



Al servicio
de las personas
y las naciones

Proyecto: Respuesta al VIH para Poblaciones Clave: 2015 - 2017

Efecto esperado del Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (MANUD):

Programas de desarrollo incrementan la integración de la dinámica poblacional de género y de generaciones, y las especificidades territoriales.

Efectos e Indicadores esperados del Programa País (CPD):

Los programas de desarrollo incrementan la integración de la dinámica poblacional de género y de generaciones, y las especificidades territoriales.

Productos e Indicador esperados del CPD / Metas anuales del proyecto al CPD:

N/A

Entidad Nacional de Implementación:

Ministerio de Salud Pública (MINSAP)

Período del Programa: 2015-2017

Componente del Programa: Dinámica poblacional y calidad, desarrollo y sostenibilidad de los servicios sociales y culturales.

Nombre del Proyecto: **"Respuesta al VIH para Poblaciones Clave: 2015 - 2017"**

Atlas Award ID: _____ Atlas Project ID: _____

Duración del Proyecto: 30 meses, 1 julio de 2015 a 31 diciembre de 2017

Modalidad de Gestión: Ejecución Nacional

Presupuesto Total: **USD 15,425,238**

Recursos asignados para el proyecto (neto): USD 14,275,442

Costos de Administración: USD 1,149,796

Donante: Fondo Mundial de Lucha contra el sida, la Tuberculosis y la Malaria

Aprobado por Gobierno: (MINCEX)

Nombre: Deiana Novar M. Cargo: Viceministra Firma:

Fecha: 3/3/15

Aprobado por (Entidad Implementadora: MINSAP):

Nombre: Irvi A. Pintos Cargo: Comunicista Firma 

Fecha 2/3/15

Aprobado por (PNUD):

Nombre: Claudio Tomasi Cargo: Representante Residente Adjunto Firma 

Fecha 3/3/15

I. ANALISIS DE LA SITUACION

Desde su nueva división en el año 2010, Cuba quedó organizada en 15 provincias, 167 municipios y el municipio especial Isla de la Juventud. De oeste a este las provincias son Pinar del Río; Artemisa; La Habana; Mayabeque; Matanzas; Villa Clara; Cienfuegos; Sancti Spiritus; Ciego de Ávila; Camagüey; Las Tunas; Holguín; Granma; Santiago de Cuba y Guantánamo. El municipio especial Isla de la Juventud se ubica al sur de las provincias de Artemisa y Mayabeque.

Al cierre del 2012 la población estimada para Cuba era de 11.163.934¹, con una densidad de población de 101,6 Hab/km². Del total de habitantes, cerca del 19% reside en la capital.

Cuba se encuentra ubicada en el Caribe, la segunda región más afectada por la epidemia. Sin embargo, en el contexto de los países del área muestra la más baja prevalencia en adultos (0,2%) y junto con Barbados, la más baja mortalidad por sida². La epidemia en Cuba ha seguido un ritmo de crecimiento lento aunque sostenido con la peculiaridad de que los niveles de prevalencia reportados en la población de 15 a 49 años, no se reproducen en todos los grupos poblacionales de la isla. Entre los HSH, el grupo que más aporta a la epidemia, se registra una prevalencia nacional de 3,7%, en tanto en la capital el 8,05% de los HSH viven con VIH. Entre las personas que practican sexo transaccional la prevalencia alcanza al 1% y entre los jóvenes de 20 a 29 años residentes en 26 municipios del país los niveles de prevalencia duplican a la media nacional.

Los primeros casos de VIH/sida en Cuba se diagnosticaron en 1986 y hasta diciembre de 2013 se habían reportado 19.781, de los cuales 16.479 se encontraban vivos a esa fecha.

La principal vía de transmisión es la sexual (99,6%) y muy esporádicamente la sanguínea y materno-infantil (TMI). En esta última las acciones desarrolladas han logrado el descenso de la tasa de transmisión de 21% en el 2002 a 1,79% en el 2013. En base a estos resultados, el proceso de certificación de la eliminación de la TMI por la OMS iniciará en el tercer trimestre del presente año.

La prevalencia en los últimos años ha experimentado un relativo incremento en las edades de 15 a 49 (0,1% a 0,2% en periodo 2011-2013). Este se relaciona con la disminución de la mortalidad, el mantenido incremento del acceso a la terapia antirretroviral, los niveles de retención en TAR a los 12, 24 y 36 meses (93,6%, 92,4% y 90% respectivamente) y el incremento del diagnóstico de nuevos casos de VIH en HSH entre 20 y 34 años³. La mortalidad por sida según datos del 2013 decreció un 7,5% con respecto al 2012 (2,33 por 100 mil en el 2013 Vs 2,5 por 100 mil en 2012).

La prevalencia estimada en HSH entre 15 y 49 años es 17 veces superior a la prevalencia en población masculina de igual grupo de edad (3,7% Vs 0,2%) y es superior en la capital del país (8,05%)⁴.

En los últimos 6 años los grupos de edades más afectados se mantienen en el rango de los 20 a 29 años, y respecto al sexo ocho de cada diez personas diagnosticadas con VIH son hombres. La razón hombre-mujer es de 4,4:1.

¹ ONEI Anuario Estadístico de Cuba, 2012

² Informe Mundial ONUSIDA 2013

³ Cuba, GARPR 2014.

⁴ [Numerador: N° de HSH con resultado positivo en la prueba del VIH según datos del Registro Informatizado de VIH/sida del MINSAP. Denominador: N° de HSH según datos de la encuesta de indicadores de prevención de VIH de la ONEI]

Variación geográfica

La investigación epidemiológica de cada caso de VIH y la estratificación de la información obtenida hasta el nivel local, ha permitido conocer lugares y personas más afectadas por el VIH según diferentes variables epidemiológicas, lo que ha contribuido a conocer mejor las diferentes sub epidemias, focalizar las acciones preventivas e identificar necesidades de recursos para la ampliación del alcance del programa⁵

El riesgo de adquirir VIH es superior en la capital y al cierre de 2013, tomando como referencia la cantidad de PVV entre 15 y 49 años, se construyeron tres estratos: 109 municipios con prevalencias inferiores a la nacional, 33 con prevalencia similar a la del país y 26 con prevalencias superiores. El monitoreo de las PVV en los últimos años, muestra que cerca del 63,4% de las personas viviendo con VIH se concentran en estos 26 municipios. También se encuentran en estos las mayores prevalencias en jóvenes y adultos jóvenes (20 a 29 años).

Co-infección VIH/TB

La incidencia anual de casos de co-infección VIH/TB (incidentes más recaídas) no muestra variaciones significativas en los últimos años; predominan los casos de TB negativos al VIH y decrecen los sero-desconocidos. En el 2013 se descartó VIH en el 93% de los casos reportados de Tuberculosis y al cierre de año se habían evaluado para TB el 76,4% de las PVV⁶ y en el 69% se había iniciado terapia preventiva con Isoniacida.

En el 2013 se diagnosticaron 61 casos de co-infección. De ellos, el 86% recibieron tratamiento para VIH y TB⁷. El porcentaje que representa la co-infección del total de casos de TB ha oscilado entre 6,6 y 8,7 en los últimos ocho años, manteniéndose en el entorno del 8% en los últimos 3 años.

Los programas nacionales de TB y VIH/sida desarrollan las actividades de colaboración TB/VIH recomendadas por la OMS, las que se encuentran expresadas en el plan estratégico nacional y cuentan con indicadores que se monitorean y evalúan periódicamente a nivel nacional y local⁸.

Entre las brechas identificadas en el manejo de la co-infección VIH/TB se encuentran la insuficiente adherencia al tratamiento antirretroviral y a la terapia preventiva con Isoniacida, así como debilidades en el seguimiento inmunológico a PVV condicionadas por insuficiente disponibilidad de reactivos, lo que a su vez afecta el inicio oportuno del tratamiento antirretroviral.

Tratamiento antirretroviral

El acceso a TAR ha tenido una tendencia ascendente, con 9.651 en tratamiento al cierre de 2013 (98% con <350 cd4 y 58,6% del total de PVV)⁹.

Las guías nacionales de tratamiento recomiendan el inicio en adultos y menores de 10 años con CD4 \leq 500 cel./mm³ priorizando los casos con infección severa-avanzada o con CD4 \leq 350 cel./mm³, así como iniciar, independientemente del estado clínico y conteo de CD4 en casos de co-infección VIH/TB, co-infección VHB_VHC, embarazadas y parejas masculinas con VIH de gestantes seronegativas¹⁰.

⁵ Plan estratégico nacional 2014-2018, pag.21

⁶ Informe de monitoreo del proyecto RCC

⁷ Cuba, GARPR 2014

⁸ Plan Estratégico Nacional 2014-2018, pag:95, 178 y 179

⁹ Registro Informatizado de VIH/sida, MINSAP y Cuba, GARPR 2014

¹⁰ Plan estratégico nacional 2014-2018, pag.140

Alrededor del 23% de las personas que tienen tratamiento consumen algún medicamento de los no incluidos en protocolos actuales de la OMS y aunque se cuenta con un plan en implementación para su sustitución gradual, el financiamiento disponible y la producción local no son suficientes aún.

Para el 2015 alrededor de 15 mil PVV van a requerir TAR; los desafíos serán estandarizar y optimizar esquemas de tratamiento, implementar su inicio según las guías nacionales alineadas con las recomendaciones de la OMS, sustituir los medicamentos no recomendados, mejorar la adherencia, reducir el costo de los medicamentos, dando cumplimiento a los compromisos con la OIG del Fondo Mundial y estar alineados con la estrategia 2.0.¹¹

Poblaciones Clave

El PEN 2014-2018 ha identificado los grupos clave de mayor riesgo, caracterizados a partir de la información epidemiológica y hacia los que se ha previsto desarrollar intervenciones preventivas específicas¹².

Esta propuesta se centrará en PVV, HSH que residen en las zonas urbanas, poblaciones trans y jóvenes de 20 a 29 años que residen en los 15 municipios de La Habana donde la prevalencia duplica la media nacional.

En Cuba, no existen organizaciones formales o informales que agrupen a PPST, por lo que esta población se abordará mediante estrategias de pares de forma transversal en los grupos HSH, trans y jóvenes, atendiendo a que no se auto-reconocen, ni son reconocidas socialmente como trabajadoras del sexo.

Hombres que tienen sexo con hombres:

- Representan el 8,7% de los hombres cubanos de 15 a 49 años y el 8,8% de los residentes en zonas urbanas. Cerca de la mitad son bisexuales, tienen una edad media de 34 años y mayor movilidad territorial que el resto de la población
- La prevalencia de VIH en HSH es superior a la estimada en la población adulta de 15 a 49 años (3,7% para Cuba y 8,05% en La Habana) y es comparativamente superior la incidencia de otras ITS (4,9% HSH Vs 2% en hombres heterosexuales).
- El 65% de las PVV diagnosticadas con inmunodeficiencia grave y/o avanzada en el 2013 son HSH, lo cual incide en la mortalidad precoz a causa del sida y en mantener la transmisión silente. Su mortalidad es superior a la registrada para el resto de la población y los años de vida ganados en HSH que iniciaron TAR en 2008 (4,6 años) son inferiores a los observados en hombres heterosexuales (5,0) y mujeres (4,8)
- El 51,5% de los HSH usaron un preservativo en su última relación sexual anal.
- El 16,3% de los HSH que se sometieron a la prueba del VIH en los últimos 12 meses conocen los resultados.
- Existen manifestaciones de estigma y discriminación en el 33,4% de la población hacia los HSH.
- En el proceso de actualización de la estrategia nacional se identificaron brechas en indicadores que miden conocimiento del estado serológico, uso de condones y percepción del riesgo que requieren de mayor focalización de las acciones preventivas en este grupo poblacional.

¹¹ Plan estratégico Nacional 2014-2018, "Principales debilidades identificadas en el proceso de evaluación de la estrategia", pag.47

¹² Plan estratégico Nacional 2014-2018, "Caracterización de las poblaciones clave de mayor riesgo", pag.15

Población trans

- Estudios diagnósticos realizados por el CENESEX, describen que el estigma y discriminación limitan su capacidad de inserción social.
- Según referencias de la red trans la población estimada es de 3002 en todo el país, de las que alrededor de 700 practican el sexo transaccional (23%).
- El conocimiento de la magnitud de la epidemia en este grupo es insuficiente, por lo que se requiere profundizar en su estudio.
- El 42,6% de las trans que practican sexo transaccional declararon haber usado un preservativo con su último cliente.
- Las poblaciones trans han declarado haber sido víctimas de violencia basada en género, evidenciando la necesidad de realizar intervenciones de reducción de daños para responder efectivamente a esta problemática.
- A partir del año 2012 se introdujo en el registro informatizado de VIH/sida del MINSAP la identificación de trans diagnosticadas con VIH, que antes de esa fecha estaban clasificadas como HSH y se trabaja en la actualización de este dato. Aun cuando se cuenta con un estimado de población trans aportado por la red trans Cuba, no se dispone de un numerador fiable para estimar la prevalencia en este grupo. En esta propuesta se realizará su estimación a partir de un estudio centinela en colaboración con la red trans Cuba.¹³

Personas que viven con VIH

- Las PVV en diciembre del 2013 representaban el 0,2% de la población total de 15 a 49 años¹⁴, su edad promedio está alrededor de los 35 años, poco más de la mitad residen en La Habana y el resto se distribuye principalmente en las provincias Santiago de Cuba, Villa Clara, Granma, Camagüey y Holguín.
- El 80,4% son hombres y de ellos el 87,8% son HSH.
- El 10,8% de las mujeres con VIH han tenido un embarazo en los últimos 5 años.
- Mediante estudios cualitativos y metodologías de Educación Popular se presta atención a las específicas necesidades y vulnerabilidades que presentan, o pueden presentar, las mujeres con VIH en comparación con los hombres con VIH. Por una parte, se han constatado diferencias en cuanto a discriminación por patrones socioculturales y la sobrecarga doméstica. Por otra, se ha evidenciado en grupos y talleres de capacitación, que si bien se aprecian manifestaciones de violencia de género en mujeres y hombres que viven con VIH, las mujeres y los hombres homosexuales son las principales víctimas. (Estas dimensiones necesitan de mayor profundización para ser efectivamente atendidos y eliminados).

Personas que practican sexo transaccional

- Representan el 1.5% de la población de 15 a 49 años, el 2.0% de los hombres y 1.1% de las mujeres comprendidas en esas edades.
- Entre los 15 a 39 años predominan las del sexo femenino y de 40 en adelante el masculino en una proporción de 65% de hombres y 35% de mujeres.
- La prevalencia estimada de VIH en este grupo es 1,3% para ambos sexos, 6,5 veces superior a la de la población general de 15 a 49 años.

¹³ Comunicación personal. Red trans-Cuba

¹⁴ Spectrum results. 2013. Datos programáticos del registro informatizado de VIH-sida

- En población HSH, los PPST representan el 5,2% de los comprendidos entre 15 a 49 años de edad.
- El 72,01% de las PPST entre 15 y 49 años declaran haber usado un preservativo con su último cliente.
- El 24% de las PPST entre 15 y 49 años que se sometieron a la prueba de VIH en los últimos 12 meses conocen los resultados.

Jóvenes entre 20 y 29 años

En Cuba por razones epidemiológicas, socioculturales y comportamentales el grupo clave "jóvenes" se extiende más allá de los 24 años tal y como ocurre en otras regiones¹⁵

Entre las razones epidemiológicas se encuentran:

- En los últimos 10 años la tendencia de la incidencia anual es ascendente
- El 46% de todos los casos de VIH diagnosticados en el país tenían menos de 30 años al diagnóstico.
- En los jóvenes de 20 a 29 años se reporta el mayor número de nuevas infecciones en los últimos 6 años.
- La proporción de PVV del sexo femenino en este grupo (24%) es superior al promedio nacional (20%).

Entre las comportamentales:

- Las investigaciones demuestran que las y los jóvenes mantienen una baja percepción de riesgo.
- Se mantienen las prácticas sexuales desprotegidas . Cerca del 45% declaran que no usaron condón en su primera relación sexual penetrativa.
- La juventud es la etapa de mayor actividad sexual por lo que reafirmar comportamientos sexuales seguros favorecen la salud sexual y reproductiva de mujeres y hombres
- Son frecuentes los cambios de pareja sin que se alcancen niveles óptimos de uso sistemático de condones. Más de un tercio (34,7%) tienen relaciones sexuales desprotegidas con parejas ocasionales.
- El 40% mantiene conceptos erróneos o desconocen aspectos elementales sobre la infección.
- El 64% de mujeres y varones de 20 a 29 años de edad que tuvieron más de una pareja sexual en los últimos 12 meses declaran haber usado un preservativo durante la última relación sexual.
- Sólo el 17,56% de mujeres y varones de 20 a 29 años se sometieron a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conocen los resultados.

En los últimos 6 años los grupos de edades más afectados se mantienen en el rango de los 20 a 29 años. Invertir estratégicamente en este grupo para conseguir la máxima repercusión adquiere una alta prioridad, teniendo en cuenta que los comportamientos sexuales que adopten ahora y los que mantengan durante toda su vida sexual determinarán la evolución de la epidemia de VIH en las próximas décadas. Esta contribución propuesta apoyaría a hacer más cercana la visión colectiva de un mundo libre de la carga del VIH y a hacer alcanzables los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Los ciudadanos de ambos sexos no tienen que efectuar compensación monetaria alguna para recibir los servicios de salud, lo hacen en función de sus necesidades y con independencia de sus ingresos. La zona de residencia, el género, el color de la piel u otra condición, no marcan diferencias de acceso, al existir en el país igualdad de derechos.

¹⁵ <http://www.unesco.org/new/en/social-and-human-sciences/themes/youth/youth-definition/>

Sin embargo, y a pesar de la voluntad política y lo avanzado a nivel legislativo, existen tradicionales representaciones sociales, estereotipos y construcciones socioculturales y simbólicas relativas al sistema sexo-género (y lo aceptado y asumido como “lo masculino y lo femenino”) que pudieran limitar el pleno acceso a servicios de salud de las poblaciones clave.

Presiones y tabúes vinculados a las construcciones de la masculinidad hegemónica hacen que los hombres acudan menos a los servicios de salud y con frecuencia refieren vivenciar (o tener temor a vivenciar) discriminaciones o tratos diferentes a partir de sus orientaciones sexuales o identidades de género; la sobrecarga doméstica de las mujeres y su rol como cuidadoras, unido a sentimientos vinculados con la estigmatización y baja autoestima, también pueden constituirse en obstáculos para beneficiarse efectivamente del acceso a los servicios de salud.

Las poblaciones trans y PPST igualmente pudieran limitar la atención a su salud y su acceso a los servicios por no compartir las construcciones de género que la sociedad valora y reconoce más positivamente.

Será fundamental continuar profundizando en estos aspectos vinculados con la subjetividad y a la vez continuar reforzando la preparación del personal de salud para una respuesta más efectiva a las barreras socioculturales vinculadas al género, las que también tienen sus intersecciones con otras dimensiones u ordenadores sociales como la edad, orientaciones sexuales, el color de la piel. Por otra parte la zona de residencia marca en algunos casos diferencias en la utilización de servicios.

Hacia el abordaje y proyección de la eliminación de las desigualdades de género han estado dirigidos los esfuerzos en el último trienio. En particular destaca la construcción e implementación de la estrategia de género en apoyo al componente educativo de la Respuesta Nacional a las ITS-VIH/sida¹⁶, haciendo notar la necesidad e importancia de prestar atención a la construcción de un marco teórico metodológico relativo a género, diversidad sexual y las ITS-VIH/sida; el perfeccionamiento de la educación, capacitación y comunicación en temas de género e ITS-VIH/sida; la construcción e implementación de un Sistema de Monitoreo y Evaluación sensible al tema y la generación de entornos potenciadores de la igualdad de género en la prevención de las ITS-VIH/sida.

¹⁶ Estrategia de género en apoyo al componente educativo de la Respuesta Nacional a las ITS-VIH/sida, CNP, La Habana, 2012

II. ESTRATEGIA DE INTERVENCION

El proceso de actualización del PEN fue escenario de análisis de las brechas programáticas y plataforma para la identificación de proyecciones para el período 2014-2018, así como para la identificación de prioridades a tener en cuenta para esta nota conceptual.

El proceso contó con amplia participación de la sociedad civil (PVV, HSH, proyectos juveniles y mujeres), los sectores sociales y otras organizaciones involucradas en la Respuesta intersectorial como la Oficina Nacional de Estadísticas e Información, el Consejo de Iglesias, el Sector Académico y los Organismos Internacionales.

En correspondencia con el Plan Estratégico Nacional 2014-2018, se ha planteado como meta del Proyecto "Reducir la incidencia de las ITS y el VIH en poblaciones clave con énfasis en HSH", por ser esta población la que más aporta a la epidemia en el país, pero además, porque los niveles bajos de mortalidad, su tendencia a disminuir y la retención del tratamiento a los 12, 24, 36 y 60 meses indican la necesidad de reducir la incidencia para poder lograr un impacto favorable en la epidemia.

Para alcanzar dicha meta, a través de la propuesta se pretende apoyar al Programa Nacional en el alcance de dos objetivos:

- 1- Promover una conducta sexual responsable en los grupos clave de mayor riesgo fomentando la igualdad de género y el respeto a las diferentes orientaciones sexuales.
- 2- Fortalecer el acceso equitativo a servicios básicos de diagnóstico, atención, tratamiento, seguimiento y apoyo.

El alcance del primer objetivo se medirá a través de cuatro indicadores de resultado relacionados con el incremento del uso del condón en las poblaciones clave y disminución del estigma y la discriminación. Estos son:

1. Porcentaje de hombres que usaron condón en su última relación sexual anal con pareja masculina.
2. Porcentaje de personas (desagregadas por sexo) que practican sexo transaccional que usaron condón con su último cliente.
3. Porcentaje de HSH que usaron condón en su última relación sexual con pareja ocasional.
4. Porcentaje de personas de 12 a 49 años con actitudes de aceptación hacia las PVV y los HSH

El alcance del segundo objetivo se evaluará a través del indicador de retención en tratamiento:

1. Porcentaje de adultos y niños (desagregadas por sexo) que se conoce que se mantienen en tratamiento 12 meses después de haberlo iniciado.

Conociendo el financiamiento disponible para los años 2015-2017 y las brechas programáticas del PEN, una vez definidos los objetivos de la propuesta, con el propósito de programar estratégicamente la inversión del presupuesto para maximizar su impacto en los mismos, se realizó un análisis colectivo conducido por el programa nacional para identificar los módulos e intervenciones prioritarias que permitieran tales logros.

A tales efectos se presentó y aprobó una propuesta por un monto total de USD 19,809,949 a la que se le adicionaron montos comprometidos de la actual subvención (RCC Fase II) por un valor total de USD 1,074,135.69 para un monto total de presupuesto aprobado de USD 20,884,085. Considerando la vigencia de la subvención actual, se acordó extender su implementación hasta el 30 de junio de 2015 con un monto adicional de USD 5,458,847 e iniciar la subvención actual con fecha 1 de julio de 2015 y un monto total de USD 15,425,238 (USD 20,884,085 – USD 5,458,847), ajustando la duración de 3 años a 30 meses por traspasar los dos primeros trimestres al proyecto en ejecución.

El país seleccionó dirigir el presente proyecto a tres módulos prioritarios, dos de ellos vinculados con el trabajo preventivo dirigido a las poblaciones clave (HSH, Trans, PVV y Jóvenes de 20 a 29 años residentes en los 15 municipios de La Habana donde la prevalencia en esas edades duplica la registrada en el país) y un tercer módulo escogido con el propósito de cubrir las brechas vinculadas a la atención, tratamiento y apoyo a las PVV.

Módulo 1: Programas de Prevención para HSH y TRANS

Módulo 2: Programas de Prevención para otras poblaciones vulnerables (Personas viviendo con VIH y Jóvenes de 20 a 29 años)

Módulo 3: Tratamiento, Cuidado y Apoyo, se ha previsto trabajarlo a través de las siguientes intervenciones

En los módulos de prevención, las principales brechas que serán cubiertas por el proyecto, están referidas a: poblaciones clave (HSH, Trans, PVV y jóvenes de 20 a 29 años en los 15 municipios de La Habana donde la prevalencia en esas edades duplica la registrada en el país) alcanzadas por paquetes mínimos de servicios en intervenciones de cambio de comportamiento, realización de pruebas de VIH y asesoramiento como parte de programas para poblaciones clave, y personas HSH, Trans y jóvenes de 20 a 29 años que practican sexo transaccional alcanzados por intervenciones de reducción del daño como parte de programas para profesionales del sexo y sus clientes.

En el módulo 3 “tratamiento, atención y apoyo a PVV”, el aporte mayor del proyecto esta asociado a la compra de ARV que permitan la estandarización y optimización de regímenes de TAR, implementar su inicio según las recientes guías nacionales alineadas con las recomendaciones de la OMS, retirar los ARV no recomendados, mejorar la adherencia, reducir el costo de los medicamentos y dar cumplimiento a los compromisos establecidos por el país con la Oficina del Inspector General del Fondo Mundial así como estar alineados con la estrategia 2.0. Con este proyecto se prevé cubrir al cien por ciento de los pacientes que requieren TAR cada año.

Dentro del propio módulo, también se ha incluido acciones asociadas con la coinfección TB/VIH y el seguimiento y monitoreo de las PVV.

Las acciones de seguimiento a las PVV incluidas en el proyecto están asociadas a la adquisición de reactivos e insumos gastables carga viral fundamentalmente. También se ha previsto apoyar al programa nacional con estudios de resistencia y hematológicos. Las deficiencias que se cubrirán con el proyecto respecto a los estudios de resistencia están vinculadas a la adquisición de equipamiento y accesorios y los reactivos requeridos para realizar los estudios de resistencia.

De manera adicional a los tres módulos prioritarios mencionados, se ha considerado oportuno añadir un cuarto módulo "Gestión de Programas". Las acciones que se desarrollaran al interior de este módulo comprenden la administración y el monitoreo y evaluación de la subvención que desarrollan trabajando de conjunto las Unidades de Gestión del proyecto integradas por el reciente principal PNUD, la ONEI, la ONP y el MINSAP. Cada una de estas entidades tiene un rol propio en la propuesta,

- ✓ el PNUD como Receptor Principal, conduce el sistema de evaluación de capacidades y promueve el fortalecimiento de éstas, asegura que los gastos del proyecto se realicen de acuerdo a lo establecido en los planes de trabajo anuales y las normas del PNUD y del FM, efectúa el monitoreo general del proyecto, supervisa las actividades de mayor impacto en los resultados y proporciona los informes periódicos al Fondo Mundial
- ✓ la ONEI, es la entidad responsable de atender el flujo de información de los resultados de los proyectos y realizar las investigaciones periódicas, lo que incluye asistir a los Sub-beneficiarios en la elaboración de sus planes de M&E; captar la información y evaluar los indicadores; elaborar los informes de avances programáticos que proporciona el PNUD al FM y conducir las encuestas probabilísticas de alcance nacional diseñadas para la evaluación de los proyectos, lo que comprende diseño, levantamiento, carga, validación, procesamiento, análisis y elaboración de informe de resultados
- ✓ la ONP, representa y organiza a los Sub-beneficiarios de los Proyectos en torno a las acciones planificadas, velando de forma continua por el cumplimiento de los resultados esperados, lo estipulado para los diferentes procesos de trabajo y el buen empleo de los fondos, todo lo que supervisa y evalúa. Recibe, revisa y tramita con el RP todos los documentos del flujo informativo financiero y programático
- ✓ el MINSAP es responsable de la correspondencia de todas las actividades con el Plan Estratégico Nacional, propone las acciones correctivas que sean necesarias, según el comportamiento de las epidemias y de los intereses de su competencia, orienta a los/las Jefes/as de Programas Territoriales la realización de coordinaciones intersectoriales con los sub-beneficiarios de su radio de acción, de acciones de control a las actividades y procesos de trabajo, y la asesoría técnica. Vale señalar que las alianzas y sinergias logradas entre estas entidades han contribuido al buen desempeño de las subvenciones anteriores de Cuba con el Fondo Mundial.

I. PLAN DE TRABAJO

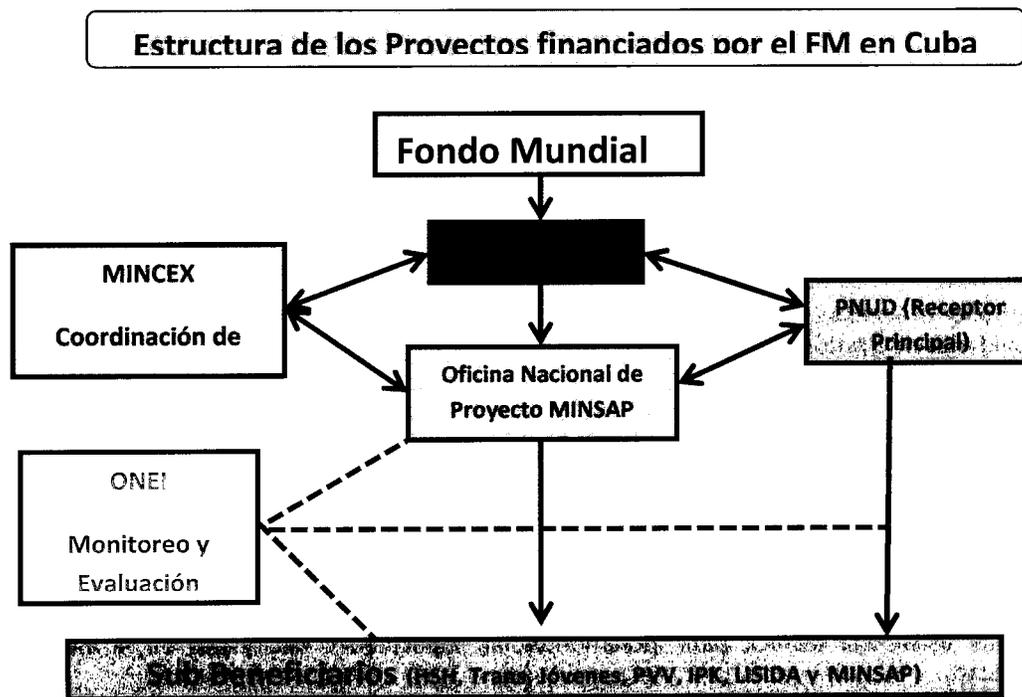
Resultados/Productos esperados	Actividades	RESPONSABLE	PRESUPUESTO				
			Fuente de financiamiento	Monto (USD) - 2015	Monto (USD) - 2016	Monto (USD) - 2017	Monto (USD) - Total
OBJETIVO 1: Promover una conducta sexual responsable en los grupos clave de mayor riesgo fomentando la igualdad de género y el respeto a las diferentes orientaciones sexuales Intervención 1: Cambio de comportamiento como parte de programas para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y personas transgénero Indicador 1: KP-1a: Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres cubiertas por programas de prevención del VIH; paquete de servicios definido. LB: 34.4% (2013) 2015: 60% 2016: 75% 2017: 93%	1. Formación de capital humano (capacitadores pares y personas vinculadas a la población HSH) para contribuir al autocuidado de la salud de los HSH.	HSH	Fondo Mundial	106,930	143,300	143,300	393,529
	2. Intervenciones con la población HSH	HSH	Fondo Mundial	48,044	131,060	131,060	310,164
	3. Acciones de la Asociación Espirica Quisicuaaba con la población HSH	HSH	Fondo Mundial	3,129	6,883	6,883	16,894
	4. Elaboración de materiales educativos y de divulgación científica sobre temas de orientación sexual, género, violencia y prevención de VIH y otras ITS	HSH	Fondo Mundial	68,896	69,265	69,265	207,427
	5. Estrategia de Mercadeo Social para el uso del condón y lubricantes en HSH	HSH	Fondo Mundial	39,214	154,579	155,079	348,871
SUB TOTAL INDICADOR:				266,212	505,087	505,587	1,276,886
Intervención 2: Reducción del daño como parte de programas para profesionales del sexo y sus clientes Indicador 2: KP-1c: Porcentaje de HSH-PPST cubiertos por programas de prevención del VIH; paquete de servicios definido. LB: 39.8% (2013) 2015: 60.3% 2016: 71.2% 2017: 76.7%	1. Acciones de reducción de daños en los HSH - PPST que incluyan la atención integral de derechos sexuales, disminución del estigma y la discriminación y reducción de la violencia de género.	HSH (PPST)	Fondo Mundial	11,819	21,205	21,205	54,229
	SUB TOTAL INDICADOR:				11,819	21,205	21,205
Intervención 3: Pruebas de VIH y asesoramiento como parte de programas para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y personas transgénero	1. Fortalecimiento y monitoreo de los servicios de consejería y movilización de la población HSH a realizarse la prueba de VIH	HSH (Consejería)	Fondo Mundial	5,426	12,759	12,759	30,945
	SUB TOTAL INDICADOR:				5,426	12,759	12,759

<p>Intervención 1: Cambio de comportamiento como parte de programas para Personas viviendo con VIH</p> <p>Indicador 7: KP1e: Porcentaje de PVV cubiertas por programas de prevención de VIH; paquetes de servicios definidos. LB: 16.8 % (2012) 2015: 35% 2016: 45% 2017: 54%</p>	<p>1.- Potenciar el autocuidado y la adherencia de las PVV a través de la aplicación de acciones comunitarias y multidisciplinarias, con enfoque de género, dirigidas a disminuir la incidencia de VIH, manteniendo a las PVV con CV indetectables.</p> <p>2. Organización de encuentros de capacitación con PVV para el desarrollo de habilidades y destrezas, así como, la búsqueda de sinergias e intercambio de las buenas prácticas a nivel municipal, provincial y nacional.</p> <p>3. Fortalecimiento del papel de la Mujer seropositiva en el desarrollo de acciones que favorezcan su calidad de vida.</p> <p>4. Brindar herramientas para la creación de habilidades y destrezas para fortalecer las acciones con niños y adolescentes huérfanos, afectados e infectados por el VIH en las provincias y municipios del país.</p> <p>5. Estrategia de Mercadeo Social para el uso del condón en PVV</p>	<p>PVV (Consejería) (CIC)</p> <p>PVV (CIC)</p> <p>PVV</p> <p>PVV (CIC)</p> <p>PVV (Condones)</p>	<p>Fondo Mundial</p> <p>Fondo Mundial</p> <p>Fondo Mundial</p> <p>Fondo Mundial</p> <p>Fondo Mundial</p>	<p>70,292</p> <p>51,207</p> <p>12,996</p> <p>14,668</p> <p>0</p> <p>149,164</p>	<p>100,835</p> <p>103,530</p> <p>31,243</p> <p>26,980</p> <p>22,035</p> <p>284,622</p>	<p>100,835</p> <p>103,530</p> <p>31,243</p> <p>26,980</p> <p>22,285</p> <p>284,872</p>	<p>271,961</p> <p>258,268</p> <p>75,482</p> <p>68,628</p> <p>44,320</p> <p>718,658</p>
SUB TOTAL INDICADOR:							
<p>Intervención 1: Cambio de comportamiento como parte de programas para Adolescentes y Jóvenes (20-29 años)</p> <p>Indicador 8: KP1e: Porcentaje de Adolescentes y Jóvenes (20-29 años) cubiertos por programas de prevención de VIH; paquetes de servicios definidos. MUJERES 2015: 39.3% (2013) 2016: 75.1% 2017: 83.7%</p> <p>HOMBRES 2015: 40.6% (2013) 2016: 75.1% 2017: 83.7%</p> <p>2015: 83.7% 2016: 92.8% 2017: 92.8%</p>	<p>1. Jóvenes en las universidades</p> <p>2. Jóvenes fuera de las escuelas en el entorno comunitario</p> <p>3. Jóvenes fuera de las escuelas desde el Consejo de Iglesias</p> <p>4. Estrategia de Mercadeo Social para el uso del condón en Jóvenes</p> <p>5. Programas para jóvenes con madres, padres y familia</p> <p>6. Vínculos entre la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil y la violencia de género como parte de programas para adolescentes y jóvenes</p> <p>7. Compromiso social, liderazgo y participación del voluntariado juvenil</p>	<p>CNP-Jóvenes (MES)</p> <p>CNP-Jóvenes</p> <p>CNP-Jóvenes (CIC)</p> <p>CNP-Jóvenes</p> <p>CNP-Jóvenes</p> <p>CNP-Jóvenes (MES)</p> <p>CNP-Jóvenes</p>	<p>Fondo Mundial</p>	<p>1,705</p> <p>8,631</p> <p>3,731</p> <p>2,841</p> <p>5,143</p> <p>12,294</p> <p>32,275</p> <p>66,619</p> <p>1,137</p>	<p>15,768</p> <p>46,693</p> <p>9,198</p> <p>7,962</p> <p>4,860</p> <p>30,105</p> <p>37,321</p> <p>151,906</p> <p>4,269</p>	<p>15,768</p> <p>41,149</p> <p>6,031</p> <p>7,962</p> <p>4,360</p> <p>26,830</p> <p>36,664</p> <p>138,764</p> <p>4,269</p>	<p>33,240</p> <p>96,473</p> <p>18,960</p> <p>18,765</p> <p>14,363</p> <p>69,228</p> <p>106,260</p> <p>357,289</p> <p>9,675</p>
SUB TOTAL INDICADOR:							
<p>Intervención 2: Reducción del daño como parte de programas para profesionales del sexo y sus clientes</p>	<p>1. Acciones de reducción de daños en los Jóvenes - PPST que incluyan la atención integral de derechos sexuales, disminución del estigma y la discriminación y reducción de la violencia de género.</p>	<p>CNP-Jóvenes (PPST)</p>	<p>Fondo Mundial</p>	<p>1,137</p>	<p>4,269</p>	<p>4,269</p>	<p>9,675</p>

Indicador 9: KP-1c: Porcentaje de Jóvenes-PPST cubiertos por programas de prevención del VIH; paquete de servicios definido. MUJERES LB: 42.9% (2013) 2015: 74.8% 2016: 93.4% 2017: 97.0% HOMBRES 49.8% (2013) 75.3% 94.1% 97.7%	2. Estrategia de Mercadeo Social para el uso del condón en Jóvenes	Fondo Mundial	CNP-Jóvenes (PPST/ Condones)	84,147	72,872	160,584
SUB TOTAL INDICADOR:						
Intervención 3: Pruebas de VIH y asesoramiento como parte de programas para Adolescentes y Jóvenes (20-29 años) Indicador 10: KP-3e: Porcentaje de Adolescentes y Jóvenes (20-29 años) que se han sometido a pruebas de VIH durante el período de informe y conocen los resultados. MUJERES LB: 18.7% (2013) 2015: 53.7% 2016: 88.1% HOMBRES 12.5% (2013) 53.7% 88.1%	1. Acciones encaminadas a realización de pruebas de VIH en la población de Adolescentes y Jóvenes (20-29 años)	Fondo Mundial	CNP-Jóvenes (Consejería)	12,144	12,144	27,376
SUB TOTAL INDICADOR:						
TOTAL MODULO 2 (PVV Y JOVENES)						
OBJETIVO 2: Fortalecer el acceso equitativo a servicios básicos de diagnóstico, atención, tratamiento, seguimiento y apoyo. Intervención 1: Observancia del tratamiento	1. Formación de capital humano en "El tratamiento como prevención"	Fondo Mundial	MINSAP	12,066	5,265	27,707
SUB TOTAL INDICADOR:						
Intervención 2: Seguimiento del tratamiento Indicador 2: TCS-2: Percentage of people living with HIV that initiated ART with CD4 count of <200 cells/mm ³ LB: 22.8% (2013) 2015: 18.6% 2016: 16.5% 2017: 14.8% Indicador 3: TCS-3: Percentage of adults and children that initiated ART, with an undetectable viral load at 12 months (<1000 copies/ml)	1. Pruebas de CD4, Carga Viral, resistencia. 2. Fortalecer el diagnóstico de VIH mediante la descentralización de la confirmación y el perfeccionando del Programa de Control Externo de la Calidad (PEEC)	Fondo Mundial	MINSAP IPK LISIDA	628,804 383,356 33,692	837,646 298,079 0	1,466,451 684,984 47,710
SUB TOTAL INDICADOR:						
TOTAL MODULO 2 (PVV Y JOVENES)						

LB: 45.0% (2013) 2015: 50.0% 2016: 55.0% 2017: 60.0%	3. Garantizar el seguimiento inmunológico, virológico y la vigilancia de la resistencia a los antiretrovirales en PVV.	LISIDA	Fondo Mundial	0	29,031	17,236	46,267
SUB TOTAL INDICADOR:				17,566	1,074,884	1,152,962	2,245,412
Intervención 3: Tratamiento antirretroviral Indicador 1: TCS-1: Porcentaje de adultos y niños que actualmente reciben tratamiento antirretroviral entre todos los adultos y niños que viven con el VIH (desglosado por sexo y edad, <15, 15+) LB: 58.6% (2013) 2015: 75.0% 2016: 75.0% 2017: 78.0%	Cobertura de tratamiento ARV a las PVV	IPK	Fondo Mundial	1,581,434	2,782,018	3,118,757	7,482,208
SUB TOTAL INDICADOR:				1,581,434	2,782,018	3,118,757	7,482,208
Intervención 4: Prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades oportunistas Indicador 6: TB/HIV-2: Percentage of HIV-positive registered TB patients given anti-retroviral therapy during TB treatment. LB: 86.0% (2013) 2015: 96.8% 2016: 98.5% 2017: 98.5%	1. Intervenciones conjuntas TB/VIH	MINSAP (TB) IPK	Fondo Mundial	1,440 0	2,995 29,470	2,995 16,524	7,430 45,993
SUB TOTAL INDICADOR:				1,440	32,464	19,518	53,423
Intervención 5: Asesoramiento y apoyo psicosocial	Asesoramiento y apoyo psicosocial	INHEM	Fondo Mundial	3,830	7,261	5,288	16,379
SUB TOTAL INDICADOR:				3,830	7,261	5,288	16,379
TOTAL MODULO 3 (Tratamiento, atención y apoyo)				1,614,646	3,908,693	4,301,790	9,825,128
TOTAL OBJETIVOS				2,251,313	5,157,106	5,526,535	12,934,954
RP (PNUD) y Áreas de apoyo:				297,963	573,510	607,331	1,478,805
Costos administrativos RP (PNUD):				180,965	401,143	429,371	1,011,479
GRAN TOTAL AÑO 3:				2,730,242	6,131,759	6,563,237	15,425,238

II. ARREGLOS DE GESTION



El presente documento de proyecto se enmarca en el Acuerdo suscrito entre el PNUD y el Fondo Mundial de Lucha contra el sida, la Tuberculosis y la Malaria ("Fondo Mundial"), institución establecida conforme a las leyes de Suiza y creada como un instrumento financiero llamado a complementar los programas existentes para combatir estas enfermedades.

El MINCEX, la Entidad Nacional Ejecutora y el PNUD reconocen su responsabilidad en el ciclo completo de cada proyecto: movilización de recursos, formulación, aprobación, implementación, control financiero y supervisión, elaboración de reportes, monitoreo y evaluación, y su cierre operacional y financiero.

El PNUD y el MINCEX podrán acordar mecanismos de sistematización de las experiencias más pertinentes para la retroalimentación de los programas y proyectos y la eventual difusión de las experiencias exitosas del país, tanto a nivel interno como en el exterior. Estas experiencias se podrán aprovechar para potenciar determinadas esferas de acción, tales como la cooperación Sur-Sur.

De conformidad con las denominaciones utilizadas por el Fondo Mundial, el PNUD actuará como Receptor Principal (RP) del proyecto, supervisando la implementación del mismo de conformidad con los términos del acuerdo suscrito con el Fondo Mundial (Ver Anexo 3) y asegurando el manejo de los recursos financieros y la presentación de los reportes correspondientes a los Agentes Locales del Fondo (ALF) y al Fondo Mundial de acuerdo a las regulaciones del PNUD y del Fondo Mundial para el efecto. En tal sentido, el PNUD como RP es máximo responsable ante el Fondo Mundial por el logro de los resultados del proyecto.

El proyecto se ejecutará bajo la modalidad de implementación nacional (NIM), según las normas y procedimientos establecidos en estos casos para la cooperación ofrecida por el PNUD.

A solicitud del Gobierno de Cuba la oficina del PNUD en el país proporcionará servicios de apoyo y asistencia a la implementación para cumplir con los planes anuales de trabajo, y los requisitos en materia de

presentación de informes o realización de pagos directos. Adicionalmente, el PNUD prestará asistencia, entre otros, en los siguientes campos:

- Proponer, revisar y evaluar cambios al Documento de Proyecto y sus planes anuales de trabajo de conformidad con los procedimientos establecidos en el Manual de Programación del PNUD. Cada propuesta de modificación sustantiva será coordinada con el MINCEX y el MINSAP. El MINCEX será responsable de realizar las consultas que fueran necesarias con el MCP, Las modificaciones serán sometidas al Comité Local de Aprobación de Proyectos (CLAP) del PNUD y consultada con el ALF y la Secretaría del Fondo Mundial, antes de su aprobación. Estas revisiones sustantivas deberán ser firmadas por el RP, la Entidad Implementadora (MINSAP) y la Entidad de Ejecución (el MINCEX) antes de su puesta en práctica.
- En la identificación de socios potenciales y la gestión de alianzas con otras organizaciones que contribuyan a la ejecución del proyecto.
- Promover el acceso a redes de conocimiento, identificar expertos y apoyar en la organización de actividades de gestión del conocimiento.
- Conducir el sistema de evaluación de capacidades de los sub-beneficiarios y asociados y suscribir los respectivos acuerdos con dichas entidades, en correspondencia con el Acuerdo firmado con el Fondo Mundial. Los acuerdos con los sub-beneficiarios y asociados serán además suscritos por el MINSAP y el MINCEX.
- Mantener el sistema de seguimiento y supervisión de actividades.
- Asegurar que los gastos del proyecto se realizan de acuerdo a lo establecido en los planes de trabajo anuales y las normas del PNUD.
- Conducir las auditorías externas anuales al proyecto.
- Facilitar asistencia técnica para incrementar las capacidades nacionales en la ejecución del proyecto.
- Selección del personal del proyecto y asistencia para su contratación
- Individualización y facilitación de actividades de capacitación.
- Adquisición de bienes (medicamentos, condones, equipos) y servicios.

El PNUD podrá subcontratar o establecer acuerdos con otras entidades para cumplir con sus compromisos derivados de este documento. En tales casos, el PNUD compartirá previamente la información con el MINCEX. Asimismo, el PNUD incluirá en el plan de asistencia técnica del proyecto sus necesidades de capacitación o asesoría técnica, a fin de garantizar el éxito del mismo.

Los arreglos de gestión que se detallan a continuación han considerado las normas y procedimientos acordados para la cooperación bajo la modalidad de ejecución NIM; las lecciones aprendidas en el proyecto financiado por el Fondo Mundial presentado en las Rondas anteriores y los aportes de actores claves.

El sistema Atlas deberá contribuir a la finalización oportuna y eficiente de las actividades, incluyendo el cierre financiero y operacional, y a una eficaz supervisión financiera de la gestión de proyectos y del programa del PNUD. Basado en los reportes financieros de Atlas, el PNUD enviará a la ONP la información financiera sobre la ejecución del Programa, con una frecuencia trimestral y cualquier otra información disponible, con vistas a un seguimiento más integral de las tendencias del Programa y de las actividades contempladas en los proyectos.

El Programa utilizará la modalidad de pago directo a proveedores. Todos los pagos directos se basan en los Documentos de Proyecto y Planes Anuales de Trabajo acordados entre el MINCEX, la Entidad Nacional Ejecutora y el PNUD, y serán debidamente documentados con la presentación de las solicitudes de pagos en el modelo establecido y su documentación de apoyo, firmadas por los oficiales designados, e incluyendo la presentación en tiempo de las facturas originales que amparan cada desembolso.

Procesos clave del proyecto.

Según el Acuerdo de Subvención firmado entre el FM y el Recipiente Principal en su sección B sobre Términos Especiales y Condiciones, el Receptor Principal es el responsable de la ejecución de las adquisiciones. Para el caso de Cuba, y debido al carácter de implementación nacional del proyecto, (NIM) como se explicó anteriormente, estas compras se hacen siguiendo los procedimientos nacionales de compras, y de acuerdo con los marcos establecidos por el FM y el PNUD.

Procedimientos de Adquisiciones

El *proceso de adquisiciones de bienes y servicios* se inicia a nivel de Sub beneficiario quien, a partir del Plan de Adquisiciones aprobado, presenta la Solicitud de adquisición en la ONP con las especificaciones técnicas o Términos de Referencia que correspondan, así como la asignación presupuestaria para el bien o servicio solicitado. La ONP, luego de una revisión detallada de la solicitud del sub beneficiario, que incluye pero no se limita a la coincidencia del bien o servicio descrito con el aprobado en el Plan, la correspondencia con la asignación presupuestaria y la adecuada descripción del bien o servicio requerido, prepara una remisión a la EMED o Empresa Importadora nacional designada, para el inicio del proceso de licitación. El uso de la EMED a la fecha responde a las posibilidades por legislación de exención de pagos de aranceles por productos y bienes recibidos de donaciones y proyectos, pudiendo sustituirse por otra importadora nacional a partir de las autorizaciones correspondientes de acuerdo a nuevas regulaciones vigentes¹⁷. Los procesos difieren de acuerdo al bien o servicio, entre los fundamentales tenemos:

Compra de Medicamentos: La solicitud es presentada por el IPK, generalmente 3 – 4 meses previo al inicio del periodo planificado para garantizar el arribo oportuno. Una vez enviada la remisión de la ONP a la EMED o Empresa Importadora nacional designada, esta última envía la solicitud de oferta al PNUD y a aquellos fabricantes o distribuidores de medicamentos con representación en el país que se encuentran en su cartera de proveedores. El PNUD, de acuerdo al procedimiento establecido, solicita un estimado de costos a UNICEF (división de suministros de Copenhagen) y cotizaciones a los firmantes de Acuerdos de Largo Plazo (LTA por sus siglas en Ingles) que para el caso de ARVs son IDA, IMRES, MEG y GIZ. Una vez recibido el Costo Estimado de UNICEF y las distintas cotizaciones, estas son enviadas a la EMED o Empresa Importadora nacional designada para la confección del pliego de concurrencias donde se incorporan las ofertas que esta ha recibido de los suministradores de su propia cartera.

De conjunto con la ONP, la EMED o Empresa Importadora nacional designada, convocan a un Comité de Compras donde, con la participación del Sub beneficiario se analizan todas las ofertas recibidas, determinando la adjudicación al mejor precio siempre, cuando el tiempo de entrega sea el adecuado, el medicamento se encuentre precalificado por la OMS, el Fondo Mundial y/o una Rigurosa Autoridad Reguladora de medicamentos.

Al adjudicar a un suministrador de la cartera de proveedores de la EMED o de la Empresa Importadora nacional designada, esta procede a la confección del contrato, incluyendo plazos de entrega de acuerdo a los requerimientos del Sub beneficiario para garantizar arribos de medicamentos con una vida útil suficiente para satisfacer la demanda y el stock de reserva.

Las adjudicaciones a UNICEF y otros LTA requieren de la presentación de la Solicitud de Pago Directo por parte del Sub Beneficiario, para la confección de la Orden de Compra correspondiente con iguales detalles de requerimiento por parte del sub beneficiario que en el caso de los contratos. Solo en el caso

¹⁷ El MINCEX emitirá las indicaciones para la designación de la entidad importadora Nacional que corresponda y dictará las normas que aplican a los procesos de adquisiciones relativos a la cooperación en sus diferentes modalidades, incluyendo la exención del pago de aranceles

de UNICEF se realiza el desembolso anticipado y se liquida con Estado de Cuentas al recibo del último embarque.

En el caso de los contratos de la EMED, Empresa Importadora nacional designada y las Órdenes de Compra del resto de los LTA comerciales, el pago se realiza una vez efectuada la recepción de cada medicamento, con los documentos establecidos y la conformidad del Sub beneficiario.

Una vez firmado el contrato y confirmada la Orden de Compra, se conoce la fecha estimada de llegada de los distintos medicamentos a partir de la fecha de producción de los lotes por parte de los fabricantes, en su mayoría, con origen genérico en la India. 21 días previos a efectuar el embarque, cada suministrador que no cuente con sus productos registrados en el país (en nuestro caso, solo Roche como productor directo tiene registrado sus medicamentos) remite los documentos exigidos por CECMED, Autoridad Nacional Reguladora de Medicamentos, para su registro temporal y emisión del permiso de importación. Este trámite de registro se realiza solamente a través de la EMED o Empresa Importadora nacional designada, previa cita. Revisados, aprobados y confirmados los permisos requeridos, se notifica al suministrador para que proceda al embarque.

El suministrador envía los documentos de embarque a través de su transitario, con arribo en aproximadamente en 10 días, de acuerdo a la disponibilidad de espacio para embarque. La tramitación aduanal se lleva a cabo por parte de la EMED o Empresa Importadora nacional designada en un periodo que no debe exceder los 7 días, entregando a la UEBMI de EMCOMED los documentos necesarios para la extracción de los medicamento del aeropuerto toda vez que esta es la única entidad con los medios de transporte debidamente certificados para el traslado de medicamentos. La UEBMI distribuye a partir de la cantidad de pacientes en cada provincia a las droguerías provinciales.

Hay establecidos sistemas máximos y mínimos. Las droguerías provinciales deben tener cobertura de 90 días, las Farmacias máximo de cobertura de 60 días y los pacientes 1 mes en la mano.

Esto permite que cuando se inscribe un nuevo paciente no exista ruptura de inventario.

Farmacia tienen un sistema de pedido semanal (solicita rubros que tienen menos de 30 días de cobertura.

Droguería tiene un sistema de conciliación mensual. Este informe de conciliación llega hasta la UEBMI.

El programa nacional valida esta información contrastando los datos que aparecen en registro informatizado VIH/sida con la conciliación que realizan los grupos provinciales de VIH-sida con sus droguerías realizando una conciliación cruzada entre la cantidad de pacientes inscritos en el sistema de distribución y el control de pacientes en tratamiento por parte de los consultorios.

Compra de Condones para distribución gratuita: La solicitud de adquisición es presentada por cada grupo clave a partir de la cantidad y presupuesto aprobado para este rubro en su plan de adquisiciones y de trabajo, generalmente 3 – 4 meses previo al inicio del periodo planificado para garantizar el arribo oportuno. La ONP revisa cada solicitud que consolida en una única remisión y emite a la EMED o Empresa Importadora nacional designada para lograr de esta forma un único embarque consolidando y reduciendo los costos de flete y manipulación. Para la compra de condones, la EMED o Empresa Importadora nacional designada solo solicita oferta al PNUD que a través de sus acuerdos con la división de adquisición y suministros de UNFPA en Copenhague solicita a esta agencia una factura proforma de los ítems requeridos. Esta división de UNFPA cuenta con Acuerdos a Largo Plazo con los principales fabricantes de anticonceptivos a nivel mundial lo que garantiza la calidad y certificación de los productos que se recibirán.

Una vez recibida la factura proforma en el PNUD, generalmente 21 días posteriores a la solicitud de la misma, esta es reenviada a la EMED o Empresa Importadora nacional designada para ser incluida en el Comité de Compras 5 días más tarde y donde los Sub beneficiarios analizarán que se corresponda con sus necesidades y capacidad presupuestaria.

Una vez adjudicada la compra a UNFPA, se confirma la orden, se reciben las Solicitudes de Pago Directo de los Sub beneficiarios y se emite la orden de compra a UNFPA. A partir de las 5 – 7 semanas se reciben los documentos de embarque que es recibido aproximadamente a las 10 semanas de emitida la orden. EMED o Empresa Importadora nacional designada tramita los documentos en aduana y los condones deben haber arribado en 15 días después de recibido el embarque a los almacenes de EMSUME. Toma 21 días a que EMSUME distribuya todos los condones a sus almacenes provinciales y estos los entreguen a los Centros Provinciales de Higiene y Epidemiología, donde son usados por cada uno de los programas de poblaciones clave en sus actividades de promoción y prevención. Los CPHE solicitan al almacén provincial de EMSUME sus necesidades de condones para las actividades con poblaciones clave a partir de la rotación de inventarios de forma que garanticen su existencia para alcanzar las personas en sus actividades.

Compra de reactivos y sus consumibles: Los sub beneficiarios MINSAP, LISIDA e IPK son los encargados de presentar a la ONP la solicitud de adquisición para los reactivos con sus consumibles asociados. Igual que en los procesos anteriores, la ONP revisa que la solicitud se corresponda con el plan de adquisiciones y de acción del suministrador. Posteriormente, efectúa la remisión a la EMED o Empresa Importadora nacional designada que lanza el proceso a su cartera de proveedores para este tipo de productos. En 21 días aproximadamente se reciben las ofertas por parte de los distintos suministradores, las que se remiten a los sub beneficiarios para su validación y aprobación técnica para los que se cuenta con 15 días y se confecciona el pliego de concurrencia con las ofertas técnicamente válidas para su adjudicación de acuerdo al principio universal de mejor valor por el dinero.

Los tiempos de entrega de estos contratos varían a partir de las existencias y disponibilidades, por lo que en general, estos contratos se firman con entregas parciales para evitar el vencimiento de los productos de corta vida útil y propiciar una existencia continua.

De acuerdo al calendario fijado, la EMED o Empresa Importadora nacional designada recibe los documentos de embarque y tramita frente Aduana para su posterior extracción por parte de la UEBMI de EMCOMED de la mercancía recibida. La UEBMI distribuye a los laboratorios seleccionados en el país incluido las instalaciones del IPK y LISIDA.

Compra de otros gastables de salud, insumos de computación impresos y otros materiales: Se inicia a nivel de Sub beneficiario a inicio del periodo según Plan de Acción, a partir del Plan de Adquisiciones aprobado, presenta la Solicitud de adquisición en la ONP con las especificaciones técnicas o Términos de Referencia que correspondan, así como la asignación presupuestaria para el bien o servicio solicitado. La ONP, luego de una revisión detallada de la solicitud del sub beneficiario, que incluye pero no se limita a la coincidencia del bien o servicio descrito con el aprobado en el Plan, la correspondencia con la asignación presupuestaria y la adecuada descripción del bien o servicio requerido, prepara una remisión a la EMED o Empresa Importadora nacional designada para el inicio del proceso de licitación a su cartera de proveedores aprobados para el bien o producto solicitado.

En 21 días aproximadamente se reciben las ofertas por parte de los distintos suministradores, las que se remiten a los sub beneficiarios para su validación y aprobación técnica para los que se cuenta con 15 días y se confecciona el pliego de concurrencia con las ofertas técnicamente válidas para su adjudicación de acuerdo al principio universal de mejor valor por el dinero, incluyendo con un peso importante el tiempo de entrega, toda vez que define el cumplimiento de alguna tarea o actividad para alcanzar un indicador determinado.

De acuerdo a la fecha de entrega pactada, la EMED o Empresa Importadora nacional designada recibe los documentos de embarque y tramita frente Aduana para su posterior envío a los almacenes de EMSUME de la mercancía recibida. Toma 21 días a que EMSUME distribuya todos los productos a sus almacenes provinciales y estos los entreguen a los Centros Provinciales de Higiene y Epidemiología o laboratorios seleccionados según correspondan. Los CPHE solicitan al almacén provincial de EMSUME

sus necesidades de condones para las actividades con poblaciones clave a partir de la rotación de inventarios de forma que garanticen su existencia para alcanzar las personas en sus actividades. En el caso de los laboratorios seleccionados, estos reciben la totalidad de los productos asignados en un solo envío.

Procedimientos Financieros

Los *recursos financieros* son recibidos en su totalidad por el PNUD. El PNUD administra los fondos de todas las entidades beneficiarias del proyecto, efectuando los pagos a los suministradores de bienes o servicios en la modalidad de pagos directos a partir de la Solicitud de Pago Directo presentada soportada por la documentación de respaldo requerida. La documentación de respaldo varía de acuerdo a lo pactado en cada contrato u Orden de Compra, igualmente pueden efectuarse pagos parciales, siempre subordinado el pago final a Informe de Recepción u Acta de conformidad que certifique que los bienes y/o productos han sido a total satisfacción del usuario final. Los pagos de talleres y otras actividades no sujetas a un proceso de adquisición, se realizan a partir de la Solicitud de Pago Directo presentada por el Sub beneficiario implicado, donde adicional a la factura, notifica la tarea a la que corresponde el pago en cuestión.

Todas las Solicitudes de Pago son firmadas por las autoridades del Sub beneficiario y revisadas y certificadas por la ONP quien coteja y revisa toda la información y datos incluidos. A tales efectos, la ONP entregará al PNUD – a través del MINCEX - y conservará en sus archivos copia, de los facsímiles de firmas de las personas autorizadas por cada uno de los Sub beneficiarios en sus respectivos roles de Directores y Administradores del Proyecto. Igualmente, cada Unidad de Gestión enviara igual documento a través de la ONP.

Mensualmente, se efectúa una conciliación entre el PNUD y la ONP de los pagos ejecutados y la disponibilidad del presupuesto incluyendo además los compromisos pendientes de pago por todas las partes. Independientemente de que la información con el Fondo Mundial tiene carácter semestral, las partes concilian a nivel de sub beneficiario de forma trimestral. Con esta periodicidad, el PNUD emitirá su Reporte Combinado de Gastos (CDR por sus siglas en ingles) que será conciliado y firmado por las partes.

III. MARCO DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION

El proceso de *Monitoreo y Evaluación* del proyecto (M&E), igual que las conciliaciones financieras, tiene un carácter trimestral independientemente que el avance que se reporte al Fondo se realiza de forma semestral. Las Unidades de Gestión descritas anteriormente realizan visitas individualizadas a cada sub beneficiario verificando las evidencias de cada actividad reportada. Esta información compilada se encuentra recogida en el informe que previamente ha entregado cada sub beneficiario y solo luego de verificada es incluida en los reportes que se remiten al Fondo Mundial.

También como parte del M&E del proyecto, la ONEI realiza las encuestas sobre Indicadores de Prevención de Infección por VIH y la encuesta a Persona Viviendo con VIH (PVV). Ambos estudios tienen como sustento muestras probabilísticas y alcance nacional y constituyen la base para dar seguimiento a los indicadores de resultado inscritos en la propuesta y que forman parte del Sistema Informativo Nacional de Salud. Estos estudios también son usados para determinar las magnitudes poblacionales que representan los grupos claves (HSH y PPST) y para ratificar o rectificar las cifras reportadas en las coberturas de personas alcanzadas en los diferentes indicadores.

El Informe de Avance del proyecto es presentado en la primera reunión del MCP posterior al cierre de cada trimestre para que de forma crítica, cada representante de las organizaciones miembros, que incluyen las poblaciones clave y tomadores de decisiones, se pronuncien y se determinen planes de acciones para solucionar y/o superar las dificultades encontradas tanto en la gestión programática como financiera.

A los efectos de facilitar el monitoreo y las coordinaciones necesarias, el PNUD, el MINCEX, la ONEI y la ONP se reunirán trimestralmente en un Comité de Coordinación. El Comité tendrá como objetivos: evaluar y aprobar el Plan de monitoreo del proyecto; monitorear el avance del proyecto en base al plan anual de trabajo; examinar los aspectos nuevos que se presenten; evaluar y/o considerar nuevos riesgos y realizar propuestas de medidas, las cuales seguirán el curso de aprobación correspondiente.

A nivel operativo, la ONP, la ONEI y el Oficial de Programa del PNUD encargado del proyecto se reunirán con la periodicidad que se requiera para monitorear el avance del proyecto.

Al término de cada año se realizará una reunión de análisis de resultados con la participación de todos los SB y los miembros del MCP para informar del estado de cumplimiento de los objetivos propuestos, los indicadores identificados como clave dentro de cada área de prestación de servicio, intercambiar lecciones aprendidas, identificar barreras en el trabajo y encontrar soluciones conjuntas.

Toda información o recomendación derivada de cualquier intervención interna o externa de monitoreo y evaluación se pondrá en conocimiento del MCP, órgano que podrá en caso de ser necesario, recomendar sobre las modificaciones de procedimientos, planes u otras pautas diferentes a las recogidas en los documentos de los proyectos o en los casos pertinentes proponer a la Secretaria del Fondo Mundial.

Auditorias

El Proyecto estará sujeto a la realización de auditorías financieras y de gestión con periodicidad anual, según establece el acuerdo PNUD-Fondo Mundial y el Manual del PNUD para la Ejecución de Proyectos.

El proceso de contratación de la firma auditora independiente seguirá las normas establecidas para las contrataciones aplicables al proyecto.

El MINCEX, a través de la ONP del MINSAP, colaborará con el PNUD en la elaboración del plan de auditoría de los gastos efectuados por los SB. Dicho plan será enviado al Fondo Mundial por el PNUD. El MINCEX deberá asegurar que la auditoría independiente se realiza a los SB conforme este plan y, con posterioridad a cada proceso de auditoría, del Plan de Acción para el seguimiento de las recomendaciones de la misma y de velar por el cumplimiento de lo establecido en el mencionado Plan.

El PNUD asistirá al MINCEX en la contratación y ejecución de las auditorías anuales financieras y de gestión; evaluará los informes de auditoría y comprobará la implementación de las acciones de seguimiento a los hallazgos.

Visitas Ad hoc del Fondo Mundial y el ALF.

Los representantes del Fondo Mundial y del ALF podrán realizar visitas *ad hoc* relacionadas con las operaciones financiadas por el Fondo Mundial. El propósito de dichas visitas *ad hoc* es facilitar al Fondo Mundial la información necesaria para reportar a sus órganos internos sobre la implementación del proyecto y determinar la efectividad de la intervención. El MINCEX, será responsable de la coordinación de dichas visitas y la ONP de asegurar que el Fondo Mundial y el ALF tengan acceso a la información relacionada con el proyecto.

Flujos de información

Las comunicaciones entre el RP, el MINCEX y la ONP, con el Fondo Mundial y el ALF serán como sigue:

- Las comunicaciones oficiales con la Secretaría del Fondo Mundial, así como con la Junta, se realizarán desde el RP o desde el Presidente del MCP por intermedio de su secretaría, con copia a la otra parte y a la DOEI.
- El RP mantendrá comunicación directa con la Secretaría del Fondo Mundial, el ALF y otros actores, para la realización de sus funciones como RP, por medio de comunicación regular, consultas, etc. Aquella información vinculada con la ejecución y desarrollo del proyecto será trasladada a la brevedad al MINCEX y ONP, quien, si lo considere oportuno, podrá solicitar al RP recibirla en su letra.
- Las comunicaciones sobre las visitas oficiales por parte de Fondo Mundial se enviarán desde la Oficina del RP o del Presidente del MCP con copia a la otra parte, a la DOEI con el objetivo de realizar los trámites que correspondan.
- El RP informará sobre las visitas programadas por el ALF a la DOEI en cuanto sean programadas dichas visitas con el objetivo de realizar los trámites que correspondan. El RP enviará como mínimo una semana antes de la visita al país la información a los ALF. A más tardar 3 días antes de cumplirse el plazo de una semana previa a la visita de los ALF, la ONP enviará al RP la información financiera y programática que corresponda, así como cualquier otra información adicional que fuera solicitada por los ALF. El PNUD, recibida la información, es responsable de revisarla, conciliarla, compilarla y remitirla a los ALF, hechos los ajustes pertinentes en consulta con la ONP.
- Las comunicaciones oficiales de los informes trimestrales entre el RP y el ALF se enviarán con copia a la ONP quien se encargará de darle el curso que corresponda, en interés del mejor desarrollo del proyecto.
- Las comunicaciones entre el Oficial de Programa a cargo y la Dirección del Proyecto en la ONP que requieran atención gerencial se enviarán con copia a la DOEI y a la persona que corresponda dentro del equipo de Gerencia del RP.

- Toda solicitud para la prestación de servicios de apoyo a la implementación del proyecto por parte del PNUD, se realizará a través del Oficial de Programa del PNUD encargado del Proyecto.
- El MINCEX y/o la ONP informarán al RP de cualquier imprevisto que pase en el proyecto, sin tener que esperar a los Comités de Coordinación programados. El RP actuará de igual manera.
- Para las compras que se ejecutan a través de los Acuerdos de Larga Duración (LTA por sus siglas en inglés) entre el PNUD y las agencias, fondos, acuerdos y programas de las Naciones Unidas, la EMED o Empresa Importadora nacional designada comunicará directamente al RP la información oficial que se requiera.
- Para las reuniones trimestrales del Comité de Coordinación se conformará con antelación la agenda, y se informará sobre el listado de participantes. El acta de reunión se elaborará una vez por un representante del PNUD y otra por la ONP y se circulará a todos los participantes para su visto bueno y comentarios en el plazo máximo de una semana después de efectuada la reunión.

Con el ánimo de establecer mecanismos apropiados para la emisión, el intercambio y la circulación de documentos se establece que:

- Cualquier documento oficial emitido por el RP, será firmado por el Representante Residente o por el Representante Residente Adjunto.
- A más tardar, el día 10 de cada mes el PNUD emitirá el reporte financiero de ATLAS referente al mes anterior y lo enviará a la ONP a través del Oficial de Programa.
- Los documentos Oficiales del Fondo Mundial dirigidos al RP serán contestados por el mismo RP.
- Con carácter trimestral, el PNUD enviará conciliación a la ONP una vez emitido el CDR oficial. Este documento será devuelto al RP en un plazo de 15 días firmado por el Director del Proyecto.

Cualquier propuesta de variación al proyecto tendrá que ser enviada al RP para su evaluación, según las normas establecida.

Reportes de M&E:

Los resultados del Proceso de Monitoreo y Evaluación tendrán los siguientes momentos de reportes:

a) Informe trimestral.

Los informes trimestrales de progreso así como las solicitudes de fondos para el siguiente periodo son presentados al Fondo Mundial dentro de los 45 días siguientes al vencimiento del periodo de información con carácter semestral y en la forma establecida por dicho organismo. Sin embargo, cada SB mantiene su información con carácter trimestral a las Unidades de Gestión (PNUD, ONEI, ONP y MINSAP)

A tal fin, los SB orientan a sus unidades subordinadas, cuando corresponde, los reportes conforme a formatos establecidos

Luego de las visitas a los SB, que tienen por objetivo comprobar los datos reportados mediante la revisión de evidencias, se procede a verificar el cumplimiento de las metas de indicadores de proceso, para emitir los reportes trimestrales para el PNUD.

Con la información anterior, y en base al análisis externo realizado, el PNUD actualiza en el sistema de gestión global (ATLAS) la siguiente información:

- El Registro de Calidad: el progreso y la calidad de los productos alcanzados y evalúa en base a los criterios de calidad establecidos en los indicadores (metas) y en el cronograma planeado.

- El Registro de Problemas: registra los inconvenientes relativos al proyecto con el objeto de facilitar su seguimiento y resolución.
- Registro de Riesgos: registra el resultado del examen del ambiente externo que influye en la implementación del proyecto y los planes de gestión de riesgos asociados.

El PNUD envía el informe de Progreso Semestral del Proyecto al Fondo Mundial. Este informe constituye la base para la toma de decisiones relativas al desembolso de los recursos para el siguiente periodo.

b) Informe Anual.

El informe anual de proyecto (IAP) sirve de base para analizar el desempeño del proyecto y considerar su contribución a los resultados deseados mediante la producción de productos y alianzas.

El Informe preliminar es preparado por la ONP y la ONEI sobre la base de los informes trimestrales presentados por los SB, incorporando las lecciones aprendidas y los hitos del proyecto. Este informe es presentado al PNUD, quién lo revisa y complementa, y envía a la Secretaría del Fondo Mundial.

c) Informe de resultados de las encuestas de Evaluación del Proyecto.

Las Encuestas se aplican con periodicidad bianual sobre muestras probabilísticas de alcance nacional

- Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por VIH/sida, dirigida a la población de 12 a 49 años
- Encuesta a PVS, HSH y Población Trans

Las Encuestas se diseñan y aplican con periodicidad bianual con el propósito de ofrecer información al Proyecto sobre los resultados alcanzados para los indicadores de Resultado Inscritos en el Marco de Desempeño, pero también para obtener y facilitar información adicional sobre el alcance y exposición de las personas a las acciones desarrolladas por el proyecto así como sobre comportamientos, conocimientos, actitudes, estigma y discriminación que tiene la población. Todo lo cual sirve de insumo para revisar el desempeño y la programación de las tareas.

Los resultados de estos estudios son publicados en copia dura y digital. También se realizan informes ejecutivos con los resultados más relevantes, los cuales se distribuyen y son discutidos entre los miembros del MCP en sus reuniones ordinarias. El objetivo de dicho análisis es vincular los resultados arrojados por las encuestas con los resultados alcanzados por cada SB, a fin de validar o en su caso, mejorar, las estrategias de intervención incorporando las lecciones aprendidas en el proceso de toma de decisiones.

d) Informe final para el cierre del Proyecto.

El informe final del proyecto tiene por objetivo recoger las lecciones aprendidas del proyecto a fin de garantizar el aprendizaje dentro de la organización. El informe es discutido con el MINCEX a fin de valorar el total de las inversiones del proyecto, los resultados alcanzados, el avance en los impactos esperados.

El informe es preparado por la ONP y contiene:

- Un análisis de la calidad de los productos alcanzados
- Un análisis del rendimiento general del proyecto a partir de sus resultados
- Actividades pendientes
- Destino y conciliación de presupuesto pendiente de ejecución, si lo hay
- Fecha efectiva del cierre del proyecto
- Traspaso de responsabilidades a las contrapartes nacionales, o acciones para la sostenibilidad
- Traspaso de activos

IV. CONTEXTO LEGAL

Este documento conjuntamente con el CPD firmado por el Gobierno y el PNUD el cual se incorpora como referencia, constituyen el Documento de Proyecto a que hace referencia el Acuerdo Básico y todas las cláusulas del CPD aplican a este documento.

El presente documento de proyecto se refiere al Artículo 1 del Acuerdo Básico Modelo de Asistencia entre el Gobierno de Cuba y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, firmado por las partes el 17 de mayo de 1975. Para los fines del Acuerdo Básico Modelo de Asistencia, por Organismo de Ejecución del Gobierno se entenderá al organismo de ejecución del país huésped que suscribe dicho Acuerdo. Los Objetivos y Resultados previstos en el proyecto están en correspondencia con el Programa País.

Consistente con el Artículo III del Acuerdo Básico, la responsabilidad por la seguridad del Asociado en la implementación y su personal y propiedad, y de la propiedad del PNUD están bajo la custodia del Asociado en la implementación.

El Asociado en la implementación deberá:

- a) Implementar un plan de seguridad apropiado y actualizar el plan de seguridad, tomando en cuenta la situación del país donde el proyecto se ejecute.
- b) Asumir todos los riesgos y obligaciones relacionadas a la seguridad del Asociado en la implementación, y de la implementación total del plan de seguridad.

El PNUD se reserva el derecho de verificar si tal plan está siendo implementado, y sugerir modificaciones al plan cuando sea necesario. El no cumplimiento en el mantenimiento e implementación de un plan de seguridad apropiado como aquí se requiere será considerado una violación a este acuerdo.

La Resolución vigente del Gobierno Cubano establece que las Normas para la Colaboración Económica que Cuba recibe son de obligatorio cumplimiento para todos los actores y serán aplicables a la prestación de los servicios de apoyo antes descrito, incluidas sus disposiciones relativas a la responsabilidad y a prerrogativas e inmunidades. La responsabilidad general por el proyecto de ejecución por el gobierno de Cuba, seguirá recayendo sobre éste, por conducto del MINCEX. La responsabilidad de la oficina del PNUD en el país por los servicios de apoyo que se describen en este proyecto, se limitará a la prestación de dichos servicios de apoyo.

Las Revisiones del Documento de proyecto que se indican a continuación, pueden ser efectuadas a la firma del Representante Residente del PNUD y el Gobierno de Cuba

- a) Revisiones de cualquiera de los anexos del documento de proyecto o adiciones a ellos.
- b) Revisiones que no impliquen cambios significativos en los objetivos inmediatos, los productos o las actividades del Proyecto, pero que se deriven de una redistribución de los insumos ya acordados.
- c) Revisiones anuales obligatorias, mediante las cuales se redistribuya la entrega de los insumos acordados del Proyecto, se aumenten los gastos de los insumos o de otro tipo debido a la variación en las tasas de cambio, entre otras, o se tenga en cuenta el margen de flexibilidad de la entidad ejecutora en materia de gastos.
- d) Revisiones sustantivas, que impliquen cambios en los objetivos, productos o actividades previstas en el proyecto, previa consulta con el Fondo Mundial y una vez recibida su autorización.

ANEXO I: MARCO DE DESEMPEÑO.

Fichero adjunto en Excel

ANEXO II: ANALISIS DE RIESGOS

Riesgos programáticos y de rendimiento.

Durante la primera fase del proceso de Dialogo Nacional, se identificaron debilidades a partir de las cuales pueden identificarse riesgos. Los equipos encargados de analizar la situación del programa y del proyecto identificaron 16 debilidades (ver PEN aprobado), en su mayoría relativas al área programática del proyecto.

Debilidad	Nivel de riesgo	Riesgo	Mitigación
Debilidades en el abordaje integral de las ITS, deficiencias en el manejo sindrómico de casos, en la aplicación de protocolos de tratamiento correctos así como en la vigilancia de la etiología de síndromes de ITS.	bajo	Falta de conocimiento de los protocolos de tratamiento por parte de los equipos médicos.	Se ha incluido en el Plan Estratégico Nacional los protocolos de tratamiento de las ITS. Se conciben capacitaciones al respecto dentro del personal de salud.
Persisten manifestaciones de estigma y discriminación hacia las PVV, fundamentalmente hacia los HSH y personas Trans en servicios de salud.	medio	El estigma y la discriminación aumenta el riesgo de limitar el acceso a servicios de salud por parte de la población clave.	Formación dentro del personal de salud para la adecuada atención de la población clave. Implementación de la Estrategia de género con componente educativo.
Son insuficientes los estudios de vigilancia de la resistencia a los ARV.	bajo	La falta de estudios sobre la resistencia a los ARV aumenta el riesgo de tratamientos inefectivos y aumento de la morbilidad y mortalidad de los PVV en TAR.	Se procura disminuir la brecha identificada en el tema de estudios de resistencia, adquiriendo los productos necesarios para ello.
Las poblaciones clave no han logrado su completa inserción al equipo de salud lo que limita su participación en la planificación e implementación de actividades educativas y en el análisis de la situación de salud a nivel local como elemento básico en el mejoramiento del estado de salud de esta comunidad.	bajo	La falta de intercambio entre grupos clave y los equipos de salud hace que el trabajo de estos grupos no llegue hasta el nivel comunitario, y esto puede aumentar el riesgo de concentrar recursos en actividades no esenciales y no enfocadas a la problemática de estas.	Descentralización de la atención a nivel comunitario y su incorporación para el intercambio con las autoridades de salud.

Relevancia programática limitada.

El mayor riesgo de tener una relevancia programática limitada es el de dilución del impacto de las actividades del proyecto.

Debilidades	Nivel de riesgo	Riesgo	Mitigación
Consolidar la integración de los equipos de salud y los grupos de la sociedad civil compartiendo el	bajo	La falta de intercambio entre grupos clave y los equipos de salud hace que el trabajo	Integrar el trabajo de los equipos de salud con aquellas actividades

liderazgo en el abordaje educativo a las poblaciones clave.		de estos grupos no llegue hasta el nivel comunitario, y esto puede aumentar el riesgo de concentrar recursos en actividades no esenciales y no enfocadas a la problemática de estas.	implementadas por las poblaciones clave para lograr mayor impacto.
El diagnóstico confirmatorio es centralizado y relativamente demorado.	medio	El tiempo que transcurre entre la indicación de la prueba de VIH y la confirmación del diagnóstico puede retrasar la inserción de las personas positivas a la atención, tratamiento y seguimiento del proceso, aumentando el riesgo de exclusión de estos grupos clave.	Se descentraliza el diagnóstico y se fortalece la confirmación a fin de acortar los tiempos y lograr la inclusión oportuna de los nuevos casos diagnosticados.
Pobre calidad técnica de folletos y otros artículos promocionales	Bajo /medio	Riesgo de que los mensajes educativos o de formación no logren el resultado esperado	Se crea una dirección destinada a revisar y validar los medios de comunicación para alcanzar el impacto esperado
Pobre calidad técnica de los talleres y reuniones: En no pocas ocasiones carece de profesores o personal adecuadamente preparados para transmitir conocimientos claves para lograr cambios	medio	Preparación deficiente de promotores, promotores pares y otros actores que inciden directamente en los cambios de comportamiento en poblaciones clave	Elevar el nivel de preparación de las actividades de formación buscando mayor calificación del personal que imparte la capacitación.
Las acciones intersectoriales a nivel de los consejos populares más afectados resultan aún débiles y la conducción del Equipo Básico de Salud debe incrementarse.	bajo	Falta de coordinación a nivel de los equipos de base, lo que puede debilitar el impacto de las acciones.	Establecer el adecuado flujo vertical desde el nivel de base al central y viceversa.

Calidad de M&E inadecuada

A lo largo de su historia el proyecto ha reforzado y utilizado la estructura del sistema nacional de monitoreo y evaluación del país, evitando la creación de sistemas de evaluación paralelos.

Posible debilidad	Nivel del riesgo	Riesgo	Mitigación
Retrasos, envío de reportes incompletos, o reportes de baja calidad (Reportes semestrales de desarrollo del proyecto PUDR).	bajo	Falta de información en el portafolio del Fondo Mundial que le permita tomar acciones correctivas.	Los PUDR, EFR y otros reportes han sido enviados a tiempo a lo largo de la historia del proyecto
Alta complejidad en la implementación de los proyectos debido al número de sub-beneficiarios, acceso a los sitios de implementación de actividades	medio	EL proyecto ha tenido un elevado número de Sub Beneficiarios. Este gran número de SB podría sobrecargar el trabajo del RP	Ajustar el número de SB a aquellos a cargo de las poblaciones clave y atención, seguimiento y tratamiento de la epidemia,

del proyecto, actividades sobre dimensionadas		y diluir el impacto del proyecto.	estableciendo, en todos los casos posibles, alianzas técnicas con otros socios como OMS/OPS.
Falta de recursos humanos, conocimientos, experiencia en los requerimientos de reportaje del FM	bajo	Falta de calidad en la información enviada al FM que impida acciones correctivas en la implementación del proyecto.	El MINSAP y el RP tienen los recursos humanos suficientes con larga experiencia en la implementación de los proyectos del FM.
Falta de sistemas de información	bajo	Información no verificable y carente de confiabilidad de los datos.	El MINSAP, la ONEI y el RP tienen los sistemas de información adecuados.
Antecedentes de falta de cumplimiento con los términos y condiciones de los Acuerdos del FM.	bajo	Demora en los desembolsos que inciden en la implementación del proyecto.	El RP no tiene historia de incumplimientos en los Términos y Acuerdos con el FM.
Colecta de datos inadecuada y la calidad de la información es baja, lo cual tiende a afectar otros riesgos como tratamiento e inclusive fraude financiero.	bajo	Falta de datos confiables que permitan medir el impacto de la subvención.	Tanto la ONEI como el RP han trabajado en el proyecto desde hace más de cinco años, lo que ha permitido desarrollar conocimientos y experiencia. Los equipos de la ONEI, el RP y el MINSAP, cuentan con el personal suficiente.
Debilidad en los mecanismos de planeación y utilización de la información, incluyendo políticas y guías de M&E, y distribución de roles para asegurar la calidad de la información a cada nivel.	bajo	Carencia de mecanismos de recolección de datos, uso de los mismos y entidades responsables de su manejo que no permiten medir el avance del proyecto.	El documento de Proyecto firmado al inicio de la subvención, crea la Unidad de coordinación encargada de la gestión de las actividades de M&E del proyecto y garantizar la adecuada relación de los diferentes actores involucrados en el M&E del proyecto.

Riesgo de no alcanzar los objetivos de impacto y producto

Posible debilidad	Nivel de riesgo	Riesgo	Mitigación
Limitado trabajo de proximidad con las personas que practican sexo transaccional (PPST) en el cual las acciones intersectoriales aún no han logrado la integración necesaria para dar respuesta a la estrategia dirigida a la prevención de las ITS y el VIH en mujeres y hombres que practican sexo transaccional a nivel de los municipios priorizados.	alto	Bajo contacto con la población que practica sexo transaccional, lo que limita las posibilidades de cambio de comportamiento. Este limitado trabajo puede tener influencia directa sobre el indicador de impacto ligado a intervenciones de PPST.	Inclusión del trabajo con PPST desde la perspectiva de pares en jóvenes, HSH y Trans para alcanzar reducción de daños en esta población no constituida en un grupo de trabajo.
Baja capacidad de distribución de materiales y productos de salud	medio	Impacto negativo directo sobre intervención ligadas a	Mejoramiento del flujo de distribución incorporando los

		actividades de prevención y paquetes de servicio.	materiales y productos del proyecto a la red de distribución del sistema nacional.
--	--	---	--

Riesgos fiduciarios y financieros

El proyecto ha establecido una serie de controles para prevenir desperdicios financieros que previenen y mitigan los riesgos en esta área.

Posible debilidades	Nivel de riesgo	Riesgo	Mitigación
Demoras en los mecanismos de pago del proyecto.	Bajo	Perdida de credibilidad y falta de confianza con proveedores que limitan la capacidad de los procesos de adquisiciones.	El proyecto ha establecido mecanismos de pago rápidos que permiten la ejecución de las actividades de acuerdo a los planes de acción.
Falta de mecanismos de control de los proyectos que podrían facilitar Fraude o corrupción.	Bajo	Desvío de recursos de financiamiento que afectan los resultados esperados de la subvención y provocan la pérdida de confianza en el RP, el gobierno y el donante.	El proyecto, según su estructura, tiene mecanismos de contra-peso y control mutuo. Aparte de esto, el RP realiza auditorías anuales que son compartidas con el FM. A lo largo de los 11 años de implementación los proyectos del FM no se han encontrado debilidades en los mecanismos de control del proyecto.
Baja capacidad de absorción financiera	Bajo	Evidencia de mala planificación o deficiencia en la implementación de las actividades programadas	No se ha producido bajo uso de los recursos financieros en las subvenciones, logrando la adecuada ejecución de las actividades previstas.
Pobre eficiencia financiera	Bajo	Pobre control de los recursos propiciando desvíos y uso inadecuado.	El proyecto ha establecido una política de cero avances en cash, basada en criterios internacionales IPSAS. EL RP utiliza el sistema de planificación de recursos empresariales (ERP, por sus siglas en inglés, enterprise resource planning) ATLAS de seguimiento y control financiero global, lo que facilita el mecanismo de división de funciones. No existen antecedentes de desvíos financieros en la historia del proyecto.
Mercado y pérdidas macro económicas	Bajo	Uso de los recursos para cubrir pérdidas limitando la implementación de las actividades planificadas.	El RP ha establecido los mecanismos que permiten minimizar las posibles pérdidas financieras. A lo

			largo de la historia del proyecto no se han presentado pérdidas macroeconómicas.
Pobre reportaje financiero	bajo	Falta de conocimiento del avance de la subvención y de las causas de atraso que permita tomar medidas correctivas.	El uso de ATLAS mitiga la posibilidad de ineficiencia financiera, al permitir un seguimiento y rastreo de pagos y costos asociados al proyecto. Estos son regularmente supervisados por las auditorías del FM. Los reportes financieros, incluyendo los EFR se han presentado a tiempo y con la calidad necesaria.

Riesgos de cadena de adquisiciones, distribución y almacenamiento (PSM)

Debilidades	Nivel de riesgo	Riesgos	Mitigación
Fluctuaciones en las coberturas de condones, ocasionando desabastecimientos e incumplimientos en los indicadores de ventas concebidos y dificultades en el control de la calidad para cada uno de los puntos de la cadena de distribución.	alto	Pueden existir retrasos en la cadena PSM de distribución de condones y materiales didácticos. Existen antecedentes de deficiencias en la distribución de estos insumos necesarios para el buen funcionamiento del proyecto.	Mejoramiento del flujo de distribución incorporando los materiales y productos del proyecto a la red de distribución del sistema nacional.
Alrededor del 23% de las personas que tienen tratamiento consumen alguno de los ARV no recomendados hoy por la OMS y los planes de adquisición aprobados por el Fondo Mundial no son suficientes para retirarlos completamente.	medio	Pueden existir retrasos en la cadena de adquisiciones, suministros y almacenamiento (PSM), incluyendo la compra de medicamentos. Existen antecedentes de ruptura de stock de ARVs comprados por el proyecto. La existencia del Bloqueo económico al país establecido por los Estados Unidos hace que la compra de medicamentos, equipos y reactivos se haga difícil.	Buscar nuevas alternativas que garanticen disponibilidad, calidad, oportunidad y estabilidad en los suministros y mejores precios para maximizar adquisiciones de ARVs explorando las posibilidades que ofrecen los Fondos Estratégicos o el Fondo Reembolsable. Incremento de las coberturas "colchon" a 6 meses adicionales de existencia.
Alrededor del 72% de las PVV requerirán TAR. No se cuenta con todos los medicamentos y reactivos necesarios para el tratamiento y seguimiento necesarios a partir de la nueva guía de la OMS de tratar a las PVV por debajo de 500 CD4/mm ³ . El impacto económico de esta actualización reducirá la proporción de personas con acceso a ARV y pruebas de	medio	La ausencia de <i>buffer</i> adecuado significa un riesgo permanente para la implementación del proyecto. Existen antecedentes de ruptura de stock de ARVs comprados por el proyecto. La existencia del Bloqueo económico contra el país establecido por los Estados Unidos hace que la compra	Incremento del volumen de compra de ARV de acuerdo a la nueva estrategia TAR (esquema 2.0) incrementando el <i>buffer</i> de 3 a 6 meses de cobertura.

seguimiento.		de medicamentos, equipos y reactivos se haga difícil.	
Falta de procedimientos adecuados para el almacenamiento y la distribución de los productos de salud, incluyendo elevadas temperaturas. Falta de monitoreo en la calidad de los productos, o débil seguimiento de los controles de calidad.	bajo	Perdida de productos de salud por mal manejo lo que pudiera impactar negativamente en los resultados del proyecto.	Los procedimientos de almacenamiento de los productos de salud han sido evaluados repetidamente por el ALF. Existe un sistema de monitoreo adecuado de la calidad de los productos, explicado en el Plan de Aseguramiento de la Calidad.
Baja capacidad técnica, bajos niveles de testeo de calidad, o baja capacidad en las autoridades regulatorias de la calidad de los medicamentos	bajo	Mal uso de los recursos de la subvención destinados a la compra de medicamentos	Los medicamentos son comprados siguiendo los procedimientos del FM y el PNUD y bajo los criterios de calidad de la OMS. Los medicamentos son regulados por las autoridades regulatorias del país siguiendo los criterios de regulación del país.
Falta de planeación o asignación presupuestal para actividades de monitoreo de la calidad de los productos incluida en la propuesta del país, incluyendo inadecuado control de calidad de productos farmacéuticos a lo largo de la cadena de suministros.	bajo	Desarrollo de resistencia a medicamentos por compra de ARV de baja calidad o mal manejo de los mismos a lo largo de la cadena de suministros.	El Plan de Aseguramiento de la Calidad ha sido aprobado por el FM y se encuentra con soporte presupuestal adecuado.
Antecedentes de una cantidad significativa de productos de salud expirados, contaminados, o falsificados encontrados a lo largo de la cadena de suministros.	bajo	Deterioro de la adherencia y desarrollo de resistencia a tratamientos por suspensión reiterada de terapias por falta de medicamentos adecuados.	No existen antecedentes en la historia del proyecto, ni por parte del RP, ni del ALF de productos expirados, contaminados o falsificados comprados con fondos del proyecto.
Antecedentes de falta de cumplimiento con los criterios del FM en lo referente a políticas de aseguramiento de la calidad en los productos comprados por los proyectos, incluyendo la compra de productos de salud no conformes con los criterios de calidad establecidos por el FM, uso de laboratorios que no cumplan con los criterios de calidad del Fondo, o introducción de productos de baja calidad a lo largo de la cadena de suministros.	bajo	Falta de existencia de productos de calidad que garanticen una adecuada terapia a los PVV.	No existen antecedentes de falta de cumplimiento con los criterios de calidad del FM en lo referente a políticas de aseguramiento de calidad de los medicamentos.

Riesgo de gobernabilidad

Debilidades	Nivel de riesgo	Riesgo	Mitigación
Falta de supervisión por parte del MCP	Bajo	Desconocimiento por parte de las poblaciones clave y otros miembros del MCP del avance financiero y programático del proyecto, impidiendo acciones correctivas cuando corresponda.	El MCP funciona correctamente según los criterios establecidos por el FM. No existen antecedentes de incumplimientos por parte del MCP en Cuba.
Falta de supervisión por parte del Receptor Principal.	Bajo	Mal manejo de la subvención y estado anárquico en la implementación de las tareas.	El RP funciona correctamente según los criterios establecidos por el FM. No existen antecedentes de incumplimientos por parte del RP en Cuba.
Reportaje inadecuado e incumplimiento de compromisos con el FM	bajo	Desconocimiento en la gerencia de portafolio del FM del estado real de la implementación, provocando interpretaciones erróneas de la realidad del país.	El MCP y el RP han enviado al FM toda la documentación necesaria para cumplir con todos los criterios establecidos por el FM. No existen antecedentes de incumplimientos por parte del MCP o del RP.

ANEXO III: DOCUMENTO DE PROYECTO FIRMADO CON EL FONDO MUNDIAL DE LUCHA CONTRA EL SIDA, LA TUBERCULOSIS Y LA MALARIA.

Documento adjunto en formato .pdf