

Fortalecimiento de la respuesta del sistema de salud al VIH, Sida y las ITS en El Salvador

Informe de la evaluación

El Salvador, 19 al 30 de abril de 2010

Fortalecimiento de la respuesta del sistema de salud al VIH, Sida y las ITS en El Salvador

Informe de la evaluación

El Salvador, 19 al 30 abril de 2010

Ministerio de Salud

Dra. María Isabel Rodríguez
Ministra

Dra. Violeta Menjívar
Viceministra de Servicios y Programas de Sa-
lud

Dr. Eduardo Espinoza
Viceministro de Políticas Sectoriales

Dra. Ana Isabel Nieto
Jefa Programa Nacional ITS/VIH/Sida

Organización Panamericana de la Salud

Dr. José Ruales
Representante Oficina El Salvador

Eco. Matilde Pinto
Asesora Regional Salud Familiar
y Comunitaria
Coordinadora Técnica de la Evaluación

Dra. María Dolores Pérez-Rosales
Asesora Subregional ITS/VIH/Sida para Cen-
tro América

Grupo Temático de VIH/Sida del Sistema de Naciones Unidas en El Salvador

José Ruales
Representante OPS/OMS
Presidente Grupo Temático

Herberth Betancourt
Coordinador ONUSIDA

Jessica Faieta
Representante PNUD

Miriam de Figueroa
Representante UNICEF

Leonor Calderón
Representante UNFPA

Dorte Ellehammer
Representante PMA

Equipo de evaluación

Matilde Pinto

**Coordinación Técnica
Financiamiento y Aseguramiento
Análisis de la calidad de la inversión**

Mirna Pérez Ramírez

**Coordinación en el país
del proceso de evaluación**

Luis Sordo y Víctor Mejía

Vigilancia y conocimiento de la epidemia

Irene Escribano y Amalia Ayala

Prevención

Omar Sued y Francisco Job

Atención integral

Juanita Rodríguez y Nora Girón

Medicamentos

Luis Toro y Pilar Aparicio

Rectoría y Gobernanza

Mario Cruz – Peñate,
Xiomara Arriaga y Elia Martínez

Organización de la provisión

Mónica Padilla y Jaime Zamora

Recursos Humanos

María Dolores Pérez-Rosales
y Mirna Pérez Ramírez

Laboratorios y Bancos de Sangre

Javier Vásquez y Diego Postigo

Derechos Humanos

Equipo de edición

Luis Toro

Editor del informe de evaluación

Matilde Pinto

José Ruales

María Dolores Pérez – Rosales

Mirna Pérez Ramírez

Mauricio Ponce

Diseñador Gráfico

Contenido

Agradecimientos	
Abreviaturas y acrónimos	
Resumen Ejecutivo	
I. Introducción	12
II. Elementos de contexto	14
III. Enfoque y metodología	16
IV. Caracterización de la epidemia	19
V. Respuesta al VIH, el Sida y las ITS del sistema de salud	24
A. Componentes programáticos	24
1. Prevención	24
2. Atención integral	29
B. Componentes del sistema de salud	39
1. Rectoría y gobernanza	39
2. Financiamiento y aseguramiento	45
3. Organización y provisión de servicios	50
4. Recursos humanos	56
5. Acceso a Medicamentos y tecnologías	58
a. Medicamentos	58
b. Laboratorios	61
c. Bancos de sangre	62
6. Sistema de información y vigilancia	63
C. Componente transversal de Derechos Humanos	71
Referencias bibliográficas y documentarias	79
Anexo 1: Situación epidemiológica del VIH / Sida, El Salvador, 2009	
Anexo 2: Agradecimientos a las personas e instituciones en El Salvador	
Anexo 3: Lista de establecimientos de salud visitados	

Agradecimientos

El Grupo Temático para el VIH/Sida de las agencias del Sistema de Naciones Unidas, la Organización Panamericana de la Salud y el equipo de evaluación, expresan su profundo agradecimiento a cada una de las personas e instituciones en El Salvador que participaron de diferentes maneras en esta actividad. Su colaboración, observaciones, aportes y entusiasmo constituyeron una valiosa contribución y estímulo en el trabajo del equipo. La lista es extensa y se presenta en el Anexo 2. Una mención especial al Instituto de Salud Carlos III de España, que contribuyó con apoyo técnico y financiero.

Acrónimos

ABC	Abstinencia, Fidelidad (be faithful) y Condón
APS	Atención Primaria de Salud
ARV	Antirretroviral
ASAP	Estrategia y plan de acción contra el Sida (Aids Strategy and Action Plans)
CAP	Estudio de Conocimientos, Actitudes y Prácticas
CD4	Glóbulos blancos o linfocitos T presentes en el sistema inmunológico y que controlan la respuesta del sistema inmunológico a infecciones.
CDC/GAP	Centros para el Control y Prevención de Enfermedades, Programa Global de VIH/sida
CENID	Centro de Excelencia para Niños con Inmunodeficiencia
CHAI	Clinton Foundation HIV/AIDS Initiative. Iniciativa Contra el VIH y el Sida de la Fundación Clinton.
CIF	Costo, seguro y flete (del inglés Cost, Insurance, and Freight)
CONASIDA	Comisión Nacional contra el Sida
CV	Carga Viral
DIGESTYC	Dirección General de Estadística y Censos
EHPM	Encuesta de Hogares con Propósitos Múltiples
ES	Educación de la Sexualidad
ECVC	Estudio Centroamericano de vigilancia del comportamiento
FESAL	Encuesta Nacional de Salud Familiar
FA	Fuerzas Armadas
FM	Fondo Mundial para el Sida, la Tuberculosis y la Malaria
FMLN	Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional
GOES	Gobierno de El Salvador
HSH	Hombres que tienen sexo con otros hombres
IEC	Información, Educación, Comunicación
INB	Ingreso Nacional Bruto
ISSS	Instituto Salvadoreño de Seguridad Social
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
LEPINA	Ley de protección integral de la niñez y la adolescencia
MCP	Mecanismo de Coordinación de País (para proyectos con el Fondo Mundial)
ODM	Objetivos del Milenio
OG	Organización Gubernamental.
OIT	Organización Internacional del Trabajo
ONG	Organización no Gubernamental.
ONUDD	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH y el Sida.

OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud
OSC	Organizaciones de la Sociedad Civil.
PASCA	Programa para fortalecer la respuesta Centro Americana contra el Sida
PASMO	Organización Panamericana de Mercadeo Social
PDDH	Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos
PEMAR	Poblaciones en mayor riesgo
PEN	Plan Estratégico Nacional de Sida
PGR	Procuraduría General de la República
PIB	Producto Interno Bruto
PNS	Programa Nacional de Sida
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PPE	Profilaxis post exposición
PTMI	Prevención de la transmisión maternoinfantil
PVS	Persona con el VIH/Sida
RHUS	Recursos humanos en salud
SIBASI	Sistema Básico de Salud Integral
Sida	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIMMOW	Sistema de Información de morbilidad y mortalidad vía Web
SISNAVE	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
SUMEVE	Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH/sida
TARV	Tratamiento antirretroviral
TB	Tuberculosis
TMM5	Tasa de mortalidad de menores de 5 años x 1000 niños nacidos vivos
TSF	Trabajadora sexual
TSM	Trabajador sexual
UACI	Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucionales
UDI	Usuario/a de drogas inyectables
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNGASS	Sesión Especial de la Asamblea General de Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNIFEM	Fondo de las Naciones Unidas para la mujer
URMIM	Unidad Reguladora de Medicamentos e Insumos Médicos
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

Resumen ejecutivo

La evaluación que se reporta en este documento se realizó en respuesta a una solicitud de la Señora Ministra de Salud de El Salvador a la Organización Panamericana de la Salud. El Grupo Temático para el VIH/Sida de las agencias del Sistema de Naciones Unidas o Grupo Temático de ONUSIDA adoptó el reto como parte del Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el VIH/Sida, para el periodo 2010-2011 y apoyaron el proceso con recursos técnicos como financieros. El propósito de esta evaluación es proveer información para el fortalecimiento de la respuesta del Sistema de Salud al VIH, enmarcado en la construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud que propone el diseño de un nuevo modelo de atención basado en la APS renovada.

La OPS asumió la coordinación técnica del proceso con la participación de diferentes instancias del Ministerio de Salud, otras instituciones del sector público, la sociedad civil y agencias de cooperación internacional y del Sistema de Naciones Unidas. Las actividades en el país se llevaron a cabo entre el 19 y 29 de abril de 2010, con la participación de un equipo multidisciplinario internacional y nacional, y fueron precedidas de una extensiva revisión de la documentación relevante. Para el análisis se tomó como referencia el periodo de 2005 a 2009 y se siguió la metodología elaborada por OPS¹, que propone un análisis conjunto de los componentes programáticos de prevención y atención integral y su inter-relación con los componentes del sistema de salud. Se incluye un análisis transversal de la situación de derechos humanos en la respuesta.

El ejercicio estuvo dirigido a responder a dos preguntas: (a) ¿están los recursos disponibles para el VIH siendo asignados y ejecutados de la manera en que mejor pueden alcanzarse las

metas asumidas por el país? y (b) de no ser así ¿qué cambios, a nivel programático y del sistema de salud, podrían contribuir a mejorar la efectividad y la rentabilidad social de la inversión en VIH? Este último concepto es el hilo conductor en el análisis y en este reporte y se define como “proveer adecuada atención a las personas afectadas por la epidemia, al tiempo que se trabaja intensamente en reducir la transmisión del virus –entre las poblaciones en mayor riesgo y hacia la población general.”² Con esa orientación se identifica avances, dificultades, puntos en que es posible obtener mejores resultados con los recursos disponibles y se ofrece un conjunto de recomendaciones conducentes a una respuesta más efectiva y sostenida del sistema de salud al VIH.

El reporte está organizado en torno a los componentes programáticos de prevención y tratamiento y a los seis componentes del sistema de salud. En cada uno de ellos se presenta el análisis y recomendaciones detalladas. A modo de respuesta a las preguntas de la evaluación, en esta sección se presenta una síntesis de los hallazgos y recomendaciones.

Síntesis de hallazgos

1. Caracterización y conocimientos de la epidemia.

- La información disponible no permite conocer apropiadamente la evolución del perfil epidemiológico de la infección por VIH en El Salvador³. Estudios recientes muestran una situación epidemiológica similar a la de los países de su entorno, con una prevalencia de la población con VIH desconocida, pero que se esti-

1 OPS. Evaluación para el fortalecimiento de la respuesta del sistema de salud al VIH - Lineamientos para la Región de las Américas. 2010.

2 OPS (2010).

3 Esta limitante se repite a lo largo del documento; con diferentes especificaciones en cada sección.

ma cercana al 0.5%, concentrada en población de mayor riesgo⁴: HSH (prevalencia de 10%) y trabajadoras sexuales de San Salvador (prevalencia de 5%). Cada año se detectan unos 2.000 casos nuevos de VIH, con un número cada vez menor de detección en fase Sida⁵, (9.7 % en 2009). Con relación a las otras ITS, se lleva una vigilancia pasiva, algunas de tipo etiológico y otras sindrómico, no se dispone de vigilancia centinela para ITS en poblaciones vulnerables

- Los esfuerzos por crear el SUMEVE no han rendido todavía los frutos esperados. Al momento de la evaluación, el acceso era limitado. El equipo de evaluación tuvo dificultades para obtener datos y en algunos casos sólo se trabajó con presentaciones en powerpoint disponibles en la página web del PNS⁶. Las visitas a terreno y reuniones de trabajo permitieron constatar que los profesionales no ven la pertinencia de ocupar el tiempo que demanda el llenado de los formularios y no recibir ninguna retroalimentación sobre la base de esa información y, aun más, no tener acceso a ella.

- Los datos y la forma en que se publican no se presta para hacer análisis. Por ejemplo, hay una gran tendencia a mostrar la información en gráficas, en números absolutos y sin referencia a la población pertinente (denominadores). En este reporte se presenta algún análisis cruzando estos datos con información del censo y, como era de esperar, se ve que la carga de enfermedad por zonas geográficas – medida

por nuevos casos/población – es diferente de las gráficas realizadas sólo con numeradores. Esto, naturalmente, debiera considerarse como un llamado a revisar las razones de esas diferencias por zonas y dar lugar a estrategias adecuadas a las características de la epidemia en uno y otro lugar.

- La Dirección de vigilancia no produce análisis de la información y tampoco se encontró una instancia que esté permanentemente haciendo ese análisis. Los números se usan más como estadísticas que como información estratégica, tanto al nivel gerencial como de política. Esto redundante también en limitar las acciones de vigilancia.

2. La respuesta programática

- El país ha hecho un avance notable en proveer atención a las personas afectadas por la epidemia. Ha priorizado la atención al VIH y ha asumido compromisos específicos de financiamiento público para la compra de antiretrovirales.
- Una situación muy positiva ha sido que la oferta de servicios para la atención al VIH y Sida se desarrolló a partir de los establecimientos existentes. No obstante, la articulación del PNS con otras áreas funcionales del Ministerio de Salud ha sido limitada y la programación de la respuesta no está efectivamente integrada con la programación en los servicios de salud.
- La respuesta en prevención, en cambio, muestra más desafíos y el crecimiento de la epidemia indica que hay una gran necesidad de fortalecer la prevención para efectivamente reducir la circulación del virus. Los avances en la prevención de la transmisión maternoinfantil no han sido acompañados por avances similares en prevención por vía sexual. En los casos diagnosticados en el

4 ECVC. Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento y Prevalencia de VIH e infecciones de transmisión sexual. 2009.

5 ECVC Ibid.

6 Esta sección se realizó sobre la base de la información que fue posible obtener en las instancias correspondientes durante la evaluación y en los meses posteriores en que elaboró el reporte y se sometió a la consideración del Ministerio de Salud. Al momento que este documento iba a imprenta el Director de Vigilancia del Ministerio de Salud hizo llegar información adicional que se presenta en el Anexo 1.

año 2009 el rango de edad con mayor número de casos fue el de 25 a 29 años, seguido muy de cerca por el grupo de 15 a 24 años y en este último se dio una relación hombre/mujer=1; a diferencia de la razón global que se estima igual a 1.7/1.

- Uno de las principales dificultades se encuentra en el hecho que aún se mantienen brechas en el acceso a la prevención de la transmisión por vía sexual y hay escasas oportunidades de acceso a la educación sexual en las edades tempranas, tanto para quienes acceden al sistema formal de educación como para un importante número de adolescentes y jóvenes fuera del sistema escolar.
- La reciente encuesta sobre comportamiento y conocimiento del VIH entre las poblaciones vulnerables⁷, revela conocimiento incorrecto entre las poblaciones en mayor riesgo y prácticas de sexo no protegido entre las personas con VIH. Esto hace notar la necesidad de fortalecer el componente de educación para el cambio de conductas de riesgo dentro de la atención integral, en torno al acceso a TARV.

3. La respuesta del sistema

El sistema de salud incluye seis elementos: (a) rectoría y gobernanza, (b) financiamiento y aseguramiento, (c) organización y provisión de servicios, (d) recursos humanos, (e) acceso a medicamentos y tecnologías en las cuales se incluye laboratorios y bancos de sangre y (f) el sistema de información y vigilancia.

En el documento se presenta un análisis detallado para cada componente, con recomendaciones específicas. A continuación los principales hallazgos.

- Se identifica una serie de limitaciones derivadas de inadecuados esquemas de gestión. Muchas de ellas podrían ser corregidas sólo con modificaciones de procedimientos, normas claras, análisis y uso de los datos que se recolecta en los diferentes niveles, para que se transformen en información que pueda ser usada para la mejora de la gestión.

- La solución de algunos problemas no requieren necesariamente recursos financieros adicionales, sino una optimización en el uso de ellos. Un ejemplo de buena práctica se encuentra en el enorme ahorro que hizo el país como consecuencia del inicio de compra internacional de medicamentos genéricos precalificados por la OMS. En el año 2009 fue posible reducir el costo anual de ARV para tratamiento de primera línea por persona de \$5,700 a \$189 y la reasignación de los recursos liberados hará posible financiar –por un tiempo limitado- la compra de ARV para dar tratamiento de tercera línea a 30 personas cuyo costo anual por persona es de \$19,200.
- Por otra parte, algunas de estas ganancias se pierden debido a fallas en los procesos de programación, almacenamiento y gestión de los insumos. Sólo para ilustrar: durante el año 2009 el monto por vencimiento de ARV's en el almacén central del ministerio de salud, ascendió a US\$ 244,568 (esta cifra es equivalente al costo de TARV de 1200 pacientes VIH/Sida por un año). Una de las razones es que la información generada en SUMEVE aún no es accesible ni utilizada para la estimación de necesidades y la toma de decisiones en la gestión de suministros.
- Los estudios de MEGAS y de estimación de costos de ASAP, en general muestran la estimación del costo que el país asume en el VIH y proyecta necesidades de recursos a futuro suponiendo que no hay modificación en los procesos. Por lo tanto esas proyecciones de costo suponen que se mantiene el nivel de ineficiencia y se concentran en justificar la necesidad de recursos adicionales para atender a esta enfermedad crónica con creciente número de nuevos casos cada año.
- Cada año se detectan 2,000 nuevos casos e inician TARV unas 1,000 personas. El acceso a tratamiento eficaz ha transformado al VIH en una enfermedad crónica de alto costo, con un número creciente de pacientes. Para 2012 se proyecta que el costo de ARV para pacientes del Ministerio de Salud será igual a cuatro veces el monto de recursos GOES comprometidos anualmente para ARV. Esta brecha crecerá por el solo

⁷ ECVC Ibíd.

hecho que -en algún momento de su vida- todas las actuales personas con VIH deberán iniciar tratamiento. De no implementarse acciones eficaces para reducir la transmisión del virus, la respuesta al VIH por parte del sector público requerirá incremento de recursos que, necesariamente, tendrán que ser derivados de otras intervenciones en salud u otro gasto social, poniendo así un desafío al logro de otras metas sociales. Ya en el reporte UNGASS 2010 el país indica que “la epidemia de VIH y Sida representa una importante carga para los servicios de salud tanto públicos como privados”.

- Muchas de las dificultades que se encuentran en la respuesta programática e incluso en otros componentes del sistema de salud se deben a insuficiencias en la rectoría y gobernanza de la respuesta. Existe la necesidad de tener una autoridad que lidere, oriente y asegure la fiscalización de los múltiples actores involucrados; ya que –por definición– cada uno de ellos tiene mandatos específicos cuyo logro, ciertamente, afecta al logro de los mandatos de otros y el alcance del objetivo común de entregar una respuesta adecuada a la epidemia, asegurando efectividad y sostenibilidad.

Síntesis de recomendaciones

En este documento se ofrecen recomendaciones que tienen el potencial de fortalecer la respuesta del sistema de salud. No obstante, la efectividad de la prevención está en el centro de la capacidad que el país tenga para dar una respuesta sostenida.

En este contexto es que la recomendación síntesis es la de **enmarcar la respuesta al VIH en una política de salud sexual y reproductiva, con enfoque de derechos y determinantes de salud**. Con esta visión será necesario:

- Analizar y definir en que instancia estará la rectoría de la respuesta al VIH y las responsabilidades operativas. La revisión de la propuesta de modificación a la ley de VIH debiera ser parte de este proceso.

- Realizar una reingeniería de la institucionalidad de la respuesta en este nuevo marco. Esto pasa por una revisión de la organización de la respuesta en el nuevo modelo de atención que el país está desarrollando e implementando.
- En el corto plazo, el establecimiento de trabajo conjunto de los diferentes programas dentro del Ministerio de salud es un buen primer paso. Por ejemplo, la colaboración entre el programa de salud de los adolescentes, materna y reproductiva y el PNS es un paso básico para facilitar la programación y la respuesta conjunta a nivel de los servicios de salud.
- Existen varios factores de la gestión de los servicios que requieren fortalecerse para mejorar la respuesta del sistema.
- Es urgente que se establezca un proceso de consolidación y análisis de los datos que se recolecta para el SUMEVE, con desgloses que permitan conocer la situación por grupos de edad, género, ubicación geográfica y otra información que es necesaria para efectuar programación pertinente en las diferentes instancias y, al mismo tiempo, proveer información para la evaluación de políticas y estrategias.
- Diseñar y garantizar financiamiento para una política y estrategia nacional específica en prevención de ITS y VIH, pertinente al perfil epidemiológico y características de la población objetivo. Esto es clave para aumentar las posibilidades de sostenibilidad de la respuesta al VIH, sin poner en riesgo la atención a otros problemas de salud de la población salvadoreña.

I. Introducción

En respuesta a una solicitud de la Señora Ministra de Salud, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) concertó un ejercicio de evaluación sobre los avances y desafíos en la respuesta del sistema de salud al VIH en El Salvador. El propósito es proveer información para el fortalecimiento de la respuesta del Sistema de Salud al VIH, en el contexto del proceso de diseño de un nuevo modelo de atención basado en la APS renovada. La OPS asumió la coordinación técnica del proceso con la participación de diferentes instancias del Ministerio de Salud, otras instituciones del sector público, la sociedad civil y agencias de cooperación internacional y especialmente las agencias que conforman el Grupo Temático de VIH/Sida del Sistema de Naciones Unidas.

El ejercicio se hizo desde la perspectiva del sistema de salud, y se plantea como una oportunidad de mirada y reflexión crítica con la participación de los diversos actores involucrados e interesados en fortalecer la respuesta del sistema de salud al VIH en el país. De ninguna manera, constituye una auditoría ni una evaluación del desempeño de personas o instituciones en particular. Para el análisis se tomó como referencia el periodo de 2005 a 2009. Debido a la realización reciente de una evaluación de la respuesta en PTMI esta materia no fue considerada en extenso en este trabajo.

En El Salvador existe significativa información para ilustrar el diálogo y el proceso de toma de decisiones hacia una respuesta efectiva. Entre éstos, en un registro no exhaustivo, están el Informe UNGASS 2010; la evaluación del Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control del VIH-Sida e ITS 2005 – 2010 (USAID/PASCA); el diagnóstico de Situación y Respuesta al VIH y Sida en El Salvador. Avances y desafíos. 2009 (USAID); El Plan Estratégico Nacional en ITS, VIH y Sida 2005 –2010. Avances y retos en su implementación. Septiembre de 2008 (USAID); el Plan de Apoyo Técnico, PAT, al Programa Nacional de ITS-VIH-Sida. Diciembre de 2008 (ONUSIDA); el Estudio de Estigma y Discriminación en Personas con VIH. Diciembre de 2009 (PNUD-ADS-ANP+VN); la Evaluación del Programa de Prevención de la Transmisión del VIH y Sífilis de la Madre al Hijo en El Salvador, 2009 (OPS/UNICEF/ONUSIDA); la Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH/ITS en Poblaciones Vulnerables, El Salvador. 2009 (Ministerio de Salud/PNS/CDC/CDC-GAP/CAP) y el documento Impacto socio-económico del VIH-Sida en El Salvador, Diciembre 2009 (CONASIDA / PNUD / ONUSIDA). Estos estudios sugieren que existe una importante voluntad política y consenso en que la respuesta al VIH y el Sida puede ser mejorada y eso hay que realizarlo con urgencia y profundidad.

El ejercicio estuvo dirigido a responder a dos preguntas: (a) ¿están los recursos disponibles para el VIH siendo asignados y ejecutados de la manera en que mejor pueden alcanzarse las metas asumidas por el país? y (b) de no ser así ¿qué cambios, a nivel programático y del sistema de salud, podrían contribuir a mejorar la efectividad y la rentabilidad social⁸ en su asignación y utilización? De esta manera, se identifica avances, desafíos y se ofrece un conjunto de recomendaciones conducentes a una respuesta más efectiva y sostenida del sistema de salud al VIH.

Los elementos de contexto de la epidemia y la respuesta se presentan en la sección II. En la sección III se hace una síntesis de la metodología. En la sección IV se presenta la caracterización de la epidemia y en la sección V se analiza la respuesta del sistema de salud. En esta última se presenta un análisis conjunto de los componentes programáticos de prevención y atención integral y su inter-relación con los componentes del sistema de salud y se incluye un análisis transversal de la situación de derechos humanos en la respuesta.

OPS espera que la información, análisis y recomendaciones que se exponen en este reporte, contribuyan al diálogo que conduce la autoridad sanitaria y puedan servir de insumos para orientar la cooperación técnica al país en materia de VIH y la actualización y rediseño de su respuesta, en el contexto de los enfoques de salud sexual basado en el curso de vida, de derechos humanos y de equidad de género; miradas claves para un abordaje más efectivo al VIH.

⁸ Rentabilidad social de la inversión en VIH se define como "proveer adecuada atención a las personas afectadas por la epidemia, al tiempo que se trabaja intensamente en reducir la transmisión del virus -entre las poblaciones en mayor riesgo y hacia la población general." OPS (2010)

II. Elementos del contexto

El Salvador está clasificado como un país de ingresos mediano bajo. Tiene un INB per cápita, método Atlas (dólares corrientes) de 3,460⁹. Tiene tasas de crecimiento positivas, aunque menores al promedio de Centroamérica. La población alcanza a 6,122,413¹⁰. Las remesas, que unos dos millones de salvadoreños residentes en Estados Unidos envían a sus casas, constituyen un importante recurso financiero no obstante, éstas han sido seriamente afectadas por la crisis financiera mundial. El 40% de la población vive en situación de pobreza y la mitad de ella son niños. La moneda es el dólar de EEUU. Desde el punto de vista del empleo es el subempleo y no el desempleo el principal problema en el mercado laboral del país¹¹.

Su capital es San Salvador y otras ciudades de importancia son Santa Ana, San Miguel, Apopa. El territorio ocupa 21,000 km². El país declara una adhesión del 52% a la religión católica y una presencia importante de población evangélica.

La expectativa de vida alcanza a 69 años en los hombres y a 75 años en mujeres. La tasa de mortalidad de menores de 5 años¹², TMM5, en el 2008 fue de 18. Por sexo, la tasa de asistencia escolar nacional de los hombres es de 35.5 % y de las mujeres de 30.8 %¹³. El 70% de los jóvenes de entre 16 y 17 años no tienen acceso a la educación secundaria¹⁴. De acuer-

do a datos oficiales del año 2008 del Ministerio de salud, el embarazo en adolescentes de 10 a 19 años alcanza un 31%.¹⁵ Por otra parte, la encuesta FESAL 2008, en un análisis de la población de mujeres muestra un aumento en el conocimiento general sobre VIH, aunque se mantiene en un nivel medio y se observa una baja considerable en la percepción de riesgo de esta población¹⁶.

Desafíos relevantes para el desarrollo del país son la desigualdad económica, la exclusión de la educación y de los servicios básicos; así como los temas relacionados con la violencia y la seguridad de las personas; estos desafíos dificultan la posibilidad de alcanzar los ODM.

Desde junio del 2009 se instala en el país una dinámica de cambios después de 20 años, el Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional, FMLN, gobierna a El Salvador. En este tenor se implementa un proceso de cambio significativo y complejo en las áreas económicas, sociales y políticas. Se trata de un proceso complicado por los niveles de desafíos que enfrenta el país en temas de pobreza y extrema pobreza, desempleo, subempleo y crecimiento económico, la emigración de la población y los efectos de ésta en las familias, el crimen organizado y la seguridad de las personas, entre otros planos problemáticos o deficitarios. En otros órganos del Estado, como en el legislativo, la anterior alianza de gobierno mantiene un importante poder.

9 Banco Mundial. <http://datos.bancomundial.org/pais/el-salvador> (Consultado 27 de mayo de 2010)

10 DIGESTYC. Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples. 2008

11 PNUD. Informe de Desarrollo Humano El Salvador 2007 - 2008

12 UNICEF. <http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/elsalvador.html> (Consultado 27 de mayo de 2010)

13 Ibíd

14 UNICEF. Miriam de Figueroa (Representante) sobre la Encuesta Nacional

de Hogares realizada en este país en 2007 Pegado de <http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/elsalvador_51957.html> Diciembre de 2009.

15 Ministerio de Salud El Salvador. Boletín Informativo de Indicadores en Salud 2008. Cuadro estadístico, Página 6.

16 Encuesta Nacional de salud Familiar FESAL - 2008, "Conocimientos Actitudes y Prácticas ante el VIH y el Sida", Informe Final, octubre 2009.

Desde el contexto de salud, la nueva administración de gobierno plantea una política de salud denominada Construyendo la Esperanza que se caracteriza por convocar a una gran alianza para un cambio de fondo del sistema de salud de El Salvador.

... “una gran alianza nacional alrededor del tema de salud, una alianza capaz de propiciar un cambio seguro que beneficie a toda la población, especialmente a la más vulnerable”.

.... “para construir un Sistema Nacional de Salud que, desde la concepción y el compromiso explícito del reconocimiento de la salud como un bien público y un derecho humano fundamental que debe ser garantizado por el Estado, asume la tarea de la construcción colectiva, democrática y participativa de la misma, a partir de bases programáticas que incluyen: el enfoque de derechos humanos, el trabajo intersectorial para el abordaje de la determinación social de la salud, el desarrollo de un sistema nacional de salud equitativo, eficiente, solidario, universal y la integración, complementación y desarrollo de políticas de salud en el nivel subregional y regional”.

Esta política de salud está articulada en base a 25 estrategias referidas a las dimensiones de i) estructura, organización y funcionamiento, ii) atención a la salud y la enfermedad, iii) desarrollo de recursos humanos en el sistema nacional de salud, iv) política de medicamentos, v) agua y saneamiento, y vi) administración y financiamiento. Para los efectos de esta evaluación se destacan cinco:

Estrategia 1: Sistema Nacional de Salud basado en la atención primaria de salud integral Construir un Sistema Nacional de Salud basado en la atención primaria de salud integral como una estrategia clave para el logro de los Objetivos del Milenio y el abordaje efectivo de las determinantes de la salud y de las inequidades en salud.

Estrategia 15: Salud sexual y reproductiva. En coordinación con el Programa Ciudad Mujer se establecerán programas priorizados de información, educación sexual y atención en salud sexual y reproductiva orientados a los grupos de edad escolar, preadolescentes, adolescentes, mujeres y hombres durante todo el ciclo vital.

Estrategia 23: Gasto en salud. Incrementar el monto y el uso eficiente del gasto sanitario público en salud.

Estrategia 24: Mecanismos y fuentes de financiamiento. Coordinar los procedimientos y las fuentes financieras.

Estrategia 25: Supervisión, control y seguimiento. Establecer mecanismos de supervisión técnica y control de calidad en todos los niveles del sistema (incluyendo el sector privado con y sin fines de lucro), como instrumento imprescindible para garantizar el cumplimiento de objetivos, metas y actividades incluidos en el Plan Nacional de Salud.

III. Enfoque y metodología

Entre los meses de abril y junio de 2010 y con un trabajo de campo realizado entre los días 19 y 29 de abril de ese año, se llevó a cabo la evaluación que se informa.

Dos orientaciones principales guiaron la implementación de la evaluación: de un lado, incorporar en la actividad a las organizaciones e instituciones que colaboran en El Salvador en la respuesta a la epidemia de VIH, el Sida y las ITS. De otro, que las observaciones y sugerencias que surjan del proceso, puedan tener viabilidad y encontrar voluntad para su aplicación: es decir, posibilitar un entorno favorable a la introducción de sugerencias y recomendaciones para una respuesta más efectiva.

La idea es integrar la evidencia en las decisiones.

Las preguntas fundamentales son: ¿Están los recursos disponibles para el VIH siendo asignados y ejecutados de la manera que mejor pueden alcanzarse las metas asumidas por el país ante el VIH? Si así no fuera, ¿Cuáles cambios, a nivel programático y del Sistema de Salud, podrían contribuir a mejorar la efectividad y la rentabilidad social en su asignación y utilización?

El concepto es avanzar hacia una disposición positiva sobre las propuestas provenientes de estudios y evaluaciones y que las decisiones de política pública sobre el VIH, el Sida y las ITS se nutran de ese conocimiento actualizado, a veces novedoso y creativo, derivado de procesos de investigación sobre la epidemia y de miradas reflexivas y críticas a la respuesta. Los datos, los análisis y las conclusiones de estos eventos, no tienen -por sí mismos- el poder para cambiar o afectar decisiones. Influir requiere de voluntad política y una predisposición hacia la innovación, creatividad y cambio de los/as tomadores de decisiones.

Existe un sentido de urgencia en términos de la población a la base de estos procesos de reflexión evaluativa, propuestas y apuestas de acción.

Urgencia y efectividad constituyen dos ideas clave.

Se asume la evaluación como un proceso de observaciones y reflexiones críticas y como un proceso iniciador de actualizaciones, cambios e innovaciones de la política pública de salud con respecto al VIH. La idea es relevar y potenciar lo que funciona e innovar en la política en aquello que no marcha y no resulta. También se trata de aumentar la probabilidad de que los hallazgos y recomendaciones que surjan, sean utilizados para mejorar el proceso de implementación de una respuesta más efectiva.

El principal resultado esperado es que los hallazgos y las recomendaciones sean utilizados para tomar decisiones en los niveles de política, gerenciales y programáticos del el Sistema de Salud, para mejorar la efectividad en la utilización de los recursos que el país ha movilizad y movilizará para alcanzar las metas de acceso universal al tratamiento y cuidados integrales de VIH y reducir la transmisión.

Basados en el documento metodológico de OPS/OMS¹⁷ la evaluación se realiza con una perspectiva de sistema de salud. Además de incluir al PNS, se analizan las características y condiciones en que se da la respuesta a la epidemia desde otros programas dentro del Ministerio de Salud, por ejemplo TB, SSR, Adolescentes, entre otros. Se formula como un proceso auto reflexivo, participativo y que involucra a los actores de dicha respuesta. Es un proceso

¹⁷ OPS/OMS. Metodología definida en el documento Evaluación para el Fortalecimiento de la respuesta del sistema de salud al VIH, el Sida. Lineamientos para la Región de las Américas. 2010

de país con aportes de la cooperación internacional. En ese sentido, se concibe como una oportunidad para que los diferentes protagonistas reflexionen sobre su práctica y las oportunidades de fortalecerla.

El énfasis está puesto en los resultados y en el impacto de las políticas, estrategias e intervenciones que forman parte de la respuesta nacional, más que en indicadores de procesos. Por aquello se enlaza con los procesos de planificación estratégica y las decisiones sobre políticas y estrategias, sin dejar de considerar los temas gerenciales de la gestión de proyectos y programas en el corto y mediano plazo. La evaluación suministra información constructiva sobre la calidad de la inversión e identifica oportunidades para mejorarla, al identificar brechas entre los resultados esperados y los obtenidos, en diferentes PEMAR y poblaciones vulnerables; relacionándolos con las características de los procesos de producción de las intervenciones. En esta experiencia, la cooperación internacional aporta las prácticas de otros países, facilita el proceso, contribuye con una visión de conjunto, nacional e internacional, y propicia la utilización de las diversas fuentes de información disponibles, así como las contribuciones de diversos actores.

El marco conceptual aplicado se sustenta en la premisa que la asignación y utilización de recursos en salud, o en desarrollo humano en general, debe estar orientada por el principio de lograr la máxima rentabilidad social.

Sistema de Salud y sus componentes

Los componentes del sistema de salud son aquellos pilares definidos por la OMS para el fortalecimiento de los sistemas de salud y adoptados por los principales cooperantes internacionales en la respuesta al VIH.¹⁸ Estos son: Rectoría y Gobernanza, Financiamiento y Aseguramiento, Organización y Provisión de Servicios, Recursos Humanos, Medicamentos y tecnologías, Sistemas de Información y Vigilancia.

El contexto de la evaluación está guiado por estos pilares y se aplican en una observación reflexiva y crítica de las siguientes dimensiones que se consideran clave en la respuesta al VIH: conocimiento y vigilancia de la epidemia, prevención, atención y apoyo, gestión de abastecimiento, financiamiento y aseguramiento y rectoría y gobernanza. Sobre las cuales este informe da cuenta.

Alcance de la evaluación

Con el propósito de emitir recomendaciones a la autoridad nacional de salud y a los diferentes actores en la respuesta del sistema de salud al VIH, a través de la evaluación se intenta identificar:

- ¿Cuáles son las poblaciones en mayor riesgo (PEMAR) y poblaciones vulnerables en el país? ¿Están todas ellas identificadas en el Plan Estratégico Nacional? ¿Se están desarrollando intervenciones específicas para estas poblaciones?

¹⁸ WHO. *Everybody business. The global fund and health system strengthening. WHO's framework for action.* Geneva, 2007.

- Los principales resultados de la respuesta nacional con respecto a las metas de acceso universal y la detención del VIH, en el marco de las metas 6a y 6b del Objetivo del Milenio 6: Combatir el VIH y el Sida la Malaria y otras enfermedades.¹⁹ ¿Cuáles son las brechas de la respuesta programática en las diferentes PEMAR y en poblaciones vulnerables, con respecto a las metas de acceso universal y detención de la propagación del VIH asumidas por el país?
- ¿Cuáles y como son los procesos de producción de los resultados encontrados en la respuesta nacional y como se relacionan con los diferentes componentes del sistema de salud?
- Identificar las características de la inversión en la respuesta programática para lograr el acceso universal y la detención de la propagación del VIH ¿Cómo se relacionan los costos con los resultados y la sostenibilidad? ¿Cuál es la calidad de la inversión en función de la rentabilidad social?
- Recomendaciones críticas, organizadas de acuerdo a los componentes del sistema de salud, para una respuesta más efectiva y sostenible.

Del punto de vista de la aplicación de la metodología esto consistió en revisión documental y bibliográfica, trabajo de campo con entrevistas individuales, entrevistas grupales y demás, a saber:

Revisión de información disponible: en una primera etapa, se realizó el estudio previo de diferentes fuentes de información documental, mediante el ingreso a páginas Web institucionales con presencia en el país (Ministerio de Salud, CONASIDA, ISSS, OPS/OMS); además se analizaron documentos recopilados por la Oficina de País de OPS/OMS en apoyo al equipo de evaluación.

Trabajo de Campo: Durante la estadía en el país, se contó con abundante documentación compartida entre todo el equipo y aportada por las instituciones y personas visitadas por el equipo de evaluación.

Utilizando guías de entrevistas estructurados se realizaron visitas a 19 establecimientos de salud, los cuales fueron seleccionados previamente en conjunto con autoridades del Programa Nacional y el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, utilizando los criterios de: accesibilidad geográfica, atención a grupos PEMAR, experiencia en atención integral al VIH, así como el volumen de personas que atienden. En el Anexo 3 se presenta la lista de establecimientos visitados.

El trabajo de campo se planificó de tal manera que existían rutas de trabajo con equipos de evaluadores conformados por personal nacional e internacional de OPS, así como representantes de las diferentes dependencias del Ministerio de Salud e ISSS y de las agencias del Sistema de Naciones Unidas.

En cada una de las cinco Regiones se sostuvieron reuniones con el Director Departamental y parte del equipo de salud departamental. Adicionalmente se realizaron entrevistas individuales y grupales a informantes clave.

¹⁹ Meta 6.A.- Haber detenido y comenzado a descender la propagación del VIH Y Sida para el 2015. Meta 6.B.- Para el 2010 haber logrado acceso universal al tratamiento de la infección VIH por quienes lo necesiten.

IV. Caracterización de la epidemia²⁰

Resumen

A la fecha es difícil conocer apropiadamente la epidemiología de la infección por VIH en El Salvador. No obstante, para los dos últimos años se cuenta con información confiable. La información disponible indica una situación epidemiológica similar a la de los países de su entorno, con una prevalencia de la población con VIH desconocida, pero que se estima cercana al 0.5%, concentrada en población de mayor riesgo²¹: HSH (con prevalencias de 10%) y trabajadoras sexuales de 5%. Cada año se detectan unos 2.000 casos nuevos de VIH, con un número cada vez menor de detección en fase Sida (9.7 % en 2009). Para el año 2009, el rango de edad con mayor número de casos estuvo entre los 25 y los 29 años, seguido muy de cerca por el grupo de 15 a 24 años. En este último grupo se dio una relación hombre/mujer=1.

Observaciones principales

Desde que El Salvador identificara su primer caso de Sida en 1984 hasta diciembre de 2009, han quedado notificados por el Ministerio de Salud 24,098 casos de VIH y Sida con una razón de masculinidad de la enfermedad de 1,7: 1.²²

Tabla 1: Casos detectados de VIH/SIDA, cobertura de TARV y pruebas realizadas. El Salvador (2005-2009)					
	2005	2006	2007	2008	2009
Nuevos casos detectados de VIH	1219	1291	1651	1796	1708
Nuevos casos detectados de SIDA	431	414	426	316	183
Total casos nuevos VIH-Sida	1650	1705	2077	2112	1891
Relación Hombre: Mujer	1.3:1	1.7:1	1.5:1	1.6:1	1.7:1
Casos Acumulados VIH-SIDA (1)	16313	18018	20095	22207	24098
Relación Hombre: Mujer	1.3:1	1.7:1	1.5:1	1.7:1	1.7:1
Cobertura de PVS en Terapia ARV	43,10%	76.8%	79.6%	95,80%	**
Pruebas de tamizaje realizadas	217748	241146	285517	286100	325084
Pruebas realizadas el 27 de junio (2)	*	*	54619	55016	66954
Pruebas positivas a VIH, detectados el 27 de junio (2)	*	*	378 (0.69%)	337 (0.61%)	451 (0.71%)
1: La mortalidad en las personas con VIH está mal registrada					
2: Día de la prueba de VIH a Nivel Nacional					
*: No se llevó a cabo el "día de la prueba"					
**: Pendiente de datos de 2009					

²⁰ Esta sección se realizó sobre la base de la información que fue posible obtener en las instancias correspondientes. Al momento en que se editaba este reporte, el Ministerio de Salud publicó el documento RESUMEN DE LA SITUACIÓN DEL VIH-SIDA INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH EN EL SALVADOR, HASTA EL 30 DE MAYO DE 2010. En ese documento, los datos enero-diciembre están consolidados y para la evolución a través de los años se presenta una comparación para el periodo enero-mayo de cada año. Esta presentación de los datos no aporta información adicional para el análisis ni invalida lo ya realizado. Por lo tanto, se optó por incorporarla como anexo 1.

²¹ ECVC. Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento y Prevalencia de VIH e infecciones de transmisión sexual. 2009

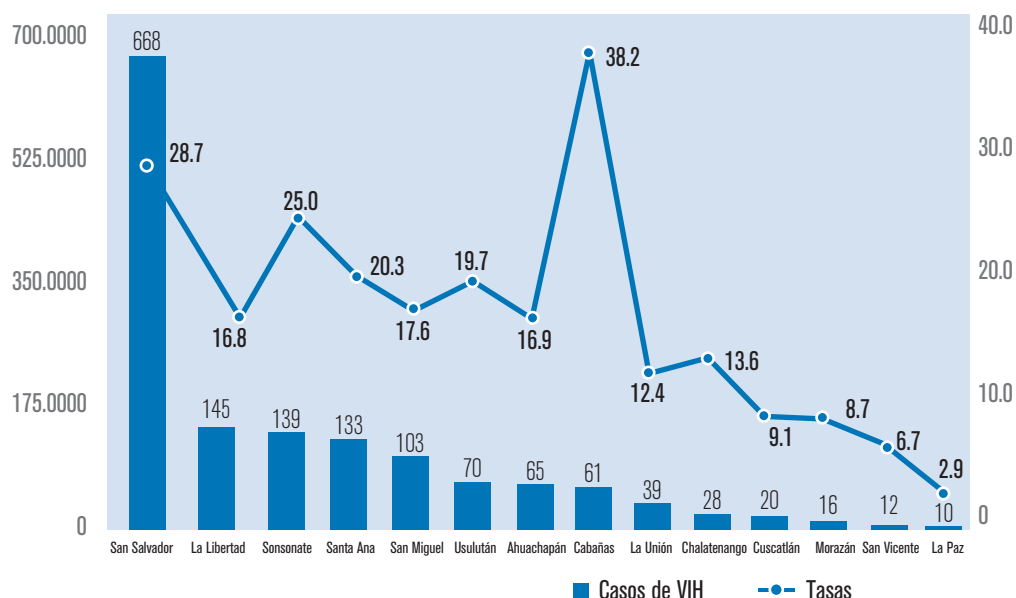
²² Datos de VIH en El Salvador. Enero a Diciembre de 2009. Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Vigilancia Sanitaria, Ministerio de Salud. 2010

De 2005 a 2009 el número anual de casos nuevos identificados de VIH y Sida ha ido ascendiendo de 1,650 (2005) a 1,891 (2009) (Tabla 1)^{23 24}, si bien el año 2005 supone una disminución en el número de casos registrados respecto a los 2,025 casos notificados en 2004.

Al igual que en otros países, cada vez son menores los casos detectados en fase Sida, es decir un 9.7% del total de casos registrados para ese año (183 de los 1,891 de 2009).

Según la información epidemiológica del PNS sobre estadísticas acumuladas entre 1984 y 2009, el 86.9% de los casos son por transmisión sexual, un 6% por transmisión vertical, 6% ignorado, 1.3% por uso de drogas por vía intravenosa, y el 0.2% de casos por transfusión sanguínea.

Gráfica 1.
Casos nuevos de VIH x 100,000 habitantes. El Salvador.
Enero a Noviembre de 2009²⁵.



Fuente: Elaboración propia a partir de Datos SUMEVE para periodo enero - noviembre de 2009 y Censo 2007 de El Salvador²⁶.

En cuanto a la distribución geográfica, hasta noviembre de 2009 el departamento de San Salvador es el que más casos reporta, tanto acumulados desde el inicio del registro como en 2009, seguido de La Libertad. Sin embargo, al calcularse tasas x 100,000 habitantes (gráfico 1), los tres departamentos con las tasas más altas son Cabañas (38.2), San Salvador (28.7) y Sonsonate (25.0). El menos afectado es La Paz (2.9).

23 Ibid.

24 Situación del VIH en El Salvador, 1984-2008. Ministerio de Salud. El Salvador. 2009

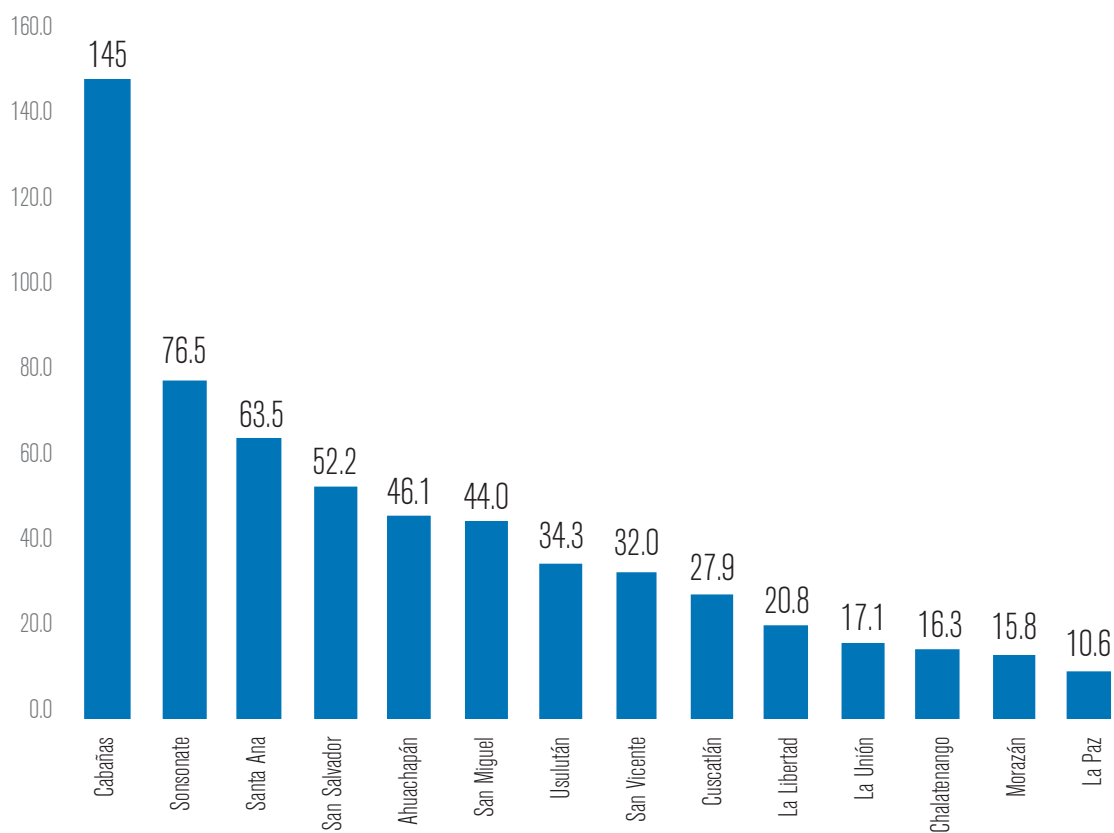
25 Ibid

26 Dirección General de Estadística, Ministerio de Economía. El Salvador. VI Censo de Población, y V Censo de Vivienda. 2007

En referencia a los fallecimientos asociados al Sida para el periodo 2005 a 2009, el número de registros ha disminuido de 500 a 400 fallecidos por año. A este respecto, en las tasas por 100.000 habitantes de defunción (mortalidad) a noviembre de 2009 (gráfico 2), los departamentos más afectados son Cabañas (145.0), Sonsonate (76.5) y Santa Ana (63.5), registrándose la menor tasa en La Paz (10.9). Para los denominadores se consideró el censo de 2007²⁷.

Gráfica 2.
Defunciones asociadas VIH y Sida x 100,000 Hab. El Salvador.
Enero Noviembre 2009.

Caracterización
de la epidemia



Fuente: Elaboración propia a partir de Datos SUMEVE, periodo enero - noviembre de 2009 y Censo 2007 de El Salvador²⁸.

²⁷ *Ibid.*

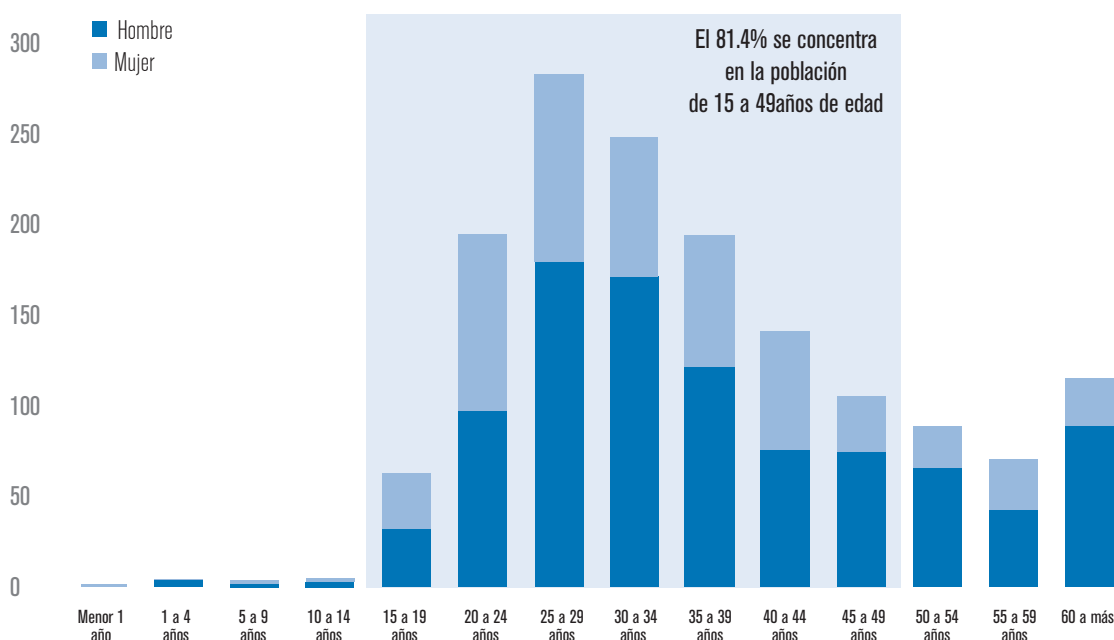
²⁸ *Ibid.*

En lo referente a la edad y sexo en 2009, el rango de edad más afectado en número de casos fue el de 25 a 29 años, seguido de 30 a 34 y 20 a 24 (Gráfica 3)²⁹. Si tenemos en cuenta el número por 100,000 habitantes los más afectados son igualmente los de 25 a 29 años, seguido de 30 a 34 y en tercer lugar de 35 a 39 años. Entre los 20 y los 39 se concentra en torno al 60% de los diagnósticos de VIH. En cuanto a la razón hombre-mujer, los cuatro últimos años oscila entre 1.7:1 y 1.5:1. Por grupos de edades, esta distribución parece ser más o menos estable, excepto en el rango de 15 a 24, dónde la razón es cercana a 1:1. Posiblemente se deba a que en estas edades las mujeres se sometan a la prueba de VIH debido a la PTMI, en comparación con hombres que no se favorecen por esta estrategia. En cualquier caso, esta cifra habla de una gran necesidad de fortalecer la prevención entre adolescentes, así como el embarazo en ese grupo de edad.

Desde 2007, se decretó a nivel ejecutivo el 27 de junio de cada año como el “Día Nacional de la Prueba de VIH”, siendo esto una iniciativa del PNS para crear mayor conciencia en la población y conocer su estado serológico. Ese día se facilita el acceso a la prueba de VIH de forma rápida, anónima y gratuita todos aquellos salvadoreños que lo deseen. Se han realizado 3 jornadas; en 2007 se realizaron 54,619 pruebas con una positividad de 0.7% (378); en 2008 un total de 55,016 con un porcentaje de positividad de 0.6% (337); y para 2009 se realizaron 66,954, con 451 personas positivas al VIH (0.71%); para 2010 se tiene programado realizar esta campaña el 25 de junio.

29 Ministerio de Salud/PNS. Encuesta Centroamericana de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencia de VIH/ITS en poblaciones vulnerables. 2009

Gráfica 3.
Casos de VIH-SIDA por grupo de edad y sexo
El Salvador, Enero - Noviembre 2009



Los estudios sobre las diferentes poblaciones afectadas se realizan con diferentes metodologías lo que limita hacer comparaciones.

Las poblaciones en las cuales se concentra el VIH y el Sida)³⁰ han sido objeto de diversos estudios, si bien aún no se han aplicado los datos suministrados por SUMEVE para ello. En lo referente a HSH, las cifras de prevalencia calculadas para esta población van del 17.7% de 2003 (San Salvador)³¹, al 15.3% en 2007³² y al 10.8% en San Salvador y 8.8% en San Miguel en 2009³³.

Estas cifras derivan de metodologías diferentes, pero sí indican cómo claramente ésta es una población especialmente afectada por la enfermedad³⁴. Más allá de la vigilancia de primera generación (registro de casos VIH), se determinó que aproximadamente el 40% de ellos tenían conocimientos incorrectos sobre prevención de la enfermedad, habiendo usado en la última relación sexual condón el 71.2% de los mismos³⁵; así, se ha descrito una posibilidad 22 veces superior de contraer la enfermedad en HSH que la presentada por la población general³⁶.

Finalmente, para toda Centroamérica, Cáceres et al³⁷ determinaron que los hombres que es-

taban en alto riesgo de infección por practicar sexo con otros hombres oscilaba entre el 0.8 y 4.8%.

En lo que se refiere a la población de las trabajadoras sexuales, la prevalencia estimada en 2003 por estudios promovidos desde el Ministerio de Salud determinó una prevalencia del 3.6%³⁸. En 2009, la Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual³⁹ y prevalencia de VIH/ITS en poblaciones vulnerables cifró esta prevalencia en 5.7% en San Salvador y 2.5% en Sonsonate. Este mismo estudio, determina que el 89.6% de las TS están informadas sobre el VIH y Sida, detección y prevención. El empleo del condón en la última relación sexual con cliente regular en las encuestas realizadas por PASMO⁴⁰ se cifró entre el 83% (1997) y 98% (2004).

Existen otros estudios que aportan información sobre la epidemiología del VIH y el Sida realizados por diferentes organismos y ONGs. El acceso a esta información no es fácil ya que no se ha logrado sistematizar la información que el país genera. Este hecho ya fue puesto de manifiesto en la única revisión de los estudios sobre la epidemiología del VIH y el Sida evidencias⁴¹ realizada en 2009.

En conclusión, a pesar de las limitaciones en los estudios, la situación epidemiológica del VIH en El Salvador parece asemejarse a la de los países de su entorno, con una prevalencia de VIH en la población que es desconocida, pero que podría estar cercana al 0.5% concentrada en grupos específicos en riesgo.

El anexo 1 de este informe provee información actualizada de la situación epidemiológica del VIH/Sida.

30 ONUSIDA. Informe de la Situación Mundial del VIH/SIDA. 2007

31 Ministerio de Salud, PASCA. Estudio Multicéntrico de prevalencia de VIH/ITS y comportamientos de TS. 2003

32 Soto RJ, Ghee AE, Nuñez CA, Mayorga R, Tapia KA, Astete SG, et al. Sentinel surveillance of sexually transmitted infections/HIV and risk behaviors in vulnerable populations in 5 Central American countries. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2007; 1:46 (1):101-11.

33 Ministerio de Salud/PNS. Encuesta Centroamericana de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencia de VIH/ITS en poblaciones vulnerables. 2009

34 Ministerio de Salud/PNS. Encuesta Centroamericana de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencia de VIH/ITS en poblaciones vulnerables. 2009

35 Ministerio de Salud/PNS. Encuesta Centroamericana de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencia de VIH/ITS en poblaciones vulnerables. 2009

36 Ministerio de Salud/PNS. Encuesta Centroamericana de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencia de VIH/ITS en poblaciones vulnerables. 2009

37 Cáceres C, Korda K, Pecheny M. Estimates the number of men who have sex with men in low and middle income countries. *BMJ*. 2006; 82(3): 33-39.

38 Ministerio de Salud, PASCA. Op. cit.

39 Ministerio de Salud/PNS. Op. cit

40 Bortman M, Sáenz LB, Pimenta I, Isern C, Rodríguez EA, Miranda M. Reduciendo la Vulnerabilidad al VIH/SIDA en Centro América: El Salvador: Situación del VIH/SIDA y Respuesta a la Epidemia. Banco Mundial. Washington. 2006.

41 Revisión de publicaciones. Plan Estratégico Nacional para la prevención, atención y control del VIH-Sida e ITS.

V. Respuesta al VIH, el Sida y las ITS del sistema de salud

A. Componentes programáticos

1. Prevención

En los últimos cinco años se ha intensificado la prevención del VIH en el país con intervenciones informativas y educativas, provisión de servicios, conocimientos, capacitación del recurso humano e inversión financiera. Sin embargo, aún se mantienen brechas en el acceso a la prevención de la transmisión por vía sexual, especialmente de las poblaciones en mayor riesgo y las poblaciones vulnerables. La respuesta en prevención a las ITS y el VIH requiere una mayor prioridad, amplitud, sostenibilidad, pertinencia cultural, alcance y efectividad; en un contexto donde el sector público de salud se focaliza prioritariamente en los ámbitos de detección, atención y tratamiento con un bajo desempeño en las acciones promocionales y preventivas⁴². Hay escasas oportunidades de acceso a la educación sexual en las edades tempranas, tanto para quienes acceden al sistema formal de educación como para un importante número de adolescentes y jóvenes fuera del sistema; esto a pesar de las recomendaciones del Comité de las Naciones Unidas sobre los derechos del Niño con relación a El Salvador⁴³ y el acuerdo de los Ministros de Salud y Educación de América Latina y Caribe en 2008

42 Ministerio de Salud de El Salvador Construyendo la Esperanza, Estrategias y Recomendaciones en Salud 2009-2014.

43 El Comité de las Naciones Unidas de los Derechos del Niño ha recomendado a El Salvador continuar mejorando la educación en materia de salud sexual y reproductiva como mecanismo fundamental para prevenir la infección del VIH/Sida, incluso entre adolescentes indígenas de forma respetuosa de las particularidades culturales. El comité ha recomendado a El Salvador emprender un estudio completo para comprender los problemas de salud de los (as) adolescentes y que continúe incluyendo la educación sobre salud sexual y reproductiva en las escuelas. Las recomendaciones del Comité a El Salvador pueden ser consultadas en: http://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/CRC.C.SLV.CO.3-4_sp.doc Los Estados Partes de la Convención de los Derechos del Niño han establecido este Comité como órgano encargado de examinar y hacer recomendaciones sobre las obligaciones legales contraídas por los Estados en la Convención.

sobre educación sexual y prevención del VIH. El sector salud carece de una política de salud sexual y reproductiva que permita ampliar la visión de la prevención de las ITS y el VIH y abordar su complejidad en una forma integral y articulada en base al curso de vida de la población, que dé cuenta de las barreras socioculturales existentes, así como los determinantes sociales, las obligaciones internacionales y regionales de derechos humanos y factores condicionantes de género.

Antecedentes

El PEN de 2005-2010 para abordar el VIH y Sida en el país y la actual Política de Salud del gobierno, plantea un escenario propicio para fortalecer las capacidades del sistema en la consecución de una salud con enfoque de determinantes sociales, solidaridad social, equidad, eficiencia y acceso universal. El proceso de reorientación del Sistema Nacional de Salud, hacia la promoción y prevención, constituye una oportunidad y desafío para la respuesta preventiva a las ITS y VIH, particularmente en el marco de las estrategias referidas a rectoría, información estratégica, desarrollo del recurso humano, participación social y respecto a SSR.⁴⁴

El país cuenta con una legislación relativa al VIH y Sida y ha suscrito múltiples compromisos nacionales e internacionales relativos a enfoques, estrategias, metas, objetivos e indicadores, que permiten proponer, ejecutar y evaluar acciones en curso en el ámbito de la prevención, entre ellas se destaca la Declaración

44 Ministerio de Salud de El Salvador Construyendo la Esperanza, Estrategias y Recomendaciones en Salud 2009-2014.

de México, que da un marco estratégico para impulsar la educación sexual en el entorno escolar de los niños y las niñas en los países. Existe una trayectoria cercana a 25 años del sistema de salud y otros actores de trabajo preventivo en VIH que permite disponer de una amplia variedad de información, guías, normativas, estudios, evaluaciones, materiales educativos y experiencias prácticas. Sin embargo, a pesar de esta larga trayectoria aún no se visualiza el impacto en la población joven. Adicionalmente, las actividades de prevención con población no escolarizada carecen de rectoría, ordenamiento, políticas y abordajes estandarizados y vinculación con los servicios. Este trabajo se realiza en ausencia de una política integral de prevención de VIH, aunque el componente forma parte del PEN.

El país no cuenta con una política de SSR comprensiva e integradora que permita ampliar la visión de la prevención de las ITS y el VIH y abordar su complejidad en forma integrada, que considere las barreras socioculturales existentes, así como los determinantes sociales, enfoque de derechos y condicionantes de género, entre otras dimensiones.

Las posibilidades del sector salud para desarrollar competencias y capacidades en prevención se ven limitadas, porque los esfuerzos preventivos descansan en organismos internacionales y organizaciones de la sociedad civil, particularmente en el contexto del Proyecto Fondo Mundial con débil rectoría de la autoridad nacional de salud. Desde el Programa Nacional de Salud Integral para Adolescentes se brindan servicios especializados de promoción, prevención y atención del adolescente, articulando estas acciones con otros sectores, educación, sociedad civil, entre otros, para implementar acciones a favor de la salud de los adolescentes. Sin embargo, no hay un trabajo conjunto con el PNS y estas acciones tienen una baja cobertura.

La reciente evaluación del PTMI⁴⁵ reporta importantes avances en su implementación. La realización de la campaña nacional “Hazte la Prueba”, muestra un aumento significativo en el acceso de la población año con año a la prueba de detección y a la consecuente pre y post consejería, establecida por la Ley de Sida vigente en el país. Se encuentran en implementación algunas líneas de trabajo específicas en población privada de libertad y en poblaciones móviles; un programa específico de promoción, prevención y atención en la Fuerza Armada del país y desde las organizaciones de la sociedad civil, se desarrollan proyectos de intervención en poblaciones de mayor riesgo como HSH, Trans y trabajadoras sexuales, financiados por el Proyecto Fondo Mundial, PNUD y USAID, quienes por muchos años han dedicado esfuerzos en acciones de prevención, las cuales han sido ejecutadas mayormente por la sociedad civil. En el período de observación, 18 al 29 de abril de 2010, se constata que se distribuyen insumos para la prevención y educación como materiales educativos (cartillas, folletos, afiches); la mayor parte de ellos orientados a contenidos de VIH y en menor proporción a la prevención de las ITS. Las PEMAR, objeto del Proyecto Fondo Mundial, tienen acceso a condones los que son entregados por el PNUD.

Entre las estrategias preventivas en aplicación se implementa IEC y las medidas de prevención promocionadas son la abstinencia sexual, la fidelidad mutua de la pareja y el uso consistente del condón. Con relación a este último, se hace indicando que el condón no es totalmente efectivo. Aun cuando se desarrollan iniciativas de educación para la prevención de la transmisión de ITS y VIH. En el PNS no hay un presupuesto específico para prevención y se carece de una política pública y estrategias de prevención, lideradas por un equipo interdisciplinario, para una respuesta efectiva a la epidemia.

Respuesta al VIH,
el Sida y las ITS
del sistema de salud

Componentes
programáticos

45 UNICEF/OPS/ONUSIDA. Evaluación del Programa de Prevención de la Transmisión del VIH y Sífilis de la Madre al Hijo en El Salvador, 2009

Hallazgos

El país no cuenta con una política nacional de prevención.

El país no cuenta con una política y estrategias de prevención propia, pertinente a la realidad nacional y que sustente el quehacer de todos los actores implicados en la respuesta, en base a un enfoque de DSS sobre la epidemia y modelos conceptuales y evidencias para posibilitar cambios de comportamiento en la prevención de la transmisión de las ITS y el VIH. Si bien se identifican poblaciones de mayor riesgo y grupos vulnerables al VIH, no se dispone de diseños específicos de prevención del VIH en el sector salud para acciones preventivas con población HSH, Trans y trabajadoras sexuales.

La participación del Ministerio de Salud en la implementación de acciones preventivas con poblaciones de mayor riesgo y vulnerables se limita a la entrega de algunos materiales educativos y condones. Se desarrollan distintas líneas de trabajo con orientaciones propias, como el trabajo con población privada de libertad, poblaciones móviles, fuerzas armadas. La consejería se ha focalizado en el acceso a la prueba de detección y no como una oportunidad de prevención.

La capacidad rectora del Ministerio de Salud se ve limitada por falta de recursos humanos y financieros.

El PNS no dispone de un presupuesto específico para la prevención, lo cual ha impedido la conformación de un equipo de trabajo con diferentes visiones, capacidades y competencias. Esto limita la capacidad de rectoría para hacer posible la formulación de políticas de prevención pertinentes, así como para implementar los procesos de planificación, acompañamiento y evaluación de la prevención del VIH. La disponibilidad de RRHH y financieros adecuados pondría la responsabilidad de la gobernanza de las ITS y VIH en el Ministerio de Salud. Esto facilitaría y debiera contribuir a la participación de múltiples actores en la prevención, así como la vinculación de las acciones de prevención de la sociedad civil con los servicios de atención.

El sistema de salud focaliza su accionar en VIH y Sida en los ámbitos de detección, atención y tratamiento.

Se aprecia un trabajo sistemático y de gran alcance en torno a la atención y tratamiento de personas viviendo con VIH/SIDA. Los equipos de salud manifiestan dificultades para trabajar en prevención particularmente con las poblaciones de mayor riesgo por sobrecarga de trabajo, falta de institucionalización de las actividades educativo-preventivas (programación), recursos metodológicos y materiales educativos de apoyo, gráficos y audiovisuales. Las escasas actividades educativas realizadas son charlas, las que no facilitan situaciones de aprendizaje significativo para el cambio de comportamiento.

El sector salud no cuenta con una política de salud sexual y reproductiva.

Es una necesidad estratégica -compartida por el sistema de salud y otros actores sociales- contar con un marco de referencia en salud sexual y reproductiva que permita ampliar la visión de la prevención de las ITS y el VIH y abordar su complejidad en forma comprensiva, teniendo en cuenta las barreras socioculturales existentes, así como determinantes sociales, enfoque de derechos y condicionantes de género. Superar esta brecha permitirá abordar con mayor integridad y respaldo las acciones en prevención de la transmisión sexual del VIH y las ITS y tener doble efectividad al incidir en el embarazo no deseado en poblaciones adolescentes, entre otras problemáticas. El hospital pediátrico no ofrece servicios de consejería y servicios para la prevención de embarazos no deseados a los adolescentes con VIH en seguimiento. Para acceder a este servicio en las unidades de salud deben estar acompañados por sus padres. Esto ha resultado en varios casos de niñas adolescentes en tratamiento para VIH presentando embarazo no intencional.

Hay aspectos específicos que afectan la atención y que posiblemente puedan mejorar si se contempla, por ejemplo, la salud sexual y reproductiva en hombres y mujeres con VIH, teniendo en cuenta parejas positivos o serodiscordantes. En el ISSS, las opciones de planificación familiar son limitadas y en la práctica las mujeres con infección por VIH tienen escaso acceso a información y recursos para planificar un embarazo en forma segura. Las opciones anticonceptivas son limitadas.

Niños/as y adolescentes tienen escasas oportunidades de acceso a la educación sexual en establecimientos educacionales públicos y privados, así como aquellos que no están siendo escolarizados.

Se han realizado iniciativas de desarrollo de contenidos en educación sexual, de ITS y VIH basados en el ABC, en las escuelas del país desde el Proyecto del Fondo Global y del UNFPA, alcanzando algunos ciclos de enseñanza básica y bachillerato. Sin embargo, estos esfuerzos no son suficientes si no responden a una política gubernamental de educación sexual que otorgue transversalidad, sustentabilidad para lo cual se requiere la inserción la currícula de todos los ciclos de aprendizaje y el diseño de estrategias que logren llegar a los menores y adolescentes que están fuera del sistema formal de educación.

Centralización urbana de las acciones preventivas desde el sector salud y las organizaciones sociales en desmedro de los habitantes de sectores rurales y apartados de los centros urbanos.

Ocurre una excesiva centralización urbana de las intervenciones preventivas, situación que está limitando el acceso de sectores de la población. Además, tienen vulnerabilidades específicas a tener en cuenta al momento de diseñar estrategias de prevención.

No se aprecia una coordinación efectiva entre diferentes programas del Ministerio de Salud y PNS, tales como los programas del Adolescente, Mujer, Niñez, Adulto Mayor, entre otros, muy importantes para la prevención de las ITS y el VIH.

Las gerencias de programas afines del Ministerio de Salud tienen un interés explícito en trabajar en forma articulada y coordinada con el PNS para proveer servicios promocionales y preventivos a las poblaciones, que comparten en términos del curso de vida. El Ministerio de Salud tiene la voluntad política y trabaja en aquello, de lograr articulación, coordinación y alineamiento de los programas de salud en un proceso progresivo de disminución de la fragmentación y verticalismo.

Las campañas de comunicación no contemplan procesos de diagnósticos de necesidades comunicacionales, validación, ni evaluación de sus efectos.

Las estrategias comunicacionales del Sistema de Salud no se han dirigido a la búsqueda de cambios de comportamientos preventivo; sino más bien orientadas a la difusión de información y servicios disponibles. Ellas no se han realizado de manera permanente y sistemática; y no han hecho contenidos de inclusión, diversidad sexual y desarrollo de espacios sociales que favorezcan comportamientos preventivos, porque las desarrolladas por PASMO se hacen basadas en las investigaciones y se evalúa su impacto en el cambio de comportamiento

Carencia de información relativa a efectividad de la implementación de la estrategia IEC y de la promoción de medidas preventivas basadas en el ABC en las PEMAR y poblaciones vulnerables.

La estrategia IEC no ha sido evaluada de manera sistemática por el Ministerio de Salud en las poblaciones donde se ha implementado. Tampoco se documentan evaluaciones respecto a las medidas de prevención basadas en el ABC. De acuerdo a la opinión de los adolescentes entrevistados, “la abstinencia y fidelidad son decisiones personales” y “se nos dice que usemos condón, pero no se nos enseña a usarlos”. En opinión de varios de los actores entrevistados, las medidas ABC se sienten impracticables.

La distribución de condones se realiza a través de los sub-receptores del proyecto del Fondo Mundial y a través de organizaciones de la sociedad civil como PASMO. El Ministerio de Salud entrega condones principalmente como método de planificación familiar⁴⁶. La distribución de condones debe indicar explícitamente que éstos no son 100% seguros, aunque se desconoce la demanda total/nacional de condones, las brechas de acceso y provisión, especialmente en PEMAR, adolescentes y PVS.

El acceso a condones para la prevención de VIH y las ITS no responde una orientación técnica adecuada ni a un sistema logístico apropiado. No se cuenta con un presupuesto específico para el suministro y distribución de condones desde el PNS. Los equipos de salud entregan a los usuarios/as de acuerdo

⁴⁶ Los participantes en la revisión de este reporte resaltaron el caso específico del Hospital Nacional Rosales, que no tiene un área de planificación familiar y por lo tanto no entrega condones a las personas con VIH que atiende, las cuales constituyen el 60% de las personas con VIH.

a disponibilidad y demanda. Su promoción se ve afectada por la reglamentación vigente que impone distribuirlos señalando explícitamente “que no son 100% seguros”, lo que puede estar generando falta de credibilidad en su efectividad para la prevención del VIH y podría explicar los bajos niveles de uso en distintos segmentos de la población. Tampoco se conocen estudios de aceptabilidad del condón para reconocer las barreras existentes en la población para incorporar su uso consistente. Hay baja o nula disponibilidad y distribución, especialmente a nivel hospitalario.

Recomendaciones

- El Ministerio de Salud debe de promover y facilitar el diseño de una política de salud sexual y reproductiva.
- Formular una política y estrategia nacional de prevención del VIH y las ITS dirigida a las diferentes poblaciones: general, mujeres, hombres, PEMAR, adolescentes y jóvenes escolarizados y no escolarizados, con una mirada interdisciplinaria, con aportes desde las ciencias sociales, con perspectiva de género y factores socioculturales; definiendo con claridad un marco conceptual, objetivos, niveles de trabajo, resultados esperados y líneas de acción y con amplia participación.
- Desarrollar capacidades y competencias en los equipos de trabajo para la prevención y desarrollo de materiales de apoyo al personal de salud, en poblaciones de mayor riesgo y poblaciones vulnerables, a través de procesos de formación conceptual y en metodologías de trabajo participativas, incluyentes. Incorporar el trabajo educativo en la programación anual de los equipos de salud, particularmente en el nivel primario, lo que permitirá descentralizar e intensificar las acciones promocionales y preventivas.
- Establecer una alianza estratégica con el sector educación para incorporar en la currícula contenidos de educación sexual y prevención del VIH y las ITS, en todos los niveles de enseñanza. Apoyar la formación de los docentes en estas materias de acuerdo a planes impulsados por el sector educación. Apoyar e impulsar estrategias de trabajo en educación sexual en espacios de encuentro de adolescentes que están fuera del sistema escolar.
- Diseñar y evaluar la implementación de la estrategia IEC para determinar barreras y facilitadores en algunos grupos específicos. Realizar estudios para identificar dificultades encontradas por la población para incorporar medidas preventivas basadas en el ABC.
- Generar una política que apoye la realización de la prueba rápida a los adolescentes de 16 a 18 años, con o sin el consentimiento de los padres o tutores, dicha política debe ser de conformidad con la Ley de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia, vigente actualmente en el país.
- Establecer un programa de acceso a condones⁴⁷ desde el Programa Nacional de Sida, en coordinación con planificación familiar, que brinde lineamientos técnicos y logísticos; definir poblaciones destinatarias, sistema de distribución, condiciones de almacenamiento y mantenimiento y seguimiento. Es decir, se deben hacer estimaciones de necesidades y procesos logísticos por tipo de población, lo cual se conseguiría a través de un Sistema de gestión de suministros e insumos. Considerar el estudiar barreras sociales y culturales para la utilización consistente del condón. Los empaques de condones deben señalar que son efectivos para prevenir el VIH.
- Evaluar y reorientar las campañas de comunicación social emitidas en los últimos años. Definir una estrategia comunicacional para el próximo período del Plan Estratégico Nacional que permita visibilizar las temáticas de inclusión y diversidad sexual y que constituyan un soporte social para las estrategias focalizadas en las PEMAR y poblaciones vulnerables.
- Lograr un presupuesto del sector salud para implementar la política, estrategias y acciones de prevención que se establezcan.
- Fortalecer los vínculos del sistema de salud con las acciones de prevención desarrolladas por la sociedad civil, principalmente en lo que se refiere a normatividad, materiales, referencias, información, entre otras.

47 El Derecho al acceso a condones sobre una base no discriminatoria es una medida que contribuye a prevenir, tratar y combatir enfermedades epidémicas de conformidad con las obligaciones establecidas por el Artículo 12 (“derecho a la salud”) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Artículo 10 del Protocolo de San Salvador.

2. Atención Integral

Resumen:

El Salvador ha logrado importantes avances en el acceso universal al tratamiento y tiene un marco legal que facilita la promoción del testeo, el acceso a tratamiento y la búsqueda de pacientes ⁴⁸. El aumento del número de personas en tratamiento antirretroviral constituye uno de los logros más significativos: desde el 2001 a noviembre de 2009, 6,471 casos habían iniciado TARV. El 78% de ellos (5,076) se encuentran activos, desconociéndose la evolución del resto. 1,600 personas han iniciado TARV con el ISSS. Los datos disponibles sugieren una reducción en la mortalidad. Otro logro ha sido el aumento constante de la oferta de la prueba de VIH, superando las 280,000 por año, con una cobertura de tamizaje de VIH en la atención prenatal y en tuberculosis mayores al 90% de las personas que se presentan a los servicios de salud. La segmentación de los sectores públicos y semipúblicos (ISSS y FA) en el VIH se traduce en una atención con el uso de protocolos ad-hoc. Brechas importantes están en la gestión de la atención para asegurar la adherencia, contra referencia y en la eficacia de las acciones de búsqueda de individuos perdidos de seguimiento, el trabajo en equipo y el cumplimiento de las normas de atención de VIH e ITS. Se requiere de una mayor prolijidad para la estimación de cobertura de TARV y en la definición de líneas de acción estratégicas para asumir los compromisos derivados del Pacto de Derechos Civiles y Políticos, del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y su Protocolo Adicional (Protocolo de San Salvador) ⁴⁹ y del Proyecto Fondo Mundial.

48 Facilitar el acceso medicamentos para combatir el VIH es una de las obligaciones básicas a las que se han comprometido los Estados Partes del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su artículo 12. Para mayor información sobre las obligaciones legales con relación al acceso a establecimientos, bienes y servicios de salud ver: <http://wfrt.net/humanrts/gencomm/epcomm14s.htm>

49 El acceso a TARV facilita la protección y cumplimiento de El Salvador con relación a derechos humanos básicos de la población tales como el derecho a la vida, el derecho a la integridad personal, del derecho de igualdad ante la ley, derechos del niño, el derecho a la salud, el derecho al acceso a los beneficios del progreso científico, el derecho a la educación y el derecho al trabajo, entre otros.

Es necesario resguardar que los procesos de reforma del sector salud puedan sostener los avances en integración del VIH en las unidades de salud; así como las acciones de información, promoción y prevención, acceso a diagnóstico y tratamiento en los centros de salud.

Antecedentes

La atención de salud en El Salvador se brinda a través de varios sistemas. El Ministerio de Salud presta la atención a todos los individuos que carecen de seguro de salud. El PNS coordina las actividades de VIH y regula el aspecto normativo para todos los subsistemas de salud. El ISSS presta servicios a los pacientes con cobertura de seguro laboral y a sus dependientes; representando aproximadamente el 20% de los pacientes registrados en tratamiento. Existen otros subsistemas correspondientes a las FA y Bienestar Magisterial. Las FA proveen directamente la atención, aunque no proveen servicios TAR y Bienestar Magisterial compra servicios.

Otras brechas importantes son la limitada atención y acciones en detección, manejo y tratamiento de ITS, especialmente para PEMAR, además del prolongado tiempo de devolución de los resultados de la prueba de detección de VIH, y del estigma y discriminación a que son sometidos durante el proceso.

Debido a la dificultad de acceder a la información del ISSS la mayor parte de los datos sobre número de pacientes se refieren al Ministerio de Salud.

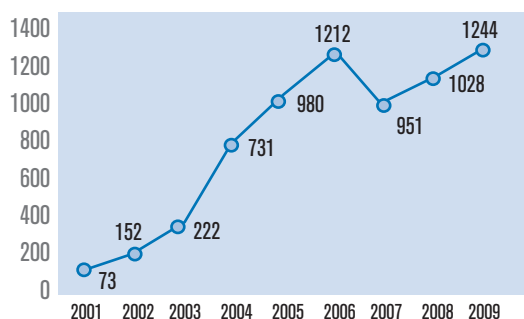
El Salvador ha logrado importantes avances en el camino al acceso universal al tratamiento, siendo el aumento del número de personas en tratamiento antirretroviral uno de los logros más significativos. En el Ministerio de Salud el número de personas en tratamiento aumentó a una tasa creciente durante el periodo 2001-2004, para estabilizarse a partir del 2005 en

Respuesta al VIH,
el Sida y las ITS
del sistema de salud

Componentes
programáticos

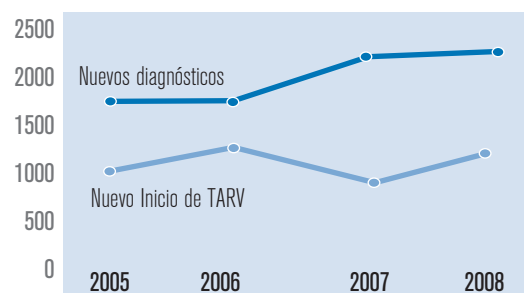
1,000 casos por año, totalizando 6,471 personas que han iniciado TARV. A la fecha, el 78% de los casos (5,076) se encuentran activos, desconociéndose la evolución del resto. En el ISSS 1,600 personas que habrían iniciado tratamiento en el mismo periodo.

Gráfica 3:
Número de pacientes que iniciaron TARV por año, MSPAS



Fuente: datos entregados por el PNS. No publicados al momento de la evaluación.

Gráfica 4:



Fuente: datos entregados por el PNS. No publicados al momento de la evaluación.

Esto fue posible mediante un proceso de descentralización e integración de las actividades de atención al VIH en la red de atención, con acceso en todas las regiones del país, respondiendo a los objetivos estratégicos del PEN en sus primeros dos objetivos (coordinación participativas de la respuesta nacional, incremento de la oferta de servicios integrales de atención). Uno de los éxitos del programa ha sido el aumento constante de la oferta de la prueba, superando las 280,000 pruebas por año, y reflejado en una cobertura de tamizaje de VIH en la atención prenatal y en tuberculosis mayores al 90% de las personas que se presentan a los servicios de salud. La cobertura efectiva de la

prueba a mujeres embarazadas es del orden de 65%, ya que sólo el 72.8% de las mujeres recibe atención prenatal institucional ⁵⁰.

A partir de 2007 el número de nuevos diagnósticos aumentó a 2,000 casos anuales, a la vez que el número de nuevos inicios de tratamiento se mantuvo en 1,000 personas. Esto podría reflejar el diagnóstico más temprano de pacientes que aún no requieren tratamiento, pero la falta de datos sobre de la situación inmunológica de esos 1,000 casos que no iniciaron tratamiento, no nos permite confirmar esta hipótesis.

En el Ministerio de Salud las actividades llevadas a cabo por el PNS se han organizado respetando los niveles de atención y las estructuras existentes. Se han establecido actividades específicas por niveles, siendo las del primer nivel de atención las enfocadas en la promoción para la salud, la prevención y el diagnóstico del VIH, el manejo sintomático de ITS, la profilaxis de infecciones oportunistas y la derivación a centros de TARV. En los centros de segundo nivel se proporciona atención a problemas agudos y crónicos, y los 14 departamentos del país cuentan con al menos un centro de segundo nivel habilitado para proporcionar TARV.

En San Salvador, todos los hospitales de segundo nivel proveen TARV. Los centros de tratamiento antirretroviral se han integrado dentro de la estructura hospitalaria, respetando los reglamentos y procedimientos de la organización, todos cuentan con un comité multidisciplinario con mayor o menor operatividad en función de los integrantes, grupos de apoyo de pacientes promovidos desde el equipo de salud, provisión de TARV, sistema de referencia de muestras para CV y CD4.

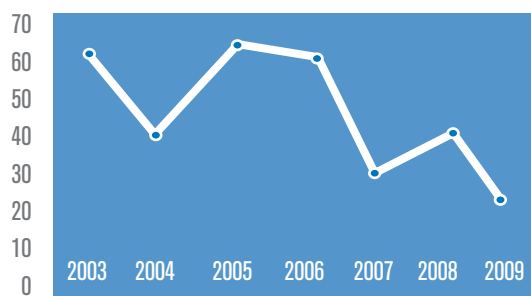
Existen tres centros de tercer nivel en la capital del país: el Hospital Rosales, el Hospital Nacional Especializado Maternidad y el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom. En el Hospital Rosales, se ingresan pacientes con patología agudas, se tratan aproximadamente el 60% de todos los pacientes con VIH y cuenta con un programa de formación de médicos especialistas en infectología. En el Hospital Bloom funciona el CENID, un centro financia-

50 MSPAS. Informe de Labores 2008 - 2009

do inicialmente por el proyecto del Fondo Mundial y posteriormente absorbido por el hospital, proporciona atención ambulatoria a niños VIH o expuestos de 0 a 12 años. Debido a la disminución de la incidencia de VIH pediátrico y crecimiento de la población recientemente se amplió el rango de atención hasta los 18 años de edad. Durante 2009 se realizaron en este centro 2,657 consultas médicas (77 de primera vez, que incluyen también casos de exposición prenatal) y comenzaron el seguimiento 24 nuevos niños con VIH. Entre 2003 y 2009, 346 niños iniciaron tratamiento en el CENID, y se ha perdido el seguimiento de 25 de ellos. El CENID proporciona atención integral a todos los niños con VIH del país. La atención incluye vacunaciones, evaluación de la adherencia en cada visita, evaluación clínica, nutricional, psicológica y odontológica, provisión de ARV, medicamentos para infecciones oportunistas, CV y CD4. Mediante apoyo de fundaciones (Fundación Inocencia) se ofrecen talleres de expresión, talleres educativos, becas de viaje, desayunos, estudios no cubiertos por el hospital.

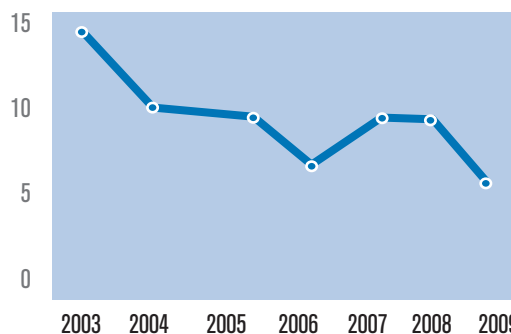
La mejora en la prevención materno-infantil y el tratamiento sistemático de todos los nuevos casos ha resultado en la disminución de los nuevos diagnósticos y de la mortalidad en niños, como lo muestra las gráficas siguientes⁵¹.

Gráfica 5:
Casos nuevos por año



51 CENID, Memoria de Labores 2009. El Salvador, 2010.

Gráfica 6:
Muertes por VIH-SIDA



Las redes formales e informales de referencia funcionan, aunque con algunas variaciones en la eficacia según las regiones. En general los centros de segundo nivel utilizan la contra referencia a las unidades de salud en caso de tuberculosis o pérdida de pacientes. Los funcionarios de todos los niveles reconocen quien norma las actividades en VIH y Sida en el sistema público, han recibido alguna vez capacitación, conocen su rol y sus responsabilidades dentro de la red de atención y conocen los centros para referencia. Sin embargo, se evidencia alguna deficiencia en los alcances que debiera tener la contra referencia y en la eficacia de las acciones de búsqueda de individuos perdidos de seguimiento.

Se observa un avance en la integración de las actividades de VIH en otros programas, como es el caso de salud materno infantil y el programa de control de la tuberculosis, aunque con otros la integración es variable (familias fuertes, adolescentes, planificación familiar, salud sexual y reproductiva, además del tratamiento de infecciones, entre otros).

Con los sistemas semipúblicos y privados existe una clara fragmentación, evidente con el ISSS y los hospitales de Fuerzas Armadas y menos significativa con la Seguridad Magisterial quienes han integrado sus actividades a las del sistema público.

La mayor parte de las actividades de atención y tratamiento del VIH se enmarcan en el **objetivo 2 del PEN**: Incremento de la oferta y cobertura de los servicios integrales de atención y prevención del VIH, Sida e ITS en El Salvador. Una evaluación conducida por USAID/PASCA⁵² re-

52 USAID/PASCA. Evaluación del Plan Estratégico Nacional para la prevención, atención y control del VIH, Sida e ITS. 2010.

Respuesta al VIH,
el Sida y las ITS
del sistema de salud

Componentes
programáticos

ciente de este plan concluyó que se han logrado avances significativos en integrar las instituciones, recursos humanos, en la promoción de los equipos multidisciplinarios, en la ampliación de la participación de PVS en los grupos de apoyo, en el aumento al acceso a pruebas diagnósticas y al acceso de tratamiento para infecciones oportunistas, TARV y PTMI.

En aquella se identificaron algunas brechas importantes, fundamentalmente relacionadas con la gestión de la atención para asegurar la adherencia, el trabajo en equipo y el cumplimiento de las normas de atención de VIH e ITS. Específicamente se mencionó la falta de información sobre satisfacción de los usuarios, la falta de información acerca del porcentaje de personal de salud que aplica las normas y protocolos de atención integral en los diferentes niveles y la falta de información acerca de número de personas tratadas para ITS en forma adecuada y la escasez de recursos para la atención de calidad en el sistema de salud en general.

Otros datos de esta evaluación que requieren mayor análisis incluyen la metodología utilizada para calcular el indicador de estimación de cobertura de TARV en PVS (informada en 100%), la definición del plan de gestión para asumir los compromisos derivados del Proyecto Fondo Mundial y la definición de infraestructura y espacios “adecuados” para la atención, a la luz de las limitaciones de infraestructura de la red de salud en general.

Hallazgos

Acceso al diagnóstico:

La realización de la prueba de VIH se ha integrado exitosamente en muchas unidades de atención que disponen de laboratorio, lo que ha resultado en un aumento sostenido del acceso al diagnóstico en los últimos años⁵³. Se utiliza de rutina pruebas rápidas, el resultado negativo se entrega en el día en la mayoría de los centros y las muestras positivas se refieren para confirmación a los laboratorios de referencia, entregándose el resultado confirmado después de una o dos semanas. Sin embargo la detección, manejo y atención de las ITS sigue mostrando fallas, lo cual redundará en la perpetuación de la incidencia y prevalencia de las mismas.

Para cada prueba debe llenarse el formulario del SUMEVE (FVIH-01) con información socio demográfica y completarse otro formulario para los casos positivos (FVIH-01B). Algunos proveedores criticaron el tiempo necesario para el llenado, la sensación de falta de uso de la información en aquellos casos que resultan negativos; por ejemplo, no se han retirado las boletas de individuos VIH negativos desde hace más de un año en algunos centros del ISSS y existe la necesidad de volver a llenarlo cada vez que se repite la prueba. La percepción de una burocracia exagerada actúa como limitante al acceso de la prueba ya que personal de salud admitió que en ocasiones no solicita la prueba para no llenar toda esta información. Aún más, algunos centros han suspendido la realización de la prueba debido a la falta de formularios y a la falta de autorización de la reimpresión por parte de la Dirección de Vigilancia Epidemiológica (ISSS).

A pesar de estas limitaciones, el acceso a pruebas es relativamente bueno, aunque el acceso a menores de 18 años sin autorización de un responsable legal sigue siendo limitado. Aproximadamente el 42% de las unidades de primer nivel realizan pruebas de VIH localmente (90% de las localizadas en San Salvador). Algunos centros han notificado que reciben menos kits para pruebas rápidas de las solicitadas y por aquello, en ocasiones tienen que racionalizar su uso o incluso suspender las pruebas por periodos cortos⁵⁴. La campaña anual de testeo se acompaña de una gran movilización comunitaria y concentra el 20% de las pruebas que se realizan en el año. A pesar de estos avances, las encuestas muestran que solo el 10% de la población adulta joven (15-49 años) ha conocido su estatus de VIH en los últimos 12 meses⁵⁵, sugiriendo la necesidad de seguir desconcentrando los centros de testeo y seguir promoviendo el acceso. El acceso a pruebas en PEMAR es aún limitado debido al estigma y discriminación a que son sometidas, además del horario que ofertan los establecimientos de salud.

⁵⁴ En la revisión de este reporte se indicó que la entrega de kits de prueba se hace con base a pruebas realizadas y existencias que se reportan mensualmente.

⁵⁵ Encuesta FEES

⁵³ Informe UNGASS

Acceso al tratamiento

El acceso a tratamiento de primera línea está asegurado en todos los pacientes que lo requieren y que acceden a los centros de tratamiento. Los esquemas de primera línea utilizados en los centros del sistema público son adecuados. No se sigue la última norma de tratamiento, porque se reconoce que es muy antigua (2005) y en los hechos el PNS ha recomendado algunos cambios, aunque la nueva guía aún no está disponible. Sólo hay datos disponibles sobre los pacientes en tratamiento en setiembre 2009. El programa ha logrado restringir los diferentes esquemas utilizados en primera y segunda línea a menos de cuatro, aunque el 14% de los adultos recibían esquemas con d4T. A septiembre de 2009, se encontraban recibiendo tratamiento de primera línea el 88% de los adultos y el 68% de los niños. De segunda línea el 12% y el 32% respectivamente y ningún paciente había iniciado esquemas de tercera línea. Esta realidad es diferente en el ISSS que aunque no disponen de datos cuantificables refieren acceso a Tenofovir y a esquemas de tercera línea mediante demandas legales.

En una encuesta realizada para medir el estigma los pacientes reconocieron la facilidad en el acceso a tratamiento⁵⁶. Existe una política para mejorar el acceso a prevención y tratamiento de poblaciones móviles, pero no hay una política institucional para mejorar el acceso al tratamiento y disminuir la discriminación en los servicios de salud de TSF y TSM, HSH, adolescentes, personas privadas de libertad.

Calidad de atención

La calidad de las prestaciones es altamente variable, dependiendo fundamentalmente del funcionamiento general de la institución que se evalúa. Existe un programa nacional de garantía de la calidad⁵⁷ establecido en 2005 pero que en la práctica no se ha implementado de manera constante.

Algunos centros (por ej.: el Hospital Nacional Benjamín Bloom) disponen de un programa de

control de calidad, normas, protocolos, planificación y metas establecidas, mientras que en la mayoría de los centros hospitalarios se atiende según la demanda, sin metas, sin planificación y con escasa capacidad de adaptación a las necesidades de la población atendida.

En cada institución funcionan equipos multidisciplinarios, que inicialmente se habían financiado con recursos externos y que actualmente han sido en su mayor parte incorporados a la plantilla hospitalaria. Estos equipos han permitido una integración (también variable según la institución) de las actividades relacionadas a la atención integral a las personas que viven con VIH, y han posibilitado brindar una oferta amplia de servicios en la mayoría de las instituciones visitadas. Recientemente, en el sistema público se ha implementado un equipo de promotores constituido por personas viviendo con VIH, cuyo propósito es mejorar la adherencia, la autoestima y luchar contra la discriminación.

Calidad del proceso normativo

Existe un amplio marco legal y normativo de la atención. La última revisión de la norma de TARV se realizó el 2009, pero aún se encuentra en proceso de validación, por lo que la norma en uso es del año 2005.

Hay aspectos específicos que afectan la atención y que posiblemente puedan mejorar; por ejemplo, los criterios de ingreso a unidad de cuidados intensivos, tratamiento para hepatitis crónica, trasplantes, entre otros.

No se aplica el protocolo para investigar sistemáticamente TB activa en pacientes con VIH. No se sigue la norma de diagnóstico de TB latente, por lo tanto la profilaxis con INH se realiza infrecuentemente.

Profilaxis post exposición

Se dispone de una norma para la prevención de la transmisión post exposición⁵⁸. En todas las instituciones se conoce la necesidad de reportar los accidentes ocupacionales y se dispone de alguna forma de acceso a profilaxis post exposición, pero no siempre se reconoce la necesidad de actuar de inmediato. Además,

56 Estudio de Estigma y Discriminación. El índice de estigma en personas que viven con VIH. Asociación Vida Nueva, PNUD, Asociación Demográfica Salvadoreña. 2009

57 Programa Nacional de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud en El Salvador. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Dirección General de Salud y Aseguramiento de la Calidad. El Salvador 2005.

58 Guía para el Sistema de Información de la profilaxis post exposición al VIH. Programa nacional ITS-VIH-SIDA, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. El Salvador, Julio 2003. Disponible en: http://www.mspas.gob.sv/pdf/SIDA_DOC/GUIA_PARA_EL_SISTEMA_DE_INFORMACION_DE_LA_PROFILAXIS_POST_EXPOSICION_AL_VIH.pdf

no todos los centros tienen el mismo compromiso para atender estas situaciones. Algunos han conseguido los kits de emergencia y derivan a los pacientes a los centros de tratamiento ya con una evaluación inicial y con el tratamiento iniciado por urgencias; mientras que otros (contrariando la norma) solo se limitan a referir al paciente; lo que demora el inicio de la profilaxis, en particular durante la noche o fines de semana.

Aunque el personal de salud reconoce la necesidad de indicar profilaxis tras una exposición por violencia sexual, existe confusión para la operacionalización. Algunos no realizan ningún procedimiento hasta que la víctima no es vista por los peritos legales, esto demora la oportunidad de un inicio temprano.

De igual manera, no se hace búsqueda activa en casos de hechos de violencia en mujeres positivas. Sin embargo, El Salvador ha realizado un estudio de VIH y violencia contra las mujeres, el cual permitirá definir estrategias en conjunto con problemas de salud pública⁵⁹.

Disponibilidad de información acerca de los pacientes en seguimiento

El PNS tiene fuertes dificultades para disponer y actualizar información relevante y organizar la atención. Esta información se refiere a número de pacientes atendidos alguna vez, número de pacientes en seguimiento, número de pacientes en TARV, tipo de tratamiento por esquemas, esquema por pacientes, tolerancia, adherencia (en adherencia se cuenta con alguna información en algunos centros), fallo, número de pruebas de diagnóstico, de CV y de CD4 por centro o paciente, proporción de ingresados por VIH, número y proporción de muertes por VIH, causas de internación, etc.

El sistema de vigilancia registrado en el SUMEVE permite capturar datos de pruebas de laboratorio, nuevos casos de VIH registrados y medicamentos dispensados, apoyándose en el registro de atenciones por morbilidad/mortalidad del sistema de información de morbimortalidad vía web (SIMMOW); teniendo la limitante que este último, sólo registra atenciones brindadas en los establecimientos del Ministerio de Salud. En el Instituto Salvadoreño del seguro Social se utiliza principalmente el SES y el SU-MEVE.

En esta situación, con relación a las ITS, el Ministerio de Salud y el ISSS reportan un conjunto diferente de enfermedades al sistema. No está clara la utilidad práctica de reportar al sistema de vigilancia de ITS enfermedades que no son exclusivamente de transmisión sexual como candidiasis vaginal o condiciones que no son fáciles de detectar como los ocasionados por el virus del papiloma humano y el herpes. No se hacen actividades sistemáticas de búsqueda y tratamiento de contactos ni se registra ni se ofrece sistemáticamente la prueba de VIH a los pacientes con ITS.

Atención en el primer nivel

En la gran mayoría de las instituciones visitadas se evidencian conocimientos y aptitudes que permiten la realización de las actividades de promoción, prevención y diagnóstico del VIH. Hay recomendaciones claras sobre consejería, manejo de adherencia, necesidad de ofertar la prueba en embarazo y TB y en situaciones de riesgo. No se observa una sistematización en el manejo de ITS a pesar de la existencia de la guías de tratamiento⁶⁰. La presencia de medicamentos para el tratamiento de las ITS depende de la provisión del almacén y el hospital local, se observan desabastecimientos y en ocasiones se evidenció el uso relativamente frecuente de tratamientos inapropiados (quinolonas para tratar la sífilis).

Hospitales de segundo nivel

En estos hospitales se observan las mismas limitaciones que en las unidades de primer nivel, y que en general se derivan de las debilidades estructurales del sistema de salud y que condicionan en forma importante la atención, no solo del VIH.

No se observa un adecuado cumplimiento de los protocolos. Existen diferentes visiones y expectativas del alcance de la contra referencia a este nivel, lo que afecta la continuidad de la atención.

Hospitales de tercer nivel del sistema público

La mayoría de los centros de atención de adultos funcionan con horarios amplios de atención, con citas programadas, evalúan pacientes en servicios de urgencias e internan pacientes graves.

⁶⁰ Norma y Guía de Atención de Infecciones de transmisión sexual. Programa nacional ITS-VIH-SIDA, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. El Salvador, Junio 2006.

⁵⁹ OPS. Violencia de género y relación con VIH - El Salvador. 2008.

Se observa superpoblación, gran número de pacientes y escaso personal en muchos de los centros, escasez de espacio, de recursos para atención y tratamiento. Hay déficit infraestructurales, como la falta de salas de aislamiento respiratorio y el escaso personal de enfermería.

Los proveedores de atención de los centros de tratamientos son médicos internistas con un diplomado en atención integral de VIH realizado en el país, pero que no tiene reconocimiento de especialidad, ni colegiatura, lo que los sitúa en desventaja frente a otras especialidades.

La adherencia, no se evalúa sistemáticamente en cada visita, solo se trabaja en promoción de la adherencia a través de la consejería par. No se han implementado mecanismos para detectar sistemáticamente y en forma oportuna (por Ej.: en el mismo mes) la pérdida de seguimiento. Tampoco se identifica y busca a los casos que no retiran el resultado de VIH (una excepción son los donantes de sangre). No se ofrece sistemáticamente el estudio de caso porque se supone que se realiza en el primer nivel, pero no hay seguimiento de la información.

Las visitas son cada 1-3 meses, y se reciben los listados de CV y CD4 directamente desde laboratorio central, pero no existe un mecanismo para contactar a aquellos pacientes con fallo virológico, y en la práctica se espera a que el paciente vuelva a su próxima visita. No hay seguimiento a situaciones de depresión, alcoholismo, consumo de drogas y violencia a las mujeres.

En la atención pediátrica especializada un sólo Centro atiende la totalidad de los niños con diagnóstico de VIH. Este Centro no es alertado en forma rápida desde el laboratorio cuando ocurren casos positivos lo que imposibilita asegurar una referencia a tiempo. En algunas escuelas no se ha respetado la confidencialidad, lo que ha afectado el seguimiento de esos niños. En algunas instituciones no se cumple la norma de no vacunar con BCG a niños con riesgo de infección por VIH.

El hospital pediátrico de tercer nivel presenta algunas dificultades para ingresar niños mayores de 12 años en las salas de pediatría, quienes deben pasar directamente a salas de adultos. La UCI no tiene establecidos criterios definidos para acceso de casos graves VIH y a la fecha ningún paciente ha sido aceptado.

Hospitales del sistema del ISSS

Los hospitales del ISSS funcionan en forma aislada a la política del PNS. Se observa reticencia a seguir los lineamientos presentes en la normativa, justificando ese comportamiento en que ellos tienen acceso a mejores medicamentos. La cobertura está limitada al tiempo en el que el usuario puede cotizar, disponiendo de un periodo de gracia de un año después de esta situación, limitado a la atención de una sola especialidad. La participación de la sociedad civil en el ISSS es muy limitada. Este hecho genera situaciones de conflictos cuando el usuario pierde la cobertura y tiene que ser absorbido por el sistema público.

Han avanzado en el uso de tenofovir y en el acceso a fármacos de tercera línea mediante recursos legales. Se observa un uso inadecuado de ARV's como el uso de LOPINAVIR/RITONAVIR en primera línea, en particular en mujeres en edad fértil que podrían recibir Efavirenz junto con métodos de planificación familiar efectivos o uso sistemático de 3 INHIBIDOR NUCLEÓTIDO DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA + LOPINAVIR/RITONAVIR en esquemas de segunda línea.

El sistema de registro utilizado en los establecimientos del ISSS no permite conocer la cantidad de pacientes activos y aquellos que abandonan el seguimiento, aunque contactan sistemáticamente a aquellos con fallo virológico detectados en los listados de laboratorio.

No evalúan sistemáticamente la adherencia, depresión ni consumo en exceso de alcohol o drogas. No está sistematizada la búsqueda de TB activa ni la prevención de la infección latente. El sistema de farmacia no permite identificar a los pacientes por esquema ni a los que no retiraron medicación durante el mes. Ha habido desabastecimiento de pruebas de laboratorio en el último año. La atención de los privados de libertad en el ISSS depende de que sus familiares realicen todos los trámites necesarios para lograr la atención.

Respuesta al VIH,
el Sida y las ITS
del sistema de salud

Componentes
programáticos

Recomendaciones

Modelo de atención:

- Poner en aplicación la norma de atención definida de 2009 para estandarizar la respuesta de atención tanto en el Ministerio de Salud como en el ISSS, FA y Bienestar Magisterial. Simultáneamente actualizar en el conocimiento y uso de la norma a los equipos de salud.
- Definir el tipo de usuario y patologías que requieren tratamiento en hospitales de tercer nivel, a fin de desconcentrar la atención en estos centros y priorizar su rol en el seguimiento de pacientes críticos, pacientes con múltiples morbilidades o pacientes con fallo o intolerancia a regímenes de segunda línea.
- Asegurar la atención de acuerdo a redes integradas a través del curso de vida y aplicando los protocolos existentes en el marco de SSR, tanto en el Ministerio de Salud como en el ISSS.
- Diseñar, producir, publicar y diseminar un registro o directorio de recursos disponibles para la atención del VIH en toda la red para facilitar las derivaciones y referencias y definir responsabilidades. Incorporar en este registro la información de contacto y las funciones de los prestadores de atención por distrito y también las ONG y otras organizaciones que pueden brindar asistencia económica, alimenticia y legal. Esta recomendación está orientada al establecimiento de una red que permita hacer una referencia oportuna para acceder a los recursos disponibles para la atención integral. Es importante que esta ruta de referencia garantice condiciones de seguridad y privacidad del personal que brinda esta atención, limitando la información al nombre de la institución, servicios que ofrece y su número telefónico.
- Establecer una política de promoción de la investigación en salud, estableciendo prioridades y facilitando acceso a recursos para llevarlas a cabo. A nivel de los centros de atención promover la participación en eventos científicos, el reporte de casos, los estudios de cohortes y los estudios multicéntricos.

- Promover y acelerar la integración con el sistema del seguro social, en particular en zonas alejadas de la capital.

Calidad de atención

- Disponer de información para monitoreo y evaluación de indicadores de impacto de la atención, tales como eventos oportunistas, internación de pacientes, tratamiento adecuado, porcentaje de pacientes con carga viral indetectable, costos de atención, o mortalidad y demás.
- Es necesario rediseñar y normalizar el flujo de información y de los análisis de la misma de manera de asegurar que el programa nacional de ITS/VIH/Sida, las regiones y las unidades de salud cuenten en forma oportuna y periódica (al menos cada mes y con un acumulado anual) con la siguiente información vital para el seguimiento adecuado del programa: Pacientes nuevos diagnósticos no confirmados (identificador único, centro, etc.). Pacientes confirmados que no iniciaron seguimiento (identificador único, centro, etc.). Pacientes registrados en los programas de seguimiento (identificador único, centro, número de controles en el último año, última visita, último CD4, cambio de centro). Situación de los pacientes a la primera consulta (Sida/no Sida/CD4). Pacientes que iniciaron tratamiento (identificador único, centro, esquema utilizados, cambio de esquema, causa de cambio fecha del último retiro de farmacia, cambio de centro). Internaciones asociadas a VIH (días de internación y diagnóstico). Muertes de pacientes con VIH (identificador, causa).
- Asegurar los recursos para un estándar mínimo de calidad en el Ministerio de Salud. Éste debiera incluir personal, medicamentos, laboratorio y un ambiente que asegure la confidencialidad del paciente.

- Definir un programa de control y aseguramiento de la calidad de las prestaciones, en forma coordinada con los esfuerzos nacionales de mejoramiento de la calidad que asegure el cumplimiento de algunas actividades estándar dentro de cada centro y que esa información se recibe a nivel central. Utilizar experiencias exitosas nacionales como modelos a replicar en otros centros (por ej., CENID – Hospital Bloom).
- Asegurar una participación amplia de todos los actores en el proceso normativo, independientemente de su filiación, y evaluar toda la evidencia disponible, reconociendo que la decisión final acerca de las recomendaciones deberá tomarse de acuerdo a la política nacional y los recursos. Proporcionar un espacio y periodo de tiempo para recibir comentarios del borrador (por Ej.: página web).
- Asegurar la calidad de los protocolos de tratamiento mediante una revisión oportuna y periódica basada en evidencia y los avances científicos en VIH y Sida.
- Indagar entre los proveedores de atención los nuevos temas que requieren ser regulados (por ejemplo, salud reproductiva en hombres y mujeres con VIH, criterios de ingreso a unidad de cuidados intensivos, atención a adolescentes, prestaciones obligatorias y tiempos en que se deben efectuar, etc.).
- Evaluar la pertinencia de un sistema nacional de registro y seguimiento de accidentes laborales y asegurar que los protocolos se cumplan, que los kits de emergencia estén disponibles en todos los centros, tanto para accidentes laborales como para exposición sexual.
- Costear y planificar a medio y largo plazo el gasto en TARV teniendo en cuenta los nuevos pacientes en tratamiento, el uso de fármacos más seguros y la creciente necesidad de utilizar fármacos de segunda y tercera línea.
- En ITS redefinir las prioridades para recolectar información, asociar el tipo de enfoque que se utilice con el tipo de datos que se colecte y los centros donde se recoja la información (sindrómico o etiológico, unidades de salud o laboratorios).
- En **unidades de salud y hospitales de segundo nivel sin acceso a TARV** se debe asegurar que aumente el acceso a pruebas diagnóstica y que el resultado se entregue en el día. Sistematizar el manejo de las ITS. Utilizar como marcadores de calidad el acceso a promoción, prevención y pruebas, el flujograma de mujeres embarazadas positivas, la referencia adecuada de niños expuestos, el algoritmo de aplicación de BCG en niños expuestos, el estudio de caso de individuos con reciente diagnóstico y el estudio de TB activa y latente en recientes diagnósticos de VIH. Debe asegurarse que las unidades reciben la siguiente información en forma oportuna: Pacientes nuevos diagnósticos no confirmados (identificador único, centro, etc.). Pacientes evaluados para la oferta de la prueba a la pareja y referencia para atención. Pacientes referidos a seguimiento que no iniciaron seguimiento (identificador único, centro, etc.).
- En los **hospitales de segundo nivel con tratamiento ARV** se deben identificar mecanismos para asegurar el cumplimiento oportuno de los protocolos, definir el alcance de atención domiciliaria y asegurar el equipamiento necesario.
- Todos los centros que realizan seguimiento de pacientes VIH deberían disponer de información actualizada cada mes acerca de: Situación de los pacientes a la primera consulta (Sida/no Sida/CD4). Pacientes que iniciaron tratamiento (identificador único, centro, esquema utilizados, cambio de esquema, causa de cambio fecha del último retiro de farmacia, cambio de centro). Internaciones asociadas a VIH (días de internación y diagnóstico). Muertes de pacientes con VIH (identificador, causa).

Respuesta al VIH,
el Sida y las ITS
del sistema de salud

Componentes
programáticos

- En los **hospitales de tercer nivel** deben asegurarse disponer de salas de aislamiento respiratorio para evitar la transmisión nosocomial de tuberculosis, trabajar la discriminación en el resto del personal sanitario, establecer dispositivos fuertes para la detección sistemática de problemas de adherencia, depresión o consumo abusivo de alcohol o drogas.
- Es necesario rediseñar el rol de los promotores PVS para asegurar que identifican y tratan de localizar a los pacientes que abandonan el seguimiento. Mejorar la contra referencia con el nivel local para el estudio de caso, el diagnóstico familiar y el estudio de TB activa y latente. Establecer circuitos para detectar y citar rápidamente a los casos con falla virológica.
- En **centros de atención pediátrica**, referir activamente desde laboratorio los nuevos casos positivos, asegurar la continuidad de la atención de los adolescentes para asegurar una adecuada transición; asegurar información en salud sexual y reproductiva y recursos dirigidos a adolescentes VIH positivos. Promover actividades de integración de psicología y odontología con los servicios del hospital a fin de asegurar la formación continua y la sostenibilidad a largo plazo. Asegurar la provisión continua de sucedáneos de la leche materna.
- En el **ISSS** promover el cumplimiento de la norma nacional de tratamiento. Sistematizar la búsqueda de TB activa y la prevención de la infección latente. Todos los centros que realizan seguimientos de pacientes VIH deberían disponer de análisis de la información actualizada cada mes acerca de: Situación de los pacientes a la primera consulta (Sida/no Sida/CD4). Pacientes que iniciaron tratamiento (identificador único, centro, esquema utilizados, cambio de esquema, causa de cambio fecha del último retiro de farmacia, cambio de centro). Internaciones asociadas a VIH (días de internación y diagnóstico). Muertes de pacientes con VIH (identificador, causa).

B. Componentes del sistema de salud

En esta sección se retoma los elementos que facilitan o limitan la respuesta programática en prevención y tratamiento y que requieren ser abordadas desde la perspectiva y nivel decisorio del sistema de salud. El análisis se organiza en torno a los seis componentes del sistema de salud adoptados por la OMS, y subsecuentemente por el Fondo Mundial para la entrega de subsidios dirigidos a fortalecer el sistema de salud.

1. Rectoría y gobernanza

Respuesta al VIH,
el Sida y las ITS
del sistema de salud

Resumen

No está clara la autoridad y el liderazgo que conducen la respuesta al VIH en el país. Para algunos este liderazgo lo desarrolla CONASIDA; sin embargo, en el ordenamiento jurídico esta comisión sólo tiene un rango asesor. Por otra parte está el PNS -en un contexto de fragmentación y verticalidad de los programas de salud del Ministerio de Salud- el PNS está definido como un programa especial que depende directamente de la Ministra de Salud y actúa con independencia. Todo esto afecta una respuesta integradora, interprogramática e intersectorial a la epidemia.

También actúan con importante capacidad de influencia el MCP del Fondo Mundial y los organismos denominados beneficiarios principales. El Plan Estratégico Nacional, PEN, es considerado una finalidad en sí y no un medio técnico para mapear y orientar a la acción frente al VIH; el PEN es una propuesta lineal al definir periodos estáticos de cinco años frente a una epidemia con una alta tasa de cambio, circunstancia que demanda gran flexibilidad y plasticidad en la acción.

El PEN, en los hechos, está dirigido a población general y menos a las PEMAR y con un énfasis mayor en atención que en prevención. De otro lado, se asume el VIH como un problema de salud en sí mismo (exclusivo) y no como el resultado de una situación de salud más global que dice relación con la sexualidad y salud sexual de la población. El VIH no es sólo un acontecimiento viral, es consecuencia de situaciones socioculturales, económicas y políticas que definen espacios de vulnerabilidad; en particular, las dimensiones de sexualidad y género en la población así como otras variables contextuales y estructurales.

Considerando lo anterior y con sentido de urgencia, se sugiere el diseño e implementación en el Ministerio de Salud de un Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (estrategia 15)⁶¹, con enfoque de curso de vida, que asuma -entre otras dimensiones- el VIH y las ITS; en esa línea de SSR y de conformidad con las obligaciones internacionales y regionales aceptados por El Salvador con relación a la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas y el establecimiento de programas nacionales de prevención y educación para hacer frente a las enfermedades de transmisión sexual en especial el VIH y las que afectan en forma adversa la salud sexual⁶², se hace indispensable realizar un proceso de reingeniería organizacional y funcional del PNS.

Antecedentes

Los conceptos de rectoría y gobernanza son dos términos relevantes para la gestión pública en el sector salud. La rectoría se refiere al rol de conducción y regulación de los ministerios; este rol rector implica una respuesta efectiva en materia de salud pública en el contexto de

⁶¹ Ministerio de Salud. *Construyendo la Esperanza. Estrategias y recomendaciones en salud*. 2ª Ed. Octubre 2009.

⁶² De conformidad con el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, el disfrute de la salud sexual es parte del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud ("derecho a la salud") que es protegido por el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. El Comité es el órgano encargado de ayudar a los Estados Partes de este Pacto a cumplir con sus obligaciones en lo referente al derecho a la salud. El Salvador ratificó el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales el 29 de febrero de 1980. Ver la observación general 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sobre el derecho a la salud, disponible en: <http://wfrt.net/humanrts/gencomm/epcomm14s.htm>

sus funciones esenciales, así como de la modulación del financiamiento, el aseguramiento y una provisión equitativa de servicios. La conducción se refiere al liderazgo que los ministerios de salud tienen que realizar para orientar y movilizar para el logro de la política de salud. La regulación establece una estructura normativa para proteger y promover la salud de la población, garantizando su aplicación.

La gobernanza –complementariamente– se ocupa de la arquitectura de la gestión e implementación de las políticas y programas públicos. Hace referencia a decisiones, a la acción y al sentido e intencionalidad de ésta. Para tal efecto, define reglas del juego y normas, establece procesos que organizan la acción colectiva y las interacciones entre los actores –multiactores en multiniveles– hacia un logro de mayor efectividad de las políticas y programas, en nuestro caso, de respuesta a la epidemia de VIH.

En este marco ¿cómo se organiza la respuesta al VIH en El Salvador?

Una gobernanza y organización poco clara de respuesta al VIH y las ITS

La orientación que prima es el seguimiento activo de recomendaciones internacionales. En este sentido, se ha hecho hincapié en la estrategia de los 3Unos en el diseño de la respuesta, como lo dice claramente el Informe a UNGASS 2010. Esta estrategia propone a nivel del país un marco concertado de respuesta al VIH; una autoridad nacional de coordinación y un sistema único nacional de vigilancia y evaluación.

Lo que se observa es que si bien está la figura del CONASIDA como el referente nacional de la respuesta, en la ley y reglamento de Sida, ésta institución es definida con un carácter asesor del Ministerio de Salud. Es este ministerio quien tiene la rectoría en este problema de salud y actúa a través del PNS, el que en la forma y en los hechos debiera conducir la respuesta al VIH.

Paradójicamente, el PNS es –en la estructura del Ministerio de Salud– un programa especial que depende directamente de la Ministra de Salud. Este estatus lo tienen también los programas de tuberculosis, nutrición y salud mental. No queda clara la razón de esto; parece

unirlos el hecho de que son programas que disponen de importantes recursos. Esta situación tiene lugar en un contexto de gran fragmentación y verticalidad de los programas de salud del Ministerio y de una política de salud⁶³, que por el contrario, busca la articulación y alineamiento de los programas de salud en base al curso de vida de la población en una adecuada relación y balance de centralismo y descentralización.

Si bien se trabaja en base a la estrategia de los 3 Unos, el PNS se individualiza, e independiza; dispone de recursos y depende directamente de la autoridad superior del Ministerio de Salud. Sin embargo, varios otros organismos e instituciones son actores con influencia en materia de la respuesta, aunque no necesariamente alineados: CONASIDA, el Mecanismo Coordinador de País, MCP, agencias de cooperación, receptores de fondos del Fondo Mundial, entre otros.

Una cierta ambigüedad sobre cuál es la autoridad o referencia nacional sobre el VIH y las ITS

Con relación a una autoridad o referente nacional de la respuesta la VIH, están algunas opiniones que afirman básicamente lo mismo o dan crédito de la ambigüedad existente, especialmente en evaluaciones realizadas a la respuesta. Por ejemplo, el Plan de Apoyo Técnico, PAT de ONUSIDA de 2008 manifiesta que:

“El Programa Nacional de control y prevención de las ITS/VIH/Sida fue creado en el año 1987. Según la estructura del Ministerio de Salud este es considerado como un programa especial que depende directamente del despacho del Ministro de Salud. Tiene como responsabilidad primaria la de velar por la prevención, control y manejo de la epidemia de VIH/Sida así como de las infecciones de transmisión sexual. El programa (PNS) es responsable de la implemen-

63 ... para construir un Sistema Nacional de Salud que, desde la concepción y el compromiso explícito del reconocimiento de la salud como un bien público y un derecho humano fundamental que debe ser garantizado por el Estado, asume la tarea de la construcción colectiva, democrática y participativa de la misma, a partir de bases programáticas que incluyen: el enfoque de derechos humanos, el trabajo intersectorial para el abordaje de la determinación social de la salud, el desarrollo de un sistema nacional de salud equitativo, eficiente, solidario y universal y la integración, complementación y desarrollo de políticas de salud en el nivel subregional y regional.

64 Ministerio de Salud. Construyendo la esperanza. Estrategias y recomendaciones en salud. Segunda edición, octubre de 2009

*tación de políticas de salud enfocadas a las ITS/VIH/Sida, así como de evaluar el progreso de las acciones de cara a la epidemia.*⁶⁵

USAID/PASCA en una evaluación al PEN de 2010, manifiesta que:

*“Existe una dualidad en la identificación de la autoridad nacional, por un lado se identifica al Programa Nacional de ITS y VIH y Sida como la autoridad nacional y por otro lado se identifica a CONASIDA como autoridad nacional.”*⁶⁶

Ahora bien, la misma referencia citada inmediatamente arriba, dice con relación a una autoridad nacional única para la respuesta: “Una autoridad nacional de coordinación del VIH con un mandato multisectorial amplio” y para lo cual considera necesario modificar la ley de Sida “para que CONASIDA obtenga mandato de autoridad nacional en la respuesta del VIH”. Sugiere también “Crear una estructura administrativa autónoma; asegurar recursos para su auto sostenibilidad” (de CONASIDA) (p.25).

¿Debe existir una autoridad nacional para el VIH y el Sida y las ITS con estructura administrativa autónoma? ¿Esta autoridad tiene que estar en el PNS o en CONASIDA?

No hay dudas que asumir una respuesta efectiva al VIH requiere de la participación de muchos actores e instituciones públicas y privadas. Para ello se han propuesto múltiples estrategias; una de éstas es la respuesta intersectorial tras la cual ingentes esfuerzos se han colocado.

Sin embargo, no se sabe de alianzas significativas que se hayan construido sin la acción y presencia de un liderazgo claro y convocante. Entonces la discusión no está en una formalidad administrativa, sino en cómo se hace posible y se construye un liderazgo en el país con capacidades de articular un importante movimiento multi e interactorial (se piensa que

el concepto intersectorial es restringido porque da cuenta principalmente de actores del Estado a diferencia de la noción de interactorialidad que resulta más amplia).

Una alianza de esa naturaleza tiene que tener expresión en una propuesta de sentido y líneas de acción compartidas; con voluntad política y una asignación de recursos coherentes con el tamaño de la tarea y de aplicación real por parte de los actores participantes.

Hoy, y de acuerdo con el actual desarrollo de la epidemia de VIH, la política de salud vigente y los cambios impulsados en el Ministerio de Salud ¿en torno a cuáles ideas generatrices, construir este liderazgo y alianzas?

La respuesta a la epidemia del VIH – en una gran medida – ha sido asumida como un problema de salud en sí mismo, aislado y no necesariamente comprendido como un resultado de factores estructurales⁶⁷ y contextos socioculturales en el país.

Está claro que el avance del VIH tiene que ver con contextos estructurales y situaciones socioculturales y sociopolíticas en que viven las personas y que afectan las dimensiones de riesgo y vulnerabilidad de éstas frente al virus: la sexualidad⁶⁸ y el comportamiento sexual⁶⁹, así como otras variables contextuales determinantes. No resulta apropiado en términos del carácter de la

67 Lancet 2008; 372: 764–75. Publicado en línea en agosto de 2008

68 OPS. Iniciativa regional para la vinculación de programas de salud sexual y reproductiva, género y de prevención de VIH y otras infecciones de transmisión sexual. 2009 “La sexualidad es una dimensión fundamental de la vida de las personas, las familias y las comunidades. Es profundamente influida por las interacciones sociales, la cultura y las experiencias personales. Por ello, la inclusión del tema en las agendas de salud pública exige una comprensión profunda y clara de las expresiones y la dinámica de la sexualidad en la vida cotidiana y a lo largo del ciclo vital, y no únicamente durante el período fértil. La sexualidad tampoco puede ser reducida únicamente a los eventos asociados con la reproducción, puesto que una proporción altamente significativa de la actividad sexual humana no tiene como propósito ni tiene como resultado la procreación.”

69 FLACSO/UNFPA/OPS. Estado de la vinculación de la salud sexual y reproductiva, VIH y Sida e ITS en Chile. 2009. “La salud sexual se puede comprender como la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales, sociales y culturales del ser sexual, de manera de enriquecer positivamente y fortalecer la personalidad, la comunicación y el amor. Se trata de la capacidad que tienen mujeres y hombres de disfrutar y expresar su sexualidad, sin coerción, violencia, ni discriminación y sin riesgo de adquirir infecciones transmitidas sexualmente y/o de tener embarazos no planificados o no deseados. La salud sexual significa ser capaz de expresar y sentir placer, tener relaciones sexuales que se desean y se escogen. Supone tener relaciones sexuales sin riesgos y tener acceso a educación sexual y servicios de salud integrales.”

65 ONUSIDA/PNS. PAT. Plan de Apoyo Técnico El Salvador. Diciembre 2008. (p.: 2).

66 USAID/PASCA. Evaluación del Plan Estratégico para la prevención, atención y control del VIH, el Sida y las ITS 2005-2010. (p. 85) Marzo 2010.

epidemia del VIH y de la salud de población, persistir en un enfoque de excepcionalidad o exclusividad en el abordaje del VIH sin mayores conexiones con otros componentes del sistema de salud y -algunas veces- con abstracción del contexto de las sociedades en que se vive y habita y los espacios y tiempos de vulnerabilidades que ahí existen estructuralmente.

No hay dudas sobre la importancia estratégica de disponer de un curso de acción al VIH alineado en el país, que potencie los recursos disponibles y asegure sostenibilidad en las acciones de prevención de nuevas infecciones y de atención a las PVS. Sin embargo, reiterar un camino solo centrado en el VIH (en un enfoque de excepcionalidad) y no en sus raíces y determinantes, continúa colocando el énfasis en lo que resulta ser una consecuencia de otra problemática mayor de salud y de inequidad, no abordada aún de manera integral en el país.

Una estrategia de interactorialidad y policéntrica requiere de un claro liderazgo que facilite e impulse esa respuesta más integral, sistémica, multiactoral sobre la base de un enfoque de factores determinantes de estos problemas de salud, con una mirada de salud sexual de respuesta al curso de vida de la población. La "mayoría de las infecciones por VIH se transmiten sexualmente o se asocian con el embarazo en el parto y la lactancia materna, todos ellos elementos fundamentales de la asistencia sanitaria sexual o reproductiva"⁷⁰, lo cual será redefinido en la nueva ley de VIH.

Una mirada así necesariamente requiere voluntad política para articular espacios, tiempos, recursos y actores.

En el espacio de las reflexiones evaluativas anteriores y con gran sentido de urgencia, se hace necesario el diseño e implementación en el Ministerio de Salud de un Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (estrategia 15)⁷¹, con enfoque de curso de vida, que asuma -entre otras dimensiones- la respuesta al VIH y las ITS y progrese en constituir un eje referencial de articulación inter y multiactoral en el país en sexualidad, derechos sexuales y salud sexual.

Algunas ventajas en SSR y VIH

Mejor acceso y utilización de servicios VIH y salud sexual y reproductiva. Mejor acceso de las PVS a servicios de SSR adecuados. Reducción de estigma y discriminación. Mejor cobertura de servicios a poblaciones vulnerables. Mejor apoyo a la doble protección. Mejor calidad de servicios y atención. Disminución de la duplicación de esfuerzos y competencia por los recursos. Mejor comprensión de la protección de los derechos de las personas. Reforzamiento de los marcos jurídicos y normativos. Mayor efectividad y eficiencia programática. Mejor aporte y potenciación de los recursos humanos, generalmente escasos.

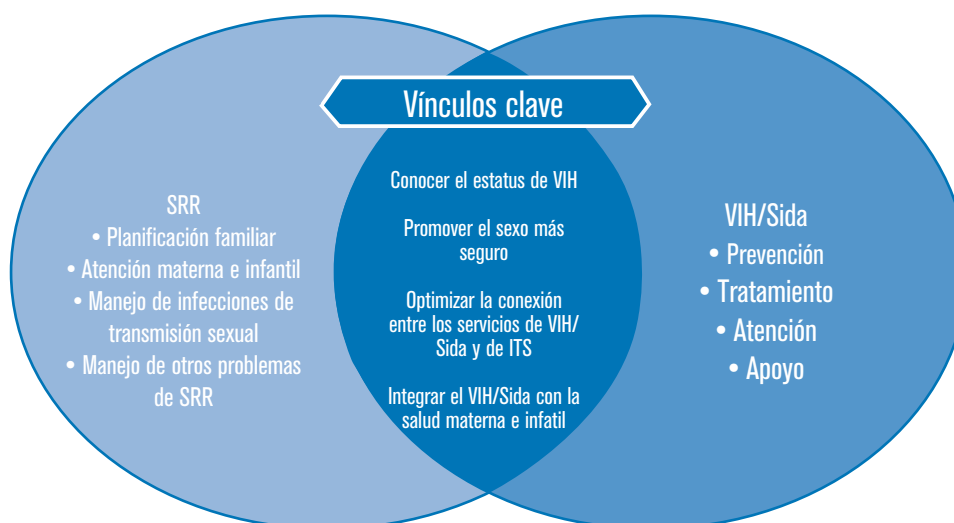
Hay políticas de salud y de SSR que actúan en base a soluciones centradas en el tratamiento de las enfermedades, sin considerar los factores estructurales aludidos. Es necesaria mucha claridad en que la SSR involucra la salud de las personas en todo el curso de vida y que incluye, entre otros, al embarazo, embarazo en la adolescencia, la regulación de la fertilidad, el aborto, fecundidad adolescente, violación sexual, las ITS, el VIH. Estos temas no debieran ser tratados de manera aislada sino con respuestas de políticas de salud integrales, que den cuenta del conjunto de los factores etiológicos presentes en estas situaciones de salud.

70 OMS, UNFPA, ONUSIDA, IPPF Vínculos entre la salud sexual y reproductiva y el VIH/Sida. Vías para la integración. Estudio del caso de Kenya. 2008

71 Ministerio de Salud. Construyendo la esperanza. Estrategias y recomendaciones en salud. 2ª Ed. Octubre 2009.

En esta línea de SSR se hace indispensable diseñar e implementar una reingeniería organizacional y funcional del PNS.

Marco de relevancia para establecer vínculos prioritarios SSR y VIH/Sida (UNFPA - OMS - ONUSIDA - IPPF)



Respuesta al VIH,
el Sida y las ITS
del sistema de salud

Componentes
del sistema
de salud

Fuente: OMS (2005) Salud Sexual y Reproductiva y VIH/SIDA. Un marco de referencia para establecer vínculos prioritarios. Recuperado de http://www.who.int/reproductive-health/stis/docs/framework_priority_linkages.es.pdf en mayo de 2010

Un rediseño programático como un constituyente del Programa de Salud Sexual propuesto, necesita profundizar y potenciar cinco capacidades estratégicas orientadas a lograr una gran autonomía de respuesta de país a estos desafíos: la idea es instalar y desarrollar progresivamente capacidades de gestión y estructurales, capacidades técnicas y metodológicas, capacidades relacionales y sociales, capacidades y competencias humanas; capacidades de gestión del conocimiento. Cuando se habla de autonomía se refiere a una capacidad nacional de autoabastecimiento de los recursos intelectuales y materiales (capacidades y competencias para proponer, para innovar, hacer, generar conocimiento y teoría, construir subjetividades de cómo a nivel del país es posible tener efectividad ante la epidemia) para una efectiva respuesta a los desafíos de la salud sexual de la población y al VIH y las ITS en particular. Se trata de una autonomía relacional que se construye y madura con los actores nacionales y externos.

Recomendaciones

En el marco de los avances logrados y los desafíos actuales de la respuesta a la epidemia, actualizar y adecuar ésta en conocimiento, prevención y atención dentro del marco de líneas estratégicas como:

- Avanzar en el desarrollo de un enfoque sistémico en el contexto de una expresión institucional interprogramática y multiactoral de la respuesta en el sistema de salud y en la sociedad desde un enfoque de SSR.
- Integración progresiva cultural e institucional de la salud sexual en el curso de vida de la población (Estrategia 15 de Construyendo la Esperanza) en el sistema de salud, de manera consistente con las medidas de aplicación establecidas por los instrumentos universales y regionales de derechos humanos ratificados por El Salvador.

dor⁷² y con un enfoque de igualdad y equidad de género. (ver estrategias progresivas más apropiadas para el efecto: de vinculación, articulación o integración)

- Se recomienda que en la Estrategia 15, el Ministerio de Salud articule iniciativas de regulación, capacitación, habilitación de servicios y calificación de competencias a fin de revertir el abordaje vertical que se observa desde el programa de ITS/VIH/SIDA.

- Profundización de la respuesta con consideración explícita de aquellos factores socioculturales y determinantes estructurales de la epidemia: sexualidad, género, territorialidad, entre otros.

• ¿Cómo?

- Con relación al PNS realizar una reingeniería de la respuesta en el marco de un enfoque de SSR y territorial en un plazo de 12 a 18 meses.

- Impulsando un proceso progresivo, simultáneo y paralelo que asegure -por una parte- la permanencia y actualidad de la respuesta acogiendo y sistematizando la multitud de recomendaciones hechas para una mejor la respuesta en diversos estudios y evaluaciones hechas en el país.

- Al mismo tiempo, trabajar en la instalación -en el sistema de salud- de una respuesta basada en los enfoques señalados antes, de acuerdo a las especificidades y singularidades de la situación de la epidemia en el país y en el nivel local.

⁷² El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención de los Derechos del Niño, la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la mujer, la Convención de los Derechos de las personas con Discapacidad, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, el Protocolo Adicional en materia de derechos económicos, sociales y culturales y la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer.

2. Financiamiento y aseguramiento

Resumen

Aun cuando el país no tiene un conjunto asegurado de prestaciones de salud para la población general, el acceso a tratamiento integral para las personas con VIH está garantizado por ley. En ese sentido, el aseguramiento no constituye un tema de preocupación para las personas afectadas por el VIH. La situación del financiamiento que enfrenta el país es, sin embargo, diferente y preocupante. Las proyecciones simples de costo de proveer tratamiento a un número creciente de personas con esta enfermedad que es crónica, muestran una creciente carga financiera que impondrá un alto costo de oportunidad a la atención de otros problemas de salud de la población salvadoreña.

Las estimaciones del gasto total en VIH, con cifras de 2008, indican que el sector público asume la mayor parte con una contribución de 76%, seguido del sector externo con 19% y el sector privado con 5%⁷³. Si bien el país ha tenido la capacidad de comprometer recursos públicos en el Presupuesto General del Estado y movilizar fondos externos para cubrir los costos de esta atención en los últimos años, el panorama a futuro muestra una necesidad creciente de recursos financieros, que es varias veces superior al aporte de fondos GOES.

Las recomendaciones incluidas a lo largo este reporte están dirigidas a mejorar la calidad de la inversión en VIH. Desde el punto de vista del financiamiento, los resultados de esta evaluación resaltan la necesidad de aumentar y mejorar la efectividad de la inversión en prevención. La creciente demanda por TARV impondrá una carga financiera insostenible con recursos públicos. Aun cuando el país ha hecho notables ahorros a través del acceso a precios muy competitivos en la compra de medicamentos, para 2012 se estima una necesidad de financiamiento para ARV equivalente al triple del aporte fiscal garantizado para este propósito.

Esta brecha crecerá por el solo hecho que –en algún momento de su vida– todas las actuales

personas con VIH deberán iniciar tratamiento. De no implementarse acciones eficaces para reducir la transmisión del virus, se mantendrá o incluso aumentará el número de nuevos casos por año y, en consecuencia, la adecuada atención al flujo de nuevas PVS resultará necesariamente en un descuido de la inversión en otros problemas de salud.

Antecedentes

En la conceptualización de los componentes del sistema de salud, la OMS define la idoneidad del componente de financiamiento y aseguramiento como aquel que recauda los fondos requeridos para asegurar que las personas tengan acceso a los servicios de salud que necesiten sin barreras financieras y estén protegidas de gastos catastróficos o del empobrecimiento asociado con la obligación de pagar por esos servicios. Además se indica que un buen sistema de financiamiento de salud entrega incentivos a proveedores y usuarios para ser eficientes.

Por lo tanto, desde este componente se analiza la sostenibilidad de la respuesta en vista de los recursos disponibles y previstos, tomando en consideración el análisis que se ha presentado en los componentes programáticos de prevención y tratamiento y en los demás componentes del sistema de salud.

Aseguramiento

No obstante, que en el país no existe un conjunto garantizado de prestaciones a la población general, desde el punto de vista de las personas afectadas por el VIH, el aseguramiento no constituye un tema de preocupación de-

Respuesta al VIH,
el Sida y las ITS
del sistema de salud

Componentes
del sistema
de salud

73 Medición del gasto en salud. MEGAS 2008.

bido a que la ley de VIH garantiza la atención integral a toda persona viviendo con VIH. El acceso a TARV está efectivamente garantizado y con recursos definidos en el Presupuesto General del Estado (recursos GOES). Esto indica la alta prioridad que el país otorga a la atención de las PVS.

Cada subsector tiene un mecanismo para financiar la atención de su población. El Ministerio de Salud atiende a su población adscrita y recibe a aquellos pacientes que dejan de ser beneficiarios del ISSS, Fuerzas Armadas o Bienestar Magisterial. Los trabajadores derechohabientes del ISSS y sus dependientes tienen acceso garantizado a la salud. El traslado de pacientes al Ministerio de Salud presenta un desafío en el ámbito financiero ya que, como se reporta en la sección de atención integral, los subsectores utilizan algunos esquemas de tratamientos diferentes y más caros de lo que está normado y que es lo que entrega el Ministerio de Salud. Las Fuerza Armadas tienen un programa que cuenta con un equipo interdisciplinario (psicólogo, enfermera, médico infectólogo, epidemiólogo, trabajadora social y educador). El equipo ha sido capacitado y realizan acciones de atención, promoción y prevención e implementan diversas actividades del programa. Coordinan el acceso a TARV con el Ministerio de Salud, acompañan y realizan seguimiento de las PVS. La marcha de este programa ha contado con el apoyo externo técnico y financiero de ONUSIDA, UNFPA, PNUD y el Gobierno de EEUU y desde el país del Ministerio de Salud y el Ministerio de Defensa.

Financiamiento y sostenibilidad

Los desafíos en este componente se plantean en la disponibilidad, asignación de recursos financieros y en la efectividad de su uso. Todo esto redundará en la posibilidad de sostener una

respuesta efectiva desde el sistema de salud al VIH. El país ha hecho varios ejercicios de estimación del gasto en VIH utilizando principalmente la metodología ASAP, la cual mide los recursos que utilizan todos los actores que trabajan en VIH en las diferentes áreas: prevención, atención y tratamiento, fortalecimiento institucional, desarrollo de recursos humanos y actividades de investigación. Por lo tanto, esta estimación da cuenta del uso efectivo de recursos para responder al VIH, ya sea que en los presupuestos ellos se identifiquen o no como específicos para este propósito.

En el reporte UNGASS 2010 se presenta las estimaciones de MEGAS con cifras del año 2008. De acuerdo a esas estimaciones, el gasto en VIH se financia en un 81% con recursos domésticos en tanto que el sector externo contribuye con el 19%. En la Tabla 2 se muestra la contribución de las diferentes fuentes de recursos y queda de manifiesto la alta contribución del sector público, lo cual refleja el cumplimiento tanto de los compromisos de garantizar la atención como de aquellos compromisos financieros adquiridos en virtud del acceso a donaciones condicionadas a la absorción de gastos, como es el caso del Fondo Mundial.

Tabla 2: Composición del Financiamiento para VIH

Recursos Domésticos 81%	Sector Público 76%	MSPAS	54.0%
		ISSS	19.8%
		Otras	2.2%
Sector Externo 19%	Sector Privado 5%	Inst. con fines de lucro Inst. sin fines de lucro Gastos de bolsillo	
		Multilaterales (incluye Fondo Mundial)	8.5%
		Otras Instituciones Internacionales	6.1%
		Bilaterales	4.4%

Fuente: Elaboración sobre la base del Informe UNGASS 2010

Respuesta al VIH,
el Sida y las ITS
del sistema de salud

Componentes
del sistema
de salud

La efectividad de la inversión en VIH

A lo largo de este reporte se presentan hallazgos que muestran que, no obstante los avances en la respuesta, existen ineficiencias en el uso de los recursos y se hace recomendaciones para su abordaje. Esto es clave para mejorar las probabilidades de sostenibilidad. Por ejemplo, el alto número de casos en poblaciones muy jóvenes (los grupos de población 15 – 24 años y 25 – 29 años lideran el número de casos nuevos reportados en 2009) pone de manifiesto la necesidad de revisar y actualizar las estrategias e intervenciones en prevención. El acceso a tratamiento eficaz ha transformado al VIH en una enfermedad crónica, por lo tanto estos jóvenes tienen una expectativa de atención de largo plazo que pone una carga financiera y costo de oportunidad para el sistema de salud.

La provisión de tratamiento a las actuales PVS demandará un nivel de recursos creciente. Este requerimiento aumentará en la medida en que se produzcan nuevas infecciones. En la búsqueda de una respuesta sostenida, desde esta dimensión y considerando que en El Salvador el VIH se transmite fundamentalmente por relaciones sexuales no protegidas, se plantea que más allá de identificar nuevas fuentes de financiamiento es crucial dar un renovado énfasis al componente de prevención, con un enfoque en educación sexual y cambio de conductas hacia un sexo protegido tanto para las personas sin VIH como para las PVS.

Considerando el costo del TARV, el buen uso de los recursos aconseja que éste no se utilice como medida de prevención y que el tratamiento se inicie sólo cuando la condición del paciente así lo requiera, tomando en cuenta los estándares internacionales. Los recursos son limitados y necesariamente habrá que buscar maximizar la rentabilidad social de la inversión en VIH la cual se ha definido como “Proveer adecuada atención a las PVS, al tiempo que se trabaja intensamente en la interrupción de la circulación del virus- entre las PEAR y hacia la población general”

Elementos para un análisis de sostenibilidad financiera

El análisis que se condujo durante esta evaluación permitió identificar varios puntos en la respuesta programática, y en su relación con los componentes del sistema de salud, que merecen atención para lograr mejores resultados con los recursos disponibles. A partir del análisis de la situación epidemiológica, tratamiento y medicamentos se concluye que el elemento crítico para la sostenibilidad de la respuesta yace en la creciente demanda por antirretrovirales. En este sentido, el país ha hecho grandes progresos a través del acceso a precios muy competitivos. La decisión en 2008, de adquirir los ARV financiados con recursos GOES por medio del Fondo Estratégico permitió reducir el costo anual de tratamiento de primera línea por persona de US\$ 5,700 a US\$189 para el año 2009.

El financiamiento de ARV, que constituyen el rubro más caro de la atención, ha provenido de recursos GOES y del Fondo Mundial. El Ministerio de Salud tiene un presupuesto anual de US\$1,688,650.00. En la segunda fase del Fondo Mundial se presentaron dos proyectos que fueron aprobados en la VII Ronda y RCC. Con la séptima ronda se compraron solamente medicamentos de segunda línea y con la extensión de la fase anterior (RCC) se compran solamente ARV de primera línea. Con estos recursos el financiamiento de los ARV's se asegura hasta el 2013.

A continuación se presenta una proyección de costos de ARV para los pacientes del Ministerio de salud en relación al aporte GOES para antirretrovirales.

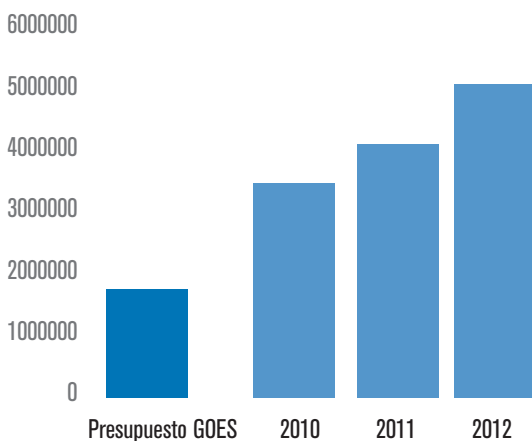
Supuestos para la estimación:

Escenario No.1

- En 2010 se atenderán los 5,076 pacientes activos a diciembre 2009 (no se inician nuevos tratamientos).
- 1,000 pacientes inician TARV en 2011 y 2012
- Se mantiene la composición y costo anual de TARV de pacientes por esquema.

a. Primera línea (84.4%).....	\$ 190
b. Segunda línea (14.4%).....	\$ 2,400
c. Tercera línea (0,6%).....	\$19,200

Escenario No.1 Proyección del gasto en ARV's Ministerio de Salud (Sin aumento de acceso a 3a. línea)



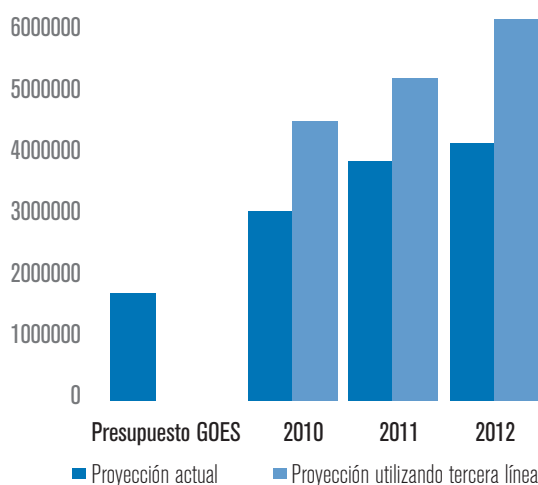
Fuente propia en base a la información disponible durante la evaluación.

Aun sin incrementar el acceso a 3a. línea, el gasto para 2012 es equivalente a casi tres veces el presupuesto GOES.

Escenario No.2.

Se mantienen los supuesto 1 y 2 y se modifica la composición de pacientes en tratamiento. Se supone que un 2% de personas reciben TARV de tercera línea.

Escenario 2. Proyección del gasto en ARV's Ministerio de Salud (Con aumento de acceso a 3a. Línea)



Fuente propia en base a la información disponible

La provisión de un 2% de esquemas de tercera línea en 2012 requerirá un aumento adicional de US\$1.5 millones para el año 2012. Así entonces el gasto total para tratar a los pacientes del Ministerio de Salud será igual a 400% el actual aporte asegurado en el presupuesto. El PNS ya se ha enfrentado a la necesidad de buscar recursos adicionales, para dar tratamiento antirretroviral a 30 pacientes que necesitan medicamentos de tercera línea.

En la negociación de la segunda fase con el Fondo Mundial, obtuvo autorización para utilizar los saldos de los ahorros obtenidos por compra de ARV genéricos, para la adquisición de estos medicamentos.

Estas estimaciones incluyen sólo el costo de los ARV y por lo tanto subestiman el costo total de la atención integral, la cual incluye el personal, otros medicamentos y el uso de los establecimientos de salud y su equipamiento. Se han hecho para resaltar la urgencia de mejorar la respuesta del sistema de salud al VIH, en busca de una respuesta que sea más efectiva en reducir la transmisión del VIH y sea sostenida en dar atención a las personas con VIH.

El país cuenta con las estimaciones de costo del PEN en el ejercicio ASAP. De acuerdo a la metodología, ellas se hacen de acuerdo a una serie de supuestos de comportamiento de la población y estimaciones de tamaño de poblaciones de mayor riesgo. Del mismo modo las cifras se construyen sobre la base de gastos anteriores, en un ejercicio más complejo que el que se intenta en esta evaluación.

Recomendaciones

- Ya que el análisis del financiamiento no se refiere exclusivamente a la recaudación de fondos, éste debería de pasar necesariamente por una revisión de la efectividad y eficiencia del uso de los recursos.
- En todas las secciones de este reporte y particularmente en prevención, tratamiento y medicamentos se hacen recomendaciones para mejorar la calidad de la inversión. La implementación de esas recomendaciones afecta directamente la dimensión de financiamiento y las posibilidades de que el país tenga una respuesta sostenible.
- Sobre la base del análisis de recursos requeridos para TARV, que se presenta en esta sección, la principal y crítica recomendación es reasignar prioridad a la prevención del VIH del modo más costo-efectivo posible.
- No obstante lo anterior, se recomienda estimar el costo a largo plazo de la provisión de TARV teniendo en cuenta los nuevos pacientes en tratamiento, el uso de fármacos más seguros y la creciente necesidad de utilizar fármacos de segunda y tercera línea.
- Esta información será clave para un diálogo sobre priorización de los recursos para salud; que oriente una planificación estratégica y financiera.
- Hasta la fecha el país ha cumplido con todos los compromisos asumidos con el Fondo Mundial para absorber al personal cuyos contratos se iniciaron con recursos de aquella donación. En esta línea, cabe hacer las estimaciones y provisiones presupuestarias para la contratación con recursos GOES del personal faltante.

Respuesta al VIH,
el Sida y las ITS
del sistema de salud

Componentes
del sistema
de salud

3. Organización y provisión de servicios

Resumen

La organización de la provisión de servicios para VIH, Sida e ITS en El Salvador ha estado condicionada por la segmentación y la fragmentación del sistema de salud. No obstante, el país ha avanzado de forma considerable en la oferta de servicios desde que se iniciaron las acciones para afrontar la epidemia; principalmente en lo que corresponde a la detección y la atención médica. Un elemento muy positivo es que la oferta de servicios se desarrolló en los establecimientos de salud existentes y no se crearon estructuras paralelas para la prestación.

A pesar de la promulgación de la ley de creación del Sistema Nacional de Salud, los servicios continúan organizándose con una visión institucional y no existen enlaces funcionales efectivos entre instituciones y con debilidades al interior de las mismas. Otro aspecto crítico es la forma en que se establecen las metas, la difusión de las mismas y los compromisos de gestión con las acciones operativas comprometidas a diferentes niveles y en instituciones para el abordaje intersectorial de la epidemia. Existen varios factores de la gestión de los servicios que requieren fortalecerse para mejorar la respuesta al VIH y las ITS.

Antecedentes

El Sistema de Salud en El Salvador tiene la característica de ser fragmentado y segmentado, ya que no existen enlaces funcionales ni separación de funciones entre subsistemas, cada uno de ellos cuenta con una población adscrita o beneficiaria que tiene acceso a servicios diferenciados. Está conformado por dos sectores: el público integrado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Sanidad Militar, Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos y Consejo Superior de Salud Pública; y el privado que incluye entidades lucrativas y no lucrativas⁷⁴.

⁷⁴ Organización Panamericana de la Salud. Perfil del sistema de salud de El Salvador 2000-2005: monitoreo y análisis de los procesos de cambio. Washington, D.C.: OPS, © 2007.

En el año 2007, la Comisión Nacional de Seguimiento a la Propuesta de Reforma Integral de Salud planteó que el nivel de fragmentación de la provisión es muy alto, a la vez que el Sistema está inadecuadamente financiado -a pesar de los recursos existentes- con baja cobertura, énfasis en acciones curativas y con importantes grupos de población con dificultades de acceso a la atención en salud. Sucesivas iniciativas de Reforma del Sistema de Salud han intentado modificar esta realidad, incluyendo la Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud (Decreto No. 442) promulgada en noviembre del 2007.

Entre los objetivos que la ley establece para el Sistema Nacional de Salud están: alcanzar una mayor cobertura y mayores niveles de atención en salud a toda la población salvadoreña, en condiciones de eficacia, eficiencia y equidad en la provisión de servicios y en función de las necesidades de la población; reducir al mínimo las desigualdades de los niveles de salud que persisten en diferentes regiones y grupos sociales del país; y promover que el acceso a los servicios de salud se base en los principios de equidad y solidaridad. La Ley y su Reglamento detallan además algunos aspectos sobre la Política de Salud, el Modelo de Atención y el Modelo de Provisión para el Sistema Nacional de Salud⁷⁵.

La Política del Sistema Nacional de Salud⁷⁶ emitida el 19 de agosto de 2008, dentro de la política específica para "Implementar un modelo de atención integral basado en la salud de la familia y su entorno" incluye una línea estratégica para: "fortalecer la capacidad resolutoria de los servicios de salud para la educación, prevención, atención oportuna y efectiva, así como la minimización del daño a la salud vinculado con las enfermedades transmisibles de

⁷⁵ República de El Salvador. Órgano Legislativo. Decreto Legislativo No. 442, de fecha 12 de noviembre de 2007, publicado en el Diario Oficial Tomo No. 377, No. 214, del 16 de noviembre de 2007, y Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Decreto No. 82, de fecha 17 de julio de 2008, Publicado en el Diario Oficial Tomo No. 380, No. 134, del 17 de julio de 2008.

⁷⁶ República de El Salvador. Órgano Ejecutivo en el Ramo de Salud Pública. Decreto No. 788. Publicado en el Diario Oficial Tomo 380, No. 162, del 1 de septiembre de 2008.

interés epidemiológico, con énfasis en las infecciones de transmisión sexual, infección con VIH, Sida y tuberculosis. No se hace mención a la epidemia de VIH/Sida en el análisis de situación, la definición de prioridades y los retos de dicha política.

En el documento “Construyendo la Esperanza: Estrategias y recomendaciones en salud”, el cual se ha constituido en el principal documento de políticas en salud del Gobierno de El Salvador, para el periodo 2009-2014, la Política 12 sobre Seguridad Alimentaria y Nutricional; plantea desarrollar acciones para la atención nutricional a pacientes con VIH/Sida; a la vez que la Política 14 sobre salud sexual y reproductiva, incorpora como una línea de acción la detección precoz, seguimiento y tratamiento de ITS, VIH y Sida.

El Modelo de Atención vigente (2006), definido en función de la Ley de Creación de los Sistemas Básicos de Atención en Salud, describe las prestaciones por nivel y ámbito de la atención relacionadas con la Atención Integral a las ITS, VIH/Sida.

Situación actual de la provisión de servicios

La red de prestación de servicios, es fiel reflejo de la situación de fragmentación del sistema. Se encuentran en ella efectores públicos, dependientes del Ministerio de Salud, del seguro social y privados, distribuidos de manera no racional en todo el territorio nacional con alta concentración en la región metropolitana de San Salvador. Parte de los efectores pertenecen a iniciativas no gubernamentales, financiadas principalmente por fuentes externas⁷⁷. Las áreas urbanas de San Miguel, Chalatenango, La Unión, Usulután y La Paz, también tienen una concentración más alta de establecimientos de salud.

En el sector público se cuenta con un total de 44 hospitales (6,516 camas) a nivel nacional, tres de los cuales son centros de referencia nacional y concentran el 20% de las camas disponibles; y el sector privado cuenta con 39

hospitales (425 camas). En cuanto a los centros ambulatorios en el sector público se cuenta con un total de 883 centros, de los cuales 589 pertenecen al Ministerio de Salud y el resto al ISSS⁷⁸.

La red pública de servicios del Ministerio de Salud presenta tres niveles definidos de complejidad: (La estructura descrita será sujeta de reestructuración con la Reforma del Sistema de salud anunciada por el Gobierno después de la fecha de elaboración del estudio)

- El primer nivel de atención está compuesto por 3,600 Promotores de Salud, 160 Casas de Salud, 47 Centros de Rehabilitación Nutricional y 327 Unidades de Salud, al menos una esta ubicada en cada municipio del país. Este primer nivel tiene referencia territorial pero no posee población nominal a cargo. La capacidad resolutive del Primer Nivel de Atención en su conjunto no es el adecuado a las necesidades del sistema.
- El segundo nivel posee 25 hospitales de dos tipos, se trata de Hospitales Departamentales y Hospitales Periféricos. Estos hospitales cuentan con infraestructura y equipamiento muy desigual. Uno de ellos alberga lo que antes era exclusivamente un Hospital Psiquiátrico. En términos generales, estos hospitales cubren una parte importante de la demanda de servicios que deberían ser resueltas en el primer nivel.
- Por su parte, el tercer nivel de complejidad incluye 2 Hospitales Regionales y tres Hospitales Especializados ubicados en San Salvador. Este nivel de atención posee una cantidad de camas que resultaría suficiente para los problemas más complejos, pero que en la práctica atiende problemas de todos los niveles de complejidad. La infraestructura es en parte deficitaria y, al igual que en el resto del sistema, cuenta con una parte de los recursos médicos que cumplen horarios de entre 2 y 4 horas laborales al día, lo cual redundará en baja eficiencia y efectividad de los servicios que prestan.

Respuesta al VIH, el Sida y las ITS del sistema de salud

Componentes del sistema de salud

⁷⁷ Ministerio de Salud/Banco Interamericano de Desarrollo. Red Pública Integral de Salud: Situación actual y propuesta preliminar de organización. Febrero de 2010.

⁷⁸ Op. Cit. ii.

El Primer Nivel en el ISSS esta compuesto por 35 Unidades Médicas, 44 Clínicas Comunales y alrededor de 250 Clínicas Empresariales. No se garantiza un conjunto de prestaciones para toda la población.

La gestión de los servicios está a cargo de los Sistemas Básicos de Salud Integral (SIBASI), definidos territorialmente, que comprenden cada uno, un grupo de casas y unidades de salud. Cuando fueron creados originalmente, los SIBASI fueron concebidos bajo la concepción de distritos de salud, y contemplaban también a los hospitales de segundo nivel, en los que se albergaba la estructura de apoyo administrativo para la red de servicios.

En la actualidad los hospitales dependen directamente de la Dirección Nacional de Hospitales, cuentan con un presupuesto definido propio, el primer nivel de atención no administra sus recursos. Las Direcciones Regionales de Salud coordinan las tareas de un conjunto de SIBASI. Existen 22 programas que se administran desde el nivel central del Ministerio de Salud y se desarrollan como compartimientos de gestión vertical no integrada⁷⁹, el Programa Nacional de ITS, VIH/Sida es uno de ellos.

La organización de servicios el VIH ha crecido de forma considerable desde que se iniciaron las acciones para afrontar la epidemia. A continuación se describe la disponibilidad de puntos de atención por componente⁸⁰:

- Prevención de la Transmisión Materno Infantil (PTMI): Desde el 2007, 13 centros brindan atención (terapia) para la PTMI.
- Personas con VIH y Sida: El primer centro de atención que brinda terapia antirretroviral se estableció en el año 2001. Desde 2002 se han ido creando centros especializados para la atención de personas con VIH en establecimientos existentes de la red pública de servicios del Ministerio de Salud, contando a la fecha con 18. Por lo menos una clínica de atención integral se

ubica en cada uno de los 14 departamentos del país. Además se cuenta con 37 clínicas odontológicas para personas con VIH.

El ISSS mantiene concentrada la atención a los PVS en dos centros hospitalarios ubicados en la capital del país, donde se cuenta con infectólogos. Los pacientes deben asistir a consulta al menos dos veces al año. Sin embargo la entrega de los medicamentos antirretrovirales ha sido desconcentrada a las farmacias de centros ubicados en las cabeceras departamentales. Existen planes para desconcentrar la atención a 7 unidades.

- Infecciones de Transmisión Sexual: Existen normas y guías de atención de las ITS con enfoque de manejo sindrómico. Sin embargo se pudo verificar que no se han implementado a nivel de los servicios, por no haberse programado recursos para este fin.
- Coinfección TB/VIH: El país ha establecido una coordinación efectiva entre los programas nacionales de VIH/Sida y Tuberculosis, desarrollando una serie de acciones y estrategias incluidas en el Plan Nacional de Actividades Colaborativas para la Prevención de la Coinfección TB/VIH/Sida, el cual se implementa en los establecimientos del Ministerio de Salud.

Adicionalmente, el país ha establecido 19 puntos específicos de atención para poblaciones móviles en: 6 fronteras, 3 puntos ciegos, 1 aeropuerto, 3 puertos marítimos, 1 estación de paso, 2 mercados municipales y 3 terminales de autobuses. En estos puntos se desarrollan actividades de prevención, detección de casos y atención a Personas con VIH, en base a la Guía de Atención para Poblaciones Móviles para el Control y Prevención de ITS/VIH/Sida.

De la misma manera, a partir del año 2005, en el 100% de Centros Penitenciarios del país y Centros de Readaptación de Menores, 22 equipos realizan acciones para promover la salud, prevenir, controlar, y atender a las personas privadas de libertad. En estos centros se oferta la prueba de VIH dos veces al año; se han formado además 11 grupos de apoyo para personas viviendo con VIH.

⁷⁹ Basado en Op. Cit vi. Número de establecimientos tomado de: Ministerio de Salud. Memoria de Labores 2008.

⁸⁰ Comisión Nacional contra el Sida. El Salvador. Un país unido respondiendo al VIH/Sida. Agosto, 2009.

Respecto a la disponibilidad de la prueba al VIH, el país cuenta con 179 establecimientos de la red pública del Ministerio de Salud y 2 unidades móviles que ofrecen este servicio. De las cuales 30 se ubican en hospitales y el resto en Unidades de Salud. El número de establecimientos por departamento con disponibilidad de la prueba oscila entre 3 y 14, la zona metropolitana de San Salvador alberga 39 (22%) de estos establecimientos.

Hallazgos

Una situación muy positiva ha sido que la oferta de servicios para la atención al VIH y Sida se desarrolló a partir de los establecimientos existentes. En El Salvador no se ha dado el caso encontrado en otros países, en los que se han hecho arreglos institucionales paralelos, montado nuevos establecimientos sin ninguna relación con la red pública. No obstante, la articulación del PNS con otras áreas funcionales del Ministerio de Salud ha sido muy limitada.

Uno de los Objetivos del Plan Estratégico 2005-2010 es el incremento de la calidad y cobertura de los servicios integrales de atención de VIH, Sida e ITS. En sus principios rectores, se incluye el propósito de fortalecer los sistemas sanitarios para garantizar el acceso a los servicios de atención, prevención y promoción de la salud. Cada objetivo describe las actividades, indicadores, responsables, actores importantes, recursos financieros y fuente de financiamiento. No se definen metas específicas⁸¹.

Las decisiones de localización de la oferta de servicios (Ej.: disponibilidad de prueba y consejería, prevención de la transmisión vertical, atención integral a la persona VIH positiva) se han tomado en base a dónde se detectan más casos, especialmente en función del tratamiento; posteriormente se decidió colocar una oferta básica en cada departamento del país y en un hospital periférico de la capital, además de los tres hospitales de tercer nivel. Este proceso no fue sistemático y predefinido. Avanzó en base a negociaciones con cada establecimiento. Los sitios seleccionados para montar unidades de atención integral recibieron un refuerzo

de personal (un médico internista, una enfermera y un psicólogo).

Las metas concretas se encuentran en los proyectos financiados con fondos externos, en particular en los Proyectos del Fondo Mundial. La vinculación entre el PEN y las metas de los Proyectos del Fondo Mundial no es directa. El alcance de las metas en general ha sido satisfactorio, sin embargo aún en este caso lo que se mide es alcance de meta en función de lo programado y no cobertura o acceso.

Algunas preguntas:

- Si existen 44 hospitales en el sector público y en casi todos ellos se brinda atención gineco – obstétrica ¿es adecuado contar con 13 centros que brindan terapia para la PTMI?
- Si el control prenatal se brinda principalmente en establecimientos de primer nivel, principalmente Unidades de Salud, de las cuales existen 327 en la red del Ministerio de Salud ¿Es o no suficiente tener disponible la prueba al VIH en 149 Unidades de Salud?
- Si el área metropolitana de San Salvador concentra cerca del 30% de la población del país ¿20% de los establecimientos que brindan consejería y pruebas para el VIH es muy poco o mucho?
- Si el ISSS tiene un presupuesto mucho mayor per capita que el Ministerio de Salud ¿Cuáles son los factores que han impedido la desconcentración de la atención integral a los PVS? ¿Tiene posibilidades el ISSS de aportar recursos a la prevención?
- Esta disponibilidad de centros de atención para los diferentes componentes de la atención integral ¿permiten alcanzar las metas que el país se ha establecido para el acceso universal de la forma más eficiente y en función de las necesidades de la población?

“La epidemia de VIH y Sida representa una importante carga para los servicios de salud tanto públicos como privados.” UNGASS 2010. La forma en que se han definido y evaluado las

Respuesta al VIH,
el Sida y las ITS
del sistema de salud

Componentes
del sistema
de salud

81 El Salvador. Ministerio de Salud. Plan estratégico nacional para la prevención, atención y control del VIH/Sida e ITS. 2005.

metas de la respuesta nacional hasta ahora, no permite responder a este tipo de preguntas.

Por tanto no se conoce cual es la brecha real en la cobertura y el acceso a los servicios, cuando nos encontramos con un indicador denominado "cobertura" casi siempre se refiere en realidad a "alcance de meta" de acuerdo a lo programado o de acuerdo al denominador disponible (que no siempre es la totalidad de la población que requiere el servicio).

Al verificar si se tiene conocimiento de las metas nacionales en los diferentes niveles, en función de la contribución esperada de ese ámbito específico para programar acciones de forma consistente, se encontró que en la mayoría de los casos esto no se da; las programaciones se hacen de forma vertical y no se difunden lo suficiente.

Por otra parte la instancia principal encargada del seguimiento: la Subcomisión Nacional de Monitoreo y Evaluación, no ha estado funcionando de forma sistemática; se recibieron reportes de que no se ha reunido en los últimos seis meses. A pesar de ello se ha avanzado de manera importante en la disponibilidad de servicios con énfasis en la detección y la atención médica (consejería, prueba, tratamiento ARV). Se sugiere que en el nuevo PEN se debería determinar la relación entre la comisión de M & E y la disponibilidad de ARV

Existe la impresión de que las acciones en el ámbito comunitario son muy débiles. Recientemente la USAID apoyó en la capacitación de promotores de salud y auxiliares de enfermería en prevención y promoción del VIH, las ITS y TB en grupos vulnerables con enfoque en salud familiar.

Adicionalmente se ubicaron promotores específicos en los Centros de Atención Integral para mejorar la adherencia al tratamiento. Esta es una respuesta muy parcial, no incluye promoción para la prevención y agrega un actor más al ya amplio número de promotores a nivel de la comunidad.

En las visitas a los establecimientos pudo evidenciarse que se cuenta con mecanismos claros de referencia y derivación de pacientes. Sin embargo el personal del primer nivel de

atención tiene expectativas de que haya una contrarreferencia para poder contribuir al proceso asistencial y a la integralidad de la atención, una vez que se detecta una PVS. Los problemas en la continuidad de la atención son relativamente frecuentes y se originan por deficiencias en el suministro de insumos y la ausencia de un sistema efectivo para el seguimiento de los pacientes. En los hospitales de referencia, especialmente el Hospital Rosales, también se reporta sobrecarga de los servicios.

En el caso de personas beneficiarias del ISSS que pierden su empleo -como se ha dicho- tienen restricciones que pueden ocasionar falta de acceso u otras dificultades. Los pacientes con patologías múltiples pueden optar a seguir recibiendo atención durante un año sólo en una especialidad médica. Además el ISSS tiene un mecanismo por el cual los médicos pueden iniciar esquemas de tratamiento distintos a los normados a nivel nacional, si estas personas pierden el empleo la red pública del Ministerio de Salud no tiene la posibilidad de brindarles el mismo esquema de tratamiento.

El monitoreo y la supervisión es otro elemento de la gestión de las redes que requiere fortalecerse. Se identificaron una serie de iniciativas en curso, enmarcadas en las líneas de trabajo prioritarias definidas por la Ministra de Salud: Sistema Nacional Integrado de Salud, Sistema de Emergencias Médicas, Sistema Único de Información, Instituto Nacional de Salud, entre otras. Así mismo, las formas de implementar las Políticas de Salud están empezando a definirse a través de productos obtenidos mediante una serie de consultorías apoyadas por diversas agencias (BID, OPS, UNFPA, USAID). Las discusiones iniciales no han involucrado a los responsables de los diferentes componentes de la atención al VIH y el Sida, por el momento.

Finalmente la organización de la provisión de servicios para la atención integral al VIH y Sida ha estado, lógicamente, condicionada por la segmentación y fragmentación del sistema de salud.

Persiste la percepción de que el Ministerio de Salud es el único responsable de la salud de la población, especialmente en el caso del VIH y que el PNS es la instancia que debe concen-

trar la mayoría de responsabilidades ejecutivas ante la respuesta, a pesar de la existencia del CONASIDA.

La definición de metas, intervenciones y estrategias se ha hecho más en función de proyectos específicos que con la visión estratégica de cumplir metas nacionales. El PEN y otros instrumentos para la planificación estratégica sectorial no se han utilizado para conducir los esfuerzos en la escala requerida.

La definición de prioridades y la consecuente asignación de recursos financieros ha dejado de lado algunos componentes de la atención integral, que son coadyuvantes en la consecución de mejores resultados, tales como el manejo sindrómico de las ITS y una acción más fuerte en prevención.

El modelo de atención implícito ha tenido un enfoque curativo o medicalizado y los servicios se han organizado preferentemente en ámbitos de atención médica sin cumplir atributos esenciales de los servicios centrados en la persona, tales como la integralidad, la pertinencia (incluida la no discriminación) y la continuidad del cuidado.

No existen enlaces básicos funcionales entre las diferentes instituciones para atender a los diferentes grupos poblacionales desde la prevención, promoción, atención y la rehabilitación. Al interior del Ministerio de Salud, estos enlaces tampoco funcionan entre el PNS y las diferentes estructuras de la organización que debieran estar involucradas en la respuesta al VIH y las ITS.

Las acciones prioritarias establecidas por las actuales autoridades del Ministerio de Salud ofrecen una plataforma para avanzar en mejorar muchos de los problemas identificados en la respuesta a la epidemia.

Recomendaciones

- Se requiere mayor atención al diseño del sistema, específicamente al modelo de organización y gestión y al modelo de atención y provisión de servicios. Esta recomendación aplica no sólo a ITS y VIH, sino que a la arquitectura general del sistema. La definición del modelo de atención y la propuesta para integración de redes de servicios debiera considerar las necesidades de fortalecimiento de la respuesta a las ITS y el VIH. Lo mismo sucede con la implementación de la Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud, especialmente en lo concerniente a la integración funcional de los servicios entre las distintas instituciones.
- Trabajar en la integración de redes de servicios utilizando el proceso asistencial a las ITS y otros procesos prioritarios, enmarcados en una política de Salud Sexual y Reproductiva⁸². En este marco se puede trabajar en fortalecer varios de los aspectos identificados como débiles: enfoque más integral, gestión de suministros, calidad técnica de los servicios, monitoreo y supervisión, seguimiento de pacientes y atención a nivel comunitario, disminución del estigma y discriminación, entre otros.
- Revisar el enfoque de formulación de metas y garantizar los arreglos institucionales necesarios para avanzar en su cumplimiento.
- Al interior de las instituciones, es importante que las metas nacionales, y los medios para alcanzarlas, estén reflejadas en los planes operativos y los presupuestos.
- Establecer vínculos funcionales formales; entre el PNS, otras áreas técnicas del Ministerio de Salud y con otras instituciones claves para la respuesta, tales como el ISSS, el Ministerio de Educación y el Ministerio de Gobernación.
- Desarrollo y cumplimiento de flujogramas de atención en los establecimientos de salud para fortalecer la referencia y contra-referencia.

Respuesta al VIH,
el Sida y las ITS
del sistema de salud

Componentes
del sistema
de salud

82 OPS. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de ruta para su Implementación en las Américas. Disponible en: http://new.paho.org/hss/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=6468&Itemid=

4. Recursos humanos

Resumen

La actual disponibilidad y distribución de los recursos humanos en salud, RHUS, en la respuesta nacional al VIH y las ITS es deficitaria. El personal para VIH está concentrado en los grandes centros urbanos del país (sobre todo en San Salvador y las ciudades de Santa Ana y San Miguel) lo cual hace que la respuesta en el resto del país sea insuficiente. En los grandes centros urbanos, el personal actúa con énfasis en la atención y tratamiento y no así en la promoción y prevención de VIH. El proceso de revisión y aprobación del modelo de atención actualmente en marcha, influye para que no esté aún clara la brecha entre el personal de salud existente y las necesidades de recursos humanos en VIH e ITS.

Antecedentes

Aún no se cuenta con una política de RHUS en el Ministerio de Salud que defina un marco general que oriente el contexto en el que se deberán mover los RHUS para implementar el modelo de atención que el Ministerio de Salud está a la fecha definiendo. Esto es válido también para los recursos humanos que trabajan en VIH e ITS. La planificación de RHUS se encuentra en proceso de ajuste y revisión para armonizar y alinear con la planificación estratégica general del Ministerio de Salud y otros actores del sector salud incluyendo las instituciones formadoras de RRHH.

En el área de capacitación y formación, el personal de salud ha sido capacitado en atención integral de VIH e ITS, pero no de manera sistemática, sin embargo aún no ha podido evaluarse su impacto en la respuesta al VIH. En el año 2008 se realizó una actividad de capacitación en VIH para 2,700 promotores de salud (1,400 del Ministerio de Salud y el resto de ONG's) cuyo diseño fue orientado a fortalecer la preparación del personal comunitario en prevención del VIH; este esfuerzo se está replicando a otros trabajadores de salud.

La capacitación del recurso humano es un problema. Existen pocos infectólogos en el país. El Hospital Nacional Rosales forma especialistas y cuenta con un programa de capacitación para la especialidad, pero en la práctica no se cumple debido a la falta de tiempo para formación. Se observó que en materia de capacitación existe poca integración entre el personal del PNS y el personal que labora en los establecimientos de salud. Los esfuerzos de formación se realizan de manera separada, sin embargo debe tomarse en cuenta la rotación del personal en la oferta y en la calidad de los servicios.

Con relación al estatus laboral de las personas que trabajan en el PNS y sistema de salud en VIH, la mayor parte de ese personal forma parte de la estructura laboral propia de las instituciones de Ministerio de Salud. Queda aún un remanente que está siendo financiado por fondos de proyectos de cooperación externa y que laboran sobre todo en áreas de apoyo a la atención y no en la atención propiamente dicha.

Por otra parte, no se encontró un esquema de incentivos para los recursos humanos que trabajan en la respuesta VIH, a excepción de los ya establecidos por las organizaciones de salud (tales como el escalafón anual del Ministerio de Salud que representa un aumento de salario entre el 5 y el 8% dependiendo de la antigüedad y la evaluación del desempeño, o el pago de salarios extras en junio y diciembre que hace el ISSS). No hay una participación activa y coordinada del personal de las regiones de salud en la supervisión y monitoreo de la respuesta VIH y el Sida en los niveles locales de su jurisdicción.

Recomendaciones

- Agilizar la construcción de políticas de recursos humanos en salud acordes al modelo de atención y de gestión definidos por la autoridad sanitaria nacional.
- Impulsar y garantizar la integración y la coordinación de esfuerzos en recursos humanos dentro del ministerio del sector salud, esto vendrá a mejorar la eficiencia y la efectividad de los recursos en la respuesta al VIH.
- Es necesario prever la incorporación de todas las personas que trabajan en VIH al sistema de salud, esto es necesario para la sostenibilidad de los esfuerzos realizados frente a la epidemia. Ya que la continuidad del personal que trabaja en VIH y que no es pagado directamente por el gobierno no está garantizada más allá de la duración de los fondos externos que los cubren
- Un mayor involucramiento directo de las regiones de salud en los esfuerzos coordinados de la respuesta local y regional al VIH.
- Poner el tema de salud sexual y VIH, de conformidad con los instrumentos regionales e internacionales de derechos humanos, en las instituciones formadoras de recursos humanos.
- Promover la incorporación de protocolos de atención en la descripción del puesto del personal de salud en los distintos niveles como parte de su contrato laboral, e incorporar su análisis en el momento de inducción.
- Establecer centros de entrenamiento de buenas prácticas de cuidado de pacientes de HIV Sida en los niveles, primario, secundario y hospitalario donde puedan rotar el personal clave de la atención de enfermedades como el Sida (procurando que no sea del conjunto de patologías relacionadas) y promover una movilidad de un porcentaje de este personal (importante asociar este incentivo a los resultados de los mejores equipos en la red)
- Buscar mecanismos para incorporar en la operación del personal en servicio la función del cuidado sanitario de este tipo de patologías con una mirada integradora, no exclusiva de la enfermedad pues esto genera más fragmentación del cuidado, genera formación especializada en sitios donde la atención debe ser integral. Es necesario reorientar los procesos de entrenamiento por programas a desempeño por resultados sanitarios
- Promover un estudio de carga laboral de los promotores de salud del conjunto de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica y valoración de la eficacia de su accionar, incluir calidad en este estudio podría ser también una posibilidad.

Respuesta al VIH,
el Sida y las ITS
del sistema de salud

Componentes
del sistema
de salud

5. Acceso a medicamentos y tecnologías

A. Medicamentos

Respuesta al VIH,
el Sida y las ITS
del sistema de salud

Componentes
del sistema
de salud

Resumen

El Ministerio de Salud inició el tratamiento antirretroviral en el año 2000 cuando se incluyó en el presupuesto de la nación, una línea presupuestaria destinada a la adquisición de medicamentos antirretrovirales.

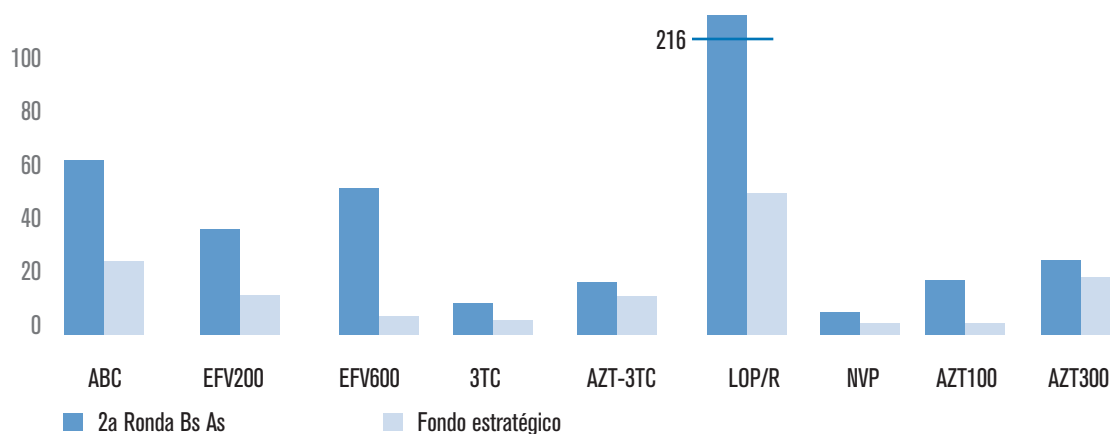
En un proceso con grandes costos, ha sido preocupación constante de las autoridades de salud asegurar el abastecimiento de esos medicamentos y otros insumos en la respuesta al VIH; sin embargo, existen aún importantes debilidades en esta materia sobre las cuales urge avanzar en su resolución. Existen condiciones como la política de salud y voluntad del gobierno para avanzar en una definición e implementación de una política de medicamentos que garantice el derecho a la salud (y por consiguiente otros derechos humanos tales como la vida y la integridad personal) y que mejore el acceso a medicamentos de calidad y menores precios en el país.

Antecedentes

Desde el punto de vista de logros con relación a los ARV's, el PNS y el ISSS, han logrado disminuir el costo de la terapia ARV mediante la obtención de precios competitivos por medio de compras internacionales con financiamiento del Fondo Mundial y con financiamiento institucional.

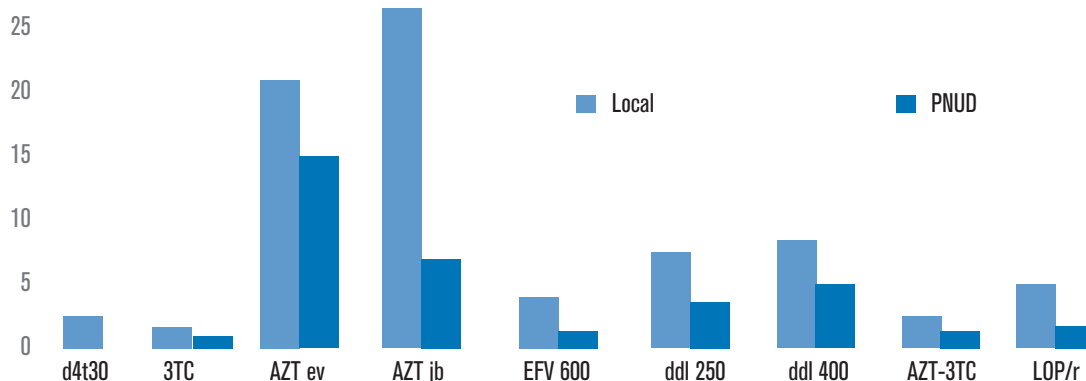
En el año 2008 se decidió adquirir los ARV por medio del Fondo Estratégico de OPS, con financiamiento gubernamental y prescindiendo de compras a nivel local. Con esta medida se bajó el costo de tratamiento de primera línea de US\$ 5,700 a US\$189 para el año 2009. Ahorro obtenido por ejecución de compras a nivel internacional e incorporación de medicamentos ARV genéricos precalificados por la OMS. Estas situaciones son posibles apreciar en las gráficas siguientes:

Gráfica 7.
2005 Ronda Bs As- 2009 Fondo estratégico



Fuente propia: Participación en mecanismos de contención de costos (Fondo Estratégico OPS) permitió un ahorro promedio de 52%.

Gráfica 8
2008 Seguro Social - 2009 PNUD



Fuente propia: Adquisición internacional a proveedores de medicamentos genéricos permitió al ISSS un ahorro promedio de 57%.

Respuesta al VIH,
el Sida y las ITS
del sistema de salud

Componentes
del sistema
de salud

Desde el punto de vista normativo, un conjunto de normas jurídicas respaldan y demandan calidad, disponibilidad y acceso a ARV en el país: Constitución de la República, Código de Salud, ley de Sida, jurisprudencias, acuerdos y recomendaciones internacionales, entre otros.

A inicios de 2010 el gobierno presentó a la Asamblea Legislativa un anteproyecto de ley de medicamentos y productos sanitarios para regular la calidad, eficacia y seguridad de los medicamentos y productos sanitarios, el acceso y uso racional.

Este proyecto introduce cambios de fondo en el marco legal salvadoreño ya que se recupera la rectoría del Ministerio de Salud al retomar la labor de vigilancia de la calidad, eficacia y seguridad de los medicamentos como parte de sus funciones. Por otra parte, incorpora la regulación de precios.

Esta iniciativa se encuentra en la Comisión de Salud de la Asamblea Legislativa y ha sido motivo de numerosas reacciones negativas por sectores económicos interesados. A nivel nacional no hay producción de antirretrovirales. Están registrados medicamentos producidos en países fuera de Centroamérica.

Hallazgos

Con relación a debilidades, la gestión de suministros está afectada por fragmentación en la mayoría de sus componentes: No existe un sistema integrado y único de gestión de suministros, hay procesos independientes para programas verticales.

Cabe destacar como aspecto positivo en la gestión del suministro la inversión realizada en la infraestructura y condiciones de almacenamiento de los medicamentos ARV en el almacén Central, sin embargo hay debilidades en el Sistema de gestión de suministros e insumos; USAID ha apoyado en el diseño y ha iniciado la implementación de un sistema de gestión, sin embargo aún no está siendo implementado en los diferentes niveles de atención

Durante el año 2009 el monto por vencimiento de ARV's en el almacén central del ministerio de salud, ascendió a US\$ 244,568 (esta cifra es equivalente al costo de TARV de 1200 pacientes VIH/Sida por un año). La información generada en SUMEVE aún no es accesible ni utilizada para la estimación de necesidades y la toma de decisiones en la gestión de suministros.

Luego, se hacen necesarias intervenciones de corto, mediano y largo plazo, que permitan realizar estimación de necesidades y el fortalecimiento del recurso humano; revisar e incorporar cambios en la normativa y procedimientos de gestión y de mejoramiento de la institucionalidad correspondiente con el propósito de avanzar a un sistema integral y único de suministros en el Ministerio de Salud.

Otro hallazgo es la inexistencia de un sistema de vigilancia de la calidad de los ARV's. Para avanzar en esta dificultad se hace necesario incorporar al Laboratorio Nacional

al diseño e implementación de este sistema de vigilancia; esta incorporación supone un fortalecimiento institucional del Laboratorio.

Con relación a la programación de necesidades de medicamentos, el PNS no utiliza los procedimientos establecidos por la URMIM y ha desarrollado e implementado sus propias pautas para la gestión de ARV's. No sólo incluyen la gestión de ARV, sino de otros productos para el VIH como las pruebas (reactivos) y medicamentos para las infecciones oportunistas. Las estimaciones de necesidades son realizadas por el PNS en coordinación con los farmacéuticos de las unidades de atención.

Debido a que no se cuenta con una herramienta específica para la estimación de necesidades, el PNS ha iniciado la validación y posterior utilización de una herramienta desarrollada por la Fundación Clinton. El PNS debería vincular su sistema de gestión de suministros con los del resto de medicamentos e insumos del Ministerio de salud al cual USAID ha apoyado. El problema es la inconsistencia de la información de base (número de pacientes por esquema de tratamiento, decesos, retiros y demás). Por otra parte esta información no está actualizada cuestionando su confiabilidad, lo que ha generado a veces sobre abastecimiento de algunos medicamentos ARV

Existe un Comité de farmacovigilancia en el programa de VIH/SIDA, conformado por médicos infectólogos con responsabilidades definidas en lo referente a evaluación de los nuevos ARV a incluir en las normas de tratamiento, detectar y evaluar las reacciones adversas, evaluar solicitudes de genotipaje de VIH y evaluar los esquemas de tratamiento no obstante, no existe ninguna articulación con el comité farmacoterapéutica institucional de la URMIM. El Programa Nacional de Farmacovigilancia está en proceso de desarrollo, lo que no ha permitido la recopilación sistemática de información y seguimiento a reacciones adversas, farmacoresistencia y otros problemas relacionados a medicamentos en pacientes con VIH y Sida de manera coordinada con el Programa Nacional de VIH/Sida

Recomendaciones

- Conformar un grupo intra e intersectorial para la elaboración de una Política Nacional de Medicamentos y la elaboración del plan rector necesario para hacerla operativa. que además facilite la implementación de medidas internacionales y regionales a las que se ha comprometido el Estado⁸³ en esta materia.
- Fortalecer la institucionalidad, mediante la actualización de las normas, procedimientos y las herramientas para los diferentes componentes de la gestión de suministros (selección, estimación de necesidades, adquisición, almacenamiento, distribución y control) en las instituciones públicas de salud.
- Desarrollar líneas de coordinación del SUMEVE con los diferentes actores involucrados en la gestión de medicamentos para contar con información oportuna para la toma de decisiones en la planificación del suministro (estimación de necesidades, esquemas de tratamiento y dispensación).
- La gestión del suministro de medicamentos y otros insumos utilizados para VIH/SIDA debe desarrollarse bajo la normativa, procedimientos y herramientas establecidas por la Unidad Reguladora de Medicamentos e Insumos Médicos, URMIM, en lo correspondiente a procesos de planificación, estimación de necesidades, almacenamiento, distribución, vigilancia de la calidad, monitoreo y supervisión de los medicamentos ARV's y otros insumos del Programa de VIH.
- Elaborar un programa de desarrollo y fortalecimiento técnico y administrativo para las personas que colaboran en la gestión de suministros.
- Incorporar, mecanismos de contención de costos dentro del proceso de adquisición para favorecer el acceso a medicamentos y otros insumos para el Programa de VIH y otros programas estratégicos de salud.
- Fortalecer institucional y técnicamente al programa de farmacovigilancia y capacitar a los recursos humanos para su implementación a nivel nacional.

⁸³ De acuerdo al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales los medicamentos para combatir el VIH deben estar disponibles en un número suficiente de establecimientos, deben estar accesibles a todos sin discriminación (accesibles física y económicamente) y deben ser de buena calidad. Para mayor información sobre las medidas que ha aceptado El Salvador con relación al suministro de medicamentos para combatir el VIH y otras enfermedades como elementos del Derecho a la Salud ver: <http://wfrt.net/humanrts/gencomm/epcomm14s.htm>

B. Laboratorios

En El Salvador existe una red nacional de laboratorios del Ministerio de Salud (151 laboratorios); además de los laboratorios del ISSS y de Sanidad Militar, hay alrededor de 600 laboratorios privados que también ofrecen la prueba de VIH; estas unidades no tienen supervisión ni rectoría del Ministerio de Salud.

La prueba rápida de VIH se efectúa sólo en establecimientos donde existe un laboratorio, lo que representa un 42% de cobertura. La no descentralización de la prueba rápida empeora esta situación. La confirmación se realiza en 6 laboratorios acreditados para tal fin y el Laboratorio Central realiza más del 85% de las confirmaciones, lo que le afecta realizar los controles de calidad.

Las pruebas de CV y CD4 son realizadas únicamente en el Laboratorio Central del Ministerio de Salud y no se está siguiendo el protocolo de ofertar estas pruebas 2 veces al año a los usuarios.

Es limitada la oferta de consejería con personal calificado en los establecimientos de salud. El recurso humano de laboratorio, aunque bien capacitado, es insuficiente. Con relación a insumos de laboratorio ha habido desabastecimiento frecuente, esto se debe a una planificación basada en el consumo histórico, y que además arrastra una demanda insatisfecha.

Recomendaciones

- Definir e implementar una función rectora del laboratorio central con los laboratorios privados, semiprivados, autónomos y otros.
- Descentralizar la prueba rápida del VIH en todos los establecimientos de salud para la cerrar la brecha de acceso y disminuir las oportunidades perdidas.
- Fortalecer el diagnóstico laboratorial de otras ITS, que se están diagnosticando en su mayoría clínicamente.
- Fortalecer la dotación de personal en consejería para disminuir una brecha de oportunidades perdidas.
- Cumplir y vigilar el cumplimiento del protocolo para la disponibilidad y acceso a la pruebas de CD4 y CV de acuerdo a la normativa.
- Mejorar los procesos de información estratégica e implementar un sistema de gestión de suministros efectivo y oportuno.
- Avanzar en el Ministerio de Salud, de una forma progresiva, en la incorporación de los RRHH actualmente contratados con fondos de FM al Ministerio de Salud.
- Aumentar progresivamente la asignación de fondos GOES para la compra de suministros.

Respuesta al VIH,
el Sida y las ITS
del sistema de salud

Componentes
del sistema
de salud

C. Bancos de Sangre

Falta un Programa Nacional de Sangre y Medicina Transfusional que vele por la disponibilidad, accesibilidad, calidad de la sangre y sus derivados. Igualmente, hay ausencia de un marco legal que regule los bancos de sangre y la medicina transfusional. No obstante, existe una red funcional de bancos de sangre, pública y privada, conformada por 31 Bancos de Sangre (23 del Ministerio de Salud) y 30 servicios de transfusión. El 88.4 % de la donación de sangre es de reposición lo que repercute en desabastecimientos y un riesgo de transmisión de enfermedades. Existe control de calidad de cinco agentes que son transmisibles por la sangre (HIV, HBsAg, HCV, Chagas y sífilis) con la participación del 100 % de Bancos de Sangre del país.

Recomendaciones

- Elaborar una política de Bancos de Sangre que incluya la donación voluntaria y altruista de sangre.
- Crear un programa Nacional de Sangre y Medicina Transfusional.
- Avanzar en una estrategia nacional de regionalización de los bancos de sangre, de acuerdo a lineamientos técnicos, para optimizar la recolección y el procesamiento de las unidades de sangre que permitirá una entrega oportuna de los componentes de la sangre y disponer de un sistema de información sobre las necesidades a nivel país.
- Mejorar del sistema de información en el registro de los donantes y la trazabilidad de los mismos, incluyendo los rechazados y una ampliación en el acceso a la información sin pérdida de la confidencialidad.
- Promover nacionalmente la donación voluntaria de sangre.
- Fortalecer el apoyo al programa de garantía de calidad de los bancos de sangre.
- Implementar la utilización de las guías nacionales para el uso racional de la sangre, capacitando a los prescriptores y propiciar la formación de Comités Hospitalarios de transfusión.

6. Sistema de información y vigilancia

Resumen

Los datos registrados de 1984 a 2007, la información epidemiológica de VIH y Sida no es completa ni fiable, periodo en el cual los sistemas en los cuales se ha registrado la información han sido diferentes que no se pueden consolidar sobre todo por la diferencia de variables que se han ido recolectando en el tiempo. Evidenciándose además duplicidad de datos y falta de depuración de los registros contenidos en la misma.

Para los años 2005 a 2008, la información epidemiológica de VIH y Sida no es completa ni fiable, al tiempo que existen limitaciones para acceder a la totalidad de las bases de datos.

Parte de estas limitaciones (las referidas a la calidad y fiabilidad de los datos) se están resolviendo por la implementación del nuevo Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH-Sida conocido como SUMEVE. El cual está operando desde 2008. No obstante como se ha dedicado estos dos años al desarrollo del mismo y sistematización de la información, lo que ha permitido aumento en la calidad de los datos e información, se debe ir planificando un mejor análisis, interpretación y divulgación de la información, que permita generar un conocimiento clave para la toma de decisiones en la respuesta al VIH en el país. En el anexo 1, se muestra la situación epidemiológica del VIH/SIDA del 2009, que fue recibida en el proceso final de la edición del presente informe.

Hallazgos

La implementación del SUMEVE se produjo como una respuesta a debilidades de la información epidemiológica del país, la cual recurrentemente presentaba información duplicada y sub notificación⁸⁴.

La información de VIH registrada antes del 2007 no es completa y ni confiable, por lo que

se debe manejar con cautela sobre todo por una evaluación realizada en octubre de 2007 en colaboración con el Ministerio de Salud, con apoyo técnico y financiero de SICA, CDC-GAP sobre el sistema de notificación reporto una sub notificación del 40%⁸⁵ de casos de VIH detectados por el primer nivel a laboratorio de referencia para confirmación y de los laboratorios de confirmación al Programa Nacional de Sida del 20%, así mismo se evidencio falta de estandarización de formularios para registros de consejería y registro de pruebas de VIH en los laboratorios y se documentó el no cumplimiento en el algoritmo para confirmación de VIH.

En este sentido, la integración de los sistemas de vigilancia en un sistema único, hace que desde el 2008 las cifras de incidencia sean más confiables y que los 2,077 casos nuevos detectados en 2007 (En 2007, ante la perspectiva de la implementación inminente del SUMEVE se realizó una revisión exhaustiva de los casos) y los 1,891 casos de 2009 sean validos como marco epidemiológico de la incidencia anual, y con casos Sida por debajo del 25%.

La información de la mortalidad por Sida es muy limitada e impide conocer la prevalencia de personas a las que se les ha detectado la infección.

Existe una dificultad manifiesta en determinar el número de personas a las que se les ha diagnosticado VIH y que viven en El Salvador. La Dirección General de Estadística y Censos conocida como DIGESTYC es la institución responsable de las estadísticas vitales del país, esta información es colectada en las 262 alcaldías del territorio nacional, utilizando un certificado de defunción que es llenado en las instituciones para el reporte de estas, una limitante es la oportunidad de la información, ya que los datos son publicados un año y medio después del cierre del año. Así mismo, se evidencian serias limitantes para el llenado del formulario, no registro de la causa básica de de-

Respuesta al VIH,
el Sida y las ITS
del sistema de salud

Componentes
del sistema
de salud

84 Galván G., Armero J., Cardoza B.: Plan Nacional de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia epidemiológica del- SIDA e ITS 2006 - 2010

85 Ministerio de Salud. Situación del VIH en El Salvador, 1984-2008. El Salvador. 2009

función, lo que dificulta determinar el número de personas a las que se les ha diagnosticado VIH y que viven en El Salvador. Sólo desde 2008 pueden incorporarse al sistema de notificación los fallecidos por Sida directamente a través del SUMEVE o mediante el cruce de estos datos con el sistema de morbimortalidad (SIMMOW). Esto hace que existan serias dificultades para saber cuántas de las personas registradas viviendo con Sida han fallecido antes de 2008. La sub notificación de fallecidos por Sida en 2003 en Hospitales del Ministerio de Salud fue cifrada en un 58%⁸⁶.

Respuesta del Ministerio de Salud para resolver las debilidades y limitaciones de la vigilancia del VIH y el Sida y de conocimiento de la epidemia en El Salvador. Implementación de un Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica de VIH/Sida, SUMEVE.

Como respuesta a las debilidades de la información epidemiológica y los sistema de registro y análisis de la información de VIH/SIDA en el país, a partir del 2007 se conformo un equipo con la participación de las diferentes instituciones del Sistema Nacional de Salud bajo la coordinación del Ministerio de Salud y el apoyo técnico de la Organización Panamericana de la Salud, desarrollaron el formulario estandarizado para la solicitud de prueba de VIH conocido con FVIH-01, el cual captura datos de personas que se realizan la prueba y los casos confirmado de VIH, así mismo se desarrollo el Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y vigilancia Epidemiológica del VIH-Sida (SUMEVE), sistema que se empezó a utilizar en forma parcial en el año 2008 donde solo se registraban las boletas de casos reactivos e indeterminados que ameritaban confirmación, siendo hasta en marzo del 2009 gracias al apoyo del Fondo Global, que se fortalece con recurso humano y tecnológico el sistema de vigilancia de VIH, lo que permitió la sistematización del 100% de formularios de solicitud de prueba independientemente del resultado diagnóstico. La implementación del SUMEVE ha sido en forma escalonada tanto por las diferentes instituciones del Ministerio como por otras instituciones del Sistema Nacional de Salud. En el caso del ISSS solo se reportan los formularios de ca-

sos reactivos e indeterminados y que han sido confirmados por el hospital Médico Quirúrgico, aduciendo escasa cantidad de recurso humano para la sistematización de la información.

A mediados de 2009 la misma necesidad de contar con información ha demandado el desarrollo de módulos en el SUMEVE, entre estos el de pruebas de seguimiento como Carga Viral y CD4-CD8 y el módulo de prevención que es utilizado por algunas ONG, en el año 2010 se esta desarrollando el modulo de farmacia en donde se registran las recetas de medicamentos antirretrovirales dispensados en las farmacias de las clínicas de atención integral. Para el diseño, desarrollo e implementación de estos módulos ha sido necesario realizar talleres para estandarizar formularios, desarrollo del modulo, capacitación de los digitadores para la sistematización de la información, definición de los flujos de información y periodicidad de los mismos. Estos módulos empezaron a operar a mediados del 2009 y han ido consolidándose en el 2010, sin embargo, se evidencia que no todos los hospitales que tienen clínica de atención integral están utilizando este modulo de farmacia, lo que limita conocer el número de personas que están en TARV, frecuencia de retiro de los mismo, información que contribuye a la construcción de algunos indicadores de alerta temprana de farmacorresistencia del VIH (IAT).

En el caso de los pacientes que inician terapia antirretroviral por estar en fase avanzada de la enfermedad o por profilaxis, la información está siendo capturada en un formulario estandarizado de TAR, es consolidada mensualmente en el nivel central y es sistematizada por los digitadores del SUMEVE ubicados en las clínicas de Atención Integral, mientras se desarrolla el Modulo en el SUMEVE e indicadores de alerta de la vigilancia de la farmacorresistencia del VIH (IAT).

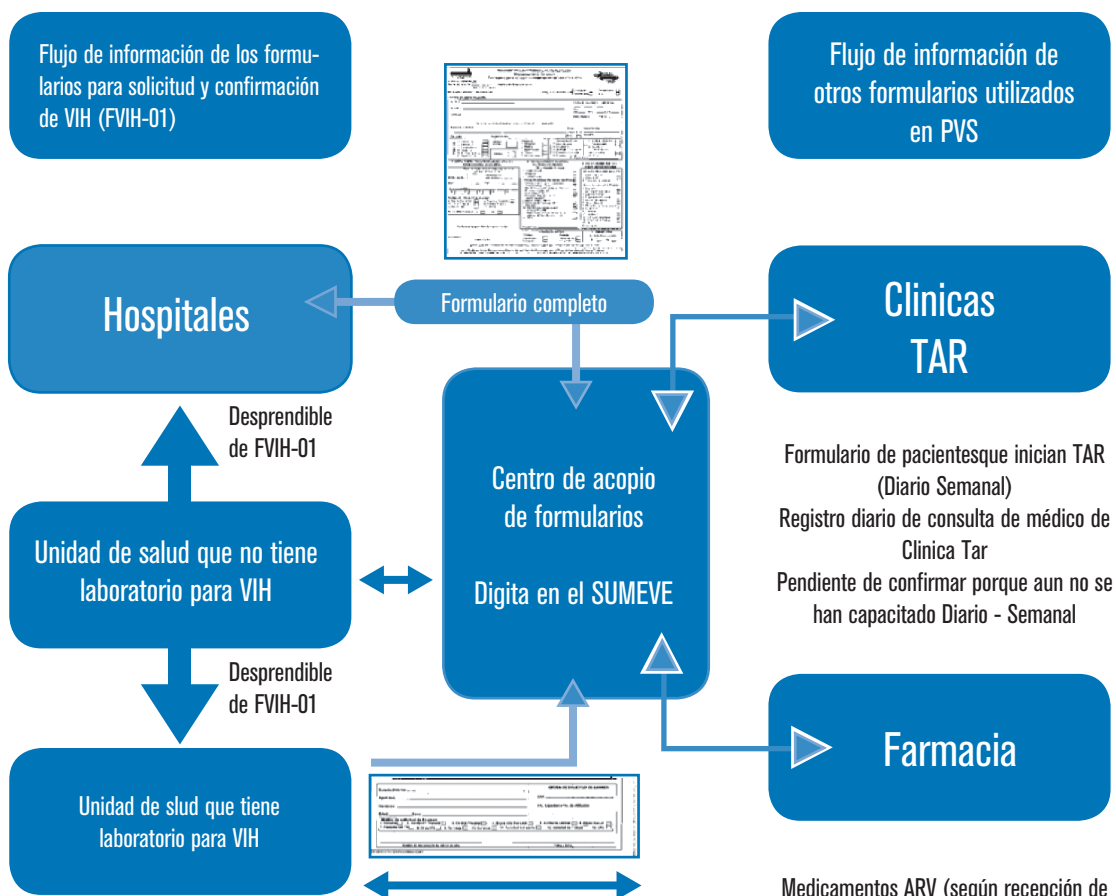
Como el Ministerio de Salud cuenta con el Sistema de Información de morbi mortalidad vía Web, conocido como SIMMOW, el cual también fue desarrollado por personal del Ministerio de Salud, con el apoyo técnico de la Organización Panamericana de la Salud de El Salvador, sistema que permite registrar las atenciones ambulatorias, hospitalizaciones y defuncio-

⁸⁶ Dirección General de Estadística, Ministerio de Economía. VI Censo de Población, y V Censo de Vivienda, El Salvador 2007

nes registradas en la red de establecimientos de Salud, no se ha considerado el desarrollo de módulos en el SUMEVE para evitar sistemas paralelos. La limitante del SIMMOW y del SUMEVE es que son de uso institucional.

El actual Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH-Sida, SUMEVE, ha unificado la forma de recolección de datos por lo que se perfila como una herramienta muy útil, que evita los fallos detectados en la forma como se realiza la vigilancia y permite además evaluar el grado de cumplimiento en el algoritmo para el diagnóstico de VIH.

Figura 1: Flujograma de información desde las diferentes fuentes de información al SUMEVE20⁸⁷



Respuesta al VIH, el Sida y las ITS del sistema de salud

Componentes del sistema de salud

- Semanalmente el 100% de boletas no reactivas (lunes)
- En las primeras 48 horas las boletas con resultados reactivos o indeterminados
- Laboratorios que realizan muestras para VIH enviaran informe mensual (FVIH-03)
- La recepción es de lunes a viernes, durante las horas laborales

Elaborado por Dr. Julio Armero Guardado

87 En el flujograma de información, el médico de la clínica TAR, al momento de la evaluación no se había capacitado.

La recolección de información se inicia en formato papel a través de diferentes formularios desde cualquier nivel de atención, existen diferentes formularios identificados como FVIH y cada uno que se va creando se le indica un número correlativo.

Hasta la fecha se han estandarizado los siguientes formularios:

FVIH-01: formulario para solicitud y confirmación de VIH.

FVIH-02: registro diario de consejería

FVIH-03: registro diario de laboratorio clínico

FVIH-04: formulario para solicitud de carga viral y CD4

El formulario FVIH-01 contempla 3 momentos:

A. Datos Generales, información que es llenada por el personal que indica la prueba.

B. Exámenes que fundamentan el diagnóstico, Información que es completada por el laboratorista que realiza la prueba a Nivel Local y en caso que el resultado sea reactivo o indeterminado, se complementa por el profesional del laboratorio de referencia.

C. Diagnóstico final del caso que es la clasificación del paciente ya sea como negativo, infección por VIH, caso Sida, de seguimiento y caso conocido.

El formulario para solicitud y confirmación de VIH (FVIH-01). Se utiliza en el establecimiento de salud, cada vez que se solicita a un paciente la prueba de VIH; se registra la siguiente información:

I. Datos de identificación: Información donde se detalla nombre del paciente, edad, sexo, dirección de residencia, nacionalidad, estado civil, antecedentes educativos y laborales. Se incluye el documento único de identificación.

II. Datos específicos de mujeres en edad reproductiva: como antecedentes de embarazo, semanas de amenorrea, fecha probable de parto, fórmula obstétrica, período de indicación de examen y control prenatal o no.

III. Datos específicos sobre factores de riesgo, divididos en orientación sexual y otros posibles

factores de riesgo (usuarios de drogas inyectables, trabajadores / as sexuales, privados de libertad, población móvil, etc.)

IV. Datos sobre solicitud y motivos de exámenes de VIH, que permite detallar la población meta.

V. Datos clínicos: asintomático o sintomático y manejo (ambulatorio u hospitalario)

VI. Consejería brindada o no.

Como todo proceso para mejora del sistema de información, se ha evidenciado cierta apatía al llenado de dicho formulario por parte del profesional que indica la prueba manifestando:

1. Inversión de tiempo para el llenado del mismo.
2. Las respuestas a las preguntas relacionadas con la orientación sexual del paciente se perciben como poca sinceras por parte de algunos entrevistados, lo que puede influir en la confiabilidad del dato.

El uso de estos formularios de solicitud de prueba FVIH se aplica a todas las redes de atención primaria y especializada de segundo y tercer nivel, en los servicios de obstetricia y neonatología, en la red hospitalaria pública y del seguro social, en el sistema penitenciario y en sanidad militar. Tan solo se identifican algunos prestadores de servicios privados donde aún no se usan. Este formulario ha sido utilizado en las jornadas del Día Nacional "Hazte la prueba" desde el 2007 a la fecha, mejorándose con el tiempo el llenado de los mismos y la consistencia en los datos recolectados.

Una vez llenado los formularios son enviados a los centros de acopio para ser sistematizados en el SUMEVE, estos digitadores están ubicados principalmente en las clínicas de atención integral o en los SIBASI. Ellos consolidan todas las boletas que son generadas en el departamento y son introducidas en el SUMEVE.

Desde los laboratorios, se retorna la información relacionada con el resultado de la prueba de VIH a los establecimientos de salud solicitantes y a su vez se envía copia a los centros de acopio, para que el digitador complemente la información de los FVIH-01. En el caso que

un resultado sea reactivo o indeterminado se envía la muestra al laboratorio de referencia para confirmación, en donde el digitador de dicho establecimiento solo complementa el resultado no teniendo que digitar nuevamente el formulario. Esto permite visualizar, al consultar el sistema, el resultado de laboratorio de referencia en forma oportuna.

Las características más reseñables de este sistema son:

- Es simple. La aplicación informática tiene la misma estructura que el formulario de solicitud de prueba del papel.
- No se realiza doble digitado, si bien la información se consolida a diferentes niveles permitiendo un control de calidad.
- Datos en tiempo real
- Ninguna necesidad de descargar e instalar el SUMEVE en una computadora
- Ninguna necesidad de descargar y de instalar mejoras del SUMEVE.
- Ninguna necesidad de recibir email, discos, CD, Zip drive o enviar fax con datos tabulados.
- Ninguna necesidad de crear informes, tablas o gráficos en Excel

FVIH-02 El registro diario de consejería previa y posterior a la prueba de VIH (FVIH-02), es utilizado para los niveles locales para llevar un record de consejerías brindadas, detallándose datos por edad, sexo, motivo de consejería, población neta.

FVIH-03 El registro diario de laboratorio, en el cual se registran todas las pruebas para VIH que son realizadas por la red de laboratorios del sistema nacional de salud, detallándose nombre del establecimiento que solicita la prueba, nombre del paciente, edad, sexo, motivos de solicitud de exámenes, fecha para la toma de la prueba, tipo de prueba, resultado; además, hay un apartado que es utilizado para aquellas muestras reactivas indeterminadas que son enviadas a los laboratorios de referencia para su confirmación o descarte.

FVIH-04 El formulario para solicitud de carga viral y CD4, es utilizado en las clínicas de atención integral ubicadas en el Ministerio de salud, donde se recopilan datos específicos en recién nacidos, mujer gestante o post parto.

Adicionalmente al SUMEVE, existen diferentes estudios que permiten obtener más información sobre la situación epidemiológica del VIH y el Sida de El Salvador.

En referencia a los fallecimientos asociados al Sida en este periodo, la fuente de datos en 2005 y 2006 es DIGESTYC y a partir del 2007 la información se lleva en el sistema de información de morbilidad en línea, del Ministerio de Salud (SIMMOW)

Para el uso del SUMEVE se han desarrollado 3 niveles de usuario; 1. El digitador, 2. el analista, 3. el administrador. Se asigna contraseña a cada usuario del sistema, la cual es asignada por el administrador según perfil del usuario. Esto con el fin de garantizar la confidencialidad de la información. Se trata de una herramienta propia, independiente de otras aplicaciones informáticas, se accede a través de la intranet e internet. El número de usuarios al SUMEVE se ha ido incrementando en la medida que se ha ido fortaleciendo el sistema, así mismo el módulo de farmacia, que está en fase de desarrollo, permite capturar las recetas y se han generado algunas tablas de salidas, sin embargo aún está en proceso el desarrollo del mismo, así como el módulo de inicio de terapia e indicadores de alerta para la farmacoresistencia.

Con el fin de poder dar a conocer las estadísticas de VIH a nivel central del Ministerio de Salud, se generan boletines informativos los cuales son distribuidos a través de correos electrónicos y colocados en la página web, no se ha establecido una periodicidad para la actualización de los mismos. Se han desarrollado reuniones de evaluación de los niveles locales con el SIBASI, SIBASI con Regiones de Salud y Regiones de Salud con Nivel Central, lo que ha permitido identificar limitantes para la implementación del SUMEVE y de los nuevos módulos que se han estado desarrollando, al momento en proceso de solventar dichas limitaciones.

Respuesta al VIH,
el Sida y las ITS
del sistema de salud

Componentes
del sistema
de salud

La herramienta para el análisis de los datos contenidos en el SUMEVE es una aplicación informática en red, a la cual se accede con una clave de acceso según autorización del administrador del sistema (Dirección de Vigilancia Sanitaria), según se menciona para asegurar la confidencialidad de la información. Se trata de una herramienta propia, independiente de otras aplicaciones informáticas, sin embargo su acceso, puede ser en forma directa o a través de otras plataformas como el de SIMMOW.

Los datos del SUMEVE a los que se puede acceder están definidos mediante tres niveles jerárquicos de usuarios. Un criterio – guía importante es proteger la confidencialidad de la información en los diferentes niveles. En principio, todos los epidemiólogos tienen acceso a la información de su población. El personal de los hospitales a la información correspondiente a ellos, y así sucesivamente con los departamentos o los SIBASI.

Por otro lado, están autorizados para la consulta de los datos algunos médicos especialistas de las Clínicas TARV, lo cual no es generalizado en este momento, sino con base al interés y solicitud que estos hagan ante la Dirección de Vigilancia Sanitaria; sin embargo no hay acceso a la información fuera del Ministerio de Salud, por ningún otro sector.

El acceso a todas las áreas y módulos del SUMEVE, sólo lo tiene el Director de Vigilancia en Salud del Ministerio de Salud, no existiendo en la actualidad ningún otro epidemiólogo que trabaje en VIH y Sida vinculado y con responsabilidad en el sistema. Este hecho concentra la administración del sistema en una sola persona lo que es un contrasentido técnico toda vez que la protección del sistema y de la información requiere más responsables; y por otra limita seriamente el acceso a los datos e información necesarios para mejores decisiones.

El SUMEVE se encuentra conectado con el sistema SIMMOW; no obstante constituye una herramienta diferente a la de la vigilancia epidemiológica de las otras enfermedades de declaración obligatoria que se articulan con el SISNAVE. En este sentido, la vigilancia de las ITS a veces ocurre en planos diferentes (SISNAVE, SIMMOW).

Disponibilidad, análisis y uso de información sobre las ITS.

La información disponible en ITS, es escasa, y sólo se tienen consolidados en hoja Excel. Desde el año 2000 al 2008, están distribuidos por sexo y grupos de edades. Sin embargo, a esta información se le da poco uso. Cuando se pregunta sobre el comportamiento epidemiológico de las ITS, se hace referencia generalmente al VIH y el Sida, dejando de lado aquellas ITS como la sífilis, la gonorrea y demás.

Desde el punto de vista de laboratorio, se cuenta con capacidad instalada, así como reactivos para la realización de pruebas básicas de diagnóstico de las principales ITS, como *Gardnerella*, *Trichomonas*, *gonorrea*, *sífilis*, etc.

Sin embargo, el uso de pruebas de laboratorio diagnósticas, ha ido disminuyendo gradualmente hasta una mínima demanda clínica⁸⁸, ya que la conducta médica ante sospecha clínica de una ITS (no VIH) es brindar tratamiento con enfoque sindrómico. Sin embargo al momento de reportar semanalmente la vigilancia epidemiológica se hace a nivel etiológico, lo que genera posiblemente un subregistro, y/o sobreregistro de las ITS, no permitiendo conocer a ciencia cierta cual es el comportamiento epidemiológico en el país.

Usos de la información: análisis y distribución.

El análisis de la información contenida en el SUMEVE se hace tanto a nivel central como a nivel periférico, en función de la accesibilidad que se tenga al sistema. En la página Web del Ministerio de Salud se dejan a disposición de médicos y población general presentaciones de los datos. Se tiene noticia de la existencia de informes más completos de difusión interna se realizaban hasta 2009, pero su acceso ha sido limitado durante esta evaluación.

Los datos facilitados desde el Ministerio de Salud presentan la información, pero hay poca interpretación.

Los datos de todo 2009 a mayo de 2010 continúan en proceso de consolidación, aunque sus cifras provisionales (a esta fecha) están ya disponibles. Son datos presentados principalmente en forma de gráficas con poca información interpretativa (p. ej.: mortalidad o datos por grupo de edad, modos de transmisión, etc.) que determinados actores del sistema de salud demandan con premura. En otras ocasiones en las que sí se facilitan como cifras absolutas, no aparecen detallados en función de la población a la que se refieren por lo que son difícilmente interpretables. Globalmente se puede afirmar que los datos sobre la situación del país son presentados recurrentemente con poco análisis e interpretación.

No existe una comunicación reglamentada entre los niveles periféricos de epidemiología y los centros sanitarios.

Los informes epidemiológicos que se realizan a niveles de salud locales no están normalizados ni estandarizados. En los diferentes niveles de salud visitados, raramente existían informes completos o parciales sobre VIH y Sida y mucho menos información relacionada con las ITS.

Generalmente la epidemiología del VIH y Sida está integrada en informes globales de enfermedades de declaración obligatoria, en forma de número absoluto de casos detectados en el periodo considerado para cada lugar. La falta de esta información con una mínima periodicidad hace difícil tener una idea de la situación de casos en diferentes áreas de salud.

Los canales de distribución de la información derivada del SUMEVE no están claramente definidos. Ni desde el nivel periférico de vigilancia hasta el nivel central, ni desde los niveles periféricos a las unidades de atención clínica. Si parecen existir reuniones sin periodicidad sobre la situación epidemiológica en el país.

Respuesta al VIH,
el Sida y las ITS
del sistema de salud

Componentes
del sistema
de salud

88 Informe de Línea de base de la situación de las Infecciones de Transmisión Sexual, en El Salvador, Ministerio de Salud, GTZ, Proyecto Asistencia Técnica, Cooperación Sur-Sur. 2009

Recomendaciones

- Fortalecer y ampliar el acceso y capacitación sobre el SUMEVE para los diferentes niveles de salud y de actores involucrados en la respuesta al VIH, protegiendo el principio de la confidencialidad; además, garantizar transparencia en la disponibilidad de los datos e información sobre la epidemia, con el objeto de mejorar los procesos de definición de políticas, el diseño de intervenciones oportunas, implementación y acciones de seguimiento y de evaluación.
- Reforzar la detección y notificación de casos fortaleciendo la solicitud de pruebas de VIH, garantizando la recolección y procesamiento de la información e implementando vías de notificación en los prestadores de servicios privados donde aún esas vías han sido insuficientes.
- Sistematizar la información disponible que el país genera a través de las diferentes instancias y determinar mortalidad por VIH anterior a 2008.
- Fortalecer el análisis de la información y la elaboración de boletines epidemiológicos utilizando los datos contenidos en el SUMEVE, SIMMOW y estudios en poblaciones de alta vulnerabilidad.
- Priorizar estudios e investigación en poblaciones no suficientemente conocidas, en especial PEMAR y población vulnerable.
- Es necesario fortalecer el acceso, uso, análisis e interpretación a información sobre las ITS (no VIH) para facilitar el conocimiento de la situación epidemiológica de éstas; además saber sobre su prevención y atención; como así también acerca de su vigilancia laboratorial y epidemiológica.
- Mejorar la divulgación y el acceso a la información:
- Habilitar el acceso a la totalidad del sistema de información a las personas responsables de la vigilancia específica de ITS, VIH y clínicas TARV.
- Mejorar la calidad de la información epidemiológica generada y los resultados tienen que ser analizados con rigurosidad y servir de base e insumo para los procesos de toma de decisión en la respuesta a la epidemia.
- Potenciar la comunicación entre los epidemiólogos y los clínicos para que exista retroalimentación relevante sobre información significativa en VIH.

C. Componente transversal de Derechos Humanos

Derechos Humanos⁸⁹

La Constitución Política de El Salvador otorga a la salud la categoría de bien público al igual que algunos tratados de derechos humanos con fuerza vinculante para El Salvador tales como el Pacto de Derechos Económicos Sociales y Culturales y el Protocolo Adicional a la Convención Americana en materia de derechos económicos, sociales y culturales. De acuerdo a la Constitución política, el Estado dará asistencia gratuita a las personas que padezcan de enfermedades y que carezcan de recursos y a los habitantes en general cuando el tratamiento constituya un medio eficaz para prevenir la diseminación de una enfermedad transmisible.

Por su parte, la Ley de VIH reconoce los derechos humanos de las personas con VIH y establece mecanismos para su protección. No obstante, son pocos los órganos encargados de la protección formal de los derechos humanos de las poblaciones más afectadas por el VIH, con excepción de la Procuraduría de Derechos Humanos y la recién creada Dirección sobre Diversidad Sexual, con la cual se espera protección de grupos más afectados por la epidemia, como son los HSH, población Trans y trabajadoras sexuales.

Se observan avances en la participación intersectorial y comunitaria; en el desarrollo de marcos legislativos y normativos y el acceso universal a la atención integral de PVS de conformidad con las obligaciones y recomendaciones de órganos internacionales

89 De acuerdo a los Estados Miembros de la OPS el Derecho internacional de derechos humanos consagrado en convenios y estándares internacionales y regionales de derechos humanos ofrece un marco conceptual y jurídico unificador de estrategias así como medidas para evaluar el progreso y aclarar la rendición de cuentas y las responsabilidades de los distintos interesados directos. Para mayor información sobre los objetivos estratégicos e indicadores relacionados con los instrumentos de derechos humanos, consultar el Plan Estratégico de la OPS (2008-2012), disponible en <http://www.paho.org/spanish/gov/csp/od328-obj5-8-s.pdf>.

de derechos humanos⁹⁰; no obstante, existen importantes limitaciones en esas áreas para una protección y disfrute pleno de los derechos humanos en el contexto de la respuesta al VIH en el país.

Antecedentes

El marco formal general de protección de derechos humanos de la legislación salvadoreña es muy amplio y posibilita los mecanismos para dicha protección tanto a nivel nacional como regional e internacional. La Constitución Política de la República reconoce los derechos fundamentales en su Título 2. Además, los artículos 1, 35 y 61 otorgan a la salud la categoría de bien público, por lo que su protección es obligación del Estado.

La nueva Ley de Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia⁹¹ lo recoge como un derecho de los sujetos de derecho protegidos por dicha Ley. Por su parte, El Salvador ha reconocido la competencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos y de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, órganos que revisan el cumplimiento de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y otros instrumentos vinculantes de derechos humanos. El Salvador también reporta periódicamente a ciertos órganos de las Naciones Unidas creados por tratados internacionales de derechos humanos.⁹²

90 El Salvador ha implementado las recomendaciones de la Comisión Interamericana de Derechos (CIDH) con relación al suministro y abastecimiento de tratamientos antirretrovirales como medida par garantizar el derecho a la vida, a la integridad personal, a la igualdad ante la ley y a la protección judicial de la población Salvadoreña que son protegidos por la Convención Americana sobre Derechos Humanos. Para mayor información, ver el informe No. 27/09 de la CIDH, disponible en: <http://www.cidh.org/annualrep/2009sp/EISalvador12249.sp.htm>

91 LEPINA, promulgada por Decreto N° 839 y publicada en el Diario Oficial de 16 de abril de 2009.

92 El Salvador reporta periódicamente al Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, al Comité de los Derechos del Niño, al Comité para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, entre otros

En lo que se refiere a la protección de los derechos humanos de algunos grupos vulnerables al VIH, algunas legislaciones y políticas nacionales incluyen:

- Ley de Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia.
- Ley contra la Violencia Intrafamiliar, que protege a las mujeres y niños y niñas⁹³.
- Política Nacional de la Mujer⁹⁴.
- Existe un Anteproyecto de Ley de igualdad, equidad y erradicación de la discriminación contra las mujeres de El Salvador en discusión en la Asamblea.
- Ley de Prevención y Control de la Infección provocada por el VIH⁹⁵.
- Política de Atención Integral en VIH⁹⁶.

Las instituciones encargadas de la protección de los derechos humanos de estos grupos vulnerables al VIH incluyen

- Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer.
- Sistema de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia establecido en LEPINA. No obstante, este sistema aún no ha sido creado, sino únicamente diseñado en la Ley.
- Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos.
- Procuraduría General de la República. En el momento de elaboración de este informe, estaba en proyecto la creación de una unidad de VIH en su seno.
- Tribunales de Justicia.
- Muy recientemente se creó la Dirección sobre Diversidad Sexual en la Secretaría de Inclusión Social de la Presidencia.

La Ley de VIH reconoce los derechos humanos de las personas con VIH y establece mecanismos para su protección. No obstante, son pocos los órganos encargados de la protección formal de los derechos humanos de las poblaciones más afectadas por el VIH con excepción de la Procuraduría de Derechos Humanos y la recién creada Dirección sobre Diversidad Sexual, sobre la que hay muchas expectativas para protección de algunos de los grupos más afectados por la epidemia, como son los HSH, población trans y trabajadoras sexuales.

93 Promulgada por Decreto N° 902 y 28 de noviembre de 1996.

94 Política Nacional de la Mujer. ISDEMU, diciembre 2005.

95 Ley de Prevención y Control de la Infección provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana. Decreto N° 588. Publicado en el Diario Oficial del Ministerio del Interior el 23 de noviembre de 2001.

96 Política nacional de atención integral en VIH. Ministerio de Salud, 2005.

Observaciones principales

Los principales avances registrados en la protección de derechos humanos de las personas con VIH y de los grupos más afectados o vulnerables al VIH se señalan a continuación.

Participación intersectorial y comunitaria

Por una parte, el Mecanismo de Coordinación de País para el Fondo Global ha conseguido un alto nivel de participación intersectorial y de la sociedad civil, tanto en la elaboración de las propuestas al Fondo como en la implementación de las aprobadas, según manifiestan las mismas organizaciones de la sociedad civil⁹⁷.

Tanto las instancias gubernamentales como las no gubernamentales manifiestan su satisfacción con la alta participación social en la elaboración del Plan Estratégico Nacional y los Planes Operativos Anuales, así como en su implementación.

Se registra un apoyo estatal fuerte a las organizaciones de VIH y, en los últimos meses, a las organizaciones de los grupos más afectados, como las de HSH, trans y trabajadoras sexuales.

De hecho, se ha otorgado el reconocimiento de la personería jurídica de organizaciones de hombres gay, de trabajadoras sexuales y de trans, después de muchos años de solicitudes infructuosas.

Durante los últimos dos años se ha experimentado una reactivación de la Red Legal sobre Derechos Humanos y VIH, con fuerte participación gubernamental y no gubernamental. Esta red cuenta ahora con un protocolo único para la recepción de denuncias sobre violaciones de derechos humanos relacionadas con la respuesta al VIH⁹⁸.

97 Reunión de la Red Legal de Derechos Humanos y VIH, capítulo El Salvador, convocada para el levantamiento de datos para esta evaluación el 20 de abril de 2010.

98 <http://www.atlacatl.org.sv/wp-content/uploads/2010/04/Protocolo%20Seguimiento%20de%20denuncia%20Atlacatl.pdf>

Marco legislativo y normativo

La Ley de VIH vigente otorga protección para algunos derechos de las personas con VIH y en general contra la discriminación.

La nueva Ley de Protección Integral a la Infancia y Adolescencia cuenta con un amplio marco de protección de los derechos de la infancia y adolescencia, destacando derecho a la salud, a la educación sexual, a la salud sexual y reproductiva y al acceso a la justicia.

El Acuerdo 202 del Ministerio de Salud ordena erradicar cualquier tipo de discriminación por orientación sexual en la red pública de servicios de salud⁹⁹.

Se encuentra que las disposiciones de la Ley de VIH sobre atención integral en centros penitenciarios están siendo desarrolladas en la práctica.

Existe un memorándum de la Presidencia del nuevo Gobierno, a través del cual se ordena a todos los Ministerios trabajar con un enfoque de derechos humanos.

Acceso universal a atención integral como elemento fundamental del Derecho al Disfrute del más alto nivel posible de salud (“derecho a la salud”)¹⁰⁰

La descentralización de la TARV en los hospitales regionales ha logrado un mayor acercamiento a las personas con VIH y a sus necesidades y, por lo tanto, una mayor posibilidad de satisfacer sus derechos humanos, en especial su derecho a la salud de conformidad con las obligaciones establecidas en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales¹⁰¹.

99 Acuerdo 202 del Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial de 5 de marzo de 2009.

100 De acuerdo al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales los medicamentos para combatir el VIH deben estar disponibles en suficiente número en establecimientos de salud; deben estar accesibles a todos sin discriminación (física y económicamente) y deben ser de buena calidad. Para mayor información sobre las medidas que deben adoptar los Estados con relación al suministro de medicamentos para combatir el VIH y otras enfermedades ver: <http://wfrt.net/humanrts/gencomm/epcomm14s.htm>

101 Facilitar el acceso a TARV para combatir el VIH es una de las obligaciones básicas a las que se han comprometido los Estados Partes del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su artículo 12 y en el Protocolo de San Salvador (Artículo 10). Para mayor información sobre las obligaciones legales de los Estados con relación al acceso a establecimientos, bienes y servicios de salud ver la observación general 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales disponible en: <http://wfrt.net/humanrts/gencomm/epcomm14s.htm>

Respuesta al VIH, el Sida y las ITS del sistema de salud

Componente transversal de derechos humanos

La descentralización de la TARV contribuye también a la protección efectiva de derechos humanos básicos de la población tales como el derecho a la vida, el derecho a la integridad personal, el derecho de igualdad ante la ley, los derechos del niño, el derecho al acceso de los beneficios del progreso científico, el derecho a la educación y el derecho al trabajo, entre otros.

En los últimos años se han creado 2 clínicas TARV en los 2 principales centros penitenciarios del país, lo que ha permitido la atención a las necesidades de un gran número de personas de uno de los grupos más vulnerados. Esto ha venido acompañado por la creación de grupos de autoapoyo en 13 centros penitenciarios, la capacitación de facilitadores pares entre las personas privadas de libertad, así como la elaboración y diseminación de una Guía sobre VIH en centros penitenciarios¹⁰².

La sociedad civil informa de una menor solicitud de la prueba a trabajadoras sexuales, especialmente en los ámbitos geográficos donde se han llevado a cabo intervenciones de promoción del conocimiento de los derechos humanos. Asimismo, la principal asociación de personas con VIH, Atlacatl Vivo Positivo, informa que durante el último año disminuyó el número de denuncias por discriminación laboral¹⁰³.

Se ha creado un programa en la Corte Suprema de Justicia, a través del DEPLA (Departamento de Prueba y Libertad Asistida), que incluye provisiones específicas para las personas con VIH, así como incorporación del tema en el trabajo de los equipos multidisciplinarios de los juzgados de familia como una variable a tener en cuenta a la hora de decidir el trato a dispensar a las personas.

Estas medidas son consistentes con estándares internacionales sobre el VIH y derechos humanos tales como las Directrices internacionales aprobadas por ONUSIDA y la Oficina del Alto Comisionado de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas.

102 FMinisterio de Salud. "Guía de intervención en salud dirigida a los(as) privados(as) de libertad ante las ITS/VIH/Sida en los centros penitenciarios". El Salvador, noviembre de 2005.

103 Idem, nota vi.

El Ministerio de Trabajo ha creado una unidad de discriminación, VIH y personas con discapacidad, para proteger los derechos laborales de estas personas.

Principales observaciones sobre la protección y el disfrute de los derechos humanos en el marco de la respuesta al VIH

De punto de vista de la gestión de la respuesta

Las prioridades del programa deberían ser revisadas a la luz de las normas y estándares de derechos humanos aceptados por el Estado, debido a que todavía no reflejan acciones más específicas sobre cómo utilizar los instrumentos de derechos humanos en la respuesta al VIH, al Sida y a otras enfermedades de transmisión sexual.

De acuerdo a las conversaciones y entrevistas mantenidas, sería recomendable coordinar de manera conjunta y más coordinada el trabajo del CONASIDA con el Ministerio de Salud con relación a la formulación y ejecución de las políticas intersectoriales de conformidad con la legislación nacional sobre VIH

En la participación intersectorial y comunitaria

La CONASIDA no cuenta con un puesto para la representación de personas con VIH ni de poblaciones de la diversidad sexual, que son el grupo más afectado por la epidemia, lo que dificulta la adecuación de las políticas de la misma a las necesidades de las poblaciones más afectadas.

Sobre el marco legislativo y normativo

La Ley de VIH exige la prueba en tres supuestos, pudiendo ser todos ellos vulneratorios de las convenciones internacionales de derechos humanos ratificadas por El Salvador. La exigencia de la prueba de VIH debería ajustarse a las Directrices Internacionales sobre VIH y Derechos Humanos arriba mencionadas y exigir la prueba únicamente en procesos judiciales por orden del juez¹⁰⁴.

104 Observación General N° 16, Comentarios generales adoptados por el Comité de los Derechos Humanos. U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.7 at 162 (1988).

La obligación con relación a la comunicación obligatoria del resultado positivo de la prueba de VIH a los contactos sexuales puede violar en algunos casos el derecho de igualdad ante la ley, produciendo la discriminación y posible restricción de otros derechos humanos relacionados, incluido el derecho a la salud cuando estas prácticas obstaculicen que las personas afectadas acudan a los servicios de salud. Se hace un énfasis excesivo en los deberes de las personas con VIH, pudiéndose interpretar que se supedita la protección de los derechos humanos al cumplimiento de los deberes por parte de los individuos, cuando ambos aspectos son independientes dado que la protección de los derechos humanos es una responsabilidad del Estado.

La Ley de VIH es excesivamente salubrista, y se atribuye la responsabilidad para aplicarla, en su mayor parte al Ministerio de Salud. No está articulada con el sistema general procesal constitucional, laboral, penal, etc. de protección de derechos humanos y por lo tanto, no resulta eficaz ni aplicable en la práctica. Prohíbe la prueba a los menores de edad sin consentimiento paterno, lo que podría limitar el ejercicio de los derechos humanos, especialmente el de la salud, por parte de los adolescentes en contradicción con la normativa de la Convención de los Derechos del Niño y las recomendaciones de su Comité.

Esta misma carece de enfoque de igualdad de género ni provisiones sobre violencia basada en género. Un estudio en el país demuestra los vínculos entre ambos y no hay una normativa nacional que proteja a las víctimas de esta violencia de la infección por VIH¹⁰⁵. No obstante El Salvador ha ratificado la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer y reporta periódicamente al Comité de Naciones Unidas para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la mujer con relación al cumplimiento de las Normas de la Convención del mismo nombre¹⁰⁶.

105 Adicionalmente, de acuerdo con el Plan Estratégico Nacional, el 20% de las mujeres de 15 a 49 años que viven en pareja, al menos una vez ha recibido violencia física por parte de la misma.

106 Ver informe periódico de reporte a CEDAW por el Gobierno de El Salvador. Disponible en: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/NO8/603/13/PDF/NO860313.pdf?OpenElement>

Fuera de las excepciones a la voluntariedad de la prueba en la Ley, se registran denuncias en las organizaciones de personas con VIH sobre prueba obligatoria para acceder o mantenerse en puestos de trabajo, así como para acceder a seguros de vida. No se encuentran mecanismos eficaces para supervisar el cumplimiento de la Ley de VIH.

La guía de medidas universales de bioseguridad establece medidas para las honras fúnebres que no son consistentes con la evidencia epidemiológica, lo cual tiene efectos discriminatorios hacia las personas con VIH o sus familiares.

En materia de prevención, se documenta que la legislación obliga a incluir una leyenda sobre la falta de seguridad de los condones que puede ir contra el derecho a la información basada en evidencia científica de los usuarios, pues no se especifica que, no obstante lo anterior, la evidencia científica indica que son el mejor método de prevención de la transmisión del VIH en las relaciones sexuales.

A pesar de que la Ley de VIH exige que toda persona tenga disponibilidad de condones, existen prohibiciones en los centros penitenciarios¹⁰⁷ y en poblaciones como niñez y adolescencia, que pueden afectar al derecho a la salud de estas poblaciones y por consiguiente otros derechos humanos relacionados tales como el derecho a la vida y a la integridad personal.

La Secretaría de Inclusión Social reporta una baja utilización de legislaciones aplicables a la respuesta al VIH como la Ley de Servicio Civil o la Ley de Garantía de Audiencia, que podrían utilizarse para exigir el cumplimiento de las obligaciones de los funcionarios públicos en materia del derecho a la salud de conformidad con la Constitución, con el Protocolo de San Salvador y con el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Se detecta una necesidad de capacitación sobre VIH y derechos humanos para personal del Órgano Judicial, la Fiscalía, la PDDH, la PGR, personal de las Fuerzas de Seguridad y otros órganos de protección de los derechos huma-

107 Entrevista con la Dra. Parada, responsable de personas privadas de libertad del Programa Nacional de ITS/VIH/Sida, el 23 de abril de 2010.

Respuesta al VIH,
el Sida y las ITS
del sistema de salud

Componente
transversal
de derechos
humanos

nos, que no han tenido la oportunidad de conocer la normativa nacional e internacional, estándares y los aspectos relacionados con los derechos humanos de la respuesta al VIH.

La legislación no proporciona recursos para sancionar actos de discriminación hacia los colectivos de diversidad sexual o personas con VIH, ya que sólo pueden ser sancionadas acciones que repercutan en la violación de otro derecho, y no sólo el de la igualdad ante la ley.

Con relación a los grupos más afectados y vulnerables al VIH

La Ordenanza Contravencional¹⁰⁸ puede constituirse en un obstáculo para el ejercicio de los derechos humanos por parte de las trabajadoras sexuales ambulante, especialmente el derecho a la salud, a la integridad física y a la seguridad jurídica.

De acuerdo con los informes de la Secretaría de Inclusión Social¹⁰⁹, las personas mayores representan un sector de la población con crecientes infecciones por VIH y se encuentran excluidos de los programas de intervención actuales.

La LEPINA recoge la creación de un sistema de protección integral de la niñez y la adolescencia, pero no se han previsto los medios presupuestarios para ello, lo que puede poner en peligro la aplicación de la ley.

A pesar de los grandes avances que se han experimentado en el abordaje del VIH en el ámbito penitenciario, aún no existe una política de salud penitenciaria que asegure que estos avances son sostenibles.

Los trabajadores migrantes indocumentados están excluidos de la atención en VIH.

108 Decreto Nº 49. Ordenanza Contravencional del Municipio de San Salvador de 17 de noviembre de 2000.

109 Entrevista con Jennifer Soundy, Directora de Persona Adulta de la Secretaría de Inclusión Social. 21 de abril de 2010.

Sobre el acceso universal a atención integral

Se reportan desabastecimientos recurrentes en los centros penitenciarios, especialmente en el último año, lo que pone en peligro el disfrute del derecho a la salud de esta población¹¹⁰.

Existen informes sobre discriminación en los servicios de salud hacia personas con VIH, hombres gay y otros HSH, personas Trans y trabajadoras sexuales, incluyendo prejuicios morales y la falta de confidencialidad sobre la orientación sexual, pudiéndose vulnerar así su derecho a la igualdad ante la ley y a la no discriminación¹¹¹.

Se reportan casos de dudosa voluntariedad de la prueba en personas Trans, lo que podría afectar gravemente al derecho a la integridad física y la libertad personal de estas personas.

Sobre educación y medios de comunicación para reducir la discriminación

Aún no se incluye la diversidad sexual de manera generalizada como parte de la currícula de capacitación del personal de la PDDH¹¹², de los funcionarios del sistema judicial, de los funcionarios de los servicios de salud ni en la currícula escolar, lo que provoca un desconocimiento de la realidad social de estos colectivos, así como de su obligación de proteger los derechos humanos de estas personas.

Todas las instancias entrevistadas consideran que las campañas para reducir la discriminación y promover el disfrute de los derechos humanos son claramente insuficientes.

El Plan Operativo Anual del PNS de 2007 preveía la creación de una subcomisión de derechos humanos en el CONASIDA, que no ha sido creada. Por lo tanto, no se han aumentado las capacidades de este órgano de proteger los derechos humanos en el ámbito de la

110 Idem, nota xiv.

111 Idem, nota vi.

112 Entrevista con Antonio Aguilar, Procurador Adjunto para los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 22 de abril de 2010.

respuesta al VIH.

Falta de especialización en VIH de funcionarios de las instancias de protección de derechos humanos. No obstante, está en proceso la creación de una unidad de VIH dentro de la PDDH, actualmente en reclutamiento de personal¹¹³.

Recomendaciones

- Revisión y reforma de la Ley de VIH de conformidad con la normativa y estándares internacionales de derechos humanos¹¹⁴, de forma que incluya los siguientes aspectos:
- Exigencia de la prueba de VIH únicamente cuando sea dictaminado por un juez.
- Revisión a la luz de las directrices internacionales sobre VIH y derechos humanos con relación a la obligación de la comunicación del resultado positivo a las parejas sexuales de la persona con VIH.
- Revisión de la legislación sobre las obligaciones del Estado y clarificación de cuáles son los deberes de las personas con VIH a la luz de estándares tales como la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre¹¹⁵.
- Articulación procesal del contenido de la Ley de VIH con la legislación general del país incluyendo las convenciones y pactos de las Naciones Unidas e Interamericanos ratificados por el Estado y los estándares internacionales sobre VIH y derechos humanos.
- Permitir a los adolescentes la realización

de la prueba rápida sin el consentimiento de los padres o tutores de conformidad con la Convención de los Derechos del Niño y las recomendaciones de su Comité¹¹⁶.

- Incluir un enfoque de igualdad de género y provisiones respecto de la violencia intrafamiliar de conformidad con la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y eliminar la violencia contra la mujer (“Belém Do Pará”) y la Convención de Naciones Unidas para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.
- Incluir mecanismos de vigilancia del cumplimiento de la legislación sobre VIH.
- Eliminar las medidas excesivas de bioseguridad respecto de las honras fúnebres de personas con VIH.
- Adecuar las leyendas de los empaques de los condones a la evidencia científica.
- Capacitar sobre los instrumentos universales y regionales de derechos humanos en la respuesta al VIH al personal del Órgano Judicial, la Fiscalía, la PDDH, la PGR, personal de las Fuerzas de Seguridad, personal del ministerio y servicios de salud y otros órganos de protección de los derechos humanos.
- Establecer medidas efectivas para la protección de las personas pertenecientes a las minorías sexuales, incluyendo la protección de la violencia estatal y privada, así como una adaptación de los servicios de salud a sus necesidades, asegurando una protección de sus derechos humanos con especial énfasis en su derecho a la vida, integridad personal y salud mental.
- Implementar mecanismos de protección y sanción de los actos de discriminación infundada contra las personas con VIH y personas de la diversidad sexual como medida para garantizar el derecho a la salud (y que las mismas acudan a los servicios de salud) y otros derechos humanos relacionados de estos grupos.

Respuesta al VIH,
el Sida y las ITS
del sistema de salud

Componente
transversal
de derechos
humanos

113 *Idem nota anterior.*

114 Las legislaciones y políticas nacionales sobre el VIH deben ser revisadas a la luz de las directrices sobre VIH y derechos humanos de las Naciones Unidas (ONUSIDA y Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos) disponibles en: http://data.unaids.org/pub/Report/2007/jc1252-internationalguidelines_es.pdf

115 El nombre de esta declaración se refiere a “hombre” y no ha sido reformada por los Estados Miembros de la OEA, no obstante sus disposiciones son aplicables a todas las personas.

116 Ver Observación General No. 4 del Comité sobre la salud de los adolescentes: [http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/CRC.GC.2003.4.Sp?OpenDocument](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/CRC.GC.2003.4.Sp?OpenDocument)

Respuesta al VIH,
el Sida y las ITS
del sistema de salud

Componente
transversal
de derechos
humanos

- Valorar la regulación del trabajo sexual, tanto cautivo como ambulante.
- Considerar la elaboración de una política de salud penitenciaria que consolide los logros obtenidos hasta ahora de conformidad con las reglas mínimas de las Naciones Unidas para el tratamiento de los reclusos¹¹⁷.
- Considerar la inclusión de los migrantes indocumentados en la atención por VIH de conformidad con la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migrantes y de sus Familias y las directrices internacionales sobre VIH y derechos humanos¹¹⁸.
- Implementar programas de formación integral y permanente para capacitar al personal de salud sobre las normas y estándares internacionales y regionales de derechos humanos como una medida para la eliminación de la discriminación (y de otras violaciones de derechos humanos) contra las personas con VIH y las personas de la diversidad sexual en los servicios de salud.
- Fortalecer las instancias de protección de los derechos de las personas con VIH y de las personas de la diversidad sexual, en especial el Órgano judicial, la PDDH y la recién creada Dirección sobre Diversidad Sexual en la Secretaría de Inclusión Social de la Presidencia.

117 Disponibles en: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/reclusos.htm>

118 Esta convención fue ratificada por El Salvador el 1 de julio de 2003 y está disponible en: <http://www2.ohchr.org/spanish/bodies/cmw/index.htm>

Referencias bibliográficas y documentarias consultadas

- Banco Mundial. Respuesta a la Epidemia. 2006.
- Bortman M, Sáenz LB, Pimenta I, Isern C, Rodríguez EA, Miranda M. Reduciendo la Vulnerabilidad al VIH y Sida en Centro América: El Salvador: Situación del VIH y Sida y Respuesta a la Epidemia. Banco Mundial. Washington. 2006.
- Cáceres C, Korda K, Pecheny M. Estimates the number of men who have sex with men in low and middle income countries. *BMJ*. 2006; 82(3): 33-39.
- Decreto N° 49. Ordenanza Contravencional del Municipio de San Salvador de 17 de noviembre de 2000.
- Dirección General de Estadística, Ministerio de Economía. VI Censo de Población y V Censo de Vivienda. El Salvador. 2007
- FESAL. Encuesta Nacional de Salud Familiar, El Salvador 2002/2003
- FESAL. Encuesta Nacional de Salud Familiar, El Salvador 2008
- FLACSO/Gobierno del Salvador/PNUD. Mapa de la pobreza urbana y exclusión social. El Salvador. Volúmenes 1 y 2. 2010.
- Fondo Mundial. Proyectos Rondas 2 y 7 y RCC.
- Galván G., Armero J., Cardoza B.: Plan Nacional de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia epidemiológica del VIH-SIDA e ITS 2006 – 2010
- Gobierno de El Salvador. Informe UNGASS 2010
- ISDEMU. Política Nacional de la Mujer. Diciembre 2005
- Ley de Prevención y Control de la Infección provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana. Decreto N° 588. Publicado en el Diario Oficial del Ministerio del Interior el 23 de noviembre de 2001.
- MEGAS. Análisis comparado del gasto en Sida 2005 al 2007. El Salvador. 2010.
- Mengel M, Armero J, Job F. Qualitative Analysis of a new Web-based System for Monitoring and Evaluation of HIV/AIDS, El Salvador 2009. Comunicación presentada en 14th International Congress on Infectious Diseases (ICID). 9 – 12 Marzo de 2010
- Ministerio de Salud. Acuerdo 202 (Acciones orientadas a la erradicación de cualquier tipo de discriminación por orientación sexual). 2009.
- Ministerio de Salud. Construyendo la Esperanza. Estrategias y recomendaciones en salud 2009 - 2014.
- Ministerio de Salud. Guía de intervención en salud dirigida a los(as) privados(as) de libertad ante las ITS/VIH/Sida en los centros penitenciarios". El Salvador. 2005.
- Ministerio de Salud. Plan estratégico intersectorial decenal para la atención integral de la salud de adolescentes 2009-2018. 2009.
- Ministerio de Salud. Política Nacional de Atención Integral en VIH. 2005.
- Ministerio de Salud. Situación del VIH en El Salvador, 1984-2008. El Salvador. 2009
- Ministerio de Salud/Dirección General de Vigilancia de la Salud. Evaluación y Vigilancia Epidemiológica. 2009
- Ministerio de Salud/PASCA. Estudio Multicéntrico de prevalencia de VIH/ITS y comportamientos de TS. 2003
- Ministerio de Salud/PNS. Ley y Reglamento de Prevención y Control de la Infección provocada por el virus de inmunodeficiencia humana.

- Ministerio de Salud/PNS/CDC/GAP/CAP. Encuesta Centroamericana de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencia de VIH/ITS en poblaciones vulnerables. 2009
- Ministerio de Salud/PNS/UNICEF/OPS/ONUSIDA/ISSS. Evaluación del Programa de Prevención de la Transmisión del VIH y Sífilis de la Madre al Hijo en El Salvador. 2009
- Ministerio de Salud/PNS: Plan estratégico nacional para la prevención, atención y control del VIH Y SIDA, San Salvador 2005
- Naciones Unidas. Observación General No. 16, Comentarios generales adoptados por el Comité de los Derechos Humanos, Artículo 17 - Derecho a la intimidad, 32º período de sesiones, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.7 at 162 (1988).
- ONUSIDA. Informe de la Situación Mundial del VIH Y SIDA. 2007
- ONUSIDA/PNS. Plan de Apoyo Técnico, PAT, El Salvador. 2008.
- OPS. Lineamientos de Evaluación para el Fortalecimiento de la Respuesta del sistema de Salud al VIH y Sida. 2009 (en imprenta)
- OPS. Perfil del sistema de salud de El Salvador 2000-2005: monitoreo y análisis de los procesos de cambio. 2007.
- OPS/OMS. Derechos Humanos y VIH. Legislación, Política y Práctica en cinco países de Centroamérica. 2007.
- OPS/OMS. Violencia de género y relación con VIH - El Salvador. 2008.
- PNS/ASAP. Marco de resultado y estimación de costo. Plan Estratégico Nacional para la prevención, atención y control del VIH-Sida e ITS. 2009
- PNS/ASAP. Revisión de publicaciones. Plan Estratégico Nacional para la prevención, atención y control del VIH-Sida e ITS. 2009
- PNUD. Informe de Desarrollo Humano América Central 2009 - 2010.
- PNUD. Informe de Desarrollo Humano El Salvador 2007 - 2008.
- PNUD/ADS/ANP-VN. Estudio de estigma y discriminación en personas con VIH. 2009.
- Soto RJ, Ghee AE, Núñez CA, Mayorga R, Tapia KA, Astete SG, et al. Sentinel surveillance of sexually transmitted infections/HIV and risk behaviors in vulnerable populations in 5 Central American countries. J Acquir Immune Defic Syndr. 2007. 1;46(1):101-11.
- UNICEF. Estado mundial de la infancia 2009.
- USAID. Diagnóstico de Situación y Respuesta al VIH y Sida en El Salvador. Avances y desafíos. 2009.
- USAID. El Plan Estratégico Nacional en ITS, VIH y Sida 2005 -2010. Avances y retos en su implementación. Septiembre de 2008.
- USAID/PASCA. Evaluación del Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control del VIH-SIDA e ITS 2005 - 2010. Marzo 2010
- Dirección General de Estadística, Ministerio de Economía. VI Censo de Población, y V Censo de Vivienda, El Salvador 2007

Documentos regulatorios y normativos del PNS¹¹⁹.

- Guía de atención domiciliaria para personas con VIH/Sida (en proceso de validación).
- Guía de atención para poblaciones móviles para el control y prevención de ITS-VIH/Sida.
- Guía de atención para poblaciones móviles para el control y prevención de ITS-VIH/Sida.
- Guía de intervención en salud dirigida a los privados de libertad ante las ITS/VIH/Sida en los centros penitenciarios.
- Guía de medidas universales de bioseguridad.
- Guía de nutrición para el manejo de personas viviendo con VIH/Sida.
- Guía del sistema único de monitoreo y vigilancia epidemiológica (SUMEVE).
- Guía para el abordaje de hombres que tienen sexo con otros hombres (en proceso de elaboración).

¹¹⁹ Algunos de estos documentos se encuentran disponibles en el siguiente enlace: http://www.mspas.gob.sv/p_its_vih_sida_doc_normativos.asp

- Guía para el personal de salud en el abordaje de trabajadoras(es) del sexo.
- Guía para la consejería pre y posterior a la prueba de VIH.
- Guía para la información de la profilaxis post exposición.
- Guía para la prevención de la transmisión materna infantil del VIH.
- Ley y reglamento de prevención y control de la infección provocada por el virus de inmunodeficiencia humana.
- Manual de apoyo para el orientador(a) de la línea confidencial SDATEL.
- Manual de control de calidad en los laboratorios VIH.
- Manual de prevención del VIH/Sida y de otras infecciones de transmisión sexual para el nivel comunitario.
- Manual Metodológico para facilitadores y facilitadoras de grupos de apoyo a personas con VIH.
- Manual para el control de infecciones en la práctica odonto – estomatológica.
- Manual para facilitadores sobre consejería para el VIH/Sida.
- Módulos educativos en prevención de VIH/Sida para grupos de apoyo de personas con VIH.
- Norma Técnica sanitaria de medidas universales de bioseguridad (en proceso de oficialización).
- Norma y guía de atención de las infecciones de transmisión sexual.
- Plan de monitoreo y evaluación del VIH/Sida e ITS 2006-2010.
- Plan estratégico nacional para la prevención, atención y control de VIH/Sida e ITS 2006-2010.
- Política nacional de atención integral a la epidemia de VIH-SIDA
- Protocolos de atención para personas viviendo con VIH/Sida. 2009.

Anexo 1:

Situación Epidemiológica de VIH/Sida en El Salvador, 1984-2009*

* Esta información contempla el periodo 1984 a 2009 y en algunos casos información hasta mayo 2010; fue recibida por el equipo de evaluación en septiembre del 2010 y sus fuentes son: 1) MSPAS, Base de datos de VIH periodo 1984- 2007; 2) MSPAS-SUMEVE, Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH-Sida, 2008-2009; 3) MSPAS-SUMEVE, Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH-Sida, enero-mayo 2010.

1.1 Situación Epidemiológica de VIH/Sida, El Salvador, 1984 a 2009

No	Departamento	1984-2008	Casos del 1 de enero al 31 de diciembre de 2009	A la fecha	% del 1 de enero al 31 de diciembre de 2009	% Casos acumulados (1984 hasta 31 de diciembre de 2009)	1984 al 31 de diciembre de 2009	Tasa de incidencia (%)	Tasa de prevalencia por 1000 habitantes	Tasa de incidencia por 100,000 habitantes	Tasa de prevalencia por 100,000 habitantes
1	San Salvador	11,427	798	12,225	42.20%	50.7%	12,225	0.73%	0.5	729.2	50.92
2	Sonsonate	1,774	170	1,944	8.99%	8.1%	1,944	0.40%	0.4	404.1	38.73
3	La Libertad	1,618	172	1,790	9.10%	7.4%	1,790	0.24%	0.3	244.9	26.03
4	Santa Ana	1,411	165	1,576	8.73%	6.5%	1,576	0.27%	0.3	269.5	31.51
5	La Paz	1,000	86	1,086	4.55%	4.5%	1,086	0.32%	0.3	324.6	27.91
6	San Miguel	868	133	1,001	7.03%	4.2%	1,001	0.20%	0.3	200.0	30.64
7	Ahuachapán	826	92	918	4.87%	3.8%	918	0.26%	0.3	258.5	28.79
8	Usulután	723	80	803	4.23%	3.3%	803	0.21%	0.2	210.0	23.24
9	Cuscatlán	449	39	488	2.06%	2.0%	488	0.19%	0.2	194.0	16.85
10	San Vicente	394	20	414	1.06%	1.7%	414	0.24%	0.1	243.7	12.37
11	La Unión	403	48	451	2.54%	1.9%	451	0.17%	0.2	169.2	20.15
12	Cabañas	307	25	332	1.32%	1.4%	332	0.21%	0.2	205.6	16.74
13	Chalatenango	284	32	316	1.69%	1.3%	316	0.15%	0.2	147.3	16.60
14	Morazán	120	16	136	0.85%	0.6%	136	0.07%	0.1	68.8	9.17
15	Ignorados	428	0	428	0.00%	1.8%	428				
16	Extranjeros	175	15	190	0.79%	0.8%	190				
	Total general	22,207	1,891	24,098			24,098	0.39%	0.3	386.6	32.92

Fuente: Base de datos de VIH periodo 1984- 2007

Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH-Sida (SUMEVE), datos de 2008-2009

1.2 Casos de VIH –Sida, registrados en El Salvador 2009 y valores acumulados, 1984 a 2009.

	Casos			Porcentaje		
	1984-2008	1 enero al 31 diciembre 2009	Total Casos acumulados (1984 hasta 31 de diciembre de 2009)	1984-2008	1 enero al 31 diciembre 09	Total Casos acumulados (1984 hasta 31 de diciembre de 2009)
Casos de VIH	13,719	1,708	15,427	61.8%	90.3%	64.0%
Casos SIDA	8,488	183	8,671	38.2%	9.7%	36.0%
	22,207	1,891	24,098	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Base de datos de VIH periodo 1984- 2007

Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH-Sida (SUMEVE), datos de 2008-2009

1.3. Casos de VIH –Sida según sexo, registrados en El Salvador, 2009 y valores acumulados, 1984 – 2009.

	1984-2008	1 enero al 31 diciembre 2009	Total Casos acumulados (1984 hasta 31 de diciembre de 2009)		
Mujeres	8,275	702	8,977		
Hombres	13,932	1,189	15,121	Razón acumulada	Razón 2009
Total	22,207	1,891	24,098	1.7	1.7

Fuente: Base de datos de VIH periodo 1984- 2007.

Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH-Sida (SUMEVE), datos de 2008-2009

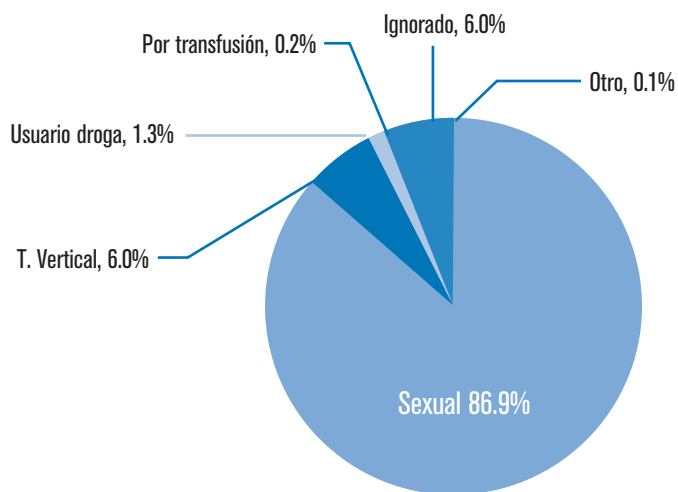
1.4. Casos de VIH –Sida, según grupos de edad, registrados en El Salvador, 2009 y valores acumulados, 1984 a 2009.

Grupos de edades	1984-2008	1 enero al 31 diciembre 2009	Total Casos acumulados (1984 hasta 31 de diciembre de 2009)
menor 1 año	892	1	893
1-4 años	366	4	370
5-9 años	142	4	146
10-14 años	75	7	82
15-19 años	1049	81	1130
20-24 años	3414	238	3652
25-29 años	4292	344	4636
30-34 años	3519	319	3838
35-39 años	2505	259	2764
40-44 años	1700	177	1877
45-49 años	1176	144	1320
50-54 años	852	103	955
55-59 años	541	79	620
60-64 años	341		341
65-69 años	227		227
70-74 años	151		151
75-79 años	56		56
mayo 80 años	36		36
60 Y MAS	945	131	
SIN DATO	739		739
TOTAL GENERAL	21886	1891	23777

Fuente: Base de datos de VIH periodo 1984- 2007.

Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH-Sida (SUMEVE), datos de 2008-2009

1.5. Vías de transmisión del VIH registradas en El Salvador, 2009.



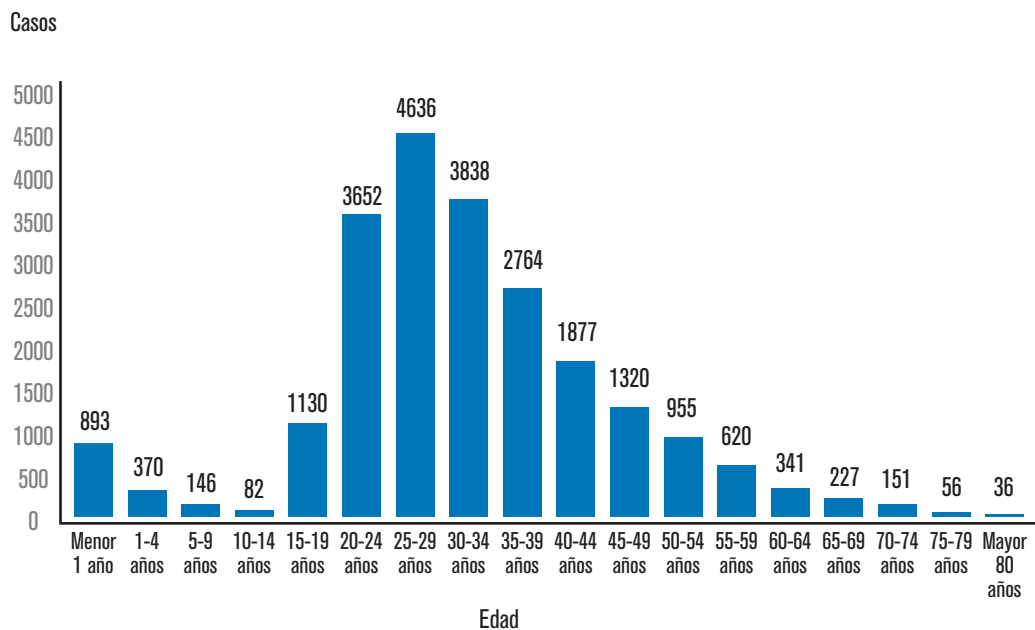
Fuente: Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH-Sida (SUMEVE), datos 2009

1.6. Casos nuevos de VIH-Sida por Departamento distribuidos por procedencia y género. El Salvador, 2009.

Departamento	Procedencia			Porcentaje		Sexo			Razón H:M
	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural	Mas	Fem	Total	
Ahuachapán	20	72	92	21.7%	78.3%	61	31	92	1.97
Sonsonate	104	66	170	61.2%	38.8%	100	70	170	1.43
Santa Ana	105	60	165	63.6%	36.4%	98	67	165	1.46
La Libertad	113	59	172	65.7%	34.3%	104	68	172	1.53
Chalatenango	16	16	32	50.0%	50.0%	20	12	32	1.67
San Salvador	752	46	798	94.2%	5.8%	517	281	798	1.84
Cuscatlán	24	15	39	61.5%	38.5%	24	15	39	1.60
La Paz	32	54	86	37.2%	62.8%	57	29	86	1.97
Cabañas	12	13	25	48.0%	52.0%	13	12	25	1.08
San Vicente	8	12	20	40.0%	60.0%	8	12	20	0.67
Usulután	36	44	80	45.0%	55.0%	53	27	80	1.96
San Miguel	97	36	133	72.9%	27.1%	93	40	133	2.33
Morazán	10	6	16	62.5%	37.5%	9	7	16	2.00
La Unión	25	23	48	52.1%	47.9%	23	25	48	0.92
Otros países	6	8	14	42.9%	57.1%	9	5	14	
Total	1,360	530	1,890	72%	28%	1,189	701	1,890	1.70

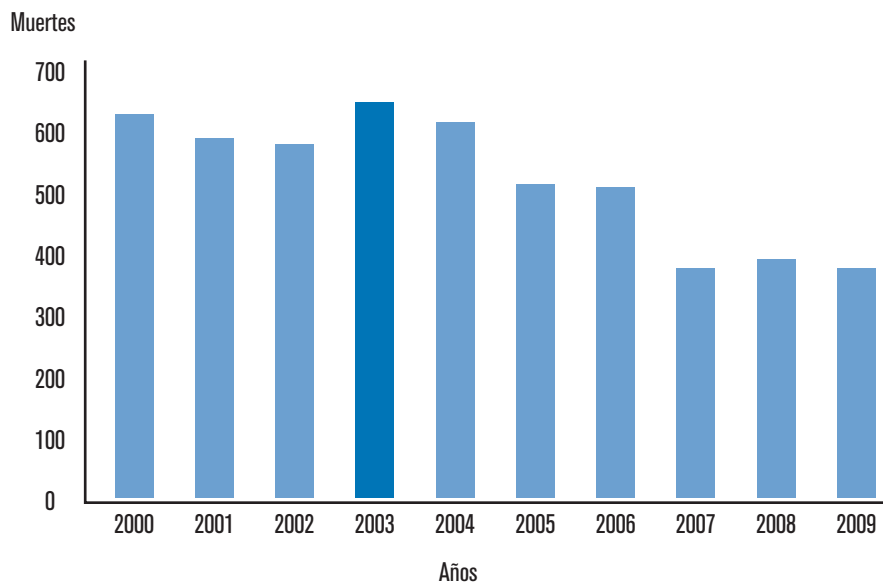
Fuente: Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH-Sida (SUMEVE), datos 2009

1.7. Distribución de casos acumulados de VIH/Sida según grupos de edad. El Salvador, 1984 - 2009



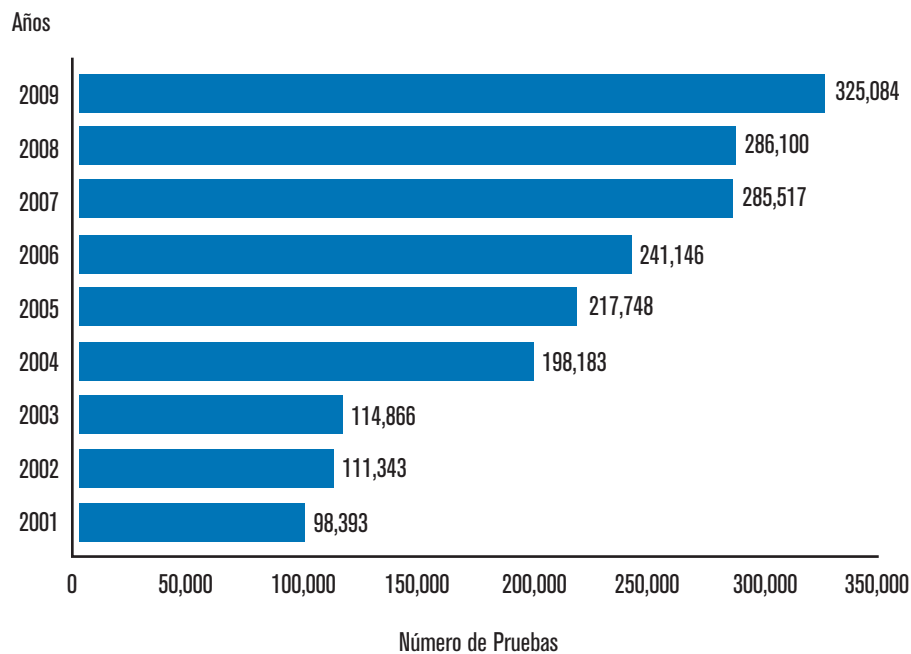
Fuente: Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH-Sida (SUMEVE), datos 2009

1.8. Muertes ocasionadas por el VIH/Sida. El Salvador, 2001 a 2009.



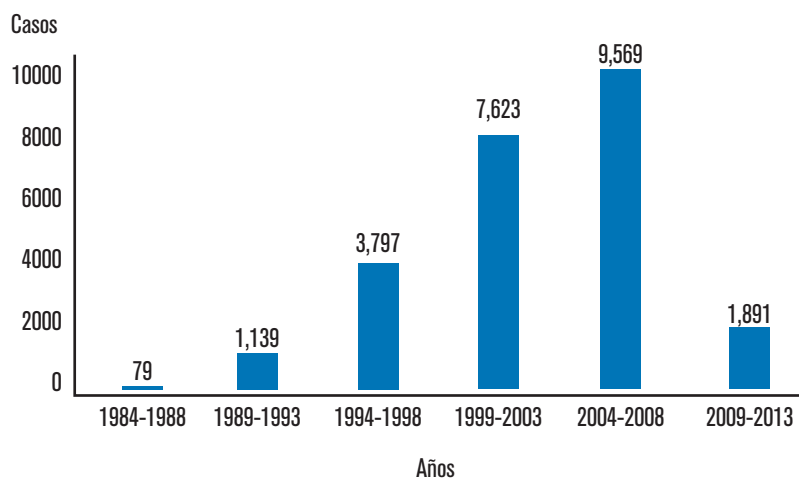
Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC) 2000- 2006
Sistema de Información de Morbi-mortalidad vía Web (SIMMOW), 2007- 2009

1.9. Número de pruebas de VIH, realizadas por los laboratorios del Ministerio de Salud. El Salvador, 2001 a 2009



Fuente: Base de laboratorio de VIH del Ministerio de Salud Pública.

1.10. Tendencia de casos nuevos de VIH-Sida por quinquenio El Salvador, 1984 a 2009



Fuente: Base de datos de VIH periodo 1984- 2007.
Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH-Sida (SUMEVE), datos de 2008-2009

1.11. Tabla resumen de los casos VIH-Sida. El Salvador 2009

Variable		Casos	Porcentaje	Dependientes
Diagnóstico	VIH	1,708	90.3%	2499
	SIDA	183	9.7%	306
	Total	1,891		2,805
Sexo	Masculino	1,189	62.9%	
	Femenino	702	37.1%	
	Total	1,891		
Procedencia	Urbano	1,361	72.0%	
	Rural	530	28.0%	
	Total	1,891		
Grupos de edad	menor 10 años	9	0.5%	
	10 a 19 años	88	4.7%	
	20 a 59 años	1,663	87.9%	
	60 y más años	131	6.9%	
	Total	1,891		
Nivel educativo	Básica	1136	60.1%	
	Ninguna	329	17.4%	
	Bachillerato	316	16.7%	
	Universitario	93	4.9%	
	Técnico	17	0.9%	
	Total	1,891		
Estado civil	Soltero (a)	909	48.1%	
	Acompañado (a)	587	31.0%	
	Casado (a)	271	14.3%	
	Viudo (a)	58	3.1%	
	Separado (a)	30	1.6%	
	Divorciado (a)	21	1.1%	
	No aplica	15	0.8%	
	Total	1,891		
Ocupación	Ama de casa	403	21.3%	
	Empleado informal	317	16.8%	
	Empleado formal	303	16.0%	
	Desempleado(a)	246	13.0%	
	Otro	231	12.2%	
	Agricultor/Obrero	148	7.8%	
	Comerciante	98	5.2%	
	Estudiante	65	3.4%	
	Jubilado/Pensionado	30	1.6%	
	No aplica	30	1.6%	
	Cuerpos informados	20	1.1%	
	Total	1,891		

Fuente: Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH- Sida (SUMEVE), datos 2009

1.12. Detección de casos VIH-SIDA por instituciones. El Salvador, 2009

Institución	Casos	Porcentaje
Ministerio Salud	1,540	81.4%
Otras instituciones	285	15.1%
ONG	38	2.0%
Sector privado	25	1.3%
Universidades	3	0.2%
Total	1,891	100%

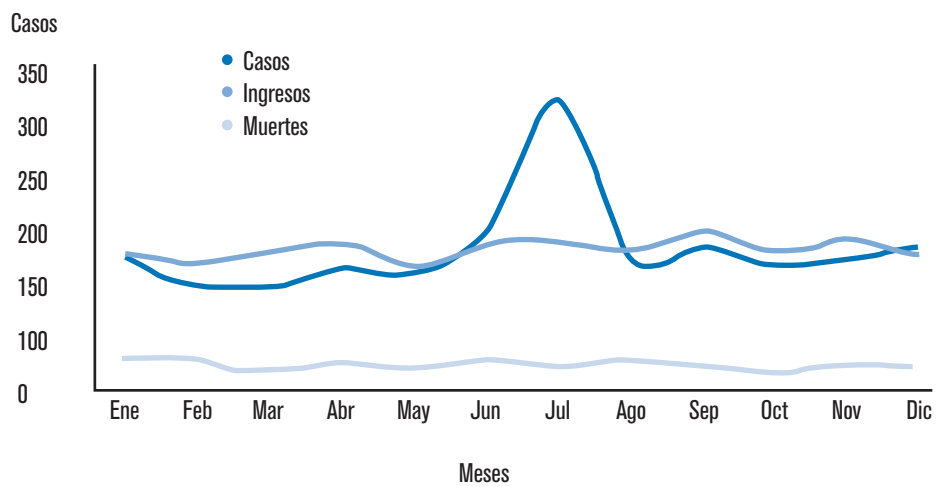
Fuente: Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH- Sida (SUMEVE), datos 2009

1.13. Casos nuevos de VIH-Sida por departamento distribuidos por procedencia y género. El Salvador, 2009.

Departamento	Procedencia			Porcentaje		Sexo			Razón H:M
	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural	Mas	Fem	Total	
Ahuachapán	20	72	92	21.7%	78.3%	61	31	92	1.97
Sonsonate	104	66	170	61.2%	38.8%	100	70	170	1.43
Santa Ana	105	60	165	63.6%	36.4%	98	67	165	1.46
La Libertad	113	59	172	65.7%	34.3%	104	68	172	1.53
Chalatenango	16	16	32	50.0%	50.0%	20	12	32	1.67
San Salvador	752	46	798	94.2%	5.8%	517	281	798	1.84
Cuscatlán	24	15	39	61.5%	38.5%	24	15	39	1.60
La Paz	32	54	86	37.2%	62.8%	57	29	86	1.97
Cabañas	12	13	25	48.0%	52.0%	13	12	25	1.08
San Vicente	8	12	20	40.0%	60.0%	8	12	20	0.67
Usulután	36	44	80	45.0%	55.0%	53	27	80	1.96
San Miguel	97	36	133	72.9%	27.1%	93	40	133	2.33
Morazán	10	6	16	62.5%	37.5%	9	7	16	2.00
La Unión	25	23	48	52.1%	47.9%	23	25	48	0.92
Otros países	6	8	14	42.9%	57.1%	9	5	14	
Total	1,360	530	1,890	72%	28%	1,189	701	1,890	1.70
1 caso ignorado.									

Fuente: Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH- Sida (SUMEVE), datos 2009

1.14. Tendencia de casos nuevos, ingresos hospitalarios y muertes por VIH-Sida El Salvador, 2009



Fuente: Sistema de Información de Morbi - mortalidad vía Web (SIMMOW).
Ministerio de Salud, datos 2009.

Anexo 2:

Agradecimientos a las personas e instituciones en El Salvador

Ministerio de Salud Pública

- Dra. María Isabel Rodríguez,
Ministra de Salud
- Dra. Violeta Menjívar,
Viceministra Servicios y Programas de Salud
- Dr. Eduardo Antonio Espinoza,
Viceministro de Políticas Sectoriales
- Dr. Julio Oscar Robles Ticas,
Director Redes Complejas
- Dr. Manuel Beza,
Director de Planificación
- Dra. Marina Estela Ávalos,
Directora de Programas
- Dr. Julio Armero,
Director de Vigilancia Sanitaria
- Dr. Julio Garay Ramos,
Jefe Programa Nacional de Tuberculosis
- Lic. Ángela Elías, Directora de Desarrollo
de Recursos Humanos
- Dra. Ana Isabel Nieto,
Jefa del Programa Nacional de ITS/VIH
- Dra. Wendy Melara, PTMI -
Día Nacional de la prueba de VIH
- Dra. Ana Estela Parada,
Privados de libertad
- Dra. Verónica Ávalos,
Nutrición y M&E
- Dra. María José Herrera,
Coinfección TB/VIH y M&E
- Dr. José Salvador Sorto,
Coordinador de M&E
- Dra. Alma Yanira Quezada,
Atención Integral
- Dra. Dilma Chacón,
Educación y Prevención
- Lic. Zulma de Alfonso,
Programa Nacional de VIH/Sida
Ministerio de Salud
- Dr. Guillermo Ortiz,
Infecciones de Transmisión Sexual
- Dra. Ana Guadalupe Flores,
Jefe Unidad Ejecutora Fondo Mundial
- Lic. Lisseth Esmeralda Ruiz,
Supervisora Laboratorio Clínico
Fondo Global
- Dr. Raúl Palomo,
Gerencia del Adulto Masculino
- Dra. Yasmín Delgado,
Gerencia del Adulto Mayor
- Dr. Jorge Roberto Cruz,
Gerencia de la Mujer
- Dra. María Elena Ávalos,
Gerencia del al Adolescente
- Dr. Ricardo López,
Gerencia de la Niñez
- Dra. Laura Nervi,
Jefe Cooperación Externa
- Lic. Milagro Benavides de Lemus,
Jefe Unidad Financiera Institucional
- Lic. María Isabel Jiménez,
Jefe Fondos Externos

- Lic. Irma Vaquerano de Posada, Jefe Unidad Reguladora de Medicamentos

- Lic. Francelia de Sánchez, Jefe Recursos Humanos

- Lic. Elizabeth Perdomo de Merino, Unidad de Adquisiciones y Contrataciones

- Sr. Rubén Campos, Área Desaduanaje Unidad de Adquisiciones y Contrataciones

- Lic. María Guadalupe de Guzmán, Jefe Laboratorio Central

- Lic. Ana Vilma de Aguilar, Jefe Área Clínica Bancos de Sangre Laboratorio Central

- Lic. Dinora de Molina, Depto. Control de Calidad Laboratorio Central

- Lic. José Antonio Ángel, Jefe Almacén Central de Medicamentos

- Sr. Jonathan Fernando Pérez, Digitador SUMEVE Hospital Maternidad

- Srita. Alma Yanira Sandoval, Digitadora SUMEVE Hospital San Rafael

- Dr. Ramón David Argueta, Epidemiólogo Región Central

- Dr. Félix Valladares, Epidemiólogo Región Metropolitana

- Dra. Alhely Del Cid, Responsable Programa de VIH/Sida Hospital San Rafael

- Lic. Patricia Echevoyén, Farmacia Interna Hospital San Rafael

- Dr. Efraín Orellana, Director Hospital Rosales Farmacia Interna Hospital Rosales

- Dra. Patricia Sandoval, Jefe Banco de Sangre Hospital Rosales

- Dr. Luis Castaneda Villatoro, Hospital Benjamín Bloom/CENID

Consejo Superior de Salud Pública

- Lic. Daniel Elías Quinteros, Secretario General

REDCA+

- Sr. Sergio Montealegre Bueno, Coordinador Programa Regional REDCA+

- Sr. Otoniel Ramírez, Secretario General REDCA+

PASCA

- Lic. Alexia Alvarado

Sistema de Naciones Unidas

- Dr. Herbert Betancourt, Coordinador de ONUSIDA

- Dr. José Lima, UNICEF

- Lic. Elia Martínez, PMA

- Dr. Luis Palma, UNFPA

- Lic. Carla Zacapa, Encargada de Proyectos de Prevención, PNUD

- Lic. Claudia Morales, Coordinadora BP, PNUD

- Lic. Celina Miranda, Jefe Unidad Ejecutora Fondo Mundial, PNUD

- Lic. Rolando Aguilar, Unidad Financiera, PNUD

- Lic. Maricarmen Estrada, USAID, Equipo Técnico Conjunto ONUSIDA

Mecanismo de Coordinación de país para el Fondo Mundial

- Lic. Isabel Villegas, Presidenta MCP

- Lic. Marta Alicia Magaña, Directora Ejecutiva

ISSS

- Dr. Simón Agreda,
Jefe División Médica Técnica Normativa
- Dr. Roberto Rómulo González,
Jefe de Atención Hospitalaria
- Dr. Benjamín Coello,
jefe Departamento Atención Ambulatoria
- Hospital Oncología
- Farmacia ISSS Oncología
- Hospital Médico Quirúrgico

Hospital Militar

- Comandante José Danilo Martínez,
Director del Comité de Prevención y Control
del SIDA de las Fuerzas Armadas de El Salvador,
COPRECOS
- Coronel José Mariano Mendoza

Secretaría de Inclusión Social

- Lic. Maritza Melara,
Directora de Personas con Discapacidad
- Lic. Jennifer Soundy,
Directora de la Persona Adulta Mayor

Corte Suprema de Justicia

- Lic. Mirna Perla,
Magistrada Corte Suprema de Justicia
- Lic. Antonio Aguilar,
Procuraduría de Derechos Humanos
Procurador Adjunto de DD Económicos,
Sociales y Culturales

Asociación ATLCATL “VIVO POSITIVO”

Sr. Odir Miranda

Asociación Vida Nueva de Personas Vi- viendo con VIH

Sr. Jaime Argueta

Ayuda en Acción de El Salvador

Sr. Neftalí Cruz

Grupo de Mujeres que trabajan violencia y abuso sexual - ORMUSA

- Lic. María de la Paz Benavides

Hombres contra la violencia

- Sr. Oscar Iván Jiménez Mata

Participantes en el taller sobre derechos humanos:

- Sra. Haydee Láinez, Orquídeas del Mar
- Sra. Ana Dolores Henríquez,
Orquídeas del Mar
- Lic. Beatriz Moscote,
Procuraduría General de la República
- Sr. Carlos Chávez,
ACF
- Sra. Carolina Letona,
ACF
- Lic. Doris Rivera,
Asociación Atlacatl
- Dra. Claudia Suárez,
Asociación Atlacatl
- Sra. Roxana Anabel Arias,
ICW
- Sra. Dorcas Orellana Penado,
ICW
- Sra. Guadalupe de Castaneda,
ICW
- Lic. Jhony Milton Menjivar,
Unidad Jurídica Ministerio de Salud
- Lic. Rubén Alvarado,
Unidad Jurídica Ministerio de Salud
- Sr. Jonh Frank López Vásquez,
Asociación Vida Nueva
- Srita. Mónica Hernández,
ASPIDH ARCOIRIS

- Lic. Nancy Orellana,
Procuraduría de los Derechos Humanos

- Sr. Nery Rivas,
ANADES

- Sra. Sury Johana Rivera,
ANADES

- Sr. Tobías Roberto,
ANADES

- Lic. Gladis Cruz Rivera,
REDCA+ El Salvador

- Lic. Verónica Díaz,
Consultora de Derechos Humanos

- Sra. Verónica Escalante,
Asociación Cristiana El Renuevo

- Sr. Wilfredo Meza,
Gay Sin Fronteras

- Sr. Jaime Sánchez,
Gay Sin Fronteras

- Sra. Xiomara Rodríguez,
ACJ

- Lic. Zulma de Alfonso,
Programa Nacional de VIH/Sida Ministerio de
Salud

- Sr. Stanley Beltrán,
ICM

- Sr. David Castro,
MDSHD Trans

- Lic. Yancy Urrutia,
Fundación Seraphim

- Lic. José Camilo Díaz,
Corte Suprema de Justicia

Ex funcionarios del Ministerio de Salud

- Dr. Mario Serpas, Ex director Vigilancia de la
Salud, Gestión 2004 – 2009

- Dr. Rodrigo Simán Siri, Ex Director del PNS.
Gestión 2002 – 2008

- Dr. Guillermo Galván, Ex Director del PNS.
Gestión 2008 – 2009

ANEXO 3: Listado de establecimientos de salud visitados

No.	Región de salud	SIBASI	Establecimiento	Nivel de atención	Equipo de atención integral	Criterio de selección utilizado
1	Occidente	Santa Ana	Hospital Nacional San Juan de Dios	Hospital 2do nivel	Si	Hospital que atiende mayor número de PVS en la región
2	Occidente	Chalchuapa	Hospital Nacional de Chalchuapa	Hospital 2do nivel	No	Hospital donde se tiene Proyecto de Mejora Funcional del Hospital de Chalchuapa y Desarrollo de la Red Integral de Servicios de Salud (Coop. Gobierno de Italia/OPS)
3	Occidente	Sonsonate	Hospital Regional de Sonsonate (ISSS)	Hospital 2do nivel	Si	Hospital que atiende mayor número de PVS en la región para la seguridad social
4	Occidente	Sonsonate	Unidad de Salud de Acajutla	Primer nivel de atención	No	Trabajo con TS
5	Metropolitana	Centro	Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom	Hospital 3er. Nivel	Si	CENID - Centro de excelencia de atención pediátrico
6	Metropolitana	Centro	Hospital General del ISSS	Hospital 3er. Nivel	Si	Hospital que atiende mayor número de PVS
7	Metropolitana	Centro	Hospital Médico Quirúrgico ISSS	Hospital 3er. Nivel	Si	Hospitalización PVS Seguridad Social
8	Metropolitana	Centro	Hospital de Oncología ISSS	Hospital 3er. Nivel	Si	Consulta Externa PVS seguridad social
9	Metropolitana	Centro	Hospital Nacional de Rosales	Hospital 3er. Nivel	Si	Hospital que atiende mayor número de PVS en región.
10	Metropolitana	Sur	Hospital Nacional Neumológico "Dr. José Antonio Saldaña"	Hospital 2do nivel	Si	Trabajo con coinfección TB/VIH
11	Metropolitana	Centro	Unidad de Salud de Mejicanos	Primer nivel de atención	No	Trabajo con Privados de libertad
12	Metropolitana	Centro	Unidad de Salud de Zacamil	Primer nivel de atención	No	Trabajo con diversidad sexual
13	Metropolitana	Ilopango - Norte	Unidad de Salud de San Martín	Primer nivel de atención	No	Acceso geográfico y volumen de población
14	Central	Nueva Concepción	Hospital Nacional de Nueva Concepción	Hospital 2do nivel	No	Atención de migrantes
15	Paracentral	Suchitoto	Hospital Nacional de Suchitoto	Hospital 2do nivel	No	Grupo de apoyo esta fuera del hospital, es apoyado por CRS
16	Paracentral	Cojutepeque	Unidad de Salud de San Rafael Cedros	Primer nivel de atención	No	Acceso geográfico
17	Paracentral	Sensuntepeque	Unidad de Salud de Ciudad Villa Victoria	Primer nivel de atención	No	Área rural
18	Oriental	Usulután	Unidad de Salud de Concepción Batres	Primer nivel de atención	No	Por acceso geográfico
19	Oriental	San Miguel	Hospital Militar de San Miguel	Hospital 2do nivel	Si	Hospital que atiende mayor número de PVS en la región
20	Oriental	La Unión	Hospital Nacional de La Unión	Hospital 2do nivel	Si	Hospital que atiende PVS en oriente
21	Oriental	San Miguel	Unidad médica del ISSS	Primer nivel de atención	No	Referente en el manejo de PVS



Fortalecimiento
de la respuesta
del sistema de salud
al VIH, Sida y las ITS
en El Salvador



REAL EMBAJADA DE NORUEGA



Asamblea de
Cooperación
por la Paz