



**INFORME NACIONAL DE PROGRESO
EN LA LUCHA CONTRA EL SIDA**

**Seguimiento a la Declaración Política
Sobre el VIH 2013**



**Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA
Ministerio de Salud
El Salvador, Centroamérica**

San Salvador, Marzo 2014

Índice

1. Situación Actual de la Epidemia	3
1.1 Evolución de la epidemia	4
1.2 Casos nuevos de VIH de acuerdo con su fase de detección.	5
1.3 Casos nuevos de VIH de acuerdo con su sexo	6
1.4 Casos nuevos de VIH de acuerdo con grupos específicos de edad	7
1.5 Casos nuevos de VIH/SIDA de acuerdo con el estado conyugal.....	8
1.6 Casos nuevos de VIH/SIDA de acuerdo con el nivel educativo.....	9
1.7 Casos nuevos de VIH/SIDA según departamento de procedencia.	10
1.8 Día Nacional de la toma de la Prueba de VIH.	11
1.9 Epidemia en Poblaciones de Mayor Riesgo al VIH	12
1.9.1 Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)	12
1.9.2 Población Trans.....	13
1.9.3 Trabajadoras del sexo.....	13
2. Avances.....	14
2.1 Prevención.....	14
2.2 Atención Integral del VIH-Sida, Co infección VIH/Tb e ITS	15
2.3 Derechos Humanos:.....	15
2.4 Monitoreo y Evaluación:.....	15
2.5 Gestiones	16
2.6 Liderazgo Internacional.....	16
3. Inversión en VIH.	17
4. Índice Compuesto de Políticas Nacionales.	18
5. Indicadores Reportados.....	19

1.Situación Actual de la Epidemia

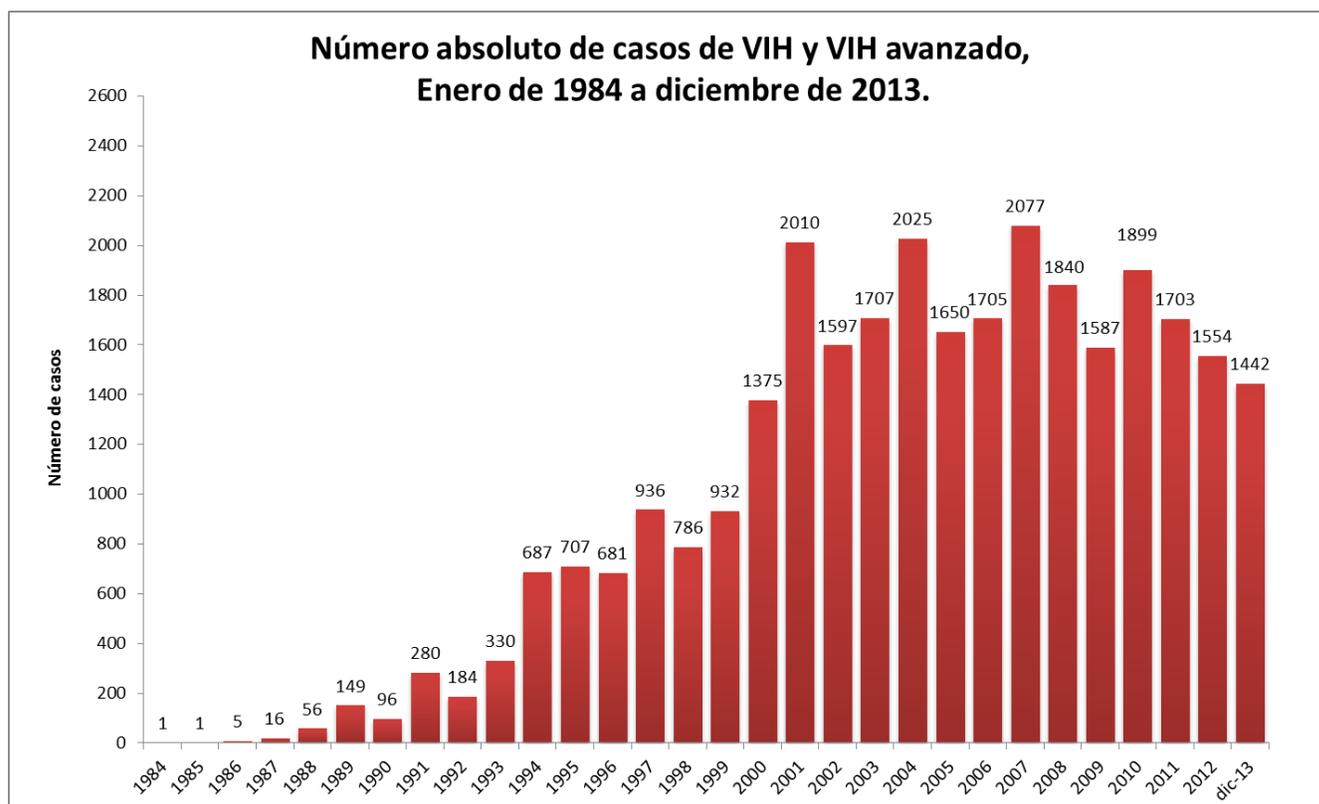
El Ministerio de Salud a través del Programa Nacional del VIH en cumplimiento al desarrollo del Plan Estratégico Nacional Multisectorial de la Respuesta al VIH-Sida e ITS 2011-2015 (PENM) es responsable de la Atención Prevención y control de las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH-Sida. Sus estrategias de acción están basadas en la prevención primaria, centrando esfuerzos en las poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad; en la disminución de la transmisión materno infantil del VIH, Sífilis y otras ITS; en el incremento del diagnóstico precoz del VIH, facilitando el acceso a los servicios de prevención y atención del VIH; en el aumento de la cobertura de los servicios, asegurando la atención integral del VIH, coinfección VIH/TB e ITS; así mismo en mantener la respuesta multisectorial apegados al respeto y cumplimiento de los derechos humanos, monitoreando y evaluando las intervenciones destinadas a reducir la transmisión de la infección, los resultados e impacto de las actividades estratégicas del PENM, para la toma de decisiones políticas y técnicas, así como trabajar en la gestión para la sostenibilidad de la Respuesta al VIH-Sida e ITS.

Dado que la epidemia de VIH en El Salvador es una epidemia concentrada en poblaciones clave: Hombres que tienen sexo con hombres (HSH), mujeres transgénero y trabajadoras sexuales, se están realizando esfuerzos a nivel nacional con el concurso de todos los sectores y socios que trabajamos en la Respuesta Nacional en donde se han incluido estrategias específicas para atender esta población y contener así la transmisión del VIH.

En el presente informe responde a los compromisos políticos adquiridos por el país, que son de consenso global para la atención de la epidemia, y muestra cual es el estado actual de la misma:

1.1 Evolución de la epidemia.

Gráfico 1



Fuente: Construcción a partir de bases de datos de la Dirección de Vigilancia Sanitaria y Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica de personas con VIH (SUMEVE).

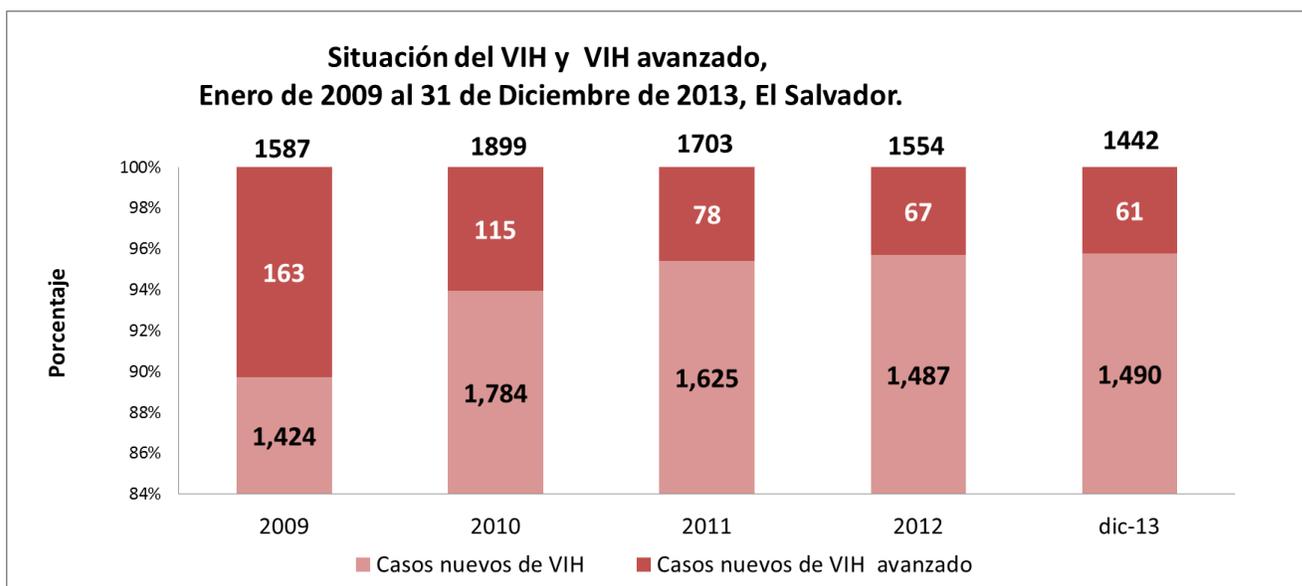
A casi 30 años la notificación del primer caso de VIH en El Salvador (1984), los establecimientos de Ministerio de Salud han detectado 30,699 casos de VIH, de los cuales 29.3 % (8,992) estaban en fase de VIH avanzado o Sida, comportamiento que gradualmente ha ido en reducción, pues datos del último quinquenio sugieren que cada vez la proporción de estos casos es menor. Del total de casos detectados más del 62.4 % (19,182) se concentran en hombres, tendencia que parece mantenerse a lo largo de los últimos años aun cuando se realizan importantes esfuerzos programáticos por ofertar la prueba durante el día nacional de la prueba de VIH, al momento del control prenatal, parto y puerperio a las mujeres en edad fértil. En términos absolutos, la tendencia de notificación de casos nuevos de VIH/Sida aumentó de manera progresiva en los primeros 17 años hasta el 2001, posteriormente el comportamiento presenta una estabilización con puntos máximos que alcanzan los 2,100 casos anuales y los mínimos en 1,440, no obstante existe el

importante reto por mejorar la subnotificación de casos que no alcanzan a registrarse por los servicios de salud.

La tendencia de los establecimientos del MINSAL de registrar 6 casos nuevos por día que se observaba en 2007, ha ido revirtiendo lentamente hasta los 4 casos diarios en diciembre de 2013. (Ver gráfico y tabla 1).

1.2 Casos nuevos de VIH de acuerdo con su fase de detección.

Gráfico 2.



Fuente: Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica de personas con VIH/SIDA (SUMEVE)

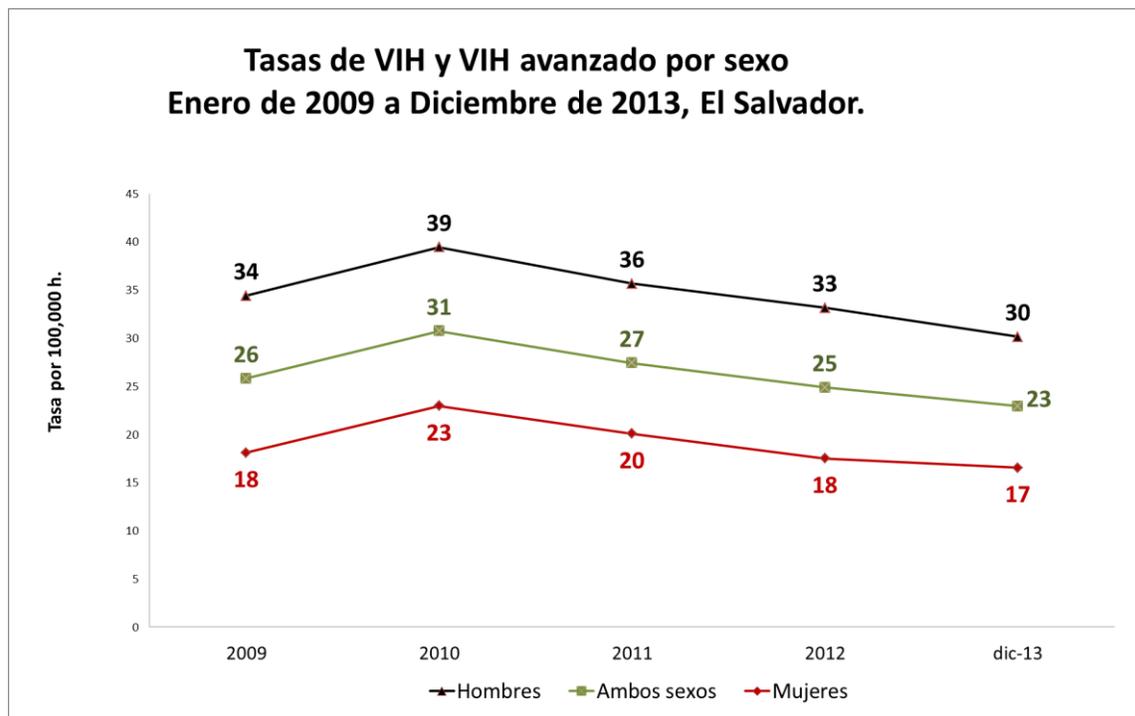
En los últimos 5 años el número de casos nuevos osciló entre los 1,800 y los 1,400, de las cuales el número de casos de personas con VIH avanzado disminuye con respecto al total, producto del aumento en la oferta de la prueba de VIH, del número de establecimientos que en el marco de la Reforma Integral de Salud impulsa el MINSAL, los cuales dirigen sus esfuerzos de promoción y educación para la salud a impulsar como estrategia fundamental la atención primaria de la salud, a campañas educativas por medios de comunicación masiva y al trabajo sensibilizado de sus recursos humanos, factores que permiten un diagnóstico y detección cada vez más precoz de la condición, con una consecuente mejora en la calidad y tiempo de vida (ver gráfico 2).

1.3 Casos nuevos de VIH de acuerdo con su sexo

En El Salvador, el número de casos anuales detectados en hombres y mujeres en proporción con el número de habitantes por sexo para cada año (tasa global por 100,000 h), revela que las tasas de los hombres son cercanas al doble que en las mujeres, durante el período de enero de 2008 a diciembre de 2013. En términos absolutos la tasa promedio ha disminuido cerca de 3 personas por cada 100,000 desde 2008 hasta diciembre de 2013. La tasa en hombres ha disminuido en 9 personas por cada 100,000 y en las mujeres en 6 personas por cada 100,000. (Ver gráfico 3).

Para el año 2013 la relación de casos nuevos entre hombre- mujer es de 1.6 hombres por cada mujer (índice de masculinidad), los valores han oscilado entre 1.5 y 1.7 hombres por cada mujer desde el 2008.

Gráfico 3.



Fuente: Construcción a partir de información del Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica de personas con VIH (SUMEVE). Proyecciones y estimaciones poblacionales de Dirección General de Estadísticas y Censos (DIGESTYC)

1.4 Casos nuevos de VIH de acuerdo con grupos específicos de edad

Gráfico 4.

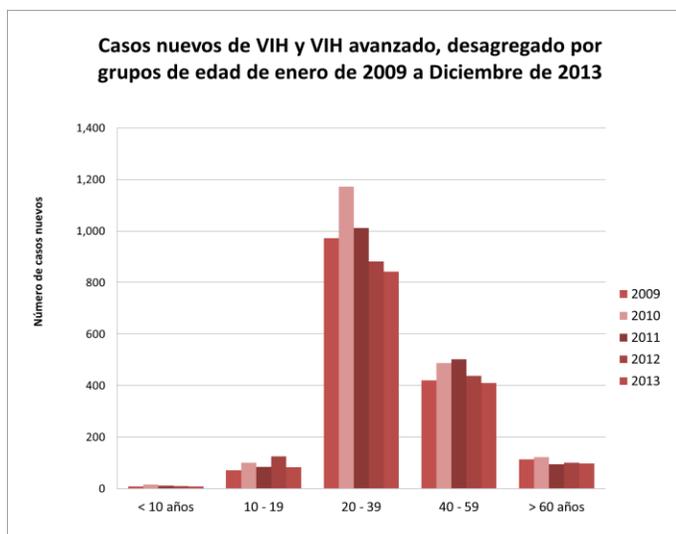
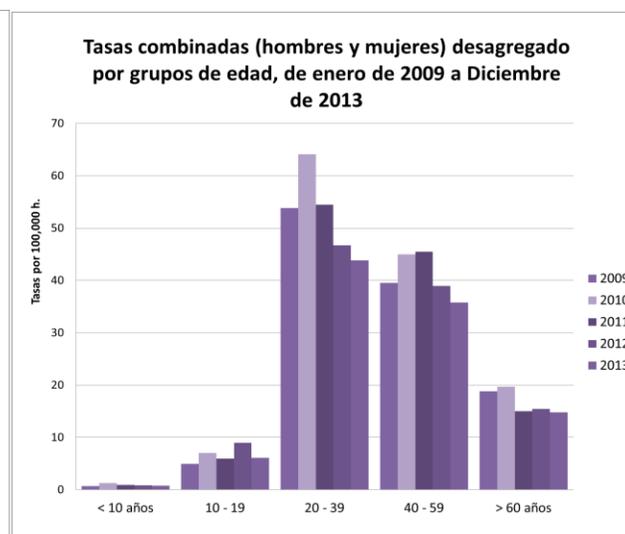


Gráfico 5.



Fuente: Construcción a partir de información del Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica de personas con VIH (SUMEVE). Proyecciones y estimaciones poblacionales de Dirección General de Estadísticas y Censos (DIGESTYC).

Al analizar la distribución de casos nuevos de acuerdo con grupos específicos de edad de los casos registrados por el MINSAL, no sucede así con los casos del ISSS, pues ellos no atienden población pediátrica (gráfico 4) es evidente que la mayor cantidad de ellos se concentra en los adultos de 20 a 39 años, seguido por el grupo de los adultos de 40 a 59, los cuales proporcionalmente son casi una tercera parte con respecto a los primeros, el resto de grupos de edades presentan un menor número de casos siendo los que sobrepasan los 60 años de los más afectados; sin embargo, el análisis de cifras absolutas es incompleto si no se conoce la proporción que representan estos casos respecto de grupo de habitantes en las franjas específicas de edad para los años observados (tasas globales combinadas), tomando en cuenta estas consideraciones (gráfico 5) podemos afirmar que el grupo de edad de 20 a 39 años sigue siendo en el que presenta las mayores tasas globales, no obstante el grupo de los 40 a 59 años representa una proporción bastante mayor que antes, reduce considerablemente la brecha con respecto a los primeros, así mismo en los mayores de 60 años esta proporción se vuelve muy relevante, lo cual demanda esfuerzos extraordinarios por los establecimientos de salud en tratamientos, actividades específicas de educación para la salud y atención sanitaria para estos grupos mayormente afectados. En los menores de 1 año y de 10 a 19

años sus proporciones se comportan de forma similar al número absoluto de casos nuevos (ver gráfico 4 y 5,).

1.5 Casos nuevos de VIH/SIDA de acuerdo con el estado conyugal.

Gráfico 6.

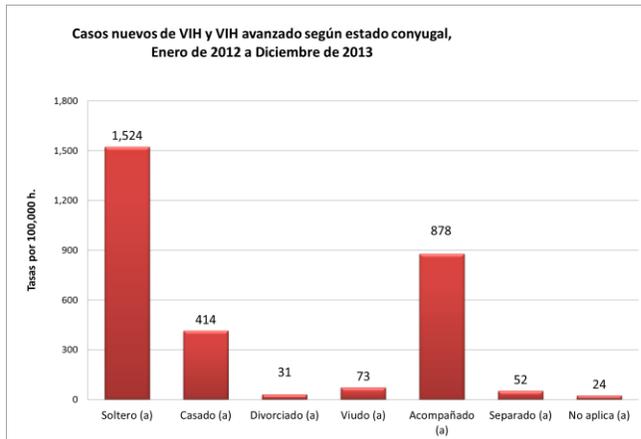
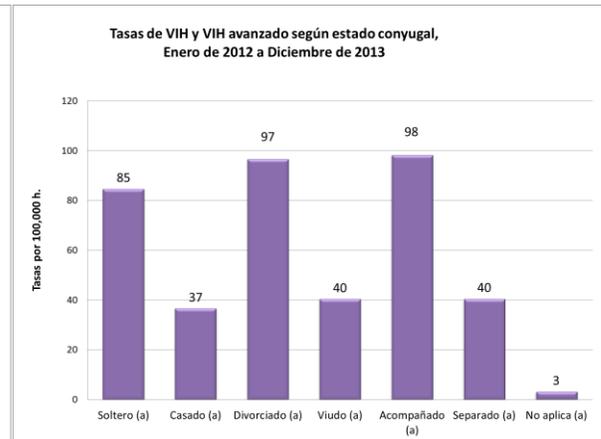


Gráfico 7.



Fuente: Construcción a partir de información del Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica de personas con VIH (SUMEVE). VI Censo Nacional de Población y V de Vivienda de 2007. DIGESTYC-

De acuerdo al estado civil las tasas combinadas de nuevos casos de VIH-sida en mujeres y hombres reflejan que las personas con estado civil acompañado, divorciado y soltero son las que presentan las mayores tasas por cada 100,000 para el período de enero de 2012 al de diciembre de 2013.

Es importante destacar que la población de viudos, separados proporcionalmente presenta igual tasa que los casados, por lo que datos sugieren que el estado civil y familiar no limita la actividad sexual en las personas, consecuentemente tampoco los riesgos para adquirir el VIH (ver gráfico 6 y tabla 8).

1.6 Casos nuevos de VIH/SIDA de acuerdo con el nivel educativo.

Gráfico 8

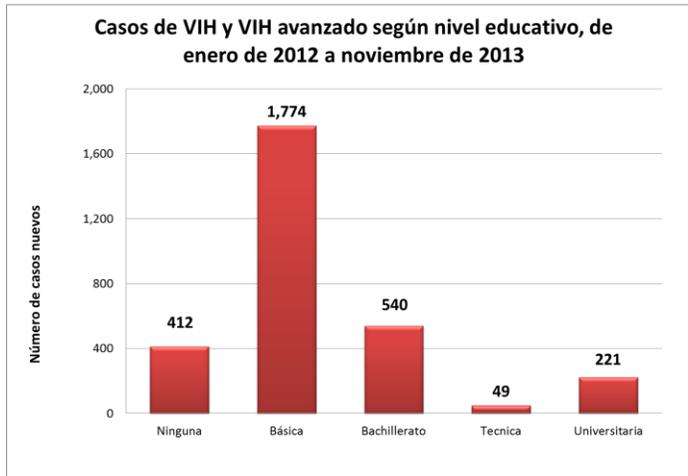
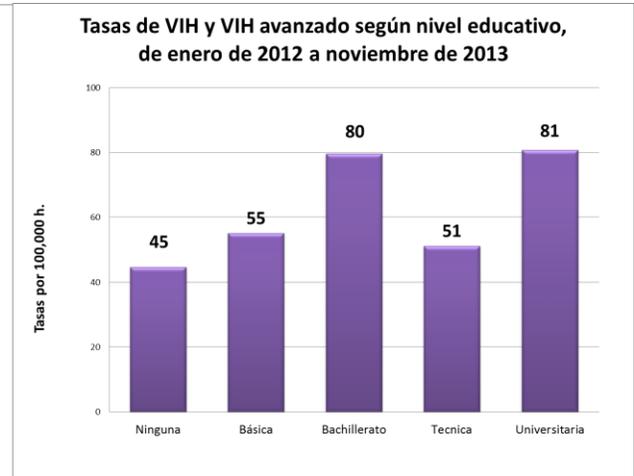


Gráfico 9



Fuente: Construcción a partir de información del Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica de personas con VIH (SUMEVE). Proyecciones y estimaciones poblacionales de Dirección General de Estadísticas y Censos (DIGESTYC). Clasificación Internacional Normalizada de Educación (CINE) Rev. dic/2011 UNESCO.

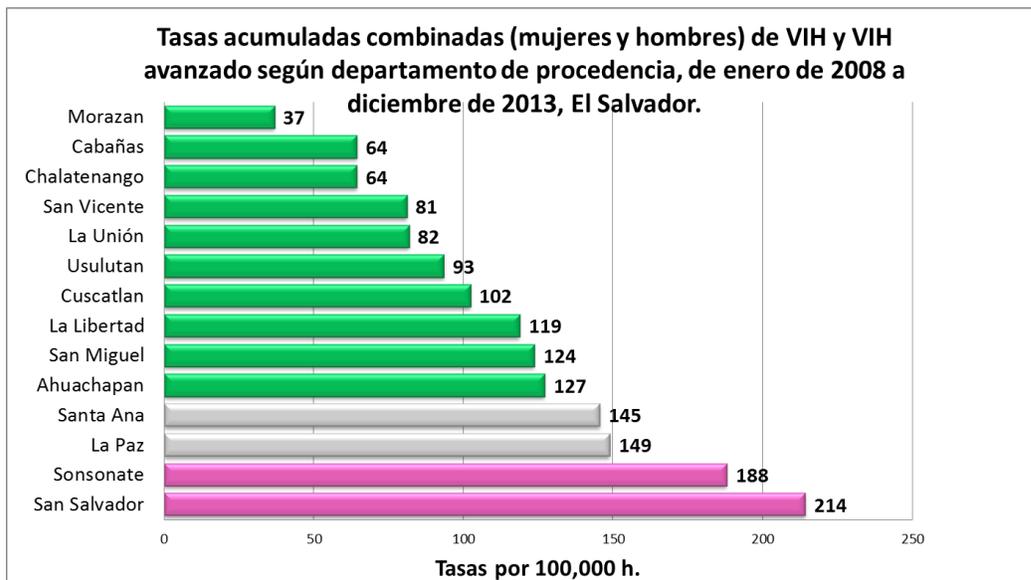
A lo largo de los últimos 2 años se ha evidenciado que el número de casos de VIH y VIH avanzado de acuerdo al nivel educativo ha sido a predominio de las personas que han estudiado nivel básico (plan básico a 9º grado finalizado), seguida de las personas que han estudiado bachillerato y de las que tienen ningún grado de estudios. (Ver gráfico 7).

Sin embargo cuando se analizan las tasas se observa que el grupo en mayor riesgo son que tienen el nivel de bachillerato, cuya diferencia con los y las que tienen nivel básico es de 25 personas por 100,000 h. Es sobresaliente que la tasa de la población de universitarios es la más alta. Finalmente el grupo de las personas técnicas muestra una tasa relevante e importante a pesar de que su número absoluto era poco significativo (ver gráfico 8).

1.7 Casos nuevos de VIH/SIDA según departamento de procedencia.

En cuanto a la evolución de la epidemia y comparando la prevalencia del VIH según la procedencia de los casos en los años 2008 y 2013, los departamentos de San Salvador y Sonsonate presentan siempre tasas mayores que el promedio nacional y presentan además un riesgo relativo mayor de apareamiento de nuevos casos con respectivamente. (Ver gráfico 9.) La comparación de las tasas por departamento muestra una disminución en todos los casos a excepción del departamento de Cabañas.

GRÁFICO 9. TASAS ACUMULADAS DE VIH Y VIH AVANZADO (MUJERES Y HOMBRES) SEGÚN DEPARTAMENTO DE PROCEDENCIA, 2008 Y 2013 EL SALVADOR



Fuente: Construcción a partir de información del Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica de personas con VIH (SUMEVE). Proyecciones y estimaciones poblacionales de Dirección General de Estadísticas y Censos (DIGESTYC).

1.8 Día Nacional de la toma de la Prueba de VIH.

Gráfico 20

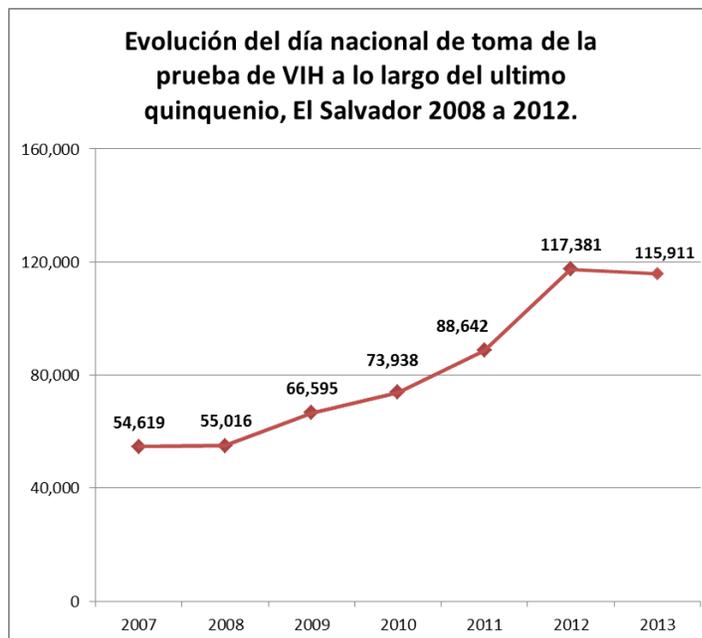
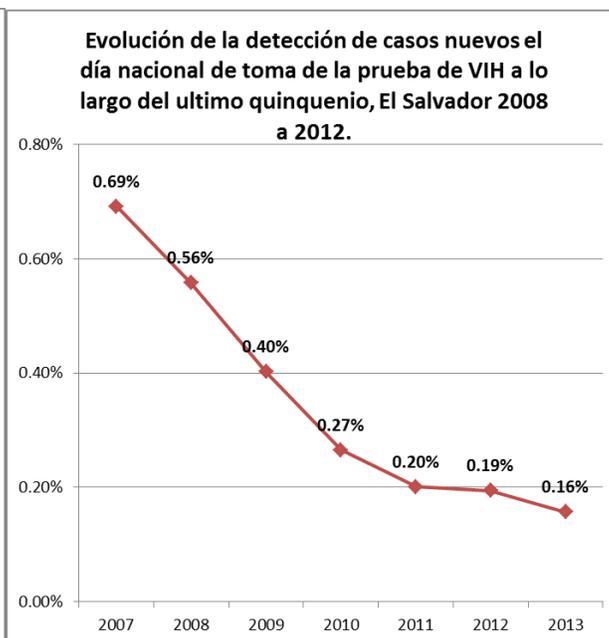


Gráfico 21



Fuente: Construcción a partir de información del Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica de personas con VIH (SUMEVE).

A lo largo de los últimos años resulta evidente que el número de pruebas realizadas con motivo del día nacional de toma de la prueba de VIH se ha incrementado año con año, llegando en 2013 a superar el 200% de pruebas realizadas para los años 2007 y 2008, dicha tendencia ha representado esfuerzos cada vez mayores en el aspecto logístico, programático y laboratorial por parte de todos los socios que participan en la respuesta conjunta ante el VIH. A través de los años se ha evidenciado un incremento en la toma de prueba de VIH y un decremento en el índice de positividad, cada año presentan porcentajes menores de toma de pruebas, mostrando una clara tendencia a la reducción aun cuando: el número de pruebas aumenta año con año, la prueba se ofrece a nuevos segmentos geográficos de la población, y se unen nuevos socios estratégicos al proceso. (Gráfico 20 y 21 y tabla 14)

Para 2013 se realizaron 115,911 pruebas de VIH, concentrándose 52% de ellas en el grupo de 25 a 45 años de edad, seguido por el de 14 a 24 (26%), como una constante a lo largo de todos los años de la prueba, las mujeres (de acuerdo con su sexo biológico) fueron quienes principalmente se tamizaron representando el 62% de todas las pruebas; este es un esfuerzo en el cual todos los socios de la respuesta nacional participan activamente.

1.9 Epidemia en Poblaciones de Mayor Riesgo al VIH

La epidemia que presenta El Salvador es catalogada como una epidemia concentrada de acuerdo a los criterios establecidos por ONUSIDA, como son:

- a.- El VIH se ha diseminado rápidamente, por lo menos, en una subpoblación bien definida, pero no está bien establecida en la población general. Frecuentemente está afectada más de una subpoblación de alto riesgo.
- b.- La prevalencia de VIH es, consistentemente, sobre 5% en, por lo menos, una subpoblación definida. La prevalencia de VIH en áreas urbanas es menor al 1% en mujeres embarazadas.

La epidemia de VIH que presenta El Salvador es catalogada como una epidemia concentrada, con prevalencia en población general de 0.09% (Fuente: Reporte Global 2012, MINSAL) y con cifras de prevalencia elevadas en las poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad como son: población Trans, hombres que tienen sexo con hombres, (HSH) y mujeres trabajadoras sexuales (TS). (Ver tabla A)

TABLA A. PREVALENCIAS DE VIH PARA TS, HSH Y TRANS

AÑO/POBLACION	TS	HSH	MUJERES TRANS
2002	3,2	15,3	no datos
2008	5,7	10,8	25.8
2012	3,14	10,00	no datos

Fuente: Construcción a partir del, Estudio Multicéntrico 2002, Encuesta Centroamericana de Vigilancia del Comportamiento Sexual de ITS y VIH 2008 y Estudio VICITS 2012.

De manera específica se analiza la situación epidemiológica y la cobertura de servicios de salud de las siguientes poblaciones de más alta vulnerabilidad al VIH:

1.9.1 Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)

Los HSH es una de las poblaciones en más alta vulnerabilidad al VIH porque su prevalencia es alta. La prevalencia de VIH para esta población es de 10.4% (Estudio VICITS 2012), mostrando disminución de 0,4 puntos respecto al 2008. La prevalencia de sífilis activa para el año 2012 es de 5.12, hepatitis B 1.61 y Hepatitis C 0.8. El mismo estudio señala que el uso correcto y consistente del condón en HSH fue del 58%. La talla poblacional para HSH se estima en 16,835, de acuerdo a estimaciones de Spectrum 2013. La inversión en Sida para este grupo fue de 2.1% del total (\$1,251,793)¹. Los servicios de prevención de VIH recibidos por los HSH en los últimos 12 meses fueron: condones 92%, lubricantes 58%, materiales sobre prevención 44%, referencia a la prueba de VIH 18%, referencia a ITS 6%.²

¹ Estudio de Medición del Gasto en Sida 2012.

² Estudio de Uso de Servicios de Salud por HSH en San Salvador realizado por Measure Evaluation del año 2012

1.9.2 Población Trans

La prevalencia en la población de mujeres Trans fue de 25.8%³. De acuerdo al estudio VICITS 2012 32% de la población Trans reportó el uso consistente del condón con su pareja estable masculina y un 65% reportó el uso consistente del condón con todas sus parejas ocasionales en los últimos doce meses. La prevalencia de ITS para la población Trans, para Herpes simple, tipo 2 fue de 71.1%, de Sífilis de 20.7% y la de Sífilis activa fue de 7.7% (Fuente: Estudio ECVC, Subpoblación, Transexual, travesti y transgénero). La talla poblacional estimada para la población Trans fue de 2,765 personas, se ha tomado como factor de cálculo el estudio de la población guatemalteca, en donde el 0.14% de la población general de hombres mayores de 15 años fueron censadas como mujeres Trans. Dado el vacío de información nacional, se propone realizar estudios especiales de talla de población para Trans.

El estudio de Estigma y Discriminación, USAID/ PASCA octubre 2011, estableció que la población Trans es la más estigmatizada y discriminada, así como la que sufre las mayores violaciones de sus Derechos Humanos.. Esta condición de exclusión es una barrera al acceso de los diferentes servicios de prevención, atención y cuidados y la vuelve proclive al consumo de alcohol y drogas, particularmente Crack.

1.9.3 Trabajadoras del sexo

La prevalencia de VIH para esta población es de 3.14% presentando una disminución de 2.56 puntos respecto al año 2008. La prevalencia de Sífilis activa fue de 1.43%, Hepatitis B 0.28%. El trabajo de pares es considerado una experiencia exitosa para lograr cambios de comportamiento, sin embargo se prevé realizar una intervención más integral con servicios para esta población. El uso correcto y consistente del condón en esta población es del 96%. (Estudio VICITS 2012).La talla poblacional estimada para el año 2011 es de 13,305 trabajadoras sexuales en El Salvador.

³

Fuente: Estudio Centroamericano de Vigilancia al Comportamiento Sexual, ECVC 2008.

2. Avances.

2.1 Prevención

Se han diseñado estrategias de abordaje comunitario para HSH, transgénero y trabajadoras sexuales, con enfoque de prevención combinada a desarrollar por el Ministerio y Organizaciones de la Sociedad Civil en lugares donde hay más casos detectados.

Especialización de Educadores de la Región Oriental en salud sexual y abordaje de personas de la diversidad sexual.

Actualización de manejo de la profilaxis post exposición al VIH para personal de unidades de emergencia de los hospitales nacionales, Fiscalía, PNC y organizaciones de Sociedad Civil. Reproducción de la Guía Clínica para Profilaxis Post Exposición.

Inauguración de dos Clínicas de Vigilancia Centinela para la atención integral de la Infecciones de Transmisión Sexual (VICITS), las cuales están ubicadas en las UCSF La Libertad y La Unión, con lo que se incrementa a 6 el número de clínicas VICITS

Se realizó exitosamente la Segunda Caminata "Por la VIHDA" alusiva a la conmemoración del Día Mundial del VIH, el domingo 1 de Diciembre 2013, la cual culminó con una feria de salud.

Campaña permanente para la Prevención de la Transmisión Materno Infantil (PTMI) del VIH y Sífilis congénita con oferta de pruebas en todas las UCSF que tienen laboratorio; a partir del segundo semestre se implementarán 40 puntos comunitarios para la toma de pruebas de sífilis y VIH y remitirlas a UCSF para su procesamiento. Desde hace trece años no se han presentado incrementos en los casos de VIH pediátrico.

Incremento en el número de abordajes cara a cara a poblaciones móviles en zonas fronterizas y pasos ciegos en coordinación con FOSALUD y municipalidades. Se realizaron un total de 180,000 intervenciones con provisión de condones y material educativo.

Continuación del proyecto de capacitaciones a empresas para la elaboración de políticas de VIH en el lugar de trabajo a través del apoyo de USAID-PASCA, se acompaña las jornadas con toma de pruebas de VIH con confidencialidad en la entrega de resultados.

Se mantiene el tamizaje al 100% en Bancos de Sangre para el control de la transmisión Sanguínea del VIH a nivel nacional.

El Día Nacional de la Toma de la Prueba de VIH se realizaron 115,418 pruebas, disminuyendo el número de pruebas en un 1.6% comparado con el año 2012 en la que se practicaron 117,381. El índice de positividad bajó de 0.52% a 0.4% lo que demuestra impacto de las acciones de prevención (Indicador medido en población general). Esta disminución en el número de pruebas puede deberse a que Sanidad Militar ha establecido un programa permanente de toma de pruebas a su personal.

En cifras globales de pruebas de VIH realizadas en todos los establecimientos de salud bajo estándares de calidad, para el año 2012 fue de 436,357.

Se continúa brindando servicio de toma de pruebas para VIH, Sífilis, Hepatitis B, C y tipo sanguíneos en las Unidades Móviles, así como la oferta de servicios a Privados de Libertad, realizando pruebas de seguimiento como CD4 y CV.

2.2 Atención Integral del VIH-Sida, Co infección VIH/Tb e ITS

Se mantienen los servicios de Atención Integral a personas con VIH a nivel nacional en 20 Hospitales que proporcionan terapia antirretroviral. Mediante convenio entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de la Defensa Nacional Se descentralizará la atención al Hospital Militar Central para la atención integral de uniformados positivos.

Se está aplicando los esquemas de atención de la OMS según la Guía de atención publicada en julio de 2013. Se cuenta con medicamentos en dosis fijas

En el marco de actividades colaborativas, con financiamiento del Fondo Mundial se están readecuando 3 hospitales (San Miguel, Santa Ana y Soyapango) fin de contar con áreas libres de infecciones para reducir las infecciones nosocomiales. En los próximos dos años se readecuarán 6 hospitales más.

En relación a la acciones de prevención y Atención realizadas en los centros penales, se realizaron 21,765 pruebas de VIH a los Privados de Libertad más 43,530 pre y post consejerías, se cuenta con 15 grupos de apoyo con 250 personas privadas de libertad con VIH, quienes brindan capacitación de VIH en pares.

En coordinación con la Dirección General de Centros Penales se ha continuado con el programa de prevención y control de VIH en Privados de Libertad que incluye actividades de diagnóstico, educación, promoción y atención en todos los centros penitenciarios y de readaptación de menores, 27 en total.

Con el apoyo de USAID/CAPACITY se está impulsando la red de cuidadores primarios para promover la participación de la sociedad civil y las personas de las comunidades así como también el programa de mejoras en la calidad de desempeño en 14 hospitales.

Se ha desarrollado la guía de monitoreo a los servicios de salud con enfoque de supervisión facilitadora a fin de que el personal aplique los instrumentos técnico jurídicos en forma correcta y se brinde atención de calidad,

En coordinación con un grupo de Organizaciones de Sociedad Civil y CONASIDA se concluyó la formulación de la nueva Ley para la prevención y control del VIH la cual ha sido consultada con todos los sectores de la sociedad salvadoreña, se espera que el Presidente de la República presente la iniciativa de Ley a la Asamblea Legislativa.

2.3 Derechos Humanos:

Se sigue promoviendo la divulgación e implementación de los “Lineamientos Técnicos para la Recepción de Denuncias por Infracciones en el MINSAL y su instrumento técnico de recepción de denuncias, sensibilizando al personal para que brinde atención de calidad y evitar quejas de afectación a los derechos de las personas.

2.4 Monitoreo y Evaluación:

Se ha cumplido con la entrega de reportes informativos de compromisos internacionales, entre ellos. Informe Medición de Gasto en Sida 2013 (MEGAS), Informe Global de la Respuesta Mundial 2013, índice compuesto de políticas nacionales en VIH (ICPN). El Salvador es el único país en la región que ha realizado MEGAS 2013.

Se publicó el Informe Nacional sobre el “Estado de Situación del VIH en El Salvador en Cumplimiento del Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación 2012 y su divulgación a los diferentes sectores que trabajan en la respuesta nacional al VIH. Este es el tercer informe que se trabaja basado en los indicadores establecidos

para medir la respuesta nacional y en ellos se puede ver la evolución de la epidemia y su tendencia a la disminución de casos nuevos.

Se realizaron evaluaciones semestrales de VIH en las 5 Regiones de Salud que incluyen todas las áreas de atención y también las acciones en centros penitenciarios a nivel nacional.

Divulgación del Plan de Monitoreo y Evaluación del PENM 2011-2015 en las 5 Regiones de Salud

Se ha trabajado en la elaboración las Planificaciones Operativas, del Programa Nacional, basados en el Plan Estratégico Nacional Multisectorial de la Respuesta al VIH e ITS 2011-2015 y se presenta reporte de cumplimiento a la Dirección de Planificación.

2.5 Gestiones

Por su liderazgo regional, su transparente ejecución y eficiencia en la implementación de subvenciones, el 21 de junio se firmó el convenio "Innovando servicios, reduciendo riesgos y Renovando vidas en El Salvador" por 26.7 millones de dólares, de los cuales 13.06 serán administrados por el Ministerio de Salud en su calidad de Receptor Principal, esta subvención inició el 1 de enero de 2014 y finalizará el 31 de Diciembre de 2016. Plan El Salvador es el Receptor Principal para las actividades a desarrollar con organizaciones de sociedad civil para la atención a población clave para contener la transmisión del VIH.

En el marco de cooperación con Centroamérica del Proyecto de Emergencia para el sida, del Presidente de los Estados Unidos (PEPFAR), nuestro país ha recibido aproximadamente 2.5 millones de dólares en ayudas para fortalecer el sistema de salud: laboratorio, capacitación de personal, mejora de desempeño de hospitales, clínicas VICITS, generación de información estratégica, investigaciones en salud, mejora en la cadena de suministros y sistema de abastecimientos. Las organizaciones de sociedad civil también han recibido apoyo para el fortalecimiento de sus capacidades en análisis de información estratégica, incidencia política y participación social.

2.6 Liderazgo Internacional

El Salvador tiene un reconocido liderazgo a nivel internacional, en su calidad de presidente del Mecanismo de Coordinación Regional (MCR), instancia técnica asesora en VIH para el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA) por invitación del Fondo Mundial condujo la formulación de una propuesta regional para la eliminación de la malaria en Mesoamérica y la Isla La Española (EMMIE). El 28 de junio, en la XXXVIII sesión del COMISCA se amplió el mandato al MCR para trabajar en tuberculosis y malaria. Se desarrollaron dos diálogos multipaís en nuestro país con la participación de toda Centroamérica, Haití, República Dominicana y Colombia, el Fondo Mundial aprobó el 6 de marzo la subvención EMMIE por 10.2 millones de dólares, de los cuales 3.2 se invertirán en acciones conjuntas de los países, y 7 millones se entregarán como recompensa al alcanzar las metas propuestas.

El Salvador ha sido notificado por el Fondo Mundial que se le han asignado 37.8 millones de dólares para los próximos 3 años en el nuevo modelo de financiamiento y por primera vez se le invita a presentar una propuesta de malaria.

A partir de enero de 2014, El Salvador asumió nuevamente como país miembro de América Latina en la Junta Coordinadora de ONUSIDA (PCB por sus siglas en inglés) y será junto con Brasil y Guyana, representante de la región de Latinoamérica en este espacio de coordinación mundial para el período 2014-2016.

3. Inversión en VIH.

Desde hace varios años en El Salvador se viene realizando el Estudio de Medición del Gasto en Sida (MEGAS), el último estudio realizado es el Estudio MEGAS 2013, que reportó un gasto de \$ 62,305,782.00 millones.

Se identificaron las fuentes de financiamiento con que cuenta el país, tanto públicas, privadas e internacionales, que permiten una mejor visualización del funcionamiento de asignación del gasto en diferentes áreas. El porcentaje más alto del gasto fue del sector público con un 75% del gasto total, el sector internacional apoyó con un 22%

De acuerdo a las categorías del gasto el estudio se evidenció que el gasto en sida en la categoría de atención y tratamiento ha experimentado un descenso con un porcentaje del 39.1%, con respecto a la inversión en prevención que representa 48.5% de la inversión para este año.

La distribución del gasto entre los años del 2008 al 2013, ha experimentado en general un incremento sobre todo en la categoría de gasto de prevención.

Comparación del Gasto en VIH 2008, 2010, 2012 y 2013

Gráfico 24

Evolución del Gasto en SIDA Años 2008, 2010, 2012, 2013					
Categorías del Gasto	2008	2010	2012	2013	Diferencia (año 2013 con 2012)
Prevención	\$ 9644,084	\$ 16170,466	\$ 23467,245	\$ 24410,389	\$ 943,144.00
Atención y Tratamiento	\$ 26339,226	\$ 27991,995	\$ 30487,628	\$ 30232,767	-\$ 254,861.00
Huérfanos y Niños Vulnerables	\$ 145,503	\$ 111,751	\$ 230,853	\$ 70,940	-\$ 159,913.00
Gestión y Administración de Programas	\$ 3783,617	\$ 2732,539	\$ 2977,746	\$ 4686,344	\$ 1708,598.00
Recursos Humanos	\$ 482,332	\$ 1175,651	\$ 607,086	\$ 1014,860	\$ 407,774.00
Protección Social y Servicios Sociales	\$ 51,337	\$ 176,586	\$ 141,437	\$ 110,098	-\$ 31,339.00
Entorno Favorable	\$ 450,053	\$ 729,208	\$ 422,334	\$ 1186,875	\$ 764,541.00

Investigación relacionada al VIH	\$ 336,273	\$ 449,282	\$889,904	\$ 593,509	-\$296,395.00
Total	\$ 41232,425	\$ 49537,478	\$59224,233	\$ 62305,782	\$3081,549.00

4. Índice Compuesto de Políticas Nacionales.

Con respecto a la evolución del Índice Compuesto de Políticas Nacionales (ICPN) se puede evidenciar que en su evolución desde el inicio de su medición en el año 2003, el país ha tenido un avance significativo, el cual se ha consolidado y sostenido en el periodo del 2009 a 2013, uno de los aspectos que ha tenido un crecimiento percibido por el sector gobierno y que se evidencia con la información que se está generando en el país es el apartado de Vigilancia y Evaluación que aumento un punto con respecto a la medición anterior.

PARTE A GOBIERNO	2003	2005	2007	2009	2011	2013
I. Plan Estratégico	7	9	8	6	9	9
II. Apoyo y Liderazgo Políticos	7	10	8	8	8	8
III. Derechos Humanos	-	-	-	-	-	-
IV. Prevención	6	8	8	6	8	8
V. Tratamiento, Atención y Apoyo	7	10	8	7	8	8
VI. Vigilancia y Evaluación	5	8	7	7	8	9

PARTE B SOCIEDAD CIVIL	2003	2005	2007	2009	2011	2013
I. Plan Estratégico	8	9	7	7	8	9
II. Apoyo y Liderazgo Políticos	5	7	6	4	-	-
III. Derechos Humanos	6	9	7	7	8	8
IV. Prevención	6	8	8	6	8	8
V. Tratamiento, Atención y Apoyo	8	9	8	7	8	8
VI. Vigilancia y Evaluación	-	-	-	-	-	-

5. Indicadores Reportados.

Para el reporte de los indicadores ONUSIDA diseño para este año una herramienta en línea para su reporte, de manera que esta herramienta puede ser visible por todos los interesados y responsables de la respuesta nacional, debido a que existen credenciales como editor de país y lector de país, lo que garantiza la transparencia en el reporte de los datos, por lo que la dirección electrónica donde pueden visualizarse los indicadores reportados es https://aidsreportingtool.unaids.org/indicator/country_survey_list/; en donde puede registrarse como lector de país y revisar el detalle de la información reportada.

El país ha completado un total de 72.64% sobre los indicadores, la información que no se ha reportado es debido a indicadores que el país no hace seguimiento como el caso de los usuario de drogas inyectables, y otros que por el nivel de desagregación solicitado no pueden reportarse para este periodo solicitado.