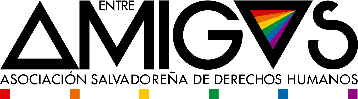
****



****

**INVESTIGACIÓN-ACCIÓN-PARTICIPATIVA**

**DETERMINANTES SOCIALES DE VIH EN MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES DE EL SALVADOR**

**INFORME FINAL DEL RESUMEN DE EVIDENCIAS**

**SAN SALVADOR, EL SALVADOR 13 AGOSTO DE 2019**

INVESTIGACIÓN -ACCIÓN-PARTICIPATIVA

DETERMINANTES SOCIALES DE VIH EN MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES DE EL SALVADOR

**ELABORADO POR:**

Haydee Laínez Cabrera. Directora del Movimiento Orquídeas del Mar

Zuleyma del Carmen Molina Villatoro. Educadora Movimiento Orquídeas del Mar

María Elena Castro Rivera. Educadora Movimiento Orquídeas del Mar

Ana Dolores Henríquez Hernández. Educadora Movimiento Orquídeas del Mar

Blanca Iracena Rosa Méndez. Educadora Movimiento Orquídeas del Mar

Audilia Lorena Rivera Reyes. Educadora Movimiento Orquídeas del Mar

Karen Lisseth Rodríguez Asesora Técnica. Entre Amigos

**ASISTENCIA TÉCNICA:**

Oscar Núñez. MD, MQMHS. Director del proyecto PrevenSida de USAID

Yudy Carla Wong. MD, MPH, MQMHS. Asesora de investigaciones.

Proyecto PrevenSida de USAID.

Marianela Corriols. MD, PHD. Asesora Regional en Información Estratégica. USAID Centro América.

**AGRADECIMIENTO A:**

William Hernández Director Ejecutivo Asociación Entre Amigos

RECONOCIMIENTO ESPECIAL A LAS PROMOTORAS DE ORQUÍDEAS DEL MAR, EL SALVADOR

**Fotografía:** Taller de DSS con la participación de mujeres trabajadoras sexuales, realizado en San Salvador, Fotografía tomada por: Lic. Karen Rodríguez, facilitadora de PrevenSida por Entre Amigos.

**Aviso**

Este estudio es posible gracias al generoso apoyo del pueblo de los Estados Unidos de América, a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) con el financiamiento del Plan de Emergencia del Presidente de los EE. UU. para el Alivio del Sida (PEPFAR)). PrevenSida es un proyecto implementado por University Research Co., LLC (URC) bajo el acuerdo cooperativo No. AID-524-A-10-00003.

Este reporte es remitido por URC para la revisión de USAID. El punto de vista expresado por los autores de esta publicación no necesariamente refleja la opinión de USAID o del Gobierno de los Estados Unidos de América.

.

SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C.A. 13 DE AGOSTO DE 2019.

**TABLA DE CONTENIDO**

Contenido

[LISTA DE ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS 4](#_Toc16581206)

[RESUMEN EJECUTIVO 6](#_Toc16581207)

[I. INTRODUCCIÓN 17](#_Toc16581208)

[II. ANTECEDENTES 18](#_Toc16581209)

[VIH A NIVEL MUNDIAL 18](#_Toc16581210)

[VIH EN AMÉRICA LATINA 19](#_Toc16581211)

[VIH EN CENTROAMÉRICA 20](#_Toc16581212)

[VIH EN EL SALVADOR 21](#_Toc16581213)

[III. JUSTIFICACIÓN 27](#_Toc16581214)

[IV. MARCO REFERENCIAL 28](#_Toc16581215)

[V. OBJETO DEL ESTUDIO 30](#_Toc16581216)

[VI. METODOLOGÍA 30](#_Toc16581217)

[VII. RESULTADOS 35](#_Toc16581218)

[VIII. DISCUSIÓN 50](#_Toc16581219)

[IX. CONCLUSIONES 51](#_Toc16581220)

[X. RECOMENDACIONES 52](#_Toc16581221)

[XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 54](#_Toc16581222)

[XII. ANEXOS 59](#_Toc16581223)

[Ilustración 1. DSS. MODELO DE DAHLGREN & WHITEHEAD (1991) 108](#_Toc16581317)

**Tabla**

[Tabla 1. CLASIFICACIÓN DE LAS EVIDENCIAS 59](#_Toc16585171)

[Tabla 2. DETALLE DE LAS FUENTES DE DOCUMENTOS REVISADOS. 59](#_Toc16585172)

[Tabla 3. EVIDENCIAS FAVORABLES Y LIMITANTES IDENTIFICADAS EN MTS 60](#_Toc16585173)

[Tabla 4. VARIABLES DE DSS EN MTS DE EL SALVADOR IDENTIFICADAS EN TALLER, 2018. 73](#_Toc16585174)

[Tabla 5. DETALLES DE LA FUENTE DE INFORMACIÓN REVISADAS 74](#_Toc16585175)

[Anexo 1. Estadísticas de VIH en Centroamérica 103](#_Toc16587096)

[Anexo 2. Correlación nuevas infecciones y muertes por VIH en Centroamérica 103](#_Toc16587097)

[Anexo 3. índice de Sostenibilidad 104](#_Toc16587098)

[Anexo 4. MECAT en El Salvador 105](#_Toc16587099)

[Anexo 5. Distribución de MTS por departamento, 2016. 105](#_Toc16587100)

[Anexo 6. Contextos laborales y su influencia en la salud de MTS, 2016. 106](#_Toc16587101)

# LISTA DE ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

|  |  |
| --- | --- |
| **AL** | América Latina |
| **AMSS** | Área Metropolitana de San Salvador |
| **ASPIDH** | Asociación Solidaria para Impulsar el Desarrollo Humano |
| **CAM** | Cuerpo de Agentes Metropolitanos |
| **CCPI** | Centros Comunitarios de Prevención Integral |
| **CD4** | Cúmulo de Diferenciación 4 |
| **CIDH** | Comisión Interamericana de Derechos Humanos |
| **CONASIDA** | Comisión Nacional del Sida |
| **CONCAVIS** | Asociación Comunicando y Capacitando a Mujeres Trans con VIH |
| **DSS** | Determinantes Sociales para la Salud |
| **DYGESTYC** | Dirección General de Estadísticas y Censos. |
| **E y D** | Estigma y Discriminación |
| **ECAP** | Estudio de Conocimientos, Actitudes y Prácticas para la prevención del VIH en MTS |
| **ECVC** | Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH e infecciones de transmisión sexual |
| **EHPM** | Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples |
| **ENSIMC** | Encuentra Nacional de Salud de Indicadores Múltiples por Conglomerado |
| **FM** | Fondo Mundial |
| **IAP** | Investigación, Acción y participación. |
| **INJUVE** | Instituto Nacional de la Juventud |
| **ISNA** | Instituto Salvadoreño Para el Desarrollo Integral de la Niñez y la Adolescencia |
| **ISSS** | Instituto Salvadoreño del Seguro Social |
| **ITS** | Infecciones de Trasmisión Sexual |
| **LEIV** | Ley Especial Integral para una vida libre de violencia para las mujeres |
| **MINED** | Ministerio de Educación |
| **MINSAL** | Ministerio de Salud y de Previsión Social |
| **MTS** | Mujeres Trabajadoras Sexuales |
| **ODM** | Orquídeas del Mar |
| **ODS** | Objetivos de Desarrollo Sostenible |
| **OEA** | Organización de Estados Americanos |
| **OMS** | Organización Mundial para la Salud |
| **ONG** | Organización No Gubernamentales |
| **ONU** | Organización de la Nacionales Unidas |
| **ONUSIDA** | Programa Conjunto de la Naciones Unidas sobre el VIH/Sida |
| **OPS** | Organización Panamericana de la Salud |
| **PASCA** | Programa para Fortalecer la Respuesta Centroamericana al VIH |
| **PASMO** | Organización de Mercadeo Social por sus siglas en inglés |
| **PC** | Población Clave |
| **PDDH** | Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos de El Salvador |
| **PEA** | Población Económicamente Activa |
| **PENM** | El Plan Estratégico Nacional Multisectorial de VIH e ITS |
| **PEPFAR** | El Plan de emergencia del presidente para el alivio del SIDA |
| **PET** | Población en Edad de Trabajar |
| **PG** | Población General |
| **PNC** | Policía Nacional Civil |
| **PNUD** | Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo |
| **PrevenSida** | Proyecto para la Prevención de la Transmisión de VIH en población clave |
| **PVIH** | Persona con VIH |
| **SIS** | Secretaría de Inclusión Social |
| **SSR** | Salud Sexual y Reproductiva |
| **TAR** | Terapia Antirretroviral |
| **TB** | Tuberculosis |
| **TS** | Trabajo Sexual |
| **UCSF** | Unidad Comunitaria de Salud Familiar |
| **UES** | Universidad de El Salvador |
| **UNGASS** | United Nations General Assembly special Session |
| **URC** | University Research Corporation |
| **USAID** | Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional |
| **VBG** | Violencia Basada en Género |
| **VICITS** | Clínicas de Vigilancia Centinela de Infecciones de Transmisión Sexual |
| **VIH** | Virus de Inmunodeficiencia Humana |

# RESUMEN EJECUTIVO

**INTRODUCCIÓN**

El estudio sobre Determinantes Sociales (DSS) del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) tiene como objetivo generar evidencia sintética de los DSS de la epidemia del VIH a partir de la revisión exhaustiva de la información de fuente secundaria con énfasis en población de Hombres que tienen Sexo con otros Hombres (HSH), Población Trans (PT), Mujeres Trabajadoras Sexuales (MTS) y Personas con VIH (PVIH) de El Salvador. Estos estudios son elemento novedoso que la diferencia de otros estudios realizados en El Salvador.

La Asociación Salvadoreña de Derechos Humanos Entre Amigos (Entre Amigos), tiene el compromiso de liderar los cuatro estudios de análisis de DSS en VIH en población clave (HSH, PT, MTS y PVIH). Para realizar los cuatro estudios de Población Clave (PC), Entre Amigos, buscó la alianza con otras Organizaciones No Gubernamentales (ONG) como son:

* Asociación Solidaria para Impulsar el Desarrollo Humano (ASPIDH Arcoíris) ONG que lideró el estudio sobre análisis de los DSS en PT.
* Red de Personas con VIH (REDSAL+) ONG que lideró el análisis de DSS en PVIH.
* Entre Amigos estuvo a cargo de realizar el estudio de análisis de los DSS en HSH, y el
* Movimiento de Mujeres de Orquídeas del Mar (ODM) ONG que lideró el estudio de DSS en MTS.

A continuación, una breve descripción de las ONG que lideraron cada uno de estos estudios:

*ASPIDH Arcoíris*: su misión es promover, defender, demandar y generar respeto hacia los derechos humanos de la población LGBTI a nivel nacional e internacional.

*REDSAL+*: promover el respeto de los derechos y deberes de las personas afectadas por el VIH, generando acciones que contribuyan a una mejor calidad de vida, disminución del estigma, discriminación, y reducción de nuevas infecciones, poniendo en práctica los valores que compartimos.

*Entre Amigos*: su misión es defender y promover los derechos humanos e las poblaciones Lesbianas, Gay, Bisexuales, Trans e Intersex (LGBTI) y con un fuerte enfoque en temas de prevención de VIH e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Es una organización reconocida por su trayectoria en El Salvador.

*Orquídeas del Mar*: su misión es posicionar la dignificación del trabajo sexual con el fin de contribuir al respeto y defensa de los derechos humanos de las PTS de El Salvador.

La información estratégica en VIH generada en estos cuatro estudios, servirán como insumos para el desarrollo de estrategias, políticas, planes y proyectos, que promuevan la inclusión social, económica, política, cultural y de acceso a los servicios de salud de los HSH, PT, MTS y PVIH con el fin de reducir la transmisión del VIH y la vulnerabilidad estructural en PC de El Salvador.

A continuación, describiremos en este documento el análisis de los DSS en VIH en MTS de El Salvador. Este estudio permitió identificar las brechas que impiden el cumplimiento de los derechos humanos a nivel socioeconómico, políticos, culturales, acceso a la salud, educación, empleo que requiere las MTS, siendo esta el momento oportuno para replantear y ajustar las estrategias implementadas actualmente en respuesta a la epidemia del VIH en El Salvador.

Este estudio contó con la asistencia técnica y financiera de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) a través del Proyecto para la Prevención de la Transmisión del VIH en población clave (PrevenSida) de Nicaragua, en el marco del Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR) en Centroamérica.

Esta investigación sobre análisis de los DSS en MTS es la primera investigación de esta magnitud que se realiza en el país y cuyas investigadoras son lideresas de ONG de MTS en El Salvador.

**MATERIAL Y MÉTODO**

El estudio se realizó a través de un convenio de colaboración firmado con University Research Co. (URC)/PrevenSida, siendo el administrador de fondos, la Asociación Entre Amigos, quien coordinó la realización de los cuatro estudios en PC en conjunto con las ONG como: ASPIDH Arcoíris, REDSAL+ y Orquídeas del Mar.

A través del estudio de análisis de DSS en MTS, se describe la siguiente metodología:

**Tipo de estudio:** Investigación-Acción-Participativa (IAP).

**Lugar:** el estudio se realizó en El Salvador en el Municipio de San Salvador y participaron representantes de los departamentos de Sonsonate, San Miguel y San Salvador.

**Marco de análisis:** para la realización del estudio se utilizó el modelo de los DSS, los cuales son un conjunto de factores personales, sociales, políticos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos y las poblaciones claves. Los DSS explican la mayor parte de las inequidades sanitarias mismas que son diferencias injustas y evitables. El análisis se hizo tomando en cuenta los seis niveles para clasificar las evidencias relacionadas con la epidemia de VIH: a) Socioeconómicos, culturales y ambientales b) Condiciones de vida y trabajo, c) Acceso a servicios de salud) Redes comunitarias, e) Estilos de vida y f) Factores biológicos.

El modelo de análisis de los DSS parte de la localización de información en sitios confiables y de calidad, permitiendo realizar la captura del conocimiento sobre la epidemia del VIH a través de fuentes secundarias de estudios realizados en El Salvador.

**Periodo:** noviembre de 2018 a mayo 2019.

**Universo y muestra:** toda la información escrita y publicada en relación con el tema de VIH y DSS de VIH en MTS de El Salvador. Se encontraron 60 documentos, 24 fueron utilizados para documentar los antecedentes y marco de referencias y 36 sirvieron para identificar y clasificar las evidencias relacionadas a la situación de VIH en MTS de El Salvador.

**Método e instrumentos:** los motores de búsqueda de información fueron: Publicaciones Médica (PubMed), USAID, Comisión Nacional del Sida (CONASIDA), Fondo Mundial (FM), Programa Conjunto de la Naciones Unidas (ONUSIDA), MINSAL, Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Organización de los Estados Americano (OEA), Red Latinoamericana de Trabajadoras Sexuales (RedTrasex), Asamblea Legislativa de El Salvador y otras instituciones.

Se crearon una serie de matrices para el registro de las evidencias como: clasificación de las evidencias en favorables y limitantes, detalle de la fuente de información revisada, resumen de documentos utilizados para el análisis de los DSS en MTS.

**Equipo de investigadoras:** el estudio de los DSS y diseño del plan de acción basado en las brechas se realizó con la participación de la ONG de MTS Orquídeas del Mar de El Salvador.

La ONG de MTS dispuso que seis lideresas fueran las encargadas de la recolección, procesamiento, análisis de la información y documentación del informe final con la asistencia técnica de Entre Amigos y expertos en investigación del proyecto PrevenSida y de USAID Nicaragua.

**Método para la recolección y análisis de la información:** los datos se recopilaron y analizaron en cuatro momentos metodológicos diferentes:

Organización: se realizó entre noviembre y diciembre 2018, en este periodo se establecieron reuniones técnicas entre Entre Amigos (administradora de fondos), USAID y PrevenSida, para establecer las pautas a cumplir para la ejecución de la investigación y se firmó el convenio. Además, se hizo la contratación de personal y la preparación del taller de inducción sobre los DSS en VIH.

En este periodo el equipo técnico contratado de Entre Amigos realizó visitas a la ONG de MTS para presentarles el proyecto e invitarles a participar como protagonistas del estudio de DSS en VIH en PC y además invitarles a participar en los diferentes momentos de ejecución del proyecto que implicó capacitación, recolección de la información, procesamiento, elaboración del informe final de los DSS en VIH, validación y posteriormente la diseminación de los resultados a autoridades nacionales, ONG y agencias de El Salvador.

Se elaboró el plan de trabajo y plan de diseminación de los resultados del análisis DSS en PC asumidos por Entre Amigos. Cada asesor técnico contratado por Entre Amigos, realizó los dos cursos en línea recomendados por USAID “Protección de la vida en la asistencia global en salud” y “requisito de Estados Unidos respecto al aborto y la planificación familiar” así como el curso de bioética de The Global Health Network relacionado con las buenas prácticas en la realización de investigaciones.

Implementación y sistematización: se realizó entre diciembre 2018 y mayo 2019, en este periodo se logró realizar la formación de facilitadores, a cargo de la asesora en investigaciones de PrevenSida de USAID. En esta actividad participaron 32 personas procedentes de las siguientes ONG: Libres en Cristo, Orquídeas del Mar, Red de VIH del MINSAL, UES y Entre Amigos. Los objetivos del taller estuvieron enfocados en que los participantes conocieran los conceptos y la aplicabilidad del modelo de los DSS, el que fue adaptado por Dalghren & Whitehead (1991).

Otro de los temas fue el uso de los motores de búsqueda de información seguros y confiables como como: PubMed, Website de organizaciones que trabajan con PC, artículos científicos, reportes e informes relacionados con la situación del VIH en PC de El Salvador.

El análisis de los DSS de MTS en VIH realizado en este período implicó la revisión de 60 documentos, 24 fueron utilizados para documentar los antecedentes y marco de referencias y 36 sirvieron para identificar y clasificar las evidencias relacionadas a la situación de VIH en MTS de El Salvador. Se encontraron un total de 61 evidencias, 27 (44%) fueron evidencias favorables y 34 (56%) fueron limitantes.

Los sitios de búsqueda de información de las DSS en MTS fueron: los motores de búsqueda de información fueron: PubMed, USAID, CONASIDA, FM, ONUSIDA, MINSAL, OMS, OPS, PNUD, OEA, RedTrasex, Asamblea Legislativa de El Salvador y otras instituciones.

Se crearon una serie de matrices para el registro de las evidencias como: matriz de clasificación de las evidencias en favorables y limitantes, detalle de la fuente de información revisada y de resumen de documentos utilizados para el análisis de los DSS en MTS de El Salvador.

Validación del informe final:se realizó una sesión el día 22 de febrero 2019 donde participaron 22 lideresas de Orquídeas del Mar y de Plan International, las lideresas eran provenientes de los departamentos de San Salvador, Sonsonate, San Miguel y Santa Ana. El objetivo del encuentro fue compartir los resultados y obtener sus aportes en relación a: condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales, condiciones de vida y trabajo, acceso a los servicios de salud y redes comunitarias.

En la misma sesión se aprovechó para que las participantes mediante trabajo de grupo, se realizara la priorización de aquellas recomendaciones emitidas en el documento final para ser incluidas en el plan de acción para la reducción de las brechas identificadas en los seis niveles de DSS en VIH en MTS, utilizando los criterios de magnitud, importancia y factibilidad.

Diseminación de los resultados: una vez obtenida la aprobación de USAID de la versión del documento final, se realizará la sesión de diseminación con el objetivo de presentar los resultados del estudio de análisis de los DSS en VIH en MTS. En esta actividad se pretende que participen un total de 60 delegados de las instituciones del Estado, representantes de agencias, ONG que trabajan con PC y población de MTS.

Siendo esta una actividad de creación de capacidades en el uso de información estratégica y generación de nuevo conocimiento, se encontraron áreas de mejora, en el desarrollo de la investigación, sumado a que es la primera vez que las lideresas de Orquídeas del Mar realizan este tipo de investigación -acción-participativa.

El coaching por parte de asesores de PrevenSida, fue de forma permanente mediante revisiones del documento, utilización de WhatsApp y correos electrónicos, esto permitió el mejoramiento de las capacidades del equipo en la gestión del conocimiento en la población de MTS.

**Variables estudiadas:** de acuerdo con el análisis de los DSS, los seis niveles considerados a tomar en cuenta al momento de revisar documentos de fuente secundarias fueron: condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales, condiciones de vida y trabajo, acceso a servicios de atención en salud, redes sociales y comunitarias, estilos de vida del individuo y factores biológicos y caudal genético.

**RESULTADOS:** se encontraron 60 documentos, 24 fueron utilizados para documentar los antecedentes y marco de referencias y 36 sirvieron para identificar y clasificar las evidencias relacionadas a la situación de VIH en MTS de El Salvador. Se encontraron un total de 61 evidencias, 27 (44%) fueron evidencias favorables y 34 (56%) fueron limitantes.

Las evidencias favorables: se concentran en condiciones socioeconómicas con 8 (29%), condiciones de vida y trabajo con 5 (19%), acceso a servicios de atención en salud 5 (19%), estilos de vida y del individuo con 5 (19%), redes sociales y comunitarias con 4 (14%) y no se encontraron evidencias en factores biológicos y caudal genéticos.

Las evidencias limitantes: se concentran en estilos de vida y del individuo con 10 (29%), condiciones de vida y trabajo con 8 (23.5%), redes sociales y comunitarias con 5 (14.5%), acceso a los servicios de atención en salud con 4 (12%), factores biológicos y caudal genético con 4 (12%) y condiciones socioeconómicas con 3 (9%).

**PRINCIPALES HALLAZGOS POR DETERMINANTE SOCIAL**

**CONDICIONES SOCIOECONÓMICOS, CULTURALES Y AMBIENTALES**

Se encontraron 8 (73%) evidencias favorables y 3 (27%) que fueron evidencias limitantes.

**Legislación Internacional:** en El Salvador se han firmado diversos convenios internacionales que promueven la creación de Leyes para la protección de las mujeres y el cumplimiento de sus derechos, entre los tratados internacionales firmados se tienen: la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, conocida como Convención Belem Do Pará y La Convención Sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer fue aprobada y ratificada en 1981 y la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1994).

**Legislación Nacional:** el proceso de legislación internacional ha llevado a promover legislaciones nacionales de protección para las mujeres. Sin embargo, en dicho devenir, puede observarse cómo en un primer momento, la violencia contra las mujeres fue abordada desde la protección a la familia teniendo como resultado el Código de Familia, la Ley procesal de familiar y la Ley contra la violencia intrafamiliar.

Sin embargo, existen limitantes, pues no se coloca como causa principal de la violencia, las relaciones desiguales de poder entre mujeres y hombres, ni se dimensiona la problemática en todas sus manifestaciones.

Otro aspecto que preocupa a las MTS es la no inclusión en las agendas de los dos últimos gobiernos el tema de la Ley de VIH. Actualmente hay tres propuestas de Ante proyecto de ley en discusión la del MINSAL, sociedad civil y por el partido de derecha Alianza Republicana Nacionalista (ARENA), sin ninguna respuesta.

**Violencia basada en género:** la Policía Nacional Civil (PNC), recibió en el primer trimestre de 2019, un total de 643 denuncias de personas desaparecidas, el 33% pertenece a mujeres y el 66% a hombres. En este periodo son siete personas que desaparecen cada día, dos son mujeres y cinco hombres. La RedTraSex registro 27 asesinatos de MTS entre septiembre de 2013 y octubre de 2015.

**Discriminación:** en el estudio de Red Latinoamericana de Trabajadoras Sexuales (RedTrasex) con datos de El Salvador realizado en el 2016, reporta que las MTS sufren situaciones de abuso de autoridad, violencia institucional y discriminación por parte de la PNC y el CAM y de parte del Ministerio de Justicia.

**CONDICIONES DE VIDA Y DE TRABAJO**

Se encontraron 5 (38%) fueron evidencias favorables y 8 (62%) fueron evidencias limitantes.

**Pobreza:** la medición multidimensional de pobreza realizado en el 2015, en El Salvador, muestra que el umbral de pobreza es de siete o más privaciones siendo, el 58.5% a nivel urbano y el 22.5% rural. La tasa de pobreza es de 37% en hogares cuyos jefes son hombres y 32% en aquellos cuyas jefes de hogares son mujeres.

**Educación:** estudio realizado por Orquídeas del Mar en el 2017, reflejó que un 16% de las MTS tenían bachillerato incompleto, 10% ha completado bachillerato y el 1% de la población tiene estudios universitarios incompletos. Sin embargo, el 14% de MTS no saben leer ni escribir, 36% tienen sus estudios de educación básica incompletos, 23% tiene sus estudios de educación básica completos.

RedTrasex con datos de El Salvador realizó un estudio en el 2016, el que reportó que un 20% de las MTS ha logrado concluir la secundaria completa y otro 20% ha seguido una carrera universitaria incompleta.

**Desigualdad en las Oportunidades laborales:** en el estudio sobre dinámica laboral realizado en el 2015, En la práctica se encuentra que el 47.2% de los hombres se encuentran trabajando como asalariados (sector formal o en el informal), el 36.4% de las mujeres se encuentran fuera del mercado laboral llevando a cabo trabajo doméstico sin recibir remuneración.

**Ingresos mensuales:** según los resultados de la ECVC del 2010, el 36.6% en San Salvador y el 50% en Sonsonate reportaron ingresos menores al salario mínimo. Un 49.7% en San Salvador y un 44.8% en Sonsonate reportaron ingresos entre $181.00 a $500.00 dólares. El salario mínimo establecido para el 2010 fue de $208.00.

**Inseguridad alimentaria:** estudio realizado por ODM, refleja que las MTS mantienen una alimentación desbalanceada y callejera que afecta en la salud produciendo: diarreas agudas, obesidad y desnutrición. Consumo excesivo de café para tratar de controlar la silueta y economizar provoca gastritis, úlceras.

**Discriminación por MTS:** para el 2016 en el Estudio de Estimación de Tamaño de Población de MTS, se encontró que de 904 MTS, el 28.8% sufrió discriminación. El 52.4% fue rechazada en su lugar de trabajo, el 36.4% fue rechazada por algún miembro de su familia y el 28.4% en otro, declarando: *“Rechazo durante servicios religiosos, por el personal de salud, las han sacado de su casa, ha perdido su trabajo y discriminada en el lugar de estudios”.*

**SERVICIOS DE ATENCIÓN EN SALUD**

Son encontraron 5 (56%) de las evidencias fueron favorables, 4 (44%) fueron evidencias limitantes.

**Acceso a los servicios de salud:** el Salvador cuenta con 14 Clínicas de Vigilancia Centinela de Infecciones de Transmisión Sexual VICITS distribuidas en todo el país. Las MTS reciben una atención diferenciada de acuerdo con sus necesidades de salud, son atendidas por personal capacitado en temas de estigma y discriminación.

El Estudio VICITS (2012) reporta que entre el 81% y el 91.3% de MTS recibieron información sobre el VIH en el último año.

**Acceso a servicios de salud reproductiva:** según estudio realizado en el 2013, el 90.1% respondió que se realiza la citología cérvico vaginal, el 5.6% que no la realiza y el 4.3% no respondió. El 80.7% se realizó la última citología en menos de 12 meses. El 25.4% refirió que usó inyecciones, el 9.8% condón femenino, el 9.5% píldoras, 2.9% el DIU, métodos naturales el 2.2% y el 0.4% no respondió.

**Acceso a condones:** en 2016, el 90.4% manifestaron que obtener un condón es muy fácil. Lugar donde consiguió los condones gratis son: el 76% en ONG, el 20% en Centro de Salud/Hospital Público y el 4.6% en otro lugar. En dichos establecimientos se estima que el 47.3% de las MTS han recibido menos de 140 condones y el 53% más de 140 condones.

**Gasto de bolsillo:** el 13.8% ha comprado uno o más condones en los últimos 30 días.

**Acceso a la prueba de VIH:** según datos de VICITS 2012 y reporte de lecciones aprendidas realizada en el 2014 se reporta que 68% y el 58% respectivamente de las MTS se realizaron la prueba de VIH en los últimos 12 meses. Según la ECVC 2010, el 89.8% en SanSalvador y el 87.4% en Sonsonate recibieron el resultado de la última prueba de VIH.

Los lugares donde las MTS se realizaron la prueba del VIH son: el 76% en el MINSAL (Unidades de Salud VICITS, Hospitales y FOSALUD), 8% en los servicios privados, el 1.3% en PASMO, el 8.3% en PROFAMILIA el 8.3%, las ONG el 4.7% y otros lugares 2%.

**Cascada del continuo de la atención:** según datos del MINSAL hasta el 2018 se han reportado 22,472 (61.7%) casos de infección por VIH, 13, 963 (38.3%) son casos Sida. El 64% son hombres y 36% mujeres.

En el 2016 de 812 MTS que se realizaron la prueba de VIH, 17 (2.09%) su resultado fue reactivo. En cuanto al tiempo que le diagnosticaron 4 casos fue en menos de 12 meses y 13 casos más de 12 meses. El 88.7% de los diagnósticos reciben control médico por ser PVIH y el 81.1% está tomando TAR.

**Discriminación en los servicios de salud:** el 60% de las MTS se atendieron lejos de donde vive para que en su casa o barrio no se dieran cuenta que es MTS. Estudio en San Salvador realizado en el 2014, revela que el 43.3% no quiso ir al hospital o servicio de salud para no tener que dar explicaciones sobre su ocupación.

El 33.3% manifestó sentir hostilidad en la atención por parte del personal administrativo, un 18.3% mencionaron que le negaron la atención que necesitaba o solicitaba por ser MTS y el 28.3% de las entrevistadas las obligaron a hacerse la prueba del VIH por motivo de su ocupación

**REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS**

Se encontraron 4 (44%) fueron evidencias favorables y 6 (56%) fueron evidencias limitantes.

En el ECAP realizado en el 2013, reportan que las MTS el 32.5% de las MTS sus familiares saben que ejercen el trabajo sexual. Sin embargo, el 54.9% sus familiares no saben que ellas ejercen el trabajo sexual y un 12% no respondió. Según este mismo estudio el 94.2% de las MTS hayan mejorado sus conocimientos para la prevención del VIH, el 97.6% afirman haber cambiado su forma de ver el VIH y la sexualidad, el 72% recibieron capacitación sobre metodología de pares y el 97.3% consideran que las capacitaciones han ayudado a tener prácticas sexuales de menos riesgo.

El 75.2% de las MTS refieren que han trabajado en Orquídeas del Mar, el 17% con PASMO y el 32.8% ha trabajado con otra organización.

**Rol de las ONGs en la abogacía:** las ONG como RedTrasex, Orquideas del Mar y otras ONG de MTS han realizado guías de buenas prácticas para el personal de salud, han contribuido con estudios para la mejora de la atención de las MTS y realizan abogacía para la formulación de leyes, politicas que promuevan los derechos y deberes para garantizar la no discriminación, el acceso a la salud, al trabajo, a la seguridad social.

**Baja participación de las MTS en las ONG:** en 2016, el 18% afirmaron haber participado en el trabajo de una organización que apoya a las MTS. Otro estudio reporta que solamente el 13.5% en San Salvador y el 8.6% en Sonsonate de las MTS están involucradas en grupos u organizaciones de trabajadoras sexuales. Flor de Piedra es a la ONG donde mayormente asisten (9.0% en San Salvador y el 5.4% en Sonsonate).

**Violencia en la comunidad:** según datos de la PNC, de enero a marzo de 2019 recibieron 405 denuncias por VBG, esto es alrededor de cinco casos diarios. El 10.2% de las MTS refieren haber sufrido abuso o maltrato en los últimos 12 meses. El 41.4% recibió maltrato físico, el 61.4% maltrato verbal u el 14.0% otros tipos entre ellos (extorsión, chantaje, robo, asaltos y violación sexual).

**Discriminación:** el 68.7% en San Salvador y el 82% en Sonsonate reportaron discriminación de forma verbal.

**ESTILOS DE VIDA**

Se encontraron 5 (33%) fueron evidencias favorables y 3 (67%) fueron evidencias limitantes.

**Conocimiento sobre prevención y transmisión del VIH**

Según la ECVC 2010 en el 67.7% de las MTS tuvieron conocimiento correcto sobre la prevención del VIH y consideran que se puede prevenir siendo fiel a una sola pareja sexual que no esté infectada. El 88.1% conocen en cuanto a la protección provista por el uso correcto y consistente del condón. El 92.4% en cuanto a que una mujer con VIH/SIDA puede transmitir el virus a través de la leche materna

Las MTS mencionan que las formas de transmisión son: el 98% por relaciones vaginales sin condón, 84% por relaciones anales sin condón, 83% por relaciones orales sin condón y el 21.9% durante el embarazo, 16.9% durante el parto, 19.5% por la lactancia y 53% por contacto con la sangre.

El nivel de conocimiento correcto sobre la prevención del VIH tomando como referencias las 5 preguntas establecidas en la ECVC, encontrándose que en el estudio de VICITS realizado en el 2012 el 45.6% tuvieron conocimiento correcto, el MINSAL realizó estudio donde se reporta el 48.75% y datos del PNUD del 2013 se reportó el 59.1%

**Prueba de VIH:** el 81.5% en San Salvador y el 75% en Sonsonate informaron que se realizaron la prueba de VIH alguna vez en la vida. El 96.1% se ha realizado la prueba alguna vez, mientras el 3.8% no se la ha realizado y el 0.1% no responde. El 95.0% se realizó la prueba y un 5% no se la realizó en los últimos 12 meses. El 98% recibió los resultados y un 2% no y mencionaron que fue por *“Temor a los resultados.*

**Bajo uso del condón:** Las MTS que afirman haber utilizado condón en la última relación con un cliente, para el 2013 es de un 99.4%, mientras que el 0.1% no utilizó y el 0.4% no responde. El 59.3% usó del condón en la última relación sexual anal con pareja fija.

Estudio realizado por ONG de MTS reportan que el 27% hizo uso de condón con la pareja fija y el 61% no y el 11.9% no respondió.

**Prácticas sexuales de riesgo**: número de clientes por semana: el 42.4% entre 1 a 9 clientes y 57.6% más de 10 clientes.Otros estudios realizados por organizaciones de MTS reportan que antes del 2013, que el 14% de las MTS reportaron tener más de 2 parejas.

**Consumo de alcohol y drogas:** el 40.0% en el San Salvador y el 44.0% en Sonsonate informaron que habían consumido más de 4 tragos en 4 ocasiones o más, en los últimos 30 días. El 21.9% en San Salvador y el 26.9% en Sonsonate dijeron que habían tomado alcohol o drogas con su último cliente.

El 28.7% en San Salvador y el 10.6% en Sonante reportaron haber consumido drogas alguna vez en la vida. y el 19.1% en San Salvador y el 3.8% en Sonsonate, reportaron haber consumido algún tipo de drogas en los últimos 12 meses. Un 11.8% en San Salvador y un 2.9% en Sonsonate han consumido drogas ilegales en los últimos 30 días.

**FACTORES BIOLÓGICOS Y CAUDAL GENÉTICO**

Todas las evidencias fueron limitantes 4 (100%).

**Prevalencia de VIH:** ONUSIDA 2019 con datos del 2018 reporta una prevalencia de VIH de 2.2%.1 Con respecto a los datos reportados en la ECVC 2010 se reporta 5.84% (en San Salvador fue de 5.7% y en Sonsonate de 2.5%). Se observa una reducción del 62% entre 2010 y 2018.

**Prevalencia de ITS:** el 55% en San Salvador y el 44% en Sonante tuvieron alguna ITS. El 83% en San Salvador y el 76% en Sonante tuvo herpes simple tipo 2. El 14% en San Salvador y el 17% en Sonante reportaron sífilis. El 32% en San Salvador y el 31% en Sonante reportaron tricomonas vaginalis. El 15% en San Salvador y el 20% en Sonante, reportaron chlamidya tracomatis. El 24% en San Salvador y el 23% en Sonante reportaron neisseria gonorhoeae.

**Alta prevalencia de problemas mentales:** según el estudio realizado en el año 2013, ECAP, se encontró que el 49.7% de las MTS se han sentido deprimidas. El 21.0% de las MTS han intentado suicidarse.

**CONCLUSIONES**

**En relación al proceso de fortalecimiento de las ONG**

La implementación de la investigación utilizando la metodología de IAP cumplió con el objetivo de desarrollar las capacidades de las lideresas de Orquídeas del Mar en la implementación de la metodología a través de la búsqueda, uso y sistematización de la información estratégica existente sobre el VIH en PC a partir de fuentes secundarias.

**Sobre la metodología de los DSS para el análisis de la epidemia del VIH en MTS**

El marco de análisis de los DSS es un enfoque metodológico que permitió de una forma participativa el desarrollo de capacidades y competencias científicas en la búsqueda, selección y análisis de la información estratégica existente, empoderando de esta manera a las participantes.

**Utilidad y relevancia del estudio**

La evidencia obtenida y su clasificación permitió identificar aquellas brechas susceptibles de ser modificadas a través de un plan de acción elaborado de forma conjunta enfocado en las diferencias sociales identificadas en los diferentes niveles de DSS. Este informe permitirá priorizar futuros temas de investigación e intervenciones aplicadas en VIH con MTS, mismas que pueden ser sujetos de financiamiento a nivel nacional e internacional con el fin de mejorar la calidad de vida de las MTS.

Condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales:

En los últimos 10 años, El Salvador ha ratifi­cado importantes convenios internacionales que han fortalecido el quehacer y actuar del Gobierno, también se cuenta con un marco jurídico robusto nacional en materia de los derechos humanos de las mujeres, en la igualdad sustantiva y en la equidad de género. Existen aún limitantes, no se coloca como causa principal de la violencia, las relaciones desiguales de poder entre mujeres y hombres, tampoco se dimensiona la problemática en todas sus manifestaciones y en los últimos gobiernos no se va la inclusión en las agendas el tema de la Ley de VIH. Existen tres propuestas de Ante proyecto de ley sin respuesta.

Condiciones de vida y trabajo: la pobreza, la falta de educación, el acceso a trabajo de forma igualitaria y/o discriminación son parte de las brechas identificadas en este nivel.

Acceso a servicios de atención de salud: existen una cobertura ampliada de clínicas de Vigilancia Centinela de Infecciones de Transmisión Sexual, distribuidas en todo el país. Las MTS reciben una atención diferenciada de acuerdo con sus necesidades de salud, son atendidas por personal capacitado en temas de estigma y discriminación. La mayoría tienen acceso a condones de forma gratuita, sin embargo, un cuarto mencionó que deben compraron condones en los últimos 30 días.

Se observa muy poco uso de los servicios de pruebas de VIH. Más de la mitad de las MTS mencionaron sentirse discriminadas en los servicios de salud por el trabajo que realizan.

Redes sociales y comunitarias: las organizaciones de base comunitaria juegan un papel fundamental en la labor de prevención, educación de las personas en la comunidad. Las ONG de MTS realizan abogacía desde sus lugares para la defensa de los derechos de las MTS, ocupan espacios importantes y han contribuido con estudios en el tema de estigma y discriminación, VIH entre otros. Sin embargo, las MTS tiene una baja participación en ONG que trabajan con MTS. Existe VBG y discriminación en los hogares, familias y comunidad.

Estilos de vida del individuo: existe un buen porcentaje de MTS que no se realizan las pruebas de VIH, las prácticas de riesgos son altas como: el poco uso de condón de forma consistentes especialmente con parejas fijas y el consumo de alcohol y droga.

Factores biológicos y caudal genético: la alta prevalencia de VIH e ITS sumado a los altos índice de depresión e ideas de suicidio son unos de los problemas que tanto las instituciones como las ONG debemos abordar.

**RECOMENDACIONES**

**Sobre el proceso de fortalecimiento institucional de las ONG**

Continuar con las actividades de fortalecimiento de las ONG en gestión del conocimiento del VIH de PC, con énfasis en análisis de datos y generación de reportes.

**Sobre la metodología de los DSS para el análisis de la epidemia**

Utilizar el marco de análisis de los DSS para el diseño y seguimiento de los planes nacionales de la respuesta nacional ante el VIH, especialmente para las MTS.

**Utilidad y relevancia del estudio**

Elaborar de forma conjunta un plan de acción basado en las brechas identificadas en cada nivel de DSS en VIH en MTS para ser mejorados en el corto y mediano plazo.

Es crucial continuar fortaleciendo en las ONG de PC para la generación y uso de información estratégica, como la adecuada estimación de tallas poblacionales e información específica sobre la epidemia de VIH en las MTS.

Condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales:

Realizar abogacía ante las autoridades correspondientes para que los temas de VBG y estigma y discriminación contra las MTS de El Salvador sean incorporadas en los planes, programas y políticas de las instituciones del Estados.

Condiciones de vida y trabajo:

Abogar antes las autoridades correspondientes para que haya mayor acceso a educación, acceso a créditos, viviendas y trabajo en las instituciones del Estado.

Servicios atención en salud:

Continuar abogando para que haya mayor acceso a la realización de pruebas de VIH en los CAI, y contar con una política de no estigma y discriminación a las MTS.

Influencias comunitarias y familiares:

Fortalecimiento de ONG de MTS para que impulsen programas educativos a nivel de las comunidades sobre no discriminación, no estigmatización, ni VBG a las MTS desde el individuo, la familia y la comunidad.

Estilos de vida y factores individuales:

Educar a las MTS en temas de uso consistente y correcto del condón con sus parejas afectivas y todas las parejas; realización de prueba de VIH e ITS de acuerdo con las normativas y trabajar coordinamente con algunos centros de alcohólicos anónimos y no uso de drogas para referencias de MTS.

Factores biológico y genético:

Educar a las MTS organizadas en temas de autocuido, salud mental, cascada de la atención del VIH y estilos de vida saludables.

# INTRODUCCIÓN

**¿Qué se investigó?** Se realizóel estudio de los DSS en VIH en MTS que tuvo como objetivo generar evidencia sintética de los DSS de la epidemia del VIH a partir de la revisión exhaustiva de la información de fuente secundaria con énfasis en MTS de El Salvador.

El estudio permitió identificar las brechas que impiden el cumplimiento de los derechos humanos a nivel socioeconómico, políticos, culturales, acceso a la salud, educación, empleo que requieren las MTS fue el momento oportuno para replantear y ajustar las estrategias implementadas actualmente en respuesta a la epidemia del VIH en MTS en El Salvador.

El mismo contó con la asistencia técnica y financiera de la USAID a través del Proyecto PrevenSida de Nicaragua, en el marco de PEPFAR en Centroamérica. Esta investigación sobre los DSS en VIH en MTS es la primera investigación de esta magnitud que se realiza en el país y cuyas investigadoras fueron delegadas de la ONG de Orquídeas del Mar y con la asistencia técnica de Entre Amigos.

En El Salvador se han realizado cuatro estudios de PC enfocados en DSS en VIH. a continuación, se describe brevemente que ONG trabajó cada estudio y una breve descripción de esta.

La ASPIDH Arcoíris fue la ONG que lideró el estudio sobre análisis de los DSS en PT.  *ASPIDH Arcoíris* tiene unamisión es promover, defender, demandar y generar respeto hacia los derechos humanos de la población LGBTI a nivel nacional e internacional.

La REDSAL+ fue la ONG que lideró el análisis de DSS en PVIH. *REDSAL+* promover el respeto de los derechos y deberes de las personas afectadas por el VIH, generando acciones que contribuyan a una mejor calidad de vida, disminución del estigma, discriminación, y reducción de nuevas infecciones, poniendo en práctica los valores que compartimos.

Entre Amigos estuvo a cargo de realizar el estudio de análisis de los DSS en HSH. Su misión es defender y promover los derechos humanos e las poblaciones LGBTI y con un fuerte enfoque en temas de prevención de VIH e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Es una organización reconocida por su trayectoria en El Salvador.

El Movimiento de Mujeres de Orquídeas del Mar (ODM) ONG que lideró el estudio de DSS en MTS. Su misión es posicionar la dignificación del trabajo sexual con el fin de contribuir al respeto y defensa de los derechos humanos de las MTS de El Salvador.

**¿Dónde se realizó el estudio?:** en San Salvador, El Salvador y participaron lideresas de los departamentos de la Sonsonate, San Miguel y San Salvador.

**¿Cuándo se implementó?** noviembre de 2018 a mayo 2019.

**¿Para que servirán las recomendaciones?** El análisis de los DSS de VIH realizado por lideresas de organizaciones de MTS fue una oportunidad para profundizar en el conocimiento de la epidemia del VIH en El Salvador.

Los resultados, conclusiones y recomendaciones del estudio permitirán elaborar, implementar y diseminar los resultados del plan de acción enfocado en las barreras estructurales en los diferentes niveles de DSS y que crean vulnerabilidad en la salud de las MTS.

La audiencia de este estudio será el MINSAL quien ha realizado actividades para dar respuesta a la epidemia de VIH en El Salvador otras instituciones, ONG que trabajan con MTS, cooperantes nacionales e internacionales.

# ANTECEDENTES

## VIH A NIVEL MUNDIAL

El reporte de ONUSIDA 2018 con datos de las estadísticas mundiales del VIH, reporta que 37.9 millones [32.7 millones–44.0 millones] de personas viven con el VIH en todo el mundo, de ellas, 36,2 millones eran adultos, y 1.7 millones niños menores de 15 años.[[1]](#endnote-1)

En el 2018, 23.3 millones de personas que vivían con el VIH tenían acceso a la terapia antirretroviral (TAR) un aumento con relación a los 7.7 millones del 2010. El 79% de las personas que vivían con el VIH, conocía su estado serológico con respecto al VIH, alrededor de 8.1 millones de personas no sabían que vivían con el VIH.1,[[2]](#endnote-2)

**Nuevas infecciones por el VIH**: a nivel mundial, desde el pico alcanzado en 1997, las nuevas infecciones por el VIH se han reducido en un 40%. En el 2018 se produjeron 1.7 millones de nuevas infecciones por el VIH en comparación con los 2.9 millones de 1997. Desde el 2010 las nuevas infecciones por el VIH en adulto descendieron alrededor de un 16%, desde 2,1 millones hasta 1,7 millones en 2018.1

**Muertes relacionadas con el sida:** desde el 2004, los casos de muertes relacionadas con el sida se han reducido en más de un 55%. En el 2018 fallecieron 770, 000 personas en todo el mundo a causa de enfermedades relacionadas con el sida, frente a los 1,7 millones de 2004 y los 1,2 millones de 2010. La mortalidad por el sida ha bajado un 33% desde 2010.1

**Grupos de poblaciones clave:** los grupos de población clave y sus parejas sexuales representan el 54% de las infecciones nuevas por el VIH a nivel mundial. El riesgo de contraer el VIH es: 22 veces mayor entre HSH, 22 veces mayor en las personas que se inyectan drogas y 21 veces más para las Mujeres Trabajadoras Sexuales (MTS) y 12 veces mayor para las PT.1

ONUSIDA cuenta con la estrategia denominada “Acción acelerada para acabar con el Sida, 2016-2021”, donde se promueven dos acciones dirigidas a la PC, una enfocada a reducir la inequidad en el acceso a los servicios y productos básicos, estableciendo que el 90% de los HSH, tengan acceso a servicios de prevención del VIH adaptados a sus necesidades y la otra a promover sociedades inclusivas para el desarrollo sostenible, estableciéndose que el 90% de la PC y personas con VIH no reporte discriminación incluyendo en el sector salud.[[3]](#endnote-3)

A continuación, se presentan resultados de estudios realizados en población PT a nivel mundial:

En el 2017, se publicó un artículo sobre garantizar la salud de forma global a las PT. La PT pueden tener otras necesidades como es la atención médica especializadas, como la terapia hormonal y la cirugía que afirman el género. Se encontró en este estudio que a menudo las PT experimentan una carga de enfermedad desproporcionadamente alta (salud mental, violencia sexual y reproductiva) eran victimizadas, estigmatizadas, discriminadas, además poco acceso a los servicios de salud, educación, trabajo y vivienda. Estas necesidades básicas son mayores en PT que en la población general.[[4]](#endnote-4)

En el estudio sobre *situación del VIH en Centroamérica, estrategias internacionales y desafíos al 2016,* dondese reporta que el primer lugar en prevalencia de VIH lo ocupa, Panamá con 0.60%, seguido de Guatemala y El Salvador con 0.50% para ambos, tercer lugar Honduras con 0.40%, Nicaragua y Costa Rica con 0.30% ubicándolos en cuarto lugar.[[5]](#endnote-5)

En el 2016, se realizó una revisión sistemática de literatura médica publicada entre el 1 de enero de 2012 y el 30 de noviembre de 2015, sobre epidemiología global de la infección por VIH y su relación con la PT. Los resultados refieren que la PT femeninas, tienen las tasas de prevalencia de VIH más alta en el mundo, con una prevalencia confirmada por laboratorio de hasta 40% y los determinantes de riesgo incluido el estigma. No se encontró datos para PT masculinos.[[6]](#endnote-6)

En el 2016, se realizó estudio sobre el estado de documentación legal en jóvenes transgéneras latinas, como un determinante contextual de riesgo para VIH. Participaron ocho personas que se auto identificaban como transgénero, con edades entre 18 y 29 años, eran personas que habían emigrado a Estados Unidos, por la discriminación y violencia en sus países. La PT que tenían su documentación legalizadas, tenían ventajas sobre las otras personas indocumentadas, especialmente en acceso a los servicios de salud, empleos menos riesgosos y expresión de su identidad de género sin problemas.[[7]](#endnote-7)

## VIH EN AMÉRICA LATINA

La respuesta al VIH en América Latina (AL) es predominantemente financiado con recursos nacionales. Sin embargo, ha sido insuficiente la inversión nacional en programas para PC, incluida la expansión de servicios de prevención a HSH, MTS y PT.1

Se estima que 100.000 personas adquirieron el VIH en AL en 2018, un aumento de 7% en comparación al 2010. La mitad de los países de la región vieron un aumento en la incidencia entre 2010 y 2018, con los mayores incrementos en Brasil 21%, Costar Rica 21%, Bolivia 22% y Chile 34%. Sin embargo, El Salvador tuvo un descenso de -48%, Nicaragua -29% y Colombia -22%.1

El informe de ONUSIDA 2017 sobre los avances hacia las metas 90-90-90 reporta que, en 2016, el 81% de los 1.8 millones de personas que viven con VIH en América Latina conocían su estado serológico, frente a un 77% reportado en 2015. Este resultado es uno de los más altos del mundo. De manera que AL está cerca de lograr la meta del primer 90%. En cuanto a las personas que conocen su estado serológico, el 72% reciben TARV, lo que equivale al 58% del total estimado de Personas con VIH (PVIH) en la región. De las PVIH que están en TARV, el 79% tienen carga viral suprimida, que se traduce en un 46% de todas las personas con VIH en América Latina.[[8]](#endnote-8)

En mayo 2017, la OPS refiere que, desde el comienzo de la epidemia de la infección por el VIH, la Región de las Américas ha encabezado la respuesta mundial a la infección por el VIH y las ITS con una acción basada en un enfoque de salud pública y derechos humanos. Aunque se ha avanzado mucho, persisten grandes brechas y retos. La OPS y sus Estados Miembros, deben ahora fortalecer su capacidad para emprender estrategias innovadoras y eficaces a fin de abordar estas epidemias y allanar el camino que conducirá a su eliminación como problemas de salud pública.[[9]](#endnote-9)

La tasa de transmisión del VIH de madre a hijo en AL fue de 11.4% [9.8–14.3%] en 2017, uno de los más bajos del mundo y que en el 2010 fue de 16.2%.[[10]](#endnote-10),1

La epidemia de VIH en la AL afecta principalmente a las PC entre ellas: PT, HSH, Mujeres Trabajadoras Sexuales (MTS), hombres y mujeres que tienen relaciones sexuales a cambio de dinero o bienes, usuarios de drogas inyectables y, en algunos países las poblaciones indígenas.1

La prevalencia de VIH en los HSH se sitúa entre 7% y 20% en AL y entre menos de 1% y 33% en el Caribe. En las PT es de 15,5% y 31,9%. En las MTS, se estima 6% en AL, llegando a 8% en el Caribe. En cuanto a los usuarios de drogas inyectables, la prevalencia de la infección por el VIH en la región se sitúa entre 2,5 y 11% (31-33).2

Las PC siguen enfrentándose con grandes estigmas y discriminación tanto a nivel de la comunidad como en los servicios de salud y corren un riesgo mayor de sufrir violencia física y homicidios motivados por el odio, la homofobia y la transfobia.1

El alcohol puede actuar como inmunodepresor, acelerando la progresión de la infección por el VIH; la búsqueda de atención de salud de forma oportuna y el cumplimiento de la TARV. También favorece a la comorbilidad con trastornos mentales (depresión y trastornos bipolares), dificultades para la atención. Es necesario actuar para detectar y abordar con un enfoque integrado los trastornos mentales y los causados por el consumo de alcohol y de sustancias psicoactivas.[[11]](#endnote-11), [[12]](#endnote-12), [[13]](#endnote-13),[[14]](#endnote-14)

En México 2013, se realizó un estudio sobre prevalencia del VIH entre los migrantes centroamericanos en el tránsito a través de México a los Estados Unidos. La muestra fue de 9,108 migrantes en siete albergues, del 2009 a 2013. El estudio se centró en las características sociodemográficas, violencia sexual, salud sexual y reproductiva. Los resultados mostraron que 46,6% de los que se realizaron la prueba del VIH, la prevalencia fue de 0,71%, en PT la prevalencia fue 3,45%, disminuyendo a menos del 1% en hombres y mujeres biológicas. Esta diferencia de género es característica de la epidemia en América Central. Con respecto a violencia sexual el 23.5% se presentó en PT y el 5.8% en mujeres biológicas. El impacto predominante de la violencia sexual en la PT y las mujeres biológicas influirá en el curso de la epidemia de Sida.[[15]](#endnote-15)

## VIH EN CENTROAMÉRICA

Con relación a la prevalencia de VIH se estiman 127,200 PVIH en los cinco países de Centroamérica (CA). La población mayor de 15 años con VIH va de 9 200 en Nicaragua a 45,000 en Guatemala. La tasa de prevalencia en población entre 15 y 49 años oscila entre 0.2% en Nicaragua a 0.9% en Panamá. Siendo una epidemia concentrada en poblaciones clave, la mayor prevalencia especifica se reporta en PT con 29.6% en Panamá, 22.2% en Guatemala y 15.3% en El Salvador. La segunda población clave más afectada son los HSH con 12% en El Salvador, 9% en Guatemala y en menor porcentaje Panamá con 6.7%. Las MTS son el tercer grupo de PC y las menos afectadas, con 2.6% en Nicaragua y 2.2% en El Salvador.1 (Anexo 1.)

En cuanto a las nuevas infecciones por VIH se estiman 6,480 casos. Nicaragua es el país con menos casos 500 y Guatemala es que más casos tiene con 2,300. La tasa de incidencia de VIH por 1,000 habitantes va de 0.14 en Nicaragua a 0.4% en Panamá. Tres países han logrado reducir las nuevas infecciones desde 2010 son: El Salvador, Guatemala y Nicaragua con reducción de 20, 14 y 9% respectivamente. Sin embargo, Honduras y Panamá muestran aumentos de 4 y 10% respectivamente.1

En relación con la mortalidad, se estiman alrededor de 4,380 muertes en personas con VIH, entre menos de 200 en Nicaragua a 2200 en Guatemala. Dos países han reducido la mortalidad en comparación con 2010: Honduras -43% y Nicaragua -31%. El porcentaje de cambio en muertes relacionado al VIH desde 2010 va de -43 en Honduras a 41 en El Salvador.1

En cuanto a la cascada de atención entre el 59% y 90% conocen su estatus entre 38% y 51% se encuentran en TAR y entre 31% y 41% se encuentra en supresión viral.

A nivel mundial se está hablando de control epidémico del VIH, definiéndose como control epidémico el punto en el que las nuevas infecciones por el VIH (por año) han disminuido y caen por debajo del número total de muertes entre las personas infectadas por el VIH (por año).[[16]](#footnote-1) En los gráficos adicionados en los anexos se puede apreciar el acercamiento de cada país al control epidémico de VIH. (Anexo 2. Correlación entre las nuevas infecciones por VIH vs Muertes por VIH por país).

En el Salvador 2015, se realizó un estudio sobre evidencia del efecto negativo del estigma en las minorías sexuales y su relación con la realización de pruebas de VIH. Participaron 670 HSH y PT. Los resultados mostraron una asociación positiva entre la realización de pruebas y edad avanzada con un Odds Ratio (OR) de 2.10, en relación con experiencia previa de agresión sexual (OR 2.92). La homonegatividad internalizada se asoció negativamente con haberse hecho la prueba de VIH alguna vez (OR 0.46), y esta relación se hizo más fuerte al relacionarla con estigma y discriminación a nivel de los servicios de salud.[[17]](#endnote-16)

El Dr. César Núñez. Director Regional para AL y el Caribe de ONUSIDA, en el estudio titulado Situación del VIH en CA, estrategias internacionales y desafíos al 2016: Una acción rápida para poner fin al Sida, reporta una prevalencia de VIH en Honduras de 0.40% ubicándose en el tercer lugar en segundo lugar esta Guatemala y El Salvador con una tasa de 0.50% y en primer lugar Panamá con 0.60%, Nicaragua y Costa Rica tienen una prevalencia de VIH de 0.30%. [[18]](#endnote-17)

## VIH EN EL SALVADOR

En El Salvador el gobierno ha asumido el 100 % de la financiación para el TAR, antes se obtenía a través del Fondo Mundial. No obstante, aún hace falta trabajar en la reducción de la E y D, el cual sigue siendo un problema que indirectamente mata, enferma e inhibe a los pacientes a que asistan a las unidades de salud o buscar asesoramiento y atención a sus problemas. A nivel de país también es urgente trabajar en las poblaciones clave entre ellas: HSH, PT y MTS.[[19]](#endnote-18)

El MINSAL ha desarrollo muchos procesos en beneficios de mejorar la atención a las PC y que esta sea de mayor calidad.6

De acuerdo con información del MINSAL, hasta el 2 de diciembre 2018 se registraban en el país 36,208 personas con diagnóstico de VIH y 11,000 de ellas se les han indicado la TAR. En cuanto a las nuevas infecciones se reportaron 1,116 casos en El Salvador. Los departamentos con las estadísticas más altas de VIH son: San Salvador, La Libertad, Santa Ana, San Miguel, Sonsonate, La Paz y Ahuachapán.6

Según el reporte de ONUSIDA 2019 con datos del 2018 se estima 25 000 personas con VIH, con una prevalencia de 0.6% [0.5-0.7] en personas mayores de 15 años, con menos de 1000 nuevos casos de infección, menos de 1000 muertes relacionadas al VIH.6

Cascada de atención del VIH el 74% de las personas con VIH conocen su estado, el 47% están en tratamiento y el 40% con supresión viral.6

Según ONUSIDA se estima que hay 45,000 MTS con una prevalencia de 2.2%, el 89.5% conocen su estado según el estudio de estimación de tamaño de población de MTS del 2016 y el 91.4% utilizan el condón según datos de la VICITS y el 2.8% sífilis activa.6

**Índice de Sostenibilidad**

El Índice de Sostenibilidad de VIH/sida (SID) (por sus siglas en inglés Sustainability Index and Dashboard), ha sido desarrollado para facilitar la toma de decisiones informadas sobre inversión financiera y sostenibilidad de la respuesta al VIH/sida. (Anexo 3. índice de Sostenibilidad)

En la medida que el SID se realice de forma sistemática, se podrá:

* Analizar y tomar decisiones en relación a la sostenibilidad de su respuesta al VIH.
* Identificar las prioridades para canalizar la inversión de la cooperación de PEPFAR y otros actores claves.
* Facilitar el diálogo político y gerencial multisectorial en pro de la efectividad de una respuesta conjunta a la epidemia y sus determinantes.
* Informar sobre el contexto de las respuestas a la epidemia por los países.

El SID tiene cuatro dominios y elementos del SID, siendo:

* Gobernanza, liderazgo y rendición de cuentas: en este dominio mejoraron en dos elementos en relación al 2015. En política y gobernanza de 6.67 a 7.07 y en participación del sector privado de 2.01 a 4.28. En planificación y coordinación, participación de la sociedad civil y en acceso público a la información, bajaron sus resultados.
* Sistema Nacional de Salud y prestación de servicios: en todos los elementos mejoraron: laboratorio de 7.92 a 9.17, prestación de servicios de 6.71 a 7.27, en gestión de la calidad de 5.24 a 7.10, en suministro de 6.72 a 6.92 y en recursos humanos de 5.92 a 6.83.
* Inversiones estratégicas, eficiencia y financiamiento sostenible: mejoraron en ambos elementos, en eficiencias técnicas y de asignación movilización de 7.94 a 9.10 y recursos nacionales de 4.72 a 6.51.
* Información estratégica: mejoró en datos financiero y de gasto de 8.75 a 9.17, en datos del desempeño de 6.76 a 8.14 y en datos epidemiológico bajó de 5.95 a 5.83.

El MECAT (por sus siglas en inglés: Monitoring and Evaluation Capacity Assessment Toolkit), es la herramienta para evaluar la capacidad de Monitoreo y Evaluación. Evalúa las 12 áreas, bajo cuatro dimensiones: *Estado*, *Calidad*, *Sostenibilidad técnica* y *Sostenibilidad financiera*.[[20]](#endnote-19)

* *Estado:* valora la existencia de leyes, manuales, guías o documentos que sirvan de evidencia sobre los documentos que se solicitan.
* *Calidad:* evalúa el cumplimiento de acuerdo a las normas de calidad establecidas.
* *Sostenibilidad técnica:* valora la capacidad interna para realizar tareas en forma independiente.
* *Sostenibilidad financiera*: valora la capacidad de respaldar en forma financiera sus compromisos.

La línea basal en El Salvador realizada el 04 de diciembre de 2018. Los resultados muestran que el 39.6% de las áreas evaluadas se califican como fuerte (organizativa, plan nacional de Monitoreo y Evaluación (M y E), el plan de trabajo de M y E costeado, monitoreo de rutina y bases de datos), el 18.75% se califica como funcional (abogacía, encuestas y Vigilancia), el 18.75% necesita mejorar (asociaciones y gobernanza, recursos humanos, supervisión y auditoría), y el 22.9% se califica como débil (evaluación e investigación y demanda y uso de datos). (Anexo 4).

De las cuatro dimensiones, la más fuerte fueron la de Estado, y la de Calidad y la más débiles fueron las de Autonomía técnica y financiera.

El MINSAL tiene unas políticas, planes y programas que incluyen los procesos de M y E. Cuenta con un liderazgo fuerte y efectivo de la Comisión Nacional contra el VIH (CONAVIH), se destaca la subcomisión de M y E por las capacidades de sus miembros para coordinar, monitorear y armonizar los esfuerzos en la respuesta nacional que estén de conformidad con los lineamientos del país, incluidos en la Política Nacional de Salud 2015– 2019, el Plan Estratégico Institucional 2014–2019 y el Plan Estratégico Nacional Multidisciplinario (PENM) de VIH e ITS 2016–2020.

Dentro de las oportunidades para mejoramiento están: actualizar la definición del trabajo en M y E; desarrollar un currículo de capacitación en el tema de M y E; adoptar la estrategia de Prueba y Tratamiento; implementar Procedimientos Operativos Estándares (POE); fortalecer la participación de la sociedad civil, actualizar y completar el directorio de actores clave; desarrollar un plan de comunicación en cuanto a los avances de la respuesta nacional al VIH; fortalecer los procedimientos para uso óptimo de las bases de datos.

**Sector salud**

El MINSAL cuenta con una Política Nacional de Salud y Lineamientos Estratégicos (2015-2019). Para desarrollar y profundizar la Reforma de salud, se han establecido diez ejes estratégicos: redes integradas e integrales de salud, sistema de emergencias médicas, medicamentos y otras tecnologías sanitarias e intrasectorialidad, foro nacional de salud, instituto nacional de salud, información estratégica en salud, desarrollo de talento humano en salud, violencia y salud y salud ambiental.

**DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN EL SALVADOR**

Los siguientes datos que resumen las DSS en El Salvador fueron obtenidos de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM). 2017.[[21]](#endnote-20)

**POBLACIÓN:** para el 2017 la población total fue de 6, 581,860 personas, de las cuales 3, 959,652 residen en el área urbana y 2, 622,208 en la rural, lo que en términos relativos representa el 60.2% y 39.8% respectivamente. En esta misma línea, se destaca que en el Área Metropolitana de San Salvador (AMSS), se concentra el 25.7% del total de la población del país, es decir 1, 693,186 habitantes.7

Al diferenciar la población por sexo, los datos proporcionados por la encuesta muestran que las mujeres representan el 53.0% de la población total del país (3, 491,473) y los hombres el 47.0% (3, 090,387); obteniéndose un índice de masculinidad de 0.89, es decir que existen en el país 89 hombres por cada 100 mujeres. En la zona urbana este índice es de 0.85 y en la rural de 0.94. 7

**POBREZA**: a nivel nacional un 29.2% de los hogares se encuentran en pobreza; de estos el 6.2% se encuentra en pobreza extrema; mientras que el 23.0% están en pobreza relativa. En el área rural un 32.1% de hogares se encuentran en pobreza, de los cuales el 7.7%están en pobreza extrema y el 24.4% en pobreza relativa.

En el área urbana el 27.4% de los hogares viven en pobreza; el 5.3% están en pobreza extrema y el 22.2% en pobreza relativa. El AMSS cuenta con el menor número de pobres, el 20.3% de hogares están en esta situación; el 3.2% se encuentra en pobreza extrema; el 17.0% está en pobreza relativa.7

**OCUPACIÓN/INGRESO:** para el 2017 el salario promedio mensual a nivel nacional fue de $306.66, percibiendo los hombres en promedio $330.05 mensuales y las mujeres $276.60, registrando una diferencia salarias de $53.45 a favor de la población masculina. Además, es importante, señalar que el salario promedio mensual sube en la medida que el nivel de escolaridad; sin embargo, la disparidad de género se mantiene independientemente de los niveles educativos que hayan alcanzado las mujeres.7

En cuanto al área de residencia, en el área rural las tres ramas que absorben mayor cantidad de población ocupada son: agricultura y ganadería (39.3%), en comercio, hoteles y restaurantes (21.5%) e industria manufacturera (12.1%). En lo urbano estas ramas se refieren a comercio, hoteles y restaurantes (36.9%), industria manufacturera (17.7%) y servicios comunales, sociales y de salud (7.7%).7

Ingreso de los hogares: el ingreso promedio mensual de los hogares a nivel nacional es de $543.89; por área la diferencia es bastante marcada, ya que en el área urbana dicho promedio es de $641.13 y en el área rural es de $385.71, lo que indica que las condiciones de vida de los hogares del área rural están por debajo de las condiciones en las que viven en el área urbana.7

Mercado laboral:el 72.6% (4, 780,530) de la población total de El Salvado está en la Población en Edad de Trabajar (PET) (16 años y más). Por otra parte, la Población Económicamente Activa (PEA) está compuesta por el 63.4% de área urbana, mientras que las personas que residen en el área rural representan el 36.6%.7

Tasa de Participación**:** en cuanto al sexo de la persona se observa que la tasa de participación global es de 80.6% en hombres y de 46.3% en mujeres. Una variable importante de analizar es la edad ya que permite la caracterización del mercado laboral desde un prisma demográfico, se observa que la tasa global de participación es en los jóvenes (16 a 24 años) es de 49.0%, en el grupo de 25 a 59 años la tasa es de 74.8%, mientras que en las personas mayores de 60 años es de 38.3%.7

Tasa de empleo: la tasa de ocupación es de 92.6% en la zona rural y de 93.2% en la zona urbana. Específicamente en AMSS es de 92.5%. En cuanto al sexo se observa que la tasa de ocupación es de 91.7% en hombres y de 94.8% en mujeres.7

Tasa de Desempleo: en el 2017 fue del 7.0%. La desagregación por área geográfica refleja leves diferencias, en tanto que, la tasa de desempleo urbana es 0.6 puntos porcentuales menor que la rural; por el contrario, al incluir la variable sexo al análisis, se presentan diferencia bien marcada, ya que la tasa de desempleo entre los hombres es 3.1 puntos porcentuales mayor que la experimentan las mujeres.7

**COMPOSICIÓN DE LOS HOGARES:** al diferenciar la población por sexo, los datos proporcionados por la encuesta muestran que las mujeres representan el 53.0% de la población total del país y los hombres el 47.0%; obteniéndose un índice de masculinidad de 0.89, es decir que existen en el país 89 hombres por cada 100 mujeres. En la zona urbana este índice es de 0.85 y en la rural de 0.94. 7

**EDUCACIÓN**: a nivel nacional la escolaridad promedio por sexo es de 6.9 grados para los hombres. En el área urbana, la escolaridad promedio de los hombres es de 8.0 grados y en la zona rural, la de los hombres es de 5.3 grados. 7

**VIVIENDA**: la cantidad de hogares a nivel nacional ascienden a 1, 831,313 que de acuerdo al tipo de vivienda la mayor participación corresponde a los hogares que habitan en casa privada o independiente con el 95.9%; 1.3% en condominio; un 1.1% de los hogares habitan en pieza en mesón y un 0.9% lo hace en pieza en casa; el resto de los hogares (0.9%) que habita en apartamento, casa improvisada y rancho. La distribución a nivel de área geográfica es bastante similar, destaca que, en el caso de los condominios, las piezas en un mesón, apartamentos y casas. 7

**HACINAMIENTO**: a nivel nacional el 43.4% de los hogares viven en condición de hacinamiento; esta situación es más sufrida en el área rural donde el 58.9% de los hogares viven en esta situación, mientras que en el área urbana este porcentaje es de 33.9%. Se observa, un porcentaje menor en el AMSS de 26.8% de hogares vive en condición de hacinamiento. 7

**ACCESO A AGUA**: los hogares que cuentan con el acceso al servicio de agua por cañería a nivel nacional son el 88.3% (que incluye: cañería dentro y fuera de la vivienda, tubería por poliducto en buen estado, tiene, pero no le cae (por más de un mes), cañería del vecino, pila, chorro público o cantarera, chorro común y acarreo cañería del vecino). 7

**SANEAMIENTO BÁSICO**: el porcentaje de hogares con tenencia de servicio sanitario (dentro o fuera de la vivienda) es del 94.6%, en lo urbano es del 98.2%, en lo rural el 88.9%; mientras que en el AMSS la tenencia de servicio sanitario es del 99.1%. El acceso a servicio sanitario (incluye tenencia y acceso mediante un familiar o amigo) es del 97.9% a nivel nacional, del 99.7% en lo urbano y del 94.9% en lo rural. Específicamente en el AMSS el acceso es casi universal 99.9%.7

**ENERGÍA**: el 96.7% de los hogares cuenta con acceso a servicio de alumbrado eléctrico (incluye electricidad y conexión eléctrica del vecino); le sigue en orden de importancia aquellos hogares que utilizan candela con el 1.5%, Kerosén (gas) con el 0.7% y otros tipos con el 1.2%. A nivel nacional los hogares con tenencia del servicio de alumbrado eléctrico (alumbrado eléctrico propio) son el 86.3%.7

**DETERMINANTES SOCIALES PARA LA EPIDEMIA DEL VIH EN POBLACIÓN GENERAL**

Los siguientes datos que resumen las determinantes sociales para la epidemia del VIH en El Salvador fueron obtenidos de la Encuentra Nacional de Salud de Indicadores Múltiples por Conglomerado.[[22]](#endnote-21)

**CONOCIMIENTO DEL VIH/Sida:**

* El 98.7% de la población (entre 15 a 49 años) han oído hablar del VIH/sida.8
* El 31.1% de la población joven (entre 15 a 24 años) identifican correctamente las maneras de prevenir la transmisión sexual del VIH, y que rechaza los principales preconceptos sobre la transmisión del VIH.8
* El 60% de la población (entre 15 a 49 años) identifica correctamente las tres maneras de transmisión del VIH de madre a hijo o hija.8
* El 88.6% de la población (entre 15 a 49 años) conoce un lugar para hacerse la prueba de VIH.8

**ACTITUDES SOBRE EL VIH**:

* El 17% de la población (entre 15 a 49 años) expresan actitudes de aceptación hacia las personas que viven con VIH.8
* El 51.7% de mujeres entre 15 a 49 tuvieron asesoramiento sobre el VIH durante la atención prenatal.8

**PRÁCTICA SOBRE LA PRUEBA DEL VIH:**

* El 16.7% de la población (entre 15 a 49 años) se ha hecho a prueba del VIH y saben su resultado.8
* El 28.7% de la población (entre 15 a 24), jóvenes sexualmente activos que se han hecho la prueba del VIH y saben su resultado.8
* El 84.1% de la población de mujeres entre los 15 y 49 años se realizaron la prueba de VIH durante la atención prenatal.8

**COMPORTAMIENTO SEXUALES DE RIESGO:**

* El 1.3% de la población entre 15 a 49 años ha tenido relaciones sexuales con más de una pareja.8
* El 23.1% de la población entre 15 a 49 años reportó haber tenido más de una pareja sexual y haber usado un condón en su última relación sexual.8
* 17.3% de la población entre 15 y 24 años sexualmente activo tuvo relaciones sexuales con una pareja con la que no están casados ni conviven (sexo ocasional).8
* 42.0% de la población entre 15 a 24 años reportó haber usado condón durante la última relación sexual con su paraje que no están casados ni conviven (sexo ocasional).8

# JUSTIFICACIÓN

**¿Por qué necesitamos hacer este tipo de investigaciones?**

En El Salvador no se cuenta con un estudio científico sobre temas de interés para PC como lo son las DSS de VIH. Los líderes y lideresas de ONG que trabajan con PC requieren de conocimientos y herramientas adecuadas para utilizar el modelo de los DSS en el análisis de la epidemia de VIH en MTS en El Salvador.

La aplicación de esta herramienta permitió analizar las inequidades sociales que compromete la salud de las MTS, sistematizar el conocimiento de la epidemia de VIH y actualizar la información basada en evidencia y contar con un esbozo de lo que podría ser el plan de acción enfocado en las brechas identificadas en este grupo de población.

**¿Para qué servirá este estudio?**

Este estudio servirá para identificar, sistematizar y analizar la información secundaria existente basada en evidencia sobre factores favorecedores y limitantes que afectan la salud de las MTS en los seis niveles de DSS.

Los resultados y recomendaciones que se generen permitirán diseñar un plan que este enfocado en las inequidades sociales que comprometen la salud de las MTS y de esta manera hacer incidencia política ante las instituciones públicas y privadas, misma que servirán para generar nuevas investigaciones basados en los resultados actuales sobre la situación de VIH en MTS de El Salvador.

**Relevancia social**

**¿A quién beneficiará?** A las integrantes de las ONG de MTS, a los tomadores de decisiones en el órgano legislativo, ejecutivo y judicial, así como también a diversas instituciones públicas y privadas, y a la cooperación internacional.

**¿De qué modo?** Apropiando a las integrantes y lideresas de las ONG de MTS de una metodología que incluye la localización, consolidación, síntesis y uso de la información estratégica relacionado a los DSS de VIH y de esta manera poder tener una participación efectiva en la respuesta nacional al VIH. Además, permitirá elaborar propuestas de financiamiento con evidencias.

**Implicaciones prácticas**

* Formar un grupo de lideresas de MTS en la metodología de análisis de los DSS para el análisis de información existente y de esta manera tener una mayor apropiación de esta.
* Cerrar brechas de conocimiento sobre la epidemia de VIH en MTS identificadas a través de los estudios de DSS.
* Pre-requisito para identificar temas a priorizar que permitirá contar con financiamiento para profundizar en temas de investigación y en planes de acción para reducción de brechas en los DSS.
* Cada organización tendrá información actualizada basada en evidencias sobre los DSS de VIH que favorecen o limitan a las MTS.

**Utilidad metodológica**

Las integrantes de la alianza de organizaciones de MTS se apropiaron de una metodología adaptada a su contexto social, costo efectivo, creación de capacidades de investigación aplicada en VIH y con potencial de replicabilidad.

# MARCO REFERENCIAL

Los DSS son definidos como: “Conjunto de factores personales, sociales, políticos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos y las poblaciones”. Glosario, OMS 1998. Los DSS son las condiciones sociales en las cuales nacen, crecen viven y trabajan las personas, incluyendo tanto las características específicas del contexto social que inciden en la salud, como las vías por las cuales estas condiciones sociales se traducen en efectos en la salud en su sentido más amplio. Ello abarca las experiencias de los primeros años, la educación, la situación económica, el empleo y el trabajo digno, la vivienda y el medio ambiente, y sistemas eficaces de prevención y tratamiento de los problemas de salud.[[23]](#endnote-22) (Ilustración 1. Modelo de DSS).

Esas circunstancias son el resultado de la inequidad en el poder, dinero y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los DSS explican la mayor parte de las inequidades sanitarias de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.9

Uno de los principales principios éticos que han guiado a la Comisión en la elaboración del modelo ha sido el concepto de equidad en salud; mientras que la Declaración Universal de los derechos humanos ha servido de marco para la movilización social y política hacia la igualdad en salud. Se reafirma el “derecho de las personas al grado máximo de salud posible” y se define la equidad en salud como “la ausencia de diferencias de salud injustas y evitables entre grupos o poblaciones definidos socialmente, económicamente, demográficamente y/o geográficamente.” [[24]](#endnote-23)

Los DSS van a afectar la salud, en mayor o menor grado, dependiendo de la posición social, puesto que los individuos según su posición social tendrán diferentes exposiciones ante las condiciones que pueden o no perjudicar su salud. Por tanto, presentarán diferente vulnerabilidad, la cual determinará consecuencias ante los daños a la salud, incluyendo las económicas y sociales. [[25]](#endnote-24)

Este modelo fue asumido en la Declaración Política de Río sobre DSS, el 21 de octubre de 2011, por los Jefes de Estado, ministros y representantes de gobiernos, invitados por la OMS. Delegaciones de 125 países miembros asistieron a la Conferencia Mundial en Río de Janeiro, Brasil.11

Algunos aspectos de la Declaración Política de Río indican:11

Se entiende que la equidad sanitaria es una responsabilidad compartida que exige que todos los sectores gubernamentales, todos los segmentos de la sociedad y todos los miembros de la comunidad internacional se comprometan con un principio a escala mundial: “todos por la equidad” y “salud para todos”. Las inequidades en materia de salud se deben a las condiciones de la sociedad en la que una persona nace, crece, vive, trabaja y envejece; esas condiciones se conocen como determinantes sociales de la salud. Ello abarca las experiencias de los primeros años, la educación, la situación económica, el empleo y el trabajo digno, la vivienda y el medio ambiente, y sistemas eficaces de prevención y tratamiento de los problemas de salud.11

Se está convencido de que, para actuar sobre esos determinantes, tanto en el caso de grupos vulnerables como en el de toda la población, es esencial conseguir una sociedad integradora, equitativa, económicamente productiva y sana. Hay que considerar que la salud y el bienestar de la población son características fundamentales de lo que constituye una sociedad del siglo XXI exitoso, integrado y justo, es coherente con el compromiso a favor de los derechos humanos en el ámbito nacional e internacional.11

Se sabe que el mundo, las personas socialmente desfavorecidas tienen menos acceso a los recursos sanitarios básicos y al sistema de salud en su conjunto. Esto se hace más crítico en los grupos más vulnerables siendo la mayor parte de los problemas de salud atribuibles a las condiciones socio - económicas de las personas.11

Sin embargo, en las políticas de salud han predominado las soluciones centradas en el tratamiento de las enfermedades, sin incorporar adecuadamente intervenciones sobre las causas que originan los problemas de salud, siendo una de estas acciones donde se debe de incidir el entorno social.11

Como resultado de ello, las afectaciones en la salud de las poblaciones vulnerables se han mantenido con aumento en las inequidades en salud y atención sanitaria y los resultados obtenidos con intervenciones en salud centradas en lo curativo han sido insuficientes y no permitirán alcanzar las metas de salud de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).11

En muchos países las estrategias de atención en salud han estado orientadas específicamente al tratamiento de las enfermedades, desviándose de la atención de las determinantes que originan los problemas de salud, lo cual ha contribuido a que estas enfermedades vayan en aumento creando desigualdades en la atención a las personas en situación de vulnerabilidad.11

Muchas de la determinante que originan los problemas de salud nacen en el entorno social y se ven agravadas por la falta de infraestructura social, sanitaria y de apoyo para la atención de las afectaciones de las poblaciones vulnerables haciendo más grandes las brechas para alcanzar las metas en salud pública de las agendas nacionales, regionales y globales.11

Para efectos de este estudio y análisis tendrá como marco referencial elementos como: 1) el Modelo de los DSS; 2) los hallazgos y antecedentes sobre la situación del VIH/sida en la HSH mundial, regional y nacional; 3) así como de la experiencia de los participantes, quienes, además, son quienes conocen de cerca la situación de inequidad que enfrentan la PC ante la epidemia del VIH/sida.11

La participación del Movimiento de Mujeres ODM en este estudio ha dado la oportunidad de crecer como organización, para permitir la visibilización ante las instituciones públicas y privadas, ante nuestros pares y de esta manera optimizar el trabajo, sostener el apoyo recibido por los organismos de cooperación, así como para incidir en todos los sectores nacionales en relación cumplimiento de las normativas en lo que respecta a derechos humanos e incidir de forma positiva en los cambios de comportamientos de las MTS.

# OBJETO DEL ESTUDIO

**Objetivo General:**

Generar evidencia sintética de los DSS de la epidemia de VIH con énfasis en MTS de El Salvador a partir de la revisión exhaustiva de la información actualmente disponible a partir de fuente secundaria.

**Objetivos Específicos**

* Crear capacidades en las lideresas de ONG para utilizar el marco de análisis de los DSS en el análisis de la epidemia de VIH en MTS de El Salvador.
* Recopilar la información y el conocimiento relevante.
* Sintetizar las evidencias utilizando el marco de análisis de los DSS de VIH.
* Diseminar la información y conocimiento generado del análisis de DSS a la PC MTS, autoridades nacionales de salud y otros actores sociales.
* Enunciar conclusiones y recomendaciones que permitirían reducir o eliminar las brechas en relación con los DSS que impiden el cumplimiento de sus derechos fundamentales.

# METODOLOGÍA

El estudio se realizó a través del convenio de colaboración firmado con URC|PrevenSida, con financiamiento de PEPFAR a través de USAID y el administrador de fondos Entre Amigos. El enfoque utilizado fue de fortalecimiento de sistema de salud, lo cual incluye a las ONG como parte del sistema de salud del país que provee servicios de prevención de VIH a nivel comunitario.

El modelo de análisis de los DSS parte de la localización de información en sitios confiables y de calidad, permitió realizar la captura del conocimiento sobre la epidemia del VIH a través de fuentes secundarias de estudios realizados en El Salvador.

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS PARA EL FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL DE LAS ONG:**

Inicialmente la Asociación Entre Amigos realizó convocatoria y reclutamiento de líderes de población clave (HSH, PT, MTS y PVIH) que trabajan en prevención de VIH e ITS en sus ONG para seleccionar aquellas personas que formarían parte del equipo de cada grupo de PC para llevar a cabo la realización y generación de evidencia del análisis de los DSS de la epidemia de VIH en El Salvador.

Entre Amigos, definió criterios para la selección de las personas que participarían en cada grupo, uno de ellos fue la experiencia obtenida en procesos de investigación aplicada o en monitoreo y evaluación y otro es que tuvieran habilidades para al momento de realizar réplica de lo aprendido a sus pares.

Este equipo una vez seleccionado por cada grupo de PC fue el que recibió el entrenamiento facilitado por PrevenSida, sobre conceptos, clasificación para el análisis de los DSS, así como los principales motores de búsqueda de información clara y segura, este taller tuvo una duración de tres días. Los equipos posteriormente se dedicaron a la recopilación y clasificación de evidencias de DSS de VIH en PC de El Salvador.

Los motores de búsqueda de información fueron: PubMed, Website de organizaciones tales como la PASCA, PASMO, FM, USAID, CONASIDA, ONUSIDA, MINSAL, OMS, OPS, PNUD, UES, Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí, OEA, CONCAVIS Trans, CIDH, Asamblea Nacional y otras instituciones. (Tabla 1. detalle de las fuentes de información secundaria)

Se encontraron 60 documentos, 24 fueron utilizados para documentar los antecedentes y marco de referencias y 36 sirvieron para identificar y clasificar las evidencias relacionadas a la situación de VIH en MTS de El Salvador. (Tabla 2. Clasificación de las evidencias).

Posteriormente la redacción del reporte de investigación fue realizada por lideresas de Orquídeas del Mar, se presentaron por DSS con las variables previamente definidas, el reporte final fue sometido a la revisión de PrevenSida y USAID. (Tabla.3 Variables DSS)

Siendo esta una actividad de creación de capacidades en el uso de información estratégica y generación de nuevo conocimiento, se encontraron áreas de mejora, en el desarrollo de la investigación, sumado a que es la primera vez que las lideresas de Orquídeas del Mar realizan este tipo de estudio.

El coaching ha sido permanente a través de revisiones del documento, utilización de WhatsApp, y correos electrónicos esto permitió el mejoramiento de las capacidades del equipo en la gestión del conocimiento en la población MTS. La asistencia técnica fue brindada por Entre Amigos y PrevenSida de USAID.

**METODOLOGÍA PARA LA ELABORACIÓN DEL INFORME**

La elaboración del documento de análisis de los DSS para la epidemia del VIH en MTS siguió la siguiente metodología:

**Tipo de estudio:** Investigación-Acción Participativa (IAP).

**Lugar:** el estudio fue realizado en San Salvador, El Salvador.

**Período:** noviembre de 2018 a junio de 2019.

**Universo:** todos los estudios, reportes, artículos e informes relacionada a situación del VIH en MTS en El Salvador. Se encontraron 60 documentos, 24 fueron utilizados para documentar los antecedentes y marco de referencias y 36 sirvieron para identificar y clasificar las evidencias relacionadas a la situación de VIH en MTS de El Salvador. (Tabla 4. Resumen por DSS)

**Muestra:** 100% de los documentos publicados y relacionados a situación de VIH en MTS.

**Criterios de Inclusión:**

* Documentación relacionada a MTS de El Salvador, que cuenten con los criterios de ser de fuente confiable y de calidad.
* Información del sistema de salud, aunque no haya sido publicado y se considerará como información de fuente confiable.
* Dada la poca información publicada sobre MTS en El Salvador, se deja abierto el año de publicación de los documentos o artículos que se revisen.

**Criterios de exclusión:**

* Información que no esté relacionada con MTS
* Información anecdótica

Se crearon una serie de matrices para el registro de las evidencias entre ellas: la matriz de clasificación de las evidencias en favorables y limitantes, detalle de la fuente de información revisada y de resumen de documentos utilizados para el análisis de los DSS en MTS de El Salvador.

**Equipo de Investigadoras:** el equipo de investigadoras estuvo conformado por seis lideresas Orquídeas del Mar proveniente de los departamentos de: Sonsonate, La Libertad y San Salvador con la finalidad de tener mayor representatividad en el estudio. Además, contó con la asistencia técnica directa de Entre Amigos y de tres expertos en investigación del proyecto PrevenSida y USAID.

**Variables Estudiadas:** de acuerdo con el análisis de los DSS, los seis niveles considerados a tomar en cuenta al momento de revisar documentos de fuente secundarias fueron: condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales; condiciones de vida y trabajo; servicios de atención en salud; redes sociales y comunitarias; estilos de vida del individuo y factores biológicos y caudal genético.

* Condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales: Tratados internacionales, legislación nacional, políticas sociales, planes y programas, financiamiento, VBG e información estratégica.
* Condiciones de vida y trabajo: Pobreza, educación, estado civil y discriminación laboral.
* Acceso a servicios de atención en salud: Acceso a servicios preventivos, acceso a condón, calidad de la atención, acceso a Cúmulo de Diferenciación 4 (CD4) y carga viral, calidad de la consejería, gasto de bolsillo, sitio de diagnóstico de prueba de VIH, diagnóstico tardío, estadio clínico en VIH, participación en Grupo de Auto Ayuda (GAA), discriminación en servicios de salud y provisión de educación en servicios de salud.
* Redes sociales y comunitarias: Rol de la familia y la comunidad en la prevención, rol de los medios de comunicación en la prevención de VIH e ITS, rol de las ONG de HSH en abogacía, VBG en familia y comunidad, discriminación por orientación sexual y por ser personas con VIH.
* Estilos de vida del individuo: Conocimiento sobre condón, síntomas de ITS y de acceso a la prueba. Uso consistente de condón, número de parejas, realización de la prueba de VIH, actitudes de riesgo en relaciones sexuales, inicio de relaciones sexuales, información sobre uso de lubricantes, trabajo sexual y consumos de alcohol y droga.
* Factores biológicos y caudal genético. Prevalencia de VIH e ITS.

**Método para la recolección y análisis de la información:** los datos se recopilaron y analizaron en tres momentos metodológicos diferentes de acuerdo con lo programado:

Organización: se realizó entre noviembre y diciembre 2018, en este periodo se establecieron reuniones técnicas entre Entre Amigos (administradora de fondos), USAID y PrevenSida, para establecer las pautas a cumplir para la ejecución de la investigación y se firmó el convenio. Además, se hizo la contratación de personal y la preparación del taller de inducción sobre los DSS en VIH.

En este periodo el equipo técnico contratado por Entre Amigos realizó visitas a la ONG de MTS para presentarles el proyecto e invitarles a participar como protagonistas del estudio de DSS en VIH en PC y además invitarles a participar en los diferentes momentos de ejecución del proyecto que implicó capacitación, recolección de la información, procesamiento, elaboración del informe final de los DSS en VIH, validación y posteriormente la diseminación de los resultados a autoridades nacionales, ONG y agencias de El Salvador.

Se elaboró el plan de trabajo y plan de diseminación de los resultados del análisis DSS en PC asumidos por Entre Amigos. Cada asesor técnico contratado por Entre Amigos, realizó los dos cursos en línea recomendados por USAID “Protección de la vida en la asistencia global en salud” y “requisito de Estados Unidos respecto al aborto y la planificación familiar” así como el curso de bioética de The Global Health Network relacionado con las buenas prácticas en la realización de investigaciones.

Implementación y sistematización: se realizó entre diciembre 2018 y mayo 2019, en este periodo fue la formación de facilitadores, a cargo de asesores de PrevenSida, con la participación de 32 personas de las siguientes organizaciones: Libres en Cristo, Orquídeas del Mar, Red de VIH del MINSAL, UES y Entre Amigos. Los objetivos del taller estuvieron enfocados en que los participantes conocieran los conceptos y la aplicabilidad del modelo de los DSS, el que fue adaptado por Dalghren & Whitehead (1991).

Otro de los temas fue el uso de los motores de búsqueda de información seguros y confiables como como: PubMed, Website de organizaciones que trabajan con PC, artículos científicos, reportes e informes relacionados con la situación del VIH en PC de El Salvador.

El análisis de los DSS de MTS en VIH realizado en este período implicó la revisión de 60 documentos, 24 fueron utilizados para documentar los antecedentes y marco de referencias y 36 sirvieron para identificar y clasificar las evidencias relacionadas a la situación de VIH en MTS de El Salvador. Se encontraron un total de 61 evidencias, 27 (44%) fueron evidencias favorables y 34 (56%) fueron limitantes.

Los sitios de búsqueda de información de las DSS en VIH en MTS fueron: una vez obtenida la aprobación de USAID de la versión del documento final, se realizará la sesión de diseminación con el objetivo de presentar los resultados del estudio de análisis de los DSS en VIH en MTS. En esta actividad se pretende que participen un total de 60 delegados de las instituciones del Estado, representantes de agencias, ONG que trabajan con PC y población de MTS.

Se crearon una serie de matrices para el registro de las evidencias entre ellas la matriz de clasificación de las evidencias en favorables y limitantes, detalle de la fuente de información revisada y de resumen de documentos utilizados para el análisis de los DSS en VIH en MTS de El Salvador.

Validación del informe final:se realizó una sesión el 22 de febrero 2019 donde se organizó un encuentro donde participaron 22 lideresas de ODM y de Plan International, provenientes de los departamentos de San Salvador, Sonsonate, San Miguel y Santa Ana. El objetivo del encuentro fue compartir los resultados y obtener sus aportes con relación a las evidencias encontradas en: condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales, condiciones de vida y trabajo, acceso a los servicios de salud y redes comunitarias.

En la misma sesión se realizó un trabajo de grupo para que las participantes priorizaran aquellas recomendaciones que por su magnitud, importancia y factibilidad sean consideradas para ser incluidas en el plan de acción para la reducción de las brechas identificadas en los seis niveles de DSS en VIH en MTS.

Diseminación de los resultados: una vez obtenida la aprobación de USAID de la versión del documento final, se realizará la sesión de diseminación con el objetivo de presentar los resultados del estudio de análisis de los DSS en VIH en MTS. En esta actividad se pretende que participen un total de 60 delegados de las instituciones del Estado, representantes de agencias, ONG que trabajan con PC y población de MTS.

Como equipo de trabajo de Orquídeas del Mar y Entre Amigos, certificamos que no hay conflicto de interés ni financiero ni técnico al realizar esta investigación, más bien será de beneficio para nuestro país y población de estudio.

**LIMITACIONES PRESENTADAS DURANTE EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN**

Siendo esta una actividad de creación de capacidades en el uso de información estratégica y generación de nuevo conocimiento, se encontraron áreas de mejora, en el desarrollo de la investigación, sumado a que es la primera vez que las lideresas de Orquídeas del Mar realizan este tipo de estudio y quienes fueron los autores en el diseño e implementación de este.

La facilitadora de Entre Amigos sirvió de enlace para brindar asistencia técnica a las dificultadas presentadas por las lideresas de MTS, también se obtuvo retroalimentación directa de parte de PrevenSida por vía WhatsApp y Correo electrónico o bien a través de la revisión de documentos, facilitando el proceso que contribuyó a la mejora de las capacidades en gestión del conocimiento de las lideresas de Orquídeas del Mar.

**ASPECTOS ÉTICOS:** para cumplir con este aspecto las participantes, expresaron su consentimiento a través del registro de la lista de asistencia firmada en cada sesión de búsqueda, clasificación y análisis de evidencias.

El equipo de investigadoras firmó un certificado de no conflicto de interés, siendo los resultados del estudio, insumos para el proceso de planificación de programas de abogacía de derechos humanos de las MTS, no se espera que la investigación pueda tener consecuencias negativas para los participantes de la investigación.

# RESULTADOS

Se revisaron 60 documentos, 24 fueron utilizados para documentar los antecedentes y marco de referencias y 36 sirvieron para identificar y clasificar las evidencias relacionadas a la situación de VIH en MTS de El Salvador. Se encontraron un total de 61 evidencias, 27 (44%) fueron evidencias favorables y 34 (56%) fueron limitantes.

Las evidencias favorables: se concentran en condiciones socioeconómicas con 8 (29%), condiciones de vida y trabajo con 5 (19%), acceso a servicios de atención en salud 5 (19%), estilos de vida y del individuo con 5 (19%), redes sociales y comunitarias con 4 (14%) y no se encontraron evidencias en factores biológicos y caudal genéticos.

Las evidencias limitantes: se concentran en estilos de vida y del individuo con 10 (29%), condiciones de vida y trabajo con 8 (23.5%), redes sociales y comunitarias con 5 (14.5%), acceso a los servicios de atención en salud con 4 (12%), factores biológicos y caudal génetico con 4 (12%) y condiciones socioeconómicas con 3 (9%).

**LOS PRINCIPALES HALLAZGOS POR DETERMINANTE SOCIAL**

**CONDICIONES SOCIOECONÓMICOS, CULTURALES Y AMBIENTALES**

Se encontraron 8 (80%) evidencias favorables y 2 (20%) que fueron evidencias limitantes.

**Legislación Internacional**

La Organización de Naciones Unidas (ONU) en la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1994) definió que violencia de género es *“Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tiene o puede tener como resultado, un daño físico, sexual o psíquico para la mujer. Por otra parte, aborda que las amenazas se pueden dar por actos sobre coacción o la privación arbitraria de libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada”*.[[26]](#endnote-25)

La Convención Sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer fue aprobada y ratificada en 1981 por el Estado Salvadoreño, la cual establece en el Art. 11. a) El derecho al trabajo como derecho inalienable de todo ser humano, b) derecho a empleo, inclusive la aplicación de los mismos criterios de selección en cuestiones de empleo. c) derecho a elegir libremente profesión y empleo, el derecho al ascenso, a las prestaciones y otras condiciones de servicio, y el derecho a la formación profesional y al readiestramiento, incluido el aprendizaje de forma periódico.[[27]](#endnote-26)

Por otra parte, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (Belem Do Pará) fue ratificada por el Estado salvadoreño en 1995, establece que “Toda mujer tiene derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado”.[[28]](#endnote-27)

**Legislación Nacional**

La Constitución de la República (Cn) de 1983 consagra en el Artículo 3, el principio de igualdad y el goce de los derechos civiles que todas las personas tienen ante la ley, sin distinción de nacionalidad, raza, sexo o religión.[[29]](#endnote-28)

El Salvador es Estado parte de los Tratados y Convenciones Internacionales y Regionales de Derechos Humanos que postulan la igualdad de los seres humanos en el goce de tales derechos y debe monitorear que estos se cumplan.13

**Leyes**

El proceso de legislación internacional ha llevado a promover legislaciones nacionales de protección para las mujeres. La violencia contra las mujeres fue abordada desde la protección a la familia teniendo como resultado el Código de Familia, la Ley procesal de familia y la Ley contra la violencia intrafamiliar, su abordaje es limitado, pues no se coloca como causa principal de la violencia a las relaciones desiguales de poder entre mujeres y hombres, ni se dimensiona la problemática en todas sus manifestaciones.13

Ley de Igualdad, Equidad y Erradicación de la Discriminación contra las Mujeres bajo el Decreto N°645 (2011), promueve los siguientes derechos: Derecho a la educación, a la participación política y económica (igualdad y no discriminación de los derechos económicos y laborales), derecho a la salud, derechos sociales y culturales (salud integral, sexual y reproductiva), que beneficia a todas las mujeres del estado salvadoreño incluido las MTS.13

La Ley Especial para una vida libre de Violencia para las Mujeres (LEIV), emitida el en año 2010 y publicada en el 2011 establece la atención a mujeres adultas mayores, en condiciones de vulnerabilidad, que hayan sido sometida a trata de personas y aborda que debe de haber igualdad en las políticas ambientales, en materia de vivienda y urbanismo y participación de las mujeres en el desarrollo rural.12

Las organizaciones de MTS consideran que la aprobación de esta normativa secundaria es como el principal avance en cuanto a políticas públicas y legislación destinada a mejorar las condiciones de vida de las MTS en los últimos cinco años.

Ley especial contra la Trata de Personas bajo el Decreto Legislativo N°238, publicado en el 2003, tiene como objeto: Prevenir, Reprimir y Sancionar la Trata de Personas. En el Artículo 5, se describen las modalidades de explotación humana.[[30]](#endnote-29)

* En el Artículo 7, aborda sobre la creación del Consejo Nacional contra la Trata de Personas, como un organismo interinstitucional, responsable de la formulación, seguimiento, coordinación y evaluación de la Política Nacional contra la Trata de Personas, así como elaborar e impulsar el respectivo Plan Nacional de Acción.15
* En el Artículo 11. Se menciona la creación de la Fiscalía General de la República la Unidad Especializada contra la Trata de Personas y Delitos Conexos, que contará con el personal especializado, logístico y técnico necesarios para la investigación y judicialización de casos.15
* En Artículo 12. Se crea la Policía Nacional Civil, la Unidad Especializada contra la Trata de Personas y Delitos Conexos, la cual contará con el personal especializado y los recursos técnicos, logísticos y financieros necesarios para garantizar la investigación y operativización de casos.15

El Instituto Salvadoreño para el desarrollo de la Mujer (ISDEMU) en el 2013, elaboró una Guía para la Lectura de la Ley Especial Integral para una Vida LIEV con enfoque psico-social, dirigida al personal de la PNC, el objetivo de contribuir en el proceso de formación del personal policial, que les posibilite brindar una atención especializada y basada en el respeto del derecho de las mujeres a vivir libres de violencia. La guía ha sido desarrollada desde un enfoque psicosocial, lo que implica reconocer que lo estructural y complejo de la VBG, intervenciones que consideren el nivel personal-individual, así como también el nivel familiar, comunitario y social.[[31]](#endnote-30)

El Código Penal de la República de El Salvador, aprobado por Decreto Legislativo No. 270 de fecha 13 de febrero de 1973, establece respecto de la prostitución.En el Artículo 169, establece que el pago o con dinero u otra ventaja de cualquier naturaleza a una persona menor de dieciocho años o una tercera persona para que la persona menor de edad ejecute actos sexuales o eróticos, será sancionado con una pena de tres a ocho años de prisión.[[32]](#endnote-31)

En el Art. 170.-A. El que determinare, coactivamente o abusando de una situación de necesidad, a una persona para que ejerciere la prostitución o se mantuviere en ella, será sancionado con prisión de seis a diez años. La pena de prisión será de ocho a doce años cuando la víctima fuere menor de dieciocho años. Cuando cualquiera de estas modalidades fuere ejecutado prevaliéndose de la superioridad originada por cualquier relación, la pena se agravará hasta en una tercera parte del límite máximo.16

Art. 170-A.- La mera oferta u ofrecimiento de servicios de prostitución ajena será sancionado con prisión de cuatro a ocho años.La mera demanda o solicitud de servicios de prostitución, será sancionado con la misma pena del inciso anterior.16

En el Art. 171.- El que ejecutare o hiciere ejecutar a otros actos lúbricos o de exhibición obscena, o indecorosa, en lugar público o expuesto al público o bien ante menores de dieciocho años o deficientes mentales, será sancionado con prisión de dos a cuatro años. 16

La normativa primaria en el marco legal nacional, que únicamente penaliza actos de proxenetismo y referentes a trata de personas. Ninguno de los articulados hace referencia al trabajo sexual autónomo, lo cual es un aspecto favorable para las mujeres pues las protege ante situaciones de vulneración de derechos.

La Ordenanza para la Convivencia Ciudadana del Municipio de San Salvador, en el 2012 establece en elArt. 32.- Ofrecimiento de servicios sexuales y hostigamiento sexual en espacio público y en Artículo 33. aborda sobre la realización de actos sexuales diversos o de acceso carnal en lugares públicos.[[33]](#endnote-32)

Ley de Prevención y Control de la Infección provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana que tiene por objeto velar tanto en el sector público como privado, por la salud de los habitantes de la República, en la prevención, promoción, protección, atención integral y el control de la infección causada por el VIH, mediante la implementación de estrategias de coordinación interinstitucional, con énfasis en los ámbitos educativo, laboral, penitenciario, salud e investigación; respetando los derechos humanos de la población.[[34]](#endnote-33)

Dicha ley tiene como principales ejes permitir la atención integral en el área clínica y en el ejercicio laboral, donde se delega al MINSAL para que le del correcto cumplimiento de la Ley. Además, establece los derechos para la persona con VIH que se detallan en el Artículo 10, entre los cuales están: derecho a la no discriminación, acceso a la información sobre el VIH, información sobre el diagnóstico de VIH, acceso a la prueba del VIH, consejería, orientación y atención.21

Sin embargo, en esta Ley de VIH se presenta desde la perspectiva de las MTS que el principal retroceso es la pérdida de importancia de la Ley de VIH en las agendas de los dos últimos gobiernos. Tanto que hay actualmente hay tres propuestas de Ante proyecto de ley en discusión: las presentadas por el Ministerio de Salud (MINSAL), por la sociedad civil y por el partido de derecha Alianza Republicana Nacionalista (ARENA).[[35]](#endnote-34)

**Código de Salud**

Artículo 40.- “El Ministerio de Salud es el organismo encargado de determinar, planificar y evaluar las actividades relacionadas con la salud”.[[36]](#endnote-35)

Artículo 41.-Corresponde al Ministerio propiciar todas las iniciativas oficiales y privadas que tiendan a mejorar el nivel de salud de la comunidad, de acuerdo con las normas señaladas por los organismos técnicos correspondientes.22

**Políticas públicas**

La Política Nacional de Salud 2015-2019 establece en la línea de acción 4.1 fortalecimiento del modelo de gestión en red en el Sistema Nacional de Salud. En el inciso 4.3.8. refiere garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, tomando en consideración las necesidades específicas de hombres y mujeres, personas LGTBI, MTS, personas mayores, con discapacidad y pueblos originarios, prestando particular atención a personas en condición de vulnerabilidad y que viven en zonas rurales y remotas.[[37]](#endnote-36)

Política Nacional contra la Trata de Personas, publicada en el 2012 con objeto de lograr el abordaje integral y efectivo contra la trata de personas que ha de ser desarrollado por los órganos y entidades públicas e incluye un plan nacional de acción y plan operativo anual.[[38]](#endnote-37)

**Planes**

El PENM 2016-2020. Contempla las pautas para el desarrollo de acciones tendientes a contribuir en la eliminación del VIH, todo a la luz de las tendencias mundiales, las estrategias innovadoras y los enormes desafíos de cara a la sostenibilidad de la respuesta. El PENM incorpora a las MTS como población clave.[[39]](#endnote-38)

En el eje estratégico 2 del Lineamiento estratégico para la atención de la PC en las VICITS se refiere a continuo de la prevención y atención. En el componente 2.1 se relaciona a prevención para reducir la vulnerabilidad y el riesgo de VIH e ITS en PC, en poblaciones vulnerables y la población en general, así mismo las acciones estratégicas 2.1.3 hace énfasis al acceso a programas de prevención para la PC, incluyendo sus parejas sexuales y clientes de MTS; la acción 2.1.4. se refiere a expandir el modelo de atención de las clínicas VICITS a Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF) especializadas del MINSAL y el 2.1.5, está relacionada a atención y tratamiento de las ITS.25

Se cuentan con las clínicas VICITS que son específicamente para PC que incluye a las MTS, se brinda la realización de análisis especializados para Sífilis, Gonorrea, Clamidia, Virus del Papiloma Humano, Virus de la Hepatitis B y C, así como su tratamiento.19

**Financiamiento para** **el VIH**

Estudio sobre medición del gasto o inversión para el control y tratamiento del VIH realizado en el 2015, refiere que el presupuesto de la nación fue de US $4,860.8 millones, y el presupuesto de salud fue de US$ $615.6 millones, lo que en porcentaje del presupuesto total del gobierno constituye un 12.6%.[[40]](#endnote-39)

En el 2015 en El Salvador se invirtió $68,604,006 en acciones de VIH, de las cuales el mayor porcentaje era para atención y tratamiento con el 44.7%, acciones de prevención con un 43.4% y de esto el 8% fue para prevención de ITS, acciones de gestión y administración de programas con un 6.5%. Las categorías de gasto de menor inversión fueron: recursos humanos con el 2.6%, entorno favorable con el 1.66%, investigación relacionada con el VIH con el 0.82% y huérfanos y niños vulnerables con el 0.001%.20

El Fondo Mundial aportó el 63.34% de cooperación internacional para el control y prevención del VIH, seguido de USAID con un 20.92%y las ONGs con el 11.99% de la inversión total, y otras suman el 3.75%. En el 2015 el gasto reportado para la prevención del VIH para profesionales del sexo y sus clientes para el 2015 fue el 6.1% del gasto en prevención. Por otra parte, se ha puesto en marcha el proyecto innovando servicios, reduciendo riesgos, renovando vidas dirigidos a PC.20

Se estima que las organizaciones de MTS y otras que trabajan con PC han sido financiadas por el FM en un 51.1% para el año 2013.[[41]](#endnote-40)

**Información estratégica**

**poblacional de MTS en El Salvador**

El Fondo Mundial a través de Plan Internacional, realizó estudios en PC en el 2016, con el objetivo de estimar por medio de modelos matemáticos, se estimó que el tamaño de la población de MTS, la estimación fue para San Salvador 16 289 y La Libertad de 5162. (Anexo 5).

Con este mismo estudio de Plan Internacional se estimó la población de MTS con VIH, misma que va de 1,608 a 5,822 de MTS con VIH.[[42]](#endnote-41), [[43]](#endnote-42)

**Violencia basada en género**

La PNC, recibió en el primer trimestre de 2019, un total de 643 denuncias de personas desaparecidas, el 33% pertenece a mujeres y el 66% a hombres. En este periodo son siete personas que desaparecen cada día, dos son mujeres y cinco hombres.[[44]](#endnote-43)

La Policía Nacional Civil (PNC), recibió en 2018, un total de 1,426 denuncias por violencia intrafamiliar y de pareja, haciendo un promedio de tres denuncias diarias. a mayor cantidad de denuncias, el 56.87% se recibió de tres departamentos: Usulután, San Salvador y Morazán, mientras que los departamentos con menor cantidad de denuncias fueron Ahuachapán y La Unión, con un porcentaje del 2.10%.31

La violencia que se ejerce contra las mujeres en El Salvador, en todas sus manifestaciones, ocurre en el marco de una cultura de estilo patriarcal que, al ensalzar los valores masculinos sobre los femeninos, obstaculiza la concienciación social sobre la problemática, por tanto, la legislación al respecto y la asistencia a las víctimas.[[45]](#endnote-44)

De acuerdo con los datos de la PNC para el 2011 se registraron un total de 14,766 delitos contra mujeres y niñas entre las cuales se identifican: homicidios, lesiones, privación de libertad, violación sexual, acoso sexual, violencia intrafamiliar, etc.17

En el Estudio de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (ECAP) para la prevención del VIH en MTS, realizado en el 2013 reporta que las MTS hablan sobre el ejercicio de los derechos y libertades fundamentales. Sin embargo, la mayoría de las veces no se conoce la forma de hacer los procesos de denuncias, porque constantemente son discriminadas.[[46]](#endnote-45)

Red de Mujeres Trabajadoras Sexuales de Latinoamérica y el Caribe (RedTraSex) registro 27 asesinatos de MTS entre septiembre de 2013 y octubre de 2015. [[47]](#endnote-46) [[48]](#endnote-47)

*Las MTS deben conocer las leyes del país, los mecanismos para ejercer su derecho y poner las denuncias ante las instancias que corresponda*.

*La VBG es una barrera en el acceso a servicios de salud asociados al VIH que debe ser abordada para mejorar los resultados relacionados con el VIH y procurar el bienestar general de todas las personas. Requiere la atención de aquellos que se preocupan por las inequidades en materia de salud, asociadas al riesgo de contraer VIH.*

*Por otro lado, ampliar nuestro conocimiento sobre temas estos temas a MTS, personal que brindan atención con la finalidad de mejorar el acceso a derechos humanos y aquellos que abordan temas asociados con la prevención, atención y tratamiento del VIH.*

**Discriminación**

En el estudio de RedTrasex con datos de El Salvador realizado en el 2016, reporta que las MTS sufren situaciones de abuso de autoridad, violencia institucional y discriminación por parte de la PNC y el CAM, en cuanto al sector seguridad; así como por parte las personas abogadas, fiscales, procuradoras y juezas, en cuanto al sector justicia.[[49]](#endnote-48)

**CONDICIONES DE VIDA Y DE TRABAJO**

Se encontraron 5 (38%) fueron evidencias favorables y 8 (62%) fueron evidencias limitantes.

**Pobreza**

La medición multidimensional de pobreza realizado en el 2015, en El Salvador, muestra que el umbral de pobreza es de siete o más privaciones[[50]](#footnote-2) siendo, el 58.5% a nivel urbano y el 22.5% rural. La tasa de pobreza es de 37% en hogares cuyos jefes son hombres y 32% en aquellos cuyas jefes de hogares son mujeres. Sin embargo, esta situación cambia si se realiza un desglose por zona geográfica, lo cual arroja como resultado que la incidencia es ligeramente superior en hogares urbanos con jefatura femenina.[[51]](#endnote-49)

**Educación**

Estudio realizado por Orquídeas del Mar en el 2017 revela que el 14% de MTS no saben leer ni escribir, 36% tienen sus estudios de educación básica incompletos, 23% tiene sus estudios de educación básica completos, 16% bachillerato incompleto, 10% ha completado bachillerato y el 1% de la población tiene estudios universitarios incompletos.[[52]](#endnote-50)

En el estudio de RedTrasex con datos de El Salvador realizado en el 2016, reporta que las MTS que trabajan en espacio cerrados tenían secundaría completa en un 57%. En cambio, las MTS que su trabajo es en espacio cerrado no tenían estudios (no leen ni escriben) esto fue de 20%. Sin embargo, el 20% ha logrado concluir la secundaria completa y otro 20% ha seguido una carrera universitaria incompleta.35

Según la ECVC 2010, el 52.8% en San Salvador y el 64.3% en Sonsonate no asistieron a la escuela o tuvieron primaria incompleta. El 44.3% alcanzaron la secundaria y 34.5% tanto en San Salvador como en

Sonsonate.[[53]](#endnote-51)

**Trabajo**

Según el informe de la situación de derechos humanos realizado en febrero 2018, manifiestan que el trabajo sexual autónomo no es una actividad reconocida legalmente en el país, al no estar regulada o legalizada. Sin embargo, como trabajo es una actividad lícita en tanto que no está penalizado o prohibido por la normativa primaria en el marco legal nacional.22

Estudio de RedTrasex 2016, reporta que algunas personas dueñas o administradoras de los negocios no exigen que se respeten los derechos de sus trabajadoras, especialmente durante el allanamiento que realizan la PNC, de hecho, una vez finalizado el allanamiento, los propietarios les exigen a las MTS que vuelvan a su trabajo como si nada hubiese ocurrido.35

El 85.4% de las MTS se dedican a esta labor. Sin embargo, hay un 1.7% que además hacen cosmetóloga, el 2.4% son comerciante informal, el 3.9% ama de casa, el 1.4% empleada doméstica, el 1.8% no respondieron y el 3.4% mencionaron otra ocupación entre ellas están: agricultura, corralera, cajera, mesera, cocinera, costurera, tortillera, pupusería, lavar y planchar ropa, masajista, impulsadora, operadora de maquila, prestamista, artesana, bailarina, cobradora de auto-hotel, maestra y secretaria.48

El 93.8% tienen más de 12 meses de realizar este tipo de labor y un 6.2% menos de 12 meses.17

**Desigualdades de oportunidades laborales**

En el estudio sobre dinámica laboral realizado en el 2015, se reporta que en general el 52.6% de las mujeres en edad de trabajar son parte de la población económicamente inactiva, contra el 18.8% de los hombres. En la práctica se encuentra que el 47.2% de los hombres se encuentran trabajando como asalariados (sector formal o en el informal), el 36.4% de las mujeres se encuentran fuera del mercado laboral llevando a cabo trabajo doméstico sin recibir remuneración.[[54]](#endnote-52)

En general el mercado laboral de El Salvador se caracteriza por una participación laboral alta por parte de los hombres siendo de 80.6%, mientras las mujeres apenas el 49.3%. El desempleo nacional alcanza el 5.9% (hombres 6.8% y mujeres el 4.7%), respectivamente.43

**Ingreso Mensual**

Para el 2016, el 43.3% de las MTS percibían ingresos mensuales menores a $225.00, mientras que el 33.9% tenían ingresos entre $225.00 a $449.00 como ingreso mensual y un 22% reciben $450.00 y más. El Salario mínimo establecido para el 2016 era de $258.00.40

Según el estudio realizado ECAP en el 2013. El ingreso mensual de las MTS va desde $20.00 hasta los $200.00, de los cual el 97% afirma obtener sus ingresos por trabajo sexual mientras que el 3% es provenientes del comercio informal y de otras formas.El ingreso mensual se concentra entre los 100 a 300 dólares, teniendo en promedio $290.00 que está por debajo del salario mínimo del sector comercio, según datos del 2013.40

Según los resultados de la ECVC del 2010, el 36.6% en San Salvador y el 50% en Sonsonate reportaron ingresos menores al salario mínimo. Un 49.7% en San Salvador y un 44.8% en Sonsonate reportaron ingresos entre $181.00 a $500.00 dólares. El salario mínimo establecido para el 2010 fue de $208.00.42

**Estado civil**

Según la ECVC 2010, al momento de ser encuestadas el 59.4% en San Salvador y el 66.3% en Sonsonate dijo ser soltera. El 35.9% y el 24.7 % dijeron estar casadas.42

La mayoría de las MTS de espacios cerrados son solteras con un 71% y un 14% son divorciadas y otro 14% son casadas.42

**Inseguridad alimentaria**

Estudio realizado por ODM, refleja que las MTS mantienen una alimentación desbalanceada e insegura que afecta la salud produciendo: diarreas agudas, obesidad y desnutrición. El consumo excesivo de café les provoca mucha gastritis y úlceras.[[55]](#endnote-53)

**Calidad de Vida**

El ECAP realizó en el 2013 un estudio de calidad de vida, se encontró que el 53.5% refleja satisfacción respecto a su calidad de vida. El 47% dicen que pueden cubrir sus necesidades, 59.4% su vivienda, el 75% alimentación y nutrición y el 66.4% cuenta con tiempo de descansar (dormir).40

**Discriminación por ser MTS**

Para el 2016 en el Estudio de Estimación de Tamaño de Población de MTS, se encontró que de 904 MTS, el 28.8% sufrió discriminación. El 52.4% fue rechazada en su lugar de trabajo, el 36.4% fue rechazada por algún miembro de su familia y el 28.4% en otro, declarando: *“Rechazo durante servicios religiosos, por el personal de salud, las han sacado de su casa, ha perdido su trabajo y discriminada en el lugar de estudios”.29*

**SERVICIOS DE ATENCIÓN EN SALUD**

Se encontraron 5 (56%) de las evidencias son favorables, 4 (44%) fueron evidencias limitantes.

**Acceso a los servicios de salud**

El Salvador cuenta con 14 Clínicas de Vigilancia Centinela de Infecciones de Transmisión Sexual (VICITS) distribuidas en todo el país. Las MTS reciben una atención diferenciada de acuerdo con sus necesidades de salud, son atendidas por personal capacitado en temas de estigma y discriminación. 42

El Estudio VICITS (2012) advierte que entre el 81 % y el 91.3 % de MTS reportan haber recibido información sobre el VIH en el último año.42

El 100% (1.5% positivas para sífilis), se les proporcionó tratamiento para para prevenir la transmisión al hijo o hija. 17

**Acceso a servicios de salud reproductiva**

Según estudio realizado en el 2013, el 90.1% respondió que se realiza la citología cérvico vaginal, el 5.6% que no la realiza y el 4.3% no respondió. El 80.7% se realizó la última citología en menos de 12 meses.53

El 44.1% afirmaron no utilizar ninguno métodos de planificación familiar. El 25.4% refirió que usó inyecciones, el 9.8% condón femenino, el 9.5% píldoras, 2.9% el DIU, métodos naturales el 2.2% y el 0.4% no respondió.53

**Acceso a condones**

En 2016, el 90.4% manifestaron que obtener un condón es muy fácil.

Lugar donde consiguió los condones gratis: el 76% en ONG, el 20% en Centro de Salud/Hospital Público y el 4.6% en otro lugar. En dichos establecimientos se estima que el 47.3% de las MTS han recibido menos de 140 condones y el 53% más de 140 condones.

Otro estudio reporta que en San Salvador el 47.4% y en Sonsonate el 65.2% dijo que conseguir un condón es muy fácil.42

Lugar donde consiguen los condones. Según la ECVC del 2010 en San Salvador reportaron que en el 56.9% consiguen los condones en un centro de salud u hospital, el 48.1% en una clínica privada o farmacia y el 22.7% a través de una ONG o educador.42

En Sonsonate el 84.9% consiguen los condones en un centro de salud u hospital y el 36.2% en una clínica privada o farmacia.42

**Gasto de bolsillo**

El 13.8% ha comprado uno o más condones en los últimos 30 días.53

**Acceso a la prueba de VIH**

Según el informe de lecciones aprendidas y buenas prácticas realizado en El Salvador, en el 2014, reporta que entre el 58% y 68% de las MTS se realizó la prueba de VIH en los últimos 12 meses (VICITS, 2012). El PNUD en su informe del 2013 reporta que el 95% se habían hecho la prueba en el mismo periodo.[[56]](#endnote-54) Estos datos también son altos cuando se comparan con los reportados en la ECVC del 2010 (17.5 % a 18.4%).39

Según la ECVC 2010, el 89.8% en SanSalvador y el 87.4% en Sonsonate recibieron el resultado de la última prueba de VIH.39

Los lugares donde las MTS se realizaron la prueba del VIH son: el 76% en el MINSAL (Unidades de Salud VICITS, Hospitales y FOSALUD), 8% en los servicios privados, el 1.3% en PASMO, el 8.3% en PROFAMILIA el 8.3%, las ONG el 4.7% y otros lugares 2%.39

**Cascada del continuo de la atención**

Según datos del MINSAL hasta el 2018 se han reportado 22,472 (61.7%) casos de infección por VIH, 13, 963 (38.3%) son casos Sida. El 64% son hombres y 36% mujeres. La prevalencia de VIH año 2018 en PT fue 15.3% según datos de las clínicas VICITS, HSH es 12%, MTS de 2.2% y población general de 0.6%.

Según SUMEVE para el 2015 se registraba una población de 19,012 personas con VIH, 17, 945 conocían del diagnóstico, 12, 682 estaban vinculadas a los servicios de salud, 8034 retenidas, 7641 en TAR y 5314 con carga viral suprimida.[[57]](#endnote-55)

En el 2016 de 812 MTS que se realizaron la prueba de VIH, 17 (2.09%) su resultado fue reactivo. En cuanto al tiempo que le diagnosticaron 4 casos fue en menos de 12 meses y 13 casos más de 12 meses. El 88.7% de los diagnósticos reciben control médico por ser PVIH y el 81.1% está tomando ARV.28

**Discriminación en los servicios de salud**

El 60% de las MTS se atendieron lejos de donde vive para que en su casa o barrio no se dieran cuenta que es MTS.

Estudio en San Salvador realizado en el 2014, revela que el 43.3% no quiso ir al hospital o servicio de salud para no tener que dar explicaciones sobre su ocupación.

El 33.3% manifestó sentir hostilidad en la atención por parte del personal administrativo, un 18.3% mencionaron que le negaron la atención que necesitaba o solicitaba por ser MTS y el 28.3% de las entrevistadas las obligaron a hacerse la prueba del VIH por motivo de su ocupación.20

**REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS**

Se encontraron 4 (44%) de las evidencias fueron favorables y 5 (56%) de las evidencias fueron limitantes.

**Rol de la familia en la prevención**

En el ECAP realizado en el 2013, reportan que las MTS respondieron que sus familias saben que ellas ejercen el trabajo sexual el 32.5% dijeron que sí, el 54.9% no saben y un 12% no respondieron.40

En relación con quienes viven, las MTS respondieron: el 24% con otros familiares, el 22% viven con sus parejas fijas (acompañadas o casadas) y/o con sus padres, el 13.3% sola viven solas y el 12% con otras personas. 40

**Rol de las ONG en la Prevención**

Desde el 2004 hasta el 2013 el PNUD estuvo realizando acciones de prevención con MTS.

Quienes suministran condones a las MTS. El 50% a través de las unidades de salud del MINSAL, el 10% mencionaron a PASMO, 5% Hospitales, 5.8% farmacias, el 15% ONG de MTS (orquídeas del Mar y Flor de Piedra), 10% otras ONG y 5% otros.48

Las MTS refieren que el 79.4%, ha sido capacitadas en temas de prevención del VIH, mientras que el 20.5% dijo que no.48

El 72% recibieron capacitación sobre metodología de pares, el 27.8% dijo que no ha sido capacitada en esta metodología y el 0.3% no respondió. Según este mismo estudio el 94.2% de las MTS hayan mejorado sus conocimientos para la prevención del VIH, el 97.6% afirman haber cambiado su forma de ver el VIH y la sexualidad, y el 97.3% consideran que las capacitaciones han ayudado a tener prácticas sexuales de menos riesgo.[[58]](#endnote-56)

**Participan de las MTS en alguna ONG**

En 2016, el 18% afirmaron haber participado en el trabajo de una organización que apoya a las MTS. El 75.2% han trabajado en Orquídeas del Mar, el 17% con PASMO y el 32.8% ha trabajado con otra organización.17

Solamente el 13.5% en San Salvador y el 8.6% en Sonsonate de las MTS están involucradas en grupos u organizaciones de trabajadoras sexuales. Flor de Piedra es a la ONG donde mayormente asisten (9.0% en San Salvador y el 5.4% en Sonsonate).

**Rol de las ONGs en la abogacía**

El movimiento ODM en coordinación con RedTraSex, elaboraron la Guía de Buenas Prácticas para el personal del sistema de salud, donde se abordan los temas: higiene en los genitales, lavados vaginales y sus desventajas, uso de lubricantes de agua, ITS, uso de condón, riesgo de no uso del condón y embarazos no deseados entre otros.44

El movimiento orquídeas del Mar en conjunto con RedTrasex realizaron el estudio sobre el trabajo sexual y la violencia institucional: vulneración de derechos y abuso de poder.41

El movimiento de Mujeres Orquídeas del Mar, en octubre de 2017, presentó el primer borrador de la propuesta de Ley Especial de Reconocimiento al Trabajo Sexual Autónomo, aspecto favorable para la población de MTS en temas de derechos humanos, la integridad física y moral. Esto permitirá la creación de políticas para garantizar la no discriminación, el acceso a la salud, al trabajo, a la seguridad social.[[59]](#endnote-57)

La Organización de Trabajadoras del Sexo (OTS) una Red Global (2016), manifestó que regularmente se reúnen con representantes del Ministerio de Trabajo y de las autoridades municipales como una forma de gobernanza colaborativa. En estas sesiones se aborda el trabajo sexual, soluciones a los problemas que afectan a las personas que ejercen el trabajo sexual en El Salvador.[[60]](#endnote-58)

La RedTraSex, en su portal digital plantea la siguiente diferenciación entre el trabajo sexual y trata de personas, siendo un aspecto favorable pues permite comprender que ambas acciones son diferentes.[[61]](#endnote-59)

**Tipo de religión**

Estudio de Conocimientos, Actitudes y Prácticas para la Prevención del VIH en MTS, reportan que 34.6% son católica, el 21% Evangélica (20.9%), el 0.4% otra religión, el 37.4% no profesa ninguna religión. Con relación a este último tema su decisión se ve influenciada por la moral religiosa que condena el trabajo sexual. 48

**Violencia basada en género**

Según datos de la PNC, de enero a marzo de 2019 recibieron 405 denuncias por VBG, esto es alrededor de cinco casos diarios. El 40% de denuncias realizadas no da más información del agresor, lo cual se conoce que podría ser debido a las amenazas que estos realizan a las personas denunciantes, por lo cual las víctimas no dan más información. Sin embargo, de los registros completos los mayores agresores son hombres: cónyuges o ex cónyuges de las mujeres, seguido por otros familiares.

El 10.2% de las MTS refieren haber sufrido abuso o maltrato en los últimos 12 meses. El 41.4% recibió maltrato físico, el 61.4% maltrato verbal u el 14.0% otros tipos entre ellos (extorsión, chantaje, robo, asaltos y violación sexual). 48

Las personas que propició dicho abuso son: el 44.6% los clientes, el 29.5% desconocido/Marero/ Pandillero, el 29.5%, Familia/Pareja estable, el 23.8% u Otro y un 30.0% (compañeras de trabajo, amigo, conocido, vecinos, personal del cuerpo policial, personal de salud o pareja ocasional).17

El 24.6% de víctimas de abuso sexual interpuso denuncia y en una buena parte de estos casos el agresor fue detenido, procesado y castigado con prisión, no obstante, los acusados fueron liberados a los 3 meses, se les dieron medidas cautelares, o bien la MTS fue obligada a retirar la denuncia, 7 casos fueron liberados por falta de pruebas”.48

De 134 MTS que sufrieron abuso sexual solamente el 13.4% afirmó haber recibido profilaxis post exposición al VIH.48

Según la ECVC 2010. El 21.7% en San Salvador y el 24.2% en Sonsonate han percibido algún tipo de abuso o maltrato por ser trabajadora sexual. 42

Los tipos de abuso o maltrato recibido son: violación el 18.9% en San Salvador y 31% en Sonsonate, maltrato físico el 54% en San Salvador y el 75% en Sonsonate. Según la persona que infringen el abuso o maltrato están: policía/agente municipal el 20% en San Salvador y el 6% en Sonsonate; sus parejas estables/amigos/pariente el 51% en San Salvador y el 64% en Sonsonate; desconocidos/maras el 23% en San Salvador y el 12% en Sonsonate y otros el 7% en San Salvador y el 17% % en Sonsonate.42

**Discriminación**

El 68.7% en San Salvador y el 82% en Sonsonate reportaron discriminación de forma verbal.

**ESTILOS DE VIDA**

Se encontraron 5 (33%) fueron evidencias favorables y 10 (67%) fueron evidencias limitantes.

**Conocimiento sobre prevención y transmisión del VIH**

Se realizaron tres estudios para valorar el nivel de conocimiento correcto sobre la prevención del VIH tomando como referencias las 5 preguntas establecidas en la ECVC, encontrándose que en el estudio de VICITS realizado en el 2012 el 45.6% tuvieron conocimiento correcto, en el MINSA estudio realizado en el MINSAL se reporta el 48.75% y datos del PNUD del 2013 se reportó el 59.1%.46

Los resultados de conocimiento correcto en prevención del VIH pueden considerase alto al compararlo con el 27.3% de mujeres jóvenes y el 27.4 % de hombres jóvenes (de la población general).46

El 67.7% de las MTS tuvieron conocimiento correcto sobre la prevención del VIH y consideran que se puede prevenir siendo fiel a una sola pareja sexual que no esté infectada.42

El 88.1% conocen en cuanto a la protección provista por el uso correcto y consistente del condón. 42

En cuanto a la transmisión el 66.7% el VIH se puede transmitir por picadura de un zancudo y hasta 92.4% en cuanto a que una mujer con VIH/SIDA puede transmitir el virus a través de la leche materna.42

El 97.9% de las MTS han oído hablar del VIH. El 10% conoce que no tiene cura, mientras el 87.6% dicen que no existe cura, el 2.4% restante no sabe o no responde.48

El Estudio VICITS en el 2012, advierte que entre el 81 % y el 91.3 % de MTS reportan haber recibido información sobre el VIH en el último año, lo que supone un incremento con respecto a los datos de la ECVC del 76 % al 78 % (2008).46

Las MTS mencionan que las formas de transmisión son: el 98% por relaciones vaginales sin condón, 84% por relaciones anales sin condón, 83% por relaciones orales sin condón y el 21.9% durante el embarazo, 16.9% durante el parto, 19.5% por la lactancia y 53% por contacto con la sangre. 48

Respecto a las formas de prevenir el VIH: el 98% usar condones en todas las relaciones sexuales, el 37% tener una sola pareja sexual (fidelidad mutua), 31% no tener relaciones sexuales (abstinencia), 17% con TAR durante el embarazo y el parto, 19.5% evitando la lactancia por completo, 30% siempre utilizar jeringas nuevas, 17% transfusiones de sangre no infectada por el VIH y el 22% evitando el contagio directo con sangre de otras personas. 48

**Actitud**

El 93.5% de las MTS buscaron tratamiento la última vez que tuvieron una ITS. 17

El tratamiento para ITS fue brindado por: Hospital público/Centro de salud en un 87.6%, Clínica VICITS el 8.9%, Hospital o clínica privada/ONG/ISSS u otro el 3.5%.17

**Prácticas**

**Prueba de VIH**

El 96.1% se ha realizado la prueba alguna vez, mientras el 3.8% no se la ha realizado y el 0.1% no responde.17  
El 95.0% se realizó la prueba y un 5% no se la realizó en los últimos 12 meses. El 98% recibió los resultados y un 2% no y mencionaron que fue por *“Temor a los resultados”*. 28

La voluntariedad de la prueba: el 98.3% se realizó la prueba de manera voluntaria, mientras el 1.7% dice que tenía que presentar el resultado en algún lugar (no especificando dónde). 28

Otro estudio reporta que el 81.5% en San Salvador y el 75% en Sonsonate informaron que se han realizado una prueba de VIH alguna vez en la vida. El 32.0% en San Salvador y el 57.8% en Sonsonate, dijo que la última prueba la realizó en los últimos 6 meses. El 25.3% en San Salvador y el 15.6% en Sonsonate dijeron que se hicieron la última prueba de VIH hace más de 2 años.

El 60.6% se realizó la prueba de sífilis durante su último embarazo17

**Uso del condón:**

Las MTS que afirman haber utilizado condón en la última relación con un cliente, para el 2013 es de un 99.4%, mientras que el 0.1% no utilizó y el 0.4% no responde.

El 7.5% utilizaron condón en la primera relación sexual. 28

El 87.3% usó manta de látex la última vez que le hicieron sexo oral.28

El 73.6% usó el condón la última vez que practicó sexo oral a su pareja fija.28

El 6.1% usó el condón la última vez que realizo sexo oral a cliente.28

El 59.3% usó el condón en la última relación sexual anal con pareja fija.28

El 4.8% usó el condón la última vez que realizó sexo anal con cliente, lo que denota que con la pareja fija se ven mayormente expuestas. 28

El 81% uso consistentemente el condón con su última pareja en los últimos 6 meses, mientas el 19% no ha utilizado el condón consistentemente. 17

Estudio realizado por ONG de MTS reportan que el 27% hizo uso de condón con la pareja fija y el 61% no y el 11.9% no respondió. 28

Uso del condón con parejas

Pareja estable el 11.7%

Pareja ocasional el 9.8%

Con cliente el 78.5% 17

Última pareja: el 83.6% utilizó condón, el 16.4% no utilizó condón. 17

**Razones por las que no utilizó el condón:**

El 63% por la confianza, el amor de su pareja; el 13% por que a él no le gusta y el 6.3% otras razones. 28

**Edad de inicio del trabajo sexual**

El 59.3% afirmó haber tenido su primera relación sexual antes de los 15 años y el 40.7% después de los 15 años.28

El 87.8% tuvo la primera relación sexual con persona conocida o familiar y el 12.2% con persona desconocida u otro tipo. 28

Causas de inicio del trabajo sexual son: el 66.6% necesidad económica; el 13.8% para mantener a sus hijos; el 10.1% ayudar a mi familia; el 1.2% por soledad y depresión; el 2.2% me obligaron y 6.1% otras causas.28 De las mujeres que fueron obligadas fueron víctimas de trata de personas.

El 93.4% de MTS eligió libremente ejercer dicho trabajo, mientras el 2.9% no eligió libremente y 3.6% no responde, posiblemente hayan sido víctimas de trata de persona.28

**Relaciones sexuales forzadas**

El 16.8% en San Salvador y el 13.0% en Sonsonate reportaron que su primera relación sexual fue forzada en cambio el 9.8% se reportó en el 2016. 28 42

El 40.6% en San Salvador y el 35.0% en Sonsonate, reportó haber tenido relaciones forzadas

alguna vez en la vida, contra un 21.9% reportado en el 2016. 28 42

El 17.0% en San Salvador y en Sonsonate el 13.4% manifestó que fue forzada a tener relaciones sexuales en los últimos 12 meses, contra el 22.3% en el 2016. 28 42

El 48.0% en San Salvador y 36% en Sonsonate informaron que la persona que las forzó fue su pareja o amigo, respectivamente.

**Prácticas sexuales de riesgo**

Número de clientes por semana: el 42.4% entre 1 a 9 clientes y 57.6% más de 10 clientes.17

Otros estudios realizados por organizaciones de MTS reportan que antes del 2013, las MTS tenían: El 86% tenían 0 o 1 pareja, mientras que el 14% reportó más de 2 parejas.

Tipo de servicio que ofrece a sus clientes:

El 97% sexo vaginal (89% en San Salvador y 100% en Sonsonate)

El 46% sexo oral (42% en San Salvador y 54% en Sonsonate).17

El 15% sexo anal (15% en San Salvador y 15% en Sonsonate)

Lugar donde ejercen trabajo sexual.

El 39% en Boliche/Night Club/Bares/Prostíbulo; el 24% en la calle 24%; entre 1 y 2% otros medios (apartamentos privados, teléfono, web, departamento privado/masaje) y 10% no responden.33

Estudio realizado por ODM en coordinación con RedTraSex, consideran que los lugares de trabajo de las MTS no son idóneos y son de alto riesgo para la salud, seguridad y expuesta a violencia o crímenes.34

**Inseguridad en el ejercicio del trabajo sexual**

La situación de inseguridad vivida por las MTS, que no encuentran donde canalizar sus denuncias, las empuja muchas veces en manos de proxenetas que ofrecen publicidad de los servicios y entre ellos seguridad contra los clientes o la policía a cambio de exorbitantes comisiones y condiciones de trabajo inhumanas que ponen en riesgo la salud y la vida de las MTS.20

**Autoidentificación**

En 2016, el 86.5% se identifican con MTS y en el 2013 fue de 73% con una diferencia porcentual de 13.4% que en el 2016 se asumen como MTS, hay un 17.8% que no se asume como tal y 3.1% que no respondió.17 28

**Consumo de alcohol y drogas**

El 40.0% en el San Salvador y el 44.0% en Sonsonate informaron que habían consumido más de 4 tragos en 4 ocasiones o más, en los últimos 30 días. El 21.9% en San Salvador y el 26.9% en Sonsonate dijeron que habían tomado alcohol o drogas con su último cliente.

El 28.7% en San Salvador y el 10.6% en Sonante reportaron haber consumido drogas alguna vez en la vida. y el 19.1% en San Salvador y el 3.8% en Sonsonate, reportaron haber consumido algún tipo de drogas en los últimos 12 meses. Un 11.8% en San Salvador y un 2.9% en Sonsonate han consumido drogas ilegales en los últimos 30 días.

El 55.3% de las MTS han consumido alcohol en los últimos 30 días.17

El 13.1% de las MTS usó de drogas alguna vez en la vida. El 8.1% afirma haber consumido en los últimos 12 meses, de las cuales: fumado marihuana/piedra o crack, el 4.6% han inhalado cocaína/piedra o crack y el 5.4% u otra droga: diazepam/éxtasis o anfetaminas.17

**FACTORES BIOLÓGICOS Y CAUDAL GENÉTICO**

Son 2 (40.0%) evidencias favorables y 3 (30.0%) desfavorables para las MTS.

**Prevalencia de VIH:**

ONUSIDA 2019 con datos del 2018 reporta una prevalencia de VIH de 2.2%.1 Con respecto a los datos reportados en la ECVC 2010 se reporta 5.84% (en San Salvador fue de 5.7% y en Sonsonate de 2.5%). Se observa una reducción del 62% entre 2010 y 2018.42 [[62]](#endnote-60)

Según la ECVC 2010, hay una tendencia hacia una mayor prevalencia de VIH en las MTS que trabajan en la calle con un 10.0% y 5.4% en San Salvador y Sonsonate respectivamente.

**Prevalencia de ITS**

El 55% en San Salvador y el 44% en Sonante tuvieron alguna ITS.

El 83% en San Salvador y el 76% en Sonante tuvo herpes simple tipo 2.

El 14% en San Salvador y el 17% en Sonante reportaron sífilis.

El 32% en San Salvador y el 31% en Sonante reportaron tricomonas vaginalis

El 15% en San Salvador y el 20% en Sonante, reportaron chlamidya Tracomatis

El 24% en San Salvador y el 23% en Sonante reportaron neisseria gonorhoeae

El 4.7% tuvo una ITS en los últimos 12 meses. 17

Los tipos de ITS diagnosticados fueron: Sífilis (19.9%), Gonorrea (29.6%), Tricolomas (17.1%), Condilomas (13.3%) y otras ITS como: Herpes, úlcera o clamidia (20.4%). 17

Según la ECVC 2010, el herpes tipo 2 en San Salvador fue de 81% y en Sonsonate 73% en los prostíbulos. En San Salvador fue de 86% y en Sonsonate 72% en la calle.

**Alta prevalencia de problemas mentales**

Según el estudio realizado en el año 2013, ECAP, se encontró que:

El 49.7% de las MTS se han sentido deprimidas.28

El 35.9% ha tenido problemas de concentración. 28

El 42.7% han presentado dificultad para dormir. 28

El 47.5% se han sentido aislada. 28

El 50.1% ha tenido momentos de llanto inexplicable. 28

**Intento de Suicidio:**

El 21.0% de las MTS han intentado suicidarse. 28

# DISCUSIÓN

Para Orquídeas del Mar una ONG que trabajan con MTS ha sido o interesante ser la protagonista de estudio sobre análisis de los DSS en VIH en MTS de El Salvador. Esperamos que la documentación, análisis y resultados de este sean instrumentos valiosos que potencie un diálogo asertivo entre las organizaciones de MTS, las autoridades nacionales, sociedad civil y organismos internacionales, a fin de impulsar marcos legales y políticas públicas que permitan alcanzar el pleno goce de los derechos humanos de las MTS en El Salvador.

Orquídeas del Mar logró revisar 60 documentos que contenían información sobre la situación de VIH en MTS de El Salvador, así como también información concerniente a nivel Mundial, Latinoamérica y Centroamérica.

El Salvador ha rati­ficado importantes convenios internacionales que han fortalecido el quehacer y actuar del Gobierno, también se cuenta con un marco jurídico robusto nacional en materia de los derechos humanos de las mujeres, en la igualdad sustantiva y en la equidad de género. Sin embargo, aún existen vacíos en la legislación nacional, pues no se cuenta con una ley para el trabajo sexual autónomo que garantice el cumplimiento de los derechos de las mujeres, eso dificulta el acceso a seguridad social, vivienda, educación y/o programas de emprendedurismo.

La VBG, discriminación, estigmatización siguen vigente por tanto es relevante la necesidad del monitoreo sistemático del cumplimiento de normativas a nivel internacional respecto a los derechos humanos y la implementación de políticas para la no discriminación hacia las MTS y sanciones a personas que infrinjan o vulneren los derechos de las MTS. Existe aún temor de las MTS de interponer denuncias por represalias que pueden tener contra ellas o sus familias.

Es imperante continuar trabajando desde las unidades de salud los temas de no discriminación, estigmatización, violencia, estas actitudes generan mayor exclusión, abandono de los programas y por ende incrementa la morbilidad y mortalidad. El monitoreo contante de buenas prácticas es fundamental que favorece a la adherencia a los programas, cambio de comportamiento y estilos de vida saludables.

Las ONG juegan un rol importante en el desarrollo de estilos de vida, la educación continua hacia las MTS en temas sobre uso correcto y consistente del condón, empoderarlas para negociar el uso del condón con los clientes y sus parejas fijas, la realización de la prueba de VIH son acciones que contribuyen a una reducción de VIH e ITS, inicio temprano del tratamiento y reducción de enfermedades oportunistas.

# **CONCLUSIONES**

**En relación al proceso de fortalecimiento de las ONG**

La implementación de la investigación utilizando la metodología de IAP cumplió con el objetivo de fortalecer en las lideresas de ONG de MTS las capacidades y competencias técnicas y científicas para utilizar la información estratégica existente sobre el VIH en MTS a partir de fuentes secundarias.

Esta es la primera experiencia de realizar este tipo de estudio por supuesto tuvimos el acompañamiento permanente de un asesor de Entre Amigos y la asistencia de los asesores de PrevenSida y USAID, logrando entregar un producto de excelente calidad que servirán en la gestión del conocimiento.

**Sobre la metodología de los DSS para el análisis de la epidemia del VIH en MTS**

El marco de análisis de los DSS es un enfoque metodológico que permitió de una forma participativa el desarrollo de capacidades y competencias científicas en la búsqueda, selección y análisis de la información estratégica existente, empoderando de esta manera a las participantes.

**Utilidad y relevancia del estudio**

La evidencia obtenida y su clasificación permitió identificar aquellas inequidades susceptibles de ser modificadas a través de procesos de incidencia política para el cumplimiento del marco regulatorios de derechos humanos en todas las instituciones del Estado Salvadoreño. Por lo tanto, este proceso de análisis permitió a la ONG de MTS la realización de un plan de acción de forma conjunta para el abordaje de las inequidades sociales identificadas en los diferentes niveles de DSS. Este informe permitirá priorizar futuros temas de investigación e intervenciones aplicadas en VIH con MTS, los cuales pueden ser sujetos de financiamiento a nivel nacional e internacional con el fin de mejorar la calidad de vida de las MTS.

Para Orquídeas del Mar y las lideresas de MTS que participaron en este estudio, fue una experiencia de crecimiento individual y organizacional, de visibilización de sus capacidades para incidir y ser parte activa en la respuesta nacional ante el VIH.

**Principales conclusiones sobre los determinantes estudiados:**

Se encontraron 60 documentos, 24 fueron utilizados para documentar los antecedentes y marco de referencias y 36 sirvieron para identificar y clasificar las evidencias relacionadas a la situación de VIH en MTS de El Salvador. Se encontraron un total de 61 evidencias, 27 (44%) fueron evidencias favorables y 34 (56%) fueron limitantes.

Las evidencias favorables: se concentran en condiciones socioeconómicas con 8 (29%), condiciones de vida y trabajo con 5 (19%), acceso a servicios de atención en salud 5 (19%), estilos de vida y del individuo con 5 (19%), redes sociales y comunitarias con 4 (14%) y no se encontraron evidencias en factores biológicos y caudal genéticos.

Las evidencias limitantes: se concentran en estilos de vida y del individuo con 10 (29%), condiciones de vida y trabajo con 8 (23.5%), redes sociales y comunitarias con 5 (14.5%), acceso a los servicios de atención en salud con 4 (12%), factores biológicos y caudal genético con 4 (12%) y condiciones socioeconómicas con 3 (9%).

Condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales:

En los últimos 10 años, El Salvador ha rati­ficado importantes convenios internacionales que han fortalecido el quehacer y actuar del Gobierno, también se cuenta con un marco jurídico robusto nacional en materia de los derechos humanos de las mujeres, en la igualdad sustantiva y en la equidad de género. Existen aún limitantes; no se coloca como causa principal de la violencia, las relaciones desiguales de poder entre mujeres y hombres, tampoco se dimensiona la problemática en todas sus manifestaciones y en los últimos gobiernos no se va la inclusión en las agendas el tema de la Ley de VIH. Existen tres propuestas de Ante proyecto de ley sin respuesta.

Condiciones de vida y trabajo: la pobreza, la falta de educación, el acceso a trabajo de forma igualitaria y/o discriminación son parte de las brechas identificadas en este nivel.

Acceso a servicios de atención de salud: existen una cobertura ampliada de clínicas de Vigilancia Centinela de Infecciones de Transmisión Sexual, distribuidas en todo el país. Las MTS reciben una atención diferenciada de acuerdo con sus necesidades de salud, son atendidas por personal capacitado en temas de estigma y discriminación. La mayoría tienen acceso a condones de forma gratuita, sin embargo, un cuarto mencionó que deben compraron condones en los últimos 30 días.

Se observa muy poco uso de los servicios de pruebas de VIH. Más de la mitad de las MTS mencionaron sentirse discriminadas en los servicios de salud por el trabajo que realizan.

Redes sociales y comunitarias: las organizaciones de base comunitaria juegan un papel fundamental en la labor de prevención, educación de las personas en la comunidad. Las ONG de MTS realizan abogacía desde sus lugares para la defensa de los derechos de las MTS, ocupan espacios importantes y han contribuido con estudios en el tema de estigma y discriminación, VIH entre otros. Sin embargo, las MTS tiene una baja participación en ONG que trabajan con MTS. Existe VBG y discriminación en los hogares, familias y comunidad.

Estilos de vida del individuo: existe un buen porcentaje de MTS que no se realizan las pruebas de VIH, las prácticas de riesgos son altas como: el poco uso de condón de forma consistentes especialmente con parejas fijas y el consumo de alcohol y droga.

Factores biológicos y caudal genético: la alta prevalencia de VIH e ITS sumado a los altos índice de depresión e ideas de suicidio son unos de los problemas que tanto las instituciones como las ONG debemos abordar.

# RECOMENDACIONES

**Sobre el proceso de fortalecimiento institucional de las ONG**

Continuar con las actividades de fortalecimiento de las ONG en gestión del conocimiento del VIH de PC, con énfasis en análisis de datos y generación de reportes.

**Sobre la metodología de los DSS para el análisis de la epidemia**

Utilizar el marco de análisis de los DSS para el diseño y seguimiento de los planes nacionales de la respuesta nacional ante el VIH, especialmente para las MTS.

**Utilidad y relevancia del estudio**

Elaborar de forma conjunta un plan de acción basado en las brechas identificadas en cada nivel de DSS en VIH en MTS para ser mejorados en el corto y mediano plazo.

Es crucial continuar fortaleciendo en las ONG de PC para la generación y uso de información estratégica, como la adecuada estimación de tallas poblacionales e información específica sobre la epidemia de VIH en las MTS.

Condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales:

Realizar abogacía ante las autoridades correspondientes para que los temas de VBG y estigma y discriminación contra las MTS de El Salvador sean incorporadas en los planes, programas y políticas de las instituciones del Estados.

Condiciones de vida y trabajo:

Abogar antes las autoridades correspondientes para que haya mayor acceso a educación, acceso a créditos, viviendas y trabajo en las instituciones del Estado.

Servicios atención en salud:

Continuar abogando para que haya mayor acceso a la realización de pruebas de VIH en los CAI, y contar con una política de no estigma y discriminación a las MTS.

Influencias comunitarias y familiares:

Fortalecimiento de ONG de MTS para que impulsen programas educativos a nivel de las comunidades sobre no discriminación, no estigmatización, ni VBG a las MTS desde el individuo, la familia y la comunidad.

Estilos de vida y factores individuales:

Educar a las MTS en temas de uso consistente y correcto del condón con sus parejas afectivas y todas las parejas; realización de prueba de VIH e ITS de acuerdo a las normativas y trabajar coordinamente con algunos centros de alcohólicos anónimos y no uso de drogas para referencias de MTS.

Factores biológico y genético:

Educar a las MTS organizadas en temas de autocuido, salud mental, cascada de la atención del VIH y estilos de vida saludables.

# REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

# ANEXOS

Tabla 1. CLASIFICACIÓN DE LAS EVIDENCIAS

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Determinante social de la salud** | **Número y porcentaje de evidencias favorables** | **Número y porcentaje de evidencias limitantes** |
| 1.       Condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales | 8 (29%) | 3 (9%) |
| 2.       Condiciones de vida y trabajo | 5 (19%) | 8 (23.5%) |
| 3.       Acceso a servicios de atención en salud | 5 (19%) | 4 (12%) |
| 4.       Redes sociales y comunitarias | 4 (14%) | 5 (14.5%) |
| 5.       Estilos de vida del individuo | 5 (19%) | 10 (29%) |
| 6.       Factores biológicos y caudal genético | 0 (0%) | 4 (12%) |
| **Total, de evidencias** | **27 (100%)** | **34 (100%)** |

Tabla 2. DETALLE DE LAS FUENTES DE DOCUMENTOS REVISADOS.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tipo de estudio/documento | Número de documentos recopilados | Organización que lo pública |
| Datos epidemiológicos | 4 | ONUSIDA |
| Datos demográficos | 10 | DIGESTYC, Asamblea Nacional |
| Situación del VIH en MTS | 12 | Artículos científicos del VIH |
| Plan de Intervención | 2 | Fondo mundial, PNUD y MCP-ES |
| Informes de Salud, VIH | 7 | CONASIDA y MINSAL |
| Legislación Nacional | 4 | Asamblea Legislativa |
| Planes Nacionales | 11 | PEPFAR, USAID, OMS, OPS, OEA |
| Derechos humanos, violencia de género | 10 | RedTraSex/Orquídeas del Mar, ISDEMU, ORMUSA, Red Global |
| Total | 60 |  |

Tabla 3. EVIDENCIAS FAVORABLES Y LIMITANTES IDENTIFICADAS EN MTS

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Determinantes Sociales en VIH** | **Favorables** | **Limitantes** |
| **Condiciones socioeconómicos, culturales y ambientales** | 1. **Legislación Internacional**   La ONU en la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1994) definió que violencia de género es *“Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tiene o puede tener como resultado, un daño físico, sexual o psíquico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada”*.13  La Convención Sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer fue aprobada y ratificada en 1981 por el Estado Salvadoreño la cual establece en el Art. 11. A) El derecho al trabajo como derecho inalienable de todo ser humano, b) El derecho a las mismas oportunidades de empleo, inclusive a la aplicación de los mismos criterios de selección en cuestiones de empleo. c) El derecho a elegir libremente profesión y empleo, el derecho al ascenso, a la estabilidad en el empleo y a todas las prestaciones y otras condiciones de servicio, y el derecho a la formación profesional y al readiestramiento, incluido el aprendizaje, la formación profesional superior y el adiestramiento periódico, lo cual es un aspecto favorable para las MTS en El Salvador.14    Por otra parte, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (Belem Do Pará) fue ratificada por el Estado salvadoreño en 1995, establece que “Toda mujer tiene derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado”.15     1. **Legislación Nacional**   La Constitución de la República de 1983 consagra en el Artículo 3, el principio de igualdad y el goce de los derechos civiles que todas las personas tienen ante la ley, sin distinción de nacionalidad, raza, sexo o religión.16  El Salvador es Estado parte de los Tratados y Convenciones Internacionales y Regionales de Derechos Humanos que postulan la igualdad de los seres humanos en el goce de tales derechos y debe monitorear que estos se cumplan.13   1. **Leyes**   Ley de Igualdad, Equidad y Erradicación de la Discriminación contra las Mujeres promueve los siguientes derechos: Derecho a la educación, a la participación política, Participación económica (Igualdad y no discriminación de los derechos económicos y laborales), Derecho a la salud, derechos sociales y culturales (Salud integral, sexual y reproductiva), que beneficia a todas las mujeres del estado salvadoreño incluido las MTS.13  La Ley Especial para Una vida libre de Violencia para las Mujeres (LEIV), emitida el en año 2010 y publicada en el 2011 apunta a brindar atención a mujeres adultas mayores, mujeres en condiciones de vulnerabilidad, la trata de mujeres, igualdad en las políticas ambientales, en materia de vivienda y urbanismo, participación de las mujeres en el desarrollo rural.12  Las organizaciones de MTS consideran que la aprobación de esta normativa secundaria es como el principal avance en cuanto a políticas públicas y legislación destinada a mejorar las condiciones de vida de las MTS en los últimos cinco años.  Ley especial contra la Trata de Personas bajo el Decreto Legislativo N°238, publicado en el 2003, tiene como objeto: Prevenir, Reprimir y Sancionar la Trata de Personas. En el Artículo 5. describe las modalidades de la explotación humana.17  En el Artículo 7, aborda sobre la creación del Consejo Nacional contra la Trata de Personas, como un organismo interinstitucional, responsable de la formulación, seguimiento, coordinación y evaluación de la Política Nacional contra la Trata de Personas, así como elaborar e impulsar el respectivo Plan Nacional de Acción.15  En el Artículo 11. Se menciona la creación de la Fiscalía General de la República la Unidad Especializada contra la Trata de Personas y Delitos Conexos, que contará con el personal especializado, logístico y técnico necesarios para la investigación y judicialización de casos.15  En Artículo 12, crea la Policía Nacional Civil, la Unidad Especializada contra la Trata de Personas y Delitos Conexos, la cual contará con el personal especializado y los recursos técnicos, logísticos y financieros necesarios para garantizar la investigación y operativización de casos.15  El ISDEMU en el 2013, elaboró una Guía para la Lectura de la Ley Especial Integral para una Vida LIEV con enfoque psico-social, dirigida al personal de la PNC, el objetivo de contribuir en el proceso de formación del personal policial, que les posibilite brindar una atención especializada y basada en el respeto del derecho de las mujeres a vivir libres de violencia. La guía ha sido desarrollada desde un enfoque psicosocial, lo que implica reconocer que lo estructural y complejo de la VBG, intervenciones que consideren el nivel personal-individual, así como también el nivel familiar, comunitario y social.18   1. **Código de Salud**   Artículo 40.- “El Ministerio de Salud es el organismo encargado de determinar, planificar y evaluar las actividades relacionadas con la salud.23  En el Artículo 41, corresponde al Ministerio: 8) Propiciar todas las iniciativas oficiales y privadas que tiendan a mejorar el nivel de salud de la comunidad, de acuerdo con las normas señaladas por los organismos técnicos correspondientes.22   1. **Políticas públicas**   La Política Nacional de Salud 2015-2019 establece en la línea de acción 4.1 fortalecimiento del modelo de gestión en red en el Sistema Nacional de Salud. En el inciso 4.3.8. refiere garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, tomando en consideración las necesidades específicas de hombres y mujeres, personas LGTBI, MTS, personas mayores, con discapacidad y pueblos originarios, prestando particular atención a personas en condición de vulnerabilidad y que viven en zonas rurales y remotas.24  La Política Nacional contra la Trata de Personas, publicada en el 2012 con objeto de lograr el abordaje integral y efectivo contra la trata de personas que ha de ser desarrollado por los órganos y entidades públicas e incluye un plan nacional de acción y plan operativo anual.25   1. **Planes**   El PENM 2016-2020. Contempla las pautas para el desarrollo de acciones tendientes a contribuir en la eliminación del VIH, todo a la luz de las tendencias mundiales, las estrategias innovadoras y los enormes desafíos de cara a la sostenibilidad de la respuesta. El PENM incorpora a las MTS como PC.26  En el eje estratégico 2 del Lineamiento estratégico para la atención de la PC en las VICITS se refiere a continuo de la prevención y atención. En el componente 2.1 se relaciona a prevención para reducir la vulnerabilidad y el riesgo de VIH e ITS en PC, en poblaciones vulnerables y la población en general, así mismo las acciones estratégicas 2.1.3 hace énfasis al acceso a programas de prevención para la PC, incluyendo sus parejas sexuales y clientes de MTS; la acción 2.1.4. se refiere a expandir el modelo de atención de las clínicas VICITS a Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF) especializadas del MINSAL y el 2.1.5, está relacionada a atención y tratamiento de las ITS.25   1. **Financiamiento para** **el VIH**   Estudio sobre medición del gasto o inversión para el control y tratamiento del VIH realizado en el 2015, menciona que presupuesto de la nación fue de US $4,860.8 millones, y el presupuesto de salud fue de US$ $615.6 millones, lo que en porcentaje del presupuesto total del gobierno constituye un 12.6%.27  Se cuentan con las clínicas VICITS que son específicamente para PC que incluye a las MTS, se brinda la realización de análisis especializados para Sífilis, Gonorrea, Clamidia, Virus del Papiloma Humano, Virus de la Hepatitis B y C, así como su tratamiento.19  En el 2015 en El Salvador se invirtió $68,604,006 en acciones de VIH, de las cuales el mayor porcentaje era para atención y tratamiento con el 44.7%, acciones de prevención con un 43.4% y de esto el 8% fue para prevención de ITS, acciones de gestión y administración de programas con un 6.5%. Las categorías de gasto de menor inversión fueron: recursos humanos con el 2.6%, entorno favorable con el 1.66%, investigación relacionada con el VIH con el 0.82% y huérfanos y niños vulnerables con el 0.001%.20  El Fondo Mundial aportó el 63.34% de cooperación internacional para el control y prevención del VIH, seguido de USAID con un 20.92%y las ONGs con el 11.99% de la inversión total, y otras suman el 3.75%. En el 2015 el gasto reportado para la prevención del VIH para profesionales del sexo y sus clientes para el 2015 fue el 6.1% del gasto en prevención. Por otra parte, se ha puesto en marcha el proyecto innovando servicios, reduciendo riesgos, renovando vidas dirigidos a PC.20  En el ECAP, estima que las organizaciones de MTS y otras que trabajan con PC han sido financiadas por el FM en un 51.1% para el año 2013.28   1. **Información estratégica**   **Talla poblacional de MTS en El Salvador**  El Fondo Mundial a través de Plan Internacional, realizó estudios en PC en el 2016, con el objetivo de estimar por medio de modelos matemáticos, se estimó que el tamaño de la población de MTS, la estimación fue para San Salvador 16 289 y La Libertad de 5162.29,30  Con este mismo estudio de Plan Internacional se estimó la población de MTS con VIH, misma que va de 1,608 a 5,822 de MTS con VIH. | 1. **Legislación Nacional**   En la legislación nacional existen limitantes, pues no se coloca como causa principal de la violencia contra las mujeres, las relaciones desiguales de poder entre mujeres y hombres, ni se dimensiona la problemática en todas sus manifestaciones.13  Sin embargo, en esta Ley de VIH se presenta desde la perspectiva de las MTS que el principal retroceso es la pérdida de importancia de la Ley de VIH en las agendas de los dos últimos gobiernos. Tanto que hay actualmente hay tres propuestas de Ante proyecto de ley en discusión: las presentadas por el MINSAL, por la sociedad civil y por el partido de derecha Alianza Republicana Nacionalista (ARENA).22   1. **Violencia basada en género**   La PNC, recibió en el primer trimestre de 2019, un total de 643 denuncias de personas desaparecidas, el 33% pertenece a mujeres y el 66% a hombres. En este periodo son siete personas que desaparecen cada día, dos son mujeres y cinco hombres.31  La PNC, recibió en 2018, un total de 1,426 denuncias por violencia intrafamiliar y de pareja, haciendo un promedio de tres denuncias diarias. a mayor cantidad de denuncias, el 56.87% se recibió de tres departamentos: Usulután, San Salvador y Morazán, mientras que los departamentos con menor cantidad de denuncias fueron Ahuachapán y La Unión, con un porcentaje del 2.10%.31  La violencia que se ejerce contra las mujeres en El Salvador, en todas sus manifestaciones, ocurre en el marco de una cultura de estilo patriarcal que, al ensalzar los valores masculinos sobre los femeninos, obstaculiza la concienciación social sobre la problemática, por tanto, la legislación al respecto y la asistencia a las víctimas.32  De acuerdo con los datos de la PNC para el 2011 se registraron un total de 14,766 delitos contra mujeres y niñas entre las cuales se identifican: homicidios, lesiones, privación de libertad, violación sexual, acoso sexual, violencia intrafamiliar, etc.17  En el Estudio ECAP para la prevención del VIH en MTS, realizado en el 2013 reporta que las MTS hablan sobre el ejercicio de los derechos y libertades fundamentales. Sin embargo, la mayoría de las veces no se conoce la forma de hacer los procesos de denuncias, porque constantemente son discriminadas.33  La RedTraSex registro 27 asesinatos de MTS entre septiembre de 2013 y octubre de 2015. 34,35  *Las MTS deben conocer las leyes del país, los mecanismos para ejercer su derecho y poner las denuncias ante las instancias que corresponda*.  *La VBG es una barrera en el acceso a servicios de salud asociados al VIH que debe ser abordada para mejorar los resultados relacionados con el VIH y procurar el bienestar general de todas las personas. Requiere la atención de aquellos que se preocupan por las inequidades en materia de salud, asociadas al riesgo de contraer VIH.*  *Por otro lado, ampliar nuestro conocimiento sobre temas estos temas a MTS, personal que brindan atención con la finalidad de mejorar el acceso a derechos humanos y aquellos que abordan temas asociados con la prevención, atención y tratamiento del VIH.*   1. **Discriminación**   En el estudio de RedTrasex con datos de El Salvador realizado en el 2016, reporta que las MTS sufren situaciones de abuso de autoridad, violencia institucional y discriminación por parte de la PNC y el CAM, en cuanto al sector seguridad; así como por parte las personas abogadas, fiscales, procuradoras y juezas, en cuanto al sector justicia.36 |
| **Condiciones de vida y de trabajo** | 1. **Educación**   estudio realizado por Orquídeas del Mar en el 2017, reflejó que un 16% de las MTS tenían bachillerato incompleto, 10% ha completado bachillerato y el 1% de la población tiene estudios universitarios incompletos.38  RedTrasex con datos de El Salvador realizó un estudio en el 2016, el que reportó que un 20% de las MTS ha logrado concluir la secundaria completa y otro 20% ha seguido una carrera universitaria incompleta.35  Según la ECVC 2010, el 44.5% alcanzaron la secundaria y 34.5% tanto en San Salvador como en Sonsonate.39   1. **Trabajo**   Según el informe de la situación de derechos humanos realizado en febrero 2018, manifiestan que el trabajo sexual autónomo no es una actividad reconocida legalmente en el país, al no estar regulada o legalizada. Sin embargo, como trabajo es una actividad lícita en tanto que no está penalizado o prohibido por la normativa primaria en el marco legal nacional.22   1. **Oportunidades laborales**   En el estudio sobre dinámica laboral realizado en el 2015, se reporta de forma general, que el 52.6% de las mujeres en edad de trabajar son parte de la población económicamente inactiva, contra el 18.8% de los hombres.40   1. **Ingreso mensual**   El 33.9% tenían ingresos entre $225.00 a $449.00 como ingreso mensual y un 22% reciben $450.00 y más. El Salario mínimo para el 2016 era de $258.17   1. **Calidad de Vida**   El ECAP realizó en el 2013 un estudio de calidad de vida y encontró que el 53.5% refleja satisfacción respecto a su calidad de vida. El 47% dicen que pueden cubrir sus necesidades, 59.4% su vivienda, el 75% alimentación y nutrición y el 66.4% cuenta con tiempo de descansar (dormir).28 | 1. **Pobreza**   La medición multidimensional de pobreza realizado en el 2015, en El Salvador, muestra que el umbral de pobreza es de siete o más privaciones[[63]](#footnote-3) siendo, el 58.5% a nivel urbano y el 22.5% rural. La tasa de pobreza es de 37% en hogares cuyos jefes son hombres y 32% en aquellos cuyas jefes de hogares son mujeres. Sin embargo, esta situación cambia si se realiza un desglose por zona geográfica, lo cual arroja como resultado que la incidencia es ligeramente superior en hogares urbanos con jefatura femenina.37   1. **Educación**   Para el año 2017, estudio realizado por Estudio realizado por Orquídeas del Mar en el 2017 revela que el 14% de MTS no saben leer ni escribir, 36% tienen sus estudios de educación básica incompletos, 23% tiene sus estudios de educación básica completos.38  En el estudio de RedTrasex con datos de El Salvador realizado en el 2016, reporta que las MTS que trabajan en espacio cerrados tenían secundaría completa en un 57%. En cambio, las MTS que su trabajo es en espacio cerrado no tenían estudios (no leen ni escriben) esto fue de 20%.35  Según la ECVC 2010, el 52.8% en San Salvador y el 64.3% en Sonsonate no asistieron a la escuela o tuvieron primaria incompleta.39   1. **Trabajo**   Estudio de RedTrasex 2016, reporta que algunas personas dueñas o administradoras de los negocios no exigen que se respeten los derechos de sus trabajadoras, especialmente durante el allanamiento que realizan la PNC, de hecho, una vez finalizado el allanamiento, los propietarios les exigen a las MTS que vuelvan a su trabajo como si nada hubiese ocurrido.35  El 85.4% de las MTS se dedican a esta labor. Sin embargo, hay un 1.7% que además hacen cosmetóloga, el 2.4% son comerciante informal, el 3.9% ama de casa, el 1.4% empleada doméstica, el 1.8% no respondieron y el 3.4% mencionaron otra ocupación entre ellas están: agricultura, corralera, cajera, mesera, cocinera, costurera, tortillera, pupusería, lavar y planchar ropa, masajista, impulsadora, operadora de maquila, prestamista, artesana, bailarina, cobradora de auto-hotel, maestra y secretaria.28  El 93.8% tienen más de 12 meses de realizar este tipo de labor y un 6.2% menos de 12 meses.17   1. **Desigualdades de oportunidades laborales**   En el estudio sobre dinámica laboral realizado en el 2015, En la práctica se encuentra que el 47.2% de los hombres se encuentran trabajando como asalariados (sector formal o en el informal), el 36.4% de las mujeres se encuentran fuera del mercado laboral llevando a cabo trabajo doméstico sin recibir remuneración.40  En general el mercado laboral de El Salvador se caracteriza por una participación laboral alta por parte de los hombres siendo de 80.6%, mientras las mujeres apenas el 49.3%. El desempleo nacional alcanza el 5.9% (hombres 6.8% y mujeres el 4.7%), respectivamente.43   1. **Ingreso mensual**   Para el 2016, el 43.3% de las MTS percibían ingresos mensuales menores a $225.00 por debajo del salario mínimo de ese año $258.17  Según el estudio realizado ECAP en el 2013. El ingreso mensual de las MTS va desde $20.00 hasta los $200.00, de los cual el 97% afirma obtener sus ingresos por trabajo sexual mientras que el 3% es provenientes del comercio informal y de otras formas.El ingreso mensual se concentra entre los 100 a 300 dólares, teniendo en promedio $290.00 que está por debajo del salario mínimo del sector comercio, según datos del 2013.28  Según los resultados de la ECVC del 2010, el 36.6% en San Salvador y el 50% en Sonsonate reportaron ingresos menores al salario mínimo. Un 49.7% en San Salvador y un 44.8% en Sonsonate reportaron ingresos entre $181.00 a $500.00 dólares. El salario mínimo establecido para el 2010 fue de $208.00.42   1. **Estado civil**   Según la ECVC 2010, al momento de ser encuestadas el 59.4% en San Salvador y el 66.3% en Sonsonate dijo ser soltera. El 35.9% y el 24.7 % dijeron estar casadas.42  La mayoría de las MTS de espacios cerrados son solteras con un 71% y un 14% son divorciadas y otro 14% son casadas.42   1. **Inseguridad alimentaria**   Estudio realizado por ODM, refleja que las MTS mantienen una alimentación desbalanceada e insegura que afecta la salud produciendo: diarreas agudas, obesidad y desnutrición. El consumo excesivo de café les provoca mucha gastritis y úlceras.41   1. **Discriminación por ser MTS**   Para el 2016 en el Estudio de Estimación de Tamaño de Población de MTS, se encontró que de 904 MTS, el 28.8% sufrió discriminación. El 52.4% fue rechazada en su lugar de trabajo, el 36.4% fue rechazada por algún miembro de su familia y el 28.4% en otro, declarando: *“Rechazo durante servicios religiosos, por el personal de salud, las han sacado de su casa, ha perdido su trabajo y discriminada en el lugar de estudios”.29* |
| **Servicios de atención en salud** | 1. **Acceso a los servicios de salud**   El Salvador cuenta con 14 Clínicas de Vigilancia Centinela de Infecciones de Transmisión Sexual (VICITS) distribuidas en todo el país. Las MTS reciben una atención diferenciada de acuerdo con sus necesidades de salud, son atendidas por personal capacitado en temas de estigma y discriminación. 42  El Estudio VICITS (2012) advierte que entre el 81 % y el 91.3 % de MTS reportan haber recibido información sobre el VIH en el último año.42  El 100% de las personas que fueron positivas para sífilis se les proporcionó tratamiento para para prevenir la transmisión al hijo o hija. 17   1. **Acceso a servicios de salud reproductiva**   Según estudio realizado en el 2013, el 90.1% respondió que se realiza la citología cérvico vaginal, el 5.6% que no la realiza y el 4.3% no respondió. El 80.7% se realizó la última citología en menos de 12 meses.28  Planificación familiar. El 25.4% refirió que usó inyecciones, el 9.8% condón femenino, el 9.5% píldoras, 2.9% el DIU, métodos naturales el 2.2% y el 0.4% no respondió.28   1. **Acceso a condones**   En 2016, el 90.4% manifestaron que obtener un condón es muy fácil.  Lugar donde consiguió los condones gratis: el 76% en ONG, el 20% en Centro de Salud/Hospital Público y el 4.6% en otro lugar. En dichos establecimientos se estima que el 47.3% de las MTS han recibido menos de 140 condones y el 53% más de 140 condones.28  Según la ECVC del 2010. En San Salvador el 47.4% y en Sonsonate el 65.2% dijo que conseguir un condón es muy fácil.42  Lugar donde consiguieron los condones: En San Salvador reportaron que en el 56.9% consiguen los condones en un centro de salud u hospital, el 48.1% en una clínica privada o farmacia y el 22.7% a través de una ONG o educador.  En Sonsonate el 84.9% consiguen los condones en un centro de salud u hospital y el 36.2% en una clínica privada o farmacia.42   1. **Acceso a la prueba de VIH**   Según la ECVC 2010, el 89.8% en SanSalvador y el 87.4% en Sonsonate recibieron el resultado de la última prueba de VIH.39  Los lugares donde las MTS se realizaron la prueba del VIH son: el 76% en el MINSAL (Unidades de Salud VICITS, Hospitales y FOSALUD), 8% en los servicios privados, el 1.3% en PASMO, el 8.3% en PROFAMILIA el 8.3%, las ONG el 4.7% y otros lugares 2%.39   1. **Cascada del continuo de la atención**   Según datos del MINSAL hasta el 2018 se han reportado 22,472 (61.7%) casos de infección por VIH, 13, 963 (38.3%) son casos Sida. El 64% son hombres y 36% mujeres.  Según SUMEVE para el 2015 se registraba una población de 19,012 personas con VIH, 17, 945 conocían del diagnóstico, 12, 682 estaban vinculadas a los servicios de salud, 8034 retenidas, 7641 en TAR y 5314 con carga viral suprimida.43  En el 2016 de 812 MTS que se realizaron la prueba de VIH, 17 (2.09%) su resultado fue reactivo. En cuanto al tiempo que le diagnosticaron 4 casos fue en menos de 12 meses y 13 casos más de 12 meses. El 88.7% de los diagnósticos reciben control médico por ser PVIH y el 81.1% está tomando ARV.28 | 1. **Acceso a servicios de salud reproductiva**   Planificación familiar. El 44.1% afirmaron no utilizar ninguno métodos de planificación familiar.   1. **Gasto de bolsillo**   El 13.8% ha comprado uno o más condones en los últimos 30 días.28   1. **Acceso a la prueba de VIH**   según datos de VICITS 2012 y reporte de lecciones aprendidas realizada en el 2014 se reporta que 68% y el 58% respectivamente de las MTS se realizaron la prueba de VIH en los últimos 12 meses.42  El PNUD en su informe del 2013 reporta que el 95% se habían hecho la prueba en el mismo periodo.  Estos datos también son altos cuando se comparan con los reportados en la ECVC del 2010 (17.5 % a 18.4%).39   1. **Discriminación en los servicios de salud**   El 60% de las MTS se atendieron lejos de donde vive para que en su casa o barrio no se dieran cuenta que es MTS.  Estudio en San Salvador realizado en el 2014, revela que el 43.3% no quiso ir al hospital o servicio de salud para no tener que dar explicaciones sobre su ocupación.  El 33.3% manifestó sentir hostilidad en la atención por parte del personal administrativo, un 18.3% mencionaron que le negaron la atención que necesitaba o solicitaba por ser MTS y el 28.3% de las entrevistadas las obligaron a hacerse la prueba del VIH por motivo de su ocupación.20 |
| **Redes sociales y comunitarias** | 1. **Rol de la prevención en la familia**   En el ECAP realizado en el 2013, reportan que las MTS el 32.5% de las MTS sus familiares saben que ejercen el trabajo sexual.28  En relación con quienes viven, las MTS respondieron: el 24% con otros familiares, el 22% viven con sus parejas fijas (acompañadas o casadas) y/o con sus padres, el 13.3% viven solas y el 12% con otras personas. 28  Desde el 2004 hasta el 2013 el PNUD estuvo realizando acciones de prevención con MTS.  Quienes suministran condones a las MTS. El 50% a través de las unidades de salud del MINSAL, el 10% mencionaron a PASMO, 5% Hospitales, 5.8% farmacias, el 15% ONG de MTS (orquídeas del Mar y Flor de Piedra), 10% otras ONG y 5% otros.28  Las MTS refieren que el 79.4%, ha sido capacitadas en temas de prevención del VIH.28  El 72% recibieron capacitación sobre metodología de pares. Según este mismo estudio el 94.2% de las MTS hayan mejorado sus conocimientos para la prevención del VIH, el 97.6% afirman haber cambiado su forma de ver el VIH y la sexualidad, y el 97.3% consideran que las capacitaciones han ayudado a tener prácticas sexuales de menos riesgo.44   1. **Participación de las MTS en ONG**   El 75.2% de las MTS refieren que han trabajado en Orquídeas del Mar, el 17% con PASMO y el 32.8% ha trabajado con otra organización.17   1. **Rol de las ONGs en la abogacía**   Orquídeas del Mar en coordinación con RedTraSex, elaboraron la Guía de Buenas Prácticas para el personal del sistema de salud, donde se abordan los temas: higiene en los genitales, lavados vaginales y sus desventajas, uso de lubricantes de agua, ITS, uso de condón, riesgo de no uso del condón y embarazos no deseados entre otros.44  El movimiento orquídeas del Mar en conjunto con RedTrasex realizaron el estudio sobre el trabajo sexual y la violencia institucional: vulneración de derechos y abuso de poder.41  El movimiento de Mujeres Orquídeas del Mar, en octubre de 2017, presentó el primer borrador de la propuesta de Ley Especial de Reconocimiento al Trabajo Sexual Autónomo, aspecto favorable para la población de MTS en temas de derechos humanos, la integridad física y moral. Esto permitirá la creación de políticas para garantizar la no discriminación, el acceso a la salud, al trabajo, a la seguridad social.45  La Organización de Trabajadoras del Sexo (OTS) una Red Global (2016), manifestó que regularmente se reúnen con representantes del Ministerio de Trabajo y de las autoridades municipales como una forma de gobernanza colaborativa. En estas sesiones se aborda el trabajo sexual, soluciones a los problemas que afectan a las personas que ejercen el trabajo sexual en El Salvador.46  La RedTraSex, en su portal digital plantea la siguiente diferenciación entre el trabajo sexual y trata de personas, siendo un aspecto favorable pues permite comprender que ambas acciones son diferentes.47   1. **Profilaxis post exposición en VBG**   De 134 MTS que sufrieron abuso sexual solamente el 13.4% afirmó haber recibido profilaxis post exposición al VIH.28 | 1. **Rol de la prevención en la familia**   En el ECAP realizado en el 2013, reportan que el 54.9% sus familiares no saben que ellas ejercen el trabajo sexual y un 12% no respondió.28  El 20.5% de las MTS nunca las han capacitados en temas de prevención.28    El 27.8% de las MTS dijeron que no ha sido capacitada en metodología de abordaje de pares y el 0.3% no respondió.44   1. **Baja participación de las MTS en las ONG**   En 2016, el 18% afirmaron haber participado en el trabajo de una organización que apoya a las MTS.17  Otro estudio reporta que solamente el 13.5% en San Salvador y el 8.6% en Sonsonate de las MTS están involucradas en grupos u organizaciones de trabajadoras sexuales. Flor de Piedra es a la ONG donde mayormente asisten (9.0% en San Salvador y el 5.4% en Sonsonate).   1. **Tipo de religión**   Estudio de Conocimientos, Actitudes y Prácticas para la Prevención del VIH en MTS, reportan que 34.6% son católica, el 21% Evangélica (20.9%), el 0.4% otra religión, el 37.4% no profesa ninguna religión. Con relación a este último tema su decisión se ve influenciada por la moral religiosa que condena el trabajo sexual. 28   1. **Violencia basada en género**   Según datos de la PNC, de enero a marzo de 2019 recibieron 405 denuncias por VBG, esto es alrededor de cinco casos diarios. El 40% de denuncias realizadas no da más información del agresor, lo cual se conoce que podría ser debido a las amenazas que estos realizan a las personas denunciantes, por lo cual las víctimas no dan más información. Sin embargo, de los registros completos los mayores agresores son hombres: cónyuges o ex cónyuges de las mujeres, seguido por otros familiares.  El 10.2% de las MTS refieren haber sufrido abuso o maltrato en los últimos 12 meses. El 41.4% recibió maltrato físico, el 61.4% maltrato verbal u el 14.0% otros tipos entre ellos (extorsión, chantaje, robo, asaltos y violación sexual). 28  Las personas que propició dicho abuso son: el 44.6% los clientes, el 29.5% desconocido/Marero/ Pandillero, el 29.5%, Familia/Pareja estable, el 23.8% u Otro y un 30.0% (compañeras de trabajo, amigo, conocido, vecinos, personal del cuerpo policial, personal de salud o pareja ocasional).17  El 24.6% de víctimas de abuso sexual interpuso denuncia y en una buena parte de estos casos el agresor fue detenido, procesado y castigado con prisión, no obstante, los acusados fueron liberados a los 3 meses, se les dieron medidas cautelares, o bien la MTS fue obligada a retirar la denuncia, 7 casos fueron liberados por falta de pruebas”.28  Según la ECVC 2010. El 21.7% en San Salvador y el 24.2% en Sonsonate han percibido algún tipo de abuso o maltrato por ser trabajadora sexual.42  Los tipos de abuso o maltrato recibido son: violación el 18.9% en San Salvador y 31% en Sonsonate, maltrato físico el 54% en San Salvador y el 75% en Sonsonate. Según la persona que infringen el abuso o maltrato están: policía/agente municipal el 20% en San Salvador y el 6% en Sonsonate; sus parejas estables/amigos/pariente el 51% en San Salvador y el 64% en Sonsonate; desconocidos/maras el 23% en San Salvador y el 12% en Sonsonate y otros el 7% en San Salvador y el 17% % en Sonsonate.42   1. **Discriminación**   El 68.7% en San Salvador y el 82% en Sonsonate reportaron discriminación de forma verbal. |
| **Estilos de vida y del individuo** | 1. **Conocimiento**   El 67.7% de las MTS tuvieron conocimiento correcto sobre la prevención del VIH y consideran que se puede prevenir siendo fiel a una sola pareja sexual que no esté infectada.42  El 88.1% conocen en cuanto a la protección provista por el uso correcto y consistente del condón. 42  En cuanto a la transmisión el 66.7% el VIH se puede transmitir por picadura de un zancudo y hasta 92.4% en cuanto a que una mujer con VIH/SIDA puede transmitir el virus a través de la leche materna.42  El 97.9% de las MTS han oído hablar del VIH. El 10% conoce que no tiene cura, mientras el 87.6% dicen que no existe cura, el 2.4% restante no sabe o no responde.28  El Estudio VICITS en el 2012, advierte que entre el 81 % y el 91.3 % de MTS reportan haber recibido información sobre el VIH en el último año, lo que supone un incremento con respecto a los datos de la ECVC del 76 % al 78 % (2008).46  Las MTS mencionan que las formas de transmisión son: el 98% por relaciones vaginales sin condón, 84% por relaciones anales sin condón, 83% por relaciones orales sin condón y el 21.9% durante el embarazo, 16.9% durante el parto, 19.5% por la lactancia y 53% por contacto con la sangre. 28  Respecto a las formas de prevenir el VIH: el 98% usar condones en todas las relaciones sexuales.28   1. **Actitud**   El 93.5% de las MTS buscaron tratamiento la última vez que tuvieron una ITS. 17  El tratamiento para ITS fue brindado por: Hospital público/Centro de salud en un 87.6%, Clínica VICITS el 8.9%, Hospital o clínica privada/ONG/ISSS u otro el 3.5%.17  **Prácticas**   1. **Prueba de VIH**   El 96.1% se ha realizado la prueba alguna vez, mientras el 3.8% no se la ha realizado y el 0.1% no responde.17  Otro estudio reporta que el 81.5% en San Salvador y el 75% en Sonsonate informaron que se han realizado una prueba de VIH alguna vez en la vida.  El 95.0% se realizó la prueba y un 5% no se la realizó en los últimos 12 meses. El 98% recibió los resultados y un 2% no y mencionaron que fue por *“Temor a los resultados”*.28  El 98.3% se realizó la prueba de manera voluntaria, mientras el 1.7% dice que tenía que presentar el resultado en algún lugar (no especificando dónde). 28  El 60.6% se realizó la prueba de sífilis durante su último embarazo17   1. **Uso del condón:**   Las MTS que afirman haber utilizado condón en la última relación con un cliente, para el 2013 es de un 99.4%, mientras que el 0.1% no utilizó y el 0.4% no responde.  El 87.3% usó manta de látex la última vez que le hicieron sexo oral.28  El 73.6% usó del condón la última vez que practicó sexo oral a su pareja fija.28  El 81% uso consistentemente el condón con su última pareja en los últimos 6 meses.17  Última pareja: el 83.6% utilizó condón con su pareja. 17   1. **Autoidentificación como MTS**   En 2016, el 86.5% se identificaron con MTS y en el 2013 fue de 73% con una diferencia porcentual de 13.4%.17 28 | 1. **Conocimiento**   Se realizaron tres estudios para valorar el nivel de conocimiento correcto sobre la prevención del VIH tomando como referencias las 5 preguntas establecidas en la ECVC, encontrándose que en el estudio de VICITS realizado en el 2012 el 45.6% tuvieron conocimiento correcto, el MINSAL realizó estudio donde se reporta el 48.75% y datos del PNUD del 2013 se reportó el 59.1%.46  Los resultados de conocimiento correcto en prevención del VIH pueden considerase alto al compararlo con el 27.3% de mujeres jóvenes y el 27.4 % de hombres jóvenes (de la población general).46  Respecto a las formas de prevenir el VIH: el 37% consideran que se previenen teniendo una sola pareja sexual (fidelidad mutua), el 31% no tener relaciones sexuales (abstinencia), 17% con TAR durante el embarazo y el parto, 19.5% evitando la lactancia por completo, 30% siempre utilizar jeringas nuevas, 17% transfusiones de sangre no infectada por el VIH y el 22% evitando el contagio directo con sangre de otras personas. 28  **Prácticas**   1. **Prueba de VIH.**   El 32.0% en San Salvador y el 57.8% en Sonsonate, dijo que la última prueba la realizó en los últimos 6 meses. El 25.3% en San Salvador y el 15.6% en Sonsonate dijeron que se hicieron la última prueba de VIH hace más de 2 años.   1. **Bajo uso del condón**   El 7.5% utilizaron condón en la primera relación sexual. 28  El 6.1% usó del condón la última vez que realizo sexo oral a cliente.28  El 59.3% usó del condón en la última relación sexual anal con pareja fija.28  El 4.8% usó el condón la última vez que realizó sexo anal con cliente, lo que denota que con la pareja fija se ven mayormente expuestas. 28  El 19% no utilizó el condón consistentemente con su última pareja en los últimos 6 meses. 17  Estudio realizado por ONG de MTS reportan que el 27% hizo uso de condón con la pareja fija y el 61% no y el 11.9% no respondió. 28  Uso del condón con parejas  Pareja estable el 11.7%  Pareja ocasional el 9.8%  Con cliente el 78.5% 17  Última pareja: el 16.4% no utilizó condón. 17   1. **Razones por las que no utilizó el condón**   El 63% por la confianza, el amor de su pareja; el 13% por que a él no le gusta y el 6.3% otras razones. 28   1. **Edad de inicio del trabajo sexual**   El 59.3% afirmó haber tenido su primera relación sexual antes de los 15 años y el 40.7% después de los 15 años.28  El 87.8% tuvo la primera relación sexual con persona conocida o familiar y el 12.2% con persona desconocida u otro tipo. 28  Causas de inicio del trabajo sexual son: el 66.6% necesidad económica; el 13.8% para mantener a sus hijos; el 10.1% ayudar a mi familia; el 1.2% por soledad y depresión; el 2.2% me obligaron y 6.1% otras causas.28 De las mujeres que fueron obligadas fueron víctimas de trata de personas.  El 93.4% de MTS eligió libremente ejercer dicho trabajo, mientras el 2.9% no eligió libremente y 3.6% no responde, posiblemente hayan sido víctimas de trata de persona.28   1. **Relaciones sexuales forzadas**     El 16.8% en San Salvador y el 13.0% en Sonsonate reportaron que su primera relación sexual fue forzada en cambio el 9.8% se reportó en el 2016. 28 42  El 40.6% en San Salvador y el 35.0% en Sonsonate, reportó haber tenido relaciones forzadas  alguna vez en la vida, contra un 21.9% reportado en el 2016. 28 42    El 17.0% en San Salvador y en Sonsonate el 13.4% manifestó que fue forzada a tener relaciones sexuales en los últimos 12 meses, contra el 22.3% en el 2016. 28 42  El 48.0% en San Salvador y 36% en Sonsonate informaron que la persona que las forzó fue su pareja o amigo, respectivamente.   1. **Prácticas sexuales de riesgo**   Número de clientes por semana: el 42.4% entre 1 a 9 clientes y 57.6% más de 10 clientes.17  Otros estudios realizados por organizaciones de MTS reportan que antes del 2013, las MTS tenían: El 86% tenían 0 o 1 pareja, mientras que el 14% reportó más de 2 parejas.  Tipo de servicio que ofrece a sus clientes:  El 97% sexo vaginal (89% en San Salvador y 100% en Sonsonate)  El 46% sexo oral (42% en San Salvador y 54% en Sonsonate).17  El 15% sexo anal (15% en San Salvador y 15% en Sonsonate)  Lugar donde ejercen trabajo sexual.  El 39% en Boliche/Night Club/Bares/Prostíbulo; el 24% en la calle 24%; entre 1 y 2% otros medios (apartamentos privados, teléfono, web, departamento privado/masaje) y 10% no responden.33  Estudio realizado por ODM en coordinación con RedTraSex, consideran que los lugares de trabajo de las MTS no son idóneos y son de alto riesgo para la salud, seguridad y expuesta a violencia o crímenes.34   1. **Inseguridad en el ejercicio del trabajo sexual**   La situación de inseguridad vivida por las MTS, que no encuentran donde canalizar sus denuncias, las empuja muchas veces en manos de proxenetas que ofrecen publicidad de los servicios y entre ellos seguridad contra los clientes o la policía a cambio de exorbitantes comisiones y condiciones de trabajo inhumanas que ponen en riesgo la salud y la vida de las MTS.20   1. **No se autoidentificación como MTS**   Un 17.8% que no se asume como tal y 3.1% que no respondió.17 28   1. **Consumo de alcohol y drogas**   El 40.0% en el San Salvador y el 44.0% en Sonsonate informaron que habían consumido más de 4 tragos en 4 ocasiones o más, en los últimos 30 días. El 21.9% en San Salvador y el 26.9% en Sonsonate dijeron que habían tomado alcohol o drogas con su último cliente.  El 28.7% en San Salvador y el 10.6% en Sonante reportaron haber consumido drogas alguna vez en la vida. y el 19.1% en San Salvador y el 3.8% en Sonsonate, reportaron haber consumido algún tipo de drogas en los últimos 12 meses. Un 11.8% en San Salvador y un 2.9% en Sonsonate han consumido drogas ilegales en los últimos 30 días.  El 55.3% de las MTS han consumido alcohol en los últimos 30 días.17  El 13.1% de las MTS usó de drogas alguna vez en la vida. El 8.1% afirma haber consumido en los últimos 12 meses, de las cuales: fumado marihuana/piedra o crack, el 4.6% han inhalado cocaína/piedra o crack y el 5.4% u otra droga: diazepam/éxtasis o anfetaminas.17 |
| **Factores biológicos y caudal genético** |  | 1. **Prevalencia de VIH**   ONUSIDA 2019 con datos del 2018 reporta una prevalencia de VIH de 2.2%.1 Con respecto a los datos reportados en la ECVC 2010 se reporta 5.84% (en San Salvador fue de 5.7% y en Sonsonate de 2.5%). Se observa una reducción del 62% entre 2010 y 2018.42,48  Según la ECVC 2010, hay una tendencia hacia una mayor prevalencia de VIH en las MTS que trabajan en la calle con un 10.0% y 5.4% en San Salvador y Sonsonate respectivamente.42   1. **Prevalencia de ITS**   El 55% en San Salvador y el 44% en Sonante tuvieron alguna ITS.  El 83% en San Salvador y el 76% en Sonante tuvo herpes simple tipo 2.  El 14% en San Salvador y el 17% en Sonante reportaron sífilis.  El 32% en San Salvador y el 31% en Sonante reportaron tricomonas vaginalis  El 15% en San Salvador y el 20% en Sonante, reportaron chlamidya Tracomatis  El 24% en San Salvador y el 23% en Sonante reportaron neisseria gonorhoeae  El 4.7% tuvo una ITS en los últimos 12 meses. 17  Los tipos de ITS diagnosticados fueron: Sífilis (19.9%), Gonorrea (29.6%), Tricolomas (17.1%), Condilomas (13.3%) y otras ITS como: Herpes, úlcera o clamidia (20.4%). 17  Según la ECVC 2010, el herpes tipo 2 en San Salvador fue de 81% y en Sonsonate 73% en los prostíbulos. En San Salvador fue de 86% y en Sonsonate 72% en la calle.42   1. **Alta prevalencia de problemas mentales**   Según el estudio realizado en el año 2013, ECAP, se encontró que:  El 49.7% de las MTS se han sentido deprimidas.28  El 35.9% ha tenido problemas de concentración. 28  El 42.7% han presentado dificultad para dormir. 28  El 47.5% se han sentido aislada. 28  El 50.1% ha tenido momentos de llanto inexplicable. 28   1. **Prevalencia de intento de suicidio:**   El 21.0% de las MTS han intentado suicidarse. 28 |

Tabla 4. VARIABLES DE DSS EN MTS DE EL SALVADOR IDENTIFICADAS EN TALLER, 2018.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Determinante | Favorable | Limitante |
| 1. Condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales | 1. Ley de Prevención y Control del VIH | 1. El estigma y discriminación se mantiene en 100% en los años de 2013-2015. |
| 2. Plan estratégico Multisectorial 2016-2020 | 2. Presupuesto Insuficiente |
| 3. Involucramiento de gobierno MINSAL | 3. Carencia de Fondos en NNA que quedan en orfandad por orfandad |
| 4. Efectos migratorios |
| 2. Condiciones de vida y trabajo |  | * + - 1. Baja escolaridad |
| 2 .Desempleo |
| 3. Servicios de atención en salud | 1. Plan para reducir el número de casos de VIH | 1. Escasos Recursos para el Tratamiento |
| 2. Protocolo de Atención | 2. No se lleva a cabo la atención integral como se plantea en el protocolo de atención |
| 3. Cobertura y disponibilidad | 3. Ampliación en servicios de atención |
| 4. Informe sobre la situación de VIH | 4. Atención oportuna a personas privadas de libertad para la continuidad de los tratamientos |
| 1. Redes sociales y comunitarias | 1. Asistencia en protección social | 1.No se da seguimiento psicosocial |
| 2. Asistencia Legal |
| 3. Apoyo a la Familia |
| 4. Grupos de apoyo |
| 1. Apoyo financiero en poblaciones clave |
| 5. Estilos de vida |  | 1. Incidencia en casos de personas en edad productiva |
|  | 1. Poca adherencia al tratamiento |
| 6. Factores biológicos y caudal genético | 1. Detección oportuna en mujeres embarazadas | 1. NN que nacen con VIH |
| 2. Disminución de esperanza de vida al nacer |
| 3 Sexo y género al nacer |
| 4 Mayor incidencia de VIH en hombres |
| 5 Mayor incidencia en personas en edad productiva |
| 6 Incidencia en personas sexualmente activo |
| 7 Aumento de la mortalidad |

Tabla 5. DETALLES DE LA FUENTE DE INFORMACIÓN REVISADAS

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nº | Nombre del artículo | Fecha | Autor | Muestra | Hallazgos | Conclusiones | Recomendaciones |
| 1 | Estado de la epidemia del VIH a nivel mundial | 2018 | UNAID | N/A | 36,9 millones [31,1 millones–43,9 millones] de personas vivían con el VIH en 2017 en todo el mundo. | N/A | N/A |
| 2 | Hoja informativa. Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida. 2017 | N/A | ONUSIDA | N/A | El 75% de las personas que vivían con el VIH, conocía su estado serológico con respecto al VIH, esto implica un incremento del 8%, con respecto al 67% reportado en el 2015. Así mismo 21,7 millones [19,1 millones–22,6 millones] de personas tenían acceso a la Terapia Antirretroviral (TAR) lo cual supone un aumento con respecto a los 17,2 millones de 2015. No obstante, se reporta que 9,4 millones de personas VIH todavía no conocen su estado serológico, por lo que deben someterse con urgencia a los servicios de prueba y tratamiento. | N/A | N/A |
| 3 | Estrategia para el 2016-2021: acción acelerada a cero | 2016 | ONUSIDA | N/A | ONUSIDA cuenta con la estrategia denominada “Acción acelerada para acabar con el sida, 2016-2021”, donde se promueven dos acciones dirigidas a la PC, una enfocada a reducir la inequidad en el acceso a los servicios y productos básicos, estableciendo que el 90% de los PT, tengan acceso a servicios de prevención del VIH adaptados a sus necesidades y la otra a promover sociedades inclusivas para el desarrollo sostenible, estableciéndose que el 90% de la PC y personas con VIH no reporte discriminación incluyendo en el sector salud | N/A | N/A |
| 4 | Informe de ONUSIDA 2017 - avances hacia las metas 90-90-90 en américa latina | N/A | ONUSIDA | N/A | En relación a las estadísticas del VIH, en el 2010 en AL se observa un mínimo cambio en el porcentaje de nuevas infecciones por VIH, versus las reportadas en el 2017 que es de menos 1%. Las muertes relacionado por VIH entre 2010 y 2017 el porcentaje de cambio es de menos 12%. Se observa que los cambios en estos dos indicadores son pocos en los últimos 17 años. Sin embargo, se observa un descenso gradual en la prevalencia del VIH de 0.06% [0.04-0.07] a nivel de la región. |  |  |
| 5 | Encuesta centroamericana de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencia de VIH/ITS en poblaciones vulnerables (ECVC). | 2010 | MINSAL | 800 en total  600 en San Salvador  200 en San Miguel. | Haciendo referencia a la ECVC publicada en 2010, la mayoría de PT (81.5%) reportó que consigue condones en una clínica privada, farmacia, unidad de salud u hospital. El 67.4% los obtiene por medio de una ONG, el grupo de apoyo o un educador. La última vez que consiguieron un condón, el 64.8% lo obtuvo gratis  El 80.6% utilizó lubricantes alguna vez. | Frecuencia de comportamiento de riesgo:  Los resultados describen a una población que está teniendo relaciones sexuales con diferentes tipos de parejas y no siempre emplea medidas. básicas para protegerse. | Es urgente que se focalice el problema de la violencia sexual en HSH y en la subpoblación de trans como un problema de salud pública, que se brinde asistencia psicológica a los afectados y se provea de asistencia legal en forma inmediata. |
| 6 | Monitoring and evaluation capacity assessment toolkit: user guide. Measure evaluation 2017. | N/A | N/A | N/A | El Índice de Sostenibilidad de VIH/sida, (SID) (por sus siglas en inglés Sustainability Index and Dashboard), ha sido desarrollado para facilitar la toma de decisiones informadas sobre inversión financiera y sostenibilidad de la respuesta al VIH/sida. | N/A |  |
| 7 | Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples. | 2017 | DIGESTYC | 1,664 viviendas | Para el año 2017, la EHPM reporta que la población total del país fue de 6, 581,860 personas, de las cuales 3, 959,652 residen en el área urbana y 2, 622,208 en la rural, lo que en términos relativos representa el 60.2% y 39.8% respectivamente. En esta misma línea, se destaca que en el Área Metropolitana de San Salvador (AMSS), se concentra el 25.7% del total de la población del país, es decir 1, 693,186 habitantes.  Una característica fundamental es que la población es mayoritariamente joven, puesto que el 53.6% de la población es menor de 30 años, mientras que el 12.6% tiene una edad de 60 años y más. En términos teóricos es un dato positivo, en tanto que el país cuenta con una población en edad productiva mayor con respecto a la que no lo es, de hecho, la relación para 2017 fue de 66 persona activas contra 34 inactivas de cada centenar de personas.  Al diferenciar la población por sexo, los datos proporcionados por la encuesta, muestran que las mujeres representan el 53.0% de la población total del país y los hombres el 47.0%; En el país existen 89 hombres por cada 100 mujeres. En ese sentido 3, 491,473 son mujeres frente a 3, 090,387 hombres.  El indicador de densidad poblacional por departamento, da cuenta que con relación al promedio nacional los departamentos con los niveles más altos son: San Salvador, La Libertad, Sonsonate y Cuscatlán; mientras que el resto se ubican por debajo del promedio nacional, destacándose Chalatenango y La Unión como los departamentos que tienen menor población por Km².  El ingreso promedio mensual de los hogares a nivel nacional es de $543.89, en el área urbana dicha promedio es de $641.13 y en el área rural es de $385.71, lo que indica que las condiciones de vida de los hogares del área rural, están por debajo de las condiciones en las que viven en el área urbana. Al hacer un análisis particular para AMSS, el promedio de ingresos del hogar es de $699.18 estando por encima del promedio nacional. Al analizar el ingreso promedio mensual por departamento, los hogares ubicados en San Salvador y La Libertad, superan el promedio nacional con ingresos promedios de $656.92 y $587.63 respectivamente; mientras que los departamentos que presentan los ingresos más bajos son: San Vicente con $415.93 y Morazán con $424.25.  A nivel nacional un 29.2% de los hogares se encuentran en pobreza; de estos el 6.2% se encuentra en pobreza extrema; mientras que el 23.0% están en pobreza relativa. En el área rural un 32.1% de hogares se encuentran en pobreza, de los cuales el 7.7% están en pobreza extrema y el 24.4% en pobreza relativa. En el área urbana el 27.4% de los hogares viven en pobreza; el 5.3% están en pobreza extrema y el 22.2% en pobreza relativa. El AMSS cuenta con el menor número de pobres, el 20.3% de hogares están en esta situación; el 3.2% se encuentra en pobreza extrema; el 17.0% está en pobreza relativa.  En El Salvador la Población en Edad de Trabajar (PET) va de los 16 años en adelante, teniendo que la mayor parte de esta población se concentra en el área urbana con un 62.0%, mientras que en la rural es de un 38.0%. Por su parte en la Población Económicamente Activa (PEA) se ve el predominio de hombre con un 59.3%, mientras que las mujeres cubren el 40.7% restante. Se tiene que la mayor cantidad de personas de la PEA oscilan entre los 20 a 44 años para ambos sexos. En cuanto a la Población Económicamente Inactiva (PEI) se estima que oscile en un 38.1% de la población total, de esta población el 76.7% son mujeres y un 23.3% son hombres.  La condición de ocupación en el área urbana de la PEA se divide en ocupado pleno con un 51.8%, subempleo con 37.3%, desempleo 6.8% y servicios domésticos 4.1%.  La tasa de alfabetización en El Salvador es de 89.5% mientras el analfabetismo se manifiesta en un 10.5% de la población total, subdividiéndose por sexo de la siguiente manera: mujeres 12.2% y hombres 8.5%. La tasa de asistencia escolar de la población de 4 años y más es de 27.5% a nivel nacional, divididos por grupos de edad se tienen con un 86.1% a la población entre 4 a 12 años, seguido de 79.4% de la población que corresponde a las edades de 13 a 17 años, cursando un promedio de 10 a 12 años escolares. El rango de años de escolaridad aprobados a nivel nacional oscila entre 4 a 6, 7 a 9 y 10 a 12 con un 20%, 19.2% y 20.2% respectivamente, habiendo un 9.5% de la población que ha accedido a educación superior, de este porcentaje de la población puede subdividirse en área rural con un 2.8% y urbana con un 13.9%.  Los hogares que cuentan con el acceso al servicio de agua por cañería a nivel nacional son el 88.3% que incluye: cañería dentro y fuera de la vivienda, tubería por poliducto en buen estado, tiene, pero no le cae (por más de un mes), cañería del vecino, pila, chorro público o cantarera, chorro común y acarreo cañería del vecino).  Los que se abastecen con agua de pozo, representan el 6.2%, mientras los que lo hacen mediante otros medios representan el 5.5% estos incluyen hogares que se abastecen de ojo de agua, río o quebrada, camión o pipa.  En relación con el servicio de alumbrado eléctrico se puede mencionar que el 96.7% de los hogares cuenta con acceso a servicio de alumbrado eléctrico (incluye electricidad y conexión eléctrica del vecino); le sigue en orden de importancia aquellos hogares que utilizan candela con el 1.5%, Kerosén (gas) con el 0.7% y otros tipos con el 1.2%. A nivel nacional los hogares con tenencia del servicio de alumbrado eléctrico (propio) son el 86.3%  En el área urbana, el 98.8% cuenta con el acceso a servicio de alumbrado eléctrico, y la tenencia es del 92.0%. En el área rural los hogares que tienen acceso y tenencia al servicio de electricidad son el 93.2% y 77.1%, respectivamente. | N/A | N/A |
| 8 | Encuesta nacional de salud de indicadores múltiples por conglomerado. | 2014 | MINSAL | 14,160 hogares | CONOCIMIENTO DEL VIH/SIDA Y ACTITUDES:  •El 98.7% de la población (entre 15 a 49 años) han oído hablar del VIH/sida.  •El 31.1% de la población joven (entre 15 a 24 años) identifican correctamente las maneras de prevenir la transmisión sexual del VIH, y que rechaza los principales preconceptos sobre la  transmisión del VIH.  •El 60% de la población (entre 15 a 49 años) identifica correctamente las tres maneras de transmisión del VIH de madre a hijo o hija.  •El 17% de la población (entre 15 a 49 años) expresan actitudes de aceptación hacia las personas que viven con VIH. | N/A | N/A |
| 9 | Conferencia mundial sobre determinantes sociales de la salud | 2011 | OMS | N/A | Los DSS son definidos como: “Conjunto de factores personales, sociales, políticos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos y las poblaciones”. Glosario, OMS 1998. Los DSS son las condiciones sociales en las cuales nacen, crecen viven y trabajan las personas, incluyendo tanto las características específicas del contexto social que inciden en la salud, como las vías por las cuales estas condiciones sociales se traducen en efectos en la salud en su sentido más amplio. | N/A | N/A |
| 10 | Subsanar las desigualdades de una generación. | 2008 | OMS | N/A | Uno de los principales principios éticos que han guiado a la Comisión en la elaboración del modelo ha sido el concepto de equidad en salud; mientras que la Declaración Universal de los derechos humanos ha servido de marco para la movilización social y política hacia la igualdad en salud. | N/A | N/A |
| 11 | Conceptos claves | 2005 | OMS | N/A | Los DSS van a afectar la salud, en mayor o menor grado, dependiendo de la posición social, puesto que los individuos según su posición social tendrán diferentes exposiciones ante las condiciones que pueden o no perjudicar su salud. Por tanto, presentarán diferente vulnerabilidad, la cual determinará consecuencias ante los daños a la salud, incluyendo las económicas y sociales. | N/A | N/A |
| 12 | Guía para la Lectura de la Ley Especial Integral para una Vida Libre de Violencia para las Mujeres con enfoque psico-social | 2013 | ISDEMU | N/A | La Organización de Naciones Unidas (ONU) en la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1994) definió que violencia de género es “Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tiene o puede tener como resultado, un daño físico, sexual o psíquico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada”.  La violencia contra las mujeres en El Salvador, en todas sus manifestaciones, ocurre en el marco de una cultura de estilo patriarcal que, al ensalzar los valores masculinos sobre los femeninos, obstaculiza la concienciación social sobre la problemática, por tanto, la legislación al respecto y la asistencia a las víctimas. Como consecuencia tampoco existe una estimación actualizada en el país de la prevalencia actual de los casos de violencia y muerte de mujeres a manos de sus parejas. Muchos datos son ocultados, ignorados o disfrazados bajos otros tipos de violencia.  Este proceso ha llevado a promover legislaciones nacionales de protección para las mujeres. Sin embargo, en dicho devenir, puede observarse cómo en un primer momento, la violencia contra las mujeres fue abordada desde la protección a la familia. Como resultado de esta etapa se cuenta con el Código de Familia, la Ley Procesal de Familiar y la Ley Contra la Violencia Intrafamiliar, las cuales, no obstante, existen importantes avances en materia de reconocimiento de los derechos de las mujeres, su abordaje es limitado, pues no se coloca como causa principal de la violencia contra las mujeres, las relaciones desiguales de poder entre mujeres y hombres, ni se dimensiona la problemática en todas sus manifestaciones. | N/A | N/A |
| 13 | Ley de Igualdad, Equidad y Erradicación de la Discriminación contra las Mujeres | 2011 | ISDEMU | N/A | La Convención Sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer fue aprobada y ratificada en 1981 por el Estado Salvadoreño. Por otra parte, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, conocida como Convención Belem Do Pará, fue ratificada por el Estado salvadoreño en 1995, este instrumento del Sistema Regional de Protección de los Derechos Humanos establece que “Toda mujer tiene derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado”.  Este proceso ha llevado a promover legislaciones nacionales de protección para las mujeres. Sin embargo, en dicho devenir, puede observarse cómo en un primer momento, la violencia contra las mujeres fue abordada desde la protección a la familia. Como resultado de esta etapa se cuenta con el Código de Familia, la Ley Procesal de Familiar y la Ley Contra la Violencia Intrafamiliar, las cuales, no obstante, existen importantes avances en materia de reconocimiento de los derechos de las mujeres, su abordaje es limitado, pues no se coloca como causa principal de la violencia contra las mujeres, las relaciones desiguales de poder entre mujeres y hombres, ni se dimensiona la problemática en todas sus manifestaciones.  La Convención Sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer fue aprobada y ratificada en 1981 por el Estado Salvadoreño. Por otra parte, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, conocida como Convención Belem Do Pará, fue ratificada por el Estado salvadoreño en 1995, este instrumento del Sistema Regional de Protección de los Derechos Humanos establece que “Toda mujer tiene derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado”.  Ley de Igualdad, Equidad y Erradicación de la Discriminación contra las Mujeres promueve los siguientes derechos: Derecho a la educación, a la participación política, Participación económica (Igualdad y no discriminación de los derechos económicos y laborales), Derecho a la salud, derechos sociales y culturales (Salud integral, sexual y reproductiva). Además, apunta a brindar atención a mujeres adultas mayores, mujeres en condiciones de vulnerabilidad, la trata de mujeres, igualdad en las políticas ambientales, en materia de vivienda y urbanismo, participación de las mujeres en el desarrollo rural. | N/A | N/A |
| 14 | Constitución de la República de El Salvador | 1983 | Varios | N/A | La Constitución de la República (Cn). La Cn de 1983 consagra en el Artículo 3, el principio de igualdad y el goce de los derechos civiles que todas las personas tienen ante la ley, sin distinción de nacionalidad, raza, sexo o religión | N/A | N/A |
| 15 | Violencia contra las Mujeres en EL Salvador: Estudio Poblacional | 2015 | Navarro Mantas, Laura | N/A | Según la encuesta realizada por estudio poblacional 2014 desvelaba que, en el 2007, 44% de las mujeres salvadoreñas que habían estado alguna vez casadas o acompañadas, habían sufrido maltrato psicológico o verbal, el 24% violencia física y el 12% violencia sexual. Las mujeres menores de 30 años fueron las que registraron una mayor prevalencia en el año anterior al estudio. A su vez, el 56% de las entrevistadas habían sufrido comportamientos dominantes y de control por parte de alguna pareja a lo largo de su vida.  La Organización de Naciones Unidas (ONU) en la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1994) definió que violencia de género es “Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tiene o puede tener como resultado, un daño físico, sexual o psíquico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada”. La violencia contra las mujeres en El Salvador, en todas sus manifestaciones, ocurre en el marco de una cultura de estilo patriarcal que, al ensalzar los valores masculinos sobre los femeninos, obstaculiza la concienciación social sobre la problemática, por tanto, la legislación al respecto y la asistencia a las víctimas. Como consecuencia tampoco existe una estimación actualizada en el país de la prevalencia actual de los casos de violencia y muerte de mujeres a manos de sus parejas. Muchos datos son ocultados, ignorados o disfrazados bajos otros tipos de violencia. | La mitad de las mujeres salvadoreñas que tienen  o han tenido parejas sufre algún tipo de violencia  por parte de estas parejas, física, sexual,  emocional y/o de control, en algún momento de  Sus vidas.  No se encuentran diferencias en las características  sociodemográficas de los hombres que ejercen  la violencia de pareja contra las mujeres y  Los que no.  Las creencias y los mitos en torno a la justificación  de la violencia de pareja están aún muy arraigados  En la población femenina salvadoreña. | N/A |
| 16 | Ley especial contra la Trata de Personas, San Salvador | 2014. | Asamblea Legislativa, Decreto N.º 824 | N/A | En El Salvador, existe un Ley especial contra la trata de personas, 2014 que en su Artículo 5 describe las modalidades de explotación humana: a) Servidumbre: estado de dependencia o sometimiento de la voluntad, en el que el tratante induce u obliga a la víctima de Trata de Personas a realizar actos, trabajos o a prestar servicios. b) Explotación Sexual: todas las acciones tendientes a inducir u obligar a una persona a realizar actos de tipo sexual o erótico, con la finalidad de obtener un beneficio económico o de otro tipo para sí o un tercero. Esto incluye los actos de prostitución y pornografía. c) Explotación Sexual Comercial en el Sector del Turismo: la utilización de personas en actividades con fines sexuales, utilizando para ese fin, los servicios e instalaciones turísticas. d) Trabajo Forzado: labor o servicio exigido a una persona, bajo amenaza o coacción. e) Esclavitud: estado o condición de una persona, sobre la cual se ejerce la voluntad o el control absoluto de otra persona, hasta el punto de que es tratada como un objeto. f) Mendicidad Forzada: es la explotación de una o más personas, obligándoles o utilizándose para pedir dinero u otro beneficio a favor del tratante. g) Embarazo Forzado: inducción a una niña, adolescente o mujer a través de la fuerza o engaño para quedar embarazada, independientemente de la finalidad. h) Matrimonio o Unión Forzada: acción mediante la cual una persona es prometida contra su voluntad u obligada a contraer matrimonio, o a sostener una relación de hecho, a cambio de un beneficio a favor de la persona tratante o de una tercera persona. i) Adopción Fraudulenta: se produce cuando ha sido precedida de una venta, sustracción, privación de libertad, secuestro de niñas, niños o adolescentes, entregados para fines de adopción con o sin el consentimiento de sus padres, tutores o familiares, en contravención a la Ley sobre la materia. j) Tráfico Ilegal de Órganos, Tejidos, Fluidos, Células o Embriones Humanos: consiste en obtener, extraer, implantar, transportar, comerciar, poseer o tener de manera ilícita órganos, tejidos, fluidos, células germinativas o embriones. k) Experimentación Clínica o Farmacológica: la realización a cualquier persona, sin su consentimiento, de pruebas médicas o experimentación con ella de fármacos o medicamentos, en beneficio del tratante o de un tercero; y, l) Comercio de Material Pornográfico: comprende la distribución, reproducción, tenencia y uso de material pornográfico de víctimas del Delito de Trata de Personas por cualquier medio y de toda naturaleza, particularmente informáticos. | N/A | N/A |
| 17 | ESTUDIO DE ESTIMACIÓN DE TAMAÑO DE POBLACIÓN DE MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES 2016. | 2016 | MCP-ES, PLAN, | 906 MTS | Para el 2016, las MTS afirman haber recibido dinero a cambio de relaciones sexuales antes de los 20 años (52.8%) y después de los 20 años (47.2%).  En 2016, de 906 mujeres que participaron en un estudio, el 86.5% se identifican con Trabajadoras Sexuales.  Para el 2016, MTS expresan el tiempo de realizar el trabajo sexual: Menos de 12 meses (6.2%) o más de 12 meses (93.8%).  Las MTS refieren que el número de clientes promedio en una semana regular es: 1 a 9 clientes (42.4%) o más de 10 clientes (57.6%). Los cuales pagan un estimado de: Menos de $10.00 (29.4%) o más de $10.00 (70.6%).  Para el 2016, se estima que las MTS percibían ingresos mensuales menores a $225.00 (43.4%), mientras otras tenían entre $225.00 a $449.00 como ingreso mensual (33.9%) y las que reciben mayor remuneración, es de $450.00 en adelante (22.7%).  En 2016, 17.7% (189 mujeres de un estudio de 905) afirmaron haber participado en el trabajo de una organización que apoya a las MTS, de las cuales el 75.2% han trabajado en el Movimiento de Mujeres Orquídeas del Mar, 17.1% con PASMO y el 32.8% ha trabajado con otra organización, y de ellas algunas han trabajado con más de una organización.  De un estudio a 894 MTS, se denota el uso de drogas alguna vez en la vida 13.1%. 8.1% afirma haber consumido en los últimos 12 meses, de las cuales: Fumado marihuana/piedra o crac (4.6%), Inhalado cocaína/piedra o crac (5.4%) u otra droga: diazepam/éxtasis o anfetaminas (0.3%).  Relaciones sexuales con clientes que han mantenido las MTS, en el 2013 (últimos 12 meses): el 97.5% han sido con clientes, mientras el 2.2% no ha sido con clientes y el 0.3 no responde.  En el 2016, las MTS manifiestan que la última pareja sexual fue: Pareja estable (11.7%), pareja ocasional (9.8%) y cliente (78.5%), teniendo como media 38 años en la pareja sexual. La práctica sexual más común con la última pareja ha sido: sexo vaginal (97.2%), sexo oral (2.7%) y sexo anal (0.1%), en las cuales el 83.6% utilizó condón, aunado a l hecho que el uso consistente de condón con la última pareja (últimos 6 meses) fue del 81.0%. Las MTS, declaran, respecto al estatus de VIH en última pareja que el 53.5% no reactivo, 0.6% reactivo y 45.9% no sabía. El 48.2% de las MTS en este estudio tuvo pareja estable en los últimos 12 meses (2016).  Para el 2016, MTS en un 89.0% afirma haber estado embarazada alguna vez, teniendo como promedio 3 embarazos. Para el mismo año, de 819 mujeres que participaron en la investigación 27 estaban embarazadas, mientras 162 MTS (18.4%) han tenido algún aborto.  El 86.3% de las MTS que han estado embarazadas algunas vez, han asistido a controles prenatales, en los cuales el 74.3% recibió información sobre el riesgo de trasmisión del VIH en su último embarazo, el 71.9% se realizó la prueba de VIH, teniendo que el 0.8% de la población tuvo resultado positivo a la prueba de VIH, además de 794 MTS el 60.6% se realizó la prueba de sífilis durante su último embarazo, de las que se realizaron la prueba el 1.5% resultó positivo y el 100% de los casos positivos de sífilis se proporcionó tratamiento para prevenir la transmisión al hijo o hija.  Respecto a abuso sexual: un 9.8% de las mujeres manifiestan que su primera relación sexual fue forzada, 21.9% que ha tenido relaciones sexuales forzadas alguna vez en su vida, y el 22.3% dice haber mantenido relaciones sexuales forzadas en los últimos 12 meses, para el 2016.  En 2016, de 907 MTS el 4.7% tuvo una ITS en los últimos 12 meses, los tipos de ITS diagnosticados fueron: Sífilis (19.9%), Gonorrea (29.6%), Tricolomas (17.1%), Condilomas (13.3%) y otras ITS como: Herpes, úlcera o clamidia (20.4%). El 93.5% de las MTS buscaron tratamiento la última vez que tuvieron una ITS, recibiendo tratamiento en: Hospital público/Centro de salud (87.6%), Clínica VICITS (8.9%), Hospital o clínica privada/ONG/ISSS u otro (3.5%), de las cuales el 97.7% recibió tratamiento completo.  La situación de MTS para el 2016, de 812 que se realizaron la prueba 17 (2.09%) tuvieron resultado reactivo, las cuales fueron diagnósticas: Menos de 12 meses (4 casos) o más de 12 meses 13 casos), de las cuales el 88.7% de los diagnósticos reciben control médico por ser PVIH y el 81.1% está tomando ARV.  La estimación del tamaño poblacional de las MTS, para el 2016, en San Salvador y La Libertad, 16289 y 5162 respectivamente, siendo estos los departamentos con mayor población de MTS. | N/A | Validar las estimaciones de la talla poblacional a nivel departamental y municipal para ajustar las metas a las necesidades locales y la gestión de recursos para dichas intervenciones.  Reducir las barreras del acceso a la prueba de VIH, garantizando la confidencialidad de los resultados.  Sigue siendo muy relevante fortalecer las intervenciones de prevención de VIH dirigidas a MTS, ya que todavía existen mensajes de mal información sobre la prevención del VIH. |
| 18 | VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO, VIH Y POBLACIONES CLAVE EN LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE. EL SALVADOR. | 2018 | USAID, PEPFAR, LINKAGES, PNUD. | N/A | El movimiento de mujeres Orquídeas del Mar ha registrado el asesinato de más de 27 MTS, en el 2018. La sucesión de crímenes y actos de violencia hacia las MTS en El Salvador ha despertado la preocupación de la comunidad internacional. | Las TSF, HSH y las mujeres trans se enfrentan a la violencia a lo largo de toda su vida por  manos de diversos actores y en todos los entornos. Esta violencia se comete tanto por parte  de las personas más cercanas, como familiares y parejas íntimas, como por parte de quienes  están obligados a brindarles protección e igualdad de trato, como agentes policía,  proveedores de atención de salud, educadores y en las instituciones estatales encargadas de  los servicios básicos como proporcionar identificación personal. | N/A |
| 19 | Informe Nacional: Estudio sobre Incidencia y Participación política de las Mujeres Trabajadoras Sexuales en El Salvador. | 2013 | Orquídeas del Mar y Redtrasex | N/A | En 2013, las MTS hablan sobre el ejercicio de los derechos y libertades fundamentales:  “El problema es que la mayoría de las veces no se conoce la forma de hacer los procesos de denuncias, las personas que reciben las denuncias son discriminadas por cualquier cosa”, “Las mujeres tienen que conocer las leyes del país para que conozcan más sobre cómo denunciar y aplicar ante cualquier hecho y cambiar esa cultura de quedarnos calladas, conocer los mecanismos para mejorar las cuestiones en conocimientos de leyes y aplicación”. | N/A | N/A |
| 20 | Situación de los Derechos Humanos de las Trabajadoras Sexuales en El Salvador. | 2018 | Redtrasex, Sinergia y Avahará. | N/A | El trabajo sexual autónomo es una actividad lícita en tanto que no está penalizado o prohibido por la normativa primaria en el marco legal nacional. Sin embargo, tampoco es una actividad reconocida legalmente en el país, al no estar regulada o legalizada como trabajo.  La normativa primaria en el marco legal nacional, que únicamente penaliza actos de proxenetismo y referentes a trata de personas de las cuales ninguna hace referencia al trabajo sexual autónomo. Es importante denotar que son las Ordenanzas Municipales Convencionales las que prohíben el ofrecimiento de servicios sexuales, cada municipio cuenta con autonomía para formular sus propias leyes u Ordenanzas y Reglamentos sobre el desarrollo local y la convivencia ciudadana.  La situación de inseguridad vivida por las trabajadoras sexuales, que no encuentran donde canalizar sus denuncias, las empuja muchas veces en manos de proxenetas que ofrecen publicidad de los servicios y entre ellos seguridad contra los clientes o la policía a cambio de exorbitantes comisiones y condiciones de trabajo inhumanas que ponen en riesgo la salud y la vida de las MTS. El movimiento de mujeres Orquídeas del Mar ha registrado el asesinato de más de 27 MTS, en el 2018. La sucesión de crímenes y actos de violencia hacia las MTS en El Salvador ha despertado la preocupación de la comunidad internacional. En el tema de abuso sexual, las MTS han expresado que un 18.8% ha sido víctima de abuso sexual, de las cuales el 75.4% dijo que no hizo nada “por temor, por amenazas, Dios se encargará de todo”, el 24.6% interpuso denuncia y en una buena parte de estos casos el agresor fue detenido, procesado y castigado con prisión, no obstante los acusados fueron liberados a los 3 meses, se les dieron medidas cautelares, o bien la MTS fue obligada a retirar la denuncia, 7 casos fueron liberados por “Faltas de Pruebas”.  Estudio en San Salvador, en el 2014, revela que en San Salvador cuatro de cada 10 trabajadoras sexuales (43.3%) no quiso ir al hospital o servicio de salud para no tener que dar explicaciones sobre su ocupación, el 60% de las MTS se atendió lejos de donde vive para que en su casa o barrio no se sepa que es TS. Una de cada tres mujeres (33.3%) sintió hostilidad del personal administrativo del servicio de salud por ser MTS, y una de cada cinco encuestadas (18.3%) le negaron la atención que necesitaba o solicitaba por TS, además al 28.3% de las entrevistadas las obligaron a hacerse la prueba del VIH con motivo de su ocupación  PROHIBICIÓN DE LA TORTURA Y OTROS TRATOS O PENAS CRUELES INHUMANOS O DEGRADANTES  En el caso de El Salvador, los Concejos municipales legislan sobre la presencia de las trabajadoras sexuales en espacios públicos como un “desorden” que “daña la moral y las buenas costumbres de la ciudadanía”. Esto a pesar de que se sabe que las MTS no ejercen en la vía pública, sino que tan solo realizan el acuerdo de condiciones previo en el espacio público para luego brindar los servicios en lugares privados o cerrados.  “Los del CAM nos han querido sacar del parque porque le damos mal aspecto. Yo le dije: ‘A mi jamás me ha visto desordenada y jamás me ha visto haciendo cosas indecorosas ahí en el parque. ¿En qué le perjudica ahí mi presencia?”.2  “Los del CAM dicen que tienen que vestirse decente para ejercer el trabajo sexual porque no quieren que anden mujeres con minifalda. Pero hay que tomar en cuenta que no sólo las trabajadoras sexuales andamos en minifalda”.  La normativa primaria en el marco legal nacional, que únicamente penaliza actos de proxenetismo y referentes a trata de personas de las cuales ninguna hace referencia al trabajo sexual autónomo. Es importante denotar que son las Ordenanzas Municipales Convencionales las que prohíben el ofrecimiento de servicios sexuales, cada municipio cuenta con autonomía para formular sus propias leyes u Ordenanzas y Reglamentos sobre el desarrollo local y la convivencia ciudadana.  La situación de inseguridad vivida por las trabajadoras sexuales, que no encuentran donde canalizar sus denuncias, las empuja muchas veces en manos de proxenetas que ofrecen publicidad de los servicios y entre ellos seguridad contra los clientes o la policía a cambio de exorbitantes comisiones y condiciones de trabajo inhumanas que ponen en riesgo la salud y la vida de las MTS.  Estudio en San Salvador, en el 2014, revela que en San Salvador cuatro de cada 10 trabajadoras sexuales (43.3%) no quiso ir al hospital o servicio de salud para no tener que dar explicaciones sobre su ocupación, el 60% de las MTS se atendió lejos de donde vive para que en su casa o barrio no se sepa que es TS. Una de cada tres mujeres (33.3%) sintió hostilidad del personal administrativo del servicio de salud por ser MTS, y una de cada cinco encuestadas (18.3%) le negaron la atención que necesitaba o solicitaba por TS, además al 28.3% de las entrevistadas las obligaron a hacerse la prueba del VIH con motivo de su ocupación. | N/A | En base a lo mencionado y las situaciones descriptas, solicitamos al Comité para la Eliminación de la  Discriminación contra la Mujer que formule las siguientes recomendaciones al Estado Salvadoreño durante  su revisión:  Reconocer el Trabajo Sexual autónomo como trabajo, Diferenciar claramente el trabajo sexual de la trata y el tráfico, así como de la explotación  sexual, Que las políticas de lucha contra la trata no sean utilizadas como excusa para llevar  adelante detenciones arbitrarias o procedimientos como allanamientos compulsivos, Formular políticas públicas eficientes para prevenir, combatir y sancionar la discriminación  y toda forma de violencia contra las trabajadoras sexuales y Establecer mecanismos efectivos de protección frente a la actuación de las fuerzas de  seguridad e instituciones públicas que desarrollen conductas de discriminación y violencia hacia  Las trabajadoras sexuales... |
| 21 | Proponen ley para reconocer el trabajo sexual autónomo  Esta propuesta de ley busca, entre otras cosas, la protección de los derechos de las trabajadoras sexuales, entre estos el de la vida y la integridad física. | 2017 | Josué Lorenzana | N/A | El movimiento de Mujeres Orquídeas del Mar, en octubre de 2017, se dio a conocer el primer borrador de la propuesta de Ley Especial de Reconocimiento al Trabajo Sexual Autónomo, la cual permitiría la creación de políticas para garantizar la no discriminación, el acceso a las saludes, al trabajo, a la seguridad social, esta ley busca, entre otras cosas, la protección de los derechos de las trabajadoras sexuales, entre estos el de la vida, la integridad física y moral. | N/A | N/A |
| 22 | Trabajo Sexual como Trabajo. | - | Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual | N/A | El enfoque del trabajo sexual basado en derechos laborales es fundamental para reconocer la agencia de las personas adultas que trabajan con consentimiento en el trabajo sexual y la distinción entre el trabajo sexual y la trata. Dentro de un marco laboral, pueden establecerse estándares de “trabajo sexual” y la explotación se puede abordar más fácilmente. La criminalización, al fomentar el estigma, la marginación social y la desconfianza hacia la policía, los servicios sociales y otras autoridades, impide que las personas que ejercen el trabajo sexual denuncien la explotación que experimentan o de la que son testigos. | N/A | Hay que reconocer que la despenalización protege el derecho de las personas  que ejercen el trabajo sexual de elegir y practicar libremente su  ocupación, todos los Estados deben despenalizar todos los aspectos  del trabajo sexual y eliminar todas las leyes y políticas punitivas y  Discriminatorias.  La OIT debería asumir el liderazgo en el apoyo a las personas que  ejercen el trabajo sexual para fomentar una agenda de trabajo sexual  Decente y enfatizar que el trabajo sexual es trabajo. |
| 23 | EL TRABAJO SEXUAL NO ES IGUAL A TRATA DE PERSONAS. | 2018 | Redtrasex | N/A | Todas las acciones anteriores son actos de sometimiento, diferentes al trabajo sexual. Redtrasex, en su portal digital Plantean la siguiente diferenciación, entre trabajo sexual y Trata de personas. Trabajo Sexual: Es una decisión a partir de los 18 años, no está prohibido y es el medio de vida por el que optan muchas mujeres. Trata de Personas: Se hace con fines sexuales, secuestro y retención de una persona usando distintas formas de violencia, sin importar edad, es un delito penado en todos los países de la región y es un delito, que involucra redes y crimen organizado.  Confundir el trabajo sexual autónomo con la trata de personas para fines sexuales impide la creación de políticas públicas asertivas que logren desmantelar las redes que se dedican al secuestro y retención de mujeres. | N/A | N/A |
| 24 | CÓDIGO PENAL, DECRETO N.º 1030. |  | La Asamblea Legislativa de la República de El Salvador | N/A | El código penal de la República de El Salvador establece respecto de la prostitución:  REMUNERACIÓN POR ACTOS SEXUALES O ERÓTICOS. Art. 169-A.- El que pague o prometa pagar con dinero u otra ventaja de cualquier naturaleza a una persona menor de dieciocho años o una tercera persona para que la persona menor de edad ejecute actos sexuales o eróticos, será sancionado con una pena de tres a ocho años de prisión.  DETERMINACIÓN A LA PROSTITUCIÓN Art. 170.- El que determinare, coactivamente o abusando de una situación de necesidad, a una persona para que ejerciere la prostitución o se mantuviere en ella, será sancionado con prisión de seis a diez años. La pena de prisión será de ocho a doce años cuando la víctima fuere menor de dieciocho años. Cuando cualquiera de estas modalidades fuere ejecutado prevaliéndose de la superioridad originada por cualquier relación, la pena se agravará hasta en una tercera parte del límite máximo.  OFERTA Y DEMANDA DE PROSTITUCIÓN AJENA Art. 170-A.- La mera oferta u ofrecimiento de servicios de prostitución ajena será sancionado con prisión de cuatro a ocho años.25 La mera demanda o solicitud de servicios de prostitución, será sancionado con la misma pena del inciso anterior.  EXHIBICIONES OBSCENAS Art. 171.- El que ejecutare o hiciere ejecutar a otros actos lúbricos o de exhibición obscena, o indecorosa, en lugar público o expuesto al público o bien ante menores de dieciocho años o deficientes mentales, será sancionado con prisión de dos a cuatro años. | N/A | N/A |
| 25 | Ordenanza para la Convivencia Ciudadana del Municipio de San Salvador. | 2011 | Alcaldía Municipal de San Salvador | N/A | La Ordenanza para la Convivencia Ciudadana del Municipio de San Salvador, en el 2012 establece, como infracciones graves:  Art. 32.- Ofrecimiento de servicios sexuales y hostigamiento sexual en espacio público. Ofrecer servicios de carácter sexual en lugares públicos o solicitar servicios sexuales de manera notoria o con escándalo que perturbe el orden público; y que aun estando en lugares privados, lesione la moral y las buenas costumbres, ofenda el pudor con desnudeces o por medio de palabras obscenas, gestos, actitudes o exhibiciones indecorosas, realice tocamientos impúdicos o asediare impertinente.Art. 33.- Realización de actos sexuales en lugares públicos. Realizar actos sexuales diversos o de acceso carnal en lugares públicos. | N/A | N/A |
| 26 | Ley de Prevención y Control de la infección Provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana. | 2001 | Asamblea Legislativa | N/A | En El Salvador en el año 2001 se crea la Ley de Prevención y Control de la Infección provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana que tiene por objeto velar tanto en el sector público como privado, por la salud de los habitantes de la República, en la prevención, promoción, protección, atención integral y el control de la infección causada por el VIH, mediante la implementación de estrategias de coordinación interinstitucional, con énfasis en los ámbitos educativo, laboral, penitenciario, salud e investigación; respetando los derechos humanos de la población. La cual tiene como principales ejes permitir la atención integral en el área clínica y en el ejercicio laboral, donde se delega al MINSAL para que le del correcto cumplimiento de la Ley. Además, establece los derechos para la persona con VIH que se detallan en el artículo 10, entre los cuales están: Derecho a la no discriminación, acceso a la información sobre el VIH, Información sobre el Diagnóstico de VIH, Acceso a la prueba del VIH, Acceso a la atención Integral a recibir consejería y orientación. | N/A | N/A |
| 27 | MEDICIÓN DE GASTO EN SIDA, AÑO 2015, San Salvador | 2015 | PEPFAR, USAID, PASCA, CONAVIH, MINSAL | N/A | Las instituciones estatales que se encargan de apoyar la Respuesta Nacional del VIH, para el 2015 son: Ministerio de Gobernación (0.0%), Instituto Nacional de la Juventud INJUVE (0.01%), Instituto Salvadoreño Para el Desarrollo Integral de la Niñez y la Adolescencia (ISNA) (0.06%), Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos de El Salvador (PDDH) (0.14%), Alcaldía de San Salvador (0.15%), Canal 10 (0.16%), Secretaría de Inclusión Social (SIS) (0.2%), Ministerio de Educación (MINED) (0.2%), Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM) (0.2%), Policía Nacional Civil PNC(0.3%), Sanidad Militar (0.6%), Ministerio de Justicia (0.8%), Ministerio de Trabajo (0.8%), Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) (14.4%) y el Ministerio de Salud de El Salvador y Previsión Social (MINSAL) (81.8%), estimándose que el financiamiento, para el 2015 sea de $52,831,847.00. | La fuente Publica, representa el mayor porcentaje de financiamiento con un 77%; en segundo lugar, la fuente internacional, con un 18 % y en tercer lugar la fuente privada con un 5%, este último representa un 50% al gasto de bolsillo de la población, canales de TV 27% y ONG con un 23%. El Plan Estratégico Nacional Multisectorial 2011-2015 en su presupuesto estimado para cada año requiere una inversión de $66 Millones anuales, el gasto para el año 2015, fue de $68.6 millones lo que sugiere que se están cubriendo las necesidades financieras según el PENM. El componente de Recursos Humanos representa el 2.6% ($1,8 millones) del monto total en VIH. La mayor fuente de financiamiento para este componente fue la cooperación externa con el 83%. | Continuar con la realización de estudios en Adherencia e implementar las estrategias ya existentes para fortalecer este componente en las personas con VIH, en los 20 hospitales que descentralizados con Terapia Antirretroviral.  Continuar con la gestión de recursos para el fortalecimiento de las acciones de prevención con el objetivo de disminuir los nuevos casos de VIH en El Salvador.  Que las instituciones gubernamentales, no gubernamentales, privadas; adopten políticas de VIH presupuestarias con sus planes de trabajo para fortalecer la sostenibilidad de las acciones que son financiadas por la cooperación internacional por el riesgo de la disminución o retiro del apoyo financiero de proyectos financiados por este sector. |
| 28 | Estudio de Conocimientos, Actitudes y Prácticas para la Prevención del VIH en Mujeres Trabajadoras Sexuales (MTS) de El Salvador | 2013 | PNUD | N/A | En contexto en el cual las MTS se han desarrollado a lo largo de su vida influye en las actitudes y las concepciones que ellas puedan tener ante las relaciones entre hombres y mujeres, en 2013 se realizó un estudio a 714 MTS, las cuales se manifestaron en acuerdo y desacuerdo ante las siguientes proposiciones: El hombre debe ser siempre el jefe del hogar, el hombre es el único responsable de mantener el hogar, el hombre debería expresar sus sentimientos y su ternura, cuando se toman decisiones el hombre debe tener la última palabra, si el hombre tiene suficientes ingresos la mujer no debe trabajar, si una mujer le miente al hombre, él puede castigarla, la infidelidad es más grave en la mujer que en el hombre, el hombre debe ayudar a la mujer en las labores domésticas y la mujer no tiene derecho de trabajar fuera de casa o estudiar  Las organizaciones de MTS y otras que trabajan con poblaciones clave en un 51.1% han sido financiadas por el Fondo Mundial, para el año 2013.  La ocupación señalada por MTS: 85.4% Trabajadora Sexual, 1.7% Cosmetóloga, 2.4% Comerciante informal, 3.9% Ama de casa, 1.4% Empleada Doméstica, 3.4% mencionaron otra ocupación y 1.8% no respondieron. Entre las ocupaciones señaladas, se denota una variedad de trabajos como: trabajadora en la agricultura, corralera, cajera, mesera, cocinera, costurera, tortillera, y pupusería, trabajo de lavar y planchar ropa “ajena”, masajista, impulsadora, operadora de maquila, prestamista, artesana, bailarina, cobradora, de auto hotel, estudiante, maestra y secretaria.  Las MTS denotaron como principales causas para el ejercicio de Trabajo Sexual, se tienen: Mantener a mis hijos (13.8%), Necesidad económica (66.6%), Ayudar a mi familia (10.1%), Por soledad y depresión (1.2%), Me obligaron (2.2%) y Otras causas (6.1%)  En cuanto al libre ejercicio del trabajo sexual, se tiene que un 93.4% de MTS eligió libremente ejercer dicho trabajo, mientras el 2.9% no eligió libremente y no responde 3.6%, siendo del segundo de los casos posibles víctimas de trata de persona.  El ingreso mensual de las MTS para el 2013, en el Estudio de Conocimientos, Actitudes y Prácticas para la Prevención del VIH en MTS, muestra ingresos mensuales van de los $20.00 hasta los $2000.00, de los cual el 97% afirma obtener sus ingresos mensuales del trabajo sexual mientras que el 3% restante aseveran que la forma de obtener sus ingresos provenientes del comercio informal y de otras formas.  El ingreso mensual se concentra entre los 100 a 300 dólares, teniendo en promedio $290.00 que está por debajo del salario mínimo del sector comercio, según datos del 2013  Las MTS en grupos focales del Estudio de Conocimientos, Actitudes y Prácticas para la Prevención del VIH, dieron a conocer las condiciones en las cuales realizan el trabajo sexual: “los lugares descritos en las peores condiciones son los ubicados en la Calle Celis, la avenida Independencia la calle del Charro, Los Ranchitos en El Tránsito (San Miguel) y la zona del Zurita, y en Ahuachapán que se identificó un grupo del MTS en “Champetas” de lámina”  “En algunos lugares no hay ni lugares para las relaciones sexuales, lo hacen al aire libre y se exponen a muchos riesgos” “Las MTS ambulantes, tienen diferentes horarios o turnos, y los riesgos que corren es que los mareros les exigen la les exigen la renta y las amenazas”.  En el tema de abuso sexual, las MTS han expresado que un 18.8% ha sido víctima de abuso sexual, de las cuales el 75.4% dijo que no hizo nada “por temor, por amenazas, Dios se encargará de todo”, el 24.6% interpuso denuncia y en una buena parte de estos casos el agresor fue detenido, procesado y castigado con prisión, no obstante los acusados fueron liberados a los 3 meses, se les dieron medidas cautelares, o bien la MTS fue obligada a retirar la denuncia, 7 casos fueron liberados por “Faltas de Pruebas”.  De 134 MTS que sufrieron abuso sexual solamente el 13.4% afirmó haber recibido profilaxis post exposición para el VIH. El 78.2% niega haber sufrido abuso sexual, y el 3.1% no responde.  En los últimos 6 meses las MTS que han sufrido maltrato físico son un 26.7%, MTS que no 71.2% y el 2.1% no ha respondido, 2013.  Una MTS comentó: “Sobre la violencia que sufren las MTS por los clientes, también es necesario trabajar, ya que hay muchas mujeres que sufren violaciones sin consideración. Se debe trabajar en prevenir la violencia y la trata de personas”  Se cuestionó a 905 MTS (2016) que afirmó en un 10.2% haber sufrido abuso o maltrato en razón del trabajo que ejercen en los últimos 12 meses: Maltrato físico (41.4%%), Maltrato Verbal (%61.4) u Otros (14.0%) de esta última las MTS declararon: “Extorsión, chantaje, robo, asaltos y violación sexual”. La persona que propició dicho abuso se encuentra en: Cliente (44.6%), Desconocido/Marero/Pandillero (29.5%), Familia/Pareja estable (23.8%) u Otro (30.0%) de esta última aludieron: “Compañeras de trabajo, amigo, conocido, vecinos, personal del cuerpo policial, personal de salud o pareja ocasional”  Las estadísticas reflejan que las MTS sobre situaciones que vulneran los derechos de las mujeres: Respecto al Maltrato físico, el 40.9% ha sufrido maltrato físico, el 58.1% no lo ha sufrido y el 1.0% de la población no respondió.  Las MTS no identifican documentación donde se les permita acceder a vivienda, préstamos o paquetes crediticios, ya que no existe el reconocimiento del Trabajo Sexual.  Respecto a la calidad de vida de las MTS, estudio de 2013 refleja el nivel de satisfacción que muestran, el cual se refleja en la siguiente tabla, cuyos datos fueron extraídos del Estudio antes mencionado:  La mayoría de las MTS manifiestan estar satisfechas respecto a la calidad de vida, en 2013, hablan sobre el grado de satisfacción: Seguridad Personal (53.5%), El dinero que tienen para cubrir sus necesidades (47.1%), Su vivienda (59.4%), Trabajo (52.8%), Educación (57.6%), Alimentación y nutrición (75.6%) y Tiempo de descansar (dormir) (66.4%).  Los lugares que las MTS identifican para la realización de la prueba del VIH son: MINSAL (Unidades de Salud VICITS, Hospitales y FOSALUD) con un 75.9%, los servicios privados tienen un 7.7%, PASMO un 1.3%, el Hospital PROFAMILIA tiene el 8.3%, las ONG poseen el 4.7% y otros lugares 2%.  En 2016, 906 MTS declaran ante el acceso de condones y lubricantes: Obtener un condón es muy fácil (90.4%), de las que un 86.2% declara no haber comprado ninguno de los condones en los últimos 30 días, mientras el 13.8% ha comprado uno o más. Lugar donde consiguió los condones gratis: ONG (75.8%), Centro de Salud/Hospital Público (19.6%) y otro (4.6%), en dichos establecimientos se estima que las MTS han recibido: Menos de 140 condones (47.3%) o más de 140 condones (52.7%).  El servicio que es más accesible de salud sexual y reproductiva para las MTS y el que se realizan periódicamente es la citología, donde el 90.1% respondió que se realiza la citología cervicovaginal, el 5.6% que no la realiza y el 4.3% no respondió a la interrogante, esto para el 2013 en estudio realizado. Seguido de ellos se cuestionó sobre la última citología realizada, denotando que 80.7% se ha realizado la última citología en menos de 12 meses.  Respecto a la utilización de métodos anticonceptivos las MTS, afirman no hacer uso de ninguno de los métodos (44.1%), Píldoras anticonceptivas (9.5%), Inyecciones (25.4%), DIU (2.9%), Condón Masculino (9.8%), Condón femenino (2.2%), Método Natural (0.4%), Otro (5.2%), No respondió (0.5%)  En el Estudio de Conocimientos, Actitudes y Prácticas para la Prevención del VIH, se cuestionó a las MTS sobre el apoyo familiar a la decisión de ejercer el Trabajo Sexual a lo cual respondieron: Sí (32.5%), No (54.9%), La familia no sabe (12.0%), No responde (0.6%).  Las MTS para el 2013, dieron a conocer su estado civil: el 68.8% son solteras, 3.9% están casadas, el 23.1% viven en unión libre, el 1.7% están separadas, y el 1.5% son viudas, para el ESTUDIO DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH EN MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES (MTS) DE EL SALVADOR.  Las MTS manifiestan haber tenido parejas fijas el año previo al 2013, año en el cual se realizó la investigación. 0 parejas (42.3%), 1 pareja (44.1%), 2 parejas (7.9%), 3 parejas (3.8%), 4 parejas (0.3%), 5 parejas (0.4%) más de 5 parejas (1.2%). Con base a lo anterior se cuestionó sobre el uso de condón con la pareja fija, de las cuales el 27.1% usó condón con su pareja, el 61.0% No usó y el 11.9% no respondió la interrogante.  Entre otros datos, correspondientes al 2013, se tiene que el 13.3% de las MTS viven solas actualmente, 21.6% viven con sus padres, 23.9% con otros familiares, 22.4% viven con sus parejas fijas (acompañadas o casadas) y el 12.2% viven con otras personas.  Estudio de Conocimientos, Actitudes y Prácticas para la Prevención del VIH en Mujeres Trabajadoras Sexuales (MTS), brinda datos sobre la religión que profesan las MTS: católica (34.6%), Cristiana Evangélica (20.9%), Otra religión (0.4%) y No profesa ninguna religión (37.4%), estas últimas expresan que su decisión se ve influenciada por la moral religiosa que condena el trabajo sexual.  Las organizaciones que se encargan de suministrar condones a MTS son: Flor de piedra (9.9%), Orquídeas del Mar (5.1%), PASMO (9.5%), Unidades de Salud del MINSAL (50.4%), Hospitales Nacionales (5.2%), ONG (9.2%), Farmacia (5.8%) y otro (4.8%).  Las MTS que han recibido capacitaciones sobre la prevención del VIH son el 79.4%, mientras el 20.5% no han recibido capacitación. Se conoce que las organizaciones que han brindado capacitaciones sobre el VIH son: Flor de Piedra (33.1%), Orquídeas del Mar (10.7%), y otras Organizaciones ASPIDH y Asociación Entre Amigos (7.3%), además mencionan al MINSAL (clínicas VICITS) (12.9%), PASMO (35.7%) y otras organizaciones (0.3%), de las cuales el 51.1% han sido financiadas por el Fondo Mundial.  Los conocimientos del VIH el 97.9% de las MTS han oído hablar del VIH, de las cuales el 10% conoce que no tiene cura, mientras el 87.6% dicen que no existe cura, el 2.4% restante no sabe o no responde. Respecto a las formas de transmisión:  Relaciones vaginales sin condón (97.7%), Relaciones anales sin condón (84.3%), Relaciones orales sin condón (82.5%), Durante el embarazo (21.9%), Durante el parto (16.9%), durante la lactancia (19.5%) y contacto con la sangre (52.6%), las respuestas que se han tomado son aquellas que las MTS han considerado como transmisión espontánea.  Respecto a las formas de prevenir el VIH: Usar condones en todas la relaciones sexuales (97.9%), Tener una sola pareja sexual (fidelidad mutua) (37.3%), no tener relaciones sexuales (abstinencia) (30.9%), Con medicamentos ARV durante el embarazo y el parto (17.3%), evitando la lactancia por completo (19.5%), siempre utilizar jeringas nuevas (30.0%), Transfusiones de sangre no infectada por el VIH (17.3%) y evitar el contagio directo con sangre de otras personas (22.3%), las anteriores se señalaron como formas de prevenir el contagio espontáneo.  Las MTS que se han realizado la prueba del VIH alguna vez, el 96.1% se ha realizado la prueba alguna vez, mientras el 3.8% no se la ha realizado y el 0.1% no responde.19  En los últimos 12 meses (2013), el 95.0% se realizó la prueba y un 5% no se la realizó. Respecto a los resultados, un 98% recibió los resultados y un 2% niega haber recibido los resultados, la investigación del 2013, muestra que las mujeres que no se realizaron la prueba fueron por “Temor a los resultados”.  La voluntariedad de la prueba: el 98.3% se realizó la prueba de manera voluntaria, mientras el 1.7% dice que tenía que presentar el resultado.  La situación de MTS para el 2016, de 812 que se realizaron la prueba 17 tuvieron resultado reactivo, las cuales fueron diagnósticas: Menos de 12 meses (4 casos) o más de 12 meses 13 casos), de las cuales el 88.7% de los diagnósticos reciben control médico por ser PVIH y el 81.1% está tomando ARV.  Uso de Preservativo /manta de látex, Estudio en el 2002, reveló que el 3.9% de prevalencia en MTS, teniendo como riesgo explícito que el 35% sostenían relaciones sexuales. (21)  Las MTS que afirman haber utilizado condón en la última relación con un cliente, para el 2013 es de un 99.4%, mientras que el 0.1% no utilizó y el 0.4% no responde. Respecto al porcentaje de mujeres que dijo: “a veces se hace el trabajo sexual sin condón, tiene que hacerse por necesidad, pues muchas veces por falta de trabajo y de dinero están dispuestas a todo”.  Respecto al uso de la manta de látex y uso de condón para coito anal receptivo, felación y cunnilingus, se han tomado el porcentaje que ha respondido NO en siguientes prácticas: Usó manta de látex la última vez que le hicieron sexo oral (87.3%), Usó condón la última vez que practicó sexo oral a su pareja fija (73.6%), Usó condón la última vez que realizo sexo oral a cliente (6.1%), Usó condón en la última relación sexual anal con pareja fija (59.3%) y Usó condón la última vez que realizo sexo anal con cliente (4.8%), lo que denota que con la pareja fija se ven mayormente expuestas.  La razón que las MTS para no usar condones con pareja fija en la última Relación Sexual: La confianza, el amor (63.2%) “Confiamos mutuamente, conozco a mi pareja desde hace mucho tiempo, sé que él está sólo conmigo, me siento segura de él, los dos nos chequeamos, siempre nos hacemos la prueba”. A él no le gusta (12.6%) “Es mejor sin condón, mi pareja está privado de libertad y o hay condones, nunca hemos usado condón con él, somos lesbianas” y otras razones (6.3%). en los grupos focales que se realizaron en el Estudio de Conocimientos, Actitudes y Prácticas para la Prevención del VIH en MTS, declararon: “La mayoría de las mujeres conocemos a nuestras parejas trabajando en el trabajo sexual, y el modo de operar para conseguir una pareja es no usando el condón… por el eje de virginidad y la falta de autoestima. Cuando un hombre nos muestra amor nos vamos con ellos”.  Las MTS, consideran las siguientes razones de riesgo ante el VIH (percepciones): Puede haber accidentes por el trabajo se puede romper el condón (21.8%), Siempre uso condón (36.0%), No me protejo con mi pareja (5.5%), el Trabajo sexual es de riesgo (21.4%), No uso condón por necesidad (2.0%) y los clientes (5.5%).  Respecto a la calidad de vida, las MTS, manifiestan el grado de satisfacción: Vida en general (50.6%), Metas que ha alcanzado en su vida (47.6%), Apoyo de sus amistades (58.5%), Su vida sexual (62.5%), Actividades recreativas (57.0%), Relaciones personales (67.5%), Apariencia Física (76.2%) y Con Usted Misma (71.7%).  La orientación sexual de las MTS, según estudio realizado en 2013 ha sido: 100% Heterosexual (89.5%), 100% Homosexual (2.0%), Bisexual (7.3%), No respondió (1.3%).  Las actitudes que las MTS manifiestan hacia la sexualidad y la reproducción, en estudio realizado en 2013, las MTS dicen estar de acuerdo a las siguientes proposiciones: Las Relaciones Sexuales son sólo para tener hijos (6.0%), Por naturaleza, el hombre necesita las relaciones sexuales más que las mujeres (54.5%), En los hombres las relaciones sexuales son una necesidad física incontrolable (58.0%), El hombre es quien debe tomar la iniciativa en las relaciones sexuales (31.0%), Los hombres pueden forzar a sus parejas a tener relaciones sexuales (9.5%), Las mujeres deben tener relaciones sexuales sólo para complacer a sus parejas (15.4%), El uso del condón para prevenir el VIH e ITS siempre depende del hombre (18.8%), La mujer puede tomar la decisión de planificar los hijos que va a tener (82.1%), Tener un hijo es la mejor prueba de la mujer hacia un hombre (31.1%).  Los rangos de edad de las MTS van de los 18 a 77 años de edad, teniendo por intervalos de edad: 18 a 22 años (22.5%), 23 a 27 años (21.1%), 28 a 32 años (19.8%), 33 a 37 años (15%), 38 a 42 años (10.7%), 43 a 47 años (5.8%), 48 a 52 años (3.0%), 53 a 57 años (1.6%), 58 a 62 años (0.2%), 63 a 67 años (0.1%), 68 a 72 años (0.1%) y 73 a 77 años (0.1%).  Denotando que las mujeres entre los 18 a los 32 años son la población mayoritaria con el 63.4% de la población total.  La edad de la primera relación sexual de las MTS: 59.3% afirmó haber tenido su primera relación sexual antes de los 15 años y el 40.7% después de los 15 años.  Respecto a lo anterior las MTS mantuvo la primera relación sexual con Persona conocida o familiar (87.8%) o bien con personas desconocida o de otro tipo (12.2%), el porcentaje que utilizó condón en su primera relación sexual es de 17.5% de 904 mujeres que formaron parte del estudio.  Según el estudio realizado en el año 2013, Estudio de Conocimientos, Actitudes y Prácticas para la Prevención del VIH en Mujeres Trabajadoras Sexuales de El Salvador, dan a conocer que:  Se han sentido deprimidas (49.7%), Han tenido problemas de concentración (35.9%), Dificultad para dormir (42.7%), Se han sentido aislada (47.5%), Ha tenido momentos de llanto inexplicable (50.1%) y se han sentido alegres (61.1%), cabe mencionar que los porcentajes corresponden a una escala de Sí, No, Un poco y no responde, tomando para el análisis las respuestas que han sido afirmativas sobre las situaciones antes manifestadas.  Del mismo documento se hace un análisis de los intentos de suicidio entre las MTS, del cual se tiene como resultado que el 21.0% de la población Ha intentado suicidarse, mientras el 76.6% no ha intentado suicidarse.  Los sentimientos que las MTS expresan sobre el Trabajo sexual son: Me siento bien (43.3%) “Me siento satisfecha, me siento bien porque cubro mis necesidades, realizada, respetada, me siento bien rica, orgullosa porque soy independiente, elegante, feliz, me motiva bailar en un espectáculo”. Me siento mal (36.2%) “No me gusta pero hay que hacerlo, es horrible, me quisiera retirar, me siento mal por el maltrato, por la discriminación, porque mi familia no sabe, me sometieron, me menosprecian, no quisiera estar aquí, con miedo, el trabajo peor que se puede tener, me da pena, incomoda, no es lo que quisiera para mí, no se lo deseo a nadie, me siento indignada, no siempre se siente bien, al principio me sentí mal, pero ya me acostumbré triste, deprimida”. Ni bien, ni mal (20.5%). | Sobre el conocimiento y las formas de transmisión, un elevado porcentaje de las MTS identifica de manera correcta las formas de trasmisión del VIH, Las ideas y predisposiciones manifestadas por las MTS sobre VIH son ecuánimes, reconociendo los derechos que se tienen entorno a dicha situación. | Se debe apostar a la estricta aplicación de la ley de VIH, para generar un entorno favorable y sostenible que responda a los nuevos desafíos con acciones para reducir el estigma y discriminación.  Se deben buscar mecanismos para involucrar a las parejas fijas en acciones de prevención para generar un giro duradero en las desigualdades por razón de sexo, recordando que la participación de los hombres para evitar riesgos. |
| 29 | Plan de Acción para las Poblaciones Clave 2014-2017 | - | Fondo Mundial | N/A | El fondo mundial se ha encargado de crear programas para el beneficio de las PC en El Salvador, para el 2015, el Fondo Mundial representó 63.34% de cooperación internacional para el control y prevención del VIH, seguido de USAID con un 20.92%y las ONG representaban el 11.99% de la inversión total, y otras suman el 3.75%. | N/A | N/A |
| 30 | Lineamientos Técnicos para la atención de las poblaciones clave en las Clínicas de Vigilancia Centinela de las Infecciones de Transmisión Sexual (VICITS) | 2018 | MINSAL | N/A | El Fondo Mundial a través de PLAN internacional El Salvador, realizó estudios en poblaciones clave con el objetivo de estimar por medio de modelos matemáticos, el tamaño de la población de mujeres trabajadoras sexuales y de hombres que tienen sexo con hombres en el año 2016.  Es urgente que se brinde atención de más largo plazo de control de las ITS en MTS, lo que requiere un acceso continuo a servicios eficaces de prevención y tratamiento. Intervenciones rutinarias dirigidas a las TS deben ser desarrolladas para enfocar esfuerzos en promover el uso del condón entre las MTS, empoderarlas para negociar su uso, incrementar la cobertura de la prueba de VIH y la educación sobre maneras de prevención y transmisión. Dichas intervenciones deben ser dirigidas específicamente a MTS para tener más impacto. Deben tener en cuenta las diferentes subpoblaciones de TS como las ambulantes, de burdeles, y las más “escondidas”.  Los Lineamientos técnicos para la atención de las poblaciones claves en las clínicas de vigilancia centinela de las infecciones de transmisión sexual trabajan en la promoción de los servicios de salud, prestando servicios de atención a las poblaciones clave, se brindará educación sobre salud sexual y reproductiva, controles médicos, realización de pruebas de laboratorio para ITS y VIH de manera rutinaria; se aumentará la cobertura en atenciones con diferentes metodologías de abordaje y reclutamiento por medio de los recursos de apoyo.  La atención integral en las clínicas VICITS incluye las actividades de promoción de los servicios de salud, prevención de ITS basados en la estrategia de información, educación y comunicación, referencia a clínicas de atención Integral y/o otros servicios de salud (asistencia psicológica, atención a adolescentes, Salud Sexual y Reproductiva (SSR)), atención clínica (diagnóstico, tratamiento) e información epidemiológica para vigilancia centinela, además se realizan actividades adaptadas a la prevención combinada en las clínicas VICITS. | N/A | N/A |
| 31 | Dinámica del Mercado Laboral de Hombres y Mujeres en El Salvador | N/A | Fundación Mundial para el Desafío Económico Global |  | Para el 2013, el porcentaje de mujeres (PEI) fue de 50.7% y en los hombres de 19.4%.17 Al insertarse en el mercado laboral, los hombres lo hacen principalmente como asalariados (62.4%) y por cuenta propia (24.5%). Las mujeres, en cambio, lo hacen como asalariadas (41.4%), por cuenta propia (37.4%) o en el servicio doméstico (9.6%). Esta última actividad es casi exclusiva para la mujer: menos del 1% de los hombres trabajan en el servicio doméstico.  La tasa de alfabetización en El Salvador es de 89.5% mientras el analfabetismo se manifiesta en un 10.5% de la población total, subdividiéndose por sexo de la siguiente manera: mujeres 12.2% y hombres 8.5%. La tasa de asistencia escolar de la población de 4 años y más es de 27.5% a nivel nacional, divididos por grupos de edad se tienen con un 86.1% a la población entre 4 a 12 años, seguido de 79.4% de la población que corresponde a las edades de 13 a 17 años, cursando un promedio de 10 a 12 años escolares. El rango de años de escolaridad aprobados a nivel nacional oscila entre 4 a 6, 7 a 9 y 10 a 12 con un 20%, 19.2% y 20.2% respectivamente, habiendo un 9.5% de la población que ha accedido a educación superior, de este porcentaje de la población puede subdividirse en área rural con un 2.8% y urbana con un 13.9%.  El mercado laboral de El Salvador se caracteriza por una participación laboral alta por parte de los hombres y baja por parte de las mujeres. Para 2013, la tasa de participación masculina fue de 80.6%, mientras la femenina alcanzó un 49.3%. 17) El desempleo nacional alcanza el 5.9%, siendo este mayor para los hombres que para las mujeres, 6.8% y 4.7%, respectivamente. | N/A | N/A |
| 32 | Dimensión Multidimensional de la Pobreza | 2014 | Gobierno de El Salvador. PNUD | N/A | La incidencia en la pobreza es multidimensional de 58.5% a nivel general (35.2% hogares urbanos y 22.5% en hogares rurales) | N/A |  |
| 33 | Informe sobre Violencia Institucional hacia Trabajadoras Sexuales y en 13 países de América Latina y el Caribe. | 2017 | Orquídeas del Mar | N/A | Para el año 2017, estudio realizado por Orquídeas del Mar, revela que grado de escolaridad de MTS. Se estima que el 14% de mujeres no saben leer ni escribir, 36% tienen sus estudios de educación básica incompletos, 23% tiene sus estudios de educación básica completos, 16% bachillerato incompleto, 10% ha completado bachillerato y el 1% de la población tiene estudios universitarios incompletos.  El lugar donde las MTS ejercen el Trabajo Sexual: Calle (24%), en casa (1%), en apartamento privado o compartido (2%), Boliche/Light Club/Bares/Prostíbulo (39%), por medio del teléfono o web (2%), departamento privado/masaje (2%), otros (29%) y no responden (1%).  “Ellos no hacen nada. Aunque denunciáramos, no hacen nada. Cuando les decimos que somos Trabajadoras Sexuales, cierran el caso”  “Fui violentada por un cliente. Me quebró un televisor en mi cabeza y me cortó un dedo. Lo detuvieron preso, infraganti. A los siete días, el juez me dijo: “Retira la denuncia porque nada vas a ganar con tenerlo preso, el dedo no lo va a recuperar”  Prohibición de la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles Inhumanos o Degradantes  En el caso de El Salvador, los Concejos municipales legislan sobre la presencia de las trabajadoras sexuales en espacios públicos como un “desorden” que “daña la moral y las buenas costumbres de la ciudadanía”. Esto a pesar de que se sabe que las MTS no ejercen en la vía pública, sino que tan solo realizan el acuerdo de condiciones previo en el espacio público para luego brindar los servicios en lugares privados o cerrados.  “Los del CAM nos han querido sacar del parque porque le damos mal aspecto. Yo le dije: ‘A mi jamás me ha visto desordenada y jamás me ha visto haciendo cosas indecorosas ahí en el parque. ¿En qué le perjudica ahí mi presencia?”.  “Los del CAM dicen que tienen que vestirse decente para ejercer el trabajo sexual porque no quieren que anden mujeres con minifalda. Pero hay que tomar en cuenta que no sólo las trabajadoras sexuales andamos en minifalda”. | N/A | N/A |
| 34 | Guía de Buenas Prácticas para el Personal del Sistema de Salud, San Salvador. | - | Orquídeas del Mar | N/A | El Movimiento Orquídeas del Mar, en la Guía de Buenas Prácticas para el Personal del Sistema de Salud, plantea en relación a los contextos de trabajo. Los lugares de trabajo de las MTS: En los hoteles y saunas, las MTS se exponen a inflamaciones en la piel, sarna, piojos en el pubis u hongos. En los cabarés se exponen a enfermedades respiratorios. En la Calle se expone a golpes y heridas por arma blanca o de fuego. En todos los lugares de Trabajo: Várices, inflamación en las venas, desmayos, dolor de cabeza, fatiga, hongos en los pies, juanetes, escoliosis, caída del metatarso y dolor en la parte baja de la espalda.  Respecto al patronazgo (encargados, proxenetas o policías), la guía establece que las MTS son sometidas a Violencia policial, que puede provocar golpes y torturas, tener que pagar cuotas, mantener sexo con los agentes para no ir presa, crisis psicológicas por el miedo y quedar encerradas en la cárcel. Exigencia/ Auto exigencia de productividad: Fatiga, cansancio físico y sobre exigencia del cuerpo, daño psicológico por vivir la presión de los policías y proxenetas, por la violencia y el maltrato a que nos someten para que les paguemos. Exigencia de usar drogas y vender a los clientes: Riesgo de dependencia al consumo de sustancias, exposición a ser perseguidas por el delito de drogas, vulnerabilidad y docilidad (drogada es más fácil quitarnos el dinero y estamos con menos reflejos para rebelarnos ante el maltrato, la explotación sexual o la extorsión). Y finalmente el Estigma y discriminación de toda la sociedad les provoca: Sentimientos de culpabilidad y baja autoestima, angustia y ansiedad, dependencia emocional a la pareja e Intentos de Suicidios. | N/A | N/A |
| 35 | Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH/ITS en poblaciones vulnerables | 2009 | MINSAL/USAID | N/A | El Salvador cuenta con 14 Clínicas de Vigilancia Centinela de Infecciones de Transmisión Sexual VICITS distribuidas en todo el país.  Las MTS reciben una atención diferenciada de acuerdo a sus necesidades de salud, personal capacitado especialmente para atenderles y además han recibido una formación especial en temas de estigma y discriminación. | N/A | N/A |
| 36 | Atención a Poblaciones Claves Asociadas al VIH-SIDA Lecciones Aprendidas y Buenas Prácticas en El Salvador | 2014 | PNUD | N/A | El estudio de Atención a Poblaciones Claves Asociadas al VIH-SIDA Lecciones Aprendidas y Buenas Prácticas en El Salvador, en el 2018 considera que la metodología de abordaje de la estrategia de acción combinada a nivel nacional se mueve por el personal de las ONG que se desplazan a cualquier punto del país y que complementan el trabajo de los promotores de salud, este abordaje es determinante para la realización de la prueba. | N/A | N/A |
| 37 | 2do. Pilar Cálculo e Integración de la Cascada del Continuo de Atención en el Sistema Nacional de Información SUMEVE | 2018 | MINAL | N/A | Según SUMEVE para el 2015 se registraba una población de 19,012 personas con VIH, 17, 945 conocían del diagnóstico, 12, 682 estaban vinculadas a los servicios de salud, 8034 retenidas, 7641 en TAR y 5314 con carga viral suprimida. | N/A | N/A |
| 38 | MANUAL PARA TRABAJADORAS SEXUALES con enfoque de género y derechos humanos. | 2016 | Orquídeas del Mar y Redtrasex | N/A | El abordaje de pares para la prevención del VIH, 72% recibió abordaje, 27.8% no recibió abordaje y el 0.2% no respondió, los que se tiene como consecuencia que el 94.2% hayan mejorado sus conocimientos para la prevención del VIH, 97.6% afirman haber cambiado su forma de ver el VIH y la sexualidad, y el 97.3% consideran que las capacitaciones han ayudado a tener prácticas sexuales de menos riesgo.  La Guía de Buenas Prácticas para el Personal del Sistema de Salud, respecto a las prácticas de riesgo de las MTS. Higiene en los genitales: Usar todo el día papel higiénico puede provocar la segregación de fluidos blancos en formas de grumos. Lavados vaginales demasiado frecuentes puede afectar la flora vaginal, Flujo amarillento y espumoso, Sequedad en la vulva: Menos lubricación para el preservativo, lo que aumenta los riesgos de rotura. Uso obligatorio de esponjas los días de menstruación puede provocar Mal olor, Infecciones vuelvo vaginales que pueden llegar a ser muy graves e Infecciones de Transmisión Sexual.  La misma guía respecto a prácticas sexuales: Sexo oral sin preservativo adquirir Infecciones de Trasmisión Sexual, Usar preservativo con mucha frecuencia puede provocar Fisuras en los genitales e Irritaciones por sequedad. Clientes pagan más por sexo sin preservativo, los patrones presionan para que trabajemos sin preservativo, lo cual podría ser determinante en ITS y VIH, Embarazos no deseados  Finalmente, las prácticas de riesgo durante el embarazo: Sostener con frecuencia relaciones sexuales, puede afectar en el 1º Trimestre: Infecciones vuelvo vaginales y mayor riesgo de abortos por coitos bruscos. 2º Trimestre: Infecciones con flujo y el 3º Trimestre: Riesgos de parto prematura. Adquirir una ITS con alta probabilidad de transmitirla al bebé por estar la infección en su primera etapa. Algunas de estas infecciones pueden producir: enfermedades en la piel, malformaciones, discapacidades y hasta la muerte del feto. | N/A | N/A |
| 39 | Informe Nacional Sobre el Estado de Situación del VIH En El Salvador en el Cumplimiento del Pan Nacional de Monitoreo y Evaluación del Plan Estratégico Nacional Multisectorial. | 2014 | PEPFAR, USAID, PASCA, MCP-ES.  MINSAL. | N/A | La prevalencia de VIH para esta población es de 3.14% presentando una disminución de 2.56 puntos respecto al año 2008. | N/A | N/A |

Anexo 1. Estadísticas de VIH en Centroamérica

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| País | >15 años con VIH | Tasa de prevalencia VIH 15-49 | Prevalencia TG (%) | Prevalencia HSH (%) | Prevalencia TS (%) | | % de cambio en nuevas infecciones desde 2010 | % de cambio en muertes relacionado al VIH desde 2010 | % que conocen su estatus de VIH | % en TAR | % en supresión  viral |
| **GUA** | **45,000**  (42,000 - 49,000) | **0.4**  (0.3-0.4) | **22.2** | **9.0** | 1.0 | | 6 | 30 | 62 | 43 | 34 |
| **HON** | 22,000  (17,000-27,000) | 0.3  (0.3-0.4) | 8.2 | 8.4 | 2 | | 7 | **-43** | 60 | 50 | **42** |
| **ESV** | 25,000  (20,000-29,000) | **0.4**  (0.3-0.5) | 15.3 | 12 | **2.2** | | **-48** | 41 | **74** | 47 | 40 |
| **NIC** | 9,200  (7,500-12,000) | 0.2  (0.2-0.3) | 8.1 | **8.6** | **2.6** | | **-29** | **-31** | - | **53** | 40 |
| **PAN** | **26,000**  (24,000-29,000 | **0.9**  (0.8-1.0) | **29.6** | 6.7 | 0.6 | | -8 | -9 | **70** | **54** | **41** |
| Total | **127,200** | **0.2- 0.9** | **8.1- 29.6** | **6.7-12.0** | **0.6-2.6** | | **-48 a 7** | **-43 a 41** | **60 - 74** | **43-54** | **34-42** |
| Fuente: ONUSIDA, 2019 | | | | | |  | | | | | |

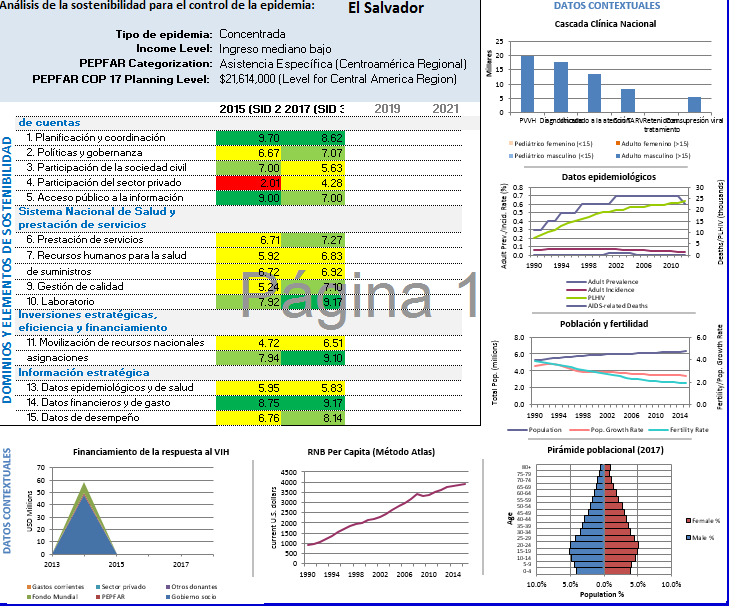
Anexo 2. Correlación nuevas infecciones y muertes por VIH en Centroamérica

Control de la epidemia, el punto en el que las nuevas infecciones por el VIH (por año) han disminuido y caen por debajo del número total de muertes entre las personas infectadas por el VIH (por año).

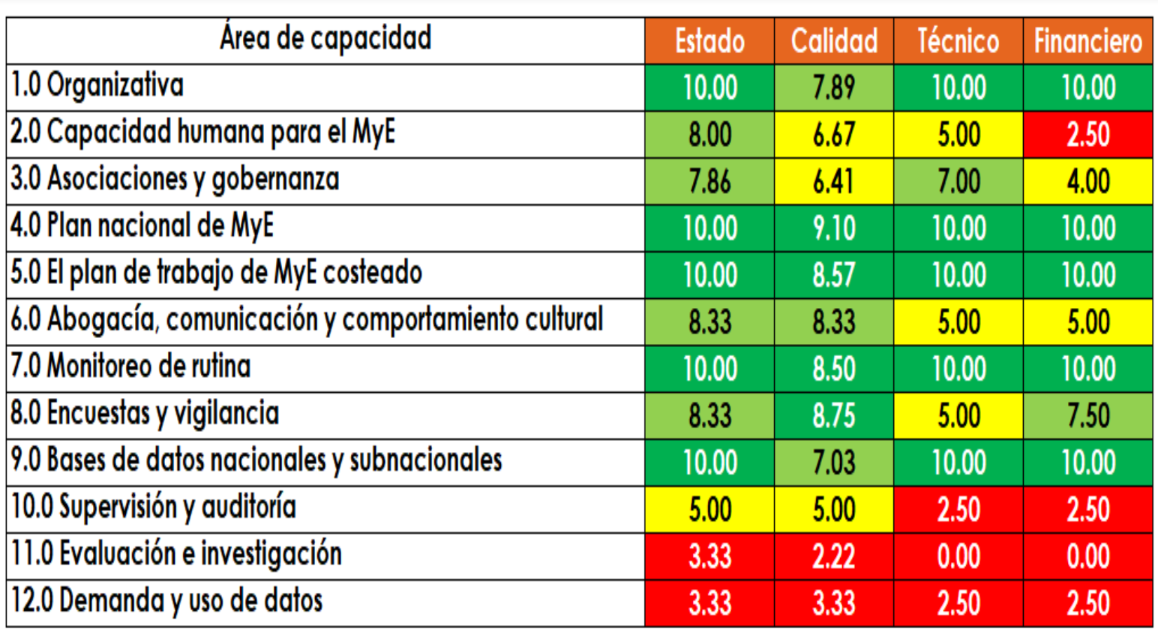


\* Making the end of AIDS real: Consensus building around what we meant by “Epidemic Control”. A meeting convened by The UNAIDS Science Panel. October 2014 Disponible en: <http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/glion_oct2017_meeting_report_en.pdf>

Anexo 3. índice de Sostenibilidad



Anexo 4. MECAT en El Salvador



Anexo 5. Distribución de MTS por departamento, 2016.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nº | Departamento | Población Total | % Mujeres > 16 años | Promedio de Estimación |
| 1 | Ahuachapán | 355461 | 0.36029922 | 1571 |
| 2 | Santa Ana | 580574 | 0.381887441 | 2847 |
| 3 | Sonsonate | 497081 | 0.37779998 | 4207 |
| 4 | Chalatenango | 201446 | 0.38469116 | 1749 |
| 5 | La Libertad | 784613 | 0.38330853 | 5162 |
| 6 | San Salvador | 1764248 | 0.41067534 | 16289 |
| 7 | Cuscatlán | 259742 | 0.37071133 | 1502 |
| 8 | La Paz | 35397 | 0.36036456 | 1523 |
| 9 | Cabañas | 163652 | 0.35718915 | 908 |
| 10 | San Vicente | 180235 | 0.37659918 | 1219 |
| 11 | Usulután | 367741 | 0.38191015 | 2493 |
| 12 | San Miguel | 489476 | 0.38705083 | 2471 |
| 13 | Morazán | 199123 | 0.35802526 | 1012 |
| 14 | La Unión | 262909 | 0.36343112 | 2019 |
| Fuente: ESTUDIO DE ESTIMACIÓN DE TAMAÑO DE POBLACIÓN DE MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES 2016. | | | | |

Anexo 6. Contextos laborales y su influencia en la salud de MTS, 2016.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nº | Lugares de Trabajo | Problemas de Salud o Riesgos |
| LUGARES DE TRABAJO | | |
| 1 | **En los Hoteles y Saunas:**  Falta de papel higiénico y de agua para lavarse o ducharse.  Utilización de las mismas sábanas con distintos clientes.  Pulgas  Las toallas son de tela en vez de ser descartables | Inflamaciones en la piel  Sarna  Piojos en el pubis  Hongos |
| 2 | **En los cabarets y/o boliches:**  Humedad  Ambientes cerrados con mucho humo  Exposición a cambios de temperatura por entrar y salir de la calle con los clientes | Enfermedades Respiratorias |
| 3 | **En la Calle:**  Exposición a la Violencia Callejera | Golpes  Heridas por arma blanca o de fuego |
| 4 | **En todos los lugares de Trabajo:**  Trabajar paradas  Caminar mucho tiempo con tacones altos | Várices, inflamación en las venas  Desmayos, dolor de cabeza, fatiga.  Hongos en los pies, juanetes, escoliosis, caída del metatarso  Dolor en la parte baja de la espalda |
| PATRONES (ENCARGADOS, PROXENETAS O PADROTES, POLICÍA) | | |
| 5 | Violencia policial | Golpes y torturas  Tener que pagar cuotas  Tener sexo con los agentes para no ir presa  Crisis psicológicas por el miedo  Quedar encerradas en la cárcel |
| 6 | Exigencia de productividad para pagar cuotas a personas que exigen dinero para dejarnos trabajar.  Auto exigencia por necesidad, para alimentar a los hijos/as, pago de cuarto, etc. | Fatiga, cansancio físico y sobre exigencia del cuerpo.  Daño psicológico por vivir la presión de los policías y proxenetas, por la violencia y el maltrato a que nos someten para que les paguemos |
| 7 | Exigencia de usar drogas y vender a los clientes  Alcohol y otras drogas son un mecanismo de control de los empleadores y proxenetas sobre las trabajadoras sexuales | Riesgo de dependencia al consumo de sustancias.  Exposición a ser perseguidas por el delito de drogas  Vulnerabilidad y docilidad: drogada es más fácil quitarnos el dinero y estamos con menos reflejos para rebelarnos ante el maltrato, la explotación sexual o la extorsión. |
| 8 | Estigma y discriminación de toda la sociedad  Doble vida de las trabajadoras sexuales | Culpa y baja autoestima  Angustia y ansiedad  Dependencia emocional a la pareja  Intentos de Suicidios  Problemas en nuestra salud física, psicológica y emocional. |
| ALIMENTACIÓN | | |
| 9 | Alimentación desbalanceada y callejera | Diarreas agudas  Obesidad  Desnutrición |
| 10 | Beber mucho café y refrescos para tratar de controlar la situada y economizar | Gastritis: Con ardor y acidez en el estómago.  Úlceras, con ardor, dolor y sangrado. |
| HIGIENE EN LOS GENITALES | | |
| 1 | Usar todo el día papel higiénico | Fluidos Blancos en formas de grumos |
| 2 | Lavados vaginales demasiado frecuentes | Barre con la flora vaginal  Flujo amarillento y espumoso  Sequedad en la vulva: Menos lubricación para el preservativo, lo que aumenta los riesgos de rotura. |
| 3 | Uso obligatorio de esponjas los días de menstruación  La esponja se queda adentro | Mal olor  Infecciones vulvo vaginales que pueden llegar a ser muy graves  Infecciones de Transmisión Sexual |
| PRÁCTICAS SEXUALES | | |
| 4 | Sexo oral sin preservativo | Infecciones de Trasmisión Sexual |
| 5 | Usar preservativo con mucha frecuencia  Falta de acceso a lubricante acuosos | Fisuras en los genitales  Irritaciones por sequedad |
| 6 | Clientes pagan más por sexo sin preservativo, los patrones presionan para que trabajemos sin preservativo | ITS y VIH  Embarazos no deseados |
| 7 | Accidentes con el preservativo: se queda dentro de la vagina, se rompe o se desliza o hay derrame de semen | Infecciones por tener los preservativos dentro  Embarazos no deseados  ITS |
| TRABAJO DURANTE EL EMBARAZO | | |
| 8 | Sostener con frecuencia relaciones sexuales | 1º Trimestre: Infecciones vulvo vaginales y mayor riesgo de abortos por coitos bruscos.  2º Trimestre: Infecciones con flujo  3º Trimestre: Riesgos de parto prematura |
| 9 | No usar preservativo | Adquirir una ITS con alta probabilidad de transmitirla al bebé por estar la infección en su primera etapa. Algunas de estas infecciones pueden producir: enfermedades en la piel, malformaciones, discapacidades y hasta la muerte del feto. |
| Fuente: Guía de Buenas Prácticas para el Personal del Sistema de Salud | | |

Ilustración 1. FIGURA 1. DSS. MODELO DE DAHLGREN & WHITEHEAD (1991)



**Fuente**: Source: Dahlgren and Whitehead model (1991). Disponible en: http://www.ais.up.ac.za/med/scm870/developingpolicychallenginginequitieshealthcare.pdf

1. ### ONUSIDA. Hoja informativa. Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida. 2018. [Último acceso el 15 de julio 2019] Disponible en: <https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-UNAIDS-data_en.pdf>

   [↑](#endnote-ref-1)
2. **ONUSIDA. Hoja informativa.** ONUSIDA. Hoja informativa. Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida. 2018. Disponible en:<https://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/elsalvador> [↑](#endnote-ref-2)
3. ONUSIDA. Estrategia para el 2016-2021: Acción acelerada a cero. 2016. Disponible en: <http://files.sld.cu/sida/files/2016/03/estrategia-onusida-2016-20111.pdf> [↑](#endnote-ref-3)
4. # Rebekah T et al. Ensuring an inclusive global health agenda for transgender people. Febrero 2017. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5327942/>

   [↑](#endnote-ref-4)
5. César Nuñez. Situación del VIH en Centroamérica, estrategias internacionales y desafíos al 2016: Una acción rápida para poner fin al Sida. Marzo 2016. Disponible en: <http://www.mcr-comisca.org/sites/all/modules/ckeditor/ckfinder/userfiles/files/Dr%20Cesar%20Nunez%20-%20Presentacion_COMISCA_FINAL.pdf> [↑](#endnote-ref-5)
6. # Poteat et al. Global Epidemiology of HIV Infection and Related Syndemics Affecting Transgender People. Agosto 2017. disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27429185>

   [↑](#endnote-ref-6)
7. # Palazzolo SL et al. Documentation Status as a Contextual Determinant of HIV Risk Among Young Transgender Latinas. abril 2016. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26669583>

   [↑](#endnote-ref-7)
8. Informe de ONUSIDA 2017 - Avances hacia las metas 90-90-90 en América Latina. [último acceso 11 de marzo 2019] Disponible en: <http://onusidalac.org/1/index.php/listado-completo-de-noticias/item/2201-informe-de-onusida-2017-avances-hacia-las-metas-90-90-90-en-america-latina> [↑](#endnote-ref-8)
9. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y la infección de transmisión sexual 2016-2021. [último acceso 11 de marzo 2019]. Mayo 2017. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34079> [↑](#endnote-ref-9)
10. Pan American Health Organization. Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas: Update 2015 [Internet]. Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2015 [consultado el 13 de febrero del 2016]. Se encuentra en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18372/9789275118702\_eng. pdf?sequence=3&isAllowed=y [↑](#endnote-ref-10)
11. Organización Panamericana de la Salud. Informe de situación regional del consumo de alcohol y la salud en las Américas [Internet]. Washington, DC: OPS, DC; 2015 [consultado el 20 de febrero del 2016]. Se encuentra en: http://www.paho.org/HQ/index.php?option=com\_content&view=article&id=11108%3A2015-regional-report-alcohol-health&catid=1428%3Aalcohol-substance-abuse-publications&Itemid=41530&lang=es. [↑](#endnote-ref-11)
12. Baliunas D, Rehm J, Irving H, Shuper P. Alcohol consumption and risk of incident human immunodeficiency virus infection: a meta-analysis. Int J Public Health. 1 de junio del 2010;55(3):159-66. [↑](#endnote-ref-12)
13. Shuper PA, Joharchi N, Irving H, Rehm J. Alcohol as a correlate of unprotected sexual behavior among people living with HIV/AIDS: review and meta-analysis. AIDS Behav. 1 de diciembre del 2009;13(6):1021-36. doi:10.1007/s10461-009-9589-z. [↑](#endnote-ref-13)
14. Shuper PA, Neuman M, Kanteres F, Baliunas D, Joharchi N, Rehm J. Causal considerations on alcohol and HIV/AIDS—a systematic review. Alcohol Alcohol. 1 de marzo del 2010;45(2):159-66. [↑](#endnote-ref-14)
15. # Leyva Flores et al. HIV Prevalence Among Central American Migrants in Transit Through Mexico to the USA, 2009-2013. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26359004>.

    [↑](#endnote-ref-15)
16. Definición de control epidémico del VIH. Making the end of AIDS real: Consensus building around what we meant by “Epidemic Control”. A meeting convened by The UNAIDS Science Panel. October 2014 Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media\_asset/glion\_oct2017\_meeting\_report\_en.pdf [↑](#footnote-ref-1)
17. Andrinopoulos K et al. Evidencia del efecto negativo del estigma de las minorías sexuales en las pruebas de VIH entre HSH y mujeres transgénero en San Salvador, El Salvador. 2015. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24907779> [↑](#endnote-ref-16)
18. César Nuñez. Situación del VIH en Centroamérica, estrategias internacionales y desafíos al 2016: Una acción rápida para poner fin al Sida. Marzo 2016. Disponible en: <http://www.mcr-comisca.org/sites/all/modules/ckeditor/ckfinder/userfiles/files/Dr%20Cesar%20Nunez%20-%20Presentacion_COMISCA_FINAL.pdf> [↑](#endnote-ref-17)
19. # ONUSIDA. Hoja informativa. Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida. 2017. Disponible en: [último acceso el 15 de marzo 2019]. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>

    [↑](#endnote-ref-18)
20. # Monitoring and evaluation capacity assessment toolkit: user guide. Measure evaluation 2017. [último acceso 27 de marzo 2019]. Disponible en: <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/ms-17-119>. Disponible en: [https://drive.google.com/drive/folders/1kf8nurglj\_\_049lr5b\_j97ybjjgijiof](https://drive.google.com/drive/folders/1Kf8nURglJ__049lr5b_J97YBjJGIjIof)

    [↑](#endnote-ref-19)
21. Digestyc. Encuesta de hogares y propósitos múltiples. [2017]. Disponible en: <http://www.digestyc.gob.sv/index.php/novedades/avisos/804-ya-se-encuentra-disponible-la-publicacion-ehpm-2017.html> [↑](#endnote-ref-20)
22. Minsal. Encuesta nacional de salud de indicadores múltiples por conglomerado. [2014]. [Http://ins.salud.gob.sv/wp-content/uploads/2017/11/encuesta\_mics.pdf](http://ins.salud.gob.sv/wp-content/uploads/2017/11/Encuesta_MICS.pdf) [↑](#endnote-ref-21)
23. Organización Mundial de la Salud, conferencia mundial sobre determinantes sociales de la salud. Río de janeiro, brasil, 19-21 de octubre de 2011. Declaración política de río sobre determinantes sociales de la salud, río de janeiro, 2011. Disponible en:

    [https://www.who.int/sdhconference/declaration/rio\_political\_declaration\_spanish.pdf?ua=1](https://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf?ua=1) [↑](#endnote-ref-22)
24. Organización Mundial de la Salud-comisión sobre los determinantes de la salud. Subsanar las desigualdades de una generación. Organización mundial de la salud. Ginebra, 2008. Disponible en:

    <https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/> [↑](#endnote-ref-23)
25. OMS. Conceptos claves. Disponible en: <http://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts_es.pdf?ua=1> [↑](#endnote-ref-24)
26. ONU. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. En la 85ª sesión plenaria  
    20 de diciembre de 1993. Disponible en: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/violenceagainstwomen.aspx> [↑](#endnote-ref-25)
27. Asamblea Legislativa. Ley de Igualdad, Equidad y Erradicación de la Discriminación contra las Mujeres (Versión Popular), Primera Edición, San Salvador, 2011. (Citada 11 de enero de 2019). Disponible en línea: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Ley\_de\_igualdad\_equidad\_y\_erradicacion\_de\_la\_discriminacion\_contra\_las\_mujeres\_Web.pdf](file:///C:\Users\Usuario\Downloads\Ley_de_igualdad_equidad_y_erradicacion_de_la_discriminacion_contra_las_mujeres_Web.pdf) [↑](#endnote-ref-26)
28. OEA. **Convención interamericana para prevenir,  sancionar y erradicar la violencia contra la mujer  "convención de Belem do para" 1994. Disponible en:** <https://www.oas.org/juridico/spanish/firmas/a-61.html> [↑](#endnote-ref-27)
29. Constitución de la República de El Salvador (1983). Disponible en: <http://www.oas.org/dil/esp/constitucion_de_la_republica_del_salvador_1983.pdf> [↑](#endnote-ref-28)
30. Asamblea Legislativa, Decreto Nº 824 Ley especial contra la Trata de Personas, San Salvador, 2014. Citado el 18 de enero de 2019. Disponible en línea: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2016/10431.pdf> [↑](#endnote-ref-29)
31. ISDEMU, Guía para la Lectura de la Ley Especial Integral para una Vida Libre de Violencia para las Mujeres con enfoque psico-social, San Salvador, Noviembre de 2013. Citado: 11 de enero de 2019. Disponible en línea: <http://www.isdemu.gob.sv/phocadownload/RVLV_documentos2016/ISDEMU_Guia_lectura_LEIV_con_enfoque_psicosocial.pdf> [↑](#endnote-ref-30)
32. La Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, CÓDIGO PENAL, DECRETO Nº 1030, San Salvador. (Citado el 14 de enero de 2018), Disponible en Línea: <https://www.asamblea.gob.sv/sites/default/files/documents/decretos/C0AB56F8-AF37-4F25-AD90-08AE401C0BA7.pdf> [↑](#endnote-ref-31)
33. Alcaldía Municipal de San Salvador, Ordenanza para la Convivencia Ciudadana del Municipio de San Salvador, San Salvador, diciembre de 2011. Citado el 15 de enero de 2019. Disponible en línea: <http://www.sansalvador.gob.sv/phocadownload/userupload/12a5d4978b/10_ORD_PARA_CONVIVENCIA_CIUDADANA.pdf> [↑](#endnote-ref-32)
34. Asamblea Legislativa, Ley de Prevención y Control de la infección Provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, San Salvador, octubre de 2001. Citado en 16 de enero de 2019. Disponible en línea: <https://www.asamblea.gob.sv/sites/default/files/documents/decretos/171117_073722329_archivo_documento_legislativo.pdf> [↑](#endnote-ref-33)
35. RedTraSex, Synergia y Akahatá. Situación de los Derechos Humanos de las Trabajadoras Sexuales en El Salvador, Febrero 2018, Citado el 11 de enero de 2019). Disponible en línea: <https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CCPR/Shared%20Documents/SLV/INT_CCPR_CSS_SLV_30315_S.pdf> [↑](#endnote-ref-34)
36. Asamblea Legislativa. Decreto 955. Código de Salud. Disponible en: <http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/ley/codigo_de_salud.pdf> [↑](#endnote-ref-35)
37. Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud 2015-2019. Disponible en: <https://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/politica-nacional-de-salud-2015-2019_version_imprenta.pdf> [↑](#endnote-ref-36)
38. Consejo Nacional contra la Trata de Persona. Politica Nacional contra la trata de personas El Salvador 2012. Disponible en: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/brochure\_general\_trata\_el\_salvador.pdf](file:///C:\Users\Usuario\Downloads\brochure_general_trata_el_salvador.pdf) [↑](#endnote-ref-37)
39. CONASIDA. Plan Estratégico Nacional Multisectorial del VIH e ITS 2016-2020. MINSAL. 2016.

    <http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/planes/plan_estrategico_nacional_multisectorial_vih_its_2016_2020_v2.pdf> [↑](#endnote-ref-38)
40. PEPFAR, USAID, PASCA, CONAVIH, MINSAL. MEDICIÓN DE GASTO EN SIDA, AÑO 2015, San Salvador, 2015, Citado 12 de diciembre de 2018. Disponible en línea: <http://www.unaids.org/sites/default/files/media/documents/MEGAS_ElSalvador_2015_es.pdf> [↑](#endnote-ref-39)
41. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Estudio de Conocimientos, Actitudes y Prácticas para la Prevención del VIH en MTS de El Salvador, San Salvador, Octubre de 2013, (Consultado 07 de enero de 2019), No disponible en línea. [↑](#endnote-ref-40)
42. MINSAL. Lineamientos técnicos para la atención de las poblaciones claves en las clínicas de vigilancia centinela de las infecciones de transmisión sexual. sept 2018. Disponible en: <http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientospoblacionesclinicasvicits2018.pdf> [↑](#endnote-ref-41)
43. Estudio de Estimación de Tamaño de Población de Mujeres Trabajadoras Sexuales 2016.Encuesta CAP, Comportamiento Sexual, y Sero-Prevalencia de VIH en Mujeres Trabajadoras Sexuales. No disponible. [↑](#endnote-ref-42)
44. ORMUSA. Observatorio de la violencia de género en las mujeres. [último acceso 15 de mayo 2018] Página web. <http://observatoriodeviolencia.ormusa.org/articulos.php> [↑](#endnote-ref-43)
45. Navarro Mantas, Laura, Violencia contra las Mujeres en EL Salvador: Estudio Poblacional, 1º Edición, San Salvador, Universidad Tecnológica de El Salvador, 2015. Disponible en línea: <https://www.unicef.org/elsalvador/violencia_contra_las_mujeres_INFORME_FINAL_2014.pdf> [↑](#endnote-ref-44)
46. Orquídeas del Mar y RedTraSex, Informe Nacional: Estudio sobre Incidencia y Participación política de las Mujeres Trabajadoras Sexuales en El Salvador. 2012. No disponible en línea. [↑](#endnote-ref-45)
47. Red de Mujeres Trabajadoras Sexuales de Latinoamérica y el Caribe. Caminamos por una América Latina de trabajadoras sexuales empoderadas y autónomas, ¡Sin femicidios ni impunidad! 2015 [Internet]. Available from: <http://www.redtrasex.org/Caminamos-por-unaAmerica-Latina.html>. [↑](#endnote-ref-46)
48. USAID, PEPFAR, LINKAGES, PNUD. Violencia Basada en Género, VIH y Poblaciones Clave en Latinoamérica y El Caribe. El Salvador. Abril 2018. [Citado 12 de julio 2019]. Disponible en: <https://www.undp.org/content/dam/el_salvador/docs/womempow/UNDP_SV_Violencia%20Basada%20en%20G%C3%A9nero,%20VIH%20y%20Poblaciones%20Clave.pdf> [↑](#endnote-ref-47)
49. RedTrasex. Investigación con mujeres trabajadoras sexuales de 14 países de Latinoamérica y el Caribe. El Salvador, 2016. Disponible en: <http://www.redtrasex.org/IMG/pdf/informe_nacional_el_salvador.pdf> [↑](#endnote-ref-48)
50. Los sietes privaciones para definir pobreza en El Salvador son: educación, vivienda, trabajo y seguridad social, salud y servicios básicos y seguridad alimentaria y calidad del hábitat [↑](#footnote-ref-2)
51. STPP y MINEC-DIGESTYC (2015). Dimensión Multidimensional de la Pobreza. 2015 PNUD/Luxemburgo/Gobierno de El Salvador. Disponible en: <http://www.secretariatecnica.gob.sv/wp-content/uploads/2015/10/Medici%C3%B3n-Multidimensional-de-la-Pobreza-El-Salvador.pdf> [↑](#endnote-ref-49)
52. Orquídeas del Mar, Informe sobre Violencia Institucional hacia Trabajadoras Sexuales y en 13 países de América Latina y el Caribe. El Salvador, 2017. Citado el 18 de enero de 2019. No disponible en línea. [↑](#endnote-ref-50)
53. MINSAL/USAID, Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH/ITS en poblaciones vulnerables, El Salvador, 2010. [↑](#endnote-ref-51)
54. Fundación Internacional para el desafío económico global. Dinámica del mercado laboral de mujeres y hombres en El Salvador. 2015 [último acceso el 12 de julio 2019]. disponible en: <http://fusades.org/sites/default/files/Din%C3%A1mica%20del%20mercado%20laboral%20de%20mujeres%20y%20hombres%20en%20El%20Salvador.pdf> [↑](#endnote-ref-52)
55. Orquídeas del Mar, Guía de Buenas Prácticas para el Personal del Sistema de Salud, San Salvador, se desconoce la fecha de publicación. Citado el 18 de enero de 2019. No disponible en línea. [↑](#endnote-ref-53)
56. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Atención a Poblaciones Claves Asociadas al VIH-SIDA Lecciones Aprendidas y Buenas Prácticas en El Salvador, 2003-2013, 2014. Fecha de Consulta: 07 de enero de 2019. Disponible en línea: <http://www.undp.org/content/dam/el_salvador/docs/povred/Fondo%20Global.%20El%20Salvador.%20Lecciones.pdf> [↑](#endnote-ref-54)
57. Ministerio de Salud. 2do. Pilar Cálculo e Integración de la Cascada del Continuo de Atención en el Sistema Nacional de Información SUMEVE. Disponible en: <https://sumeve.salud.gob.sv/> [↑](#endnote-ref-55)
58. Orquídeas del Mar y RedTraSex, Manual para trabajadoras sexuales con enfoque de género y derechos humanos, Segunda Edición, 2016. No disponible en línea. [↑](#endnote-ref-56)
59. Josué Lorenzana, Proponen ley para reconocer el trabajo sexual autónomo, Octubre de 2017. Consultado 11 de enero de 2019. Disponible en línea: <https://www.laprensagrafica.com/elsalvador/Proponen-ley-para-reconocer-el-trabajo-sexual-autonomo-20171025-0081.html> [↑](#endnote-ref-57)
60. Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual, Trabajo Sexual como Trabajo. Se desconoce fecha de publicación. Disponible en línea: <https://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/documento_de_politica_trabajo_sexual_como_trabajo_nswp_-_2017.pdf> [↑](#endnote-ref-58)
61. RedTraSex. El trabajo sexual no es igual a trata de personas, 23 de septiembre 2018. Portal Digita de RedTraSex: <http://redtrasex.org/El-trabajo-sexual-no-es-igual-a.html> [↑](#endnote-ref-59)
62. PEPFAR, USAID, PASCA, MCP-ES. MINSAL. Informe Nacional sobre El Estado de Situación del VIH en El Salvador en el Cumplimiento del Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación del Plan Estratégico Nacional Multisectorial año 2013, San Salvador, Julio 2014. Citado 12 de diciembre de 2018. [↑](#endnote-ref-60)
63. Los sietes privaciones para definir pobreza en El Salvador son: educación, vivienda, trabajo y seguridad social, salud y servicios básicos y seguridad alimentaria y calidad del hábitat [↑](#footnote-ref-3)