de la Protección Social.

4.8.2. Evitar reportes de información paralelos

¿Hasta qué punto las disposiciones de monitoreo y evaluación ("M+E") previstas dentro de esta propuesta *(a nivel de la implementación del RP, de los sub-receptores y a nivel comunitario)* utilizan los marcos y sistemas de reporte existentes (incluidos los circuitos y ciclos de reporte, y/o selección de indicadores)?

El Observatorio Nacional de la Gestión en VIH/Sida centraliza la información de tipo epidemiológico a cargo del INS y la información de la gestión que originan las direcciones de salud subnacionales (miembros del MCD), las empresas que agremian a las instituciones de servicios de salud y las instituciones mismas (entidades beneficiarias).

La propuesta busca fortalecer el rol de centralización del Observatorio, reforzando los procesos desde su origen, facilitando espacios para la construcción de mecanismos concretos de generación de información y para la estandarización de procesos de manejo, cálculo y reporte de los indicadores, con todas las partes involucradas que son fuente necesaria para la triangulación. Se plantea una gestión de datos conjunta entre el INS, el Observatorio Nacional, los observatorios satélites (comités departamentales y MCD) y el RP. Esto significa que tanto en el nivel nacional como en el departamental y municipal, el proyecto trabajará directamente con los actores generadores de la información para el nivel central y al hacerlo, los involucra en todas las actividades de mejoramiento de la capacidad técnica y de articulación entre instancias a través del MCD y de los comités intersectoriales de VIH desde el nivel local.

El objetivo principal es estandarizar los procedimientos para que sean compatibles con todas las partes interesadas, que fluyan de manera oportuna y adecuada, produzcan información de calidad y puedan alimentar la gestión de todas las partes involucradas en los sistemas de información nacionales, satélites y del proyecto. Así, un primer proceso consistirá en la revisión del esquema propuesto para el proyecto y la manera como el módulo de datos de información estratégica para poblaciones clave priorizadas alimentará y complementará los sistemas del nivel central, tanto los de vigilancia epidemiológica del INS como los de gestión y triangulación del Observatorio. Todos ellos deberán ser complementarios y plenamente compatibles.

Los esfuerzos se concentrarán en lograr una óptima gestión de la información con los mecanismos ya previstos por las partes, pero el proyecto empezará a proveer información necesaria para alimentar una ventana que hasta el momento cuenta con información parcial e incompleta. En resumen, la gestión será complementaria y en ningún caso substitutiva o paralela.

También es importante considerar que la fuente primaria de selección de los indicadores propuestos en este componente de enfermedad, fue el Observatorio Nacional, pues 6 de los 14 elegidos, le corresponden. Otros 5 indicadores fueron tomados de las recomendaciones del Fondo Mundial y los 3 restantes fueron propuestos por el proyecto mismo.

Se seleccionaron indicadores que midieran aspectos sobre los cuales el país requiere mejorar su conocimiento y que en función del **Informe de Acceso Universal VIH/Sida** mencionado en 4.8.1 deben fortalecerse. La construcción de las directrices preliminares para la consolidación de un plan de monitoreo y evaluación para la propuesta contó con la participación de los responsables del Observatorio Nacional, asegurando que la información que se producirá responderá no sólo a las necesidades del proyecto sino a las del Observatorio mismo, y así contribuir a mejorar el análisis de la situación del país.

Se prevé que cada seis meses, en coordinación con el MPS, el Observatorio Nacional, el INS y el RP se analicen los informes del sistema de M&E del proyecto y se formulen recomendaciones para el ajuste de las acciones durante el tiempo de su ejecución. De esta forma, se fortalecerán los esfuerzos nacionales y se mantendrá coherencia con las políticas nacionales.

4.8.3. Fortalecimiento de los sistemas de monitoreo y evaluación

¿Qué mejoras de los sistemas de M+E del país (incluidos los de los Receptores Principales y de los sub-receptores) se incluyen en esta propuesta a fin de superar las deficiencias y/o fortalecer los informes en el marco nacional de los sistemas de medición del impacto?

➔ *El Fondo Mundial recomienda que entre el 5% y el 10% del presupuesto total de la propuesta se destine a actividades de M+E, a fin de fortalecer los sistemas de M+E actuales.*

El proyecto desarrollará acciones que significan mejoras en el conocimiento de la situación de los grupos claves priorizados en áreas como: estado de la infección, vulnerabilidad, acceso a servicios preventivos, diagnóstico y tratamiento. No en todos los casos se cuenta con datos recientes o confiables y dada la concentración de la epidemia en estos grupos, es una necesidad del país avanzar en su conocimiento. Tal esfuerzo por parte del

proyecto, permitirá avanzar hacia la superación de una deficiencia que actualmente no permite conocer a fondo la situación de grupos prioritarios para el cumplimiento de los marcos políticos y programáticos generales.

Las acciones de Monitoreo y Evaluación del proyecto permitirán:

- Estudiar la prevalencia del VIH en los grupos clave priorizados y evaluar el impacto logrado por el proyecto.
- Investigar los conocimientos y comportamientos en los grupos priorizados de manera que se puedan orientar acciones de promoción de la salud, prevención de las ITS y el VIH y demanda oportuna de servicios.
- Indagar las actitudes y comportamientos del personal de las instituciones de salud frente a las personas de los grupos priorizados y a las PVVS, y evaluar los cambios logrados con las acciones instauradas.
- Monitorear la demanda de asesoría y prueba voluntaria para VIH, la satisfacción con los servicios de salud de los miembros de los grupos clave priorizados, la cobertura específica y la calidad de dichos servicios, así como los cambios logrados con las acciones implementadas para minimizar las barreras de acceso detectadas.
- Determinar el grado de vulnerabilidad social en los grupos clave priorizados y evaluar cómo se modifican con el desarrollo de las “oportunidades productivas” propuestas en el proyecto.
- Estudiar la continuidad en los tratamientos antirretrovirales que reciben las PVVS, como factor determinante de la sobrevida, adherencia y la mortalidad por Sida.
- Recopilar los datos e indicadores que permitan explicar los aprendizajes y experiencias logrados durante el desarrollo del proyecto, como aporte fundamental al país.

Por otro lado, la propuesta ha integrado acciones específicas para mejorar algunas de las deficiencias descritas en la sección 4.8.1. La solicitud de fondos incluye el desarrollo de estudios específicos de comportamiento y seroprevalencia en los grupos clave priorizados. Aunque estos serán representativos de los departamentos seleccionados y no del nivel nacional, permitirán mejorar el conocimiento de la situación de estas poblaciones de alta vulnerabilidad en un número importante de territorios.

Se han incluido actividades para el mejoramiento de la capacidad técnica de quienes están a cargo de los observatorios satélites, de los técnicos de vigilancia de las direcciones de salud subnacionales a cargo de recopilar la información de las instituciones de salud y de asegurar el flujo de información al nivel central (INS) y al Observatorio Nacional de la Gestión en VIH/Sida) y de las EE como subreceptoras del nivel local. Es importante recordar que las EE trabajarán en alianza con 330 instituciones de salud, cuyos sistemas de registro y reporte de información se verán fortalecidos, ya que son fuente directa de información para el desempeño del proyecto, y también para la vigilancia en salud pública.

Aun cuando el proyecto no podrá modificar aspectos de la rotación de las personas a cargo de los observatorios satélites, podrá mitigar su efecto negativo, asegurando que la formación llegue a otras personas que conforman los observatorios satélites y transfiriendo también tecnología y capacidad a los MCD y a los comités intersectoriales de VIH/Sida que podrán asegurar mayor continuidad.

Además de la construcción de procedimientos en conjunto con todos los actores directamente involucrados e interesados en el nivel nacional, el RP diseñará e implementarán manuales de procedimientos, que junto con la asistencia técnica desde el nivel central al nivel local y a las EE repercutirán en el fortalecimiento del sistema nacional de monitoreo y evaluación.

Por último, el INS y el Observatorio Nacional acompañarán al RP en el diseño de los estudios de comportamiento y seroprevalencia que se tienen previstos, con el fin de asegurar que las fuentes de datos y las metodologías puedan ser integradas en el futuro como parte del sistema nacional de monitoreo y evaluación.

Los datos e informes generados por el proyecto, serán entregados semestralmente al Observatorio Nacional de la Gestión en VIH/Sida. Estos datos serán publicados en el sitio web del Ministerio de la Protección Social (www.minproteccionsocial.gov.co), en el del Instituto Nacional de Salud (www.ins.gov.co) y en la página web que el receptor principal del proyecto dispondrá para tal fin. Durante la realización de los foros y eventos programados en el proyecto también se divulgarán los datos que se consideren relevantes, previo acuerdo con el Ministerio de la Protección Social.

El proyecto contempla igualmente la publicación de los logros, resultados y lecciones aprendidas durante su desarrollo, en documentos escritos que serán entregados a instituciones gubernamentales, instituciones del sector salud, universidades, grupos de investigación, ONG y demás interesados.

Plan de monitoreo y evaluación del componente VIH, novena convocatoria

Cada uno de los indicadores propuestos para este componente de enfermedad, mide un factor clave de éxito derivado de los objetivos y las actividades programadas, por lo tanto, el plan de monitoreo y evaluación está alineado al logro del propósito general de la propuesta. Para cada indicador se desarrolló una ficha descriptiva (ver Anexo 9).

En el Anexo 7, 8 y 9 se incluye una descripción más detallada del marco de desempeño del proyecto, el marco de desempeño para la fase 1 y el Plan de M&E.

4.9. Capacidad de ejecución

4.9.1 Receptor(es) Principal(es)

Describa las respectivas capacidades técnicas, financieras y de gestión que tiene cada Receptor Principal para gestionar y supervisar la ejecución del programa (o la proporción de la propuesta que le corresponde, si procede).

En la descripción, describa posibles obstáculos previstos para lograr un buen desempeño, refiriéndose a cualquier evaluación previa existente del Receptor/es Principal/es, ***distinta de los "Informes del desempeño de las subvenciones del Fondo Mundial"****. Los planes para abordar las necesidades en cuanto a las capacidades deberán describirse en la sección 4.9.6 a continuación, e incluirse (si procede) en el plan de trabajo y el presupuesto.*

RP	CHF International
Dirección	Calle 72 # 5-83 Piso 13 Bogotá, Colombia

CHF International fue escogido por el MCP/Colombia para ser el Receptor Principal para el componente de VIH.

CHF es una organización internacional sin fines de lucro dedicada al desarrollo comunitario y la ayuda humanitaria contando en la actualidad con 90 programas en ejecución en más de 30 países alrededor del mundo. CHF en sus 55 años de experiencia ha trabajado en más de 100 países cumpliendo con su misión de ser un catalizador para promover cambios positivos y duraderos en comunidades de ingresos limitados apoyándolos a crear sus propias capacidades para mejorar sus condiciones sociales, económicas y ambientales. El éxito de CHF está fundamentado en la generación de sinergias entre las comunidades, organizaciones locales y recursos para lograr cambios sustentables a través de actores locales en los países donde trabaja.

Los campos de acción de CHF en Colombia han sido:

- Atención integral a población en situación de desplazamiento, a través de los componentes de Generación de Ingresos, Atención Humanitaria y Atención Psico-social
- Micro-crédito, banca de primero y segundo piso
- Habitabilidad y construcción
- Programas de paz y resolución de conflictos
- Programas dirigidos a población afro descendiente
- Reintegración social y económica de excombatientes
- Programas de prevención y respuesta a casos de violencia basada en género (VBG)
- Programa de atención psico-social y legal a familiares de víctimas de desapariciones y masacres,
- Fortalecimiento institucional de organizaciones de base comunitaria y entidades operadoras o ejecutoras
- Participación Ciudadana
- Programa de fortalecimiento del tejido social y oportunidades para jóvenes

La calidad de los resultados, evidenciado en el mejoramiento de las condiciones de vida de miles de familias participantes en los diferentes programas, el alcance de los objetivos y metas programáticas, el cumplimiento de los indicadores de impacto y resultado, así como la evaluación y retroalimentación recibida por parte de los diferentes socios, donantes y cooperantes de los proyectos ejecutados; evidencian el gran nivel de competencia, mística por el trabajo y alto grado de profesionalismo de todo el equipo de CHF en Colombia.

La diversidad en los campos de acción e intervención de CHF en Colombia, el nivel profesional del equipo de técnicos nacionales y el aporte de los expertos que en el área de la salud y específicamente VIH/Sida son puestos a disposición desde la sede en Estados Unidos y/o cualquiera de las oficinas de CHF International a nivel global, garantiza al MCP en Colombia un recurso humano en plena capacidad de asumir exitosamente a los restos del programa del Fondo Mundial, con los mismos resultados y estándares calidad del trabajo obtenidos hasta la fecha.

Visión de CHF International en la respuesta al VIH/Sida

CHF International entiende que la manera más efectiva de enfrentar el avance de las enfermedades infecciosas requiere de un enfoque multi-sectorial; un enfoque basado en la demanda que favorezca el mejoramiento sustancial en las condiciones de salud de la población y el empoderamiento de las comunidades para combatir de forma más eficiente VIH/Sida.

El enfoque de trabajo de CHF International promueve el desarrollo de las capacidades locales y fomenta sostenibilidad a través del fortalecimiento de las habilidades de las organizaciones de base comunitaria a fin que estas puedan, de forma directa y eficiente, enfrentar la lucha contra las enfermedades. CHF siempre busca: 1) potenciar las capacidades de los miembros de la comunidad, organizaciones locales, gobiernos municipales e instituciones nacionales y 2) generar enlaces sostenibles y sistemas de transferencia de información entre los proveedores de servicios de salud, autoridades locales e instituciones.

Para enfrentar el reto que plantea el Fondo Mundial, CHF International ofrece su experiencia, capacidad instalada, y un grupo de profesionales líderes en su trabajo quienes formarán un equipo altamente cualificado, para ofrecer un enfoque técnico y la capacidad administrativa y gerencial para asegurar que la Propuesta del Mecanismo Coordinador de País se ejecute efectivamente y con un alto impacto.

1. CAPACIDAD TÉCNICA, FINANCIERA Y DE GESTIÓN:

A) EXPERIENCIA GENERAL DE CHF EN EL ÁREA DE SALUD

Los programas de CHF, innovadores y exitosos, están dirigidos a aquellas condiciones fundamentales que hacen a las personas susceptibles a la pobreza, incluyendo el conflicto, acceso limitado a agua potable, salud y educación, vivienda inadecuada, bajos rendimientos en la agricultura y oportunidades económicas no equitativas. **Estas condiciones no solamente preservan la pobreza sino que también contribuyen y ejercen influencia en los comportamientos y normas que ponen a las personas en riesgo de adquirir enfermedades evitables de amplio alcance**, tales como el VIH, la tuberculosis, la malaria e infecciones transmisibles a través del agua como el cólera y la diarrea.

A lo largo de la historia, los programas de CHF International han mejorado fundamentalmente el ámbito de la salud pública para millones de personas en las miles de comunidades donde trabajamos. Nuestras iniciativas fomentan la salud pública mediante el acceso a servicios de salud, generando conciencia de la importancia de articular los servicios de salud a las comunidades más vulnerables, a través del aumento de los ingresos, el suministro de vivienda decente, el enriquecimiento de la agricultura, y el acceso a crédito y a mejoras en el saneamiento.

a. VIH y Sida

Los programas para la lucha contra el VIH/Sida han tenido un gran impacto en África y Latinoamérica. Desde el 2004, los Centros para el Control y Prevención de la Enfermedad (CDC) han otorgado fondos al **Programa de CHF para la Prevención y Tratamiento del VIH/Sida en Kenia (LPATH)** bajo el Fondo Presidencial de Emergencia para el Alivio del Sida (President´s Emergency Fund for AIDS Relief (PEPFAR). Y desde el 2005, CHF ha estado liderando el Programa de Movilización de la Comunidad con VIH/Sida en Rwanda (CHAMP), un programa de cuatro años con recursos de USAID/PEPFAR, cuya meta es permitir a las comunidades de Rwanda tener acceso equitativo a la atención continua, sostenible y de alta calidad para el tratamiento del VIH y Sida. Ambos programas para el VIH se focalizan en la construcción de capacidad de las organizaciones locales y la movilización de las comunidades de base **para suministrar servicios de cuidado continuo, mejorados y sostenibles relacionados con el VIH**. CHF está trabajando a nivel distrital y local y juega un papel clave en la formación de la política nacional y el desarrollo de la normatividad del sector con los ministerios, tanto en Kenia como en Rwanda.

En el 2008, CHF se convirtió en el Receptor Principal del Fondo Mundial para el Sida, la Tuberculosis y la Malaria en Honduras, logrando un lugar destacado a nivel nacional y regional en el área de la prevención, tratamiento y cuidado del VIH/Sida y en la administración de sub-donaciones para el apoyo del mismo. Como Receptor Principal, CHF International está trabajando de cerca con el sector público de Honduras, incluyendo el Ministerio de Salud y con las organizaciones de la sociedad civil dirigidas a la prevención y tratamiento del VIH. Los esfuerzos se focalizan particularmente entre grupos con mayor riesgo, incluyendo trabajadoras sexuales, hombres que tienen sexo con hombres, prisioneros, miembros del grupo étnico *Garífuna* (Afro-Caribe) y jóvenes en riesgo.

En el **sur de Sudán**, CHF está promoviendo la concientización y prevención del HIV a través de programas radiales. En la **región de Darfur** de Sudán, CHF lanzó una capacitación de concientización de la problemática de VIH entre los adolescentes que viven en los campos de desplazados internos.

El **programa de Generación de Empleo y Construcción de la Independencia (Generating Employment and Building Independence – GEBI)** en Etiopia comprometió a las comunidades para elevar el nivel de concientización a través de actividades de prevención y educación sobre el VIH. Adicionalmente, el trabajo de CHF en Etiopía, a través del **proyecto de Evaluación Somalí sobre el Conocimiento del VIH/Sida (Somali Assessment of HIV/AIDS Knowledge – SAHK)** en Jijiga evaluó las opiniones y concepciones erróneas sobre el VIH/Sida en el Estado Nacional Regional Somalí de Etiopía. Esta actividad evaluativa sobre el VIH/Sida identificó las necesidades de las comunidades objetivo para intervenciones e inició un diálogo crítico que está dando origen a una fundación dirigida a asuntos de calidad de vida para las personas que viven con HIV/ Sida.

b. Malaria

Como receptor principal del Fondo Mundial, CHF Honduras también está facilitando el proyecto malaria para reducir la incidencia de la infección en áreas de alta transmisión, mediante el trabajo con el Ministerio de Salud para mejorar el control del vector, distribuir mosquiteros tratados con insecticidas de alta duración e implementar una campaña de comunicaciones sobre cambios en el comportamiento. CHF trabaja con el Ministerio de Salud – Programa Nacional contra la Malaria – para mejorar el tratamiento contra la malaria y los servicios de diagnóstico en las áreas rurales, hacer más eficientes las normas nacionales contra la malaria y establecer servicios de trazado y un sistema de información sobre la malaria para difundir datos sobre la enfermedad en todo el país.

El programa CHAMP de CHF en Ruanda **Integra la Malaria y la Promoción de la Planificación Familiar en su modelo para la movilización de la comunidad**. El programa CHAMP ha promovido el desarrollo de visitas a los hogares para fomentar el uso de mosquiteros tratados con insecticidas de alta duración para las personas que viven con VIH/Sida. CHAMP está capacitando trabajadores comunitarios de la salud y autoridades distritales para integrar mensajes de planificación familiar dentro de las actividades existentes para el VIH/Sida, promueve la planificación familiar y la remisión de pacientes a los servicios de planificación familiar. CHAMP emplea a los Trabajadores Comunitarios de la Salud para suministrar información en cuanto al uso de los mosquiteros a niños menores de cinco años, así como a mujeres gestantes objetivo, para animarlas a asistir a las terapias clínicas para la prevención de la infección de la malaria, en el tratamiento temprano a los niños menores de cinco años y para remitir a las personas por casos severos de malaria y otras enfermedades.

c. Salud Sexual y Reproductiva

El trabajo de CHF en Serbia bajo el **programa Revitalización de la Comunidad a través de la Acción Democrática (Community Revitalization through Democratic Action - CRDA)**, financiado por USAID, involucró la construcción de un Centro para Salud Reproductiva, que ahora proporciona servicios de ginecología con un esquema centralizado en el cliente para sobrevivientes del tráfico de personas, violencia sexual y violación. El programa incluye una campaña pública en los medios de comunicación que promueve los servicios de planificación familiar y consejería para parejas por parte de jóvenes capacitados. CHF financió y coordinó la oportunidad de que los proveedores de atención en salud de la región viajaran a Montenegro a participar en una capacitación de actualización de habilidades y conocimientos en planificación familiar y salud sexual y reproductiva. Los profesionales de salud capacitados posteriormente llevaron a cabo programas en sus comunidades para la concientización sobre la importancia de la planificación familiar lo que posibilitó que muchos hombres, mujeres y jóvenes tuvieran información objetiva y mejores servicios. CHF también contribuyó a establecer el primer centro regional de salud reproductiva en el norte de Montenegro. La tecnología de vanguardia de las instalaciones de este centro incluye la primera máquina para mamografías de la región, una máquina ultrasonido en 3-D y un osteodensímetro.

d. Apoyo Psico-social

CHF implementa muchos programas en países que se encuentran en conflicto o post-conflicto o que han sufrido desastres naturales, en donde el **bienestar emocional individual, familiar y comunitario** debe ser recuperado. En **Colombia**, CHF International desarrolló la guía de orientación psicosocial ampliamente utilizada por organizaciones no gubernamentales y por más de 300 profesionales que se capacitaron en apoyo psico-social utilizando este recurso. La guía está disponible en inglés y español y es utilizada actualmente por CHF International para trabajar en otras regiones. También hemos incorporado el apoyo psico-social a nuestros programas en Sri Lanka, Liberia y Tajikistan.

e. Violencia basada en Género (VBG)

Las niñas y mujeres que han padecido violencia de género son más renuentes a emplear o tener acceso a los servicios en cuidados de salud y están en mayor riesgo de infección por VIH, depresión, abuso de sustancias psicoactivas y morbi-mortalidad en madres gestantes y recién nacidos. CHF ha estado integrando el proceso de sensibilización en cuanto a violencia de género en sus programas de movilización comunitaria en Iraq, a través de sus programas en Sudán, y en **Colombia**.

B) EQUIPO HUMANO

CHF International pone a disposición del Mecanismo de Coordinación de País la estructura general de CHF (Casa Matriz) y de su oficina en Colombia para el desarrollo y ejecución del Programa de VIH/Sida a presentar en la ronda 9.

CHF – Casa Matriz, es el encargado de asesorar y proveer asistencia técnica para la formulación e implementación de todos los programas a nivel mundial. Será igualmente responsable por la buena implementación y logro de los resultados de los diferentes programas. Esta responsabilidad es compartida y asumida cabalmente por las oficinas de cada uno de los países, en este caso Colombia. La contribución específica de la casa matriz incluye: 1) Primera línea de gerencia, monitoreo y evaluación del programa, así como asistencia financiera y programática desde la Oficina de Operaciones Globales (OGO), específicamente para este caso, del equipo para Latinoamérica y el caribe (LAC); 2) Acceso a herramientas, manuales, y sistemas de información que apoyen a las oficinas de país a establecer el sistema de gestión de programas y proyectos; 3) Acceso a mejores prácticas y lecciones aprendidas recogidas para los diferentes programas y áreas de trabajo de CHF International a través de la Oficina de Apoyo Técnico y Estratégico (OSTS); 4) identificación de oportunidades para apalancar contrapartidas y nuevos recursos a través de su Oficina de Desarrollo de Negocios y Programas (OBD); 5) Selección, reclutamiento, vinculación y desarrollo de personal expatriado y equipo local para la casa matriz a través de la Oficina de Personal (OOP); y 6) Monitoreo de parte del Departamento de Finanzas (FITS) de los procesos de formulación y ejecución presupuestal, y la articulación de las finanzas y contabilidad local con los procedimientos contables de la casa matriz, la administración de sub-contratos y las políticas y procedimientos del manejo de inventarios.

Por otra parte, CHF a través de su oficina en Colombia, pone a disposición del Fondo Mundial la estructural organizacional con que cuenta en el país, conformada por:

a) **Dirección General:** La Dirección General lidera la organización, lineamientos estratégicos y el desarrollo de todos sus programas. De esta área dependen cuatro áreas transversales: Jurídica, Desarrollo de Programas, Calidad y Monitoreo y Evaluación, una Dirección de Programas, cinco Gerencias: Administrativa, Financiera, de Microcrédito, Gerencia Nacional de Programas, y Gerencia Nacional de Construcción y una Coordinación de Auditoría.

b) **Área Jurídica:** La Oficina Jurídica de CHF International Colombia, esta orientada a brindar las herramientas legales para el proceder de la organización, objetivo que se lleva a cabo con el cumplimiento de las siguientes actividades: i) la revisión, identificación y difusión de las normas jurídicas aplicables en todas y cada una de las actuaciones de CHF en Colombia con el fin de asegurar el cumplimiento de la legislación Colombiana, las políticas de la organización y de los requisitos establecidos por los cooperantes; ii) la emisión de conceptos jurídicos con el fin de aterrizar las normas, la jurisprudencia y la doctrina en una situación fáctica concreta; iii) El soporte en la elaboración, revisión y suscripción de los documentos contractuales necesarios para el desarrollo e implementación de los programas en Colombia. En este sentido, se han implementado procedimientos que facilitan el desarrollo de las actividades que están en cabeza de la oficina jurídica, lo cual ha permitido gestionar con éxito alrededor de 217 contratos y convenios así como 282 modificaciones, adendas y otrosí durante el año 2008, de lo que se colige se elaboran, revisan y suscriben un promedio de 40 documentos contractuales semanales.

c) **Desarrollo De Programas:** La gestión de alianzas y desarrollo de programas tiene por objetivo la búsqueda de aliados y cooperantes que de forma estratégica permitan mejorar los impactos de los programas en ejecución, posibiliten la continuidad de estos programas y/o la identificación de nuevas áreas de trabajo.

   Esta labor se realiza a través del contacto directo con entidades públicas y privadas a nivel nacional en donde se busca identificar áreas, comunidades, ciudades y regiones afines de trabajo, intereses comunes, complementariedad de acciones, entre otras, de tal forma que exista un gana-gana para las dos partes y al final quienes mas se beneficien sean las comunidades vulnerables objeto de los programas.

   Otra de las acciones importantes en esta área es la participación en convocatorias nacionales e internacionales que financien acciones de desarrollo en las tres áreas de trabajo de CHF: Comunidad, Hábitat y Finanzas. Para dar respuesta a estas convocatorias, se trabaja activamente con las áreas de ejecución de programas y el área financiera para la construcción de las propuestas técnicas y económicas y para realizar las gestiones de búsqueda de aliados locales, cuando así se requiere.

d) **Calidad:** El área de Gestión de Calidad tiene como principal objetivo Mantener, Controlar y realizar Seguimiento al Sistema de Gestión de Calidad de CHF, identificando e implementando las oportunidades de mejora que se generen en cada uno de los procesos, que contribuyan al incremento de los niveles de satisfacción de los clientes, de los niveles de calidad de los programas y de la mejora continua de toda la organización.

   El área cuenta con un Coordinador de Calidad, Especialista en Sistemas de Gestión que Lidero el proceso de Implementación del Sistema desde Noviembre de 2007 hasta la obtención de la Certificación del Sistema bajo los lineamientos de la norma ISO 9001 en Noviembre 06 de 2008, logrando resultados satisfactorios para la Organización a nivel local y a nivel mundial siendo la primera sede de CHF en conseguir este reconocimiento internacional.

e) **Monitoreo Y Evaluación:** El área de Monitoreo y Evaluación es responsable de la implementación de los mecanismos de seguimiento y evaluación de los programas y específicamente del Sistema de Información e Indicadores, implementados para medir avances, logro de resultados y generar análisis y alertas

tempranas para la adecuada administración, operación y toma de decisiones. El trabajo se realiza articuladamente con las áreas de programas, financiera y operaciones y actualmente forman parte del área, una coordinación profesional y tres analistas de información.

Como logros en el ejercicio de funciones, se destaca que el sistema de información e indicadores, tiene registros de la atención recibida por cerca de 70 mil familias atendidas desde el año 2007, con reportes de más de 250 indicadores cuantitativos, que dan cuenta tanto de la ejecución de metas por ciudad, como la gestión que realizan las entidades operadoras al brindar la atención, generando reportes de avance y logro de resultados. Adicionalmente, hay registros de indicadores cualitativos aplicados a 14 mil familias atendidas, dando cuenta de cambios cualitativos en los participantes por efecto del programa.

f) **Dirección De Programas:** El área de Dirección de Programas tiene como objetivos diseñar lineamientos, políticas y criterios técnicos, metodológicos y operativos de programas y proyectos socioeconómicos; implementar, asesorar, hacer seguimiento y evaluar programas y proyectos socio-económicos dirigidos a población vulnerable y desplazada en áreas de asistencia humanitaria, generación de ingresos, acompañamiento psicosocial, género, niñez, orientación en nutrición, salud mental; sistematizar procesos, buenas practicas, lecciones aprendidas de las intervenciones realizadas; producir material didáctico y publicaciones que garanticen el buen cumplimiento de los programas y proyectos que se ejecuten; diseñar e implementar procesos de fortalecimiento organizacional, para quienes implementan o desarrollan los programas y proyectos contribuyendo a dejar capacidad local instalada. El área está estructurada por un equipo de profesionales interdisciplinarios de nivel nacional y regional, encargados de direccionar, desarrollar, asesorar y hacer monitoreo, sistematización y evaluación, tanto a los programas y proyectos como a las entidades ejecutoras de los mismos. Durante más de siete años consecutivos se han desarrollado diversos programas y proyectos a un número aproximado de 160.000 familias, 800.000 personas aprox., en una cobertura nacional de 30 ciudades y más de 200 municipios, con el apoyo de 30 entidades operadoras locales, llegando a manejar durante el 2008 mas de 90 millones de dólares en programas con población desplazada.

g) **Gerencia Administrativa:** La Gerencia Administrativa tiene como objetivo principal la planeación, dirección, definición, implementación, control y seguimiento de las actividades administrativas y operativas de la organización. Tiene a su cargo las áreas de Recursos Humanos, la Coordinación Administrativa, Sistemas e Informática, Operaciones, Compras de Construcción, Seguridad y Calidad. Cuenta con 7 profesionales graduados en Ingeniería, Contabilidad, Economía, Sistemas y Derecho apoyando las diferentes actividades del área. Cuenta también con 7 tecnólogos y 15 personas que desempeñan labores operativas y que soportan todos y cada uno de los procesos.

h) **Gerencia Financiera:** El área Financiera es la encargada de procesar contablemente todas las operaciones de la Organización, siendo el filtro final en el proceso de revisión de las políticas y procedimientos establecidos por CHF. Así mismo se trabaja haciendo énfasis en el control interno de cada uno de los procesos, contribuyendo de manera importante en el mejoramiento continuo de los procedimientos establecidos bajo la norma ISO 9001, y de controlar y hacer seguimiento a la ejecución y cumplimiento de los presupuestos aprobados para cada programa.

La gestión financiera y contable de CHF es una de las más importantes y más estrictas en su aplicación, por ser la que proporciona a la entidad y a sus cooperantes claridad absoluta sobre el manejo de los recursos recibidos para la ejecución de los proyectos. Es importante resaltar aquí que la oficina de CHF Colombia inició ejecutando recursos por $ 314.7 mil dólares americanos en el 2001, y dado al crecimiento de los programas y donantes durante el 2008 ejecutó recursos por valor de $ 119 millones de dólares americanos, lo que ha permitido desarrollar procedimientos confiables y estrictos en el manejo de los recursos.

Una de las fortalezas que ha mostrado CHF en su gestión financiera y contable es su gran capacidad para responder de manera ágil al trámite de pagos, pero cumpliendo con toda la rigurosidad las políticas establecidas en el “Field Finance & Accounting Manual”.

Igualmente, se lleva un registro permanente y exacto de todas las transacciones, permitiéndoles a los cooperantes conocer la ejecución presupuestal de sus proyectos, los ahorros realizados, las contrapartidas asignadas, entre otros, cumpliendo con todas las requisiciones de informes financieros en los formatos y tiempos establecidos por los cooperantes.

Adicionalmente, el área de presupuestos se encarga de hacer la revisión permanente de la ejecución del presupuesto general de CHF y por programas, haciendo seguimiento constante a las entidades operadoras, para verificar los avances, establecer las causas de los incumplimientos en caso que ocurran y acordar con la operadora respectiva los correctivos o ajustes necesarios.

También se verifica el cumplimiento de las metas de los convenios, se analiza la necesidad de transferir líneas presupuestales de un componente a otro y se formulan recomendaciones al área respectiva de CHF, a la entidad operadora, y al Donante para la toma de decisiones.

CHF cuenta con una Auditoria Externa por parte de Deloitte & Touche de todos los informes contables de

CHF Colombia. De la misma forma y de manera permanente se cuenta con revisiones externas realizadas por los donantes así como también de Auditores internos enviados directamente por la casa matriz. Los resultados de dichas visitas son evaluados y monitoreados de manera permanente con el fin de verificar el cumplimiento de las recomendaciones dadas, así como también las mejoras que se realicen en los procedimientos para evitar caer reiteradamente en situaciones antes presentadas.

i) **Gerencia De Microfinanzas:** Esta Gerencia promueve las microfinanzas en Colombia facilitando a las poblaciones de escasos recursos el acceso al crédito y servicios financieros, generando una mejor calidad de vida de los microempresarios y fortaleciendo las entidades vinculadas al programa que apoyan al sector. Express Institucional ofrece recursos de crédito a tasas de fomento y asistencia técnica a entidades de primer nivel especializadas en microcrédito y crédito de vivienda. Entre sus microfinancieras locales se pueden encontrar: ONGs, Cooperativas, Fondos de Empleados, Cajas de Compensación y Compañías de Financiamiento Comercial. La estrategia del área busca diversificar la cartera, ampliar cobertura y obtener una mejor penetración del mercado microfinanciero y de vivienda en las zonas rurales. En la actualidad el equipo está compuesto por 1 coordinador, 1 analista y 2 auxiliares de crédito y cartera.

Desde el año 2003 se han desembolsado préstamos por valor de USD$ 21 millones, más de 35 instituciones vinculadas, más de 35.000 beneficiarios, activos actuales de USD$ 6 millones e indicador de cartera en riesgo del 0%. En el año 2007 se firmo convenio con el Ministerio de Agricultura para la ejecución de USD$ 1.5 millones microcrédito rural con los que se han beneficiado 3.765 microempresarios.

j) **Gerencia Nacional De Programas:** Es responsable del direccionamiento técnico y del abordaje metodológico y conceptual de los programas a su cargo. De igual forma, responde por la adecuada ejecución presupuestal y el cumplimiento de metas, el logro de resultados de los mismos y todos aquellos acuerdos y requisitos exigidos por los donantes y que se encuentran reflejadas en los convenios suscritos con ellos.

A la fecha la Gerencia es responsable de tres proyectos a saber: PACIFICO cuyo objetivo general es la estructuración de un modelo replicable de reconciliación entre excombatientes de grupos ilegales, comunidad receptora y víctimas, fortaleciendo el liderazgo de gobiernos locales; PODER que busca incrementar el nivel de inclusión y participación de personas con discapacidad en situación de desplazamiento, en el proceso de estabilización socioeconómica de sus familias, mejorando así su nivel de vida; y VAMPP que tiene como propósito diseñar un esquema de atención psicosocial y de orientación legal a familiares de víctimas de desaparición forzada y masacres en el marco del conflicto colombiano

k) **Gerencia Nacional De Construcción:** Desde esta Gerencia se desarrollan procesos de atención a población vulnerable y en situación de desplazamiento desde el año 2002, apoyando a más de 25000 familias localizadas en áreas urbanas y rurales de 28 departamentos y más de 200 municipios distribuidos en el territorio nacional.

Estos logros se obtuvieron a través de acciones rápidas y eficientes en el ámbito de la emergencia habitacional e infraestructura social con diversas modalidades de atención. En el campo del hábitat se desarrollan procesos que van desde la entrega de kits de materiales de construcción particularizado a la necesidad de cada familia hasta la construcción de viviendas de emergencia transitoria o definitivas con los estándares de calidad y condiciones dignas que suplan las necesidades básicas de las familias beneficiarias. Los trabajos desarrollados en infraestructura social se han centrado en el tema de educación y comedores aún cuando se han desarrollado otros trabajos en salud e infraestructura de servicios entre otros.

Indudablemente, CHF ha demostrado una alta capacidad de respuesta efectiva. El equipo técnico viene trabajando desde hace casi 8 años en el campo de la atención de emergencia en construcción, especializados en diferentes áreas como arquitectura, ingeniería civil y sanitaria, con los cuales se ha logrado cumplir con la meta de atender en los últimos años cifras superiores a las 4000 familias anuales e inversiones superiores a los diez mil millones de pesos ($10.000.000.000) por año.

l) **Coordinación De Auditoría:** Esta área tiene como función realizar una auditoría integral, con sujeción a las normas de auditoría generalmente aceptadas y a las disposiciones legales. Para ello se emiten informes de seguimiento y recomendaciones sobre las actuaciones, gestiones, labores, actividades financieras, contables y operativas relacionadas con los recursos asignados a las entidades operadoras, revisando y evaluando sistemáticamente los componentes y elementos que integran los sistemas de control interno administrativo y operativo de las entidades, en forma oportuna e independiente, de acuerdo a los términos señalados por CHF en los convenios firmados. En cumplimiento de este marco nuestra área realiza las siguientes actividades: Auditoría de Control Interno, Auditoría de Cumplimiento, Auditoría de Gestión y Auditoría Financiera.

Es importante destacar que durante el último año esta área realizó auditoría de 25 entidades operadoras a nivel nacional cuyo presupuesto de ejecución ascendía a más de 43,000 millones de pesos.

CHF International - Colombia, con reconocida presencia nacional a nivel institucional y una larga trayectoria de cerca

de 8 años en la implementación de proyectos y programas vinculados a la administración de recursos financieros y el desarrollo de programas sociales, cuenta con la suficiente capacidad para responder al rol de Receptor Principal No Gubernamental ante el Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria.

CHF International - Colombia, cuenta con una estructura organizacional conformada por el Director General, Directora de Programas, Gerentes, Coordinadores Nacionales, Coordinadores Regionales, Coordinadores de Área, Supervisores, Analistas, Asesores, Asistentes y Auxiliares. En total CHF International – Colombia cuenta con 130 colaboradores permanentes con un alto perfil y experiencia profesional, así como un alto nivel de compromiso y mística por el trabajo realizado.

CHF International - Colombia cuenta con un equipo altamente capacitado y cualificado para el diseño, ejecución, asistencia técnica y evaluación de sus diferentes programas. Este equipo de profesionales ha demostrado suficiencia y experticia en el desarrollo de los diferentes programas y proyectos sociales implementados por la organización.

2. ACCIONES DE MEJORA:

CHF Colombia, obtuvo su **Certificación de Calidad** durante el 2008, y con base en los Informes de Auditoría y Evaluaciones de Satisfacción de Socios Cooperantes, viene trabajando en la implementación de las siguientes acciones de mejora:

- Desarrollo de una matriz de riesgo para todos los procesos de la organización que permita integrar rápidamente Acciones Preventivas al Sistema: Esta debilidad se viene trabajando desde el año pasado y se ha avanzado en la identificación de algunos riesgos y las consecuentes acciones preventivas.
- Mejora del proceso de comunicación externa. Aunque CHF cuenta con un proceso de comunicación liderado por la dirección, no se cuenta en la oficina de Colombia específicamente con un área de comunicaciones que responda por la divulgación de todos los programas en su conjunto. Estas acciones se desarrollan de manera coordinada entre la Oficina de Desarrollo de Programa y las Gerencias y Direcciones de Programas. No obstante, en el Plan de Mejora de CHF se viene discutiendo y planeando la estructuración de un Área de Comunicaciones que sea responsable de la visibilización de CHF y de los diversos programas que implementa.

4.9.2 Sub-receptores	
(a) ¿Participarán los sub-receptores en la ejecución del programa?	◉ Sí ○ No
(b) **En caso negativo**, ¿por qué no?	
No aplica	
(c) **En caso afirmativo**, ¿cuántos sub-receptores participarán?	○ 1 – 6 ○ 7 – 20 ○ 21 – 50 ◉ más de 50
(d) ¿Se ha determinado ya quiénes serán los sub-receptores? *(En caso afirmativo, adjunte una lista de sub-receptores en la que se mencionen los datos del "sector" al que representan y el ámbito o ámbitos principales de su trabajo durante el periodo de la propuesta.)*	○ Sí ***[Inserte el número de Anexo en el que figura esta lista]*** ◉ No **Responda a la sección 4.9.4 para dar las explicaciones pertinentes**
(e) **En caso afirmativo,** indique la proporción relativa de trabajo que deberán asumir los diversos sub-receptores. Si el sector privado y/o la sociedad civil no participan en el logro de los resultados de los programas a nivel de sub-receptor o no lo hacen de forma significativa, explique por qué.	

4.9.3. Sub-receptores previamente identificados

Describa las anteriores **experiencias de ejecución** de los sub-receptores clave. Asimismo identifique las dificultades que pueden encontrar los sub-receptores y que puedan afectar al desempeño, y la forma en que se ha previsto atenuar estas dificultades.

La sección 4.9.4 describe las razones para la no selección anticipada de sub-receptores en esta propuesta para VIH; sin embargo, durante el desarrollo de la anterior subvención proyecto de segunda ronda se seleccionaron subreceptores para 48 municipios en 22 Departamentos y se trabajó con más de 50 subreceptores y cerca de 60 entidades en alianza. Todos estas entidades cuentan con capacidad y experiencia y por lo tanto, hacen parte integral de la capacidad instalada con la que contará una nueva subvención a ser aprobada por el FM para Colombia, entre otras razones porque la experiencia de trabajo durante las dos fases de desarrollo de la Ronda 2 fueron exitosas y positivas y las recomendaciones para el mejoramiento se han integrado plenamente en la estructura operativa y programática de esta nueva propuesta.

Como se describió amplia y detalladamente en la sección 4.5.3 una lección apendida de la anterior subvención fue la definición de unidades de ejecución departamentales, con acompañamiento permanente de los MCDs a las entidades ejecutoras (EE) y a las organizaciones que integrarán las alianzas. Este acompañamiento en lo local será complementado por un acompañamiento más definido desde el RP, ya que se ha determinado la existencia de asesores regionales que harán acompañamiento más cercano a la ejecución local a través de las EE y sus alianzas.

Las entidades ejecutoras (EE) que actuarán como subreceptores de los recursos en lo local y que corresponden a 20 en esta nueva propuesta, serán seleccionadas siguiendo los procedimientos que se describen más adelante y serán invitadas a la convocatoria pública, organizaciones como las que se incluyen en el listado de organizaciones que aparecen en el Anexo # 5 VIH, este listado será ampliado o complementado de acuerdo con una primera validación e incluirá entidades en Guajira y Caldas, departamentos no integrados a las acciones de Ronda 2.

Además del acompañamiento y monitoreo permanentes del nivel central a través del RP, procesos que se describen en detalle en la sección 4.9.6, dentro del desarrollo programático se han previsto actividades de asistencia técnica y de mejoramiento de la capacidad de las instituciones de tipo comunitario y de salud que participarán en el desarrollo de la estrategia. De hecho, el marco de desempeño y los objetivos específicos se enmarcan fundamentalemente en acciones de mejoramiento de la capacidad de estas entidades que funcionarán como subreceptores y como entidades beneficiarias.

Por último, es importante señalar que es política del MCP/Colombia otorgar el máximo de recursos para gestionar el proyecto a las organizaciones de la sociedad civil, en un intento por asegurar mejor conocimiento de las comunidades y grupos vulnerables y porque son las que tienen amplitud de trayectoria y experiencia en el trabajo social y comunitario. La asignación de recursos para el empoderamiento y fortalecimiento de las capacidades de la sociedad civil y de sus organizaciones no sólo fortalece a las comunidades sino que constituye también garantía de sostenibilidad del proyecto, más aún cuando también se promueven alianzas con la institucionalidad del nivel departamental a cargo de definir las políticas, planes y programas.

4.9.4. Sub-receptores sin identificar

Explique por qué no se han identificado todavía algunos o la totalidad de los sub-receptores. Asimismo explique el proceso transparente y con plazos concretos que utilizará el Receptor Principal para seleccionar a los sub-receptores a fin de que no se produzcan retrasos en la ejecución del programa.

El RP con el acompañamiento del MCP se comprometen con el requerimiento del Fondo Mundial a que la selección de los subreceptores se lleve a cabo en una forma abierta, transparente y oportuna. Los procesos de convocatoria y selección de los subreceptores, que en esta propuesta se definen como EE, tendrán lugar durante el segundo trimestre del año 1, para el primer grupo de actividades; durante el tercer y cuarto trimestre se tiene previsto consolidar los procesos de contratación y ajuste de las estrategias de ejecución y de asistencia a las instituciones beneficiarias, que a su vez serán identificadas a través de los mapeos de recursos locales durante el segundo trimestre del año 1. De esta forma, se asegura también que las EE participarán en la identificación y evaluación de necesidades de los recursos locales, aspecto fundamental para planificar la asistencia técnica prevista.

Por otra parte, para adelantar procesos administrativos y contractuales en el país, como el de la contratación de subreceptores, las leyes colombianas exigen contar con presupuesto asignado, previo a la contratación, lo que se denomina, Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP). Seleccionar proponentes en forma previa a la asignación de fondos, pudiera ser visto en contravía de una buena práctica estatal.

Durante la implementación de la anterior subvención se realizó la contratación de subreceptores, adoptando los lineamientos con los que cuenta el país, considerados como una buena práctica, para garantizar transparencia.

Además, el país considera que seleccionar los subreceptores de forma más cercana a la implementación del proyecto, evita deserciones y permite evaluar, en forma más cercana a la implementación del proyecto, cual es la verdadera capacidad administrativa y operacional de los proponentes.

También se tendrá en cuenta otra lección aprendida del proyecto anterior, en él se demostró que la escogencia de subreceptores locales con presencia y trabajo en cada uno de los departamentos, acompañados de asesoría y asistencia técnica permanente, realizaron un trabajo eficiente, que cumplió con metas y resultados, dejando una capacidad instalada local para el trabajo integral en prevención y atención en VIH, que servirá para adelantar el proyecto de novena ronda.

El mecanismo de contratación para la ejecución de la propuesta está enmarcado en los principios de transparencia, economía y responsabilidad contemplados por Ley, lo que garantiza la eficiencia y calidad de los procesos. Dependiendo del monto y los criterios legales, la escogencia del contratista se hará a través de licitación, convocatoria pública, contratación directa y de menor cuantía. La capacidad de gestión administrativa del RP escogido por el MCP en Colombia, garantizará la oportunidad y selección objetiva de las contrataciones relacionadas con la asistencia técnica.

El Receptor Principal (RP) se compromete a hacer una convocatoria amplia y transparente para la selección de los subreceptores y a seguir el procedimiento que tendrá en cuenta los criterios, desarrollos técnicos, administrativos y lecciones aprendidas del proyecto de 2ª Ronda, por haber sido eficientes y eficaces. Estos se complementarán con los desarrollados ya por CHF como RP. Tal proceso se puede resumir así:

- Antes de la firma de la subvención y sobre la base de que existe en el Fondo Mundial un presupuesto asignado para tal fin, se procederá a la adaptación de los Términos de referencia, los cuales serán presentados y ajustados por los receptores principales.
- Una vez se dé inicio a la ejecución, se llevará a cabo una convocatoria a través de invitación abierta, regida por derecho privado, difundida a través de las redes o en medios masivos, con un cronograma detallado que defina los tiempos de evaluación y aprobación de propuestas; se tendrán en cuenta las 114 organizaciones participantes en el proyecto de segunda ronda y las nuevas organizaciones que quieran integrarse al proceso en calidad de EE.
- Se designará un comité evaluador por parte de los Receptores Principales en el cual particpará un representante del MCP, que seleccionarán a los subreceptores o EE.
- Dentro de los criterios para la selección de los subreceptores, y teniendo en cuenta la complejidad de aspectos de la propuesta, se tendrán en cuenta las lecciones aprendidas del proyecto de segunda ronda, donde enumeramos entre otras:
    - Seleccionar organizaciones locales que se ubiquen y permanezcan en la región y que demuestren experiencia y capacidad (sociedad civil, ONG, sector privado, gobierno, sector académico, sector empresarial, sector educativo)
    - Promover la participación de organizaciones en alianza que integralmente desarrollen el proyecto: teniendo en cuenta aspectos fundamentales a la propuesta programática: 1) trabajo comunitario y con poblaciones en alta vulnerabilidad, 2) experiencia en prevención y/o atención del VIH/Sida y en promoción de la salud, 3) experiencia en temas de productividad.
    - Promover la participación, en la ejecución del proyecto, de personas que representan a las poblaciones clave afectadas y priorizadas a las que está dirigido el proyecto: HSH, mujeres PSC, PVVS, jóvenes, población en condición de desplazamiento. Esta participación está mediada por el MCP y la mesa de organizaciones trabajando en VIH/Sida, que actualmente tiene a cargo al secretaría técnica.
    - El RP realizará los procesos de contratación correspondientes con una formula de asignación de recursos por cumplimiento de resultados trimestral.

Entre otros criterios que se tendrán en cuenta para calificar las propuestas están: la experiencia de la EE y las organizaciones en alianza en los temas descritos, la calidad de la propuesta, el equipo técnico, la capacidad de administrar recursos, de hacer monitoreo, de presentar informes, de acompañar técnicamente a otras organizaciones tanto de base como de salud, el cronograma y el presupuesto.

Se desarrollarán acciones o visitas de verificación a subreceptores para complementar la información solicitada para análisis de documentos determinados en los términos de referencia de la invitación.

Las acciones de validacion estarán dirigidas a identificar entre otros aspectos:

1. Capacidades institucionales y programáticas en el marco del Programa:

Estatus legal: información sobre nombre, fecha de creación, y documentos de evidencia legal. Buscando el fortalecimiento de la comunidad no se exigirá documento de conformación legal para organizaciones de base comunitaria y organizaciones de personas viviendo con la enfermedad, se promoverá su organización legal como parte del proceso de desarrollo de las actividades que se contraten.

Recurso humano disponible para apoyar la ejecución del programa**:** personas puestas a disposición del proyecto a nivel nacional (director, administrador) y en los territorios, nombres, cargos, roles dentro de la organización. Información y evidencias sobre número de personal de apoyo, cargo y participación en funciones administrativas, técnicas, contables y financieras, adquisiciones, operaciones, incluida la presencia en los territorios. Información sobre perfil del equipo de trabajo, experiencia previa, planes de auto capacitación. % carga laboral dedicada al proyecto por Director y Administrador.

Gerencia, estructura funcional: análisis sobre como se incorporarán en las acciones previstas en el marco del proyecto, con las políticas, planes y estrategias nacionales y territoriales de prevención, atención, apoyo y respuesta a las necesidades de las personas que lo necesitan. Se solicitará información y evidencia sobre experiencia anterior del posible subreceptor en materia de prevención, atención y apoyo a la comunidad, acuerdos firmados con otros asociados, objetivos y presupuesto ejecutado.

Mecanismos establecidos para contar con la participación de la población clave afectada beneficiaria del proyecto, grupos vulnerables, y/o representantes de la sociedad civil en la ejecución. Respecto a la experiencia anterior con otros proyectos se solicitará información sobre mecanismos participativos de beneficiarios/as, actas de asambleas, listado de participantes. Otra información que considere el posible subreceptor con la que demuestre que efectivamente tiene la capacidad de generar participación social e institucional.

Actividades en el nivel central y territorio para conocer y aplicar los procedimientos y procesos de trabajo acordados en el marco del programa y del proyecto. Información solicitada y evidencias sobre mecanismos de intercambio de información con otras organizaciones sociales, comunitarias, institucionales y al interior del posible subreceptor. Participación y organización de reuniones y seminarios de intercambio de información. Observaciones propias sobre proceso de información sobre manejo de procedimientos. Información sobre mecanismos de transferencia de conocimientos en el desarrollo de proyectos anteriores.

Actividades que desarrolló para planificar las actividades que realizará en el marco del proyecto. Se solicitará información sobre el plan de acción, plan de adquisiciones, plan de M&E individual, presupuesto.

Infraestructura, sistemas de información. La información que se solicite estará dirigida a identificar cuales son los sistemas de comunicación con los cuales cuenta para ejecutar el proyecto como son correos, teléfonos, Internet, mecanismos de información y comunicación informal y recursos disponibles (pagina Internet, periódicos, publicaciones). Se identificarán cuáles son las relaciones que ha establecido con otras organizaciones e instituciones, y cuales son las redes de trabajo pertenece. Información sobre participación y coordinación de redes, participación en reuniones municipales, regionales/nacionales/internacionales.

Respecto a las facilidades de infraestructura y equipo con que cuenta para la ejecución del proyecto, se solicitará información sobre facilidades de oficina, equipamiento, computadores; procedimientos para adquisición de capacidades adicionales.

Supervisión y control interno. Se identificarán los mecanismos de información y coordinación establecidos con instancias superiores dentro de su propia organización/institución, y estrategia para asesorar y supervisar las actividades de subalternos en la ejecución del proyecto.

2. Capacidades financieras en el marco del programa.

Información sobre las personas a cargo y responsabilidades en el seguimiento de las operaciones financieras (nivel central y territorios). Experiencia de proyectos anteriores, información sobre personal puesto a disposición a nivel de territorios. Nombres, información sobre perfil y funciones.

Registro, sistema contable y financiero. Información sobre el sistema utiliza para garantizar el archivo y registro de documentos contables y financieros: sistema computarizado (software) y sistema alternativo manual de gestión de registro contable, sistema de respaldo periódico (back-up); normas y mecanismos de seguridad informática: copia del dictamen de empresa autorizadas a certificar la aplicación de las normas de seguridad informática, sistemas antivirus instalados y actualizados, UPS instalado, plan de emergencia en caso de virus; archivos copia dura. Información sobre mecanismos de intercambio de información financiera con la comunidad y subalternos; participación y organización de reuniones y seminarios de intercambio de información financiera.

Actividades de preparación de presupuesto y control de ejecución presupuestaria. Información sobre proceso de preparación del presupuesto.

Supervisión y control. Información sobre cómo obtiene, registra y transmite información financiera y contable en el marco del proyecto. Registros contables; los mecanismos que utiliza para controlar el seguimiento de operaciones financieras. Información sobre mecanismo de control de entrega de facturas al RP y control de entrega de cheques a proveedores.

Información sobre auditorias. Mecanismos de verificación de cumplimiento de tareas y planes de trabajo con las personas que trabajan en el posible subreceptor. Información sobre mecanismos de monitoreo de gastos contra presupuesto a nivel interno.

3. Capacidades de M&E en el marco del programa.

Identificación y participación en M&E. Información sobre las actividades que llevó a cabo para proponer el plan individual de M&E y sobre como el plan individual se incorpora en el plan de M&E del programa nacional. Información sobre mecanismos de intercambio de información con comunidad, otras organizaciones y personas que trabajen en el posible subreceptor; participación y organización de reuniones y seminarios de intercambio de información. Actividades que tiene previstas para monitorear la ejecución de las actividades previstas en el marco del proyecto. Recursos disponibles para implementar el plan individual de M&E (recursos humanos, equipos, transporte, otras facilidades).

Manejo de información estratégica, sistemas de información. Información sobre mecanismos de identificación y diseño de indicadores, en el caso que proceda. Mecanismos previstos de recolección de datos para dar seguimiento a la ejecución. Información sobre métodos de recolección de datos, fuentes, código de ética en recolección de datos en el caso que proceda.

Sistemas de gestión de la información que utiliza para realizar el seguimiento y monitoreo de los resultados del proyecto. Información sobre sistema computarizado o manual en el caso de organizaciones de base comunitaria utilizado, existencia de red a nivel central y territorios, información sobre su funcionamiento.

Producción de informes programáticos, supervisión y control. Se refiere a los mecanismos que utiliza para analizar y emitir información sobre los resultados, informes de rendición de cuentas e informes de M&E. Información sobre mecanismos de supervisión para cumplimiento del plan de M&E según cronograma acordado.

4.9.5. Coordinación entre ejecutores

Describa la manera en que se realizará la coordinación entre varios Receptores Principales, y luego entre el Receptor o Receptores Principales y los sub-receptores clave a fin de garantizar una ejecución transparente y oportuna del programa.

Comentarios sobre factores como:

- **Cómo interactuarán los Receptores Principales cuando su trabajo esté relacionado** *(por ejemplo, un Receptor Principal gubernamental es responsable de la adquisición de productos farmacéuticos y/o de salud, y un Receptor Principal no gubernamental es responsable de la prestación de servicios, por ejemplo, a grupos de difícil acceso a través de sistemas no pertenecientes al sector público);* y
- **El grado de apoyo que ofrecerán los asociados a la ejecución del programa** *(por ejemplo, ofreciendo asistencia técnica o de gestión además de la asistencia que se solicite financiar a través de esta propuesta, si procede).*

Anexo # 3 VIH: Descripción de mapa operativo en lo local

Para la propuesta de VIH se trabajará con un Receptor Principal quien se seleccionó de manera abierta, transparente y competitiva. Este receptor principal es **CHF International**

COORDINACION CON LOS ASOCIADOS Y COORDINACION INTERNISTITUCIONAL

Es importante señalar que dentro del proceso de coordinación con el MCP y el Receptor Principal, los asociados del MCP juegan un factor primordial. El **comité ejecutivo conformado por el RP y el representante del MCP** promoverá también el intercambio permanente con las agencias de cooperación y con otros asociados del MCP para establecer acciones de gestión o asistencia técnica para fortalecer las acciones del programa y generar un mayor impacto. Estas acciones serán definidas tanto desde el proceso de formulación de la propuesta como en las reuniones iniciales para la planeación de la implementación del programa.

La diversidad de actores involucrados en los aspectos de ejecución de las subvenciones del Fondo Mundial, a nivel local, regional, nacional e internacional, la Coordinación Interinstitucional efectiva es esencial para el logro de las metas de los componentes de enfermedad. El RP ha tenido numerosas experiencias exitosas en la coordinación y co-gestión de actividades con otras instituciones nacionales e internacionales y con socios estratégicos y espera lograrla también para una futura cooperación.

COORDINACIÓN CON LOS SUBRECEPTORES

El RP será el encargado de coordinar todas las acciones del programa en todos sus componentes. Coordinará los servicios preventivos, comunitarios y de salud que se brindarán desde el programa y coordinará la gestión con las Entidades Ejecutoras (EE) y subreceptoras, así como las acciones de evaluación y seguimiento que le competan, y las acciones de adquisiciones y suministro del proyecto.

CHF Internacional tiene capacidad demostrada en la administración transparente y oportuna de sub-donaciones a más de 800 grupos e instituciones alrededor del mundo. Actualmente más de 150 organizaciones de base, asociaciones y municipios en 30 países están implementando proyectos a través de sub-donaciones administradas por CHF International.

CHF International cuenta con la experiencia y capacidad comprobada de manejar y asignar recursos destinados a las EE (En Colombia durante el 2008, se entregaron a las entidades operadoras alrededor de USD $ 19,5 millones a través de sub convenios).

Dentro del Sistema de Gestión de Calidad, CHF Internacional Colombia ha diseñado procedimientos que le permiten formalizar y esquematizar cada una de las etapas en la ejecución de sus Programas: Alistamiento, planeación de la ejecución, seguimiento y evaluación, cierre y liquidación, lo cual contribuye de manera sustantiva a garantizar y asegurar la adecuada coordinación con sus diferentes entidades operadoras así como al desarrollo óptimo, transparente y eficiente de los diferentes programas desarrollados por la organización.

Los procedimientos, diseñados bajo el Sistema de Gestión de Calidad, sirven de soporte para el establecimiento de nuevas relaciones con diversas entidades que podrían actuar en calidad de socios operadores, de manera ágil, efectiva y transparente. Adicionalmente, CHF Internacional Colombia cuenta con un Manual de Contrataciones definido para propósitos de formalizar las contrataciones con las nuevas entidades.

El procedimiento de Selección y Evaluación de entidades operadoras permite establecer las actividades y metodología para la convocatoria, el análisis de propuestas y selección de entidades operadoras; aplica para las actividades desde la realización de convocatorias hasta la selección en caso de entidades nuevas y evaluación de desempeño, análisis y planes de mejora de entidades antiguas.

El procedimiento consta de las siguientes fases: elaboración de términos de referencia, convocatoria y selección, evaluación de desempeño y necesidades entidades operadoras, ejecución del programa, evaluación, cierre y liquidación.

Una vez implementada la fase de **ejecución de los programas** comienzan las actividades de **seguimiento.**

El seguimiento busca:

- El ajuste a la planificación de actividades de manera oportuna.
- La asignación de responsables en los diferentes niveles como una práctica importante para hacer un seguimiento adecuado,
- Definir indicadores para las actividades claves y monitorearlas.
- Realizar control de avance a los resultados que se esperan obtener.
- Atender las quejas y reclamos generadas por los clientes (para cada uno de los Programas de CHF se establece un procedimiento teniendo en cuenta los lineamientos y criterios aplicables a los mismos).

De acuerdo con esto, se plantean las siguientes actividades:

- Visitas de seguimiento y acompañamiento en campo a las entidades ejecutoras.
- Elaboración de Informes de avance de las entidades ejecutoras sobre el desarrollo de los programas o proyectos (informes cualitativos y cuantitativos).
- Ejercicios de retroalimentación a informes programáticos y en todo lo relacionado con el desarrollo del programa o proyecto.
- Talleres de capacitación e intercambio de experiencias entre entidades ejecutoras (socializando buenas prácticas y lecciones aprendidas).
- Realización de reuniones (comités técnicos) para seguimiento general al programa con la participación de los socios cooperantes.

Una de las fases más importante en la ejecución de los programas en CHF Colombia es la **Evaluación;** el desarrollo de esta actividad se encuentra ligada de manera estrecha con la validación de los propósitos de cada programa o proyecto. Desde el equipo de CHF con el concurso de los socios cooperantes, se definen cual o cuales tipos de evaluaciones son las pertinentes para cada programa y para la entidad operadora. CHF considera que la periodicidad mínima de realización de este ejercicio es una vez durante la ejecución del Convenio, a través de la evaluación de las cuatro capacidades organizacionales: Gestión, Técnica, Política y Financiera; y del cumplimiento de los indicadores y metas del Programa.

Adicionalmente al proceso de evaluación general del Programa, se incluye el seguimiento y control de la Evaluación de la Satisfacción del Cliente (para cada uno de los programas de CHF Colombia, se establece un procedimiento teniendo en cuenta los lineamientos y criterios aplicables a los mismos).

Como etapa final a la ejecución de Programas, se da la fase de **Cierre y liquidación**, con dos componentes esenciales, el financiero que hace referencia a la conciliación del uso de los recursos dispuestos para el proyecto, que es de competencia del área financiera de CHF Colombia, y el Jurídico, que se basa en el cumplimiento de las disposiciones enmarcadas en los Convenios de acuerdo a las disposiciones de la legislación colombiana.

4.9.6. Fortalecimiento de la capacidad de ejecución

El Fondo Mundial fomenta que se realicen esfuerzos para el fortalecimiento de la capacidad de ejecución gubernamental, no gubernamental y con base comunitaria dentro del país.

Si la presente propuesta solicita financiamiento para la gestión y/o asistencia técnica a fin de asegurar una buena ejecución del programa, resuma:

(a) la asistencia prevista;**

(b) el proceso utilizado para identificar las necesidades en los diversos sectores;

(c) la forma en que se obtendrá la asistencia en condiciones competitivas y transparentes; y

(d) el proceso que se usará para evaluar la eficacia de esa asistencia, y hacer ajustes a fin de mantener un alto nivel de apoyo.

*** (por ejemplo, si el solicitante ha designado un segundo Receptor Principal que necesite desarrollar su capacidad para desempeñar su función; o si el fortalecimiento de los sistemas comunitarios se considera una "deficiencia" para conseguir los objetivos nacionales y se necesita asistencia de organización/gestión para apoyar una mayor prestación de servicios.)*

El RP interactuará en lo técnico y financiero con el MPS, con las autoridades subnacionales del sector salud e intersectoriales, organizaciones de base comunitaria y con organizaciones que trabajan con las poblaciones clave afectadas.

Se propone una Unidad Programática que estará conformada por un equipo de gerencia y coordinadores en diversas áreas, un equipo de Monitotero y Evaluación del proyecto, un equipo de Coordinaciones Regionales y un equipo de profesionales de enlace departamental; y una Unidad de Adquisiciones y Suministros. Los posibles subreceptores departamentales y municipales (entidades ejecutoras) deberán apadrinar a las organizaciones de base de las diferentes poblaciones priorizadas y promover su fortalecimieto técnico-misional, administrativo-financiero, de incidencia política y de gestión para la autosostenibilidad.

Por su parte, la Unidad Programática y Operativa tendrá por objetivo supervisar y monitorear que las acciones desarrolladas por los subreceptores correspondan con lo establecido, también tendrá la función de fortalecer a los subreceptores para que el trabajo que éstos desarrollen con las organizaciones de base, genere el impacto esperado.

El RP se asegurará que el apoyo técnico se dirija en todo momento al fortalecimiento de la capacidad institucional de las entidades ejecutoras y a través de ellas a las organizaciones de base comunitaria (SCA y SCB) en las áreas programáticas, administrativas y financieras. Para suplir estas necesidades, el proyecto presenta una estructura eficiente y flexible para apoyo técnico basada en la demanda desde el nivel de comunidad hasta el nivel institucional de cobertura nacional.

Mecanismos para Brindar Apoyo Técnico	
NIVEL	MECANISMO
Local Comunitario	Talleres de inducción y arranque Talleres de formación y asistencia Herramientas de auto-evaluación y monitoreo Asistencia dirigida a través de los Subreceptores

	(Entidades Ejecutoras)
Departamental/Regional	Talleres regionales de retroalimentación Seguimiento y enlace regional por parte de funcionarios del RP a través de la Unidad Programática y de Adquisiciones y Suministros. Asistencia directa de los asesores técnicos y coordinadores regionales
Nacional	Enlace nacional con los programas de VIH/Sida Enlace con los socios nacionales y el MCP Asistencia de expertos externos – Subreceptores Nacionales

El apoyo técnico se brindará a través de diagnósticos iniciales, talleres y capacitación, el proceso de monitoreo y evaluación, visitas al campo por parte de personal técnico del RP y la asistencia dirigida a través de las Entidades Ejecutoras.

Continuamente los técnicos de las oficinas regionales del Proyecto estarán alerta a las tendencias y vacíos técnicos que presenten las entidades ejecutoras dentro de su región, recomendando así contratación de expertos o el desarrollo de acciones que permitan brindar el apoyo técnico requerido.

Por otra parte, existen diversas organizaciones de carácter nacional que cuentan con algunos expertos en temas específicos de la propuesta que están en capacidad de prestar asistencia técnica, ya sea a través de convenios interinstitucionales o prestación de servicios. El Ministerio de la Protección Social, el INS, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) tienen entre sus funciones establecidas por ley, garantizar la asistencia técnica y capacitación a los niveles nacional y subnacional, que complementarían las acciones que se pretenden financiar con recursos del FM. Se espera que la asistencia técnica nacional sea de mediano y largo plazo, como una actividad que el país debe comenzar a absorber después del tercer año de ejecución de la propuesta.

El país está convencido que el desarrollo de la capacidad nacional es esencial para implementar adecuadamente las acciones previstas en la propuesta y garantizar la sostenibilidad a largo plazo en la prevención y control del VIH. Para lograr esto, la propuesta ha establecido gran priorioridad en la asistencia técnica y de gestión, que se refleja muy claramente en el plan de trabajo presentado.

4.10. Gestión de productos farmacéuticos y de salud

4.10.1. Alcance de la propuesta para la Novena Convocatoria	
¿Solicita esta propuesta financiamiento para productos farmacéuticos y/o de salud?	○ **No** ➔ ***Vaya a la sección 4B si procede, o vaya directamente a la sección 5.***
	○ **Sí** ➔ ***Siga contestando la sección 4.10.2***

4.10.2. Tabla de funciones y responsabilidades

Presente datos lo más detalladamente posible. *(Por ejemplo, el Ministerio de Salud puede ser la organización responsable de la actividad de "Coordinación"; y su "función" es la de Receptor Principal en esta propuesta. Si se ha previsto la subcontratación de alguna función, indíquelo en la segunda columna y señale el nombre del proveedor del servicio previsto).*

Actividad	¿Qué organizaciones y/o departamentos son responsables de esta función? *(Señale si se trata del Ministerio de Salud, el Departamento de Control de Enfermedades, el Ministerio de Finanzas, un asociado no gubernamental o un asociado técnico.)*	¿Cuál es el papel de la organización responsable de esta función en esta propuesta? *(Señale si se trata del Receptor Principal, el sub-receptor, el agente de adquisiciones, el de almacenamiento, el de gestión de suministros, etc.).*	¿Solicita esta propuesta financiamiento para personal adicional o asistencia técnica?
Sistemas y políticas de adquisiciones	Ministerio de la Protección Social	Definición de la política	○ Sí ◉ No
Derechos de propiedad intelectual	Superintendencia de Industria y Comercio	Status de protección de propiedad intelectual de cada uno de los productos a adquirir.	○ Sí ◉ No
Garantía y control de calidad	INVIMA	Autoridad regulatoria. Otorga registro sanitario a los medicamentos y verifica su calidad. Se aplicarán adicionalmente los criterios del sistema de precalificación de la Organización Mundial de la Salud.	○ Sí ◉ No
Gestión y coordinación	MCP	El RP coordina el proceso de contratación para la adquisición de insumos y medicamentos.	◉ Sí ○ No
Selección de productos	MPS, MCP – RP con base en MPS (Guía de Manejo de VIH)	El RP verificará y asegurará el cumplimiento de estandares de los productos a adquirir	◉ Sí ○ No
Sistemas de información de gestión (SIG)	Dirección General de Salud Pública del MPS Observatorio Nacional de la gestion en VIH/Sida	RP opera el sistema de informacion de gestion de suministros del Sistema de Monitoreo y Evaluacion del Proyecto que a su vez alimenta el Obervatorio de la Gestion del VIH.	○ Sí ◉ No
Previsión	MCP RP	La estimación de necesidades de cada producto ha sido realizada para la presentación de la	○ Sí

		propuesta.	◉ No
Adquisiciones y planificación	Hay tres alternativas: 1) Agente Nacional de Compras 2) Compras a través de una Agencia de Naciones Unidas o el VPP 3) Adquisición de servicios con proveedores nacionales	Agente de compras o Proveedor de Servicios	○ Sí ◉ No
Gestión de almacenamiento e inventario *Se piden más datos en la sección 4.10.4*	Almacén General MPS Direcciones de salud subnacionales Cooperativas de hospitales	Almacena y realiza control de inventarios de acuerdo a estandares de los proveedores y de la autoridad regulatoria farmacéutica nacional	○ Sí ◉ No
Distribución a otros almacenes y usuarios finales *Se piden más datos en la sección 4.10.4*	Direcciones de salud subnacionales Cooperativas de hospitales Instituciones de salud y servicios comunitarios tipo B	Red de distribución	○ Sí ◉ No
Garantizar el uso racional y la seguridad de los pacientes (fármacovigilancia)	MPS Direcciones de salud subnacionales Instituciones de salud y servicios comunitarios tipo B	Establecimiento de las Guías de atención Monitoreo y evaluación. Farmacovigilancia. El INVIMA coordina el Sistema Nacional de Farmacovigilancia por reporte. Colombia ha desarrollado un sistema de farmacovigilancia comunitaria en VIH pionero en la región, con participación de las organizaciones y las PVVS	○ Sí ◉ No

4.10.3. Experiencia de gestión anterior

¿Cuál es la experiencia anterior de cada organización que gestionará el proceso de adquisiciones, almacenamiento y supervisión de la distribución de productos farmacéuticos y de salud?

Nombre de la organización	Receptor Principal, sub-receptor o agente	Valor total adquirido durante el ejercicio anterior *(expresado en la misma moneda indicada en la portada de la propuesta)*
1) Agencias de Naciones Unidas	Agente	En Colombia aún no se ha establecido convenio. Está en trámite para la propuesta recientemente aprobada de Malaria con el FM. Hay experiencia de adquisiciones en países de América Central
2) Agente de Compras Nacional	Agente	La experiencia de la anterior subvención fue positiva con la contratación de un agente receptor que se hizo cargo de la adquisición y el suministro de los productos
3) Proveedor de Servicios Nacional	Agente	La experiencia de la anterior subvención fue positiva con la contratación de un agente receptor que se hizo cargo de la adquisición y el suministro de los productos
4) CHF International	Receptor principal	Amplia experiencia en adquisiciones y compras de diversos productos aunque en Colombia sería la primera vez que compra productos

		farmacéuticos. Sin embargo, en otros países de Latinoamérica y Africa CHF tiene amplia experiencia en compras farmaceúticas.
[Utilice la tecla "Tab" para insertar filas adicionales si van a participar más de cuatro organizaciones en la gestión de este trabajo]		

4.10.4. Concordancia con los sistemas existentes

Señale hasta qué punto esta propuesta utiliza sistemas nacionales existentes para la gestión de las actividades relacionadas con los productos farmacéuticos y de salud, incluidos los sistemas de fármacovigilancia. Si no se utilizan sistemas existentes, explique por qué.

La propuesta utilizará completamente los sistemas existes.

El sistema de suministro de medicamentos e insumos en Colombia, para el sector público, ha tenido un desarrollo histórico muy interesante y bien documentado. De tener una gran central de compras para el sistema nacional de salud, se dio un viraje radical a una descentralización a los municipios y a las instituciones hospitalarias. Por tratarse de un proceso muy rápido no dio el tiempo necesario a los actores y especialmente a las instituciones, para asimilar la transformación. Esto revirtió en pérdida de homogeneidad, debilitamiento de la capacidad técnica existente y de articulación en redes institucionales, pero finalmente se ganó en oportunidad del acceso y en agilización de los procesos.

Con el ánimo de recuperar tecnificación y de reducir costos, aparecieron las Cooperativas de hospitales, instituciones del sector solidario que agrupan hospitales y que dedican sus esfuerzos a la reducción de los precios de los insumos para los hospitales, mientras ofrecen servicios de capacitación, montaje de sistemas de dosis unitaria y desarrollo de servicios fármaco-terapéuticos entre otros. Una de tales cooperativas, la Cooperativa de Hospitales de Antioquia, COHAN, ha sido designada por la OMS como Centro Colaborador en el tema de sistemas de suministro de medicamentos.

Con respecto a la farmacovigilancia, Colombia ha desarrollado recientemente el sistema de reportes de eventos adversos bajo la coordinación del INVIMA y con una notable participación de las Universidades. La farmacovigilancia se ha extendido para recoger reportes no solo de efectos adversos, sino también de falla terapéutica.

Mas recientemente y con la participación de las PVVS se ha desarrollado una experiencia novedosa de farmacovigilancia comunitaria en VIH, cuyos resultados han sido muy interesantes, especialmente desde la perspectiva de los determinantes de la adherencia.

A diferencia de los mecanismos tradicionales de farmacovigilancia en los que la unidad de observación es el medicamento, esta experiencia se centra en la experiencia del paciente con el medicamento. Se puso en evidencia por ejemplo, que en la mayoría de casos el paciente desconoce información fundamental sobre el producto que recibe y sobre sus riesgos, y se puso en evidencia que el manejo de terapias crónicas representa serias dificultades especialmente si los productos presentan efectos secundarios importantes, como es el caso de los ARV. También resulto muy interesante recibir información sobre campañas de mercadeo dirigidas a los propios pacientes, para desacreditar los productos genéricos, aún aquellos que han cumplido con los requisitos de calidad internacionalmente aceptados.

4.10.5. Sistemas de almacenamiento y distribución

(a)	¿Qué organizaciones tienen una responsabilidad principal en la prestación de servicios de almacenamiento y distribución en esta propuesta?	☑ Almacenes de productos médicos nacionales o equivalentes
		☑ Organización(es) nacional(es) subcontratada(s) *(indique cuáles)*
		☐ Organización(es) internacional(es) subcontratada(s) *(indique cuáles)*
		☐ Otros: *(indique cuáles)*

(b)	¿Cuál es la **capacidad actual de almacenamiento** de productos farmacéuticos y de salud de los asociados encargados del almacenamiento? Si esta propuesta implica un cambio significativo en el volumen de productos que han de almacenarse, estime el porcentaje relativo de variación, y explique los planes que se aplicarán para garantizar una mayor capacidad.
La capacidad de almacenamiento estará a cargo de las entidades de salud y farmacias de las Secretarías Departamentales de Salud. El RP estará a cargo de verificar junto con el subreceptor nacional "Agente de Compras y Suministros" que las condiciones de transporte, almacenaje y distribución sean óptimos.	
(c)	¿Cuál es la **capacidad actual de distribución** de productos farmacéuticos y de salud de los asociados encargados de la distribución? Si esta propuesta implica un cambio significativo en el volumen de productos que han de distribuirse o de las zonas de distribución, estime el porcentaje relativo de variación, así como los planes que se aplicarán para garantizar una mayor capacidad.
No hay cambios significativos.	

4.10.6. Productos farmacéuticos y de salud para los dos primeros años

Complete el "Anexo B-VIH" de este Formato de Propuesta, a fin de enumerar todos los productos farmacéuticos y de salud para los que se solicita financiamiento a través de esta propuesta.

Incluya asimismo los costos unitarios previstos, e información sobre las 'Directrices para tratamientos normalizados' ("DTN"). **No obstante**, si los productos farmacéuticos incluidos en el "Anexo B-VIH" no se incluyen en las actuales DTN nacionales, institucionales o de la Organización Mundial de la Salud, o en las Lista de medicamentos esenciales (LME), describa a continuación las DTN que se prevé utilizar, y justifique su uso.

La información se incluye en el Anexo B. NO se están incluyendo medicamentos que no están en la DTN.

En el Anexo # 6 VIH se incluye una guía descriptiva de la manera como se planea operar el sistema de adquisiciones y suministros ante una nueva subvención para el componente de VIH.

4.10.7. Tuberculosis multifármacorresistente

¿Se ha incluido la prestación de tratamiento para la tuberculosis multifármacorresistente como parte de las actividades conjuntas VIH/TB?	○ Sí *Incluya en el presupuesto 50.000 USD por año durante toda la duración de la propuesta como contribución a los costos de los servicios de apoyo de la Secretaría del Comité Luz Verde (Green Light Committee)*
	◉ No *No incluya estos costos*

4B. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA – INTERVENCIONES TRANSVERSALES DE FSS

Sección opcional para solicitantes

LA SECCIÓN 4B SOLO PUEDE INCLUIRSE EN UNA ENFERMEDAD EN LA NOVENA CONVOCATORIA y solo si:

- *El solicitante ha identificado deficiencias y limitaciones en el sistema de salud que repercutan en los resultados del VIH, la tuberculosis y la malaria;*
- *Las intervenciones necesarias para responder a estas deficiencias y limitaciones son 'transversales' y benefician a más de una de las tres enfermedades (y quizás también a otros resultados de salud) y*
- *La sección 4B no está incluida en la propuesta para la tuberculosis o la malaria*

Lea las Directrices para la Novena Convocatoria a fin de considerar incluir las intervenciones transversales de FSS.

'Si el solicitante tiene intención de solicitar 'intervenciones transversales para el fortalecimiento de los sistemas de salud' ('intervenciones transversales de FSS'), **la sección 4B puede descargarse del sitio web del Fondo Mundial aquí'.**

Anexos VIH

Anexo # 1 VIH: Grupos poblacionales focalizados

Los cuadros que se presentan a continuación ofrecen una detallada descripción de las condiciones de cada grupo en las variables que son pertinentes a esta propuesta.

Grupo 1: Personas viviendo con el VIH o con Sida PVVS	
Tamaño (notificación): 33. 489[45] Población de referencia en los 75 municipios: 15.874	Población meta del proyecto: 5.467 (16,3%) No aseguramiento en salud estimado: 15%
Nota: Se beneficiarán de las acciones del proyecto las personas viviendo con VIH/Sida que aún cuando no pertenezcan a ninguno de los grupos clave también priorizados, deben cumplir con los siguientes requisitos: tener entre 15 y 49 años de edad, vivir en cualquiera de los 75 municipios focalizados y estar en condiciones de vulnerabilidad socio-económica que les ubica por debajo de la línea de pobreza. En este grupo, sólo accederán a tratamiento ARV y a pruebas de seguimiento quienes no estén asegurados por el sistema de seguridad social en salud.	
Factores de vulnerabilidad	**Impacto/ beneficio previsto (objetivo)**
- Persistencia de barreras de acceso: tiempos de afiliación, gastos de bolsillo, sistema que ignora normatividad y derechos - Estigma y discriminación – temor al acceso - Asistencia no integral centrada en lo médico - Pobre participación en decisiones políticas que les afectan	- Fortalecer la participación y organización de redes de usuarios de servicios y de PVVS (Obj. 1) - Mejora en la asistencia integral, mejora en condiciones de vida y redes sociales de apoyo (Obj 1 y 2) - Ampliar la participación activa en la atención, la promoción y la prevención apoyo (Obj 1 y 2)

Grupos 2 y 3: Hombres que tienen sexo con hombres HSH y TRANS	
Tamaño (estimación): 575.083[46] Población de referencia en los 75 municipios: 272.589	Población meta del proyecto: 190.812 (33%) No aseguramiento en salud estimado: 20% Prevalencia de VIH: 10,9[47]
Factores de vulnerabilidad	**Impacto/ beneficio previsto (objetivo)**
-Estigma, discriminación y exclusión social -Barreras de acceso a servicios e información -Antecedentes de ITS -Desempleo - Consumo de drogas - Sexo transaccional por drogas y dinero - Diversidad que deja muchos HSH por fuera de las acciones - Prácticas de riesgo - Puente de transmisión a otros grupos poblacionales	-Mejorar acceso a servicios (Obj 1 y 2) - Desarrollar acciones de comunicación para el cambio de comportamiento (CCC) específicas y ajustadas involucrándolas/os activamente (Obj. 1) - Crear ambientes de soporte con alternativas comunitarias incluyentes (Obj. 1) - Organización, empoderamiento y medios para ejercer derechos (Obj. 1)

Grupo 4: Mujeres profesionales del sexo comercial PSC	
Tamaño (estimación): 237.205[48] Población de referencia en los 75 municipios: 112.435	Población meta del proyecto: 78.705 (33%) No aseguramiento en salud estimado: 25% Prevalencia de VIH: 2,8[49]
Factores de vulnerabilidad	**Impacto/ beneficio previsto (objetivo)**
- Pobreza, falta de oportunidades, marginalidad - Abuso y violencia sexual - Inequidad de género	- Mejorar oportunidades de educación, trabajo – inclusión social (Obj. 1) - Fortalecer las redes sociales y comunitarias (Obj. 1)

[45] Fuente: Sistema de notificación pasiva de casos SIVIGILA: perfil epidémico / PNRVIH 2008-2011
[46] Fuente: MPS/Observatorio Nacional en VIH/Sida/ONUSIDA: Estimación MOT
[47] Fuente: Liga Colombiana de Lucha contra el SIDA/ UNUSIDA (2006). *Informe final centinela de conocimiento sexuales y prevalencia de VIH y otras ITS en HSH.* Bogotá.
Secretaría de Salud de Santander y Secretaría de Salud y Ambiente de Bucaramanga (2007). *Estudio de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencia de VIH en HSH, Bucaramanga, Santander.*
[48] Fuente: MPS. Observatorio Nacional de la Gestión en VIH/Sida, datos estimados.
[49] Fuente: MPS / UNFPA (2009). *Estudio de comportamiento sexual y prevalencia de VIH en mujeres trabajadoras sexuales de Medellín, Cali, Barranquilla y Bucaramanga*.

- Violencia basada en género - Estigma y discriminación (distancia de servicios) - Tráfico de personas - Mobilidad geográfica - Ausencia de políticas y legislación de protección - Pobre empoderamiento - Antecedentes de ITS - Prácticas de riesgo – consumo de drogas y alcohol - Puente de transmisión a otros grupos poblacionales	- Desarrollar acciones de comunicación para el cambio de comportamiento (CCC) específicas y ajustadas involucrándolas/os activamente (Obj. 1) - Facilitar el acceso a prevención, asistencia y tratamiento de ITS y otros (Obj 1 y 2)

Grupo 5: Personas en situación de calle HC	
Tamaño (estimación): 76.462[50] Población de referencia en los 75 municipios: 36.243	Población meta del proyecto: 25.370 (33%) No aseguramiento en salud estimado: 70% Prevalencia de VIH (estimado): 0,7[51]
Factores de vulnerabilidad	**Impacto/ beneficio previsto (objetivo)**
- Altos índices de Necesidades Básicas Insatisfechas - Exclusión social, marginación - Baja percepción de riesgo - Consumo de drogas - Prácticas de riesgo - Sexo transaccional (mujeres y menores) - Precario acceso a servicios e información - Vulneración de derechos humanos	- Incluir a poblaciones en vulnerabilidad crítica permite su reorganización y refuerza recursos personales y comunitarios que promueven la resiliencia y la inclusión social (obj 1) - Las acciones en red permiten actuar para reducir la vulnerabilidad, reducir los riesgos y los daños, proteger y dignificar a estos grupos y atender oportunamente (Obj 1 y 2)

Grupo 6: Personas privadas de la libertad o en cárceles PPL	
Tamaño (registro): 72.982[52] Población de referencia en 62 cárceles de los 20 departamentos: 53.435	Población meta del proyecto: 42.748 (58,5%) No aseguramiento en salud estimado: 0% Prevalencia de VIH (estimado): 0,7[53]
Factores de vulnerabilidad	**Impacto/ beneficio previsto (objetivo)**
- Hacinamiento crítico - Pobres condiciones de salubridad - Abuso sexual - Prácticas de riesgo - Consumo de drogas y alcohol - Antecedentes de ITS - Exclusión social - Pobres oportunidades de proyecto de vida	- Reforzar las acciones de CCC con pares para asegurar empoderamiento y mayor efectividad (Obj 1) - Promover un ambiente de soporte (Obj 1) - Ampliar las oportunidades de desarrollo y proyecto de vida (Obj 1) - Asegurar el diagnóstico oportuno (Obj 2)

Grupo 7: Jóvenes de 10-24 años desplazados internos o en contextos de desplazamiento JDESP	
Tamaño (estimado): 972.334[54] Población de referencia en los 75 municipios: 460.886	Población meta del proyecto: 322.620 (33%) No aseguramiento en salud estimado: 15% Prevalencia de VIH (estimado): 0,7[55]
Nota: El criterio de inclusión no será la condición de "desplazado" precisamente porque su búsqueda activa podría re-victimizar y generar una doble estigmatización que incremente los riesgos para la seguridad y salud individual. La realidad de muchas de estas personas es que no quieren ser identificadas como desplazadas por razones de seguridad y estigma; sin embargo, es posible esperar que los jóvenes que viven en contextos que concentran grandes franjas de población desplazada compartirán los factores de vulnerabilidad ante el VIH que los jóvenes que en sí mismos hayan vivido la situación del desplazamiento forzado. *El Proyecto Colombia de la 2ª Ronda del FM trabajó bajo el concepto de contextos de desplazamiento y en ellos es posible esperar beneficiar directamente a la población en condiciones de desplazamiento, el 30% de los jóvenes beneficiarios de ese proyecto cumplieron con dicha condición.*	

[50] Fuente: DANE, censo de población en condición de calle y datos de población según condiciones de vida.
[51] En ausencia de prevalencia y para proyecciones poblacionales se toma la prevalencia de población general.
[52] Fuente: INPEC. Registro de población carcelaria.
[53] En ausencia de prevalencia y para proyecciones poblacionales se toma la prevalencia de población general.
[54] Fuente: Acción Social. Registro de población en condición de desplazamiento.
[55] En ausencia de prevalencia y para proyecciones poblacionales se toma la prevalencia de población general.

Anexos VIH

Factores de vulnerabilidad	**Impacto/ beneficio previsto (objetivo)**
- Alto desarraigo, aislamiento, exclusión - Baja percepción de riesgo - Pocas oportunidades de desarrollo - Sexo comercial y/o transaccional - Desempleo - Pobre acceso a servicios - Mujeres y jóvenes: principales afectados	- Ofrecer oportunidades de inclusión y fortalecimiento de las redes sociales y comunitarias (Obj 1) -Mejorar acceso a servicios (Obj 1 y 2) - Desarrollar acciones de comunicación para el cambio de comportamiento (CCC) específicas y ajustadas involucrándolas/os activamente (Obj. 1) - Crear ambientes de soporte con alternativas comunitarias incluyentes (Obj. 1) - Organización, empoderamiento y medios para ejercer derechos (Obj. 1)

Anexos VIH

Anexo # 2 VIH: Departamentos y municipios focalizados y carga de enfermedad[56]

	Departamento	Municipios
1	Antioquia	Medellín
		Apartadó
		Carmen de Viboral
2	Atlántico	Barranquilla
		Soledad
		Malambo
		Sabanalarga
3	Bogotá (localidades)	Bosa
		Suba
		Tunjuelito
		Fontibón
		Kennedy
4	Bolívar	Cartagena
		Magangué
		Carmen de Bolívar
		Arjona
5	Caldas	Manizales
		Chinchiná
		Dorada
		Anserma
6	Cauca	Popayán
		Santander
		Puerto T.
7	Cesar	Valledupar
		Aguachica
		Codazzi
		Curumaní
8	Córdoba	Monteria
		Lorica
		Montelibano
		Cerete
9	Chocó	Quibdó
		Ciudad Mutis
		Itsmina
10	Guajira	Riohacha
		Maicao
		Uribia
11	Huila	Neiva
		Piltalito
		Garzón
12	Magdalena	Santa Marta
		Cienaga
		Zona bananera
13	Meta	Villavicencio
		Acacias
		Granada
		San Martín
14	Nariño	Pasto
		Tumaco
		Ipiales
15	Norte de Santander	Cucuta
		Villa del Rosario
		Los Patios
		Ocaña
16	Quindío	Armenia
		Montenegro
		Calarca
		Circasia
17	Risaralda	Pereira
		Dosqubradas
		Santa Rosa
		La virginia
18	Santander	Bucaramanga
		Barrancabermeja
		Floridablanca
		San Gil
19	Sucre	Sincelejo
		Corozal
		San Marcos
		San Onofre
20	Valle del Cauca	Cali
		Palmira
		Tuluá
		Buga
		Buenaventura

[56] Departamentos y municipios elegidos por criterios de carga de enfermedad, factores de vulnerabilidad en SSR, capacidad instalada, garantía de alcanzar las cotas poblacionales que se definan para cada una de las poblaciones vulnerables (con excepción de las PPL) y compromiso de apoyo y seguimiento a las acciones del proyecto, de la mano con organismos de la sociedad civil.

Anexos VIH

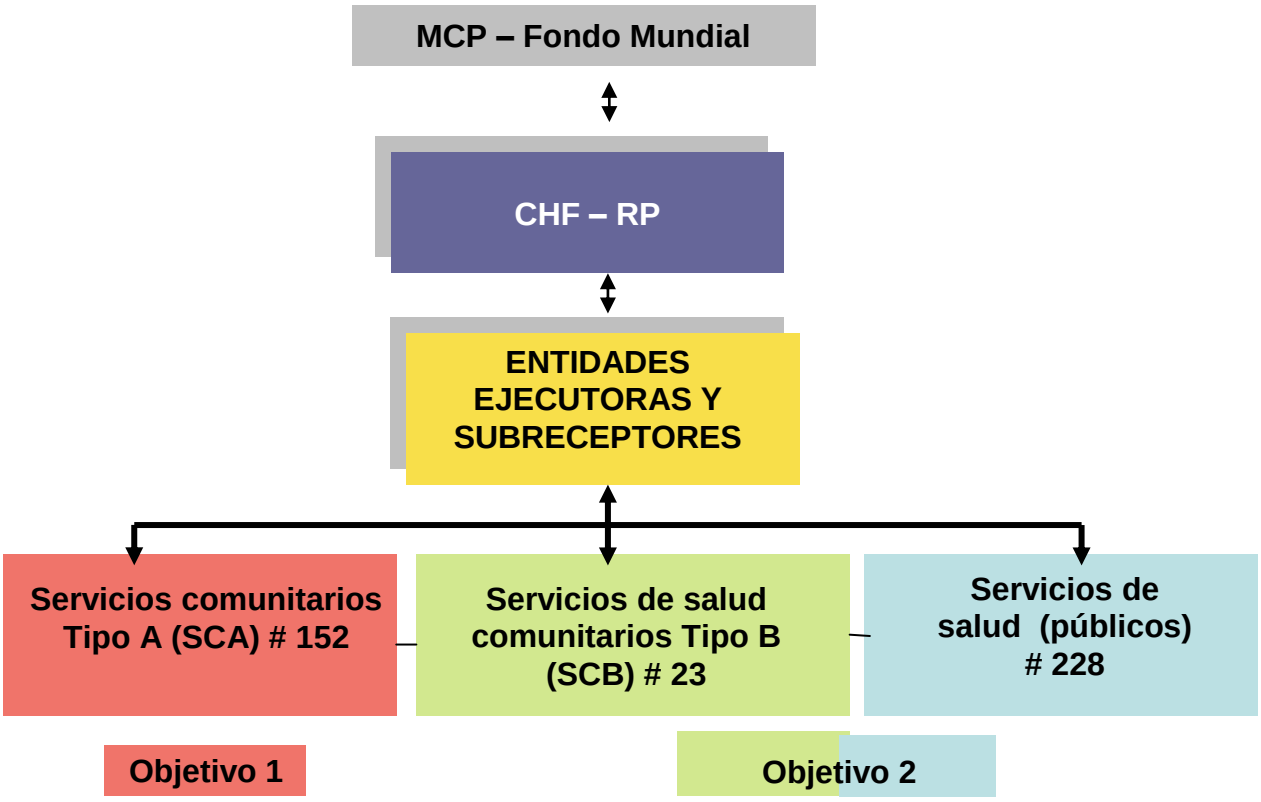
Continuación Anexo # 2 VIH

Casos notificados de VIH/sida/muerte
Participación municipal de casos. Propuesta Ronda 9
20 Departamentos seleccionados. Colombia 2008

Departamento	Subtotal casos municipios	Porcentaje de participación	Casos total departamento
Antioquia	472	60,0%	787
Atlántico	522	88,8%	588
Bogotá*			
Bolívar	162	86,6%	187
Caldas.	111	67,7%	164
Cauca	41	55,4%	74
Huila	82	83,7%	98
Magdalena**	29	18,1%	160
Meta	112	89,6%	125
Nariño	106	87,6%	121
Norte de Santander.	130	94,2%	138
Quindío	99	91,7%	108
Cesar	58	61,1%	95
Risaralda	156	90,2%	173
Córdoba	127	71,3%	178
Santander	142	67,6%	210
Chocó	17	70,8%	24
Sucre	63	71,6%	88
Guajira	34	81,0%	42
Valle del Cauca	857	88,7%	966

*El cálculo para Bogotá no se hizo porque no aplica el criterio de municipio. *Fuente: Bases de datos de SIVIGILA. INS-MPS. Procesamiento: Observatorio Nacional de Gestión en VIH/SIDA. Mayo de 2009.*

**** En el caso del departamento de Magdalena el criterio de elección de municipios a focalizar fue el de concentración de características de vulnerabilidad socio-económica y desplazamiento forzoso.**

Anexos VIH

Anexo # 3 VIH
Esquema de funcionamiento y articulación entre actores del nivel local