

**El presente informe  
refleja la inversión que el  
país ha efectuado a favor  
de la respuesta nacional  
al VIH, durante los años  
2013 y 2014.**

pbs

pbs

## **Medición de Gasto en Sida, año 2013-2014**

*MEGAS 2013-2014*

*Programa Nacional de ITS/VIH-Sida,  
MINSAL*

pbs





El presente informe refleja la inversión que el país ha efectuado a favor de la respuesta nacional al VIH, durante los años 2013 .

pbs

pbs

## Medición de Gasto en Sida, año 2013

MEGAS 2013

Programa Nacional de ITS/VIH-Sida,  
MINSAL

pbs



*El financiamiento fue proporcionado por el Plan de Emergencia del Presidente de Estados Unidos para el Alivio al Sida a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, bajo el Convenio Cooperativo AID-OAA-A-11-00015. Los contenidos no necesariamente reflejan los puntos de vista de PEPFAR, USAID o del Gobierno de Estados Unidos.*

## EQUIPO DE TRABAJO

**Dra. Ana Isabel Nieto**

Coordinadora del Programa Nacional de ITS/VIH/Sida.  
Coordinadora General del estudio

**Dr. Salvador Sorto**

Programa Nacional de ITS/VIH/Sida, Ministerio de Salud

**Dra. Verónica Ávalos**

Programa Nacional de ITS/VIH/Sida, Ministerio de Salud

**Dra. Morena Jovel**

Programa Nacional de ITS/VIH/Sida, Ministerio de Salud

**Licda. Alexia Alvarado**

USAID/PASCA

**Dra. Mirna García**

USAID/PASCA

**Dr. Herbert Betancourt**

ONUSIDA, El Salvador

**Dr. Francisco Carrillo**

CONASIDA

**Licda. Maria Elena Hernández**

CONASIDA

**Técnico Marco Molina**

División Tecnologías de Información, Ministerio de Salud

**Licda. Guadalupe Alvarado**

Asistente Administrativo

**Sr. Joaquín Cáceres**

Consultor de Campo para ONGS

**Srita. Marcela A. Cerrato**

Digitadora

**Sr. Maxwell Urias**

Digitador

The image shows the PBS logo, which consists of the lowercase letters 'pbs' in a white, sans-serif font, centered within a light blue square background.

## CONTENIDO

PRESENTACIÓN	7
I. INTRODUCCIÓN	8
II. JUSTIFICACIÓN	9
III. METODOLOGÍA	9
IV. SITUACION DE LA RESPUESTA NACIONAL AL VIH	11
V. RESULTADOS	22
5.1- GASTO POR CATEGORÍAS	23
5.2- EVOLUCIÓN DEL GASTO DEL 2008 A 2013	24
5.3- PRESUPUESTO NACIONAL ASIGNADO AL MINSAL:	27
5.4- COMPONENTE DE FINANCIAMIENTO:	27
5.5- GASTO NACIONAL DE SIDA, POR TIPO DE FINANCIAMIENTO (PÚBLICO, PRIVADO Y EXTERNO)	28
5.6- COMPONENTE DE PREVENCIÓN:	34
a- Gasto de Prevención en Pruebas de Asesoramiento por tipo de población beneficiaria (PEMAR, General)	38
b- Programas de prevención dirigidos a población en más alto riesgo de VIH (HSH, Trans, Trabajadoras Sexuales)	38
c- Gasto de preservativo en prevención de VIH	40
d- Gasto en comunicación en cambios de comportamiento en población general y población PEMAR	41
e- Gasto en Prevención de la Transmisión Materno Infantil (PTMI)	42
f- Gasto en Prevención en Jóvenes escolarizados y no escolarizados.	43
g- Gasto en Prevención y Tratamiento de ITS	44
5.7- COMPONENTE DE ATENCIÓN	45
a- Gasto en Atención y Tratamiento	45
b- Gasto por atención ambulatoria, por tipo de población con VIH (niños, mujeres y hombres)	49
c- Tratamiento ambulatorio para infecciones oportunistas por población PEMAR, Persona con VIH.	49
d- Gasto en ARV en adultos y niños	51
e- Gasto en Hospitalización por infecciones oportunistas por tipo de población PEMAR y PVS.	53
f- Gasto en Hospitalización por tipo de población PVS.	53
g- Gasto en Hospitalización por Infecciones Oportunistas en Población VIH	54

6.7- COMPONENTE DE HUÉRFANOS Y NIÑOS VULNERABLES (HNV)	54
a- Gasto en Educación, Salud, Servicios de Hogar y Gasto Institucional para Huérfanos y Niños Vulnerables.	54
5.8-COMPONENTE DE GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROGRAMAS	56
5.9- COMPONENTE DE RECURSOS HUMANOS	57
5.10- COMPONENTE DE PROTECCIÓN SOCIAL Y SERVICIOS SOCIALES	58
5.11- ENTORNOS FAVORABLES (DERECHOS HUMANOS)	59
5.12- INVESTIGACIÓN	59
5.13- GASTO POR BENEFICIARIOS:	60
VI. CONCLUSIONES	62
VII. RECOMENDACIONES	63
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
IX. ANEXOS	65



The image shows the PBS logo, which consists of the lowercase letters 'pbs' in a white, sans-serif font, centered within a light blue square background.

## ACRONIMOS

ARV.	Antirretroviral
BCR	Banco Central de Reserva
BM	Bienestar Magisterial
FMSTM	Fondo Mundial para la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria
PIB	Producto Interno Bruto
GOES	Gobierno de El Salvador
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
IO	Infecciones Oportunistas
HNV	Huérfanos y Niños Vulnerables
ISSS	Instituto Salvadoreño del Seguro Social
ISNA	Instituto Salvadoreño para el Desarrollo Integral de la Niñez y la Adolescencia
MCP-ES	Mecanismo Coordinador de País para El Salvador
MEGAS	Medición de Gasto en Sida
MINSAL	Ministerio de Salud
ONG	Organización no gubernamental
PEMAR	Población expuesta a mayor riesgo
PENM	Plan Estratégico Nacional Multisectorial para la Respuesta del
PNS	Programa Nacional de Sida
PPE	Profilaxis Post Exposición
SUMEVE	Sistema Único de Monitoreo y Evaluación
TAR	Terapia antirretroviral
TS	Trabajador (a) Sexual
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
IC	Intervalo de confianza
CONASIDA	Comisión Nacional contra el Sida
S.C.O.	Sin clasificar en otras categorías
PTMI	Prevención de la Transmisión Materno Infantil
ECOS	Equipos Comunitarios de Salud Familiar y Especializados
UCSF	Unidad Comunitaria de Salud Familiar
ECVC	Encuesta Centroamericana de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencia de VIH/ITS en poblaciones vulnerables.



## PRESENTACION

El presente informe refleja la inversión que el país ha efectuado a favor de la respuesta nacional al VIH, el Ministerio de Salud está consciente del impacto socio económico que el VIH causa en el país, por lo que considera importante medir los diferentes flujos de fondos utilizados para la realización de las intervenciones programáticas que realizan todos los sectores que trabajan en VIH, por lo tanto, el proceso de seguimiento de recursos sigue las transacciones financieras desde su origen hasta su destino final (es decir, los beneficiarios que reciben los bienes y servicios). Esta medición del gasto no mide solo aspectos de salud sino también los gastos no sanitarios, como de mitigación social, huérfanos y niños vulnerables, gestión y administración de programas, recursos humanos, investigación y derechos humanos.

Esta medición es resultado de un proceso de consulta con participación multisectorial, entre ellos, Sistema Nacional de Salud, empresa privada, agencias cooperantes y sociedad civil, para cuantificar los gastos estimados de prevención, atención integral para el VIH-Sida, obteniéndose el panorama financiero nacional de la respuesta al VIH, lo que nos sirve para fortalecer políticas públicas, así como la planificación estratégica y proyecciones de presupuestos.

Reitero mis agradecimientos a todos los sectores que brindaron los datos para la realización de tan importante informe, entre ellos: personal de las Regiones de Salud, establecimientos y hospitales del Ministerio de Salud, Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Sanidad Militar, Bienestar Magisterial, Ministerio de Educación, Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD), al resto de Instituciones Gubernamentales, Organismos Internacionales, al sector Privado entre ellos: ONG`s, Medios de Comunicación, Junta de Vigilancia para Laboratorios Clínicos que facilito la información generada por los principales laboratorios privados.

Dra. Elvia Violeta Menjívar  
**Ministra de Salud.**  
**El Salvador, Centroamérica.**

pbs

## I. INTRODUCCIÓN

Los estudios para estimar los gastos realizados en El Salvador, en función de la epidemia del VIH-Sida, se han construido de forma anual desde el año 1999, cuando se elaboró y se publicó la primera estimación de las cuentas nacionales en salud.

A partir del año 2005, ONUSIDA desarrolla la Metodología de Medición del gasto en sida (MEGAS) utilizando sus siglas en inglés NASA (National AIDS Spending Assessment) marcándola como la principal herramienta para la Región.

A partir de ese año la herramienta de MEGAS ha sido utilizada para realizar los informes de gastos en VIH-Sida en El Salvador, en los cuales se han reflejado incrementos progresivos comparados con los datos reportados cada año.

La Medición de gasto en sida, es uno de los indicadores que forman parte del Reporte Global el cual es solicitado cada uno o dos años por ONUSIDA a todos los países de Centroamérica y República Dominicana esto a facilitado la armonización de la información permitiendo hacer diferentes análisis de sostenibilidad, estimación de presupuestos, identificar brechas financieras, permitiendo la rendición de informes a sus Ministros o autoridades para la gestión de fondos y cubrir las limitantes encontradas<sup>1</sup>

MEGAS consta de un catálogo de funciones en VIH/SIDA que incluyen ocho áreas programáticas:

1. Prevención.
2. Atención y Tratamiento
3. Huérfanos y Niños Vulnerables.
4. Gestión y Administración de Programas
5. Recursos Humanos.
6. Protección Social y Servicios Sociales
7. Entornos Favorables
8. Investigación Relacionada al VIH.

MEGAS reconstruye todas las transacciones relacionadas con actividades de VIH /Sida, mostrando estimaciones del gasto, el consumo y la entrega de bienes y servicios a las poblaciones beneficiarias. Describiéndose en el presente informe.

<sup>1</sup> ONUSIDA, Tendencias en la epidemia y la respuesta en VIH en Centroamérica, Análisis de los informes nacionales de avances en la lucha contra el sida 2012 San Salvador, 21 y 22 de Noviembre de 2012 "Dependencia financiera por país de la PTMI (2012)"

## II. JUSTIFICACIÓN

La Medición del Gasto en Sida (MEGAS) produce un método de notificación normalizado e indicadores para vigilar los progresos realizados en la concreción de los objetivos de la Declaración de compromiso adoptada en el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH (UNGASS)<sup>2</sup>. Si bien no es una herramienta «todo en uno», MEGAS apoya los principios de los «Tres unos» del ONUSIDA<sup>3</sup>. Brindan información estratégica para la gestión de la respuesta nacional al Sida por parte de una sola autoridad nacional coordinadora del sida, que realice aportaciones cruciales para el marco de acción y forme parte del desarrollo de un marco único de vigilancia, monitoreo y evaluación<sup>4</sup>.

La MEGAS es valiosa como herramienta de planificación, genera información útil para el proceso de toma de decisiones y apoya el diseño de políticas dirigidas a controlar la epidemia de VIH<sup>5</sup>.

El Salvador ha realizado un gran esfuerzo en la elaboración del presente estudio en el cual se refleja información sobre los flujos de fondos utilizados para financiar la respuesta nacional a la epidemia del VIH, es decir evalúa las transacciones financieras desde su origen hasta los beneficiarios que reciben los bienes y servicios, es importante mencionar que este estudio no se limita a hacer un seguimiento de los gastos en salud, sino que también siguen los gastos no sanitarios, como mitigación social, educación, mano de obra, justicia y otros sectores relacionados con la respuesta multisectorial al VIH.

### 1-OBJETIVOS

- Describir el flujo de financiamiento y el consumo de los desembolsos destinados a la prevención, atención, control, diagnóstico y protección social en VIH-Sida de El Salvador durante el año 2013, facilitando así, la construcción de un análisis financiero y estratégico de la respuesta nacional multisectorial frente a la epidemia.
- Identificar las fuentes de financiamiento con que cuenta el país, públicas, privadas e internacionales, que permiten una mejor visualización del funcionamiento de asignación del gasto en diferentes áreas, permitiendo así identificar como el país garantiza las medidas de prevención, control, diagnóstico y atención del VIH/Sida.
- Detectar las brechas de financiamiento destinadas a las diferentes poblaciones, específicamente las poblaciones en más alta vulnerabilidad al VIH que impiden la utilización efectiva de los recursos disponibles para la prevención y provisión de servicios para el VIH/Sida donde son necesarios.

<sup>2</sup>Guía práctica de MEGAS – La pasión y la ética entorno de MEGAS, ONUSIDA, 2009

<sup>3</sup>El principio de los «Tres unos» para la coordinación de las respuestas nacionales al VIH <http://data.unaids.org/UNA-docs/Three-Ones>

<sup>4</sup>El principio de los «Tres unos» para la coordinación de las respuestas nacionales al VIH

<sup>5</sup>Guía práctica de MEGAS – La pasión y la ética entorno de MEGAS, ONUSIDA, 2009

### III. METODOLOGÍA

Los pasos para la elaboración del informe MEGAS fueron los siguientes:

**Paso 1: Misión preparatoria:** Se realizaron una serie de talleres para el llenado de los formularios MEGAS con los diferentes actores de la respuesta nacional.

**Paso 2: Planificación:** Se diseñó la estrategia, la implementación y el cronograma, se identificaron los informantes claves, se diseñó la recolección de datos, se adaptaron y actualizaron los formularios de recolección de datos, se formuló el plan de análisis inicial y se programaron las actividades.

**Paso 3: Recolección de datos:** Se identificaron las fuentes de información, se contrató un consultor de la sociedad civil para hacer las entrevistas, y la recolección de datos para el sector de ONGS, así mismo se enviaron notas oficiales desde la oficina del Programa Nacional para todo el sector gubernamental, no gubernamental, Agencias Cooperantes y Empresa Privada.

Se presentaron desafíos relacionados a la entrega de la información, ya que no todas las instituciones respondieron a la solicitud, sin embargo fue muy significativa, hubo una buena participación de parte de la Sociedad Civil porque el 55% de las ONGS que trabajan en la respuesta brindaron información oportuna; Agencias cooperantes 100%; instituciones gubernamentales 95% y las instituciones seleccionadas que forman parte del sector privado proporcionaron información en un 80% (ver anexo 1).

**Paso 4: Procesamiento de datos:** Los datos fueron recibidos a través de los cuestionarios, entrevistas, e-mails, posteriormente se ingresaron en la planilla Excel de NASA.

Se recibió apoyo financiero de CONASIDA para la contratación de dos digitadores y una asistente administrativa quienes junto con el equipo de Monitoreo y Evaluación del Programa Nacional armaron las transacciones llenando las planillas Excel. Una vez verificadas de no existir duplicaciones se inició el proceso de ingresar los datos al software NASA el cual permitió consolidar toda la información y extraer las tablas de procesamiento de datos.

**Paso 5: Análisis de datos:** En esta fase se interpretaron los resultados en el marco de la respuesta nacional y la situación epidemiológica del VIH/SIDA en el país, con las expectativas financieras de cada sector.

**Paso 6: Validación:** Fue un proceso arduo en el cual se revisaron los resultados para evitar las duplicaciones, vacíos y la coherencia con las actividades y actores de la respuesta nacional. Dicha validación se realizó con los técnicos que realizaron MEGAS, con expertos y autoridades nacionales.

**Paso 7: Elaboración del informe final.**

**Paso 8: Divulgación y Uso de la Información:** Se realizó a todos los actores involucrados en la respuesta nacional, lo cual incluye a los tomadores de decisión, con el fin de democratizar la información y que sus datos contribuyan en el mejor aprovechamiento de los recursos, negociación de nuevas fuentes de financiamiento.

## IV. SITUACION DE LA RESPUESTA NACIONAL AL VIH

### 4.1- Ambiente Político

Durante el año 2013 se ha dado seguimiento al Plan Estratégico Nacional Multisectorial que cuenta con estrategias y un presupuesto detallado de los costos implicados.

El PENM como marco político ha sido utilizado como una herramienta para el desarrollo de los Planes operativos de diferentes instituciones, a la cabeza el Ministerio de Salud. En el 2013 el PENM fue utilizado para la elaboración del Proyecto presentado al Fondo Mundial, denominado “Innovando servicios, reduciendo riegos, renovando vidas en El Salvador” el que fue aprobado en el 2013.

La activa participación de la sociedad civil en el desarrollo del PENM y del Proyecto del Fondo Mundial ha sido un común denominador en el accionar de VIH.

El 2013 se caracterizó por mantener la Comisión Nacional del SIDA con participación activa de representantes de sociedad civil y presidida por una funcionaria de gobierno del más alto nivel, esa estructura organizacional asegura que se lleven a cabo los planes y programas. Se evidenció una alta participación multisectorial en la respuesta, la participación activa de los sectores de salud, educación y defensa, así como una participación bastante visible de los sectores juventud, y trabajo/ empleo.

En ese mismo año se evidenció un alto posicionamiento del Ministerio de Salud, tanto nacional como internacionalmente.

Las intervenciones programáticas que se han potenciado se encuentran en los componentes de prevención, atención y tratamiento y derechos humanos.

Dentro del componente de prevención los elementos considerados de mayor éxito fueron la prevención de la transmisión madre-hijo, pruebas voluntarias con consejería, el sistema logístico para condones y medicamentos, y la educación en VIH y sida para jóvenes, la comunicación para el cambio de comportamientos y los programas de sangre segura e inyecciones seguras en las unidades de salud. Los programas especiales para trabajadoras sexuales y para hombres que tienen sexo con hombres y población trans fueron potenciados a través de la Propuesta presentada al Fondo Mundial. (API 2013)

Para el año 2013 el componente de programas de atención y tratamiento presentó un cambio importante a través de la aplicación del Tratamiento 2.0 de la OPS que ha tenido impacto en el presupuesto.

Dentro de las intervenciones más exitosas en el componente de Atención y Tratamiento se mencionan: el tamizaje de sangre para transfusiones, la retroalimentación y evaluación de la respuesta, investigación, monitoreo y evaluación prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual e infecciones oportunistas relacionadas al VIH, las precauciones universales de bioseguridad, la profilaxis post exposición en casos de accidentes laborales o violaciones, la búsqueda intensiva de casos y terapias para tuberculosis, y los tratamientos antirretrovirales. (API 2013).

En el 2012 se aprobaron los Lineamientos para la Profilaxis Post Exposición al VIH, la que fue divulgada y aplicada en los diferentes establecimientos de salud. Paralelamente a este esfuerzo, en el mismo año, se buscó la coordinación estrecha con el Sector de

Justicia para la elaboración de un Protocolo Interinstitucional que garantice una adecuada atención multisectorial a las personas que sufren violencia sexual.

El tema de Derechos Humanos se demuestra a través de un fuerte apoyo de fuente gubernamental a las organizaciones de poblaciones en mayor riesgo, para crear un ambiente favorable al diálogo, proveer el apoyo político y financiero necesario para que participen activamente en el desarrollo y evaluación de la planificación nacional y para que puedan realizar sus actividades de abogacía y vigilancia en VIH y derechos humanos.

A través de la creación y aprobación de los Lineamientos de Atención para la comunidad de Lesbianas, Gay, Bisexuales y Transexuales en el 2012, el 2013 se ha caracterizado por alcanzar el cumplimiento de normativas operativas para la reducción del Estigma y Discriminación en los establecimientos de salud del MINSAL.

En el 2013 se continuó con la elaboración del anteproyecto de Ley de VIH, el que contó con amplia participación de la Sociedad Civil.

#### **4.2- Contexto Socioeconómico**

La población de El Salvador es de 6,249,262 habitantes (2012), el 62.6% de la población reside en el área urbana y el 37.4 en el área rural. El 63.7% de la población es menor de 30 años, lo que indica que la tendencia de la población es en su mayoría joven. Las mujeres representan el 52.8% de la población total del país y los hombres el 47.2%.<sup>6</sup>

El país está formado por 262 municipios repartidos en 14 departamentos, entre los cuales destacan La Libertad, Sonsonate, Cuscatlán y San Salvador por contar con la mayor densidad poblacional.

En los últimos 30 años, cada año unos 60,000 salvadoreños (1% de la población) se han ido a vivir a otro país. Se estima que alrededor de 2.5 millones de salvadoreños viven en el exterior, la mayor parte de ellos (85%) en Estados Unidos.

De acuerdo al informe 2014 de IDH, El Salvador aumentó levemente de 0.660 a 0.662 el valor del Índice de Desarrollo Humano. El IDH del Informe 2014, que refleja los datos de 2013, ubica a El Salvador en la posición 115 de 187 países y territorios.

El índice refleja tres dimensiones: La posibilidad de una vida larga y saludable, el acceso al conocimiento y el logro de un estándar de vida decente.

La tasa de analfabetismo de personas de 10 años o más, descendió de 28% en 1992 a 13% en 2011. En ese periodo también se redujeron a la mitad las tasas de deserción y de alumnos que repiten grado en educación básica.

En El Salvador, de acuerdo a la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM), los hombres tienen una tasa de alfabetización de un 89.8 % y las mujeres de 85.0 %.

El porcentaje de población con acceso a agua potable por conexión domiciliar subió 30% entre 1991 y 2011; mientras que el porcentaje de hogares en situación de déficit habitacional bajó de 55% a 29%. La tasa de incidencia de la pobreza, sobre la base de la línea de pobreza nacional (% de la población) es del 34.5%.

<sup>6</sup>Fuente: Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples 2012, Ministerio de Economía.

De cada cien personas que forman parte de la población económicamente activa (PEA), 7 están desempleadas y 44 subempleadas (con ingresos inferiores al salario mínimo vigente en el sector económico en el que laboran).

Únicamente la quinta parte de la fuerza laboral cuenta con trabajo decente y solamente el 28% de la PEA es cotizante para recibir una pensión.

### 4.3-Violencia de Género contra las Mujeres en las Relaciones Familiares

Las relaciones familiares como escenario de violencia contra las mujeres incluyen relaciones que tienen lugar dentro de la familia o unidad doméstica o cualquier relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer. Este tipo de violencia contra las mujeres comprende la violencia económica, física, psicológica, violencia patrimonial, violencia sexual, violencia simbólica y violencia feminicida.

Se presentan las estadísticas de la Procuraduría General de la República PGR, la Policía Nacional Civil PNC, la Fiscalía General de la República FGR y la Corte Suprema de Justicia CSJ, que corresponden al año 2013, haciendo énfasis en los datos sobre violencia sexual.

En el año 2013 la PGR atendió 937 casos de violencia sexual, la PNC atendió 2,737 casos, la FGR atendió 6,624 casos y la CSJ atendió 1,617 casos. (Ver tabla A)

Tabla A: Tipos de violencia reportados por entidades públicas, enero a diciembre 2013

Tipo de Violencia	PGR	PNC	FGR	CSJ
Violencia Económica	1,619	-	657	-
Violencia Física	913	1,717	5,486	-
Violencia Psicológica	1,924	7,166	10,186	-
Violencia Patrimonial	1,311	-	38	-
Violencia Sexual	937	2,737	6,624	1617

Fuente: Informe de Situación y Condición de las Mujeres Salvadoreñas 2009- 2014, ISDEMU

Del total de casos de violencia sexual atendidos por la PGR, la mayoría han sido por violación, utilización de palabras obscenas, obliga a tocamientos y contactos no deseados y comenta sus aventuras sexuales y acosa.

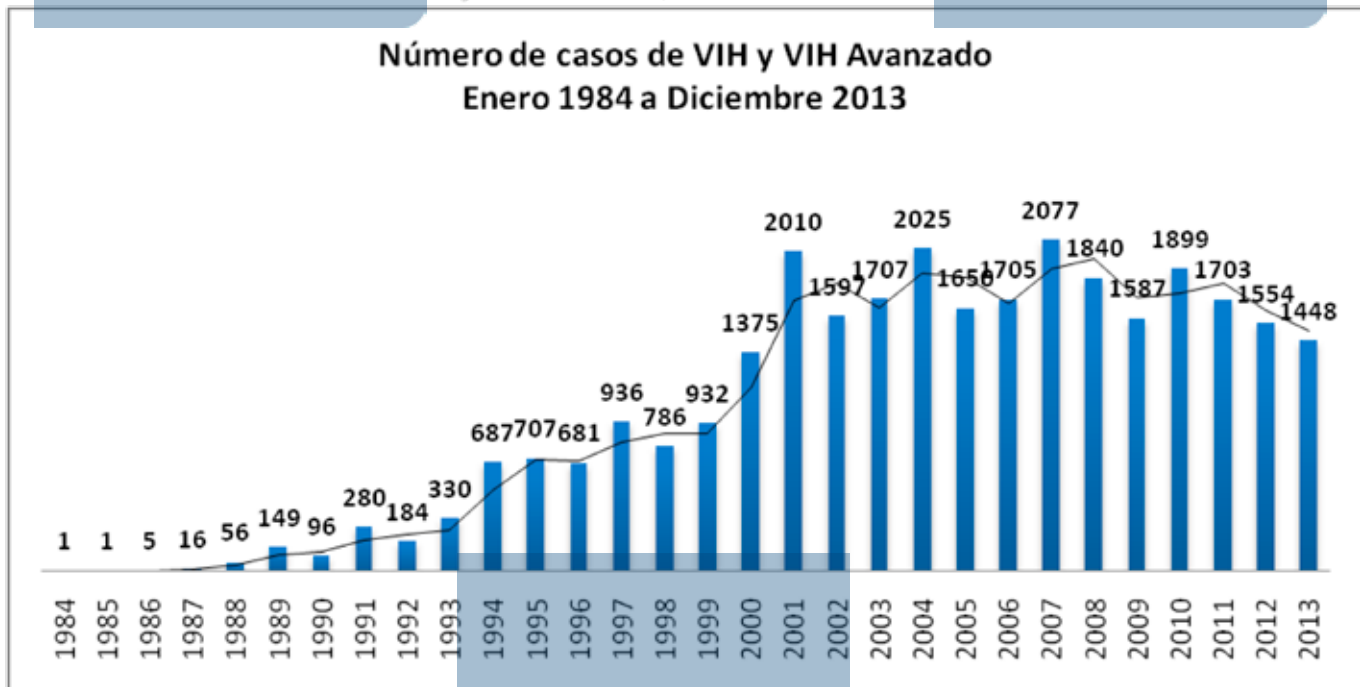
La PNC, FGR y CSJ ha atendido ha identificado en su mayoría, los siguientes delitos de violencia sexual: violaciones, violación en menor e incapaz, estupro, acoso sexual y otras agresiones sexuales.

#### 4.4- Evolución de la Epidemia.

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

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

Gráfico 1: Número de casos de VIH y VIH Avanzado, 2008 a 2013



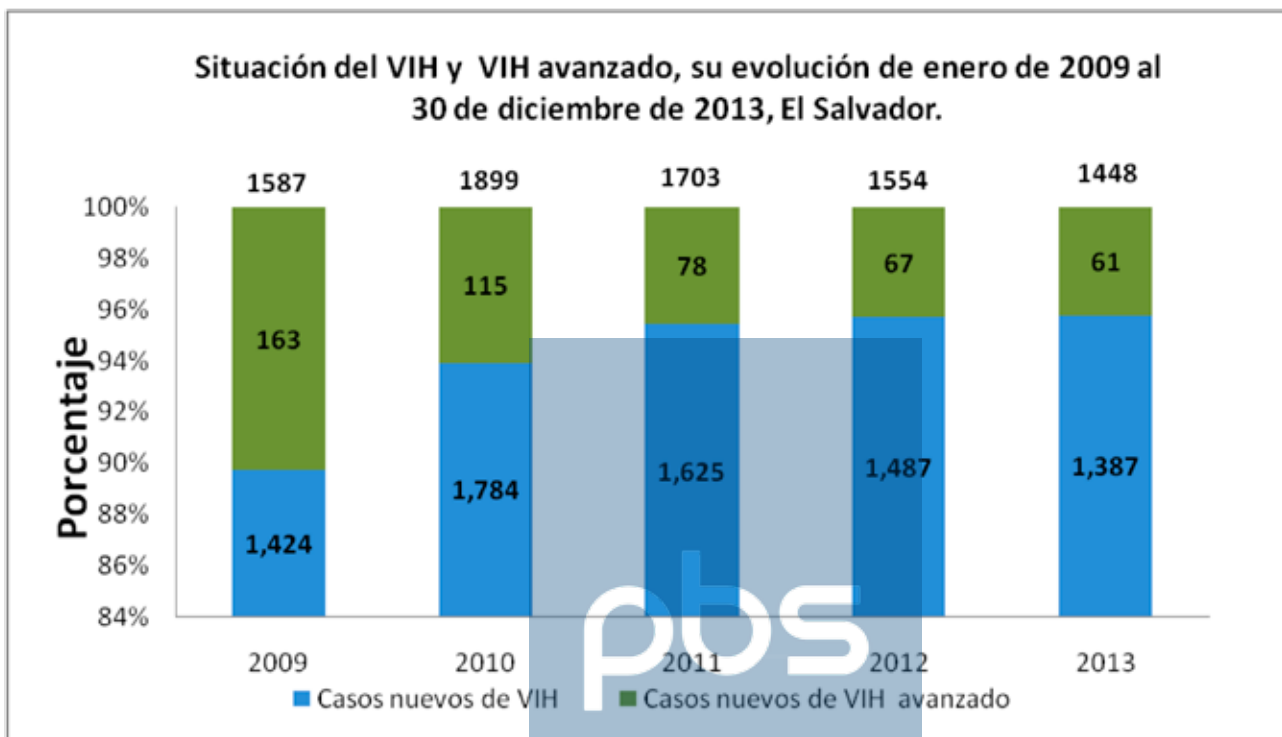
Fuente: Ministerio de Salud, SUMEVE 2013



a. **Casos nuevos de VIH de acuerdo con su fase de detección.**

En los últimos 5 años el número de casos nuevos osciló entre los 1,800 y los 1,400, de las cuales el número de casos de personas con VIH avanzado disminuye con respecto al total, producto del aumento en la oferta de la prueba de VIH, del número de establecimientos que en el marco de la Reforma Integral de Salud impulsa el MINSAL, los cuales dirigen sus esfuerzos de promoción y educación para la salud a impulsar como estrategia fundamental la atención primaria de la salud, a campañas educativas por medios de comunicación masiva y al trabajo sensibilizado de sus recursos humanos, factores que permiten un diagnóstico y detección cada vez más precoz de la condición, con una consecuente mejora en la calidad y tiempo de vida (ver gráfico 2). En los últimos 5 años el número de casos nuevos osciló entre los 1,800 y los 1,400, de las cuales el número de casos de personas con VIH avanzado disminuye con respecto al total, producto del aumento en la oferta de la prueba de VIH, del número de establecimientos que en el marco de la Reforma Integral de Salud impulsa el MINSAL, los cuales dirigen sus esfuerzos de promoción y educación para la salud a impulsar como estrategia fundamental la atención primaria de la salud, a campañas educativas por medios de comunicación masiva y al trabajo sensibilizado de sus recursos humanos, factores que permiten un diagnóstico y detección cada vez más precoz de la condición, con una consecuente mejora en la calidad y tiempo de vida (ver gráfico 2)<sup>8</sup>

**Gráfico N° 2: Situación del VIH y VIH avanzado, años 2009 al 2013.**



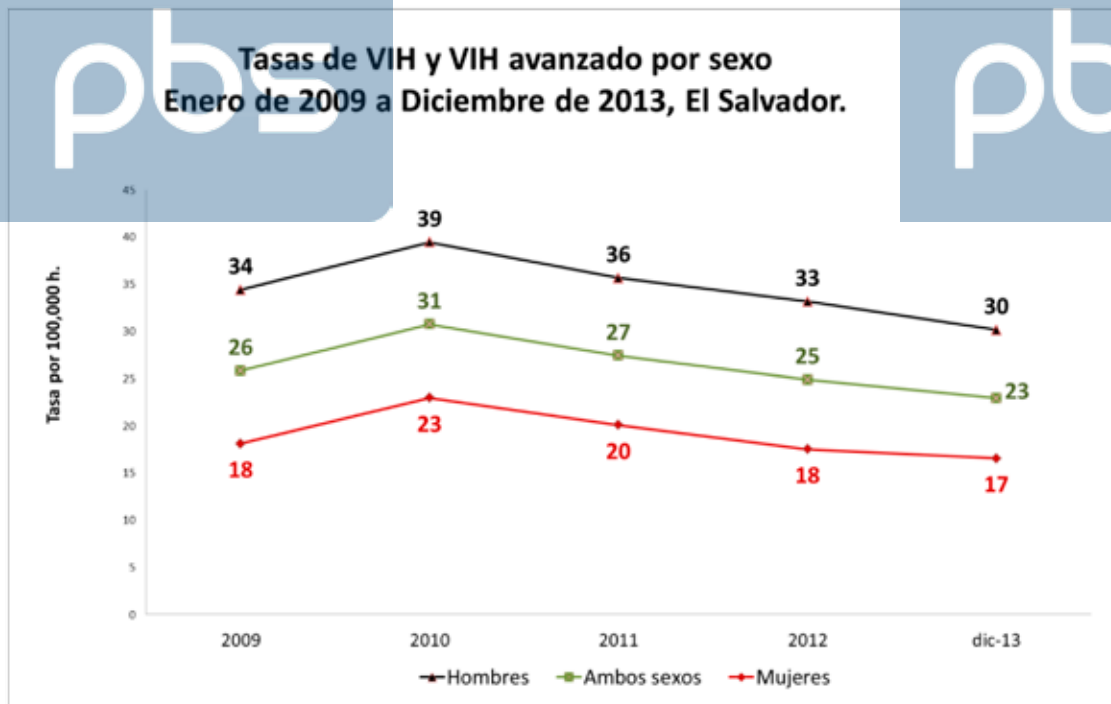
Fuente: Ministerio de Salud, SUMEVE 2013

<sup>8</sup>Ministerio de Salud, Informe nacional sobre el estado de la situación en cumplimiento del plan de monitoreo y evaluación del plan estratégico nacional multisectorial, año 2013

**b. Casos nuevos de VIH de acuerdo con su sexo**

En El Salvador, el número de casos anualmente detectados en hombres y mujeres en proporción con el número de habitantes por sexo para cada año (tasa global por 100,000 h), revela que las tasas de los hombres son cercanas al doble que en las mujeres, durante el período de enero de 2008 a diciembre de 2013. En términos absolutos la tasa promedio ha disminuido cerca de 3 personas por cada 100,000 desde 2008 hasta diciembre de 2013. La tasa en hombres ha disminuido en 9 personas por cada 100,000 y en las mujeres en 6 personas por cada 100,000. (Ver gráfico 3). Para el año 2013 la relación de casos nuevos entre hombre- mujer es de 1.6 hombres por cada mujer (índice de masculinidad), los valores han oscilado entre 1.5 y 1.7 hombres por cada mujer desde el 2008.<sup>9</sup>

**Gráfico 3: Tasas de VIH y VIH avanzado por sexo, 2009 a 2013**



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

<sup>9</sup>Ministerio de Salud, Informe nacional sobre el estado de la situación en cumplimiento del plan de monitoreo y evaluación del plan estratégico nacional multisectorial, año 2013

c. Casos nuevos de VIH de acuerdo con grupos específicos de edad

Gráfico 4.

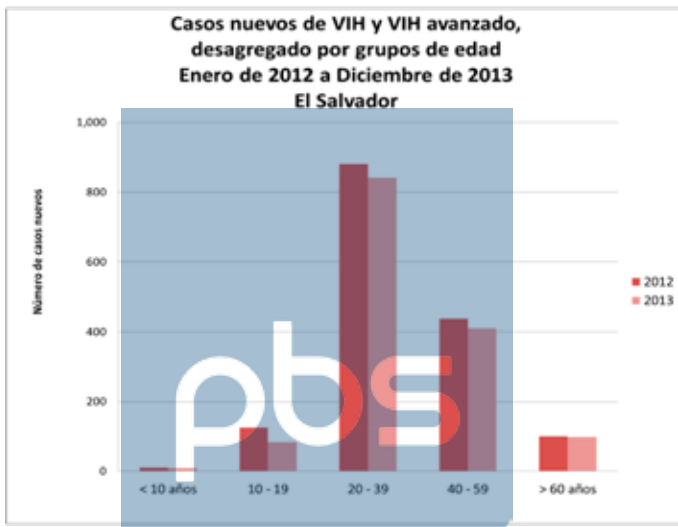
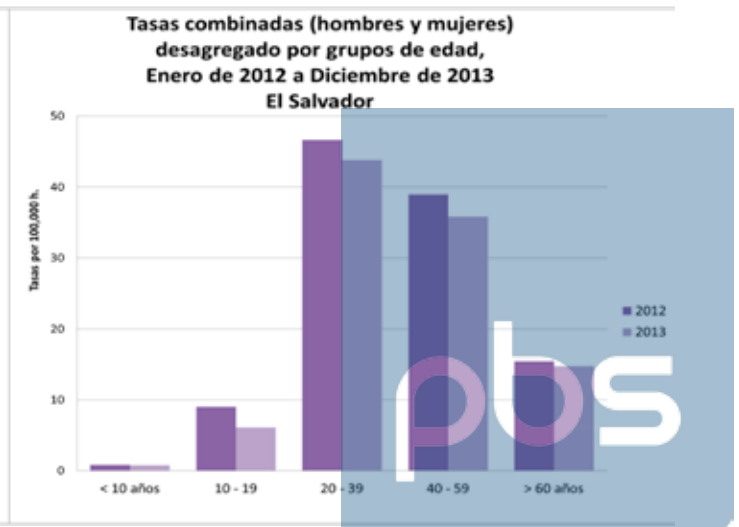


Gráfico 5.



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

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

<sup>10</sup> Idem 7

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

Gráfico 6.

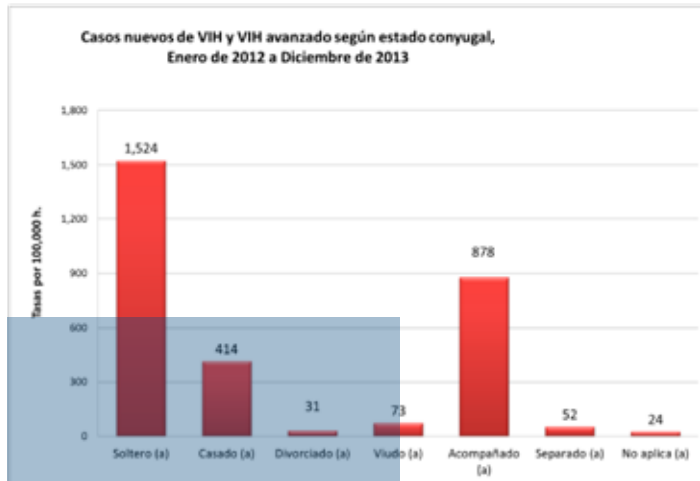
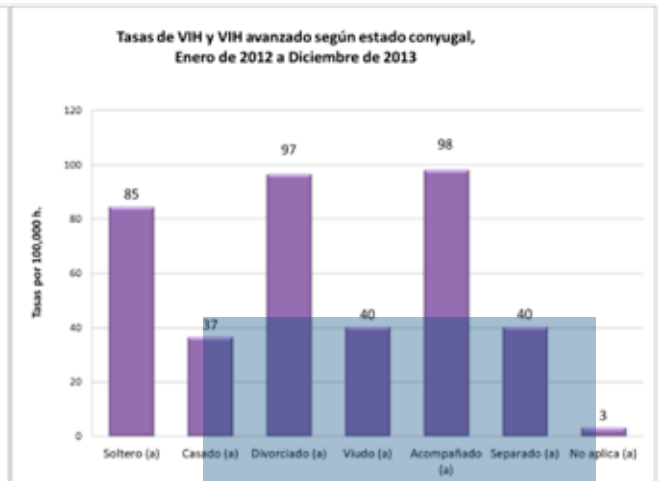


Gráfico 7.



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

De acuerdo al estado civil las tasas combinadas de nuevos casos de VIH-sida en mujeres y hombres reflejan que las personas con estado civil acompañado, divorciado y soltero son las que presentan las mayores tasas por cada 100,000 para el período de enero de 2012 al de diciembre de 2013. Es importante destacar que la población de viudos, separados proporcionalmente presenta igual tasa que los casados, por lo que datos sugieren que el estado civil y familiar no limita la actividad sexual en las personas, consecuentemente tampoco los riesgos para adquirir el VIH (ver gráfico 6 y tabla 7).

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

Gráfico 8

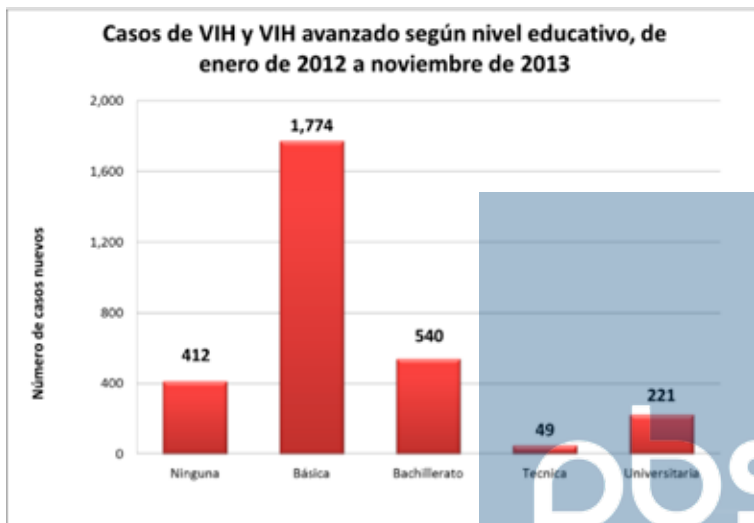
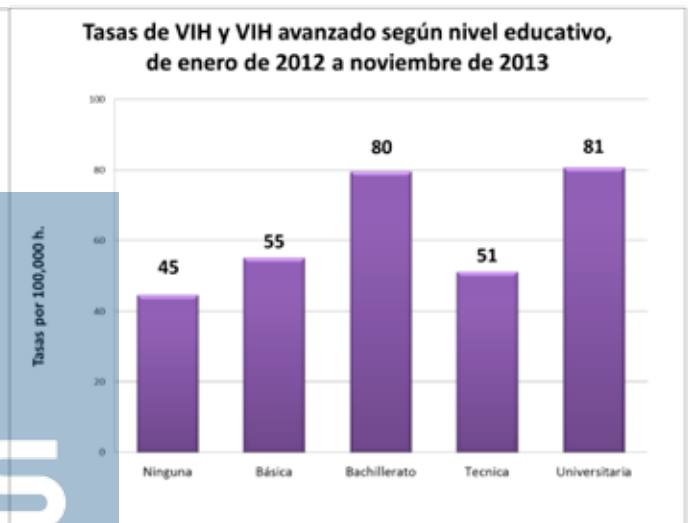


Gráfico 9



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

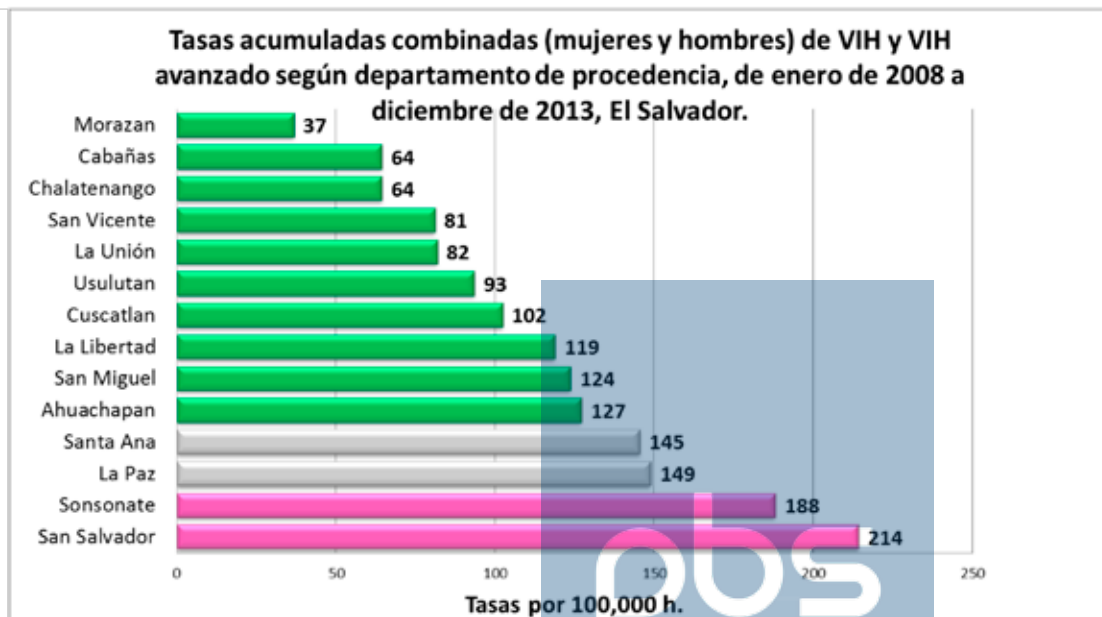
A lo largo de los últimos 2 años se ha evidenciado que el número de casos de VIH y VIH avanzado de acuerdo al nivel educativo ha sido a predominio de las personas que han estudiado nivel básico (plan básico a 9º grado finalizado), seguida de las personas que han estudiado bachillerato y de las que tienen ningún grado de estudios. (Ver gráfico 8).

Sin embargo cuando se analizan las tasas se observa que el grupo en mayor riesgo son que tienen el nivel de bachillerato, cuya diferencia con los y las que tienen nivel básico es de 25 personas por 100,000 h. Es sobresaliente que la tasa de la población de universitarios es la más alta. Finalmente el grupo de las personas técnicas muestra una tasa relevante e importante a pesar de que su número absoluto era poco significativo (ver gráfico 9).<sup>11</sup>

**f. Casos nuevos de VIH/SIDA según departamento de procedencia.**

En cuanto a la evolución de la epidemia y comparando la prevalencia del VIH según la procedencia de los casos en los años 2008 y 2013, los departamentos de San Salvador y Sonsonate presentan siempre tasas mayores que el promedio nacional y presentan además un riesgo relativo mayor de apareamiento de nuevos casos con respectivamente. (Ver gráfico 10.) La comparación de las tasas por departamento muestra una disminución en todos los casos a excepción del departamento de Cabañas.<sup>12</sup>

**Gráfico 10. Tasas acumuladas de VIH y VIH avanzado (mujeres y hombres) según departamento de procedencia, 2008 y 2013 El Salvador**



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

<sup>11</sup> Idem 7

<sup>12</sup> Idem 7

g. **Día Nacional de la toma de la Prueba de VIH.**

Gráfico 11



Gráfico 12



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

A lo largo de los últimos años resulta evidente que el número de pruebas realizadas con motivo del día nacional de toma de la prueba de VIH se ha incrementado año con año, llegando en 2013 sobrepasar el 200% de pruebas realizadas para los años 2007 y 2008, dicha tendencia ha representado esfuerzos cada vez mayores en el aspecto logístico, programático y Laboratorial por parte de todos los socios que participan en la respuesta conjunta ante el VIH. A través de los años se ha evidenciado un incremento en la toma de prueba de VIH y un decremento en el índice de positividad, cada año presentan porcentajes menores de toma de pruebas, mostrando un clara tendencia a la reducción aun cuando: el número de pruebas aumenta año con año, la prueba se ofrece a nuevos segmentos geográficos de la población, y se unen nuevos socios estratégicos al proceso. (Ver gráfico 11 y 12)

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



## **h. Epidemia en Poblaciones de Mayor Riesgo al VIH**

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

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

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

**Tabla 1. Prevalencias de VIH para TS, HSH y TRANS**

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

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

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

### **● Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)**

Los HSH es una de las poblaciones en más alta vulnerabilidad al VIH porque su prevalencia es alta. La prevalencia de VIH para esta población es de 10.4% (Estudio VICITS 2012), mostrando disminución de 0,4 puntos respecto al 2008. La prevalencia de sífilis activa para el año 2012 es de 5.12, hepatitis B 1.61 y Hepatitis C 0.8. El mismo estudio señala que el uso correcto y consistente del condón en HSH fue del 58%. La talla poblacional para HSH se estima en 16,835, de acuerdo a estimaciones de Spectrum 2013. La inversión en Sida para este grupo fue de 2.1% del total (\$1,251,793)<sup>13</sup>. Los servicios de prevención de VIH recibidos por los HSH en los últimos 12 meses fueron: condones 92%, lubricantes 58%, materiales sobre prevención 44%, referencia a la prueba de VIH 18%, referencia a ITS 6%.<sup>14</sup>

<sup>13</sup> Estudio de Medición del Gasto en Sida 2012.

<sup>14</sup> Estudio de Uso de Servicios de Salud por HSH en San Salvador realizado por Measure Evaluation del año 2012

### ● Población Trans

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

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

### ● Trabajadoras del sexo

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

## V. RESULTADOS

MEGAS, permite explorar la asignación de fondos entre los diferentes actores involucrados en la respuesta al VIH-Sida; desde el donante hasta su ejecutor final; explorando tanto las fuentes de financiamiento, ya sean éstas del sector público, privado o externo, así como también, los diferentes proveedores de servicios y los grupos beneficiados.

La clasificación del gasto relativo al sida es una clasificación funcional que incluye las categorías de prevención, atención y tratamiento, y otros servicios sanitarios y no sanitarios relacionados con el VIH. Luego de la revisión y la evaluación de estrategias anteriores utilizadas para la respuesta al VIH, los programas y las partidas se han estructurado en ocho clases de categorías de gasto: prevención, atención y tratamiento, huérfanos y niñez vulnerable, gestión y administración de los programas, recursos humanos, protección social, servicios sociales, entorno favorable e investigación.

<sup>15</sup> Fuente: Estudio Centroamericano de Vigilancia al Comportamiento Sexual, ECVC 2008.



## 5.1- GASTO POR CATEGORÍAS

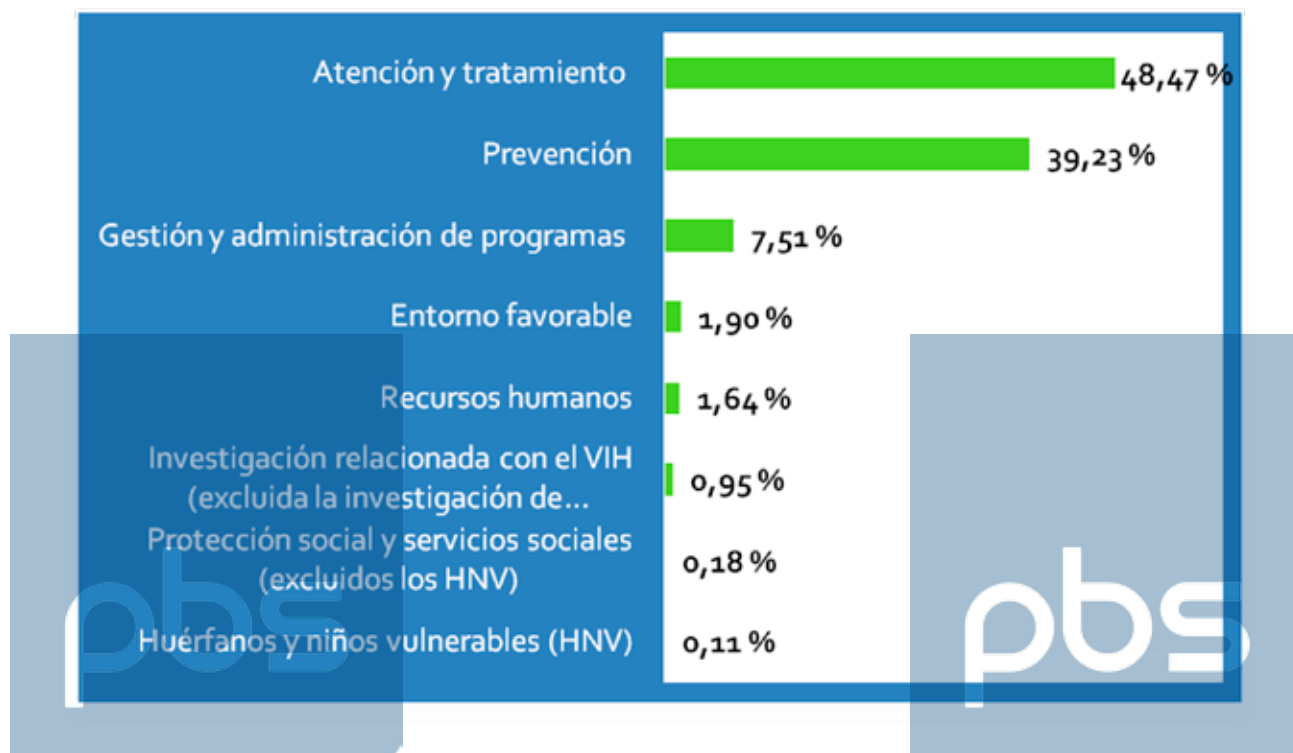
En el año 2013, en El Salvador se invirtió un monto de \$ 62, 438,201 para dar respuesta al VIH. Las acciones de atención y tratamiento ocuparon el 48.47% (\$30,266,375 ) reflejando el mayor gasto de la respuesta nacional durante el año 2013, seguido de la categoría de prevención que ocupó el segundo lugar en la medición de gasto con un 39,23 % (\$24,497,336) ; las acciones se han centralizado en la atención y tratamiento, superando con un 9% a las de prevención; en tercer lugar se encontró la categoría de Gestión y Administración de Programas con un 7,51% (\$4,686,344) posteriormente le siguen la categorías de Entorno Favorable con un 1.90% (\$1,186,875), Recursos Humanos con 1.64% (\$1,026,724); Investigación relacionada con el VIH (excluida la investigación de operaciones) con 0.95% (\$ 593,509) las últimas dos acciones que reflejan el menor gasto son: Protección social y Servicios Sociales con un 0.18% (\$110,098) y la categoría de Huérfanos y Niños Vulnerables (HNV) en último lugar reflejando una inversión del 0.11% (\$70,940) (ver tabla 2 y gráfico 13)

Tabla N° 2: Gasto por Categorías

CATEGORIAS DE GASTO	Públicas	%	Privadas	%	Internacionales	%	Total general	%
Prevención	\$17.4 Mill	37,29	\$1.46 Mill	75,13	\$5.6 Mill	40,77	\$24.49 Mill	39,23
Atención y tratamiento	\$28.04 Mill	60,02	\$39.177	2,01	\$2.18 Mill	15,84	\$30.26 Mill	48,47
Huérfanos y niños vulnerables (HNV)	\$50.902	0,11	\$7.426	0,38	\$12.612	0,09	\$70.940	0,11
Gestión y administración de programas	\$690.026	1,48	\$382.730	19,67	\$3.61 Mill	26,25	\$4.68 Mill	7,51
Recursos humanos	\$354.684	0,76	\$11.700	0,60	\$660.340	4,80	\$1.02 Mill	1,64
Protección social y servicios sociales (excluidos los HNV)	\$70.788	0,15	\$20.442	1,05	\$18.868	0,14	\$110.098	0,18
Entorno favorable	\$90.776	0,19	\$22.412	1,15	\$1.07 Mill	7,80	\$1.18 Mill	1,90
Investigación relacionada con el VIH (excluida la investigación de operaciones)	0.00	0,00	0.00	0,00	\$593.475	4,31	\$593.509	0,95
<b>Total</b>	<b>\$46.7 Mill</b>	<b>100,00</b>	<b>\$1.94 Mill</b>	<b>100,00</b>	<b>\$13.76 Mill</b>	<b>100,00</b>	<b>\$62.43 Mill</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2013

Gráfico nº 13: Inversión por Categorías de Gasto, año 2013



Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2013

## 5.2- EVOLUCIÓN DEL GASTO DEL 2008 A 2013

Al comparar los resultados de las Mediciones de Gastos en Sida de los años 2008 con las del 2013, la inversión total estimada para la respuesta nacional al VIH, ha incrementado en un 33.96% así mismo es importante mencionar que la inversión en prevención era una de las brechas identificadas en las MEGAS de los años anteriores, ahora, al analizar comparativamente y de manera general el año 2008 con el 2013 se evidencia que, el monto gastado para el año 2013 ha superado en un 60.63% al monto gastado en prevención para 2008 (ver tabla 3 y gráfico 14)

Este dato refleja que las acciones de prevención se han fortalecido, demostrando en el país una disminución de casos de VIH, ya que la tendencia de casos reportados en los establecimientos del MINSAL era de registrar 6 casos nuevos por día en el 2007, lo que ha ido revirtiendo lentamente hasta reportar 4 casos diarios en diciembre de 2013. (Ver gráfico 1).<sup>16</sup>

Una de las áreas que se ha mantenido con la mayor inversión desde el año 2008 hasta el 2013 ha sido la Atención quien ha ocupado el primer lugar en el gasto de la respuesta nacional de

<sup>16</sup> Ministerio de Salud, Informe Nacional sobre el Estado de Situación del VIH en El Salvador en Cumplimiento del Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación del Plan Estratégico Nacional Multisectorial, año 2013.

VIH en El Salvador, sin embargo al comparar el gasto erogado en atención en el año 2013 con el 2012 ha presentado una disminución de un 0.73% lo que demuestra que la inversión que se realiza en la atención es inversamente proporcional al gasto en Prevención, lógicamente si los casos de VIH disminuyen, el gasto en atención irá disminuyendo paulatinamente. (Ver tabla 3)

En tercer lugar, la categoría que ha presentado un incremento en el gasto para el 2013, fue Entorno Favorable con un 62.08% esta área es específica de la defensa de los derechos humanos en las personas con VIH, así como las acciones realizadas para disminuir el estigma y discriminación hacia las personas con VIH; en cuarto lugar es la de protección social, la cual reflejó un aumento del 53.37% en quinto lugar el área de recursos humanos, la cual refleja el fortalecimiento de las capacidades técnicas del personal de salud, con un 53.02% (ver tabla 3)

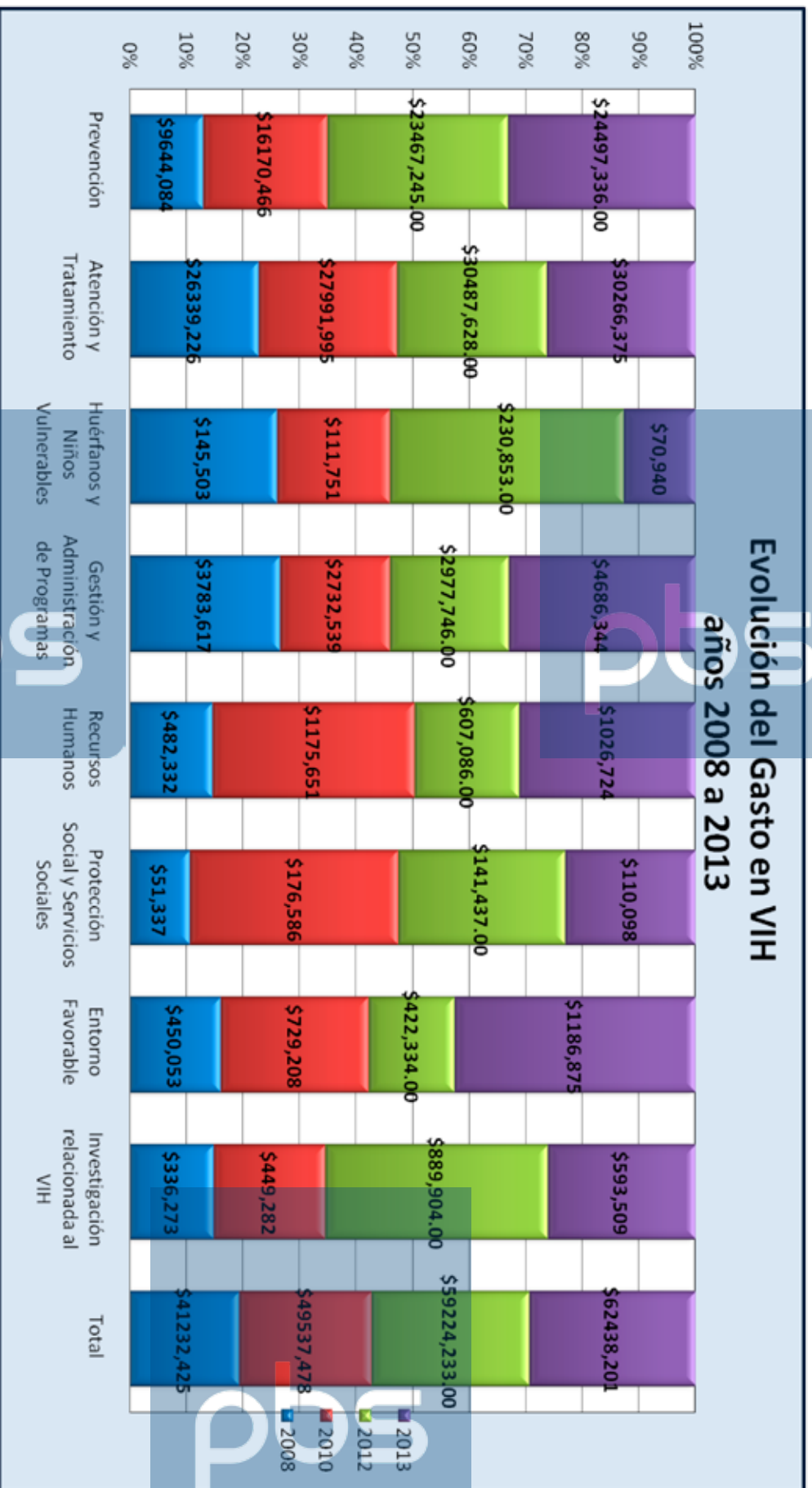
Las últimas dos áreas programáticas en las cuales se reflejó incremento en el gasto pero en menor porcentaje fueron: Investigación relacionada al VIH con un 43.34% gestión administración de programas 19.26% y en forma particular se ha presentado una disminución muy significativa en la categoría de huérfanos y niños vulnerables en un -105 % (ver tabla 3, 22 y grafico 14)

Tabla N° 3 Evolución del Gasto en VIH, El Salvador años 2008, 2010, 2012, 2013

Categorías del Gasto	2008	2010	2012	2013	Diferencia (año 2013 con 2008)	Diferencia en % del año 2013 comparado con 2008	Diferencia (año 2013 con 2012)	Diferencia en % (año 2013 con 2012)
Prevención	\$ 9.644.084	\$ 16.170.466	\$ 23.467.245	\$ 24.497.336	\$ 14.853.252	60,63	\$ 1.030.091	4,20
Atención y Tratamiento	\$ 26.339.226	\$ 27.991.995	\$ 30.487.628	\$ 30.266.375	\$ 3.927.149	12,98	\$ (221.253)	-0,73
Huérfanos y Niños Vulnerables	\$ 145.503	\$ 111.751	\$ 230.853	\$ 70.940	\$ (74.563)	-105,11	\$ (159.913)	-225,42
Gestión y Administración de Programas	\$ 3.783.617	\$ 2.732.539	\$ 2.977.746	\$ 4.686.344	\$ 902.727	19,26	\$ 1.708.598	36,46
Recursos Humanos	\$ 482.332	\$ 1.175.651	\$ 607.086	\$ 1.026.724	\$ 544.392	53,02	\$ 419.638	40,87
Protección Social y Servicios Sociales	\$ 51.337	\$ 176.586	\$ 141.437	\$ 110.098	\$ 58.761	53,37	\$ (31.339)	-28,46
Entorno Favorable	\$ 450.053	\$ 729.208	\$ 422.334	\$ 1.186.875	\$ 736.822	62,08	\$ 764.541	64,42
Investigación relacionada al VIH	\$ 336.273	\$ 449.282	\$ 889.904	\$ 593.509	\$ 257.236	43,34	\$ (296.395)	-49,94
<b>Total</b>	<b>\$ 41.232.425</b>	<b>\$ 49.537.478</b>	<b>\$ 59.224.233</b>	<b>\$ 62.438.201</b>	<b>\$ 21.205.776</b>	<b>33,96</b>	<b>\$ 3.213.968</b>	<b>5,15</b>

Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2008, 2010, 2012, 2013

Gráfico N° 14: Evolución del Gasto en Sida, años 2008 al 2013



Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2008, 2010, 2012, 2013.

Este gráfico demuestra la Evolución de la Inversión en la Respuesta Nacional al VIH, clasificado en las 8 Categorías de Gasto que evalúa esta Medición del Gasto en Sida realizada en los años 2008, 2010, 2012, 2013

### 5.3- PRESUPUESTO NACIONAL ASIGNADO AL MINSAL:

El presupuesto proveniente del fondo general asignado al Ministerio de Salud, para el año 2013 fue de \$625.5 millones , para el mismo año la inversión estimada con fondo GOES- MINSAL fue de \$ 37.7 millones, siendo el porcentaje de gasto en sida el 6.4% del gasto total del MINSAL.(Ver Tabla 4).

Tabla No 4: Comparación del presupuesto en Salud con el Gasto en Sida, año 2013

Presupuesto MINSAL año 2013	Inversión en VIH (Fuente GOES)*Según MEGAS , 2013
\$625.5 millones	\$ 37,7 millones
Porcentaje del gasto en sida relacionado al gasto total en salud	6.4 %

Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2013 y Rendición de Cuentas del Ministerio de Salud, año 2013

### 5.4- COMPONENTE DE FINANCIAMIENTO:

Los agentes financieros son los organismos que se encargan de adjudicar los fondos para costear los gastos en la compra de bienes y/o servicios. Son éstos quienes deciden cómo se invertirán los recursos.

Las fuentes de financiamiento son definidas como los asociados que aportan los fondos monetarios a los agentes financieros, para su posterior asignación según las áreas requeridas. Las fuentes de financiamiento agrupan tres grandes sectores:

- i. Sector Público o del gobierno central, que financia las acciones de las secretarías de Estado: Ministerio de Salud, Sanidad Militar, Ministerio de Gobernación, ISNA, Ministerio de Educación, Bienestar Magisterial, cuyos fondos provienen de las aportaciones tributarias (impuesto directos e indirectos) y el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), entidad gubernamental autónoma que se financia a través de los subsidios del Gobierno Central y de las aportaciones patronales y de los trabajadores.
- ii. Sector Privado: constituido por los gastos de bolsillo de la población. conformado por entidades como la empresa privada, fundaciones u organismos no gubernamentales (ONG), con y sin fines de lucro.
- iii. Sector Externo: agrupa los fondos provenientes de la cooperación internacional bilaterales y multilaterales

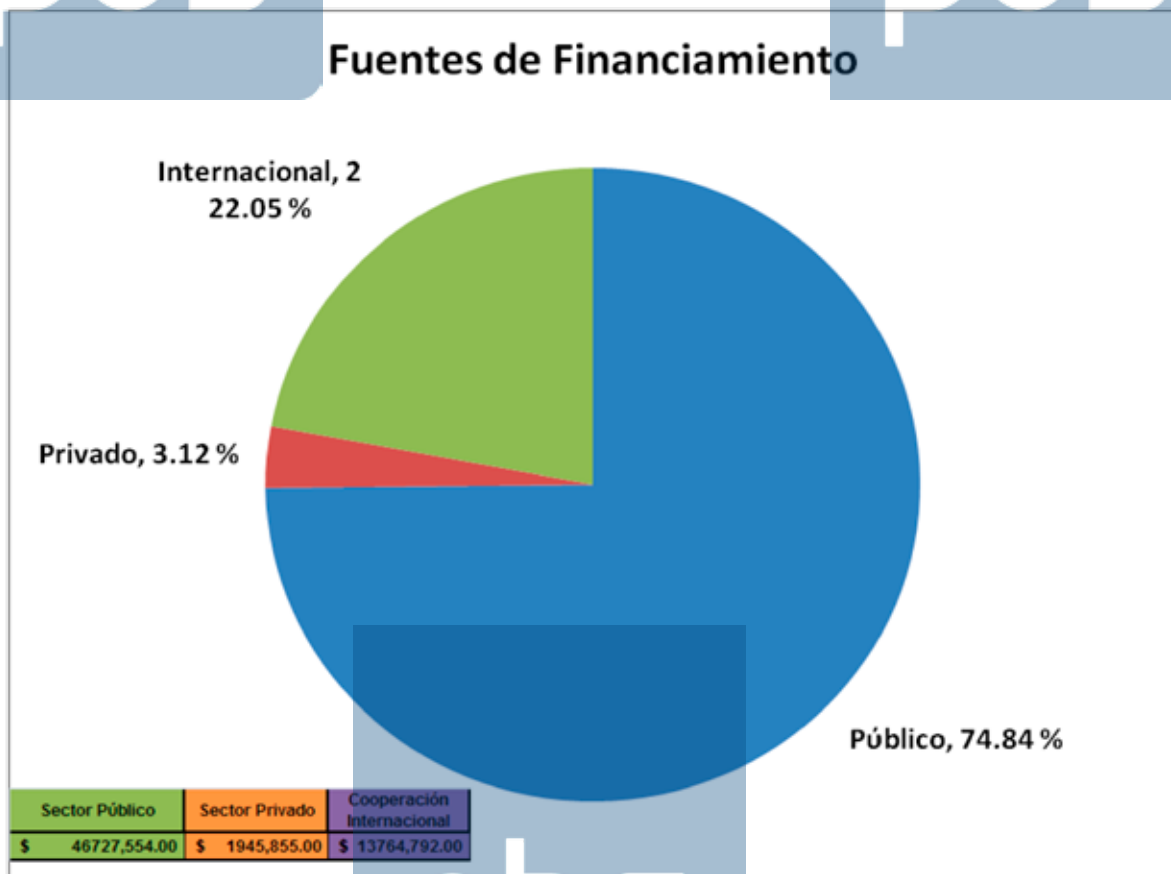
<sup>17</sup> Memoria de Labores 2013-2014, Ministerio de Salud

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos de las matrices de MEGAS, en las cuales se identifican los flujos de financiamiento y gastos realizados recopilando información proveniente de los diversos sectores: público, privado y sector externo involucrados en la respuesta nacional a esta epidemia.

**5.5- GASTO NACIONAL DE SIDA, POR TIPO DE FINANCIAMIENTO (PÚBLICO, PRIVADO Y EXTERNO)**

La contribución del sector público constituyó un 74.84% (\$ 46.727.554,00 ) del monto erogado; el subsidio del sector externo, el cual agrupa a las agencias de cooperación tanto bilaterales, como multilaterales, Fundaciones y ONG´s nacionales e internacionales aportaron un 22.05% (\$13.764.792,00) del gasto total, seguido por el sector privado con un 3.12% (\$1.945.855,00 ) que en un 11% de dicho monto representa el gasto de bolsillo de la población (erogaciones financieras efectuadas por la población para realizarse la prueba de VIH u otra ITS en establecimientos privados) y la participación de la sociedad civil debidamente organizada en ONGs, que se especializan en la prevención y atención de personas con VIH y grupos expuestos a mayor riesgo. (Ver gráfico N°15)

Gráfico N°15: Fuentes de Financiamiento



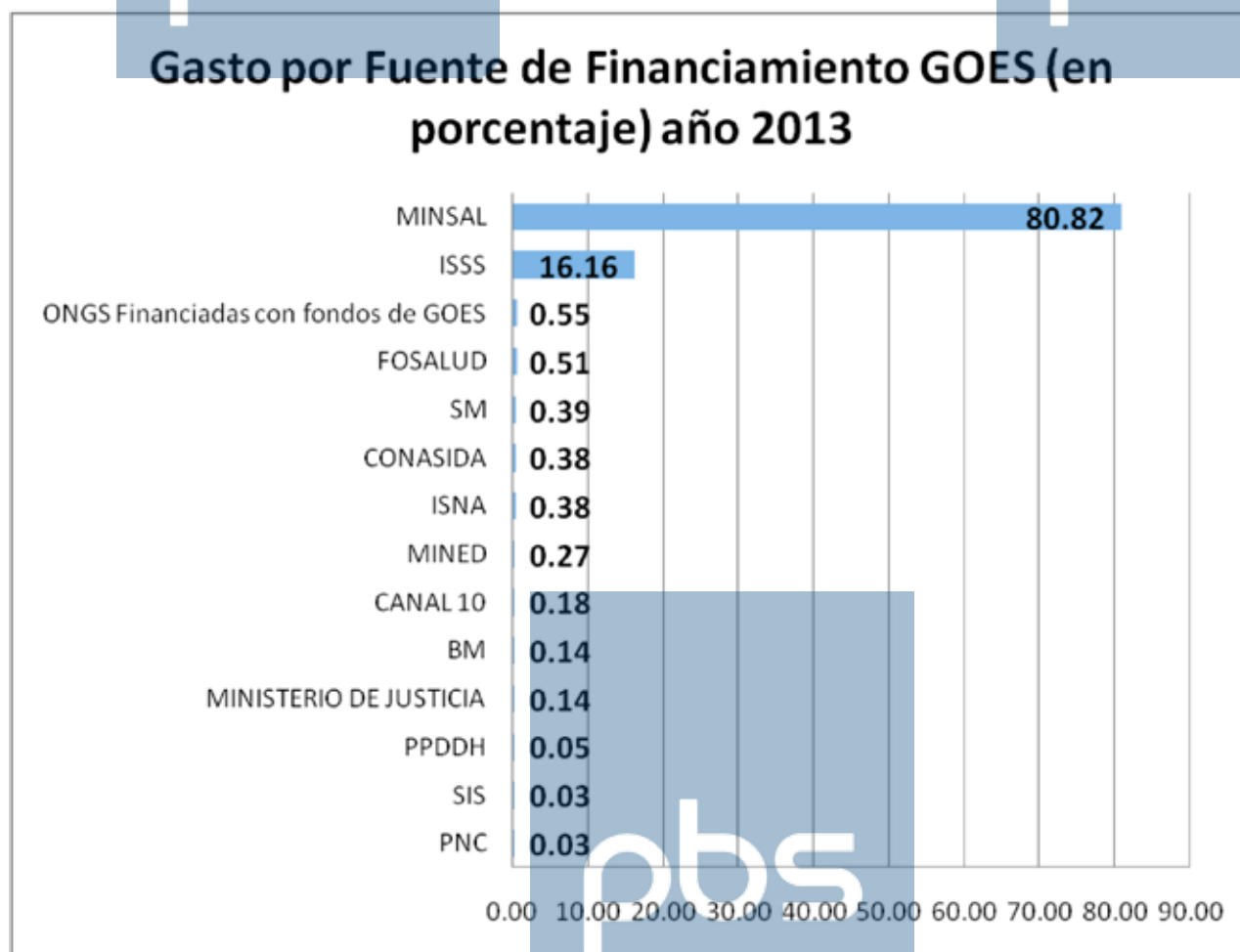
Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2013

**a- Fuente de Financiamiento Público**

Desde que se realizan los estudios MEGAS en El Salvador a partir del año 2005 al 2013, se ha registrado que es el sector público el que más aporta a la respuesta nacional del VIH.

En el año 2013 el sector público es el principal responsable de la ejecución de las funciones con un 80.82 % (\$ 37, 776,188) del monto erogado, posteriormente el Instituto Salvadoreño del Seguro Social tiene el 16.16% (\$ 7, 553,290) del gasto. El resto de instituciones del sector público tienen gastos que representan menos del 1% del gasto total. (Ver gráfico N°16)

Gráfico N°16: Gasto por Fuente de Financiamiento GOES (en porcentaje) año 2013



Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2013

**b- Fuente de Financiamiento Externo**

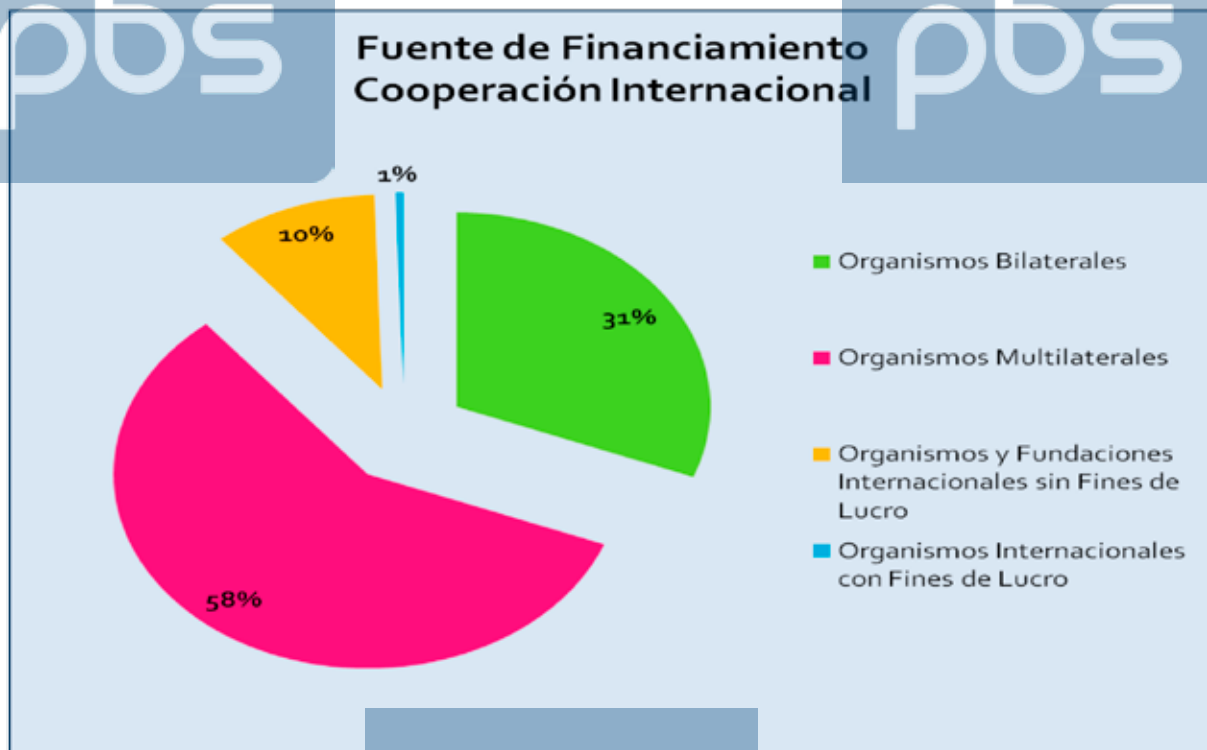
El Sector Externo, representa el 22.05% del gasto total. Está concentrado por agencias de cooperación bilateral, organismos multilaterales, organizaciones y fundaciones internacionales con fines de lucro y organizaciones internacionales sin fines de lucro (Ver tabla 5)

**Tabla N° 5. Fuente de Financiamiento Externo: Bilaterales, Multilaterales, Organizaciones con y sin Fines de Lucro.**

Contribuciones bilaterales directas	Organismos multilaterales	Organizaciones y fundaciones internacionales sin fines de lucro	Organizaciones internacionales con fines de lucro	Total
\$ 4,251,896	\$ 8,004,628	\$ 1,440,352	\$ 67,916	\$ 13,764,792

Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2013

**Gráfico No 17: Fuente de Financiamiento Externo.**

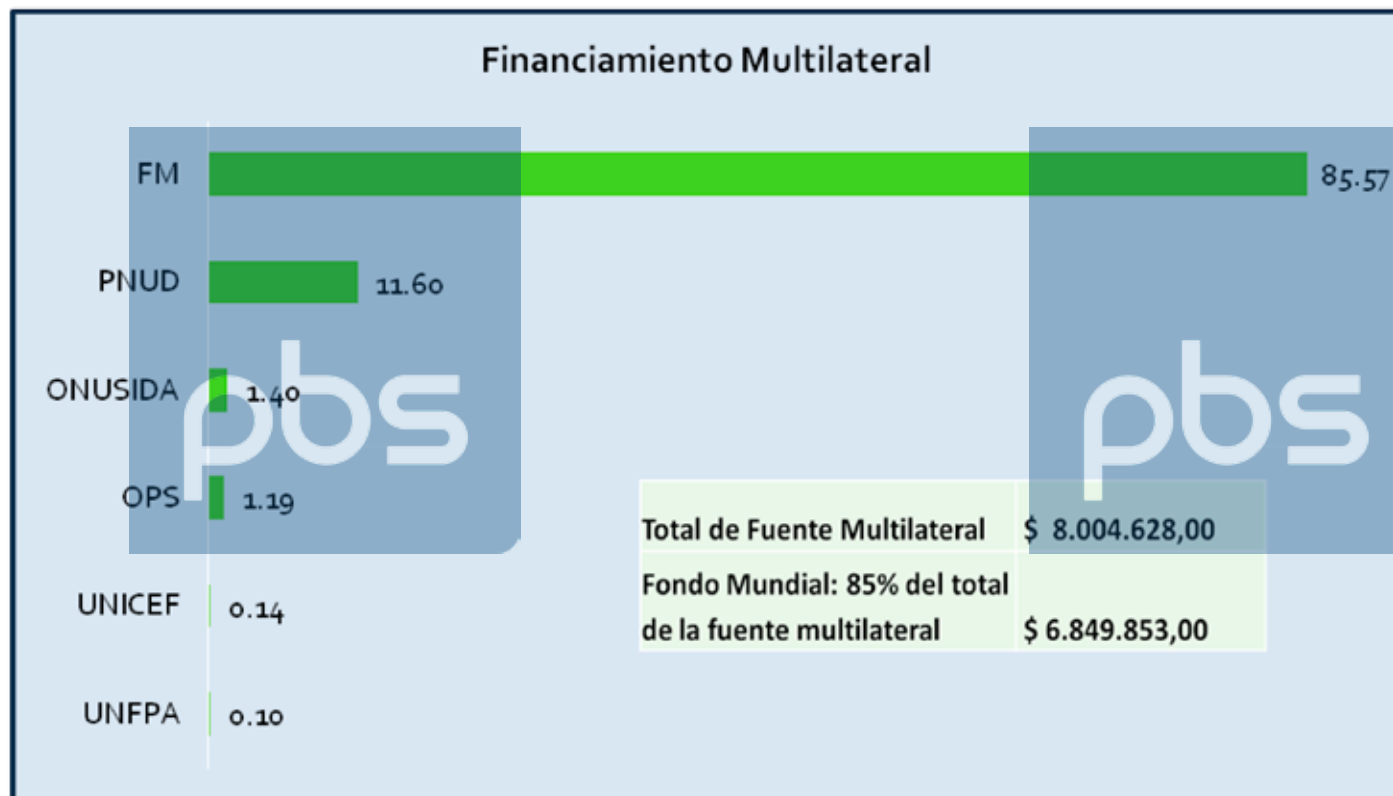


Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2013

La Cooperación Externa, ha invertido para el año 2013, \$13,7 millones de dólares en la respuesta nacional al VIH en donde la cooperación multilateral, contribuyó con un 58%, ocupando el primer lugar como uno de los principales financiadores para el desarrollo de las diferentes acciones que se realizan en VIH. En segundo lugar los organismos bilaterales con un 31%; en tercer lugar lo ocupan los organismos y fundaciones sin fines de lucro con un 10% y en último lugar los organismos y fundaciones con fines de lucro con un 1%.(Ver gráfico 17)



Gráfico No 18: Fuente de Financiamiento de Organismos Multilaterales.



Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2013

La Cooperación Multilateral representa el mayor porcentaje, con el 58% del gasto del sector externo. Entre los organismos multilaterales, que más aportan a la respuesta nacional al VIH de El Salvador se destaca el Fondo Mundial, reflejando un 85.57% (\$6,849,853) del gasto correspondiente al financiamiento multilateral. (Ver gráficos N° 18), en cuanto al gasto total en VIH, esta agencia de cooperación representa el 10.97%.

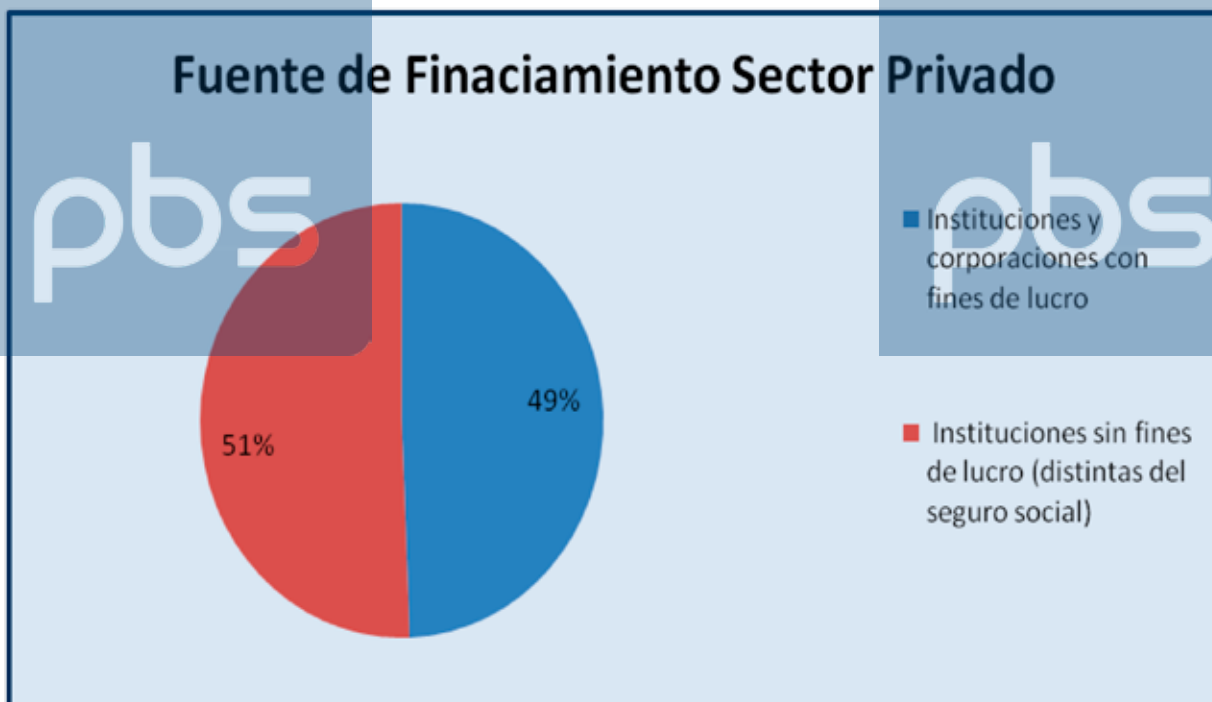


**c- Fuente de Financiamiento Privado.**

El Sector Privado representa el 3.12% del gasto total en Sida. El 51% del gasto privado representa a las instituciones y corporaciones sin fines de lucro, que corresponde a la participación de la sociedad civil debidamente organizada en ONGs, que se especializan en la atención de grupos de mayor vulnerabilidad (Ver gráfico 18)

El 49% lo ocupa las instituciones con fines de lucro, esto incluye el gasto de bolsillo de la población (erogaciones financieras efectuadas por la población para realizarse la prueba de VIH u otra ITS en establecimientos privados)

**Gráfico N° 18: Fuente de Financiamiento del Sector Privado.**



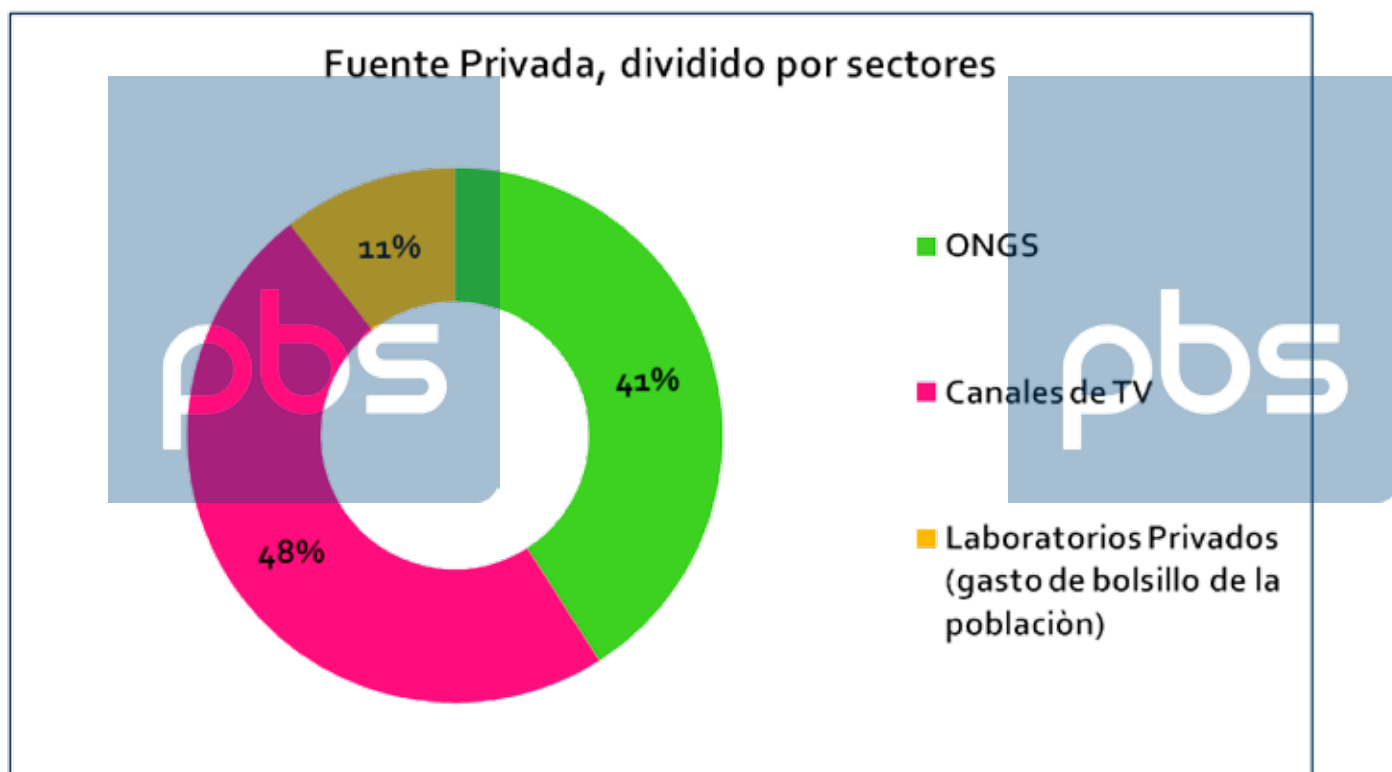
**Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2013**

Al dividir la fuente privada en los diferentes sectores que trabajan o contribuyen en la respuesta nacional al VIH, se detalla que es el sector de la empresa privada, específicamente los laboratorios clínicos, en donde se genera el gasto de bolsillo de la población en busca de realizarse una prueba de VIH o de alguna otra ITS.

Al referirnos a los medios de comunicación que apoyan la respuesta nacional al VIH, contribuyen en un 41% en el área de prevención específicamente en las sub categorías de comunicación relacionada con la salud para el cambio social y comportamental, acciones de entorno favorable, como por ejemplo disminuir el estigma y discriminación hacia las personas con VIH, etc.

El 11% corresponde al gasto que las ONGS con fondos propios, realizan en las diferentes acciones en la respuesta nacional de VIH. (Ver gráfico N° 19)

Gráfico N° 19: Fuente de Financiamiento del Sector Privado, dividido por Sectores.



Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2013

### **En resumen:**

Se ha evidenciado que el Sector Público es el principal responsable de la ejecución de las funciones con un 74.84 % (\$46,727,554) del monto erogado, donde las acciones de prevención ocupan el 39.23% (\$24,497,336) y las de atención y tratamiento reflejan un 48.47% (\$30,266,375) indicando que son los componentes que dispusieron de la mayor parte del presupuesto destinado para VIH, durante el año 2013.(Ver tabla 2)

El sector privado, con el 3.12% (\$1, 945,855) del gasto total, ha ejecutado principalmente las acciones en las áreas de prevención con el 75.13%, seguido de la inversión en gestión y administración de programas con el 19.67%.(Ver tabla 2)

El sector externo ha contribuido en un 22.05% (\$13,764.792) del gasto total, y sus acciones se realizaron en la áreas de prevención en un 40.77% y en apoyo a la gestión y administración de programas en un 26.25% y en el área de atención con el 15.84% (Ver Tabla No 2)

## **5.6- COMPONENTE DE PREVENCIÓN:**

La prevención se define como un conjunto integral de actividades o programas diseñado para reducir el comportamiento de riesgo. Entre los resultados se encuentran una disminución en las infecciones por el VIH entre la población y mejoras en la calidad y la seguridad en los centros de salud.

Los componentes de la prevención incluyen: Comunicación para cambio social y comportamental, Movilización de la comunidad, Asesoramiento y pruebas voluntarias (APV), Programas de reducción del riesgo para poblaciones vulnerables y accesibles, Prevención – jóvenes escolarizados y no escolarizados, Prevención de la transmisión del VIH dirigida a personas con VIH (PVS), Programas de prevención para profesionales del sexo y sus clientes, Programas para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), Programas de reducción de daños para consumidores de drogas inyectables (CDI), Programas de prevención en el lugar de trabajo, Comercialización social del preservativo, Suministro de preservativos masculinos en el sector público y comercial, Suministro de preservativos femeninos en el sector público y comercial, Microbicidas, Prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS), Prevención de la transmisión materno infantil (PTMI), Circuncisión masculina, Seguridad hematológica, Inyecciones médicas seguras, Precauciones universales, Profilaxis posterior a la exposición (PPE) y Actividades de prevención sin clasificar en otras categorías.

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

Entre las actividades prioritarias, realizadas durante el 2013, se mencionan:

1. Implementación de la Estrategia de Información, Educación y Comunicación en la prevención de las ITS/VIH a nivel nacional.
2. Fortalecimiento de las capacidades técnicas del personal de salud de los diferentes establecimientos en consejería: 450 nuevos consejeros en VIH y 160 facilitadores en consejería para VIH
3. Reproducción y distribución de nuevo material educativo para la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH específico para poblaciones de mayor riesgo y vulnerabilidad, a nivel nacional.

4. En cumplimiento a las estrategias planteadas en el PENM, se han implementado cuatro Clínicas de Vigilancia Centinela para la atención integral de la Infecciones de Transmisión Sexual, las cuales están ubicadas en la USCF Concepción, Barrios en San Salvador, San Miguel y Sonzacate (Sonsonate).
5. Producción y lanzamiento de dos campañas publicitarias sobre prevención de VIH: Campaña preventiva de Infecciones de Transmisión Sexual en Febrero de 2013, Campaña En contra de la discriminación hacia personas con VIH en abril de 2013.
6. Para lograr la reducción de la transmisión materno infantil del VIH, se ha logrado un incremento en el número de pruebas de VIH realizadas del 2001 al 2013, la descentralización y ampliación de la cobertura en centros de segundo nivel de atención para la PTMI; retroalimentación a los SIBASI sobre la Estrategia de Prevención de Transmisión vertical de VIH y Sífilis y a los niveles locales para mejorar la cobertura de primer y segundo perfil prenatal, validación para toma de pruebas rápidas de SIFILIS buscando que este logro acortara brecha y evitar oportunidades perdidas cuando una mujer embarazada visita una UCSF. Desde hace doce años no se han presentado incrementos en los casos de VIH pediátrico, en el año 2001 se registraron 142 casos y al año 2013, solo 6 casos, lo que demuestra que la estrategia de PTMI es exitosa en nuestro país.
7. Se realizaron un total de 172,909 intervenciones cara a cara con Poblaciones Móviles lo cual manifiesta el trabajo coordinado e intersectorial que se da en los puntos intervenidos, tales como: 7 Fronteras (Frontera de San Cristóbal, Anguiatú, Las Chinamas, El Poy, El Amatillo, La Hachadura, El Paso del tigre) 3 Puertos marítimos (Acajutla, La Libertad, La Unión), 1 Aeropuerto (aeropuerto Internacional de Comalapa), 1 Estación de paso (Lourdes, colón), Punto ciego (San Lorenzo – Ahuachapán) y un centro especializado (Centro de Atención Integral al Inmigrante)
8. Se ha tenido una entrega promedio durante los años 2010-2011 y 2012 de 350,000 condones destinados a las personas que son catalogadas como población móvil en los lugares intervenidos.
9. La realización de capacitaciones a empresas para la elaboración de políticas de VIH en el lugar de trabajo a través del apoyo de USAID-PASCA habiendo realizado una mayor cobertura de empresas.
10. En relación a la transmisión Sanguínea del VIH. Es relevante mencionar que se ha colaborado con pruebas para detección del VIH, Hepatitis B y C a los Banco de Sangre para garantizar la calidad de sangre segura que es transfundida a los receptores de sangre, según estadísticas tenemos aproximadamente dos décadas en las no se han reportado casos de VIH adquiridos por esta vía.
11. Se continúa brindando servicio de toma de pruebas para VIH, Sífilis, Hepatitis B, C y tipo sanguíneos en las Unidades Móviles, así como la oferta de servicios a Privados de Libertad, realizando pruebas de seguimiento como CD4 y CV.

**Tabla N° 6. Clasificación de Agente Financiero Especifica para la Categoría de Prevención**

Actividades de Prevención	Públicas	Privadas	Internacionales	Total general
Comunicación para el cambio social y comportamental	\$ 501,118	\$ 1,088,835	\$ 521,701	\$ 2,111,654
Movilización de la comunidad	\$ 69,341	\$ 600	\$ 332,721	\$ 402,662
Asesoramiento y pruebas voluntarias (APV)	\$ 785,32	\$ 141,693	\$ 1,173,467	\$ 2,100,480

Actividades de Prevención	Públicas	Privadas	Internacionales	Total general
Reducción del riesgo para poblaciones vulnerables y accesibles[1]	\$ 229,436	\$ 97,650	\$ 746,715	\$ 1,073,801
Prevención – jóvenes escolarizados	\$145,685.00	\$ 2,042	\$ 582,630	\$ 730,357
Prevención – jóvenes no escolarizados	\$ 74.	\$ 982	\$ 355,886	\$ 356,942
Prevención de la transmisión del VIH dirigida a personas que viven con el VIH (PVV)	\$ 46,810	\$ 7,378	\$ 315,421	\$ 369,609
Programas de prevención para profesionales del sexo y sus clientes	\$ 8,035	\$ 28,262	\$ 348,401	\$ 384,698
Programas para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH)	\$ 7,705	\$ 7,090	\$ 222,071	\$ 236,866
Programas de prevención en el lugar de trabajo	\$ 1,611	\$ 5104	\$ 332,978	\$ 339,633
Comercialización social del preservativo	\$ 1,651	\$ 0.0	\$ 0.0	\$ 1,651
Suministro de preservativos masculinos en el sector público y comercial	\$ 215,907	\$ 6,579	\$ 160,192	\$ 382,678
Suministro de preservativos femeninos en el sector público y comercial	\$ 1,147	\$ 0.0	\$ 27,450	\$ 28,597
Microbicidas	\$ 0.0	\$ 0.0	\$ 7,280	\$ 7,280
Prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS)	\$ 4,643,920	\$ 66,415	\$ 281,175	\$ 4,991,510
Prevención de la transmisión maternoinfantil (PTMI)	\$ 1,455,915	\$ 5,300	\$ 75,091	\$ 1,536,306
Seguridad hematológica	\$ 7,703,457	\$ 0.0	\$ 7,000	\$ 7,710,457
Inyecciones médicas seguras	\$ 422,249	\$ 0.0	\$ 15,966	\$ 438,215
Precauciones universales	\$ 94,846	\$ 3,038	\$ 102,165	\$ 200,049
Profilaxis posterior a la exposición (PPE)	\$ 71,969.	\$ 1,000	\$ 3,640	\$ 76,609
Actividades de prevención no desglosadas por intervención	\$ 1,017,222	\$ 0.0	\$ 0.0	\$ 1,017,222
<b>Total</b>	<b>\$17,423,418</b>	<b>\$ 1,461,968</b>	<b>\$ 5,611,950</b>	<b>\$ 24,497,336</b>

Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2013

Al analizar el gasto reflejado en el MEGAS 2013, se ha evidenciado que las acciones de prevención ocupan el 39.23 % (\$24.49 millones) del total del gasto en sida, y junto con las acciones de atención y tratamiento son los componentes que dispusieron de la mayor parte del presupuesto destinado para VIH, durante el año 2013.

Entre las principales 5 sub categorías de prevención en las que se demostró mayor inversión, fueron las siguientes: Seguridad Hematológica con un 31.47% (\$ 7,7 millones) del monto total invertido en prevención, seguido de acciones de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de las ITS con el 20.38% (\$ 4.99 millones), en tercer lugar la Comunicación para el Cambio Social y Comportamental con un 8.57% (\$ 2.11 millones); en cuarto lugar, Asesoramiento y Pruebas Voluntarias con un 8.62% (\$ 2.10 millones) y la Prevención de la Transmisión Materno Infantil con 6.27% (\$1.53 millones) (Ver tabla n° 6 y gráfico n° 20)

Las unidades de sangre donada que se analizan para la detección del VIH con criterios de calidad asegurada fueron 61,789 unidades<sup>18</sup>, lo que corresponde al 100% de unidades donadas. A lo largo de los años se han mantenido los criterios de calidad asegurada al 100% y no se han reportado casos de VIH a través de transfusiones sanguíneas.

**Gráfico 20: Principales Sub categorías de Prevención que presentaron mayor gasto para el 2013**



Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2013

<sup>18</sup> Fuente: Informe de Indicadores 2013, Subcomisión Nacional de Monitoreo y Evaluación CONASIDA

**a- Gasto de Prevención en Pruebas de Asesoramiento por tipo de población beneficiaria (PEMAR, General)**

El gasto en asesoramiento y pruebas voluntarias (APV) para grupos PEMAR y población general fue de \$ 2.6 millones, dicha inversión se desglosa a continuación:

Para poblaciones expuestas en mayor riesgo, el gasto fue de \$839,247 lo que representa el 31.63 del monto de APV. (Tabla 7); para población general fue un 68.37% (1, 814,024)

A lo largo de los últimos años el número de pruebas rápidas realizado a la población general se ha ido incrementando gradualmente, al tiempo que el número de pruebas realizadas en el año 2012 fue de 355,295 y para el año 2013 fue de 380,905, así mismo, se continúa brindando servicio de toma de pruebas para VIH, Sífilis, Hepatitis **B, C y tippo sanguíneos en las Unidades Móviles, así como la oferta de servicios a Privados de Libertad, realizando pruebas de seguimiento como CD4 y CV.**

El porcentaje de población con mayor riesgo y vulnerabilidad que se sometió a la prueba de VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados de acuerdo al Estudio VICITS 2012 fue del 97% de HSH y el 93% de Trabajadoras sexuales.

De acuerdo al estudio TraC de VIH/SIDA en HSH, en Santa Ana y San Salvador, PASMO 2012, el porcentaje de HSH que se sometió a la prueba de VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados fue del 59.1%, para población de Trabajadoras sexuales fue del 79.4% y población de Trans fue del 80.8%.

Actualmente se está desarrollando la estrategia de las clínicas de atención integral para la vigilancia de las ITS (VICITS) cuyo propósito es aumentar la cobertura en servicios de salud, incluyendo la toma de pruebas de VIH a las poblaciones en más alto riesgo de VIH.

**b- Programas de prevención dirigidos a población en más alto riesgo de VIH (HSH, Trans, Trabajadoras Sexuales)**

En la tabla N° 8, se refleja el gasto general relacionado a la población más expuesta, entre ellas HSH y TS, aclarando que no se reflejan acciones con la población Trans, porque no existen categorías específicas para esta población en la base de datos de MEGAS, sin embargo los datos presentados por diferentes Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF), Organizaciones de la Sociedad Civil, que reportaron acciones de prevención y de atención a la población Trans, se introdujeron en la variable de HSH.

El gasto reflejado para las poblaciones en mayor riesgo al VIH fue de \$3,341,193 lo que representa el 5.35% del monto total, de los cuales el 2.01% está dirigido a programas de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH) y el 2.83% está dirigido a programas para Trabajadoras sexuales, reflejando una constancia entre los resultados del gasto en el 2012. Este monto refleja un estimado de gastos en programas de prevención,

**Tabla N° 7. Asesoramiento y Prueba Voluntaria por Tipo de Población Beneficiaria.**

Asesoramiento y Pruebas Voluntarias (APV)	
PEMAR	\$ 839,247
Población General	\$ 1,814,024
Total	\$ 2,653,271

Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2013



suministro de preservativos, toma de pruebas, información, educación, atención médica, incluyendo tratamientos para ITS como preventivo del VIH.

La principal fuente de financiamiento para las PEMAR son las fuentes externas que financian el 83% (\$2,815,739) de las acciones de prevención durante el año 2013.

Las prevalencias de VIH en El Salvador, se encuentran concentradas en la población Trans (25.8%)<sup>19</sup>, en HSH (10%) y el TS (3.14 %)<sup>20</sup> contrastado con la prevalencia en la población general (0.4%). Los porcentajes de gastos para estas poblaciones, tanto para atención y prevención es bajo, lo que sugiere que el gasto realizado en el año 2013 fue inversamente proporcional a la prevalencia de VIH en estas poblaciones.

El porcentaje de población de Trabajadoras sexuales al que llegaron los programas de prevención del VIH fue del 60% de acuerdo al ECVC 2008, ese porcentaje ha mejorado al 86.5% de acuerdo al estudio VICITS 2012. Estos resultados tienen relación con la disminución de la prevalencia de VIH y Sífilis para esta población.

De la misma forma, el porcentaje de HSH al que llegaron los programas de prevención del VIH ha mejorado del 40% (ECVC) al 87.9% (VICITS).

Las variables que se miden en los programas de prevención son: el lugar donde pueden realizarse la prueba del VIH y si han recibido preservativos en los últimos doce meses.

De acuerdo al estudio TraC de VIH/SIDA en HSH, PASMO 2012, el porcentaje de poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad al que llegaron los programas de prevención del VIH en HSH fue del 69.1%, para población de Trabajadoras sexuales fue del 12.9 % y población de Trans fue del 83.7%.

**Tabla Nº 8. Gasto en PEMAR por Fuente de Financiamiento**

	Gasto en PEMAR					
	Total HSH y TS y otros	Gasto total en HSH	Gasto preventivo en HSH	Otros gastos en "Poblaciones más expuestas" no desglosadas por tipo	Gasto total en TS	Gasto Preventivo en TS
	\$	\$	\$	\$	\$	\$
<b>TOTAL</b>	\$3341,193	\$1252,453	\$290,018	\$319,513	\$1769,227	\$1210,980
<b>Fuentes Públicas</b>	\$363,954	\$8,177	\$8,177	\$169,829	\$185,948	\$185,948
a) Gobierno	\$363,954	\$8,177	\$8,177	\$169,829	\$185,948	\$185,948
b) Seguridad Social	\$0	\$0	\$0	\$0		\$0
c) Otras fuentes públicas	\$0	\$0	\$0	\$0		\$0
<b>Fuentes Privadas</b>	\$161,500	\$77,569	\$8,386	\$2,374	\$81,557	\$36,319

<sup>19</sup> Encuesta Centroamericana de Vigilancia del Comportamiento Sexual al VIH, 2008

<sup>20</sup> Estudio VICITS 2012, Ministerio de Salud.

a) Hogares	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
b) Empresas	\$31,466	\$8,841	\$0	\$0	\$22,625	\$16,679
c) Privadas sin fines de lucro	\$130,034	\$ 68,728.00	\$8,386	\$2,374	\$58,932	\$19,640
<b>Fuentes Externa</b>	<b>\$2815,739</b>	<b>\$ 1166,707.00</b>	<b>\$273,455</b>	<b>\$ 147,310.00</b>	<b>\$1501,722.00</b>	<b>\$988,713.00</b>
a) Cooperantes bilaterales	\$1859,809	\$ 795,388.00	\$172,695	\$54,134	\$1010,287	\$744,263
b) Fondo Mundial	\$631,782	\$267,409	\$75,112	\$91,681	\$272,692	\$170,664
c) Otros cooperantes multilaterales	\$81,969	\$55,292	\$17,312	\$1,495	\$25,182	\$25,182
d) Otras fuentes internacionales	\$242,179	\$48,618	\$8,336	\$0	\$193,561	\$48,604

Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2013

### c- Gasto de preservativo en prevención de VIH

El gasto en preservativo para la prevención del VIH fue de \$2,883,688 los cuales incluyen: Suministro de preservativos masculinos en el sector público y comercial, comercialización social del preservativo, comercialización social del preservativo y suministro de preservativos masculinos y femeninos como parte de programas de PTMI, suministro de preservativos femeninos en el sector público y comercial, comercialización social del preservativo y suministro de preservativos masculinos y femeninos como parte de la prevención de la transmisión del VIH dirigida a PVV y comercialización social del preservativo y suministro de preservativos masculinos y femeninos como parte de programas para profesionales del sexo y sus clientes.

El mayor porcentaje reflejado, fue para la sub categoría: comercialización social del preservativo con un 74.66%, en donde la fuente de financiamiento que más invirtió fue, el sector privado con un 100% (Ver tabla No 9)

**Tabla N° 9. Gasto de Preservativo en Prevención VIH**

SUBCATEGORIAS DE PREVENCIÓN	SECTOR PUBLICO	SECTOR PRIVADO	SECTOR EXTERNO	TOTAL	%
Comercialización social del preservativo y suministro de preservativos masculinos y femeninos como parte de programas para poblaciones vulnerables y accesibles	\$155,427	\$92,572	\$363,913	\$611,912	21.22
Comercialización social del preservativo y suministro de preservativos masculinos y femeninos como parte de la prevención de la transmisión del VIH dirigida a PVV	\$2,657	\$0	\$0	\$2,657	0.09

Comercialización social del preservativo y suministro de preservativos masculinos y femeninos como parte de programas para HSH	\$0	\$1,552	\$0	\$1,552	0.05
Comercialización social del preservativo	\$0	\$2,153,104	\$0	\$2153,104	74.66
Suministro de preservativos masculinos en el sector público y comercial	\$34,246	\$1,800	\$49,820	\$85,866	2.98
Suministro de preservativos femeninos en el sector público y comercial	\$0	\$25,450	\$3,147	\$28,597	0.99
Total	\$192,330	\$2274,478	\$416,880	\$2883,688	100.00

Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2013

d- **Gasto en comunicación en cambios de comportamiento en población general y población PEMAR**

**Tabla N° 10. Gasto en comunicación en cambios de comportamiento en población general y población PEMAR.**

Gasto en comunicación en cambios de comportamiento en población general y población PEMAR.			
FUENTE	POBLACIONES MÁS EXPUESTAS	POBLACIÓN GENERAL	TOTAL
GOES	\$0.00	\$297,863.00	\$297,863.00
PRIVADO	\$4,878.00	\$1068,300.00	\$1073,178.00
EXTERNO	\$131,927.00	\$299,946.00	\$431,873.00
TOTAL	\$136,805.00	\$1666,109.00	\$1802,914.00

Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2013

La Comunicación para cambio social y comportamental se define como: programas que se centran en el cambio social y los factores sociales determinantes del cambio individual. Una campaña para el cambio social y comportamental brinda información general dirigida a regiones, estados o países. Esta entrada incluye, aunque no exclusivamente, folletos, panfletos, manuales, afiches, artículos en periódicos o revistas, libros de historietas, programas o anuncios de televisión o radio, canciones, obras teatrales o teatro interactivo.

Esta categoría excluye la comercialización social del preservativo, prevención de la transmisión maternoinfantil, para reducir la estigmatización o para fomentar el acceso al asesoramiento y las pruebas voluntarias, y cualquier otro servicio de información que forma parte de cualquiera de las categorías de gasto descritas como programas de prevención.

El gasto en comunicación para el cambio social y comportamental representa el 8.62% (Ver gráfico n° 20) del gasto en prevención (2.83% más que lo gastado en el 2012), pero el gasto dirigido a los grupos PEMAR y a la población general fue del 7.59%. (Ver tabla 10)

## e- **Gasto en Prevención de la Transmisión Materno Infantil (PTMI)**

El gasto en la prevención de la transmisión materno infantil para el año 2013 fue de \$1,648,555.56 lo que representa el 5.27% (Ver gráfico 20) del gasto en prevención. El mayor porcentaje de gasto dentro de PTMI está dirigido al asesoramiento y pruebas para embarazadas en un 86.51% (\$1,426,243). Del total del gasto en prevención vertical, ha sido el sector público el que más ha invertido en la estrategia 95.12% (\$1,568.165) (Ver tabla 11) y en menor porcentaje la cooperación internacional con un 4.55%, este resultado indica que el país garantiza la sostenibilidad a continuar con la implementación de la estrategia de PTMI, comparado con otros países que dependen en un alto porcentaje de la cooperación internacional.<sup>21</sup>

En el año 2013, el 65.5 % de las embarazadas se realizaron la prueba del VIH y conocieron sus resultados, lo cual se debe contrastar con el número de niños VIH positivos nacidos de mujeres VIH positivas el cual es bajo, lo que está indicándonos que la estrategia de prevención de transmisión materno infantil es efectiva, pero debemos mejorar el reporte de la postconsejería, pues de ahí obtenemos la información referente a la segunda parte del indicador que es “conoce su resultado” La estrategia de prevención de la transmisión materno infantil del VIH debe fortalecerse e integrarse con las estrategias de atención a la salud reproductiva de las mujeres, de tal forma que se asegure su atención en todo el ciclo de vida.

En segundo lugar está el gasto la categoría de ARV para PTMI con un 3.11% del gasto para PTMI. Según el Informe Nacional de sobre la Situación del VIH en El Salvador, año 2013, el porcentaje de embarazadas con VIH que recibe medicamentos antirretrovirales, para reducir el riesgo de transmisión materno infantil fue del 46.56% considerando que fueron 203 mujeres embarazadas las que recibieron profilaxis con antirretrovirales para el año 2013 (para este indicador es importante tomar en cuenta que el denominador utilizado fue el producto del ejercicio de Estimaciones con el software Spectrum y no de datos programáticos<sup>22</sup>. A pesar que el gasto en PTMI ha tenido un porcentaje bajo, los logros obtenidos en la ejecución del mismo son altos, sin embargo es necesario realizar acciones para alcanzar las metas planteadas: mejorar el control prenatal, fortalecer las oportunidades para testeo, identificación precoz de la embarazada, aumentar la capacidad de laboratorios clínicos de realizar la prueba del VIH y monitoreo continuo de los casos.

En tercer lugar, la sub categoría de prácticas seguras de alimentación de lactantes (incluidos los sucedáneos de la leche materna), se erogó un gasto de \$49,091 con un porcentaje de 2.98% del gasto para PTMI, es importante mencionar que para el año 2013, el 100% de niños y niñas nacidos de madres con VIH recibieron sucedáneos de leche materna para la prevención del VIH. Fueron 203 niños y niñas nacidos de madres con VIH para dicho año. Esta acción forma parte de la estrategia de prevención de la transmisión materna infantil la que ha contribuido a disminuir la transmisión del VIH de madre a hijo o hija.<sup>23</sup> (Ver tabla N° 11)

<sup>21</sup> ONUSIDA, Tendencias en la epidemia y la respuesta en VIH en Centroamérica: Análisis de los informes nacionales de avances en la lucha contra el sida 2012 San Salvador, 21 y 22 de Noviembre de 2012 “Dependencia financiera por país de la PTMI (2012)”

<sup>22</sup> Ministerio de Salud, Informe Nacional sobre el Estado de Situación del VIH en El Salvador en Cumplimiento del Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación del Plan Estratégico Nacional Multisectorial, año 2013

<sup>23</sup> Idem 20.

**Tabla N° 11. Gasto en Prevención de la Transmisión Vertical Madre-Hijo/Hija**

Prevención de la Transmisión Materno Infantil.	Fuente Públicas	Fuente Privadas	Fuente Internacional	Total general	%
Asesoramiento y pruebas para mujeres embarazadas en programas de PTMI	\$1,394,943	\$5,300	\$26,000	\$1426,243	86.51
Prácticas seguras de alimentación de lactantes (incluidos los sucedáneos de la leche materna)	\$0	\$0	\$49,091	\$49,091	2.98
Prácticas de parto como parte de programas de PTMI	\$34,176	\$0		\$34,176	2.07
PTMI no desglosada por intervención	\$26,796	\$0	\$0	\$26,796	1.63
Atención Hospitalaria no desglosado por tipo (Dato del Hospital Nacional de Maternidad)	\$61,016	\$0	\$0	\$61,016	3.70
ARV para PTMI	\$51,233	\$0	\$0	\$51,233	3.11
<b>TOTAL</b>	<b>\$1568,165</b>	<b>\$5,300</b>	<b>\$75,091</b>	<b>\$1648,556</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2013

**f- Gasto en Prevención en Jóvenes escolarizados y no escolarizados.**

El gasto reportado para la prevención del VIH en jóvenes escolarizados y no escolarizados es de \$1086,881, lo que representa el 2.98% del gasto total en prevención, casi un punto porcentual (0.9%) arriba que en el año 2012. El gasto dirigido a los jóvenes escolarizados representa el 67.16% del gasto en prevención en jóvenes, el 32.84% corresponde al gasto en la prevención del VIH en jóvenes no escolarizados. El sector público ha aportado el 13.40% del gasto en jóvenes y el sector externo el 86.35%. (Ver tabla No 12).

**Tabla N° 12. Gasto en Prevención en Jóvenes Escolarizados y no Escolarizados**

SUB CATEGORIA	SECTOR PUBLICO	SECTOR PRIVADO	SECTOR EXTERNO	TOTAL
Prevención – jóvenes escolarizados	\$145,685	\$1,625	\$582,630	\$729,940
Prevención – jóvenes no escolarizados	\$0	\$1,055	\$355,886	\$356,941
Total	\$145,685	\$2,680	\$938,516	\$1086,881

Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2013

### g- Gasto en Prevención y Tratamiento de ITS

El gasto total en Prevención y Tratamiento de ITS para el año 2013, fue de \$ 5,007,131, ocupando el segundo lugar del gasto total en prevención con un porcentaje de 20.38% .De este porcentaje el 29.96% fue invertido en prevención y tratamiento de ITS como parte de programas para profesionales del sexo y sus clientes, HSH y Trans y las acciones de prevención y tratamiento para población general fue de un 70.4%.(Ver tabla N° 13)

Para el Fortalecimiento del área de prevención y tratamiento de ITS como parte de programas para profesionales del sexo y sus clientes, así como para HSH y Trans y en el marco del Plan Estratégico Nacional Multisectorial de la Respuesta Nacional al VIH/SIDA e ITS 2011-2015, el Programa Nacional de ITS/VIH-Sida y el apoyo técnico - financiero de TEPHINET, Fondo Global, Asociación Panamericana de Mercadeo Social (PASMO), CDC, está desarrollando la implementación de 4 clínicas de vigilancia centinela para la atención integral de la Infecciones de Transmisión Sexual en las poblaciones expuestas de mayor riesgo (PEMAR), entre ellos: Hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras sexuales y trans, considerándose como un componente importante para monitorear las tendencias, fortalecer las estrategias de abordaje y los servicios de salud a las poblaciones más afectadas por la epidemia de VIH. Es bien conocido que las ITS juegan un papel importante en la transmisión del VIH por lo que es necesario fortalecer el diagnóstico y tratamiento de las ITS en los servicios de salud. La estrategia VICITS se está implementando actualmente en 4 Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF) aplicando la estrategia de atención combinada para la prevención de las ITS/VIH, en donde las ITS de vigilancia diagnóstica son: Condilomatosis , Sífilis, Gonorrea, Vaginositis Bacteriana, VIH, Hepatitis B, Hepatitis C.

A toda persona consultante se les brinda la toma de pruebas diagnósticas según el tipo de consulta ya sea inicial o subsecuente cada 3 meses, incluyendo para la prueba de VIH la pre y post consejería, consejería sobre la prevención de las ITS y consejería sobre el uso consistente y constante del condón en cada relación sexual independientemente del tipo de pareja o cliente; además se les brinda un diagnóstico de tipo etiológico de ITS así como tratamiento en caso de adolecer de alguna, se les dota de condones de manera regular, en donde toda esta atención es de carácter voluntario y gratuito en todas las clínicas VICITS.

Tabla N° 13. Gasto en Prevención y Tratamiento de ITS

Prevención y tratamiento de ITS como parte de programas para profesionales del sexo y sus clientes	Prevención y tratamiento de ITS como parte de programas para HSH	Prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS)	Total
\$1,500,000		\$3,507,131	\$5,007,131

Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2013

## **5.7- COMPONENTE DE ATENCIÓN**

### **a- Gasto en Atención y Tratamiento**

El componente de atención y tratamiento hace referencia a todos los gastos, compras, transferencias y la inversión en los que se incurrió para brindar diferentes intervenciones, tales como atención ambulatoria, domiciliaria, atención hospitalaria, tratamiento antirretroviral, apoyo nutricional, odontología, etc. (Ver tabla 14).

Las acciones de atención y tratamiento ocupan el primer lugar del gasto en VIH en El Salvador, con un monto de \$30,266.375 lo que representa el 48.47 % del monto total en Sida. (Ver tabla No 2 y 14); Esta categoría se clasifica en: atención ambulatoria y atención hospitalaria, en donde la primera reflejo un gasto de 35.51% (\$10,746,893) y la segunda un 64.49% (\$19,518,247).

Las acciones se han centralizado en atención y tratamiento, superando con un porcentaje de 9.24% a las de prevención, es importante mencionar que para dar una respuesta efectiva al VIH e ITS se ha continuado fortaleciendo los servicios de Salud y la implementación de la Reforma Integral de Salud, se ha difundido y dotado de flujogramas diagnósticos al primer nivel de atención, incluyendo los ECOS para la detección de casos nuevos de VIH y prevenir la aparición de nuevas infecciones, así como establecer la referencia temprana a las 20 clínicas de atención integral para su evaluación, control y tratamiento, lo que ha contribuido a mejorar la calidad de vida de las personas con VIH y a la disminución de casos de VIH en fase avanzada así como la mortalidad.

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

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

Según datos estadísticos reportados por la DVS en el 2009 se detectaban 6 casos diarios de VIH a 4 casos para el año 2013; así mismo ha logrado que los casos de mortalidad por VIH-Avanzado en el país hayan disminuido de 5.3 en el 2008 a 4.0 en el año 2013, lo que ha permitido mejorar la calidad de vida y prolongar la vida en las personas con VIH.

Para el fortalecimiento de la adherencia se cuenta con promotores de salud en VIH, grupos de apoyo para las personas con VIH en hospitales y en algunas unidades de salud comunitaria familiar (ECOS), así mismo se han implementado actividades colaborativas con el Programa Nacional de Tuberculosis a fin de disminuir la mortalidad por tuberculosis en personas con VIH.

Dentro de los montos mayores en atención y tratamiento se encuentran en las categorías de Servicios de atención hospitalaria no desglosados por intervención con el 57.18%(\$17,305,851) seguida de terapia antirretrovírica con el 12.55% (\$3,798,677) y en tercer lugar, tratamiento profilaxis y tratamiento ambulatorios de infecciones oportunistas (IO) con el 11.45% (\$3,465,597) del total del componente de atención y tratamiento. (Ver tabla N° 14 y gráfico 21)

En relación al seguimiento del progreso hacia los Objetivos fijados en la Declaración Política sobre el VIH/sida, vinculado a lograr que 15 millones de Personas que viven con el VIH sigan un tratamiento Antirretroviral para 2015, en El Salvador dos de los indicadores reportados para medir el progreso de la Declaración Política para el año 2013, fue:

a- "El Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH avanzada que recibe terapia antirretrovírica", con este indicador se mide el avance que se tiene en el suministro de la terapia antirretroviral (TAR) a todas las personas con infección avanzada de VIH, este indicador se reportó con un 86.3% para el 2013 muestra un avance debido a que se ha logrado obtener información de las personas que se encuentran en TAR en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, siendo un total de 2,354 personas, y el Ministerio de Salud un total de 7786. Además debe tenerse en cuenta que para este indicador, el denominador es producto de Estimaciones con el Software Spectrum, por lo que el porcentaje de acceso a TAR resulta en una estimación; haciendo notar que en el país no tenemos listas de espera para recibir TAR.<sup>24</sup>

b- Porcentaje de adultos y niños con el VIH que sigue con vida y se tiene constancia de que continúa en tratamiento 12 meses después de haber iniciado la terapia antirretroviral, el cual se reportó con un porcentaje del 73% para el 2013. El tratamiento antirretroviral en una persona con infección avanzada de VIH debe ser de por vida, su continuación se relaciona principalmente con la supervivencia pero también con la voluntad de seguir el tratamiento que aunado a los datos del estudio sobre Adherencia a la TAR presentado por PNUD en el año 2013, nos indica que deben realizarse esfuerzos para mejorar la Adherencia a la TAR entre las personas viviendo con VIH.<sup>25</sup>

**Tabla Nº 14. Atención y Tratamiento**

<b>Atención y tratamiento</b>	<b>Total Púlicas</b>	<b>Total Privadas</b>	<b>Total Internacionales</b>	<b>Total general</b>
Atención ambulatoria	\$0	\$0	\$0	\$0
Asesoramiento y pruebas por iniciativa del proveedor (APIP)	\$199,264	\$17,150	\$16,804	\$233,218
Profilaxis y tratamiento ambulatorios de infecciones oportunistas (IO)	\$124,050	\$1,106		\$125,156
Tratamiento ambulatorio de IO	\$3323,027	\$1,417	\$11,194	\$3335,638
Profilaxis y tratamiento ambulatorios de IO no desglosados por tipo	\$4,803			\$4,803
<b>Total Terapia antirretrovírica</b>	<b>\$3401,300</b>	<b>\$2,283</b>	<b>\$395,094</b>	<b>\$3798,677</b>
Apoyo nutricional asociado con la terapia antirretrovírica	\$69,311	\$0	\$142,883	\$212,194

<sup>24</sup> Informe Nacional sobre el Estado de situación del VIH en El Salvador en cumplimiento del Plan nacional de Monitoreo y Evaluación del PENM, Año 2013 al VIH, 2008

<sup>25</sup> Idem 17



Vigilancia de laboratorio específica relacionada con el VIH	\$1493,657	\$6,657	\$797,738	\$2298,052
Programas de atención odontológica para PVV	\$52,061	\$0	\$0	\$52,061
Tratamiento psicológico y servicios de apoyo	\$340,110	\$3,016	\$8,907	\$352,033
Atención domiciliaria	\$84,716	\$0	\$25,162	\$109,878
Medicina tradicional y servicios de atención y tratamiento informales	\$450	\$0	\$0	\$450
Servicios de atención ambulatoria no desglosados por intervención	\$223,091	\$15	\$0	\$223,106
Servicios de atención ambulatoria s.c.o.	\$1,627	\$0	\$0	\$1,627
Tratamiento hospitalario de infecciones oportunistas (IO)	\$2208,157	\$4,239	\$0	\$2212,396
Servicios de atención hospitalaria no desglosados por intervención	\$16520,101	\$3,294	\$782,456	\$17305,851
Servicios de atención y tratamiento no desglosados por intervención	\$1,235	\$0	\$0	\$1,235
<b>TOTAL</b>	<b>\$28046,960</b>	<b>\$39,177</b>	<b>\$2180,238</b>	<b>\$30266,375</b>

Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2013

Como un cuarto lugar se ubican la vigilancia de laboratorio específica relacionada con el VIH con un 7.59% (\$2,298,052) esta sub categoría incluye todos los gastos de laboratorio por la realización de recuentos de células CD4, determinación de carga vírica y pruebas de la farmacorresistencia con la finalidad de vigilar la respuesta biológica a la terapia antirretrovírica y evaluar la progresión de la enfermedad en una persona con VIH. (Ver tabla 14 y gráfico 21).

Según estadísticas nacionales, para el año 2013, se practicaron: 11,141 pruebas de CV y 11,429 pruebas de CD4. <sup>26</sup>



<sup>26</sup> Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica de personas con VIH, año 2013

Gráfico N° 21: Gasto erogado en Atención

## GASTO EROGADO EN ATENCION (AMBULATORIA Y HOSPITALARIA)



Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2013

En quinto lugar se encontró la sub categoría de tratamiento hospitalario de infecciones oportunistas con un 7.31% (\$2,212,396), para el año 2013, se registraron 1,618 hospitalizaciones en los diferentes centros hospitalarios descentralizados con TAR en El Salvador.<sup>27</sup>

<sup>27</sup> Idem 19

## **5.7- COMPONENTE DE ATENCIÓN**

### **a- Gasto en Atención y Tratamiento**

El componente de atención y tratamiento hace referencia a todos los gastos, compras, transferencias y la inversión en los que se incurrió para brindar diferentes intervenciones, tales como atención ambulatoria, domiciliaria, atención hospitalaria, tratamiento antirretroviral, apoyo nutricional, odontología, etc. (Ver tabla 14).

Las acciones de atención y tratamiento ocupan el primer lugar del gasto en VIH en El Salvador, con un monto de \$30,266.375 lo que representa el 48.47 % del monto total en Sida. (Ver tabla No 2 y 14); Esta categoría se clasifica en: atención ambulatoria y atención hospitalaria, en donde la primera reflejo un gasto de 35.51% (\$10,746,893) y la segunda un 64.49% (\$19,518,247).

Las acciones se han centralizado en atención y tratamiento, superando con un porcentaje de 9.24% a las de prevención, es importante mencionar que para dar una respuesta efectiva al VIH e ITS se ha continuado fortaleciendo los servicios de Salud y la implementación de la Reforma Integral de Salud, se ha difundido y dotado de flujogramas diagnósticos al primer nivel de atención, incluyendo los ECOS para la detección de casos nuevos de VIH y prevenir la aparición de nuevas infecciones, así como establecer la referencia temprana a las 20 clínicas de atención integral para su evaluación, control y tratamiento, lo que ha contribuido a mejorar la calidad de vida de las personas con VIH y a la disminución de casos de VIH en fase avanzada así como la mortalidad.

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

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

Según datos estadísticos reportados por la DVS en el 2009 se detectaban 6 casos diarios de VIH a 4 casos para el año 2013; así mismo ha logrado que los casos de mortalidad por VIH-Avanzado en el país hayan disminuido de 5.3 en el 2008 a 4.0 en el año 2013, lo que ha permitido mejorar la calidad de vida y prolongar la vida en las personas con VIH.

Para el fortalecimiento de la adherencia se cuenta con promotores de salud en VIH, grupos de apoyo para las personas con VIH en hospitales y en algunas unidades de salud comunitaria familiar (ECOS), así mismo se han implementado actividades colaborativas con el Programa Nacional de Tuberculosis a fin de disminuir la mortalidad por tuberculosis en personas con VIH.

Dentro de los montos mayores en atención y tratamiento se encuentran en las categorías de Servicios de atención hospitalaria no desglosados por intervención con el 57.18%(\$17,305,851) seguida de terapia antirretrovírica con el 12.55% (\$3,798,677) y en tercer lugar, tratamiento profilaxis y tratamiento ambulatorios de infecciones oportunistas (IO) con el 11.45% (\$3,465,597) del total del componente de atención y tratamiento. (Ver tabla N° 14 y gráfico 21)

**b- Gasto por atención ambulatoria, por tipo de población con VIH (niños, mujeres y hombres)**

**Tabla N° 15. Atención y Tratamiento Ambulatorio por tipo de Población con VIH, Niños, Mujeres y Hombres.**

Atención y Tratamiento Ambulatorio por tipo de Población con VIH, Niños, Mujeres y Hombres.	Monto	%
Varones adultos y jóvenes (de 15 años en adelante) que viven con el VIH	\$907,400	3%
Mujeres adultas y jóvenes (de 15 años en adelante) que viven con el VIH	\$101,419	0%
Adultos y jóvenes (de 15 años en adelante) que viven con el VIH no desglosados por sexo	\$5,095	0%
Niños varones (menores de 15 años) que viven con el VIH	\$100,606	0%
Niñas (menores de 15 años) que viven con el VIH	\$176,555	1%
Niños (menores de 15 años) que viven con el VIH no desglosados por sexo	\$76,368	0%
Personas que viven con el VIH no desglosadas por edad ni por sexo	\$28363,925	95%
Total	\$29,731,368	100%

Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2013

Los principales beneficiarios del gasto total en Atención tanto ambulatoria como hospitalaria son las personas con VIH.

**c- Tratamiento ambulatorio para infecciones oportunistas por población PEMAR, Persona con VIH.**

El tratamiento ambulatorio de infecciones oportunistas (IO), constituye el tercer lugar en el gasto en atención ambulatoria (11.45%). Es importante destacar que la principal fuente financiera para la atención y tratamiento, tanto ambulatorio como hospitalario, corresponde al sector público.

Tabla N° 16. Tratamiento ambulatorio para infecciones oportunistas por población PEMAR, PVS

Tratamiento Ambulatorio para Infecciones Oportunistas por Población PEMAR, Personas con VIH	Total	%
Varones adultos y jóvenes (de 15 años en adelante) que viven con el VIH	\$ 27.781	0,50
Mujeres adultas y jóvenes (de 15 años en adelante) que viven con el VIH	\$ 3.755	0,07
Adultos y jóvenes (de 15 años en adelante) que viven con el VIH no desglosados por sexo	\$ 5.095	0,09
Niños varones (menores de 15 años) que viven con el VIH	\$ 2.408	0,04
Niñas (menores de 15 años) que viven con el VIH	\$ 1.992	0,04
Personas que viven con el VIH no desglosadas por edad ni por sexo	\$ 5.519.850	99,26
PEMAR (No datos)		

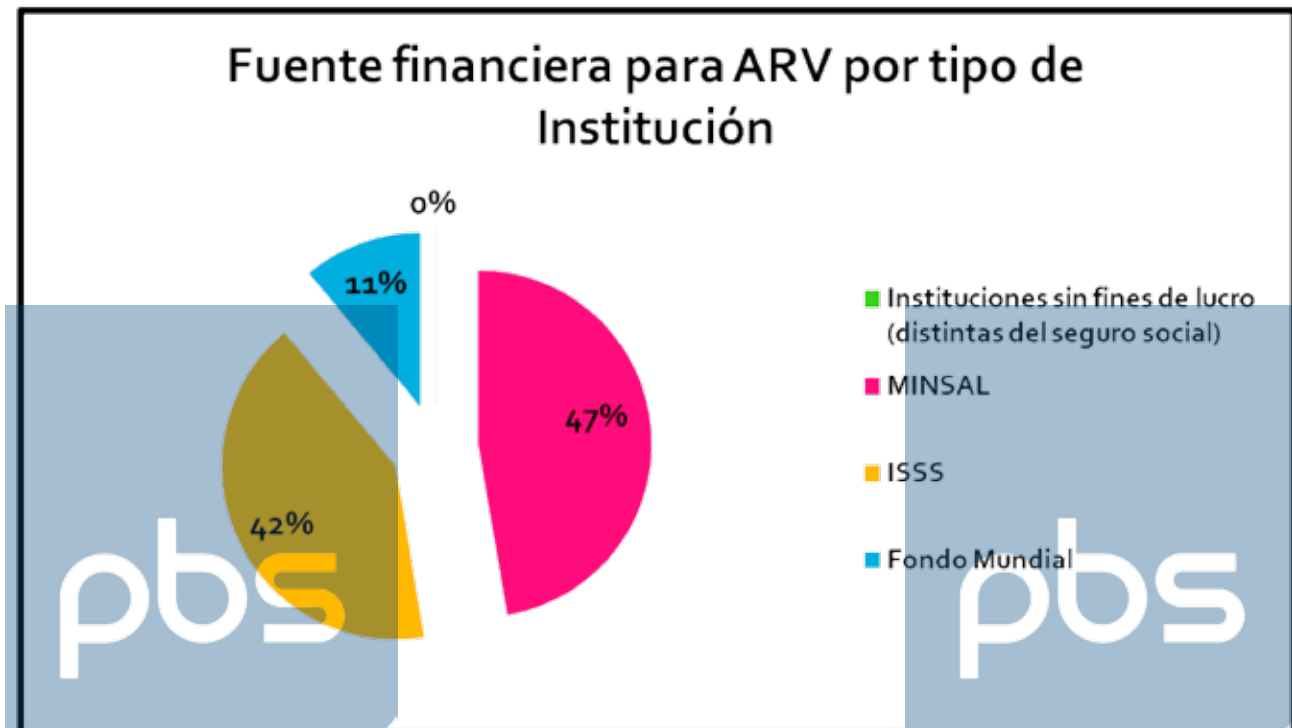
Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2013

Esta categoría se refiere a un conjunto de medicamentos, diagnósticos y atención que se utiliza para el tratamiento de enfermedades relacionadas con el VIH y se brinda de manera ambulatoria. Las IO son enfermedades causadas por diversos microorganismos, algunos de los cuales generalmente no producen enfermedad en personas con sistemas inmunitarios sanos. Las personas que viven con infección por el VIH en estadio avanzado pueden contraer infecciones oportunistas en los pulmones, el cerebro, los ojos y otros órganos. Entre las enfermedades oportunistas de aparición frecuente en personas diagnosticadas con sida se encuentran la neumonía por pneumocystis carinii, la criptosporidiosis, la histoplasmosis y otras infecciones parasitarias, víricas y fúngicas. El gasto reflejado para esta área fue de \$5.519.850, en el cual la población de personas con VIH son las principales beneficiarias (Ver tabla n° 16)

pbs

d- Gasto en ARV en adultos y niños

Gráfico N° 22. Gasto en ARV por fuente de financiamiento



Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2013

Para el año 2013, El Salvador cuenta con la estandarización de los siguientes esquemas: a) inicios para adultos, embarazadas y niños, b) Segunda Línea para adultos y niños, c) Tercera Línea para adultos y niños d) esquemas de profilaxis pos exposición laboral al VIH, e) y la estandarización de esquemas de profilaxis pos exposición al VIH, por abuso sexual, logrando el objetivo de mejorar la calidad y cantidad de vida en las personas con VIH.

A diciembre de 2013, se encontraban 10,140 personas activas en tratamiento antirretroviral, de las cuales el ISSS, reporto 2,353 y el MINSAL: 7,786 a quienes se les dispensa cada mes su tratamiento tanto en el ISSS a sus derechos habientes, como a los usuarios del MINSAL en los 20 hospitales descentralizados con TAR.

El gasto total realizado en terapia antirretroviral para adultos y niños fue de \$3.798.677 lo que corresponde al 12.55% del monto erogado para atención. El financiamiento para ARV tiene tres fuentes: El 47% es financiado por MINSAL, el 42% por el Instituto Salvadoreño del Seguro Social y el 11% es financiado por el Proyecto del Fondo Mundial y un mínimo porcentaje para Instituciones sin fines de lucro,. (Ver gráfico 22 y tabla 17). Hay que destacar que para el 2013, el tratamiento que se brinda en el país, proviene en un mayor porcentaje de fondos propios del Gobierno de El Salvador (47%) lo que demuestra la responsabilidad que está tomando el Gobierno de no llegar a depender de otras fuentes para el financiamiento de los antirretrovirales.

El gasto realizado en terapia antirretroviral para adultos fue de \$ \$3425,414.00 que corresponde al 90.17% del gasto total en ARV. El gasto realizado en terapia antirretroviral para niños y niñas fue de \$ 373,263, lo que corresponde al 9.83% del gasto en ARV, (Ver Tabla 17).

**Tabla N° 17. Gasto en terapia antirretroviral en adultos y niños**

Terapia antirretroviral		Fuente Pública	Fuente Privada	Fuente Internacional	Total	%
Terapia antirretroviral para adultos	Terapia antirretroviral de primera línea – adultos	\$35.175	\$2.283	\$0	\$37.458	1%
	Terapia antirretroviral para adultos no desglosada por línea de tratamiento	\$1.509.182	\$0	\$0	\$1.509.182	40%
Terapia antirretroviral pediátrica	Terapia antirretroviral de primera línea – pediátrica	\$346.530	\$0	\$0	\$346.530	9%
	Terapia antirretroviral de segunda línea – pediátrica	\$26.733	\$0	\$0	\$26.733	1%
Terapia antirretroviral no desglosada por edad ni por línea de tratamiento		\$1.483.680	\$0	\$395.094	\$1.878.774	49%
<b>Total Terapia antirretroviral</b>		<b>\$3.401.300</b>	<b>\$2.283</b>	<b>\$395.094</b>	<b>\$3.798.677</b>	<b>100%</b>

Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2013

**Tabla N° 18. Gasto en apoyo nutricional asociado a terapia retroviral por población PEMAR, PVS**

Gasto en apoyo nutricional asociado a terapia antirretroviral por población PEMAR, PVS.	Total	%
Varones adultos y jóvenes (de 15 años en adelante) que viven con el VIH	\$979	0.49
Mujeres adultas y jóvenes (de 15 años en adelante) que viven con el VIH	\$1,475	0.74
Niños varones (menores de 15 años) que viven con el VIH	\$475	0.24
Niñas (menores de 15 años) que viven con el VIH	\$475	0.24
Personas que viven con el VIH no desglosadas por edad ni por sexo	\$196,012	98.29
<b>Total</b>	<b>\$199,416.00</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2013

La nutrición cumple un importante papel en el mantenimiento de la salud de las personas con VIH. Una nutrición adecuada es fundamental para mantener el sistema inmunitario de una persona, para sostener niveles saludables de actividad física y para la calidad de vida. También es necesaria para obtener beneficios óptimos de la terapia antirretrovírica. La nutrición debería convertirse en parte integral de la respuesta de los países al VIH.

El gasto en apoyo nutricional asociado a la terapia antirretroviral en Personas con VIH fue de \$199,416 lo que corresponde al 0.66% del monto total en el componente de Atención y Tratamiento. El gasto estimado para esta área corresponde a la compra de sucedáneos de leche materna para hijos e hijas de madres con VIH, Ensure para adultos con VIH, entre otros.

**e- Gasto en Hospitalización por infecciones oportunistas por tipo de población PEMAR y PVS.**

El gasto en hospitalización por infecciones oportunistas por tipo de población PEMAR Y Personas con VIH es del 11.45% (\$3,465,506) del gasto en Atención y tratamiento. El gasto total del rubro corresponde a personas con VIH. No hay datos desagregados por poblaciones más expuestas. (Ver tabla nº 19)

**Tabla Nº 19. Gasto en hospitalización por infecciones oportunistas por tipo de población PEMAR, PVS**

Gasto en Atención ambulatoria en infecciones oportunistas por tipo de población PVS	Total	%
Profilaxis ambulatoria de IO	\$125,156	3.61
Tratamiento ambulatorio de IO	\$3,335,547	96.25
Profilaxis y tratamiento ambulatorios de IO no desglosados por tipo	\$4,803	0.14
PEMAR (No hay datos)		
Total	\$3,465,506	100.00

Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2013

**f- Gasto en Hospitalización por tipo de población PVS.**

**Tabla Nº: 20 Gasto en hospitalización por tipo de población PVS**

Gasto en hospitalización por tipo de población PVS	Total	%
Personas con el VIH no desglosadas por edad ni por sexo	\$19,519,482	100.00

Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2013



Los mayores porcentajes de gasto total en VIH corresponden a la sub categoría de atención hospitalaria, con un 64.49% (\$19,519,482) en donde los principales beneficiarios de este tipo de atención son las personas con VIH en un 100%.(Ver tabla 20). Es importante recalcar que la fuente de datos para este rubro hospitalario brinda información generalizada y no detalla sub categorías específicas.

**g- Gasto en Hospitalización por Infecciones Oportunistas en Población VIH**

**Tabla N°: 21 Gasto en Hospitalización por Infecciones Oportunistas en Población VIH**

Gasto en hospitalización por infecciones oportunistas por tipo de población VIH	Total	%
Personas que viven con el VIH no desglosadas por edad ni por sexo	\$2113,274	100.00

Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2013

Con referencia al gasto en hospitalización para IO, la inversión fue de \$2,113,271, representado con un porcentaje de 6.98% comparado al gasto total en Atención (Ver tabla n° 21)

**6.7- COMPONENTE DE HUÉRFANOS Y NIÑOS VULNERABLES (HNV)**

**a- Gasto en Educación, Salud, Servicios de Hogar y Gasto Institucional para Huérfanos y Niños Vulnerables.**

**Tabla N° 22. Gasto en Huérfanos y Niñez Vulnerable**

Huérfanos y niños vulnerables (HNV)	Privadas	Internacionales	Total general	%
Educación para HNV	\$0	\$10,854	\$10,854	15.30
Atención básica de la salud para HNV	\$0	\$0	\$44,409	62.60
Apoyo a la familia/al hogar para HNV	\$0	\$0	\$40	0.06
Apoyo comunitario para HNV	\$0	\$0	\$1,400	1.97
Servicios sociales para HNV y costos administrativos	\$4,220	\$1,758	\$5,978	8.43
Atención institucional para HNV	\$0	\$0	\$0	\$0
Servicios para HNV no desglosados por intervención	\$0	\$0	\$4,996	7.04
Servicios para HNV s.c.o.	\$3,206	\$0	\$3,206	4.52
<b>Total Huérfanos y niños vulnerables (HNV)</b>	<b>\$7,426</b>	<b>\$12,612</b>	<b>\$70,940</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2013

En general, al comparar el gasto generado en esta categoría de huérfanos y niños vulnerables erogado en el 2008 con el 2013 ha demostrado una diferencia muy significativa para el último año ya que presentó un porcentaje negativo de -105% (ver tabla 3, 22 y gráfico 14), posiblemente esto obedece a la aplicación de la Lepina en nuestro país, con su artículo N° 80 "Derecho a ser criado en familia" el cual dice: "Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a vivir ser criados y desarrollados en familia de origen nuclear o ampliada, excepcionalmente cuando sea imposible o contrario a su interés superior, las NNA tienen el derecho a vivir ser criados y desarrollados en una familia sustituta de conformidad con la ley", así como el artículo 180, literal e, así como el artículo 126", el cual expone lo siguiente: El primer artículo faculta al ISNA de "manera indirecta" para desarrollar programas de formación y acreditación de familias para acogimiento familiar y el segundo, permite a la institución de "forma indirecta" supervisar las familias sustitutas que acogen a los menores. La Lepina reconoce dos modalidades de "acogimiento": colocamiento familiar y familia sustituta. La primera consiste en ubicar al niño o adolescente con familiares de hasta cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad si los padres no están aptos para garantizar su cuidado; y la segunda permite que el niño o adolescente se incorpore a una familia que, sin tener ningún parentesco con él, asume la responsabilidad de suministrarle protección, afecto y educación. "Es un principio (de la Lepina) que todo niño crezca en una familia y no crezca en un lugar o hogar de acogida, eso tiene que ser la última medida, la última opción. En cumplimiento a lo estipulado en la Lepina, el Hogar Jardín de Amor y Reina Sofía en donde albergaban niños huérfanos de padres y madres con VIH y Niños con VIH, coordinaron con el ISNA para ser reubicados con sus familiares según lo explica la Ley, otros fueron descentralizados a otro centro de acogida para evitar su estigmatización y discriminación lo que contribuyó a la disminución de la inversión que se erogaba a esta población.

Así mismo es de hacer notar que con la implementación de la Estrategia PTMI, se ha logrado disminuir los casos de niños y niñas con diagnóstico de VIH, hijos e hijas de madres positivas, desde el 2001 se reportaban 142 casos lo que ha ido disminuyendo año con año de forma significativa ya que para el año 2013 se diagnosticaron 6 casos de niños con VIH, esto demuestra que la Prevención de la Transmisión Materno Infantil (PTMI), que se está aplicando en El Salvador es exitosa, esta estrategia ha permitido que los niños nazcan saludables, libres del VIH, esto nos acerca a cumplir la meta del 2% planteadas en la Guía clínica para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y El Caribe, lo que ha disminuido la inversión en servicios de atención institucional tanto en educación, como en acciones de protección social que recibían estos niños y niñas a través de los hogares mencionados.

Al revisar el gasto erogado para el 2013, fue de \$70,940.00 lo que representa 0.11% del gasto en VIH para el año 2013, dentro de las sub-categorías que generaron más gasto fue la atención básica de la salud para HNV representada por un 62.60%, luego le sigue la educación para HNV con 15.30%; en tercer lugar los servicios sociales para HNV y costos administrativos con 8.43% y con los servicios para HNV no desglosados por intervención generaron un gasto del 7.4% (Ver tabla n° 22)

pbs

<sup>28</sup> Ministerio de Salud, Informe Nacional sobre el Estado de Situación del VIH en El Salvador en Cumplimiento del Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación del Plan Estratégico Nacional Multisectorial, año 2013.

<sup>29</sup> Guía clínica para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y El Caribe, año 2011

No obstante, es necesario actualizar estudios de la situación de los HNV y a partir de los resultados elaborar planes de acción para fortalecer la atención de este grupo vulnerable.

## 5.8-COMPONENTE DE GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROGRAMAS

Los gastos programáticos se definen como aquellos incurridos en los niveles administrativos fuera del punto de prestación de la atención sanitaria. Los gastos programáticos cubren servicios como la gestión de programas de sida, vigilancia y evaluación (V+E), sensibilización, capacitación previa al servicio y mejora de instalaciones a través de la compra de equipos de laboratorio y telecomunicaciones.

El componente de **Gestión y Administración de Programas**, evidenció un gasto de \$4,686,344, lo que representa el 7.51% del total del gasto en sida. (Ver gráfico n° 3)<sup>o</sup>

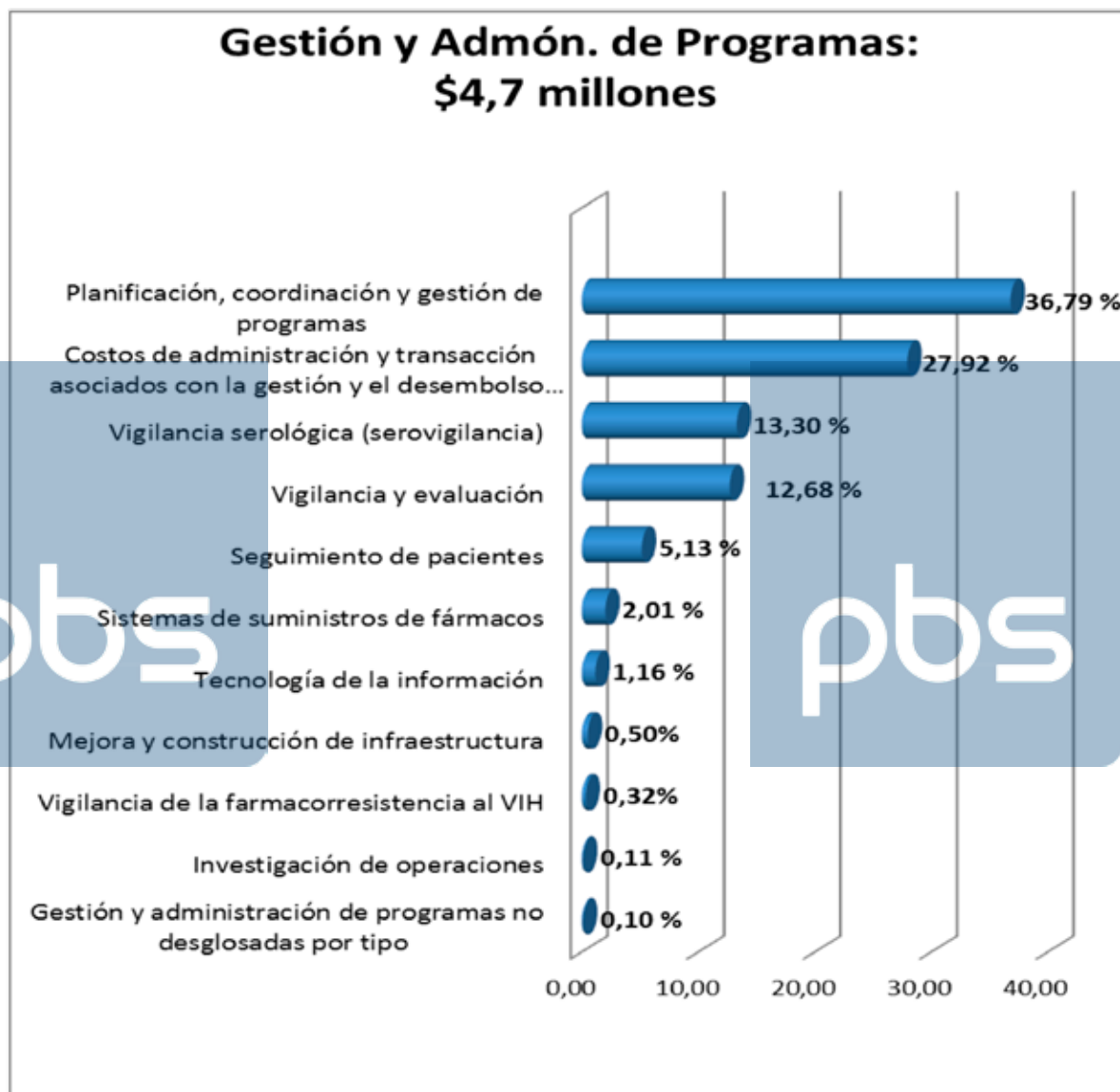
Dentro de las subcategorías derivadas de este componente, se encontró que la que representa mayor gasto fue: Planificación, coordinación y gestión de programas con el 36.79% (\$1724,008), en segundo lugar fue, Costos de administración y transacción asociados con la gestión y el desembolso de fondos con un 27.92% (\$ 1,308,427); en tercer lugar, se encontró: vigilancia serológica con 13.30% (\$623,164), seguido de la vigilancia y evaluación con 12.68% (\$594,046) (Ver tabla 23 y gráfico 23)

Tabla N° 23. Componente de Gestión y Administración de Programas

Gestión y Administración de Programas	Fuente Pública	Fuente Privadas	Fuente Internacional	Total general	%
Planificación, coordinación y gestión de programas	\$456,788	\$267,752	\$999,468	\$1724,008	36.79
Costos de administración y transacción asociados con la gestión y el desembolso de fondos	\$32,010	\$114,077	\$1162,340	\$1308,427	27.92
Vigilancia y evaluación	\$199,876	\$0	\$394,170	\$594,046	12.68
Investigación de operaciones	\$0	\$0	\$5,000	\$5,000	0.11
Vigilancia serológica (serovigilancia)	\$1,352	\$0	\$621,812	\$623,164	13.30
Vigilancia de la farmacorresistencia al VIH	\$0	\$0	\$15,000	\$15,000	0.32
Sistemas de suministros de fármacos	\$0	\$0	\$94,000	\$94,000	2.01
Tecnología de la información	\$0	\$0	\$54,501	\$54,501	1.16
Seguimiento de pacientes	\$0	\$248	\$239,959	\$240,207	5.13
Mejora y construcción de infraestructura	\$0	\$248	\$23,141	\$23,389	0.50
Gestión y administración de programas no desglosadas por tipo	\$0	\$405	\$4,197	\$4,602	0.10
<b>Total</b>	<b>\$690,026</b>	<b>\$382,730</b>	<b>\$3,613,588</b>	<b>\$4,686,344</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2013

Gráfico N° 23: Gasto en Gestión y Administración dividido en sub categorías:



Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2013

### 5.9- COMPONENTE DE RECURSOS HUMANOS

Esta categoría se refiere a los servicios de la fuerza laboral a través de enfoques para la capacitación, la contratación, la retención, el despliegue e incentivos no monetarios por buen desempeño de directores y trabajadores sanitarios por el trabajo en el campo del VIH.

El componente de Recursos Humanos representa el 1.64% (\$1,026,724) del monto total en Sida. El rubro de Capacitaciones representa el mayor gasto del rubro con un 61.061%, (\$626,963) e Incentivos monetarios para recursos humanos con un 16.04% (\$164,719) (Ver tabla n° 24).

Tabla 24. Recursos Humanos

Recursos humanos	Fuente Pública	Fuente Privadas	Fuente Internacional	Total general	%
Incentivos monetarios para recursos humanos	\$229,471	\$2,290	\$3,281	\$235,042	22.89
Formación para fortalecer una fuerza de trabajo sobre el VIH	\$11,864	\$0	\$152,855	\$164,719	16.04
Capacitación	\$113,349	\$9,410	\$504,204	\$626,963	61.06
<b>Total Recursos humanos</b>	<b>\$354,684</b>	<b>\$11,700</b>	<b>\$660,340</b>	<b>\$1026,724</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2013

### 5.10- COMPONENTE DE PROTECCIÓN SOCIAL Y SERVICIOS SOCIALES

La protección social comprende los servicios sociales personales y la seguridad social. Incluye gastos en servicios y transferencias proporcionados no sólo a personas individuales sino también a hogares, además de los gastos por servicios prestados.

El componente de Protección Social para el año 2013, ha sido financiado en su mayor porcentaje por el sector privado, seguido del sector internacional y fue dirigido a la protección a través de servicios en especie y servicios de protección social y servicios sociales no desglosados. (Ver tabla 25)

El monto total del componente de Protección Social y Servicios Sociales es del 0.18% (\$110,098) del gasto en Sida, el porcentaje más alto de este componente fue Protección social a través de la provisión de servicios sociales con un 62.37%, esta subcategoría se refiere al desarrollo de actividades destinadas a la mitigación social para las personas que viven con el VIH y sus familias. El País, continua pendiente el diseño de una línea que permita la inserción de las personas con VIH dentro del esquema de protección social del país, en segundo lugar se encuentra la protección social a través de beneficios en especie, esta categoría se refiere a los gastos realizados en seguridad, alimentaria, cajas de alimentos (no asociadas con el apoyo nutricional para ARV), transporte y cupones de alimentos y otro tipo de apoyo en especie para personas VIH-positivas. Esta subcategoría refleja un porcentaje de 32.37% (\$ 35,644); en tercer lugar, Protección social a través de beneficios monetarios con un 4.72% (\$5,195).

(Ver tabla nº 25).

Tabla 25. Protección Social

Protección social y servicios sociales (excluidos los HNV)	Fuente Pública	Fuente Privadas	Fuente Internacional	Total general	%
Protección social a través de beneficios monetarios	\$3,450	\$99	\$1,646	\$5,195	4.72
Protección social a través de beneficios en especie	\$0	\$20,343	\$15,301	\$35,644	32.37
Protección social a través de la provisión de servicios sociales	\$67,215	\$0	\$1,921	\$69,136	62.37
Servicios de protección social y servicios sociales no desglosados por tipo	\$123	\$0	\$0	\$123	0.11
<b>Total</b>	<b>\$70,788</b>	<b>\$20,442</b>	<b>\$18,868</b>	<b>\$110,098</b>	<b>100</b>

Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2013

### 5.11- ENTORNOS FAVORABLES (DERECHOS HUMANOS)

Entornos Favorables incluye la sensibilización en el campo del VIH, así como un conjunto completo de servicios que generan un espectro más amplio y de mayor alcance de apoyo de los principios clave y las acciones esenciales para promover la prevención del VIH y reducir el estigma y la discriminación. También incluye la promoción de la ampliación de programas nacionales y regionales del VIH por parte de Gobierno Nacional en conjunto con asociados claves, como donantes bilaterales y multilaterales, la sociedad civil y el sector privado.

El monto total de este componte para el año 2013 fue de \$1,186,875, aumentando aproximadamente un 35.68% del gasto comparado con el 2012, la categoría que presento un mayor porcentaje, fue sensibilización con un 64.47%, en segundo lugar programas de derechos humanos con un 35.45%. (Ver tabla n° 26)

Tabla 26. Entorno Favorable

Entorno favorable	Fuente Pública	Fuente Privadas	Fuente Internacional	Total general	%
Sensibilización	\$55,411	\$16,470	\$693,252	\$765,133	64.47
Programas de derechos humanos	\$35,331	\$5,942	\$379,520	\$420,793	35.45
Desarrollo institucional específico del sida	\$0	\$0	\$949	\$949	0.08
<b>Total Entorno favorable</b>	<b>\$90,742</b>	<b>\$22,412</b>	<b>\$1073,721</b>	<b>\$1186,875</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2013

### 5.12- INVESTIGACIÓN

Para la categoría de Investigación se estimó un gasto de \$593.509 lo que representa el 0.95% de la inversión total en VIH para el 2013, el puntaje reflejado fue el menor de todo el gasto, la principal fuente de financiamiento que invirtió en esta rubro solo fue la internacional con el 100%, este resultado hace notar al país que se debe gestionar fondos o crear estrategias que

fortalezcan esta área tan importante que genera evidencias para encaminar los esfuerzos en VIH hacia mejores resultados.

Las subcategorías con gastos más altos fueron la investigación epidemiológica con un 34.73% (\$206,130), seguida de las Actividades de investigación relacionada con el VIH no desglosadas por tipo, con un 30.95%, investigación en ciencias sociales 27.58% (\$163,694) y el menor porcentaje fue para las actividades de investigación relacionada con el VIH s.c.o, con 6.74 (\$40,000) (Ver tabla n° 27)

Tabla N° 27. Gasto en Investigación

ASC.08 Investigación relacionada con el VIH (excluida la investigación de operaciones)	Fuente Pública	Fuente Privadas	Fuente Internacional	Total general	%
Investigación epidemiológica	\$0	\$0	\$206,130	\$206,130	34.73
Investigación en ciencias sociales	\$0	\$0	\$163,694	\$163,694	27.58
Actividades de investigación relacionada con el VIH no desglosadas por tipo	\$0	\$0	\$183,685	\$183,685	30.95
Actividades de investigación relacionada con el VIH s.c.o.	\$0	\$0	\$40,000	\$40,000	6.74
<b>Total en Investigación relacionada con el VIH</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$593,509</b>	<b>\$593,509</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2013

### 5.13- GASTO POR BENEFICIARIOS:

Las poblaciones presentadas aquí son aquellas a las que se destinan o se prevén explícitamente los beneficios de actividades específicas, es decir, los receptores previstos de los distintos servicios. La identificación de la población beneficiaria (BP) tiene como finalidad cuantificar los recursos que se asignan específicamente a una población como parte del proceso de prestación de servicios de una intervención programática.

Los diferentes tipos de BP, se dividen en:

- a- Personas con VIH
- b- Poblaciones expuestas a mayor riesgo: trabajadoras del sexo, hombres que tienen sexo con hombres y trans.
- c- Poblaciones claves: incluye poblaciones como huérfanos y niños vulnerables, niños nacidos o por nacer de madres VIH-positivas, poblaciones móviles, privados de libertad, niños y jóvenes no escolarizados, niños y jóvenes institucionalizados, receptores de sangre o productos sanguíneos
- d- Poblaciones accesibles: incluyen niños escolarizados, personas que asisten a dispensarios de ITS, estudiantes de escuela primaria, estudiantes de escuela secundaria, estudiantes universitarios, agentes de atención sanitaria, personal militar, policía y otros servicios uniformados
- e- Población general: comprende las intervenciones destinadas a la población general en su conjunto y no a una población clave o accesible en particular.

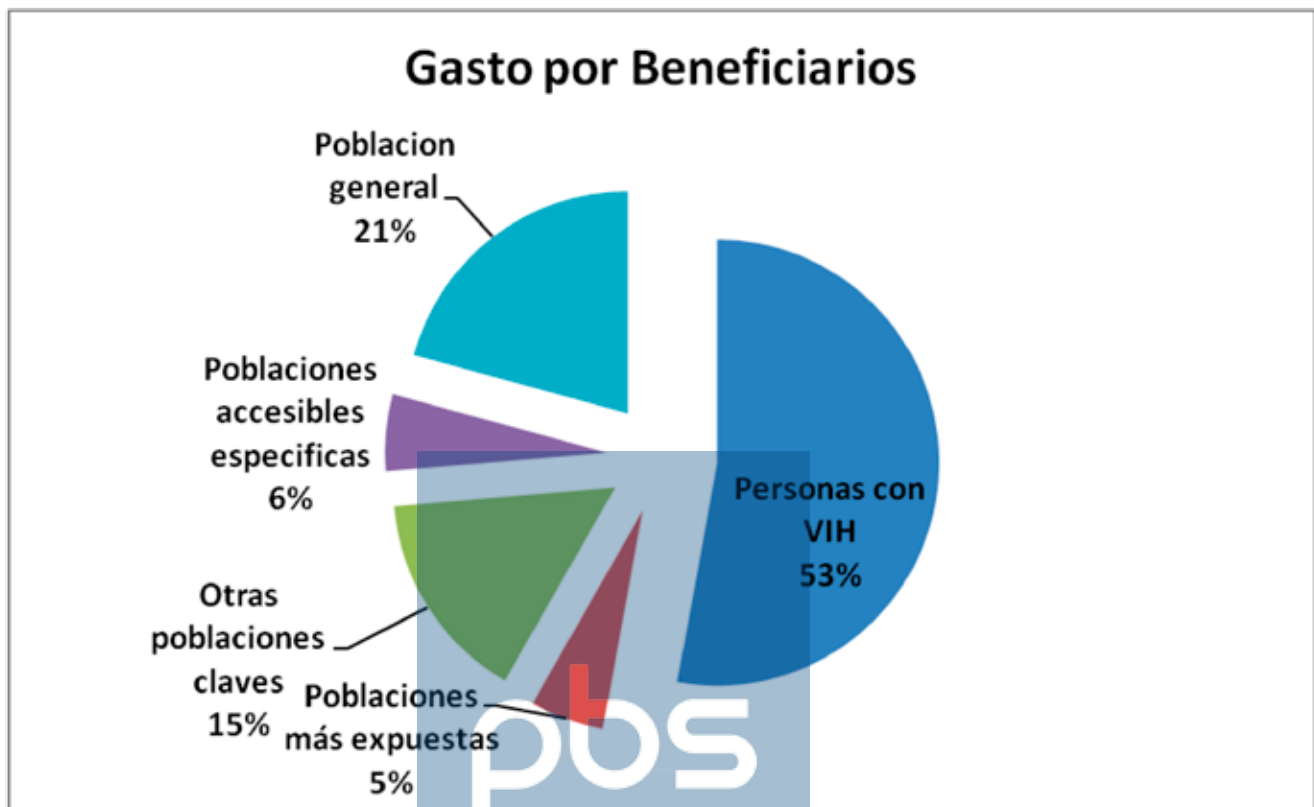
La gráfica N° 24 demuestra que el grupo beneficiario con mayor gasto en la respuesta nacional al VIH fue para las personas con VIH, captando el 53% de los fondos gastados durante el 2013,

lo que evidencia que la demanda de servicios de Atención y tratamiento, es mayor entre las personas de esta población; al referirnos al grupo de población general, se visualiza lo invertido en acciones de prevención, atención y otros, mostrando que es en acciones de prevención en donde se asigna un monto mayor. En total, las acciones dirigidas a este grupo poblacional representan el 21% del gasto en VIH. En cuanto a las Poblaciones más expuestas (aquellas expuestas a un mayor riesgo de adquirir el VIH) en la que se cuentan los trabajadoras (es) del sexo (TS) y sus clientes, hombres que tiene sexo con hombres (HSH), población trans, la inversión en este grupo, corresponde al 5% del total, sin embargo es importante hacer notar que existe subregistro con el monto reflejado para este grupo ya que en el año 2013, aun no se cuenta con un instrumento de vigilancia sanitaria que recolectara la información para estas poblaciones, se están creando instrumentos o formularios que recopilarán esta información a través del SUMEVE para este quinquenio, lo que fortalecerá la vigilancia así como el registro de las acciones que el personal del MINSAL está realizando para cubrir este grupo poblacional.

Dentro del Plan Estratégico Nacional Multisectorial de la Respuesta al VIH-Sida e ITS 2011-2015, se ha clasificado a la Población PEMAR como una de las prioritarias en el accionar de cada uno de los 5 ejes estratégicos del PENM: Prevención, Atención, Derechos Humanos, Monitoreo y Evaluación así como el de sostenibilidad que fortalecerán la meta de llegar a cero planteadas por ONUSIDA, para el cumplimiento de los ODM.

Con respecto a poblaciones clave, se evidenció un gasto del 16%, en tanto al rubro de Poblaciones accesibles específicas, el 5% del monto total. (Ver gráfico n° 24)

**Gráfico N°:24 Gasto por beneficiarios**



Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2013



## VI. CONCLUSIONES

Según lo planteado en el presupuesto del PENM 2011-2015 se necesitan 26 millones anuales para el desarrollo de las actividades de atención y tratamiento y a través del MEGAS 2013 se ha evidenciado que el gasto cubierto fue de 30.3 Millones para dicha área programática, lo que indica que se están cubriendo las estrategias planteadas.

En cuanto al gasto que el país está realizando en el tema del VIH se evidencia un incremento en los últimos 5 años, pues se ha pasado de un gasto en el 2008 de \$41.2 Millones a \$62.43 Millones durante 2013, es decir \$21 Millones más en este período, lo que representa un aumento del 33.96%. El Plan Estratégico Nacional Multisectorial 2011-2015, para el período en su costeo requiere una inversión de \$66 Millones anuales, el gasto para el año 2013, fue de \$62.43 millones lo que implica que existe una brecha de \$3.57 Millones.

Una de las áreas que ha tenido un incremento importante en los últimos años es la prevención en donde se pasó de \$9.6 Millones en el 2008 a \$24.49 Millones en el 2013. Es decir presentó un incremento de un 60.63% lo que ha fortalecido grandemente la Prevención del VIH en el país, según las Estadísticas Nacionales de 6 casos diarios de VIH que se detectaban en el 2010 en la actualidad se reportan 4 casos diarios de VIH. Lo que refleja que se está invirtiendo más financiamiento en esta área para lograr disminuir los casos en el Salvador

La segunda categoría de gasto en la cual se reflejó mayor inversión es la de Atención ya que de \$26.33 millones que se invirtió en el 2008, se ha encontrado que para el año 2013 incremento un gasto de \$30 millones lo que representa un 12.98% de incremento.

Se identificaron las fuentes de financiamiento con que cuenta el país, tanto públicas, privadas e internacionales, que permiten una mejor visualización del funcionamiento de asignación del gasto en diferentes áreas.

La fuente Pública, representa el mayor porcentaje de financiamiento con un 74.84% ; en segundo lugar la fuente internacional, con un 22.05 % y en tercer lugar la fuente privada con un 3.12%, este último representa un 40% al gasto erogado por las Instituciones sin fines de lucro (ONGS); empresa privada un 48.51% y el gasto de bolsillo de la población representando un 10.55% (tomas de pruebas de VIH y otras ITS en Laboratorios Privados de El Salvador)

Dentro del componente de Prevención, la seguridad hematológica fue el componente con mayor gasto presentado (31.47%), proveniente en su mayor porcentaje del sector público. Es importante mencionar que desde hace varios años, no se ha detectado infección por VIH a través de transfusiones sanguíneas, lo que sugiere que la inversión ha obtenido los resultados esperados; en segundo lugar fue prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS en un 20.38%, el asesoramiento y pruebas voluntarias presentó un 8.57 % del gasto erogado para prevención.

Uno de los componentes más exitosos es la Prevención en la Transmisión Materno Infantil, el gasto en este componente ha sido bajo, 6.27%, sin embargo los logros en la prevención han dado los resultados esperados.

Los componentes que menor gasto presentaron fueron: Investigación con: 0.95%; Protección Social con 0.18%; Huérfanos y Niños Vulnerables con 0.11%

A partir de la implementación de la Lepina y para brindar una atención mas integral a NNH con VIH que son beneficiados en los albergues, estos pasaron al ISNA para convivir junto con niños sin VIH, con el objetivo de no seguir creando estigma y discriminación. Así mismo algunos niños que se encontraban en los Hogares como Jardín de Amor y Reina Sofía, fueron des institucionalizados y entregados a sus familiares

Por otro lado, según estadísticas nacionales, desde hace 5 años aproximadamente se ha evidenciado una disminución de casos de VIH en niños y niñas nacidas de mujeres positivas, llegando casi a la eliminación de casos debido a los resultados exitosos presentados en la Prevención de la Transmisión Materno Infantil, lo que nos acerca a cumplir la meta del 2% ó menos. (Guía Clínica para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y El Caribe, OPS, UNICEF 2011)

## VII. RECOMENDACIONES

Revisar el componente de adherencia a las personas que están en TAR, la realización de estudios de Adherencia en El Salvador, crear Estrategias basadas en los resultados de los estudios realizados que fortalezcan la Adherencia en las personas con VIH, monitorear la medición del indicador de sobrevida a los 12 meses.

Gestionar Fondos para fortalecer las acciones de prevención para la Población PEMAR.

Incorporar y actualizar estudios sobre huérfanos y niños vulnerables para obtener evidencia de un estimado de esta población y así determinar las estrategias a seguir.

Las acciones de investigación tuvieron un porcentaje de gasto mínimo, por lo que se recomienda ejecutar la Agenda de Investigación en VIH y hacer la gestión de recursos y el fortalecimiento encaminada a lograr evidencias para la medición de la respuesta y a identificar nuevas acciones que respondan al VIH y hacer enlaces con las universidades para que desarrollen sus tesis en relación a dicha agenda.

Los componentes de prevención: Seguridad Hematológica y Prevención Materno Infantil han sido catalogados como exitosos, cuyos gastos han sido utilizados para lograr los objetivos esperados. Por lo que se recomienda sistematizar las experiencias exitosas y comunicarlas a otros países.

The image shows the PBS logo, which consists of the lowercase letters 'pbs' in a white, sans-serif font, centered within a light blue square. This logo is positioned at the bottom center of the page, above a decorative teal wave-like shape.

## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guía práctica de MEGAS – La pasión y la ética entorno de MEGAS, ONUSIDA, 2009
2. El principio de los «Tres unos» para la coordinación de las respuestas nacionales al VIH <http://data.unaids.org/UNA-docs/Three-Ones>.
3. Guía práctica de MEGAS – La pasión y la ética entorno de MEGAS, ONUSIDA, 2009
4. Estudio de Medición del Gasto en Sida 2008, 2010, 2012
5. Estudio de Uso de Servicios de Salud por HSH en San Salvador realizado por Measure Evaluation del año 2012.
6. Ministerio de Salud, Informe Nacional sobre el Estado de Situación del VIH en El Salvador en Cumplimiento del Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación del Plan Estratégico Nacional Multisectorial, año 2013.
7. Memoria de Labores 2013-2014, Ministerio de Salud
8. Encuesta Centroamericana de Vigilancia del Comportamiento Sexual al VIH, 2010
9. Ministerio de Salud, Estudio VICITS 2012.
10. ONUSIDA, Tendencias en la epidemia y la respuesta en VIH en Centroamérica, Análisis de los informes nacionales de avances en la lucha contra el sida 2012 San Salvador, 21 y 22 de Noviembre de 2012 “Dependencia financiera por país de la PTMI (2012)”
11. Guía clínica para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en America Latina y El Caribe



## IX. ANEXOS

### ANEXO N° 1 INSTITUCIONES QUE ENVIARON INFORMACION: SECTOR PRIVADO

A- SECTOR ONGS	
FUNDACION INOCENCIA	
ASPS	
CONTRASIDA	
FLOR DE PIEDRA	
ASOCIACION DE MUJERES LIQUIDAMBAR	
VIDA NUEVA	
FUNDACION NUEVOS TIEMPOS	
COMCAVIS	
ENTREAMIGOS	
MEC	
MEDICUS MUNDI	
CONAMUS	
FUNDACION HUELLAS	
MEDICOS DEL MUNDO	
ADS	
PLAN INTERNACIONAL	
ATLACATL	
ASAFOCAIS	
ICW	
RENUEVO	
COCOSI	
COLECTIVO ALEJANDRIA	
SERAPHIM	
ORQUIDEAS DEL MAR	
VISION MUNDIAL	
ASAPROSAR	
REDSAL	
CRUZ ROJA	
ASPHID	
OTS	
PASMO	

ICM
FRATERNIDAD GAY SIN FRONTERAS
NAYARIT
MISION CRISTIANA ELIM
FUNDASIDA
ANADES

## B- LABORATORIOS PRIVADOS

"LCPE, S.A. DE C.V.CASA MATRIZ ESCALON -LABORATORIO CLÍNICO PROFESIONAL ESPECIALIZADO S.A. DE C.V.

"LCPE, S.A. DE C.V.SUC. ZACAMIL -LABORATORIO CLÍNICO PROFESIONAL ESPECIALIZADO S.A. DE C.V.

LABORATORIO CLÍNICO BIOTECNOLOGICO

LABORATORIO CLÍNICO REEGAL

LABORATORIO CLÍNICO DIAZ NAVARRETE

LABORATORIO CLÍNICO HOSPITAL DE DIAGNOSTICO ESCALON

LABORATORIO CLÍNICO DAN MUGG SR.

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO S.A. (SUCURSAL)

LABORATORIO CLÍNICO MORAN (MONSERRAT)

LABORATORIO CLÍNICO MORAN (CASA MATRIZ)

LABORATORIO CLÍNICO MORAN (MATRIZ)

LABORATORIO CLÍNICO PROFAMILIA (SUCURSAL NO.4)

LABORATORIO CLÍNICO ALVAREZ ALEMAN

LABORATORIO CLÍNICO ATMEDIC (SUCURSAL NO.2)

LABORATORIO CLÍNICO LUTERANO

LABORATORIO CLÍNICO CTA

LABORATORIO CLÍNICO MAX BLOCH (VILLAVICENCIO)

LABORATORIO CLÍNICO PEREZ, S.A. DE C.V.

LABORATORIO CLÍNICO HOSPITAL CENTRAL

LABORATORIO CLÍNICO PLAZA MONTERREY

LABORATORIO CLÍNICO CASTELLON

LABORATORIO CLÍNICO BIOEN - ZIM

LABORATORIO CLÍNICO AGEPYM

LABORATORIO CLÍNICO PANAMERICANO DE OJOS

LABORATORIO CLÍNICO PROFAMILIA (MATRIZ)

LABORATORIO CLÍNICO MAX BLOCH (SUCURSAL ZONA MÉDICA)

LABORATORIO CLÍNICO LISTER

LABORATORIO CLÍNICO SEGOVIA

LABORATORIO CLÍNICO BIOQUIMICOS SALVADOREÑOS, S.A. DE C.V.

LABORATORIO CLÍNICO APROSSI NO.1

LABORATORIO CLÍNICO CENTRO PEDIATRICO, S.A. DE C.V.

LABORATORIO CLÍNICO BIO-LAB

LABORATORIO CLÍNICO PLAZA REAL (SUCURSAL NO. 2)

LABORATORIO CLÍNICO OLIDISA

LABORATORIO CLÍNICO CASA MATRIZ

LABORATORIO CLÍNICO PEREZ, S.A. DE C.V.

LABORATORIO CLÍNICO REVERENDO JUAN BUENO

LABORATORIO CLÍNICO CENTRO SCAN

LABORATORIO CLÍNICO CORAZON DE MARIA

LABORATORIO CLÍNICO DR. E. FASQUELLE

LABORATORIO CLÍNICO MAYA (CASA MATRIZ)

LABORATORIO CLÍNICO SSAGA

LABORATORIO CLÍNICO MILENIUM

LABORATORIO CLÍNICO CYTILAB

LABORATORIO CLÍNICO MONROY (MATRIZ Y SUCURSAL NO.3)

LABORATORIO CLÍNICO SAN FERNANDO

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO CRUZ

LABORATORIO CLÍNICO CENTRO GINECOLOGICO

LABORATORIO CLÍNICO UNIDOS

LABORATORIO CLÍNICO METROLAB (SUCURSAL 1)

LABORATORIO CLÍNICO HANSEN, S.A. DE C.V.

LABORATORIO CLÍNICO BRAXEL

LABORATORIO CLÍNICO SAN MIGUEL

LABORATORIO CLÍNICO PROFAMILIA SAN MIGUEL

LABORATORIO CLÍNICO DE DIAGNOSTICO MEDICAL TEST SAN MIGUEL

LABORATORIO CLÍNICO BIO-GENESIS

LABORATORIO CLÍNICO FAMILIAR SUC. 1

LABORATORIO CLÍNICO EMANUEL NO. 1

LABORATORIO CLÍNICO MEGALAB

LABORATORIO CLÍNICO ROMO

LABORATORIO CLÍNICO ARI - DUCRE

LABORATORIO CLÍNICO CADUCEUS

LABORATORIO CLÍNICO CLÍNICA MEDICA POPULAR SANTA ANA

pbs

pbs

pbs

LABORATORIO CLÍNICO ALVAREZ HUEZO

LABORATORIO CLÍNICO BIO-CLINIC, S.A DE C.V.

LABORATORIO CLÍNICO MARIE CURIE

**C- MEDIOS DE COMUNICACIÓN QUE TRANSMITEN PROGRAMA HABLEMOS DE VIDA.**

The PBS logo is displayed in white lowercase letters on a dark blue rectangular background.

CANAL 8

CANAL 10

CANAL 15

CANAL 17

CANAL 21

CANAL 23

CANAL 25

CANAL 29

CANAL 33

CANAL 67

The PBS logo is displayed in white lowercase letters on a dark blue rectangular background.A large, stylized PBS logo in white lowercase letters is centered within a light blue square.

ANEXO N° 2  
INSTITUCIONES QUE ENVIARON INFORMACION:  
SECTOR GUBERNAMENTAL

MINISTERIO DE EDUCACIÓN

PROCURADURIA DE LA DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS

SANIDAD MILITAR

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL (ISSS)

BIENESTAR MAGISTERIAL

FOSALUD

INSTITUTO SALVADOREÑO DE NIÑEZ Y ADOLESCENCIA (ISNA)

ACADEMIA NACIONAL DE SEGURIDAD PUBLICA (ANSP)

POLICIA NACIONAL CIVIL (PNC)

DIRECCIÓN DE DIVERSIDAD SEXUAL. SECRETARIA DE INCLUSIÓN SOCIAL

DIRECCIÓN DE JUVENTUD. (INJUVE)

MINISTERIO DE SALUD (MINSAL):

NIVEL CENTRAL: TUBERCULOSIS PLANIFICACION FAMILIAR, SIDATEL, PROGRAMA NACIONAL DE ITS/VIH- SIDA, LABORATORIO CENTRAL, BANCO DE SANGRE, DIVISION DE VIGILANCIA SANITARIA

HOSPITALES QUE BRINDAN TERAPIA ANTIRRETROVIRAL

REGIONES DE SALUD

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

SIBASIS

CONASIDA

MINISTERIO DE JUSTICIA

ALCALDIA DE SAN SALVADOR

pbs



ANEXO N° 3  
 INSTITUCIONES QUE ENVIARON INFORMACION:  
 SECTOR EXTERNO

ONUSIDA.	
	UNFPA.
	OPS/OMS.
	PROGRAMA MUNDIAL DE ALIMENTOS
	UNICEF.
	PNUD.
	USAID.
	USAID/PASCA.
	USAID/CAPACITY PROJECT.
	FONDO MUNDIAL/PNUD.
	FONDO MUNDIAL/MINSAL.
	BANCO MUNDIAL/SICA.
	CDC.
	AECID.
	HEALTH FOCUS
	CUERPOS DE PAZ
	MECANISMO COORDINADOR DE PAIS (MCP)
	REDCA (+)
	TEPHINET
	SCMS
	COMISCA

**ANEXO N° 4:  
INSTRUMENTOS PARA RECOLECTAR DATOS:  
FORMULARIO PARA AGENCIA COOPERANTE**

**Hoja 1**

**Agente receptor de fondos**

En la siguiente tabla, por favor indique:

El nombre de la(s) institucion(es) a la(s) cuál(es) les ha transferido fondos en el año 2013

Detalle el monto efectivamente gastado en el año 2013, por cada una de las instituciones financiadas

	Nombre de la Institucion u organismo cooperante que le asigno Fondos	Monto total en el año 2013 (\$)
5.1		\$ -
5.2		\$ -
5.3		\$ -
5.4		\$ -
5.5		\$ -
5.6		\$ -
<b>TOTAL</b>		\$ -

**Hoja 2**

En la siguiente tabla, por favor indique: gasto ejecutado directamente desde la Agencia Cooperante

Distribuya el monto total en: Categorias del Gasto (según anexo 1, parte A) en la(s) que han trabajado como Institución, utilice una línea por categoría. En la población meta (según anexo 1, parte B), que corresponden a cada categoría, se deberá anotar el monto gastado

NOMBRE DE INSTITUCION	MONTO	FUENTE	CATEGORIA DEL GASTO (ver anexo 1 parte A)	MONTO DE GASTO EN CATEGORIA	POBLACION META (ver anexo 1 parte B)	MONTO DE GASTO EN POBLACION BENEFICIARIA	FACTORES DE PRODUCCION (VER ANEXO 2)	MONTO DE GASTO EN FACTOR DE PRODUCCION
	\$ -			\$ -		\$ -		\$ -
				\$ -		\$ -		\$ -
				\$ -		\$ -		\$ -
				\$ -		\$ -		\$ -
				\$ -		\$ -		\$ -
				\$ -		\$ -		\$ -
				\$ -		\$ -		\$ -
				\$ -		\$ -		\$ -
				\$ -		\$ -		\$ -
<b>Total</b>				\$ -		\$ -		\$ -

Observaciones:

**pbs**





Total	\$	-	\$	-
Observaciones:				

## FORMULARIO PARA AGENCIA ONG

Para cada institución u organismo-ONGS que cuenta con fondos propios, según detalle en cuadro 2

distribuya el monto total en: Categorías del Gasto (según anexo 1, parte A) en la(s) que han trabajado como Institución, utilice una línea por categoría.

En la población meta (según anexo 1, parte B), que corresponden a cada categoría, se deberá anotar el monto gastado

NOMBRE DE INSTITUCION	MONTO	FUENTE	CATEGORIA DEL GASTO (ver anexo 1 parte A)	MONTO DE GASTO EN CATEGORIA	POBLACION META (ver anexo 1 parte B)	MONTO DE GASTO EN POBLACION BENEFICIARIA	FACTORES DE PRODUCCION (VER ANEXO 2)	MONTO DE GASTO EN FACTOR DE PRODUCCION
								
Total								



FORMULARIO PARA LABORATORIO CENTRAL Y BANCOS DE SANGRE

SECCION DE VIH, INMUNOLOGIA Y BANCO DE SANGRE LABORATORIO CENTRAL

El uso de esta información es absolutamente confidencial y de responsabilidad ética y administrativa de los consultores de MEGAS 2013

1 Origen de los Fondos

Propios (monto en \$) \$

Transferidos por Terceros (monto en \$) \$

Nombre de la Institución que transfirió los fondos:

2. Fuentes de Financiamiento

En la siguiente tabla, por favor indique:

- . El nombre de la(s) Institución(es) de la(s) cual(es) ha recibido financiamiento en el año de la estimación
- . El monto efectivamente gastado en el año, por cada fuente de financiamiento

Nombre de la Fuente de Financiamiento

Monto total gastado

pbs

**3. Banco de Sangre**

**No. De pruebas confirmatorias para Hepatitis B y C procesadas en el 2013:**

Fuente: Reporte de Actividades Diarias Sección VIH Laboratorio Central

No. Total de pruebas de Hepatitis B:

Costo unitario

Costo total:

No. Total de pruebas de Hepatitis C:

Costo unitario

Costo total:

**4. Pruebas de Diagnóstico de VIH:**

**Total de pruebas de diagnóstico realizados en el 2013**

Fuente: Reporte de Actividades Diarias Sección VIH Laboratorio Central

Total de pruebas rápidas realizadas en el 2013:

Costo unitario de pruebas rápidas:

Costo total:

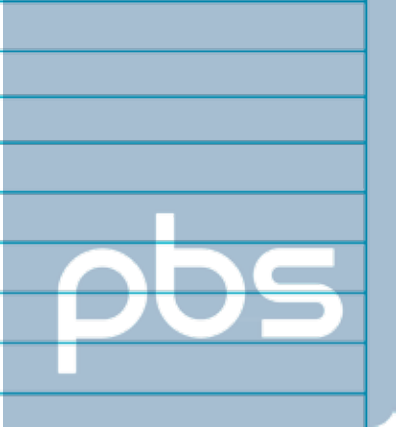
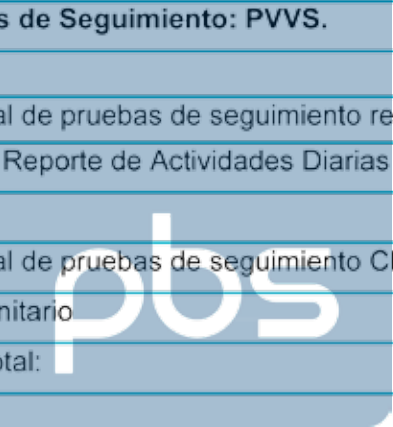
No Pruebas para diagnostico (Western Blot):

Costo unitario:

Costo total:

pbs

	No total de pruebas Elisa realizadas en el año:	
	Costo unitario de pruebas de Elisa	
	Costo total:	
<b>5. Pruebas de Seguimiento: PVVS.</b>		
	No. Total de pruebas de seguimiento realizadas en el año 2013:	
	Fuente: Reporte de Actividades Diarias Sección VIH Laboratorio Central	
	No. Total de pruebas de seguimiento CD4-CD8 realizadas 2013:	
	Costo unitario	
	Costo total:	
	No. Total de pruebas de seguimiento CARGA VIRAL realizadas 2013:	
	Costo unitario	
	Costo total:	
<b>6. Pruebas de ITS</b>		
	<b>Total de pruebas de ITS realizadas en el año:</b>	
	Fuente: Reporte de Actividades Diarias Sección VIH Laboratorio Central	
	No. Total de pruebas de RPR	
	Costo unitario de prueba de RPR:	
	Costo total:	
	No. Total de pruebas de FTA ABS	
	Costo unitario de prueba de FTA ABS:	
	Costo total:	



<b>7. Resumen de gastos de operación</b>
Reactivos, equipos, materiales e insumos de laboratorio
Gastos Administrativos(funcionamiento)*
Salario base de 7 Profesionales en 12 meses fondos GOES:
<b>Total de gastos de operación:</b>
* incluye pago de personal profesional y gastos en servicios básicos(agua, teléfono, papelería y otros)





**FORMULARIO PARA LABORATORIOS CLINICOS PRIVADOS**

El uso de esta información es absolutamente confidencial y de responsabilidad ética y administrativa del

Ministerio de Salud Pública y asistencia Social y de la Junta de Vigilancia en Laboratorio Clínico

1- Nombre del Laboratorio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

2- Calidad jurídica de la Institución:

Señale con una X los casilleros que correspondan:

Institución	Publica	Privada
Nacional		

3- Prestaciones

Describa los exámenes clínicos realizados para la detección o seguimiento de VIH a los usuarios de su Laboratorio por sexo y total de pago (\$) asumidos por los usuarios.

3.1 De ser posible incluya otros exámenes de laboratorio o gabinete que les ha realizado a personas con VIH o SIDA en el periodo comprendido de enero a diciembre del 2012

Favor incluir las ofertas de servicio a las instituciones autónomas, privadas, en la siguiente tabla.

Descripción del Servicio	Hombres	Mujeres	Total de pruebas realizadas
Servicio de laboratorio Clínico			
Prueba rápida			
Otras pruebas de laboratorio realizada a personas VIH-SIDA			
Hemograma			
Cultivos			
Servicio de imágenes			

3.2 En relación al cuadro anterior reporte el total de los pagos asumidos por el usuario en la realización de pruebas detección o seguimiento de VIH.

\$ \_\_\_\_\_

3.3 Describa las pruebas de detección de Infecciones de Transmisión Sexual, realizadas a los usuarios del Laboratorio en el periodo de enero a diciembre del 2012

Favor descargar la información por sexo y total de pago (\$) asumidos por los usuarios.

Pruebas	Hombres	Mujeres	Total de Pruebas realizadas

3.4 En relación al cuadro anterior, reportar el total de gastos asumidos por el usuario en la realización de las pruebas de detección o seguimiento de Infecciones de transmisión sexual.

\$ \_\_\_\_\_

Funciones de Prevención y Atención para VIH/SIDA (parte A)				Poblaciones Meta (parte B)	
<b>F1.</b>	<b>Funciones de Prevención</b>			<b>BP1</b>	<b>Persona que viven con VIH</b>
1.01	Comunicación para cambio social	3.3	Apoyo familiar	1.1.	Jóvenes mayores de 15 años y adultos VIH
1.02	Movilización de la comunitaria	3.4	Apoyo comunitario	1.1.2	Mujeres adultas y jóvenes mayores de 15 años
1.03	Asesoramiento y pruebas voluntarias	3.5	Servicios sociales y administrativos	1.2.1	Niños menores de 15 años
1.04	programa de reducción del riesgo para poblaciones vulnerables y accesibles	3.6	Atención Institucional	1.2.1	Niñas menores de 15 años
1.5	Jóvenes escolarizados	<b>F4</b>	<b>Gestion y Administracion de Programas</b>	<b>BP2</b>	<b>Poblaciones más expuestas(en mayor riesgo)</b>
1.06	Jóvenes no escolarizados	4.1	Planificación, Coordinación y Gestión de Programas	2.1	Usuarios de drogas intravenosas
1.07	Prevención de la Transmisión dirigida a personas que viven con VIH	4.2	Costos de administración	2.2	Trabajadoras sexuales y sus clientes
1.08	Programa para profesionales del sexo y sus clientes	4.3	Vigilancia y evaluación	2.2.3	Trabajadores sexuales y sus clientes
1.09	Programas a hombres que tienen sexo con hombres	4.4	Investigación de operaciones	2.3	Hombres que tienen sexo con hombres
1.10	Programas de reducción de daños para consumidores de drogas	4.5	Vigilancia Epidemiológica	<b>BP3</b>	<b>Otras Poblaciones Clave(Grupos Vulnerables)</b>
1.11	Programas de prevención en el lugar de trabajo	4.6	Vigilancia de la farmacoresistencia del VIH	3.1	Huérfanos y niños vulnerables
1.12	Comercialización social del preservativo	4.7	Sistema de suministros de fármacos	3.2	Niños por nacer de madres VIH
1.13	Suministro de Condones sector publico y privado	4.8	Tecnología de la Información	3.3	Refugiados
1.14	Suministro de preservativos femeninos en: sector público y privado	4.9	Seguimiento de pacientes	3.4	Personas desplazadas
1.15	Microbicidas	4.10	Actualización de infraestructura, equipo materiales capacitación de personal de laboratorios	3.5	Migrantes/poblaciones móviles
1.16	Manejo de las ITS			3.6	Grupos indígenas
1.17	Prevención de la transmisión vertical	<b>F5</b>	<b>Incentivos para reclutar y retener R.H</b>	3.7	Prisioneros y otras personas institucionalizadas
1.18	Circuncisión masculina	5.1	Incentivos monetarios para médicos	3.8	Conductores de Camiones
1.19	Sangre Segura	5.2	Incentivos monetarios para enfermeras	3.9	Niños y jóvenes en riesgo viviendo en la calle
1.20	Inyecciones seguras	5.3	Incentivos monetarios para otro personal	3.10	Niños y jóvenes miembros de pandillas
1.21	Preveniones Universales			3.11	Niños y jóvenes no escolarizados
1.22	Profilaxis Post Exposición	<b>F6</b>	<b>Protección Socia y Servicios Sociales</b>	3.12	jóvenes institucionalizados en centros/menores
		6.1	Protección social a través de beneficios económicos	3.13	Parejas de personas que viven con SIDA
<b>F2.</b>	<b>Atención y Tratamiento</b>	6.2	Protección/Beneficios en especie	<b>BP4</b>	<b>Poblaciones específicas Accesibles</b>
2.1	Atención Ambulatoria	6.3	Provision de servicios sociales	4.1	Pacientes de clinica de ITS
2.1.1	Asesoramiento y Pruebas iniciadas por el proveedor	6.4	Generación de ingresos específicos del VIH	4.2	Estudiantes en la escuela primaria
2.1.2	Profilaxis por infecciones oportunistas(IO)			4.3	Estudiantes en la escuela secundaria

2.1.2.2	Tratamiento de infecciones oportunistas	F7	Entorno Favorable	4.4	jóvenes en universidad
2.1.3	Terapia con ARV Adultos	7.1	Sensibilización	4.5	Trabajadores de los servicios de salud
2.1.3.1	Terapia para Niños	7.2	Programas de Derechos Humanos	4.6	Marineros
2.1.4	Apoyo Nutricional asociado a la TARV	7.3	Programas orientados a las mujeres c/VIH	4.7	Militares,
2.1.5	Monitoreos de Laboratorio			4.8	Policías
2.1.6	Programa de Atención Odontológica PVS	F8	Investigación relacionada a VIH		
2.1.7	Tratamiento Psicológico	8.1	Investigación biomédica	BP5	Población General
2.1.9	Atención Domiciliaria no medica	8.2	Investigación clínica	5.1.1	Población de varones adultos
2.2	<b>Atención Hospitalaria</b>	8.3	Investigación Epidemiológica	5.1.2	Población de mujeres adultas
2.2.1	Tratamiento hospitalario de infecciones oportunistas	8.4	Investigación en ciencias sociales	5.2	Niños
2.2.98	Tratamiento en hospitales	8.5	Investigación de comportamiento	5.2.1	Niños varones menores de 15 años
F3.	<b>Huérfanos y Niños Vulnerables</b>	8.6	Fortalecimiento de la capacidad de investigación	5.2.2	Niñas menores de 15 años
3.1	Educación	8.7	Investigación relacionada a vacunas	5.3	Jóvenes mayores de 15 años a 24 años
3.2	Apoyo a cuidados básicos de salud			5.3.1	Jóvenes varones
				5.3.2	Jóvenes mujeres



## Factores de producción (PF):

### Definiciones y descripciones

La mano de obra y el capital son dos factores que contribuyen a la creación del producto. La mano de obra representa las contribuciones humanas a la producción; y el capital, los bienes utilizados en la producción de otros bienes. Puesto que las clasificaciones de proveedores y factores de producción

se centran en los productos en relación al VIH, también es conveniente analizar los insumos o factores de producción que crean estos productos. En el sistema de MEGAS, la clasificación de los factores de producción agrupan los gastos en función de los recursos utilizados para la producción, por ejemplo, sueldos, salarios, edificios nuevos, refacciones, etc. (partidas presupuestarias). Esta clasificación también se ha utilizado en otros ejercicios contables como objeto de rubros de gastos y partidas presupuestarias. Principalmente fuera del sector de la salud, los documentos contables podrían no ser tan específicos como la clasificación de Factores de producción de la MEGAS. Por este motivo, se agregaron subcategorías «.98» en cada categoría de factores de producción, a fin de asegurar la exhaustividad y de evitar las distribuciones forzadas en las categorías cuando no existe información suficiente para desglosarlos en el tercer o cuarto dígito.

PF.01 GASTOS ACTUALES. Se refiere al valor total de los recursos en efectivo o especie, pagadero a un proveedor de salud o proveedor de servicios sociales por parte de un agente de financiación en nombre del consumidor final de los servicios sanitarios o sociales a cambio de los servicios realizados (incluida la entrega de bienes) durante el año de la valoración.

PF.01.01 Renta de trabajo: Compensación de empleados y remuneración de propietarios.

PF.01.01.01 Salarios: Incluye todo tipo de salarios, sueldos y otras formas de compensación,

incluidas todas las clases de pagos adicionales, como el pago de horas extra o por trabajo nocturno, bonificaciones, asignaciones diversas y vacaciones anuales. Entre los pagos en especie se encuentran las comidas, bebidas, vestimenta especial, transporte desde y hacia el trabajo, estacionamiento de automóviles, guardería infantil y el valor del interés perdido cuando se otorgan préstamos sin interés o a una tasa reducida. También se incluyen los pagos realizados para contratar o retener a trabajadores (de salud u otro tipo) en la prestación de servicios relacionados con el VIH.

PF.01.01.02 Contribuciones sociales: Incluye las contribuciones sociales recibidas por personal de salud o de trabajo social. Entre las excepciones se encuentran las contribuciones sociales de empleadores, los pagos en especie de suministros y servicios requeridos para trabajar y los pagos realizados a trabajadores en inactividad.

PF.01.01.03 Renta de trabajo no salarial: Incluye los honorarios obtenidos por proveedores autónomos de atención y otros servicios que contribuyen a la respuesta nacional al VIH, gratificaciones y diversas formas de compensación de servicios prestados diferentes de los enumerados en PF.01.01.01 y PF.01.01.02

PF.01.01.98 Renta de trabajo no desglosada por tipo: Incluye la renta de trabajo registrada en definiciones anteriores pero no especificada por tipo.

PF.01.01.99 Renta de trabajo sin clasificar en otras categorías (s.c.o.): comprende cualquier otra renta de trabajo no registrada en las definiciones anteriores.

PF.01.02 Suministros y servicios: Los suministros y servicios consisten en todos los bienes y servicios subcontratados utilizados como insumos en la producción de actividades relacionadas con el VIH. Esta categoría incluye bienes que se consumen en su totalidad cuando ingresan en el proceso de producción, durante el cual se deterioran o se pierden, se dañan accidentalmente

The PBS logo is displayed in white lowercase letters on a blue square background.

o son objeto de hurto. Tales bienes incluyen artículos duraderos de bajo costo —por ejemplo, herramientas de mano— y artículos que son más económicos que la maquinaria y los equipos.

PF.01.02.01 Suministros materiales: Uno de los tipos más importantes de suministros son los productos farmacéuticos. Por esta razón, se crea una subcategoría específicamente para fármacos antirretrovíricos y otra para productos farmacéuticos. Las donaciones de materiales y suministros deben tratarse de manera tal que refleje valores reales, por lo que los montos registrados deben estar en precios de mercado y con el descuento de subsidios menos impuestos indirectos. Los bienes de mercado y no de mercado adquiridos para aumentar las existencias de inventario no deben incluirse.

PF.01.02.01.01 Fármacos antirretrovíricos: Comprende todos los diferentes fármacos que son eficaces contra el VIH. Incluye todos los tipos de tratamiento.

PF.01.02.01.02 Otros fármacos y productos farmacéuticos (excluidos los antirretrovíricos): Abarca todos los fármacos utilizados, por ejemplo, para tratar infecciones Oportunistas o de transmisión sexual.

PF.01.02.01.03 Suministros médicos y quirúrgicos: Incluye suministros médicos y quirúrgicos, que son artículos desechables o reutilizables que generalmente no contienen piezas mecánicas que se suelen encontrar en los equipos médicos. Se usan principalmente en consultorios, salas de emergencia o quirófanos.

PF.01.02.01.04 Condones: Abarca tanto femeninos como masculinos.

PF.01.02.01.05 Reactivos y materiales: Comprende los reactivos que se utilizan en las pruebas como CD4, carga vírica, prueba de inmunoadsorción enzimática (ELISA), Análisis bioquímicos, hematología, etc. También abarca todos los demás materiales excepto

The image shows the PBS logo, which consists of the lowercase letters "pbs" in a white, sans-serif font, centered within a light blue square. The logo is positioned at the bottom center of the page, below the main text area.

los materiales médicos codificados en PF.01.02.01.03.
PF.01.02.01.06 Alimentos y nutrientes: Comprende los alimentos o nutrientes utilizados con fines de tratamiento, de prevención u otros, como los alimentos servidos durante talleres o actividades de capacitación.
PF.01.02.01.07 Uniformes y materiales escolares: Comprende uniformes materiales escolares, en su mayoría relacionados con ASC asociados a HNV
PF.01.02.01.98 Suministros materiales no desglosados por tipo: Comprende los gastos en materiales y suministros para los que no existe información suficiente para desglosarlos en el cuarto dígito.
PF.01.02.01.99 Otros suministros materiales sin clasificar en otras categorías (s.c.o.): Comprende cualquier otro material y suministro no registrados en las definiciones anteriores.
PF.01.02.02 Servicios: La complejidad de la prestación de servicios en la respuesta al VIH implica una cantidad considerable de subcontratación de servicios intermedios y la ejecución por parte de una organización externa. Cuando este es el caso, los gastos en personal, suministros y transporte se incluyen juntos. Los servicios prestados por empleados están excluidos porque sus salarios se registran en PF.01.01 y los gastos en suministros se registran en PF.01.02.01. Tanto los servicios intermedios como los finales adquiridos han de ser retenidos, entre ellos, la atención y los servicios sociales, así como aquellos necesarios para el mantenimiento y la reparación de bienes fijos, de manera que esos bienes puedan utilizarse más allá de las vidas útiles esperadas sin cambiar su rendimiento. Los servicios utilizados como compensación para empleados están excluidos.



PF.01.02.02.01 Servicios administrativos
PF.01.02.02.02 Servicios de mantenimiento y reparación
PF.01.02.02.03 Servicios de editoriales, películas, telerradiodifusión y programación: Incluye la publicación de libros, folletos, volantes, diccionarios, enciclopedias, atlas, mapas y gráficos; publicación de periódicos, revistas profesionales y publicaciones periódicas; publicación de directorios y listas de correo y de otro tipo, así como publicación de software.
PF.01.02.02.04 Servicios de consultoría
PF.01.02.02.05 Servicios de transporte y viajes: Comprende los servicios relacionados con el transporte y viajes. Por ejemplo, pasajes de avión y alquiler de automóviles, combustible, pasajes de bus, etc.
PF.01.02.02.06 Servicios de alojamiento: Comprende los servicios relacionados con la provisión de alojamiento o albergue
PF.01.02.02.07 Logística de eventos, incluidos servicios de catering: Incluye, por ejemplo, alquiler del lugar, efectos de sonido, actividades de servicio de comidas y bebidas que ofrezcan comidas completas o bebidas, etc.
PF.01.02.02.08 Servicios de intermediación financiera
PF.01.02.02.98 Servicios no desglosados por tipo: Comprende los servicios para los que no existe información suficiente para desglosarlos en el cuarto dígito.





PF.01.02.02.99 Servicios sin clasificar en otras categorías (s.c.o.): Comprende cualquier otro servicio no registrado en las definiciones anteriores.
PF.01.98 Gasto actual no desglosado por tipo: Comprende los gastos actuales para los que no existe información suficiente para desglosarlos en: renta de trabajo, suministros y servicios o consumo de capital fijo.
PF.01.99 Gasto actual sin clasificar en otras categorías (s.c.o.): Comprende los gastos actuales no registrados en las definiciones anteriores.
PF.02 GASTOS DE CAPITAL. La categoría gastos de capital registra el valor de los activos no financieros que se adquieren, venden o que han experimentado un cambio en el valor durante el periodo en estudio. Los activos del sistema de salud incluyen nuevas adquisiciones y refacciones importantes y mantenimiento de activos tangibles e intangibles utilizados en forma repetida o continua en procesos de producción de atención sanitaria o de servicios sociales durante periodos superiores a un año. Las principales categorías de la clasificación son edificios, equipos de capital y transferencias de capital. Estas categorías pueden incluir refacciones importantes y reconstrucción o ampliación de activos fijos existentes, ya que estas intervenciones pueden mejorar y prolongar la vida útil antes esperada del activo.
PF.02.01 Edificios
PF.02.01.01 Mejora de laboratorios y otra infraestructura
PF.02.01.02 Construcción de nuevos centros de salud
PF.02.01.98 Edificios no desglosados por tipo
PF.02.01.99 Edificios sin clasificar en otras categorías (s.c.o.)
PF.02.02 Equipos
PF.02.02.01 Vehículos

pbs

PF.02.02.02 Tecnología de la información (hardware y software)
PF.02.02.03 Equipos de laboratorio y otros equipos médicos
PF.02.02.98 Equipos no desglosados por tipo
PF.02.02.99 Equipos sin clasificar en otras categorías (s.c.o.)
PF.02.98 Gastos de capital no desglosados por tipo: Comprende los gastos de capital para los que no existe información suficiente para desglosarlos en: edificios o equipos.
PF.02.99 Gastos de capital sin clasificar en otras categorías (s.c.o.) Comprende los gastos de capital no registrados en las definiciones anteriores.
PF.98 Factores de producción no desglosados por tipo





El presente informe refleja la inversión que el país ha efectuado a favor de la respuesta nacional al VIH, **durante los años 2014.**

pbs

pbs

## Medición de Gasto en Sida, año 2014

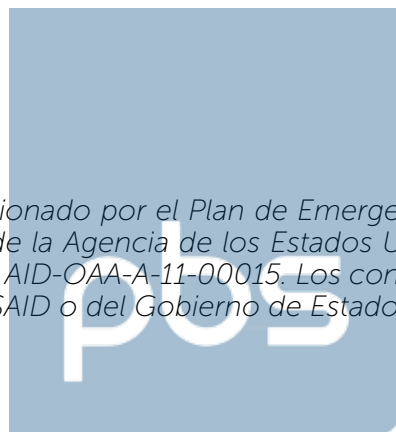
MEGAS 2014

Programa Nacional de ITS/VIH-Sida,  
MINSAL

pbs



*El financiamiento fue proporcionado por el Plan de Emergencia del Presidente de Estados Unidos para el Alivio al Sida a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, bajo el Convenio Cooperativo AID-OAA-A-11-00015. Los contenidos no necesariamente reflejan los puntos de vista de PEPFAR, USAID o del Gobierno de Estados Unidos.*



## EQUIPO DE TRABAJO

**Dra. Ana Isabel Nieto**

Coordinadora del Programa Nacional de ITS/VIH/Sida.

**Dr. Salvador Sorto**

Coordinadora General del estudio

**Dra. Verónica Ávalos**

Programa Nacional de ITS/VIH/Sida, Ministerio de Salud

**Licda. Alexia Alvarado**

Programa Nacional de ITS/VIH/Sida, Ministerio de Salud

**Dra. Mirna García**

USAID/PASCA

**Dr. Celina de Miranda**

USAID/PASCA

**Dr. Francisco Carrillo**

ONUSIDA, El Salvador

**Licda. Maria Elena Hernández**

Secretario Técnico de la CONASIDA

**Técnico Marco Molina**

Administrador Financiera de la CONASIDA

**Sr. Maxwell Urias**

División Tecnologías de Información, Ministerio de Salud

**Srita. Marcela A. Cerrato**

Consultor de Campo para ONGS

**Sra. Tarsis Garay**

Digitadora

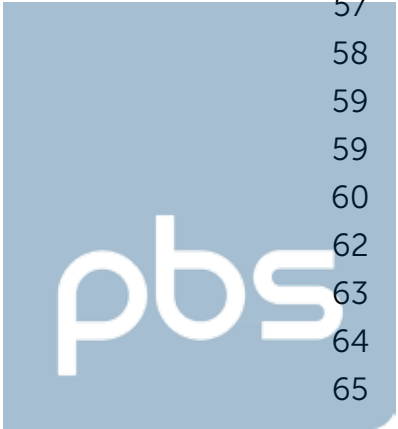
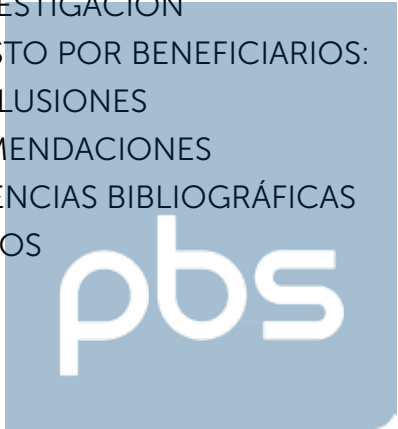
Digitador

The image shows the PBS logo, which consists of the lowercase letters 'pbs' in a white, sans-serif font, centered within a light blue square background.

## CONTENIDO

PRESENTACIÓN	7
1. INTRODUCCIÓN	8
2. JUSTIFICACIÓN	9
3. METODOLOGÍA	10
4. SITUACION DE LA RESPUESTA NACIONAL AL VIH	11
RESULTADOS	19
6.1- GASTO POR CATEGORÍAS	20
6.2- EVOLUCIÓN DEL GASTO DEL 2008 A 2014	21
6.3- PRESUPUESTO NACIONAL ASIGNADO AL MINSAL:	24
6.4- COMPONENTE DE FINANCIAMIENTO:	24
6.5- GASTO NACIONAL DE SIDA, POR TIPO DE FINANCIAMIENTO (PÚBLICO, PRIVADO Y EXTERNO)	25
6.6- COMPONENTE DE PREVENCIÓN:	31
6.6.1 GASTO EN LA ACTIVIDAD ESPECÍFICAS DE PREVENCIÓN:	34
a- Gasto de Prevención en Pruebas de Asesoramiento por tipo de población beneficiaria (PEMAR, General)	34
b- Gasto de preservativo en prevención de VIH	36
c- Gasto en comunicación en cambios de comportamiento en población general y población PEMAR	37
d- Gasto en Prevención de la Transmisión Materno Infantil (PTMI)	37
a) Tabla N° 10. Gasto en Prevención de la Transmisión Vertical Madre-Hijo/Hija	39
e- Gasto en Prevención en Jóvenes escolarizados y no escolarizados	39
f- Gasto en Prevención y Tratamiento de ITS	40
6.7- COMPONENTE DE ATENCIÓN	41
a- Gasto en Atención y Tratamiento	41
b- Gasto por atención ambulatoria, por tipo de población con VIH (niños, mujeres y hombres)	43
c- Tratamiento ambulatorio para infecciones oportunistas por población PEMAR, Persona con VIH.	43
d- Gasto en ARV en adultos y niños	45
e- Gasto en Hospitalización por infecciones oportunistas en personas con VIH	49

6.8-COMPONENTE DE GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROGRAMAS	54
6.9- COMPONENTE DE RECURSOS HUMANOS	
6.10- COMPONENTE DE PROTECCIÓN SOCIAL Y SERVICIOS SOCIALES	54
6.11- ENTORNOS FAVORABLES (DERECHOS HUMANOS)	56
6.12- INVESTIGACIÓN	57
6.13- GASTO POR BENEFICIARIOS:	58
7- CONCLUSIONES	59
8- RECOMENDACIONES	59
9- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
10- ANEXOS	62



## ACRONIMOS

ARV.	Antirretroviral
BCR	Banco Central de Reserva
FM	Fondo Mundial para la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria
PIB	Producto Interno Bruto
GOES	Gobierno de El Salvador
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
IO	Infecciones Oportunistas
HNV	Huérfanos y Niños Vulnerables
ISSS	Instituto Salvadoreño del Seguro Social
ISNA	Instituto Salvadoreño para el Desarrollo Integral de la Niñez y la Adolescencia
MCP-ES	Mecanismo Coordinador de País para El Salvador
MEGAS	Medición de Gasto en Sida
MINSAL	Ministerio de Salud
ONG	Organización no gubernamental
PEMAR	Población expuesta a mayor riesgo
PENM	Plan Estratégico Nacional Multisectorial para la Respuesta del
PNS	Programa Nacional de Sida
PPE	Profilaxis Post Exposicion
SUMEVE	Sistema Único de Monitoreo y Evaluación
TAR	Terapia antiretroviral
TS	Trabajador (a) Sexual
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
CONASIDA	Comisión Nacional contra el Sida
S.C.O.	Sin clasificar en otras categorías
PTMI	Prevención de la Transmisión Materno Infantil
ECOS	Equipos Comunitarios de Salud Familiar y Especializados
UCSF	Unidad Comunitaria de Salud Familiar
ECVC	Encuesta Centroamericana de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencia de VIH/ITS en poblaciones vulnerables.
PERFAR	Plan de Emergencia del Presidente para el Alivio del SIDA (PEPFAR / Plan de Emergencia)
CDC	Centro para el Control y Prevención de Enfermedades
SCMS	Fortalecimiento de los Sistemas de la cadena de Suministros
PASCA	Programa para Fortalecer la Respuesta Centroamericana para el VIH
PASMO	Organización Panamericana de Mercadeo Social



## PRESENTACION

El presente informe refleja la inversión que el país ha efectuado a favor de la respuesta nacional al VIH, el Ministerio de Salud está consciente del impacto socio económico que el VIH causa en el país, por lo que considera importante medir los diferentes flujos de fondos utilizados para la realización de las intervenciones programáticas que realizan todos los sectores que trabajan en VIH, por lo tanto, el proceso de seguimiento de recursos sigue las transacciones financieras desde su origen hasta su destino final (es decir, los beneficiarios que reciben los bienes y servicios). Esta medición del gasto no mide solo aspectos de salud sino también los gastos no sanitarios, como de mitigación social, huérfanos y niños vulnerables, gestión y administración de programas, recursos humanos, investigación y derechos humanos.

Esta medición es resultado de un proceso de consulta con participación multisectorial, entre ellos, sistema nacional de salud, empresa privada, agencias de cooperación y sociedad civil, para cuantificar los gastos estimados de prevención, atención integral para el VIH-Sida, obteniéndose el panorama financiero nacional de la respuesta al VIH, lo que nos sirve para fortalecer políticas públicas, así como la planificación estratégica y proyecciones de presupuestos.

Reitero mis agradecimientos a todos los sectores que brindaron los datos para la realización de tan importante informe, entre ellos: personal de Hospitales Nacionales, Regiones de Salud, Equipos Comunitarios de Salud Familiar y Especializados, Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Sanidad Militar, Ministerio de Educación, al resto de Instituciones Gubernamentales, Organismos Internacionales, al sector Privado entre ellos: ONG`S, Medios de Comunicación, a la Junta de Vigilancia para Laboratorios Clínicos que facilitó la información generada por los principales laboratorios privados de El Salvador.



Dra. Elvia Violeta Menjívar  
**Ministra de Salud.**  
**El Salvador, Centroamérica.**

pbs

# 1. INTRODUCCIÓN

Los estudios para estimar los gastos realizados en El Salvador, en función de la epidemia del VIH-Sida, se han construido de forma anual desde el año 1999, cuando se elaboró y se publicó la primera estimación de las cuentas nacionales en salud.

A partir del año 2005, ONUSIDA desarrolla la Metodología de Medición del gasto en sida (MEGAS) utilizando sus siglas en inglés NASA (National AIDS Spending Assessment) marcándola como la principal herramienta para la Región.

A partir de ese año la herramienta de MEGAS ha sido utilizada para realizar los informes de gastos en VIH-Sida en El Salvador, en los cuales se han reflejado incrementos progresivos comparados con los datos reportados cada año.

La Medición de gasto en sida, es uno de los indicadores que forman parte del Reporte Global el cual es solicitado cada uno o dos años por ONUSIDA a todos los países de Centroamérica y República Dominicana esto a facilitado la armonización de la información permitiendo hacer diferentes análisis de sostenibilidad, estimación de presupuestos, identificar brechas financieras, permitiendo la rendición de informes a sus Ministros o autoridades para la gestión de fondos y cubrir las limitantes encontradas<sup>1</sup>

MEGAS consta de un catálogo de funciones en VIH/SIDA que incluyen ocho áreas programáticas:

- I. Prevención.
- II. Atención y Tratamiento
- III. Huérfanos y Niños Vulnerables.
- IV. Gestión y Administración de Programas
- V. Recursos Humanos.
- VI. Protección Social y Servicios Sociales
- VII. Entornos Favorables
- VIII. Investigación Relacionada al VIH.

MEGAS reconstruye todas las transacciones relacionadas con actividades de VIH /Sida, mostrando estimaciones del gasto, el consumo y la entrega de bienes y servicios a las poblaciones beneficiarias. Describiéndose en el presente informe.

<sup>1</sup> ONUSIDA, Tendencias en la epidemia y la respuesta en VIH en Centroamérica, Análisis de los informes nacionales de avances en la lucha contra el sida 2012 San Salvador, 21 y 22 de Noviembre de 2012 "Dependencia financiera por país de la PTMI (2012)"

## 2. JUSTIFICACIÓN

La Medición del Gasto en Sida (MEGAS) produce un método de notificación normalizado e indicadores para vigilar los progresos realizados en la concreción de los objetivos de la Declaración de compromiso adoptada en el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH (UNGASS)<sup>2</sup>. Si bien no es una herramienta «todo en uno», MEGAS apoya los principios de los «Tres unos» del ONUSIDA<sup>3</sup>. Brindan información estratégica para la gestión de la respuesta nacional al Sida por parte de una sola autoridad nacional coordinadora del sida, que realice aportaciones cruciales para el marco de acción y forme parte del desarrollo de un marco único de vigilancia, monitoreo y evaluación<sup>4</sup>.

La MEGAS es valiosa como herramienta de planificación, genera información útil para el proceso de toma de decisiones y apoya el diseño de políticas dirigidas a controlar la epidemia de VIH.

El Salvador ha realizado un gran esfuerzo en la elaboración del presente estudio en el cual se refleja información sobre los flujos de fondos utilizados para financiar la respuesta nacional a la epidemia del VIH, es decir evalúa las transacciones financieras desde su origen hasta los beneficiarios que reciben los bienes y servicios, es importante mencionar que este estudio no se limita a hacer un seguimiento de los gastos en salud, sino que también siguen los gastos no sanitarios, como mitigación social, educación, mano de obra, justicia y otros sectores relacionados con la respuesta multisectorial al VIH.<sup>5</sup>

### 1- OBJETIVOS

- Describir el flujo de financiamiento y el consumo de los desembolsos destinados a la prevención, atención, control, diagnóstico y protección social en VIH-Sida de El Salvador durante el año 2014, facilitando así, la construcción de un análisis financiero y estratégico de la respuesta nacional multisectorial frente a la epidemia.
- Identificar las fuentes de financiamiento con que cuenta el país, públicas, privadas e internacionales, que permiten una mejor visualización del funcionamiento de asignación del gasto en diferentes áreas, permitiendo así identificar como el país garantiza las medidas de prevención, control, diagnóstico y atención del VIH/Sida.
- Detectar las brechas de financiamiento destinadas a las diferentes poblaciones, específicamente las poblaciones en más alta vulnerabilidad al VIH que impiden la utilización efectiva de los recursos disponibles para la prevención y provisión de servicios para el VIH/Sida donde son necesarios.

The logo for PBS (Panama Business School) is displayed in white lowercase letters on a blue square background.

<sup>2</sup>Guía práctica de MEGAS – La pasión y la ética entorno de MEGAS, ONUSIDA, 2009

<sup>3</sup>El principio de los «Tres unos» para la coordinación de las respuestas nacionales al VIH <http://data.unaids.org/UNA-docs/Three-Ones>

<sup>4</sup>El principio de los «Tres unos» para la coordinación de las respuestas nacionales al VIH

<sup>5</sup>Guía práctica de MEGAS – La pasión y la ética entorno de MEGAS, ONUSIDA, 2009

### 3. METODOLOGÍA

Los pasos para la elaboración del informe MEGAS fueron los siguientes:

**Paso 1: Misión preparatoria:** Se realizaron una serie de talleres para el llenado de los formularios MEGAS con los diferentes actores de la respuesta nacional.

**Paso 2: Planificación:** Se diseñó la estrategia, la implementación y el cronograma, se identificaron los informantes claves, se diseñó la recolección de datos, se adaptaron y actualizaron los formularios de recolección de datos, se formuló el plan de análisis inicial y se programaron las actividades.

**Paso 3: Recolección de datos:** Se identificaron las fuentes de información, se contrató un consultor de la sociedad civil para hacer las entrevistas, y la recolección de datos para el sector de ONGS, así mismo se enviaron notas oficiales desde la oficina del Programa Nacional para todo el sector gubernamental, no gubernamental, Agencias Cooperantes y Empresa Privada.

Los desafíos que siempre hemos presentado con la entrega de la información es que no se cumple por el 100% de parte de todos los sectores, sin embargo la que se obtuvo para el año 2014 fue muy significativa, por ejemplo de 55% que aportó la sociedad civil el año 2013, para el actual estudio aportó el 75%; las Agencias cooperantes un 90%, las instituciones gubernamentales 95% y las instituciones seleccionadas que forman parte del sector privado proporcionaron información en un 70% (ver anexo 1).

**Paso 4: Procesamiento de datos:** Los datos fueron recibidos a través de los cuestionarios, entrevistas, e-mails, posteriormente se ingresaron en la planilla Excel de NASA.

Se recibió apoyo financiero de CONASIDA para la contratación de dos digitadores y una asistente administrativa quienes junto con el equipo de Monitoreo y Evaluación del Programa Nacional armaron las transacciones llenando las planillas Excel. Una vez verificadas de no existir duplicaciones se inició el proceso de ingresar los datos al software NASA el cual permitió consolidar toda la información y extraer las tablas de procesamiento de datos.

**Paso 5: Análisis de datos:** En esta fase se interpretaron los resultados en el marco de la respuesta nacional y la situación epidemiológica del VIH/SIDA en el país, con las expectativas financieras de cada sector.

**Paso 6: Validación:** Fue un proceso arduo en el cual se revisaron los resultados para evitar las duplicaciones, vacíos y la coherencia con las actividades y actores de la respuesta nacional. Dicha validación se realizó con los técnicos que realizaron MEGAS, con expertos y autoridades nacionales.

**Paso 7: Elaboración del informe final.**

**Paso 8: Divulgación y Uso de la Información:** Se realizó a todos los actores involucrados en la respuesta nacional, lo cual incluye a los tomadores de decisión, con el fin de democratizar la información y que sus datos contribuyan en el mejor aprovechamiento de los recursos, negociación de nuevas fuentes de financiamiento.

## 4- SITUACION DE LA RESPUESTA NACIONAL AL VIH

### a) **ÁMBITO POLÍTICO**

El país cuenta con una planificación estratégica basada en evidencia, lo cual ha favorecido la gestión de subvenciones ante el Fondo Mundial, además de contar con un plan de M&E que ha priorizado indicadores que son reportados periódicamente y que además se encuentran armonizados con los proyectos del FM y de otros socios.

Las estrategias de país han partido de un enfoque bottom-up, es decir, son producto de las necesidades y problemas de los implementadores y de la población meta, lo cual favorece la implementación de las acciones, así ha sido reconocido desde la Evaluación JANS y por diversos actores en el plano nacional e internacional.

Durante el 2014 La Subcomisión Nacional de Monitoreo y Evaluación de CONASIDA se fortaleció a través de la integración de nuevos miembros, además se ratificaron los delegados y suplentes de la misma. La Subcomisión Nacional de M y E elaboró y divulgó el Informe Anual de Indicadores, presentando los logros de los 31 indicadores priorizados en el paquete básico.

En ese mismo año se evidenció un alto posicionamiento del Presidente de la República a nivel nacional, en el acto oficial del Día Mundial de la Respuesta al VIH, en donde reconoció el trabajo multisectorial y se comprometió a continuar apoyando el tema.

En el 2014 se inició el Proyecto del Fondo Mundial, denominado "Innovando servicios, reduciendo riesgos, renovando vidas en El Salvador" ejecutados por dos receptores principales: Ministerio de Salud y Plan Internacional, potenciando las acciones para las poblaciones clave.

En el marco del proyecto se instalaron las Clínicas VICITS, como estrategia para aumentar la cobertura de atención en salud a las poblaciones clave, también se instalaron los Centros Comunitarios de Atención Integral como estrategia de prevención.

Al final de 2014 se aprobó la Guía Clínica para la Atención Integral en Salud de las Personas con VIH, retomando las Directrices unificadas sobre el uso de medicamentos antirretroviricos para el tratamiento y la prevención de la infección por VIH, OPS, OMS 2013. Los mayores cambios en el tratamiento fueron: el inicio de TAR a personas con  $CD4 \leq 500$  cel/mm<sup>3</sup>; inicio de TAR a Persona VIH+ en parejas serodiscordantes, continuación de la terapia antirretroviral a mujeres

The image shows the PBS logo, which consists of the lowercase letters 'pbs' in a white, sans-serif font, centered within a light blue square. This logo is positioned at the bottom center of the page, below the main text block.

VIH embarazadas y que amamantan, y después del período de embarazo o lactancia, entre otros.

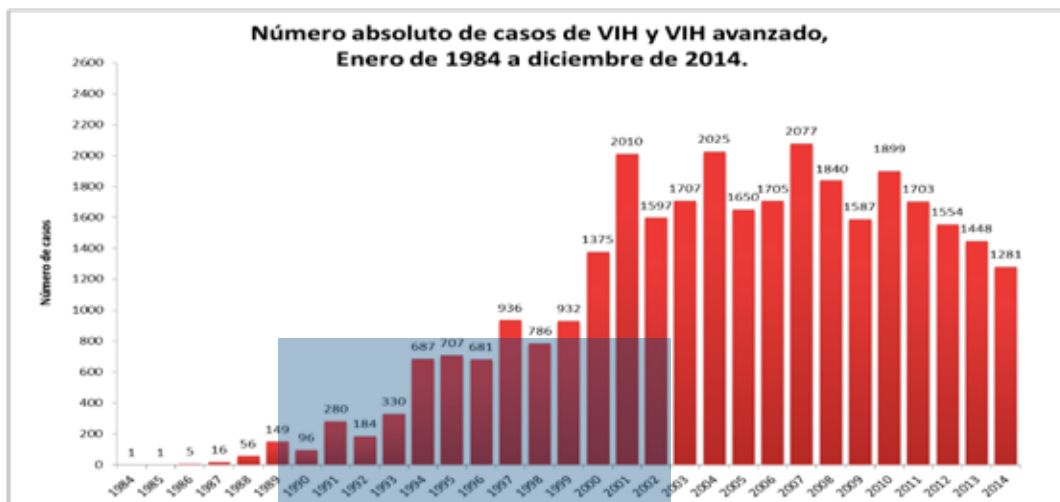
En el 2014 el programa de prevención materno infantil se fortalece y muestra los más bajos índices de transmisión en el camino de llegar a cero casos de niños y niñas con VIH hijos de madres positivas.

## b) EVOLUCION DE LA EPIDEMIA

A nivel nacional hasta el año 2014 los establecimientos de Ministerio de Salud han detectado 31,980 casos de VIH, de los cuales 29.3 % (8,992) estaban en fase de VIH avanzado o Sida, comportamiento que gradualmente ha ido en reducción, pues datos del último quinquenio sugieren que cada vez la proporción es estos casos es menor. Del total de casos detectados más del 62.4 % (19,182) se concentran en hombres, tendencia que parece mantenerse a lo largo de los últimos años aun cuando se realizan importantes esfuerzos programáticos por ofertar la prueba durante el día nacional de la prueba de VIH, al momento del control prenatal, parto y puerperio a las mujeres en edad fértil. En términos absolutos, la tendencia de notificación de casos nuevos de VIH/Sida aumentó de manera progresiva en los primeros 17 años hasta el 2001, posteriormente el comportamiento presenta una estabilización con puntos máximos que alcanzan los 2,100 casos anuales y los mínimos en 1,440, no obstante existe el importante reto por mejorar la subnotificación de casos que no alcanzan a registrarse por los servicios de salud.

La tendencia de los establecimientos del MINSAL de registrar 6 casos nuevos por día que se observaba en 2007, ha ido revirtiendo lentamente hasta los 4 casos diarios en diciembre de 2014.

**Grafico No.1, Número absoluto de Casos de VIH y VIH Avanzado en El Salvador, de 1984 – 2014**



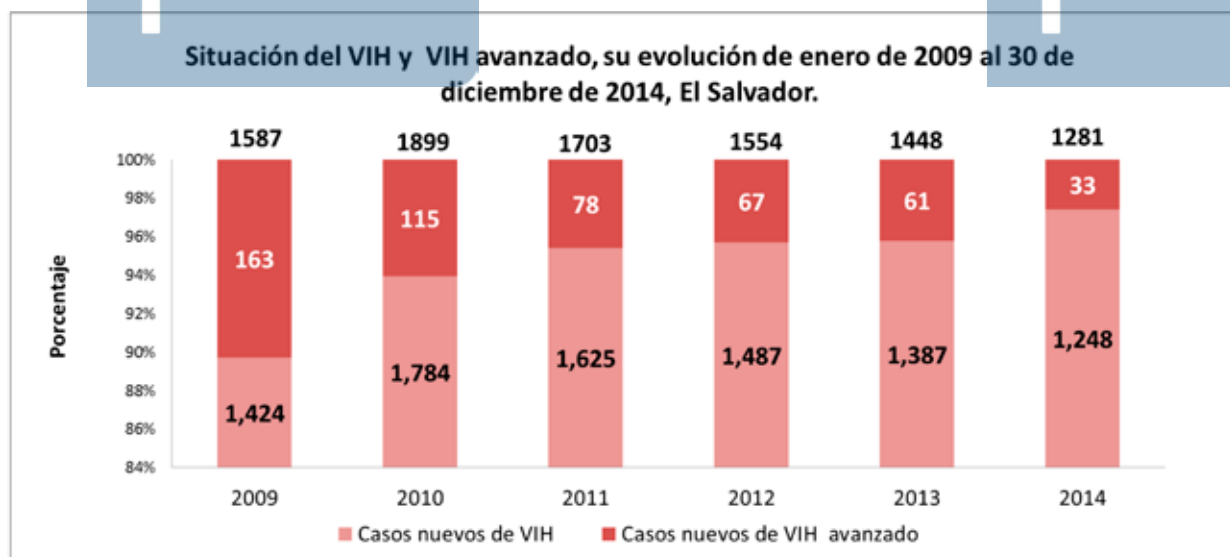
Fuente: Construcción a partir de bases de datos de la Dirección de Vigilancia Sanitaria y Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica de personas con VIH (SUMEVE).

## CARACTERIZACION DE LA EPIDEMIA

### FASE DE DETECCION

En los últimos 5 años el número de casos nuevos osciló entre los 1,800 y los 1,200, de las cuales el número de casos de personas con VIH avanzado disminuye con respecto al total, producto del aumento en la oferta de la prueba de VIH, del número de establecimientos que en el marco de la Reforma Integral de Salud impulsa el MINSAL, los cuales dirigen sus esfuerzos de promoción y educación para la salud a impulsar como estrategia fundamental la atención primaria de la salud, a campañas educativas por medios de comunicación masiva y al trabajo sensibilizado de sus recursos humanos, factores que permiten un diagnóstico y detección cada vez más precoz de la condición, con una consecuente mejora en la calidad y tiempo de vida (ver gráfico 2).

Grafico No. 2, Casos de VIH y VIH Avanzado en El Salvador, 2009 – 2014.



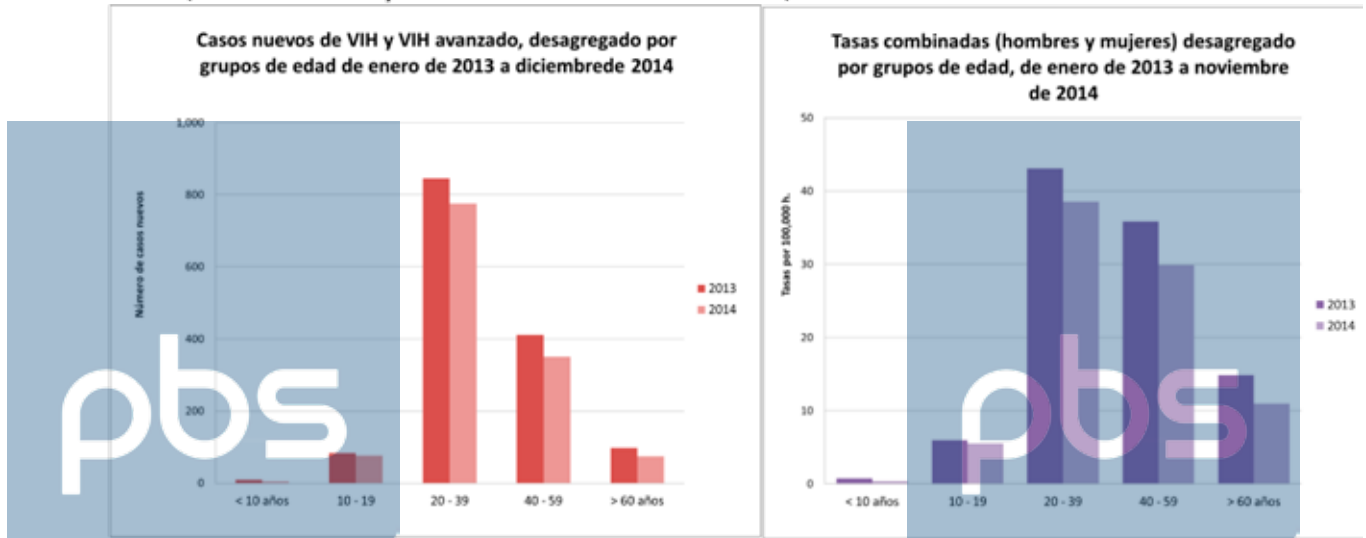
Fuente: Construcción a partir de bases de datos de la Dirección de Vigilancia Sanitaria y Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica de personas con VIH (SUMEVE).

### EDAD

Al analizar la distribución de casos nuevos de acuerdo con grupos específicos de edad de los casos registrados a nivel nacional, tenemos que la población que más adquirió la infección por el VIH es la población entre los 20 – 39 años, representado un 60.5% de todos los casos reportados en el último año, seguido de la población de 40 – 59 años la cual represento un 27.4% del total de los casos reportados en el último año, y el tercer lugar en número absoluto de casos lo ocupa la población mayor de 60 años que representa para el último año un 5.7 % del total de casos; cuando analizamos el comportamiento por tasas nos encontramos con que el comportamiento

es similar en los tres principales grupos de población que están reportando el mayor número de casos; por lo que los esfuerzos de prevención deben dirigirse a este segmento de la población económicamente activa y joven, para garantizar continuar con el descenso en el número de casos anuales reportados.

**Grafico No. 3, Casos de VIH y VIH Avanzado en El Salvador, 2009 – 2014.**



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

## GENERO

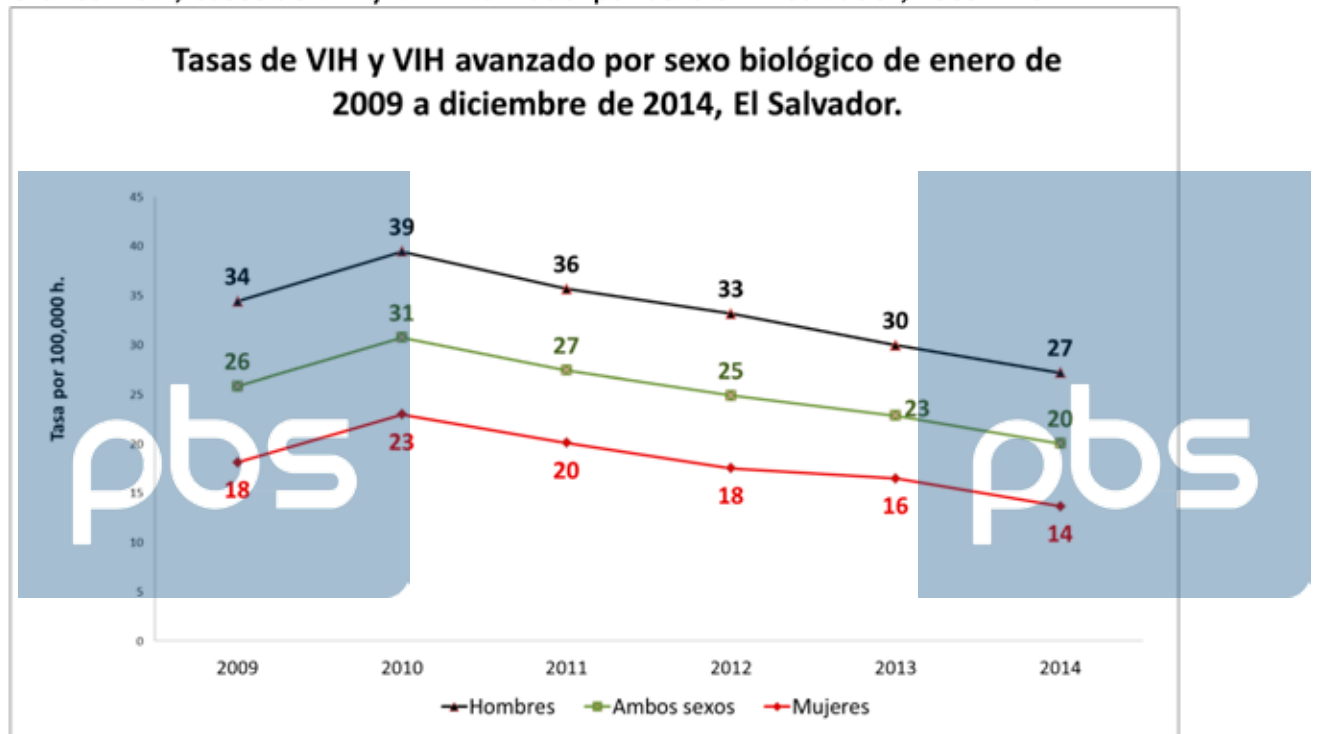
En El Salvador, el número de casos anuales detectados en hombres y mujeres en proporción con el número de habitantes por sexo para cada año (tasa global por 100,000 h), revela que las tasas de los hombres son cercanas al doble que en las mujeres, durante el período de enero de 2008 a diciembre de 2014. En términos absolutos la tasa promedio ha disminuido cerca de 3 personas por cada 100,000 desde 2008 hasta diciembre de 2014. La tasa en hombres ha disminuido en 12 personas por cada 100,000 y en las mujeres en 9 personas por cada 100,000. (Ver gráfico 3).

Para el año 2014 la relación de casos nuevos entre hombre- mujer es de 1.6 hombres por cada mujer (índice de masculinidad), los valores han oscilado entre 1.5 y 1.7 hombres por cada mujer desde el 2009





Grafico No.4, Casos de VIH y VIH Avanzado por sexo en El Salvador, 2009 – 2014.



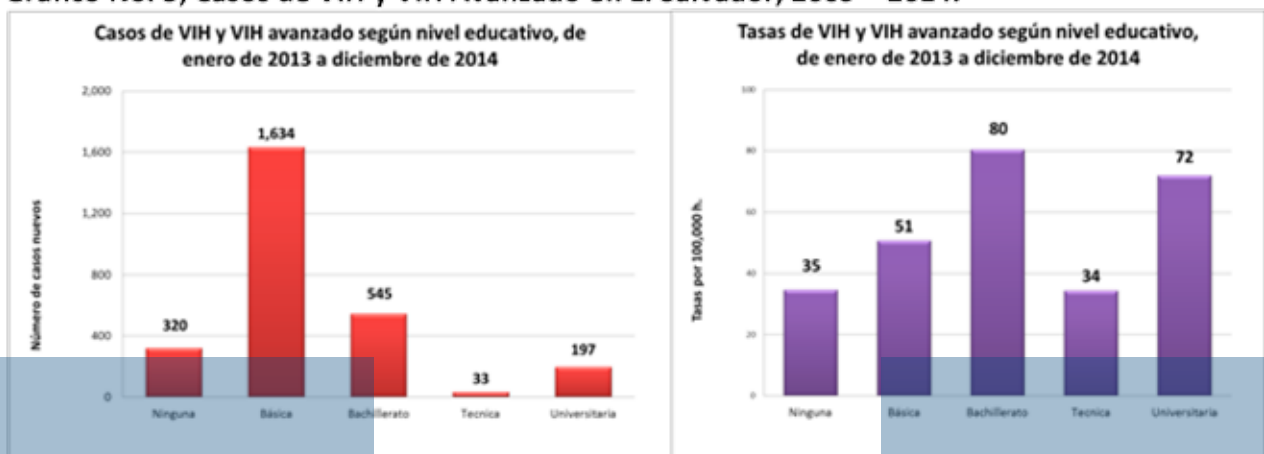
Fuente: Construcción a partir de bases de datos de la Dirección de Vigilancia Sanitaria y Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica de personas con VIH (SUMEVE).

## NIVEL EDUCATIVO

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

Sin embargo cuando analizamos las tasas se observa que el grupo en mayor riesgo son que tienen el nivel de bachillerato, cuya diferencia con los y las que tienen nivel básico es de 29 personas por 100,000 h. Es importante resaltar que la tasa de la población de universitarios es la segunda más alta, seguido por el grupo de personas con nivel básico, lo que nos muestra un panorama variado en cuanto a la formación académica de las personas que están adquiriendo la enfermedad, por lo que los mensajes de prevención deben diseñarse para varias audiencias. (Ver gráfico N° 5)

**Gráfico No. 5, Casos de VIH y VIH Avanzado en El Salvador, 2009 – 2014.**



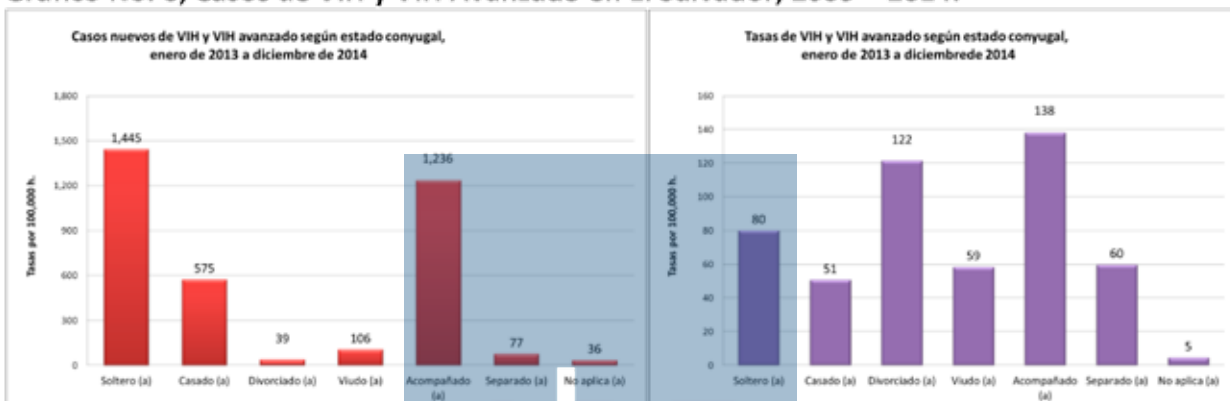
Fuente: Construcción a partir de bases de datos de la Dirección de Vigilancia Sanitaria y Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica de personas con VIH (SUMEVE).



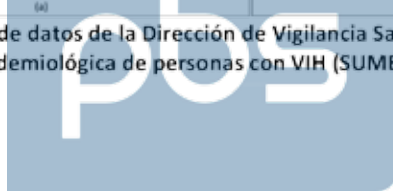
De acuerdo al estado civil las tasas combinadas de nuevos casos de VIH-sida en mujeres y hombres reflejan que las personas con estado civil acompañado, divorciado y soltero son las que presentan las mayores tasas por cada 100,000 para el período de enero de 2013 al de diciembre de 2014, coincidiendo con la misma tendencia del reporte del año anterior.

Es importante destacar que la población de viudos y separados proporcionalmente no presenta mayores diferencias con respecto a los casados, por lo que datos sugieren que el estado civil y familiar no limita la actividad sexual en las personas, consecuentemente tampoco los riesgos para adquirir el VIH. (Ver gráfico N°6)

**Gráfico No. 6, Casos de VIH y VIH Avanzado en El Salvador, 2009 – 2014.**



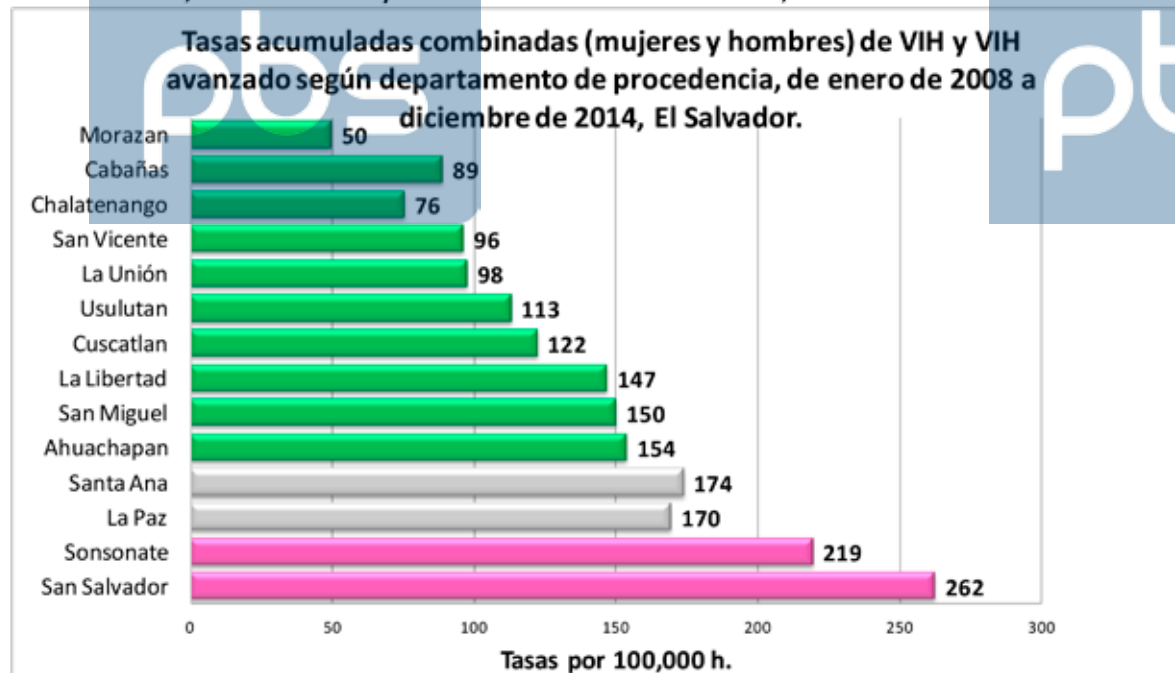
Fuente: Construcción a partir de bases de datos de la Dirección de Vigilancia Sanitaria y Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica de personas con VIH (SUMEVE)



## POR DEPARTAMENTO

En cuanto a la evolución de la epidemia y comparando la prevalencia del VIH según la procedencia de los casos en los años 2008 y 2014, los departamentos de San Salvador y Sonsonate son los que presentan siempre tasas mayores que el promedio nacional. La comparación de las tasas por departamento muestra una disminución en todos los casos a excepción del departamento de Cabañas, que para este reporte se ha incrementado. De manera que en todos los departamentos de la República tenemos casos nuevos de VIH, concentrándose el mayor número de casos en las principales ciudades del país. (Ver gráfico N°7)

Gráfico No. 7, Casos de VIH y VIH Avanzado en El Salvador, 2009 – 2014.



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

## POBLACIONES DE MAYOR RIESGO

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

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

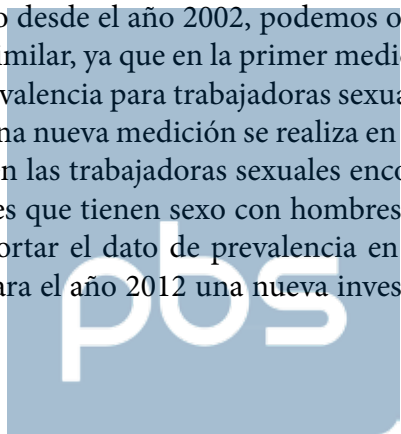
En este punto debe resaltarse la estrategia que se está implementando actualmente con las Clínicas de Vigilancia Centinela de Infecciones de Transmisión Sexual – VICITS, en donde las poblaciones de mayor riesgo y vulnerabilidad de adquirir la infección están recibiendo una atención diferenciada de acuerdo a sus necesidades de salud, por personal que ha sido capacitado para especialmente para atenderles y además han recibido una formación especial en estigma y discriminación, de manera de garantizar su atención en salud; de manera que desde estas Clínicas podamos hacer un seguimiento efectivo del comportamiento de la epidemia; se cuenta con 12 Clínicas distribuidas en todo el país, con la proyección de aperturar dos clínicas más durante el presente año, de manera de hacer más accesibles los servicios de salud a estas poblaciones que habían está un poco marginadas de la atención por parte de los establecimientos públicos.

Mapa No. 1, Distribución de Clínicas VICITS a nivel Nacional, 2014.



Fuente: elaboración propia del Programa nacional de ITS/VIH/Sida.

En cuanto a las prevalencias de VIH en las poblaciones de mayor riesgo, cuando evaluamos el comportamiento que han tenido desde el año 2002, podemos observar que cada una de las poblaciones ha tenido un comportamiento similar, ya que en la primer medición en el año 2002 la cual se toma como la línea base, tenemos que la prevalencia para trabajadoras sexuales fue de 3.2 y para hombres que tienen sexo con hombres fue de 15.3; una nueva medición se realiza en el año 2008 en donde los datos muestran un incremento de la epidemia en las trabajadoras sexuales encontrándose una prevalencia de 5.7 y una leve disminución en los hombres que tienen sexo con hombres con una prevalencia de 10.8, además se hace el primer ejercicio de reportar el dato de prevalencia en población transgenero encontrando en ellas una prevalencia de 25.8; para el año 2012 una nueva investigación reporta una disminución en las trabajadoras



sexuales encontrando una prevalencia de 3.14 y un dato similar al anterior en los hombres que tienen sexo con hombres siendo una prevalencia de 10.0; en el año 2014 se realiza una investigación especial para población transgénero, encontrándose una leve disminución de la prevalencia ya que se reporta 16.2; con estos resultados a lo largo de los años, es evidente que el trabajo de prevención y promoción en VIH debe sostenerse e incrementarse en las poblaciones de mayor riesgo, pues pareciera que con las acciones que se han implementado se está logrando un impacto en la epidemia en estas poblaciones, de manera que debe garantizarse el trabajo intersectorial para que estas poblaciones puedan recibir no solo servicios de salud, sino que puedan beneficiarse de otras oportunidades para la mejora de sus vidas.

**Tabla No. 1 Prevalencia de VIH en poblaciones de riesgo en El Salvador, 2002 – 2014.**

AÑO/POBLACIÓN	TRABAJADORAS SEXUALES	HSH	MUJERES TRANS
2002	3.2	15.3	-
2008	5.7	10.8	25.8
2012	3.14	10.0	-
2014	-	-	16.2

Fuente: Estudio Multicéntrico, ECVC 2008, Vigilancia, Centinela 2012

## RESULTADOS

MEGAS, permite explorar la asignación de fondos entre los diferentes actores involucrados en la respuesta al VIH-Sida; desde el donante hasta su ejecutor final; explorando tanto las fuentes de financiamiento, ya sean éstas del sector público, privado o externo, así como también, los diferentes proveedores de servicios y los grupos beneficiados.

La clasificación del gasto relativo al sida es una clasificación funcional que incluye las categorías de prevención, atención y tratamiento, y otros servicios sanitarios y no sanitarios relacionados con el VIH. Luego de la revisión y la evaluación de estrategias anteriores utilizadas para la respuesta al VIH, los programas y las partidas se han estructurado en ocho clases de categorías de gasto: prevención, atención y tratamiento, huérfanos y niñez vulnerable, gestión y administración de los programas, recursos humanos, protección social, servicios sociales, entorno favorable e investigación.

## 6.1- GASTO POR CATEGORÍAS

En el año 2014, en El Salvador se invirtió un monto de \$ 63,6 millones para dar respuesta al VIH. Las acciones de atención y tratamiento ocuparon el 46.08% (\$29,3 millones ) reflejando el mayor gasto de la respuesta nacional durante el año 2014, seguido de la categoría de prevención que ocupó el segundo lugar en la medición de gasto con un 43.16 % (\$ 27,4 millones) ; las acciones se han centralizado en la atención y tratamiento, superando en un 3% a las de prevención; en tercer lugar se encontró la categoría de Gestión y Administración de Programas con un 5.9% (\$3,808,140) posteriormente le siguen la categoría de Recursos Humanos con 2.05% (\$1,3 millones); Entorno Favorable con un 1.85% (\$1,1 millones), Investigación relacionada con el VIH (excluida la investigación de operaciones) con 0.58% (\$ 369,446) las últimas dos acciones que reflejan el menor gasto son: Huérfanos y Niños Vulnerables (HNV) con un 0.16% (\$99,222) y la categoría de Protección social y Servicios Sociales (ver tabla 2 y gráfico 13) en último lugar reflejando una inversión del 0.14% (\$90,513)

**Tabla Nº 2: Gasto por Categorías**

CATEGORÍAS DE GASTO	Fuente Públicas	%	Fuente Privadas	%	Fuente Internacionales	%	Total general	%
<b>Prevención</b>	\$16,418,324	36.39	\$ 29,83,223	78.88	\$ 8,056,433	54.75	\$ 27,457,980	43.16
Atención y tratamiento	\$27,135,773	60.14	\$ 37,157	0.98	\$ 2,140,561	14.55	\$ 29,313,491	46.08
<b>Huérfanos y niños vulnerables (HNV)</b>	\$ 29,140	0.06	\$ 12,408	0.33	\$ 57,674	0.39	\$ 99,222	0.16
Gestión y administración de programas	\$ 699,600	1.55	\$ 441,965	11.69	\$2,666,575	18.12	\$ 3,808,140	5.99
<b>Recursos humanos</b>	\$ 186,153	0.41	\$ 122,400	3.24	\$ 995,098	6.76	\$ 1,303,651	2.05
Protección social y servicios sociales (excluidos los HNV)	\$ 41,162	0.09	\$ 7,674	0.20	\$ 41,677	0.28	\$ 90,513	0.14
<b>Entorno favorable</b>	\$ 610,287	1.35	\$ 177,035	4.68	\$ 388,792	2.64	\$ 1,176,114	1.85
Investigación relacionada con el VIH (excluida la investigación de operaciones)	\$ 0.0	0.0	\$ 0.0	0.0	\$ 369,446	2.51	\$ 369,446	0.58
<b>Total general</b>	<b>\$45,120,439</b>	<b>100.00</b>	<b>\$ 3,781,862</b>	<b>100.00</b>	<b>\$ 14,716,256</b>	<b>100.00</b>	<b>\$63,618,557</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2014

Gráfico N° 8: Inversión por Categorías de Gasto, año 2014



Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2014

## 6.2- Evolución del Gasto del 2008 a 2014

Al comparar los resultados de las Mediciones de Gastos en Sida de los años 2008 con las del 2014, la inversión total estimada para la respuesta nacional al VIH, ha incrementado en un 54.29% así mismo es importante mencionar que la inversión en prevención era una de las brechas identificadas en las MEGAS de los años anteriores, ahora, al analizar comparativamente y de manera general el año 2008 con el 2013 se evidencia que, el monto gastado para el año 2013 ha superado en un 184.71% al monto gastado en prevención para 2008 (ver tabla 3 y gráfico 14)

Este dato refleja que las acciones de prevención se han fortalecido, demostrando en el país una disminución de casos de VIH, ya que la tendencia de casos reportados en los establecimientos del MINSAL era de registrar 6 casos nuevos por día en el 2007, lo que ha ido revirtiendo lentamente hasta reportar 3.5 casos diarios en diciembre de 2014. (Ver gráfico 1).<sup>6</sup>

<sup>6</sup> Ministerio de Salud, Informe Nacional sobre el Estado de Situación del VIH en El Salvador en Cumplimiento del Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación del Plan Estratégico Nacional Multisectorial, año 2014.

Una de las áreas que se ha mantenido con la mayor inversión desde el año 2008 hasta el 2014 ha sido la Atención quien ha ocupado el primer lugar en el gasto de la respuesta nacional de VIH en El Salvador, sin embargo al comparar el gasto erogado en atención en el año 2014 con el 2013 ha presentado una disminución de un 3.15% lo que demuestra que la inversión que se realiza en la atención es inversamente proporcional al gasto en Prevención, lógicamente si los casos de VIH disminuyen, el gasto en atención irá disminuyendo paulatinamente. (Ver tabla 3)

Otra de las categorías que ha presentado un incremento comparando el gasto del 2008 con el del 2014, fue para Recursos Humanos con un incremento del 170.28%, entendiéndose que esta categoría se refiere al fortalecimiento de las capacidades técnicas del recurso humano, es muy importante mencionar que la siguiente categoría en la que se evidencio un incremento muy notable fue Entorno Favorable, siendo específica para la defensa de los derechos humanos en las personas con VIH, así como las acciones realizadas para disminuir el estigma y discriminación hacia las personas con VIH, (ver tabla 3).

La categoría de protección y servicios sociales, presento un incremento del 76.31%, en relación a la investigación se ha evidenciado un incremento leve de 9.86% y en forma particular se ha presentado una disminución muy significativa en la categoría de huérfanos y niños vulnerables en un -31.81 % (ver tabla 3, 22 y grafico 14)

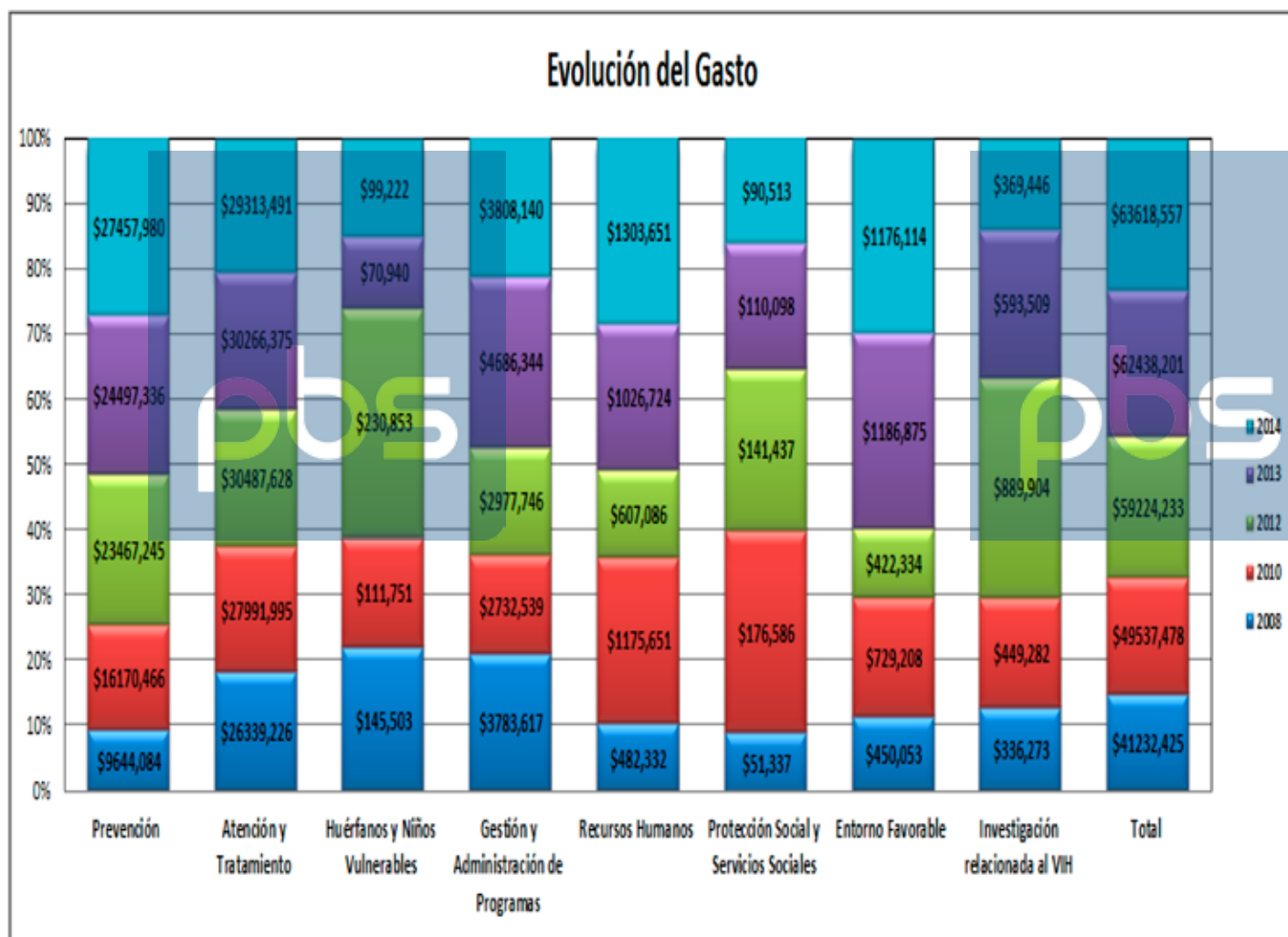
Tabla N° 3 Evolución del Gasto en VIH, El Salvador años 2008, 2010, 2012, 2013, 2014

Categoría de Gasto	2008	2010	2012	2013	2014	Diferencia (año 2014 con 2008)	%	Diferencia (año 2013 con 2014)	%
Prevención	\$ 9644,084	\$ 16170,466	\$ 23467,245	\$ 24497,336	\$ 27457,980	\$ 17813,896	184.71	\$ 2960,644	12.09
Atención y Tratamiento	\$ 26339,226	\$ 27991,995	\$ 30487,628	\$ 30266,375	\$ 29313,491	\$ 2974,265	11.29	\$ (952,884)	-3.15
Huérfanos y Niños Vulnerables	\$ 145,503	\$ 111,751	\$ 230,853	\$ 70,940	\$ 99,222	\$ (46,281)	-31.81	\$ 28,282	39.87
Gestión y Administración de Programas	\$ 3783,617	\$ 2732,539	\$ 2977,746	\$ 4686,344	\$ 3808,140	\$ 24,523	0.65	\$ (878,204)	-18.74
Recursos Humanos	\$ 482,332	\$ 1175,651	\$ 607,086	\$ 1026,724	\$ 1303,651	\$ 821,319	170.28	\$ 276,927	26.97
Protección Social y Servicios Sociales	\$ 51,337	\$ 176,586	\$ 141,437	\$ 110,098	\$ 90,513	\$ 39,176	76.31	\$ (19,585)	-17.79
Entorno Favorable	\$ 450,053	\$ 729,208	\$ 422,334	\$ 1186,875	\$ 1176,114	\$ 726,061	161.33	\$ (10,761)	-0.91
Investigación relacionada al VIH	\$ 336,273	\$ 449,282	\$ 889,904	\$ 593,509	\$ 369,446	\$ 33,173	9.86	\$ (224,063)	-37.75
<b>Total</b>	<b>\$ 41232,425</b>	<b>\$ 49537,478</b>	<b>\$ 59224,233</b>	<b>\$ 62438,201</b>	<b>\$ 63618,557</b>	<b>\$ 22386,132</b>	<b>54.29</b>	<b>\$ 1180,356</b>	<b>1.89</b>

Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2008, 2010, 2012, 2013, 2014

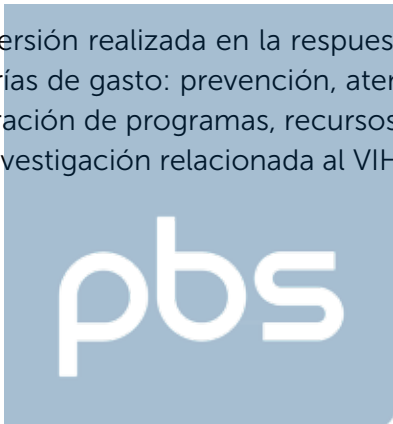


Gráfico N° 9: Evolución del Gasto en Sida, años 2008 al 2014



Fuente: Medición del Gasto en Sida, años 2008, 2010, 2012, 2013, 2014

Este gráfico refleja el historial de la inversión realizada en la respuesta nacional al VIH, de los años 2008 al 2014, desglosado en 8 categorías de gasto: prevención, atención y tratamiento, huérfanos y niños vulnerables, gestión y administración de programas, recursos humanos, protección social y servicios sociales, entorno favorable, investigación relacionada al VIH.



### 6.3- PRESUPUESTO NACIONAL ASIGNADO AL MINSAL:

El presupuesto proveniente del fondo general asignado al Ministerio de Salud, para el año 2014 fue de \$533,842 millones<sup>7</sup>, para el mismo año la inversión estimada con fondo GOES- MINSAL fue de \$ 34,515 millones, siendo el porcentaje de gasto en sida el 6.4% del gasto total del MINSAL.(Ver Tabla 4).

Tabla No 4: Comparación del presupuesto en Salud con el Gasto en Sida, año 2014

Presupuesto devengado del MINSAL con Fondos Generales (GOES),	\$ 533,842 Mill
Inversión del MINSAL, según MEGAS 2014	\$ 34,515 Mill
Porcentaje del presupuesto del MINSAL para VIH	6.47 %

Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2014 y Rendición de Cuentas del Ministerio de Salud, año 2014

### 6.4- COMPONENTE DE FINANCIAMIENTO:

Los agentes financieros son los organismos que se encargan de adjudicar los fondos para costear los gastos en la compra de bienes y/o servicios. Son éstos quienes deciden cómo se invertirán los recursos.

Las fuentes de financiamiento son definidas como los asociados que aportan los fondos monetarios a los agentes financieros, para su posterior asignación según las áreas requeridas. Las fuentes de financiamiento agrupan tres grandes sectores:

- i. **Sector Público o del Gobierno Central**, que financia las acciones de las secretarías de Estado: Ministerio de Salud, Sanidad Militar, Ministerio de Gobernación, ISNA, Ministerio de Educación, Bienestar Magisterial, cuyos fondos provienen de las aportaciones tributarias (impuesto directos e indirectos) y el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), entidad gubernamental autónoma que se financia a través de los subsidios del Gobierno Central y de las aportaciones patronales y de los trabajadores.

<sup>7</sup> Memoria de Labores 2014, Ministerio de Salud

ii. **Sector Privado:** constituido por los gastos de bolsillo de la población. conformado por entidades como la empresa privada, fundaciones u organismos no gubernamentales (ONG), con y sin fines de lucro.

iii. **Sector Externo:** agrupa los fondos provenientes de la cooperación internacional bilaterales y multilaterales.

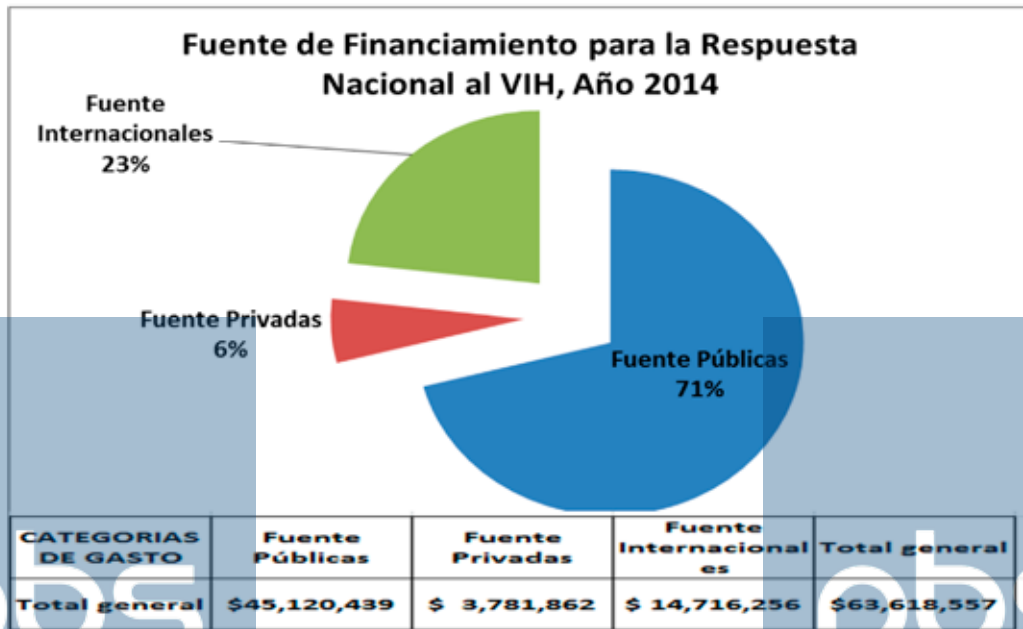
En este capítulo se presentan los resultados obtenidos de las matrices de MEGAS, en las cuales se identifican los flujos de financiamiento y gastos realizados recopilando información proveniente de los diversos sectores: público, privado y sector externo involucrados en la respuesta nacional a esta epidemia.

### 6.5- GASTO NACIONAL DE SIDA, POR TIPO DE FINANCIAMIENTO (PÚBLICO, PRIVADO Y EXTERNO)

La contribución del sector público constituyó un 71% (\$45,120,439) del monto erogado; el subsidio del sector externo, el cual agrupa a las agencias de cooperación tanto bilaterales, como multilaterales, Fundaciones y ONG´s nacionales e internacionales aportaron un 23% (\$ 14,716,256) del gasto total, seguido por el sector privado con un 6% (\$ 3,781,862) que en un 40% representa el gasto de bolsillo de la población, este gasto es efectuado por la población para realizarse la prueba de VIH u otra ITS en establecimientos privados, así como la compra de condones, dentro del sector privado también se refleja la participación de la sociedad civil debidamente organizada en ONGs, que se especializan en la prevención, atención de personas con VIH, derechos humanos, grupos expuestos a mayor riesgo, etc (Ver gráfico N°15)



Gráfico N°10: Fuentes de Financiamiento



Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2014

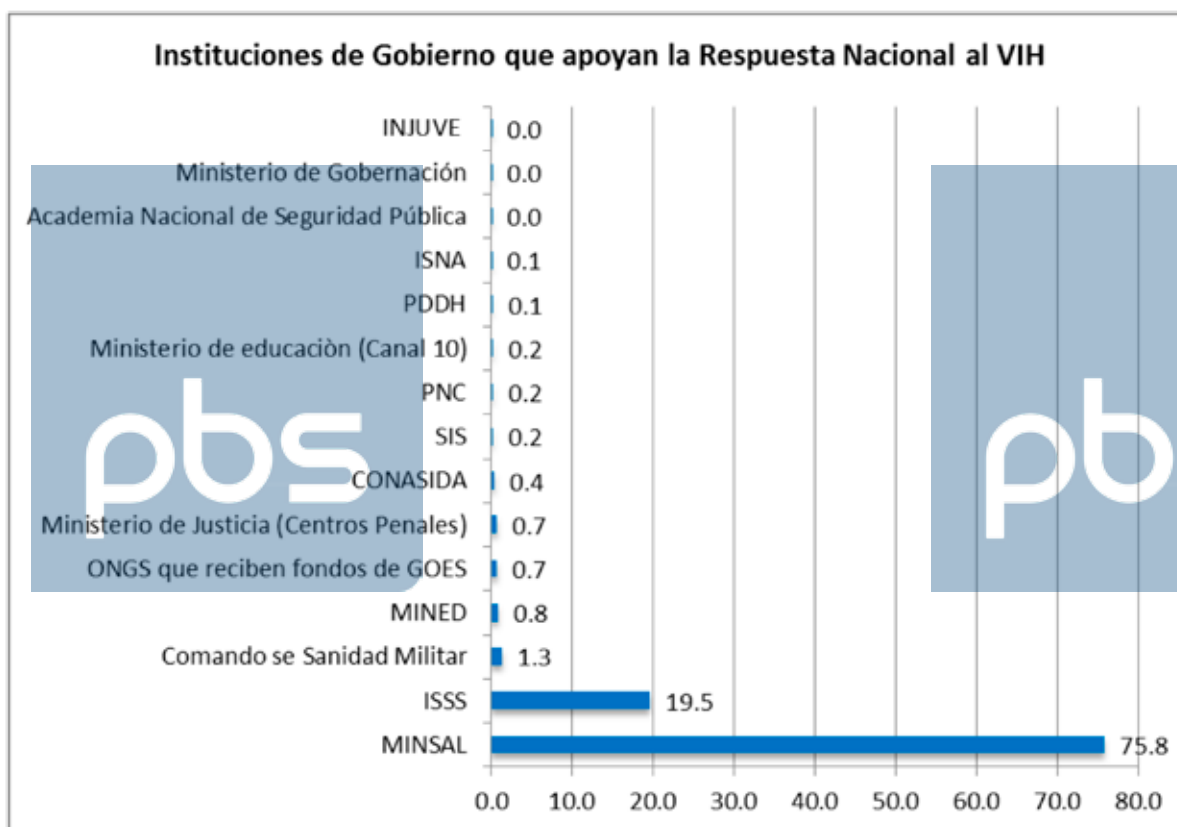
**a) Fuente de Financiamiento Público:**

Desde que se realizan los estudios MEGAS en El Salvador a partir del año 2005 al 2014, se ha registrado que es el sector público el que más aporta a la respuesta nacional del VIH.

Dentro del sector público el Ministerio de Salud, es el principal responsable de la ejecución de las funciones con un 75.8% del monto erogado, posteriormente el Instituto Salvadoreño del Seguro Social tiene un 19.5% del gasto y en tercer lugar Sanidad Militar con 1.3%. El resto de instituciones del sector público tienen gastos que representan menos del 1% del gasto total. (Ver gráfico N°11)



Gráfico N°11: Gasto por Fuente de Financiamiento GOES (en porcentaje) año 2014



Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2014

**b) Fuente de Financiamiento Externo:**

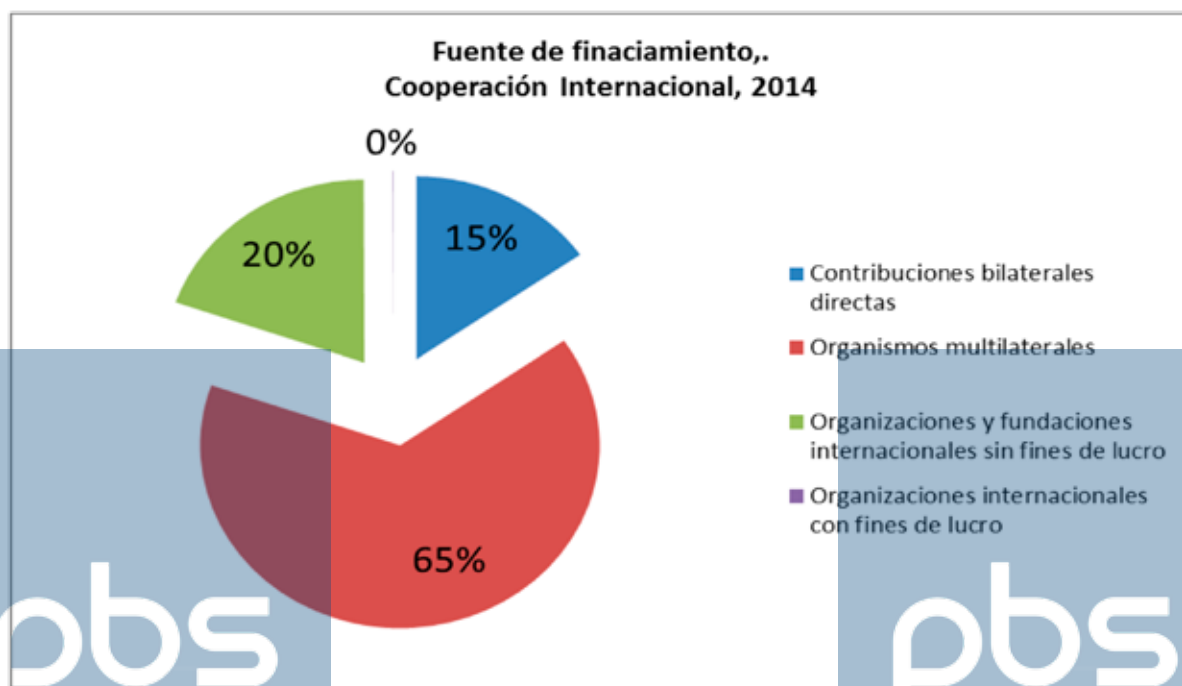
El Sector Externo, representa el 23% del gasto total. Está concentrado por agencias de cooperación bilateral, organismos multilaterales, organizaciones y fundaciones internacionales con fines de lucro y organizaciones internacionales sin fines de lucro (Ver tabla 5 y gráfico N° 12)

Tabla N° 5. Fuente de Financiamiento Externo: Bilaterales, Multilaterales, Organizaciones con y sin Fines de Lucro.

Contribuciones bilaterales directas	Organismos multilaterales	Organizaciones y fundaciones internacionales sin fines de lucro	Organizaciones internacionales con fines de lucro	Total
\$2,263,340	\$9,602,685	\$2,897,324	\$7,800	\$14,771,149

Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2014

Gráfico No 12: Fuente de Financiamiento Externo.



Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2014

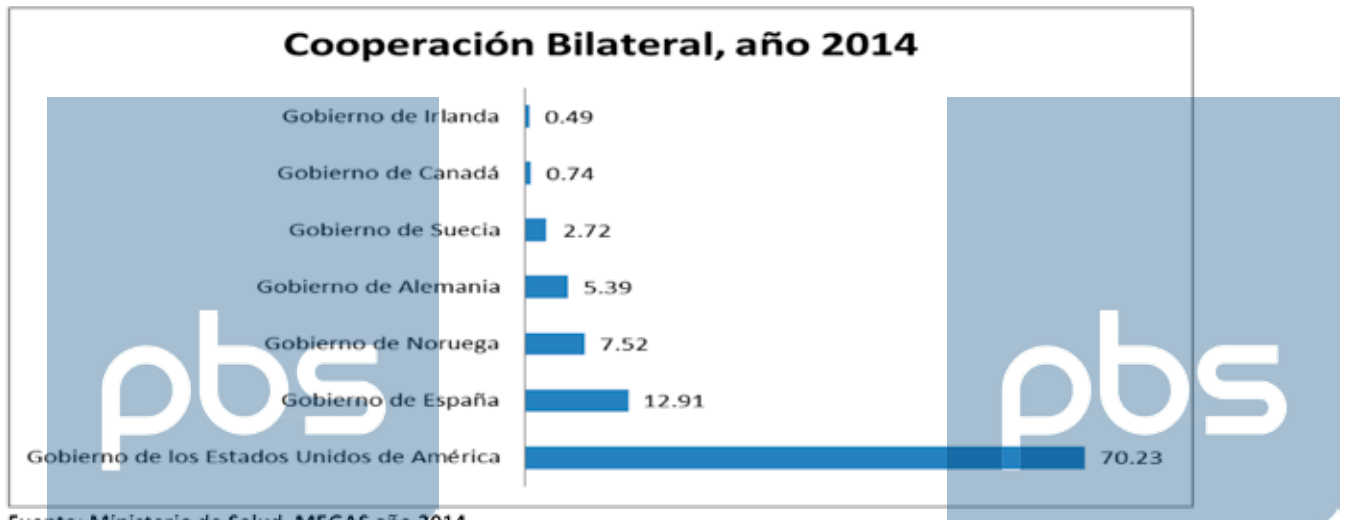
La Cooperación Externa, para el 2014 ha invertido \$14,771,149 millones de dólares en la respuesta nacional al VIH dentro de la cual es la cooperación multilateral, quien contribuyó con un 65%, ocupando el primer lugar como uno de los principales financiadores externos para el desarrollo de las diferentes acciones que se realizan en VIH. En segundo lugar los organismos bilaterales con un 15%; en tercer lugar lo ocupan las organizaciones y fundaciones sin fines de lucro con un 20% (Ver gráfico N° 12)

Tabla N° 5.a Fuente de Financiamiento de Cooperación Externa Bilateral

Fuente Bilateral	Monto	%
<b>Gobierno de los Estados Unidos de América</b>	\$1589,616.00	70.23
Gobierno de España	\$ 292,274.00	12.91
<b>Gobierno de Noruega</b>	\$ 170,205.00	7.52
Gobierno de Alemania	\$ 121,881.00	5.39
<b>Gobierno de Suecia</b>	\$ 61,600.00	2.72
Gobierno de Canadá	\$ 16,664.00	0.74
<b>Gobierno de Irlanda</b>	\$ 11,100.00	0.49
<b>Total</b>	\$ 2263,340.00	100.00

Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS año 2014

Gráfico No 13 (a): Fuente de Financiamiento Externo de Cooperación Bilateral

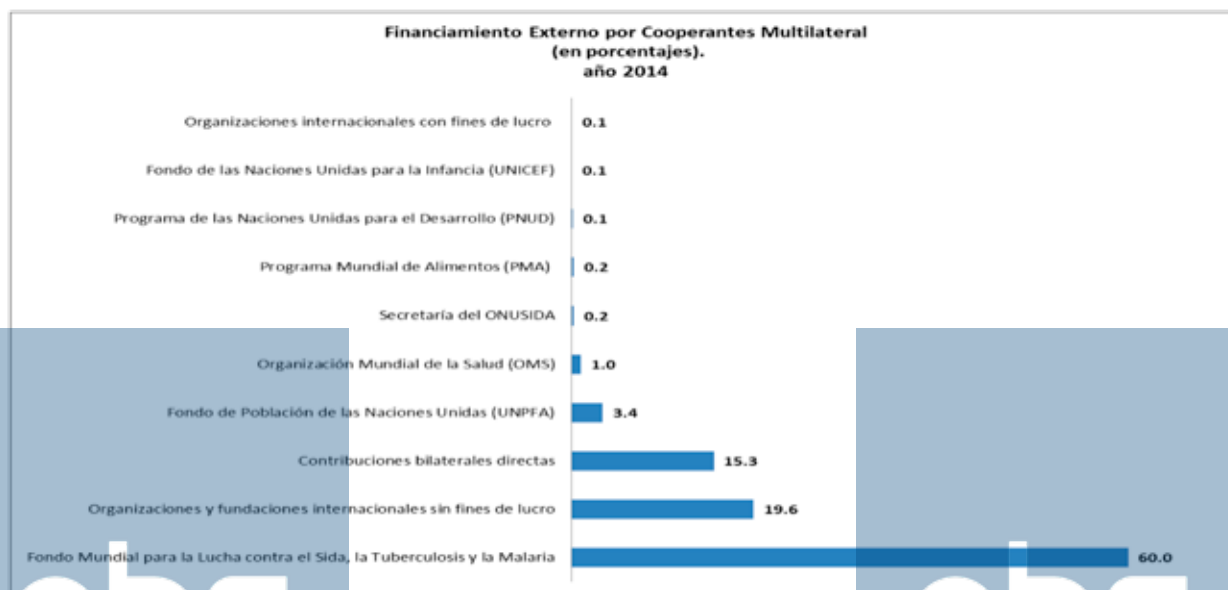


Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS año 2014.

En el gráfico 13 (a) se muestra que dentro de la Cooperación Bilateral es el Gobierno de Estados Unidos el que más aportó a la respuesta nacional con un 70.23%, a través del Plan de Emergencia del Presidente para el Alivio del SIDA (PEPFAR) a través de sus agencias CDC, USAID (PASCA, Capacity Project, PASMO Prevención Combinada y SCMS) y DOD.



Gráfico No 13 (b): Financiamiento Externo por Organismos Cooperantes Multilaterales



Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2014

La Cooperación Multilateral representa el mayor porcentaje, con el 65% del gasto del sector externo. Entre los organismos multilaterales, que más aportan a la respuesta nacional al VIH de El Salvador se destaca el Fondo Mundial, reflejando un 60% del gasto. (Ver gráfico 13 b)

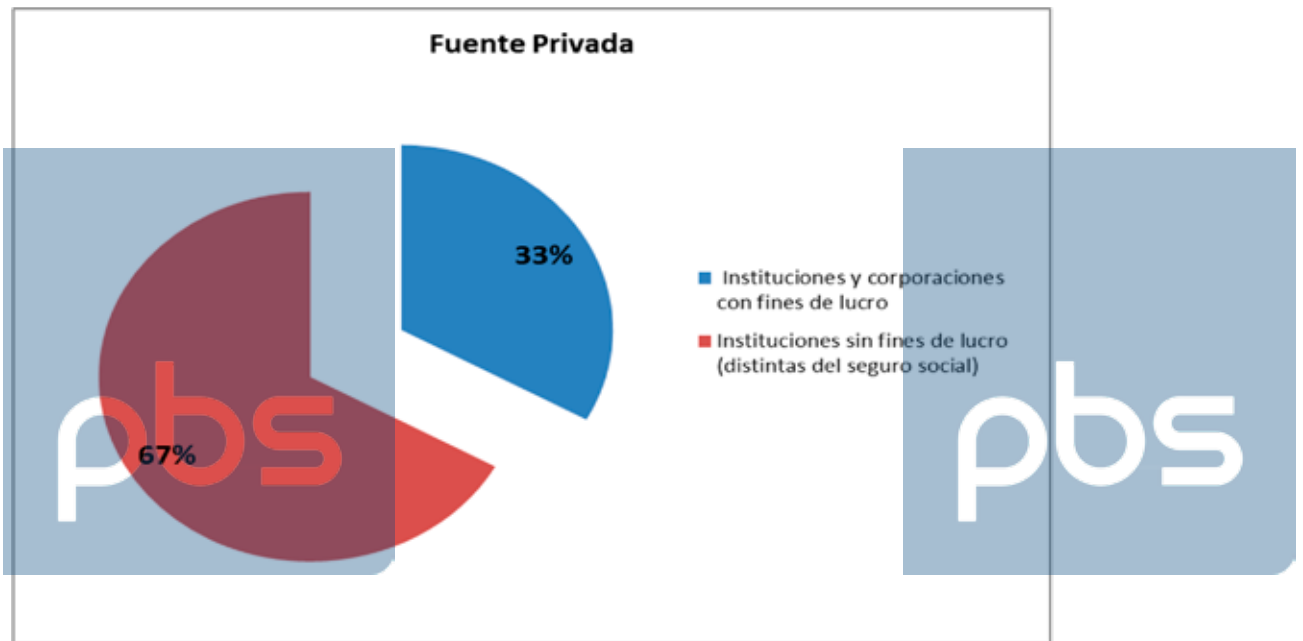
**c) Fuente de Financiamiento Privado.**

El Sector Privado representa el 6% del gasto total en Sida. Dentro de este sector, el 67% del gasto es representado por instituciones sin fines de lucro, el cual corresponde a la participación de la sociedad civil debidamente organizada en ONGs, que se especializan en la atención de grupos de mayor vulnerabilidad. El 33% lo ocupa las instituciones y corporaciones con fines de lucro (Ver gráfico 14 a).



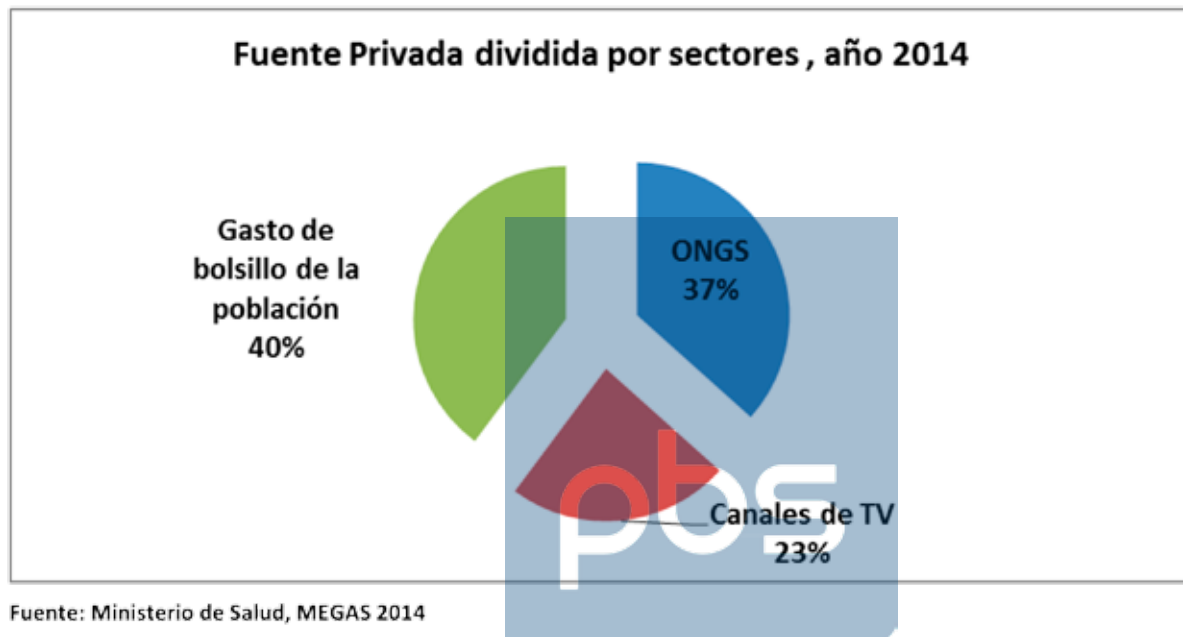


Gráfico N° 14 (a): Fuente de Financiamiento del Sector Privado.



Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2014

Gráfico N° 14 (b): Fuente de Financiamiento del Sector Privado.



Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2014

Al dividir la fuente privada en los diferentes sectores que trabajan o contribuyen en la respuesta nacional al VIH, se detalla que es el sector de la empresa privada, específicamente las farmacias y laboratorios clínicos, en donde se generan el 40% del gasto de bolsillo de la población en la compra de condones y servicios para realizarse una prueba de VIH o de alguna otra ITS, respectivamente. Al referirnos a los medios de comunicación que apoyan la respuesta nacional al VIH, contribuyen en un 23% en el área de prevención específicamente en las sub categorías de comunicación relacionada con la salud para el cambio social y comportamental, acciones de entorno favorable, como por ejemplo disminuir el estigma y discriminación hacia las personas con VIH, etc.

El 37% corresponde al gasto erogado por ONGS que cuentan con fondos propios, quienes realizan diferentes acciones en la respuesta nacional de VIH. (Ver gráfico N° 14 b)

En resumen:

Se ha evidenciado que el Sector Público es el principal responsable de la ejecución de las funciones con un 71% (\$45,120,439) del monto erogado, donde las acciones de prevención ocupan el 43.16% (\$27,457,980) y las de atención y tratamiento reflejan un 46.08% (\$29,313,491) indicando que son los componentes que dispusieron de la mayor parte del presupuesto destinado para VIH, durante el año 2014. (Ver tabla 2)

El sector privado, con el 6% (\$3,781,862) del gasto total, ha ejecutado principalmente las acciones en las áreas de prevención, (Ver tabla 2).

El sector externo ha contribuido en un 23% (\$14,716,256) del gasto total, y sus acciones se realizaron en la áreas de prevención en un 54.75% y en apoyo a la gestión y administración de programas en un 18.12% y en el área de atención con el 14.55% (Ver Tabla No 2)

## 6.6- COMPONENTE DE PREVENCIÓN

El VIH en El Salvador es una infección que ha permanecido durante muchos años, según la tendencia demostrada en los registros del SUMEVE el apareamiento de los casos de VIH ha sido fluctuante, pero en los últimos 5 años se ha evidenciado una notable disminución ya que en el 2008 se detectaban 6 diagnósticos diarios y en el 2014 se cerró con 4 casos diarios, afectando con más frecuencia a los grupos de edad, entre 20 a 39 años, siendo esta una población altamente reproductiva y económicamente activa.<sup>8</sup>

<sup>7</sup> Ministerio de Salud, Informe Nacional sobre el Estado de Situación del VIH en El Salvador en Cumplimiento del Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación del Plan Estratégico Nacional Multisectorial, año 2014.

La infección por el VIH es un problema de salud pública no sólo porque el VIH puede transmitirse por diferentes vías (sexual, perinatal, vía sanguínea), sino porque nadie está exento de adquirir el VIH, si no practica las medidas preventivas recomendadas, el VIH no respeta género, edad, estratos sociales o culturales, sino que además, está acompañado de estigma y discriminación.

**Tabla N° 6. Prevención y su clasificación por fuente de financiamiento**

Prevención	Fuente Públicas	Fuente Privadas	Fuente Internacionales	Total	%
<b>Total</b>	\$ 16418,324	\$ 2983,223	\$ 8056,433	\$27457,980	100
Seguridad hematológica	\$ 8170,430	\$ -	\$ 1197,099	\$ 9367,529	34.12
Asesoramiento y pruebas voluntarias (APV)	\$ 3179,547	\$ 182,277	\$ 189,168	\$ 3550,992	12.93
Comunicación para el cambio social y comportamental	\$ 1619,550	\$ 1197,604	\$ 212,159	\$ 3029,313	11.03
Reducción del riesgo para poblaciones vulnerables y accesibles[1]	\$ 127,243	\$ 18,400	\$ 2425,634	\$ 2571,277	9.36
Prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS)	\$ 807,560	\$ 185,752	\$ 1086,836	\$ 2080,148	7.58
Prevención de la transmisión maternoinfantil (PTMI)	\$ 1456,427	\$ 28,776	\$ 344,684	\$ 1829,887	6.66
Comercialización social del preservativo	\$ 184,173	\$ 1195,537	\$ -	\$ 1379,710	5.02
Prevención de la transmisión del VIH dirigida a personas que viven con el VIH (PVV)	\$ 28,843	\$ 2,600	\$ 867,408	\$ 898,851	3.27
Prevención – jóvenes escolarizados	\$ 286,416	\$ 6,000	\$ 375,714	\$ 668,130	2.43
Programas de prevención para profesionales del sexo y sus clientes	\$ 31,946	\$ 23,106	\$ 462,580	\$ 517,632	1.89
Programas para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH)	\$ 21,166	\$ 100	\$ 376,235	\$ 397,501	1.45
Movilización de la comunidad	\$ 326,189	\$ 7,200	\$ 50,216	\$ 383,605	1.40
Actividades de prevención no desglosadas por intervención	\$ 76,030	\$ 70,333	\$ 229,822	\$ 376,185	1.37
Profilaxis posterior a la exposición (PPE)	\$ 61,898	\$ -	\$ 41,302	\$ 103,200	0.38

Prevención – jóvenes no escolarizados	\$ 1,250	\$ 2,500	\$ 85,185	\$ 88,935	0.32
<b>Precauciones universales</b>	<b>\$ 26,333</b>	<b>\$ -</b>	<b>\$ 52,828</b>	<b>\$ 79,161</b>	<b>0.29</b>
Suministro de preservativos masculinos en el sector público y comercial	\$ 200	\$ 61,038	\$ -	\$ 61,238	0.22
<b>Programas de prevención en el lugar de trabajo</b>	<b>\$ 9,008</b>	<b>\$ -</b>	<b>\$ 51,496</b>	<b>\$ 60,504</b>	<b>0.22</b>
Suministro de preservativos femeninos en el sector público y comercial	\$ -	\$ 2,000	\$ 8,067	\$ 10,067	0.04
<b>Programas de reducción de daños para consumidores de drogas inyectables (CDI)</b>	<b>\$ 4,115</b>	<b>\$ -</b>	<b>\$ -</b>	<b>\$ 4,115</b>	<b>0.01</b>

Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2014

Al analizar el gasto reflejado en el MEGAS 2014, se ha evidenciado que las acciones de prevención ocupan el 43.16 % (\$ 27457,980) del total del gasto en sida, y junto con las acciones de atención y tratamiento son los componentes que dispusieron de la mayor parte del presupuesto destinado para VIH, durante el año 2014. (Ver tabla N° 2)

Entre las principales 5 sub categorías de prevención en las que se demostró mayor inversión, fueron las siguientes: Seguridad Hematológica con un 34.12% (\$ 7,7 millones) del monto total en prevención, seguido de acciones de asesoramiento y pruebas voluntarias con un 12.93% en tercer lugar : comunicación para el cambio social y comportamental con un 11.03%, en cuarta posición son las acciones de reducción del riesgo en poblaciones vulnerables y accesibles con un 9.36%, en cuanto a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS ocupan el 7.58% del gasto; la prevención de la transmisión materno infantil con 6.6% y la comercialización social del preservativo con un 5.02% (Ver tabla n° 6 y gráfico n° 15)

Las unidades de sangre donada que se analizan para la detección del VIH con criterios de calidad asegurada fueron 119,272 unidades<sup>9</sup>, tanto para MINSAL, ISSS y SM, lo que corresponde al 100% de unidades donadas. A lo largo de los años se han mantenido los criterios de calidad asegurada al 100% y no se han reportado casos de VIH a través de transfusiones sanguíneas.



<sup>9</sup> Fuente: Informe de Indicadores 2014, Subcomisión Nacional de Monitoreo y Evaluación CONASIDA

Gráfico N°15: Principales Sub categorías de Prevención que presentaron mayor gasto para el 2014



Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2014

### 6.6.1- GASTO EN ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE PREVENCIÓN:

#### a- Gasto de Prevención en Pruebas de Asesoramiento por tipo de población beneficiaria (PEMAR, General)

El gasto en asesoramiento y pruebas voluntarias (APV) para grupos PEMAR y población general fue de \$ 1,795,630 millones, dicha inversión se desglosa a continuación: para poblaciones expuestas en mayor riesgo, el gasto fue de \$ 695,350 lo que representa el 38.72 % del monto de APV y para población general fue un porcentaje mayor de 61.28% (\$ 1,100,280)

En relación a este dato, es valioso mencionar que uno de los indicadores TOP TEN del Fondo Mundial, que debemos reportar cada semestre es el relacionado con el Porcentaje de población con mayor riesgo y vulnerabilidad que se sometió a la prueba de VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados, este indicador muestra el acceso a los servicios de pruebas del VIH y consejería en la comunidad de HSH, Trans y Trabajadoras sexuales, quienes son considerados las poblaciones de mayor riesgo de adquirir la infección del VIH entre otras causas por la serie de

determinantes que condicionan el acceso a servicios. El cumplimiento de este indicador para el año 2014, fue medido a través de encuestas en cada una de las poblaciones resultando muy alentador, ya que para HSH el resultado fue de 97.4%; para TS 98% y para TRANS fue de 98.2%, esto podría deberse al mejoramiento del acceso de pruebas de VIH, a la rapidez de la entrega de los resultados, a la estrategia de difusión de los servicios de la toma de la prueba, así como a la estrategia de atención integral a grupos en más alta vulnerabilidad y riesgo al VIH en el país. Importante resaltar que actualmente se cuenta con información de la población Trans, de quienes anteriormente no se tenía información ya que se consideraban incluidas en la población de HSH, sin embargo se están haciendo esfuerzos importantes para contar con información desagregada por poblaciones, así como para garantizar la atención.<sup>10</sup>

Otro de los indicadores que se reportan al Informe Global de ONUSIDA es el Porcentaje de mujeres y hombres de 15-49 años de edad que se realizó la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados. La última medición nacional con la que se contaba para este indicador era la encuesta FESAL 2008, con un resultado de 10.3%, la cual se realizó únicamente en mujeres. Con la encuesta MICS del MINSAL, año 2014 refleja un incremento ya que reporto que el 19.7% de la población general se ha realizado la prueba de VIH en los últimos 12 meses. Al comparar estos últimos datos con los resultados emitidos por el estudio del PNUD (mencionados en el párrafo anterior), nos indica que efectivamente se está impactando en las poblaciones de riesgo, pero debemos continuar con los esfuerzos de promoción y prevención en la población general, para continuar con la disminución de casos de VIH.

**Tabla N° 7. Asesoramiento y Prueba Voluntaria por tipo de población beneficiaria**

Asesoramiento y pruebas voluntarias (APV)		%
<b>PEMAR</b>	\$ 695,350	38.72
<b>Población General</b>	\$ 1100,280	61.28
<b>Total</b>	\$ 1,795,630	100

Fuente: MINSAL, MEGAS 2014



<sup>10</sup> Ministerio de Salud, Informe Nacional sobre el Estado de Situación del VIH en El Salvador en Cumplimiento del Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación del Plan Estratégico Nacional Multisectorial, año 2014.

**b- Gasto de preservativo en prevención de VIH**

**Tabla N° 8. Gasto de Preservativo en Prevención VIH**

Prevención	Fuente Públicas	Fuente Privadas	Fuente Internacionales	Total
<b>Comercialización social del preservativo</b>	\$184,173	\$1195,537	\$ -	\$1379,710
Suministro de preservativos masculinos en el sector público y comercial	\$200	\$61,038	\$ -	\$61,238
Suministro de preservativos femeninos en el sector público y comercial	\$ -	\$2,000	\$8,067	\$10,067
<b>Total</b>	\$184,373	\$1258,575	8067	\$1451,015
<b>Porcentaje</b>	12.71	86.74	0.56	100.00

Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2014

El gasto en preservativo para la prevención del VIH fue de \$1, 451,015 los cuales incluyen: Comercialización social del preservativo, Suministro de preservativos masculinos en el sector público y comercial, suministro de preservativos femeninos en el sector público y comercial. La principal fuente de financiamiento fue la privada con 86.74%, aclarando que de este último porcentaje el 94.9% corresponde al gasto de bolsillo de la población, pero si eliminamos este monto generado por la población al comprar un preservativo, es la fuente GOES, la principal financiadora para la entrega gratuita de condones en los establecimientos de salud, ocupando un 72.1% del gasto general en condones. (Ver tabla N° 8).



**c- Gasto en comunicación en cambios de comportamiento en población general y población PEMAR**

**Tabla N° 9. Gasto en comunicación en cambios de comportamiento en población general y población PEMAR.**

Gasto en comunicación en cambios de comportamiento en población general y población PEMAR.			
FUENTE	POBLACIONES MÁS EXPUESTAS	POBLACIÓN GENERAL	TOTAL
GOES	\$0	\$1542,616	\$1542,616
PRIVADO	\$5,508	\$1106,625	\$1112,133
EXTERNO	\$78,436	\$71,594	\$150,030
<b>TOTAL</b>	<b>\$83,944</b>	<b>\$2720,835</b>	<b>\$2804,779</b>

Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2014

El gasto en comunicación para el cambio social y comportamental representa el 11.03% (\$ 3029,313) del gasto en prevención, al analizar el monto gastado en la población PEMAR y general para esta subcategoría, se refleja un gasto del 2.7% para PEMAR y el 89.8% dirigido a la población general. Esto indica que las campañas de comunicación están siendo más dirigidas a la población general que a las personas de mayor riesgo. (Ver gráfico n° 15 y tabla 9)

**d- Gasto en Prevención de la Transmisión Materno Infantil (PTMI)**

El gasto en la prevención de la transmisión materno infantil para el año 2014 fue de \$1, 829,887, lo que representa el 6.6% (Ver gráfico 20) del gasto en prevención. El mayor porcentaje de gasto dentro de PTMI está dirigido al asesoramiento y pruebas para embarazadas en un 86.22% (\$1, 577,779). Del total del gasto en prevención vertical, ha sido el sector público el que más ha invertido en la estrategia con un 79.59% (\$1, 456,427 ), la cooperación externa contribuyo con un 18.84% (\$344,684), este resultado indica que el país asume el mayor gasto en la implementación de la estrategia de PTMI, lo que permite verificar el compromiso del Estado Salvadoreño en contribuir a la aplicación de esta estrategia ya que al comparar con otros países de la Región Centroamericana dependen en un alto porcentaje de la Cooperación Internacional.<sup>11</sup>

<sup>11</sup> ONUSIDA, Tendencias en la epidemia y la respuesta en VIH en Centroamérica: Análisis de los informes nacionales de avances en la lucha contra el sida 2012 San Salvador, 21 y 22 de Noviembre de 2012 "Dependencia financiera por país de la PTMI (2012)"



Es importante mencionar que la estrategia sobre la prevención de la Transmisión Materno Infantil ha sido una experiencia exitosa en El Salvador, ya que hemos evidenciado la disminución de casos de niños con VIH nacidos de mujeres positivas, debido a que en el 2009 se registraban 15 casos y para el año 2014 se reportaron 4 casos, lo que permitirá llegar a cumplir con las metas trazadas por la OPS en la cual se pretende reducir la trasmisión materno infantil del VIH a 2% o menos; reducir la incidencia de la infección pediátrica por el VIH a 0,3 casos o menos por 1.000 nacidos vivos.<sup>12</sup>

En segundo lugar está el gasto en la subcategoría de Profilaxis antirretrovírica para embarazadas VIH-positivas y recién nacidos con un 4.89%.

Según el Informe Nacional de sobre la Situación del VIH en El Salvador, año 2014, el porcentaje de embarazadas con VIH que recibe medicamentos antirretrovirales, para reducir el riesgo de transmisión materno infantil fue del 50.6% considerando que fueron 171 mujeres embarazadas las que recibieron profilaxis con antirretrovirales para el año 2014. Para este indicador es importante tomar en cuenta que el denominador utilizado es producto del ejercicio de Estimaciones con el software Spectrum de ONUSIDA y no de datos programáticos, por lo que la cobertura parece baja, pero debe considerarse que el número de infecciones por transmisión materno infantil de VIH se mantiene bajo.<sup>13</sup> **A pesar que hemos presenciado un éxito en la PTMI** es necesario seguir realizando acciones para alcanzar otras metas de país, entre ellas: mejorar el control prenatal, fortalecer las oportunidades para testeo, identificación precoz de la embarazada, aumentar la capacidad de laboratorios clínicos de realizar la prueba del VIH y monitoreo continuo de los casos.

En tercer lugar, la sub categoría de prácticas seguras de alimentación de lactantes (incluidos los sucedáneos de la leche materna), se erogó un gasto de \$50,9 millones con un porcentaje de 2.89% del gasto para PTMI, es importante mencionar que para el año 2014, de los 121 niños expuestos, el 83.5% recibió sucedáneos de leche materna para la prevención de la transmisión materno infantil del VIH, nos queda una brecha de niños expuestos que no cumplieron con su algoritmo diagnóstico en los hospitales, a los cuales se les está dando seguimiento.<sup>14</sup> (Ver tabla N° 10)



<sup>12</sup> OPS-OMS, 2014 Eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis en la Región de las Américas,

<sup>13</sup> Informe Nacional sobre el Estado de Situación del VIH en El Salvador en cumplimiento del Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación del

<sup>14</sup> Idem 11.

a) **Tabla N° 10. Gasto en Prevención de la Transmisión Vertical Madre-Hijo/Hija**

Prevención de la Transmisión Materno Infantil,	Fuente Púlicas	Fuente Privadas	Fuente Internacional	Total general	%
<b>Asesoramiento y pruebas para mujeres embarazadas en programas de PTMI</b>	\$ 1383,330	\$28,776	\$165,673	\$1577,779	86.22
Profilaxis antirretrovírica para embarazadas VIH-positivas y recién nacidos	\$ -	\$ -	\$89,466	\$89,466	4.89
<b>Prácticas seguras de alimentación de lactantes (incluidos los sucedáneos de la leche materna)</b>	\$ 985.00	\$ -	\$ 49,920.00	\$ 50,905	2.78
Comercialización social del preservativo y suministro de preservativos masculinos y femeninos como parte de programas de PTMI	\$ 807	\$ -		\$ 807	0.04
<b>PTMI no desglosada por intervención</b>	\$ 70,245	\$ -	\$ 39,625	\$ 109,870	6.00
Actividades de PTMI s.c.o.	\$ 1,060	\$ -		\$ 1,060	0.06
<b>Total</b>	\$ 1456,427	\$ 28,776	\$ 344,684	\$1829,887	100.00
Porcentaje fuente de financiamiento	79.59	1.57	18.84		

Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2014

e- **Gasto en Prevención en Jóvenes escolarizados y no escolarizados.**

El gasto reportado para la prevención del VIH en jóvenes escolarizados y no escolarizados es de \$757,065, lo que representa el 2.75% del gasto total en prevención. En el cuadro N° 12 se demuestra que el gasto dirigido a los jóvenes escolarizados es mayor en un 88.3% que los gastos erogados para los jóvenes no escolarizados representando solo el 11.7%. El sector público ha aportado el 38% del gasto en jóvenes y el sector externo es el que más financiamiento ha proporcionado para esta subcategoría, aportando un 61% (Ver tabla No 11).

**Tabla N° 11. Gasto en Prevención en Jóvenes Escolarizados y no Escolarizados**

Sub Categoría	Sector Público	Sector Privado	Sector Externo	Total	% por sub categoría
<b>Prevención – jóvenes escolarizados</b>	\$286,416	\$6,000	\$375,714	\$668,130	88.3
<b>Prevención – jóvenes no escolarizados</b>	\$1,250	\$2,500	\$85,185	\$88,935	11.7
<b>Total</b>	\$287,666	\$8,500	\$460,899	\$757,065	100.0
<b>Porcentaje por fuente de financiamiento</b>	38%	1%	61%	100%	

Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2014

#### f- Gasto en Prevención y Tratamiento de ITS

El gasto total en Prevención y Tratamiento de ITS para el año 2014, fue de \$ 3,585,280, ocupando el quinto lugar del gasto total en prevención, de este monto el 58.02% fue invertido en Prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS), en segundo lugar la subcategoría de Prevención y tratamiento de ITS como parte de la prevención de la transmisión del VIH dirigida a PVV con un 22.48%, siguiendo la Prevención y tratamiento de ITS como parte de programas para profesionales del sexo y sus clientes con un 11.87%. (Ver tabla N° 12)

Para el Fortalecimiento del área de prevención y tratamiento de ITS como parte de programas para profesionales del sexo y sus clientes, así como para HSH y Trans y en el marco del Plan Estratégico Nacional Multisectorial de la Respuesta Nacional al VIH/SIDA e ITS 2011-2015, el Programa Nacional de ITS/VIH-Sida con el apoyo de fondos PEPFAR y Fondo Mundial continua con la implementación de la estrategia vigilancia centinela para la atención integral de la Infecciones de Transmisión Sexual (VICITS) en las poblaciones expuestas de mayor riesgo (PEMAR), entre ellos: Hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras sexuales y trans, considerándose como un componente importante para monitorear las tendencias, fortalecer las estrategias de abordaje y los servicios de salud a las poblaciones más afectadas por la epidemia de VIH. Es bien conocido que las ITS juegan un papel importante en la transmisión del VIH por lo que es necesario fortalecer el diagnóstico y tratamiento de las ITS en los servicios de salud.

Tabla N° 12. Gasto en Prevención y Tratamiento de ITS

Prevención y tratamiento de ITS como parte de programas para poblaciones vulnerables y accesibles	\$ 34,665.00	0.97
Prevención y tratamiento de ITS como parte de la prevención de la transmisión del VIH dirigida a PVV	\$ 805,956.00	22.48
Prevención y tratamiento de ITS como parte de programas para profesionales del sexo y sus clientes	\$ 425,592.00	11.87
Prevención y tratamiento de ITS como parte de programas para HSH	\$ 238,919.00	6.66
Prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS)	\$ 2,080,148.00	58.02
Total	\$ 3,585,280.00	100.00

Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2014

pbs

## 6.7- COMPONENTE DE ATENCIÓN

### a. Gasto en Atención y Tratamiento

Las acciones de atención y tratamiento ocupan el primer lugar del gasto en VIH en El Salvador, con un monto de \$ 29, 313,491 representando el 46.08 % del monto total en Sida. (Ver tabla No 2 y 14); Esta categoría se clasifica en: atención ambulatoria y atención hospitalaria, en donde la primera reflejo un gasto de 35.49% (\$10, 403,566) y la segunda un 62.48% (\$18, 316,799) y otros Servicios de atención y tratamiento no desglosados por intervención con un 2.02% (Ver tabla 2 y 13)

Tabla N° 13. Atención y Tratamiento

Atención	Fuente Públicas	Fuente Privadas	Fuente Internacionales	Total	%
Asesoramiento y pruebas por iniciativa del proveedor (APIP)	\$22,410	\$0	\$45,879	\$68,289	0.66
Profilaxis y tratamiento ambulatorios de infecciones oportunistas (IO)	\$3940,305	\$2,446	\$329,630	\$4272,381	41.07
Terapia antirretrovírica	\$2842,543	\$0	\$286,425	\$3,229,644	30.08
Apoyo nutricional asociado con la terapia antirretrovírica	\$10,644	\$4,686	\$32,241	\$47,571	0.46
Vigilancia de laboratorio específica relacionada con el VIH	\$1211,254	\$0	\$1259,251	\$2470,505	23.75
Programas de atención odontológica para PVV	\$19,455	\$0	\$24,543	\$43,998	0.42
Tratamiento psicológico y servicios de apoyo	\$166,734	\$11,692	\$10,067	\$188,493	1.81
Atención domiciliaria	\$30,720	\$9,167	\$142,458	\$182,345	1.75
Servicios de atención ambulatoria no desglosados por intervención	\$1,016	\$0	\$0	\$1,016	0.01
<b>TOTAL ATENCION AMBULATORIA</b>	<b>\$8245,081</b>	<b>\$27,991</b>	<b>\$2130,494</b>	<b>\$10403,566</b>	<b>100.00</b>
Tratamiento hospitalario de infecciones oportunistas (IO)	\$1294,260	\$9,166	\$10,067	\$1313,493	7.17
Servicios de atención hospitalaria no desglosados por intervención	\$16085,353	\$0	\$0	\$16085,353	87.82
Servicios de atención hospitalaria s.c.o.	\$917,953	\$0	\$0	\$917,953	5.01

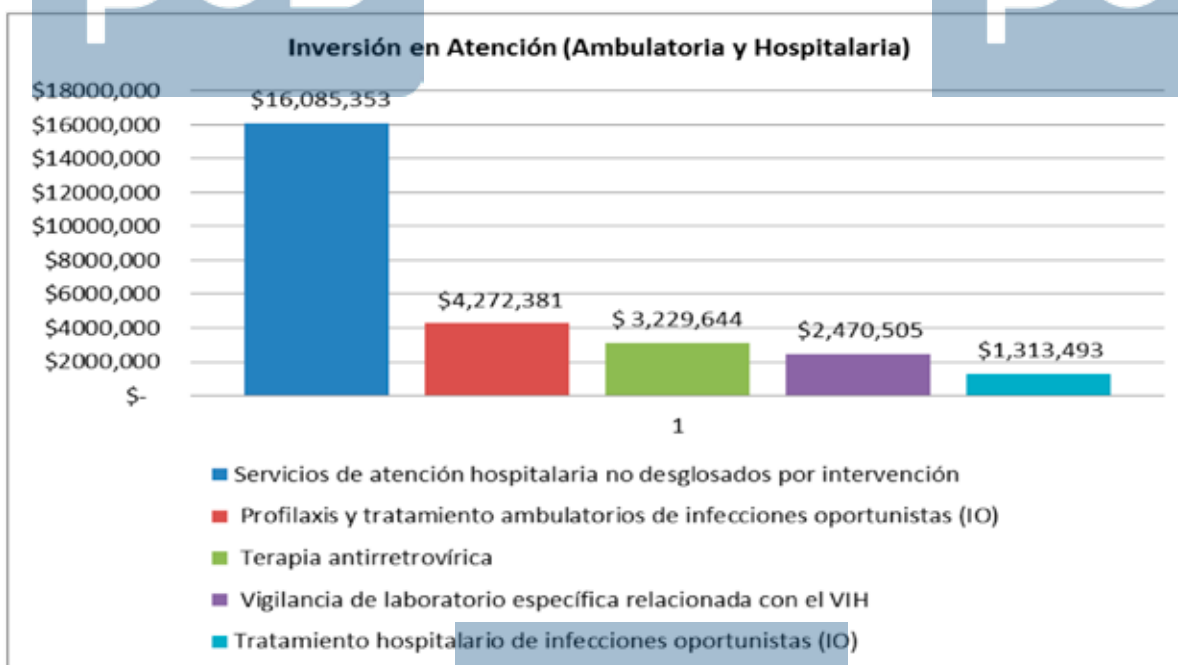
pbs

TOTAL ATENCION HOSPITALARIA	\$18297,566	\$9,166	\$10,067	\$18316,799	100.00
Servicios de atención y tratamiento no desglosados por intervención	\$1,781	\$0	\$0	\$1,781	0.01
Servicios de atención y tratamiento s.c.o.	\$591,345	\$0	\$0	\$591,345	2.02
<b>TOTAL</b>	<b>\$27135,773</b>	<b>\$37,157</b>	<b>\$2140,561</b>	<b>\$29313,491</b>	
Porcentaje por fuente financiera	93%	0%	7%	100%	

Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2014

Según estadísticas nacionales, para el año 2014, se practicaron: 12,674 pruebas de CD4 y 13,370 pruebas de CV.<sup>15</sup>

Gráfico N° 16: Gasto erogado en Atención



Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2014

Dentro de los montos mayores en atención y tratamiento se encuentran en las categorías de Servicios de atención hospitalaria no desglosados por intervención con el 54.87% (\$16,085,353) seguida de profilaxis y tratamiento ambulatorios de infecciones oportunistas (IO) con el 14.57% (\$4,272,381) y en tercer lugar la terapia antirretrovírica con el 11% (\$3,229,644) y en cuarto lugar vigilancia de laboratorio específica relacionada con el VIH, con 8.43% (\$2,470,505), esta última se refiere a todos los gastos de laboratorio por la realización de recuentos de células CD4, determinación de carga viral, pruebas de la farmacoresistencia con la finalidad de vigilar la respuesta biológica a la terapia antirretroviral y evaluar la progresión de la enfermedad en una persona con VIH (Ver tabla N° 14 y gráfico 16)

<sup>15</sup> Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica de personas con VIH, año 2014

**b. Gasto por atención ambulatoria, por tipo de población con VIH (niños, mujeres y hombres)**

**Tabla N° 14. Atención y Tratamiento Ambulatorio por tipo de Población con VIH, Niños, Mujeres y Hombres.**

Atención y Tratamiento Ambulatorio por tipo de Población con VIH, Niños, Mujeres y Hombres.	Monto	%
Varones adultos y jóvenes (de 15 años en adelante) que viven con el VIH	\$1276,135	4.47
Mujeres adultas y jóvenes (de 15 años en adelante) que viven con el VIH	\$876,236	3.07
Adultos y jóvenes (de 15 años en adelante) que viven con el VIH no desglosados por sexo	\$2325,593	8.14
Niños varones (menores de 15 años) que viven con el VIH	\$1,205	0.00
Niñas (menores de 15 años) que viven con el VIH	\$575	0.00
Niños (menores de 15 años) que viven con el VIH no desglosados por sexo	\$1028,235	3.60
Personas que viven con el VIH no desglosadas por edad ni por sexo	\$23070,045	80.73
PEMAR	No dato	
<b>Total</b>	<b>\$28,578,024</b>	<b>100</b>

Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2014

Los principales beneficiarios del gasto total en Atención tanto ambulatoria como hospitalaria son las personas con VIH. (Ver tabla N° 14)

**c. Tratamiento ambulatorio para infecciones oportunistas por población PEMAR, Persona con VIH.**

La profilaxis y tratamiento ambulatorio de infecciones oportunistas (IO), constituye el segundo lugar en el gasto en atención ambulatoria (14.57%). Es importante destacar que la principal fuente financiera para la atención ambulatoria y hospitalaria, corresponde al sector público con un 93% (ver tabla 13)

Es importante mencionar que la atención en profilaxis de infecciones oportunistas se proporciona de forma continua, en el 2014 para el caso específico de Tuberculosis, el porcentaje de casos de coinfección TB/VIH a quienes se les brindó tratamiento para ambas enfermedades fue del 83.7% superándose la brecha que se tenía con respecto al año anterior. Con los esfuerzos de integración de los servicios de salud para personas con coinfección TB/VIH

que comienzan a realizar ambos programas se tendrá mejores resultados y se garantiza la atención integral de estas personas.

Con respecto al indicador de personas con infección por VIH que reciben TPI <terapia preventiva con INH> para la enfermedad tuberculosa activa, en este indicador el resultado obtenido es del 62.9%, el cual es menor que el del año 2013. Con el esfuerzo conjunto que realizan los Programa de Tb y VIH por integrarse este indicador se verá superado en los próximos años, pues se está aumentando el monitoreo y supervisión en los establecimientos a fin de dar total cumplimiento a este lineamiento.

**Tabla N° 15. Tratamiento ambulatorio para infecciones oportunistas por población PEMAR, PVS**

Tratamiento Ambulatorio para Infecciones Oportunistas por Población PEMAR, Personas con VIH	Total	%
Varones adultos y jóvenes (de 15 años en adelante) que viven con el VIH	\$46,921	1.2
Mujeres adultas y jóvenes (de 15 años en adelante) que viven con el VIH	\$34,790	0.9
Adultos y jóvenes (de 15 años en adelante) que viven con el VIH no desglosados por sexo	\$47,188	1.2
Niños varones (menores de 15 años) que viven con el VIH	\$1,205	0.0
Niñas (menores de 15 años) que viven con el VIH	\$575	0.0
Niños (menores de 15 años) que viven con el VIH no desglosados por sexo	\$520,497	13.0
Personas que viven con el VIH no desglosadas por edad ni por sexo	\$3361,895	83.8
<b>Total</b>	<b>\$4013,071</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2014

El Manejo de las IO es prioritario, por lo que debe tratarse en primer lugar la IO para luego iniciar la TAR, de acuerdo al conteo de CD4.<sup>16</sup>

El tratamiento para IO se refiere a un conjunto de medicamentos, diagnóstico y atención utilizados para el tratamiento de enfermedades relacionadas con el VIH y se brinda de manera ambulatoria en la consulta externa de los hospitales descentralizados con TAR.

En la tabla N° 16 se observa que la inversión para el tratamiento ambulatorio de IO es más alta con un 93% y la profilaxis demostró un gasto menor con un 3%. (Ver tabla N° 15 y 16)

<sup>16</sup> Ministerio de Salud, Guía Clínica para la Atención de personas con VIH, año 2014

Tabla N° 16. Tratamiento ambulatorio para infecciones oportunistas por subcategorías

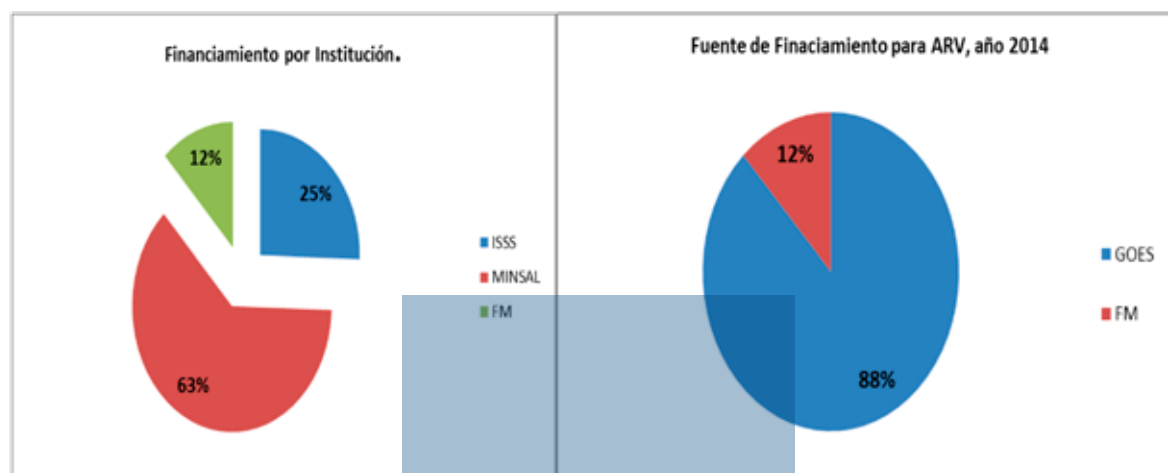
Gasto en Atención ambulatoria en infecciones oportunistas por tipo de población PVS	Total	%
Profilaxis ambulatoria de IO	\$140,183	3
Tratamiento ambulatorio de IO	\$3746,464	93
Profilaxis y tratamiento ambulatorios de IO no desglosados por tipo	\$126,424	3
<b>Total</b>	<b>\$4013,071</b>	<b>100</b>

Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2014

Las IO son enfermedades causadas por diversos microorganismos, algunos de los cuales generalmente no producen enfermedad en personas con sistemas inmunitarios sanos. Las personas que viven con infección por el VIH en estadio avanzado pueden contraer infecciones oportunistas en los pulmones, el cerebro, los ojos y otros órganos. Entre las enfermedades oportunistas de aparición frecuente en personas diagnosticadas con VIH Avanzado se encuentran la neumonía por pneumocystis carinii, la criptosporidiosis, la histoplasmosis, Toxoplasmosis y otras infecciones parasitarias, víricas y fúngicas. El gasto reflejado para esta área fue de \$ 4, 013,071 en el cual la población de personas con VIH son las principales beneficiarias (Ver tabla n° 1)

**d. Gasto en ARV en adultos y niños**

g- Gráfico N° 17. Gasto en ARV por fuente de financiamiento



Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2014



**TABLA N° 17 Financiamiento de ARV por institución**

ARV , 2014		
INSTITUCION	MONTO	%
ISSS	\$823,188.00	25.5
MINSAL	\$2019,355.00	62.5
FM	\$387,101.00	12.0
Total	\$3229,644.00	100.0

Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2014

Según el Informe Nacional de la Situación del VIH, año 2014, reporta los siguientes indicadores relacionadas a la TAR: a) Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH avanzada que recibe terapia antirretrovírica; b) Porcentaje de adultos y niños con el VIH que sigue con vida y se tiene constancia de que continúa en tratamiento 12 meses después de haber iniciado la terapia antirretroviral y c) Porcentaje de establecimientos que dispensan medicamentos antirretrovirales que han experimentado desabastecimiento de al menos un fármaco en los últimos 12 meses. Con el primer indicador se reportó 49.1%, con el cual se mide el avance que se tiene en el suministro de la terapia antirretroviral (TAR) a todas las personas con infección avanzada de VIH. Este dato incluye la información de las personas que se encuentran en TAR en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), siendo un total de 2,517 personas, y el Ministerio de Salud (MINSAL) un total de 7,688. Es importante considerar en este indicador, a pesar que la cobertura ha disminuido, esto se debe a que el denominador es producto de Estimaciones con el Software Spectrum de ONUSIDA, el cual considera toda la información de la epidemia, además de los cambios realizados en la Guía Clínica de Atención a personas con VIH, por lo que el denominador aumenta considerablemente con respecto al año anterior, y esto provoca que se reporte la brecha en la cobertura; sin embargo hasta el momento no tenemos listas de espera de medicamentos antirretrovirales, y todos los pacientes que requieren de medicamentos por su condición de VIH los reciben gratuitamente en los establecimientos de MINSAL e ISSS. El segundo indicador se relaciona principalmente con la supervivencia pero también con la voluntad de seguir el tratamiento. (Entendiéndose que una persona con VIH avanzado que inicia su TAR, debe continuar de por vida con el medicamento)

Se ha evidenciado que para el año 2014 el 80.9% de adultos y niños con el VIH sigue con vida y se tiene constancia de que continúa en tratamiento 12 meses después de haber iniciado la terapia antirretroviral, con lo cual los esfuerzos por continuar trabajando en la adherencia de los pacientes resulta importante para garantizar la sobrevivencia de los mismos y el tercer indicador mencionado, mide el desabastecimiento de antirretrovirales, este indicador presiona a los servicios de salud, ya que su medición es un día determinado durante el mes y toma en cuenta como desabastecimiento un antirretroviral que no se encuentre disponible, anteriormente no se contaba con una herramienta de medición para este indicador, con el apoyo de USAID por medio de SCMS se ha logrado una mejora sustancial en los sistemas de información, de manera que esta es la primera vez que se reporta. Se ha verificado la existencia de antirretrovirales en el Almacén Central El Paraíso y no se ha experimentado desabastecimiento, sin embargo el

reporte está evidenciando la necesidad de fortalecer la cadena logística, ya que esa es la situación que está afectando la medición de este indicador, y por lo cual el reporte es del 55%.<sup>17</sup>

En cuanto al gasto total realizado en terapia antirretroviral para adultos y niños fue de \$3,229,644 lo que corresponde al 11.02% del monto erogado para atención. El financiamiento para ARV tiene dos fuentes: a) El 88% es por GOES de este porcentaje el 25% le corresponde al Instituto Salvadoreño del Seguro Social y el 63% al Ministerio de Salud; b) la otra fuente es el Fondo Mundial a quien se le estimo un gasto del 12%. Este dato evidencia el compromiso que el país tiene en garantizar la compra de estos medicamentos para nuestros usuarios con VIH. (Ver gráfico 17 y tabla 17).

**Tabla N° 18. Gasto en terapia antirretroviral en adultos y niños**

Tratamiento Antirretroviral	Fuente Publica	Fuente Privada	Fuente Internacional	Total	Tratamiento Antirretroviral
Terapia antirretrovírica de primera línea – adultos	\$626,282	\$0	\$263,225	\$889,507	28.43
Terapia antirretrovírica de segunda línea – adultos	\$1572,135	\$0	\$0	\$1572,135	50.24
Terapia antirretrovírica con múltiples fármacos para adultos después del fracaso del tratamiento de segunda línea	\$373,460	\$0	\$0	\$373,460	11.94
Terapia antirretrovírica de primera línea – pediátrica	\$173,994	\$0	\$0	\$173,994	5.56
Terapia antirretrovírica de segunda línea – pediátrica	\$96,672	\$0	\$0	\$96,672	3.09
Terapia antirretrovírica no desglosada por edad ni por línea de tratamiento	\$0	\$0	\$23,200	\$23,200	0.74
<b>TOTAL</b>	<b>\$2842,543</b>	<b>\$0</b>	<b>\$286,425</b>	<b>\$3128,968</b>	<b>100.00</b>
<b>%</b>	<b>90.85</b>	<b>0.00</b>	<b>9.15</b>	<b>100.00</b>	

Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2014

Para el año 2014, El Salvador cuenta con la estandarización de los siguientes esquemas: a) inicios para adultos, embarazadas y niños, b) Segunda Línea para adultos y niños, c) Tercera Línea para adultos y niños d) esquemas de profilaxis pos exposición laboral al VIH, e) y la

<sup>17</sup> Informe Nacional sobre el Estado de Situación del VIH en El Salvador en cumplimiento del Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación del Plan Estratégico Nacional Multisectorial, Año 2014

estandarización de esquemas de profilaxis pos exposición al VIH, por abuso sexual, logrando el objetivo de mejorar la calidad y supervivencia de las personas con VIH, considerándose una enfermedad crónica y tratable clínicamente.<sup>18</sup> (Ver tabla 18)

**Tabla Nº 19. Gasto en apoyo nutricional asociado a terapia retroviral por población PEMAR, PVS**

Gasto en apoyo nutricional asociado a terapia antirretroviral por población PEMAR, PVS.	Total	%
Varones adultos y jóvenes (de 15 años en adelante) que viven con el VIH	\$645.00	3.8
Mujeres adultas y jóvenes (de 15 años en adelante) que viven con el VIH	\$813.00	4.7
Niños (menores de 15 años) que viven con el VIH no desglosados por sexo	\$14,219.00	82.7
Personas que viven con el VIH no desglosadas por edad ni por sexo	\$408.00	2.4
Personas que viven con el VIH no desglosadas por edad ni por sexo PEMAR	\$1,111.00	6.5
	No datos	
<b>Total</b>	<b>\$17,196.00</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2014

La nutrición cumple un importante papel en el mantenimiento de la salud de las personas con VIH. Una nutrición adecuada es fundamental para mantener el sistema inmunitario de una persona, para sostener niveles saludables de actividad física y para la calidad de vida. También es necesaria para obtener beneficios óptimos de la terapia antirretrovírica. La nutrición debería convertirse en parte integral de la respuesta de los países al VIH.

El gasto en apoyo nutricional asociado a la terapia antirretroviral en Personas con VIH fue de \$17,196.00 lo que corresponde al 0.46% del monto total en el componente de Atención y Tratamiento. (Ver tabla Nº 19)

**e. Gasto en Hospitalización por infecciones oportunistas en personas con VIH**

El gasto estimado en hospitalización dirigido a personas con VIH fue del 62.48% (\$18,909,925), lo que corresponde a costos de día cama hospitalizados, así como la alimentación,

<sup>18</sup> Ministerio de Salud, Guía Clínica para la Atención integral en Salud de las personas con VIH, año 2014

administración de medicamentos, exámenes de gabinete, laboratorio, atención por el personal de salud, etc.

El gasto erogado para esta sub clasificación ha sido el mayor monto estimado en el estudio, incluyendo los gastos en hospitalización por infecciones oportunistas (IO). Es preocupante para la salud pública los casos de morbilidad así como los costos que se generan debido a la atención intrahospitalaria que se brinda a aquellos pacientes que no son adherentes a su medicamento y que por lo tanto se hacen vulnerables a adquirir o desarrollar una IO. Según estudios realizados en el año 2013 por el PNUD, sobre Adherencia a la TAR demuestra que, solo un 42.2% de las personas con VIH son adherentes a la TAR.<sup>19</sup> Por lo que se recomienda aplicar estrategias para fortalecer la adherencia en estos pacientes para disminuir los casos de morbilidad por las IO, así como bajar los índices de mortalidad en nuestros usuarios con VIH. (ver tabla N°20 y 21)

**Tabla N° 20. Gasto en hospitalización por infecciones oportunistas por tipo de población PEMAR, PVS**

Gasto en hospitalización por tipo de población PVS	Total	%
Personas con el VIH no desglosadas por edad ni por sexo	\$18,909,925	100

Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2014

**Tabla N°: 21 Gasto en Hospitalización por Infecciones Oportunistas en Población VIH**

Tratamiento Hospitalario de Infecciones Oportunistas	Total	%
Mujeres adultas y jóvenes (de 15 años en adelante) que viven con el VIH	\$9,067.00	0.69
Adultos y jóvenes (de 15 años en adelante) que viven con el VIH no desglosados por sexo	\$176,553.00	13.44
Niños (menores de 15 años) que viven con el VIH no desglosados por sexo	\$63,050.00	4.80
Personas que viven con el VIH no desglosadas por edad ni por sexo	\$1054,454.00	80.28
Profesionales femeninas del sexo y sus clientes	\$6,166.00	0.47
Profesionales del sexo no desglosados por sexo y sus clientes	\$4,000.00	0.30
Niños nacidos o por nacer de mujeres que viven con el VIH	\$203.00	0.02

Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2014

<sup>19</sup> Estudio de Medición de la Adherencia a la Terapia Antiretroviral (TAR) de personas con VIH de la Red de Hospitales del Ministerio de Salud de El Salvador, durante los meses Abril de 2013. PNUD.

Los principales beneficiarios de este tipo de atención son las personas con VIH en un 100%. (Ver tabla 21). Es importante recalcar que la fuente de datos para este rubro hospitalario brinda información generalizada y no detalla sub categorías específicas.

## 6.8- COMPONENTE DE HUÉRFANOS Y NIÑOS VULNERABLES (HNV)

### a- Gasto en Educación, Salud, Servicios de Hogar y Gasto Institucional para Huérfanos y Niños Vulnerables.

El gasto en el componente de Huérfanos y Niñez Vulnerable fue de \$99,222 para el año 2014, lo que representa el 0.15% del total de gastos erogados para ese año.

Las subcategorías del componente de HNV fueron: educación para HNV (\$5,541), atención básica de la salud para HNV (\$900), apoyo comunitario para HNV (\$23,903), servicios sociales para HNV (\$39,905) y costos administrativos y atención institucional para HNV (\$28,973).

La subcategoría con mayores gastos fue servicios sociales para HNV, que fue financiada por la cooperación internacional. La categoría de HNV ha presentado un decrecimiento desde el año 2008 hasta la fecha, pasando de \$145,503 en el 2008 a \$99,222 en el 2014. A pesar del decrecimiento, el porcentaje de gasto sigue siendo muy bajo (inferior al 0.2% en todos los años desde el 2008 hasta 2014).

En El Salvador, la situación de la población de huérfanos y niñez vulnerable es atendida por el Instituto Salvadoreño de Niñez y Adolescencia ISNA. Es necesario hacer investigaciones sobre la situación de los HNV en El Salvador, para construir estrategias que contribuyan al bienestar de la población HNV. (Ver tabla nº 22)

Tabla Nº 22. Gasto en Huérfanos y Niñez Vulnerable

Categoría de Huérfanos	Fuente Pública	Fuente Privada	Fuente Internacional	Total
<b>Educación para HNV</b>	\$ -	\$ 600	\$ 4,941	\$ 5,541
Atención básica de la salud para HNV	\$ -	\$ 900	\$ -	\$ 900
<b>Apoyo comunitario para HNV</b>	\$ -	\$ 5,700	\$ 18,203	\$ 23,903
Servicios sociales para HNV y costos administrativos	\$ 167	\$ 5,208	\$ 34,530	\$ 39,905
<b>Atención institucional para HNV</b>	\$ 28,973	\$ -	\$ -	\$ 28,973
<b>Total</b>	\$ 29,140	\$ 12,408	\$ 57,674	\$ 99,222

Fuente: MINSAL, MEGAS 2014

## 6.9- COMPONENTE DE GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROGRAMAS

Los gastos de Gestión y administración de programas son los que se encuentran en niveles administrativos, y los servicios son la gestión de programas de VIH, monitoreo y evaluación, sensibilización, capacitación previa al servicio y mejora de instalaciones a través de la compra de equipos de laboratorio y telecomunicaciones, construcción de servicios sanitarios.

El gasto en el componente de Gestión y Administración de Programas fue de \$3, 808,140 lo que representa el 6% del total del gasto erogados para el 2014. (Ver gráfico n° 8 y tabla n° 2 y 23)

**Tabla N° 23. Componente de Gestión y Administración de Programas**

Gestión, administración de programas	Fuente Pública	Fuente Privada	Fuente Internacional	Total
<b>Planificación, coordinación y gestión de programas</b>	\$302,475	\$295,159	\$1334,650	\$1932,284
Costos de administración y transacción asociados con la gestión y el desembolso de fondos	\$87,950	\$141,456	\$535,178	\$764,584
<b>Vigilancia y evaluación</b>	\$91,573	\$0	\$126,773	\$218,346
Vigilancia serológica (serovigilancia)	\$1,352	\$0	\$53,184	\$54,536
<b>Vigilancia de la farmacorresistencia al VIH</b>	\$0	\$0	\$11,300	\$11,300
Sistemas de suministros de fármacos	\$63,477	\$0	\$111,960	\$175,437
<b>Tecnología de la información</b>	\$0	\$0	\$363,187	\$363,187
Seguimiento de pacientes	\$8,720	\$0	\$4,740	\$13,460
<b>Mejora y construcción de infraestructura</b>	\$144,053	\$5,350	\$111,603	\$261,006
Gestión y administración de programas no desglosadas por tipo	\$0	\$0	\$14,000	\$14,000
<b>Total</b>	<b>\$699,600</b>	<b>\$441,965</b>	<b>\$2666,575</b>	<b>\$3808,140</b>

Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2014

La subcategoría con mayores gastos fue planificación, coordinación y gestión de programas con el 51% (\$1932,284) del gasto del componente, esta subcategoría incluye la divulgación de información estratégica y sobre prácticas óptimas, planificación/evaluación de los esfuerzos de prevención, atención y tratamiento; análisis y aseguramiento de la calidad de los datos demográficos y sanitarios relacionados con el VIH, actividades de coordinación, en apoyo de los principios de los "Tres unos"<sup>20</sup>. La segunda subcategoría con mayores gastos fue Costos de administración y transacción asociados con la gestión y el desembolso de fondos con un 20% (\$764,584) del gasto del componente, estos gastos incluyen costos incurridos en la gestión de

<sup>20</sup> Coordinación de un único marco aprobado de acción sobre el VIH, un solo plan de Monitoreo y Evaluación y apoyo para establecer o fortalecer una autoridad nacional coordinadora del sida.

programas encuadrados en la respuesta nacional al VIH, en la provisión de supervisión administrativa de rutina y asistencia técnica al personal del programa. En tercer lugar, se encontró la subcategoría de tecnología de la información con un 10% (\$363,187) del monto del componente, esta subcategoría incluye la puesta en marcha y las actualizaciones del SUMEVE, el fortalecimiento del mismo y de sus redes informáticas para gestionar los datos relacionados con el VIH. El componente de Gestión y administración de programas ha sido financiado por la cooperación internacional en 70% (\$2666,575) del total de gastos del componente, y el rubro que mayormente ha financiado es Planificación, coordinación y gestión de programas.

Gráfica N° 18. Componente de Gestión y Administración de Programas



Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2014

## 6.10- COMPONENTE DE RECURSOS HUMANOS

Esta categoría incluye el fortalecimiento de los recursos humanos a través de la capacitación, la contratación, la retención, el despliegue y la recompensa por buen desempeño de directores y trabajadores sanitarios por el trabajo en el campo del VIH.

El componente de Recursos Humanos representa el 2% (\$1303,651) del monto total en Sida. El rubro de Capacitaciones representa el mayor gasto del componente con un 75.2%, (\$980,844) del gasto del componente. En este rubro se incluyen las capacitaciones impartidas a profesionales sanitarios como no sanitarios, en el desarrollo de Master, Diplomados, Talleres, Sesiones de Capacitación, etc En cuanto a las fuentes de financiamiento, ha sido la cooperación internacional quienes han aportado el 76.3% de los gastos en este componente. Entre los Cooperantes que han aportado a esta área son Proyecto ESTHER de España, Fondo Mundial, Agencias que trabajan en el marco de Cooperación PEPFAR, etc (Ver tabla N° 24)

**Tabla 24. Recursos Humanos**

Recursos Humanos	Fuente Pública	Fuente Privada	Fuente Internacional	Total
<b>Incentivos monetarios para recursos humanos</b>	\$134,273	\$ -	\$ 11,870	\$ 146,143
Formación para fortalecer una fuerza de trabajo sobre el VIH	\$ 1,410	\$ -	\$ 175,254	\$ 176,664
<b>Capacitación</b>	\$ 50,470	\$122,400	\$ 807,974	\$ 980,844
<b>TOTAL</b>	\$186,153	\$122,400	\$ 995,098	\$1,303,651

Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2013

## 6.10- COMPONENTE DE PROTECCIÓN SOCIAL Y SERVICIOS SOCIALES

Protección social son las acciones de organizaciones gubernamentales o no gubernamentales en la provisión de beneficios monetarios y beneficios en especie a personas con enfermedad, vejez, incapacidad, desempleo, exclusión social y otros relacionadas con VIH.

El gasto en el componente de Protección Social y Servicios Sociales para el 2014 fue de \$90,513 lo que representa el 0.14% del total del gasto en VIH.

El rubro con el mayor gasto fue Protección social a través de la provisión de servicios sociales con el 49% (\$44,706) del gasto del componente. En la provisión de servicios se incluyen acciones para gastos de sepelio, honorarios de la funeraria, servicios de guardería y transporte de pacientes.

El segundo rubro con mayores gastos fue Protección social a través de beneficios monetarios con el 29% (\$26,355) del monto del componente y el tercer rubro fue protección social a través de beneficios en especie con el 21%.(Ver tabla N° 25).

Es una deuda para el país, la creación de un sistema de protección social dirigidas a las personas con VIH, sus familias y allegados.





**Tabla 25. Protección Social**

Protección social y servicios sociales, excluidos los HNV	Fuente Pública	Fuente Privada	Fuente Internacional	Total
<b>Protección social a través de beneficios monetarios</b>	\$14,157	\$4,554	\$7,644	\$26,355
Protección social a través de beneficios en especie	\$11,425	\$3,120	\$4,907	\$19,452
<b>Protección social a través de la provisión de servicios sociales</b>	\$15,580	\$0	\$29,126	\$44,706
<b>TOTAL</b>	\$41,162	\$7,674	\$41,677	\$90,513

Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2014

pbs

pbs

## 6.11 ENTORNOS FAVORABLES (DERECHOS HUMANOS)

El componente de entorno favorable incluye acciones de sensibilización para disminuir el estigma y la discriminación, programas de derechos humanos que faculten a las personas a reivindicar sus derechos, desarrollo institucional específico del sida que incluye el fortalecimiento de la capacidad de instituciones locales clave para poner en marcha programas de VIH de manera eficaz y con una dependencia cada vez menor de la asistencia técnica externa, programas específicos del VIH orientados a las mujeres y programas para reducir la violencia de género.

El monto total de este componente para el año 2014 fue de \$1176,114, que corresponde al 1.8% del monto total erogado. La categoría que presentó un mayor porcentaje, fue sensibilización con un 47% (\$556,689), en segundo lugar programas de derechos humanos con un 34% (\$394,607) del monto del componente. (Ver tabla N° 26).

En El Salvador se instaló la Unidad de VIH en la Procuraduría para la Defensa de Los Derechos Humanos, que a su vez está apoyando la Mesa de VIH de Sociedad Civil, tiene como objetivo incidir en las instituciones del Estado para lograr la eficiencia en el cumplimiento de los Derechos Humanos relacionados al VIH<sup>21</sup>.

No se visualizan gastos en programas específicos para mujeres ni para reducir la violencia de género.

Las fuentes de financiamiento para este componente fueron las fuentes públicas en el 52% del monto del componente, seguido de las fuentes internacionales en el 33% y las fuentes privadas en el 15% del gasto del componente. Las fuentes privadas lo representan ONG's que trabajan en derechos humanos.

pbs

<sup>21</sup> Plan de Trabajo de la Mesa de VIH apoyada por la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos.

**Tabla 26. Entorno Favorable**

Entorno Favorable	Fuente Pública	Fuente Privada	Fuente Internacional	Total
<b>Sensibilización</b>	\$438,252	\$5,702	\$112,735	\$556,689
Programas de derechos humanos	\$25,000	\$108,000	\$261,607	\$394,607
<b>Desarrollo institucional específico del sida</b>	\$0	\$0	\$14,450	\$14,450
Entorno favorable no desglosado por tipo	\$147,035	\$63,333	\$0	\$210,368
<b>TOTAL</b>	<b>\$610,287</b>	<b>\$177,035</b>	<b>\$388,792</b>	<b>\$1176,114</b>

Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2014

## 6.12- INVESTIGACIÓN

La categoría de investigación presentó un gasto de \$369,446 que representa un porcentaje del 0.58% de todos los gastos erogados, disminuyendo del 2013 en \$224,063. La categoría de investigación representa uno de los menores gastos del presente estudio.

Las subcategorías de gasto más altas fueron la investigación biomédica con el 51% (\$188,659) de los gastos del componente y la investigación en ciencias sociales con el 30% (\$110,770) de los gastos del componente. (Ver tabla nº 27).

En el 2012 la Subcomisión Nacional de M y E de CONASIDA, elaboró la Agenda de Investigación en VIH cuyos temas prioritarios relacionados a la magnitud del problema fueron:

- Incidencia de ITS en población Trans
- Mortalidad asociada a VIH/Sida
- Morbilidad asociada a Infecciones Oportunistas con énfasis a población Trans
- Morbilidad y efectos adversos asociados a TAR a largo plazo (énfasis género y Trans )

Los temas priorizados relacionados con los determinantes del problema fueron:

- Estigma y discriminación basados en la orientación sexual y en la identidad de género (énfasis Gobernanza)
- Seguimiento a la adherencia a la TAR (énfasis en población Trans)
- Calidad de los servicios hospitalarios (énfasis en población Trans )
- Calidad de los medicamentos (y suministros)

• Sigue siendo un reto para el país, cumplir con la Agenda de Investigación en VIH para contar con evidencia para la toma de decisiones.

### Tabla N° 27. Gasto en Investigación

Investigación	Fuente Pública	Fuente Privada	Fuente Internacional	Total
Investigación biomédica	\$0	\$0	\$188,659	\$188,659
Investigación epidemiológica	\$0	\$0	\$15,800	\$15,800
Investigación en ciencias sociales	\$0	\$0	\$110,770	\$110,770
Investigación relacionada con las vacunas	\$0	\$0	\$14,450	\$14,450
Actividades de investigación relacionada con el VIH no desglosadas por tipo	\$0	\$0	\$39,767	\$39,767
<b>TOTAL</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$369,446</b>	<b>\$369,446</b>

Fuente: Ministerio de Salud, MEGAS 2014

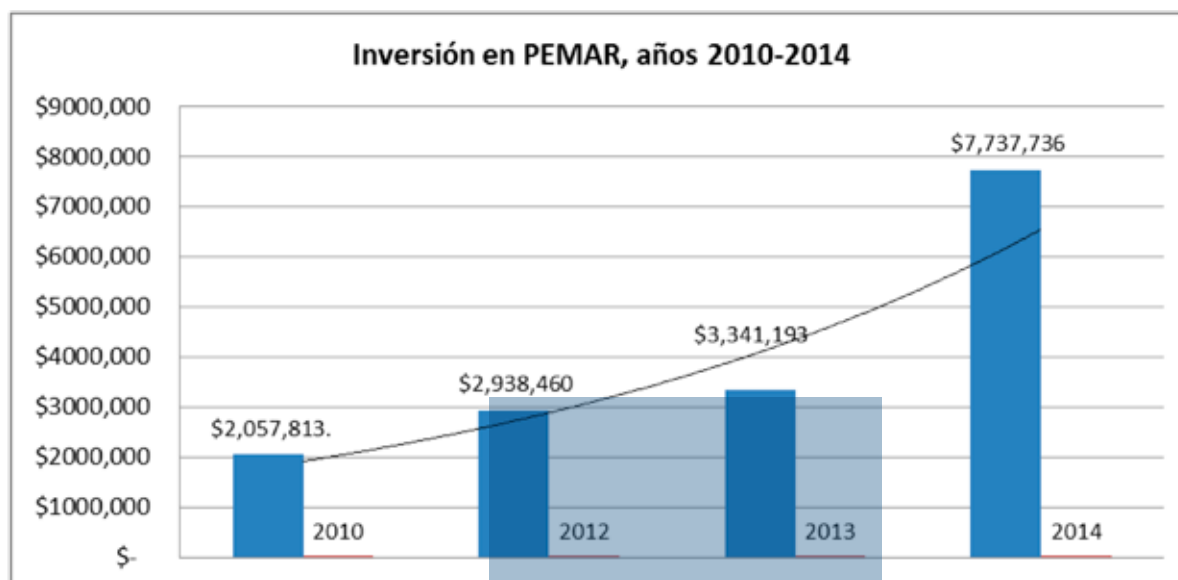
pbs

pbs

### 6.13- GASTO POR BENEFICIARIOS:

Gráfica N° 18:

a) Inversión en Población PEMAR

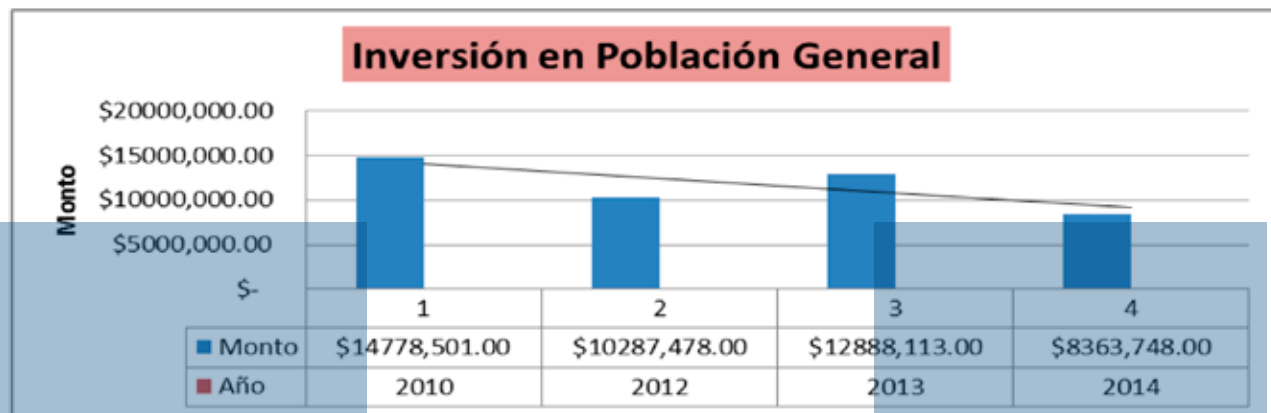


Fuente: Ministerio de Salud, El Salvador, Informe MEGAS 2014.

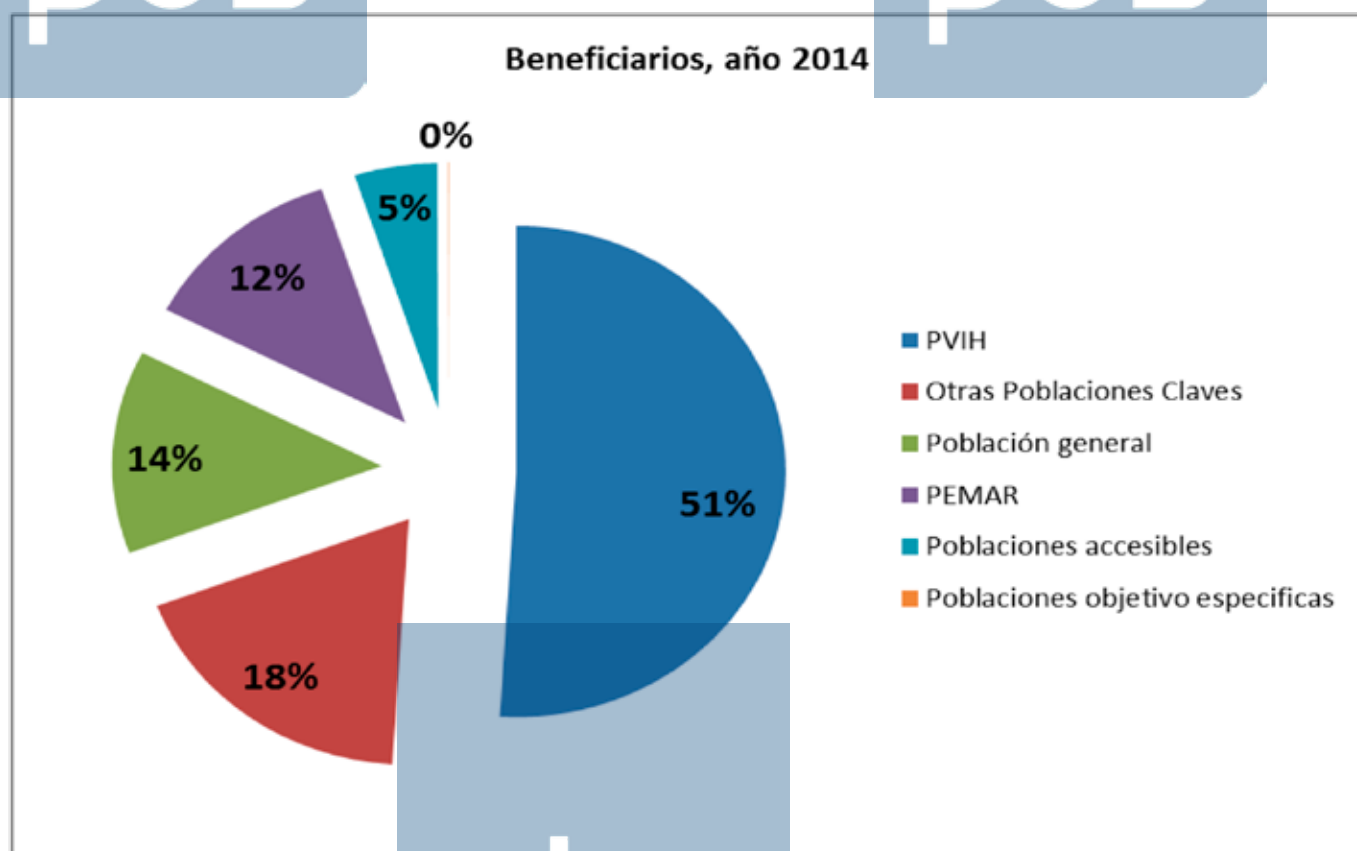
pbs

Hemos evidenciado a través de los estudios MEGAS que la inversión destinada hacia las poblaciones claves (HSH, TRANS, Trabajadoras de Sexo), ha incrementado con un 248% desde el año 2010 al año 2014. Demostrando así que el país está priorizando el trabajo de prevención hacia dichas poblaciones, tomando en cuenta que el Salvador tiene una epidemia de tipo concentrada, lo que contribuirá grandemente a disminuir los casos de VIH.

Grafica N° 19:  
Inversión en población general



Grafica N° 20: Gasto por Beneficiarios.



Fuente: MINSAL, MEGAS 2014

A través de las gráficas N° 18,19, 20 se demuestra que las actividades dirigidas a los diferentes grupos de población ha sido más equitativa, lógicamente el gasto en Personas con VIH es el mayor con un 51% del total de la inversión.

## 7- CONCLUSIONES

- ✓ Según lo planteado en el presupuesto del PENM 2011-2015 se necesitan 26 millones anuales para el desarrollo de las actividades de atención y tratamiento y a través del MEGAS 2014 se ha evidenciado que el gasto cubierto fue de \$29,313 Millones para dicha área programática, lo que indica que se están cubriendo las estrategias planteadas.
- ✓ En cuanto al gasto que el país está realizando en el tema del VIH se evidencia un incremento en los últimos 6 años, pues se ha pasado de un gasto en el 2008 de \$41.2 Millones a \$63.6 Millones en el 2014, es decir \$ 22, 4 Mill, más en este período, lo que representa un aumento del 52%
- ✓ 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 2014, fue de \$63.6 millones lo que implica que existe una brecha de \$2.4 Millones.
- ✓ Una de las áreas que ha tenido un incremento importante en los últimos años es la prevención en donde se pasó de \$9.6 Millones en el 2008 a \$27.4 Mill en el 2014. Es decir presentó un incremento del 185%, esto ha fortalecido grandemente las acciones realizadas en Prevención del VIH en el país, según las Estadísticas Nacionales de 6 casos diarios de VIH que se detectaban en el 2010 en la actualidad se reportan 4 casos diarios de VIH. Lo que refleja que se está invirtiendo más financiamiento en esta área para lograr disminuir los casos en el Salvador.
- ✓ La segunda categoría de gasto en la cual refleja mayor inversión es la de Atención ya que de \$26. 33 millones que se invirtió en el 2008, se ha encontrado que para el año 2014 incremento un gasto de \$29.3 Mill lo que representa un 11% de incremento.
- ✓ La fuente Pública, representa el mayor porcentaje de financiamiento con un 71% ; en segundo lugar la fuente internacional, con un 23 % y en tercer lugar la fuente privada con un 6%, este último representa un 40% al gasto de bolsillo de la población, ONS 37% y canales de TV 23%
- ✓ Dentro del componente de Prevención, la seguridad hematológica fue el componente con mayor gasto presentado (34%), proveniente en su mayor porcentaje del sector público. Es importante mencionar que desde hace varios años, no se ha detectado

infección por VIH a través de transfusiones sanguíneas, lo que sugiere que la inversión ha obtenido los resultados esperados.

- ✓ En segundo lugar fue: asesoramiento y pruebas voluntarias, presentando un porcentaje de 13.9% del gasto en prevención.
- ✓ Comunicación para el cambio social y comportamental, presento un 11.03 % del gasto erogado para prevención.
- ✓ Reducción del riesgo para poblaciones vulnerables y accesibles, representado un 9.36 % del gasto en prevención.
- ✓ Prevención, diagnóstico y tratamiento de ITS, represento un gasto de 67.5%
- ✓ Uno de los componentes más exitosos es la Prevención en la Transmisión Materno Infantil, el gasto en este componente ha sido bajo, 6.6%, sin embargo los logros en la prevención han dado los resultados esperados.
- ✓ Es importante mencionar que el gasto en HNV ha disminuido un 32%, comparado con el gasto del 2008, esto se debe a que, desde la implementación de la Lepina y para brindar una atención más integral a NNH con VIH que eran beneficiados en los albergues (Jardín de Amor y Reina Sofía), fueron desinstitucionalizados y entregados a sus familiares.
- ✓ Por otro lado, según estadísticas nacionales, desde hace 5 años aproximadamente se ha evidenciado una disminución de casos de VIH en niños y niñas nacidas de mujeres positivas, llegando casi a la eliminación de casos debido a los resultados exitosos presentados en la Prevención de la Transmisión Materno Infantil, lo que nos acerca a cumplir la meta del 2% ó menos. (Guía Clínica para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y El Caribe, OPS, UNICEF 2011)
- ✓ Se ha fortalecido el apoyo financiero en las Poblaciones PEMAR ya que en el año 2008 se estimó un gasto de \$ 2,057,813 y para el año 2014, el monto erogado fue de \$ 7,737,736.00, lo que hace un incremento del 276%, lo que evidencia que las acciones se están enfocando hacia las poblaciones de mayor riesgo, lo que permitirá fortalecer las acciones de prevención y control del VIH hacia los grupos mencionados.

The logo for PBS (Programa de Salud) is displayed in white lowercase letters on a dark blue square background.

## 8- RECOMENDACIONES

- 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 fortaleciendo el trabajo en prevención con las Poblaciones expuestas a mayor riesgo (PEMAR).
- Continuar con la elaboración de estudios complementarios y de seguimiento en la situación socio económico y nutricional de los niños huérfanos y niños vulnerables para la creación de planes de acción en medidas de protección social, entre otras según las necesidades que se encuentren.
- Las acciones de investigación tuvieron un porcentaje de gasto mínimo, por lo que se recomienda actualizar la Agenda de Investigación en VIH y hacer la gestión de recursos y el fortalecimiento encaminada a lograr evidencias para la medición de la respuesta y a identificar nuevas acciones que respondan al VIH y continuar haciendo enlaces con las universidades para que los estudiantes en maestría desarrollen sus tesis en relación a dicha agenda.
- Los componentes de prevención: Seguridad Hematológica y Prevención Materno Infantil han sido catalogados como exitosos, cuyos gastos han sido utilizados para lograr los objetivos esperados. Por lo que se recomienda sistematizar las experiencias exitosas y comunicarlas a otros países.
- 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.
- Continuar el trabajo conjunto con la RIIS para el fortalecimiento de la oferta y demanda de la prueba de VIH y la pre y post consejería, con el objetivo de cumplir con las metas de ONUSIDA 90, 90, 90 específicamente con “aumentar al 90% la proporción de personas con VIH que conoce su diagnóstico”

pbs

## 9- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guía práctica de MEGAS – La pasión y la ética entorno de MEGAS, ONUSIDA, 2009
2. El principio de los «Tres unos» para la coordinación de las respuestas nacionales al VIH <http://data.unaids.org/UNA-docs/Three-Ones>.
3. Guía práctica de MEGAS – La pasión y la ética entorno de MEGAS, ONUSIDA, 2009
4. Estudio de Medición del Gasto en Sida 2008, 2010, 2012, 2013
5. Estudio de Uso de Servicios de Salud por HSH en San Salvador realizado por Measure Evaluation del año 2012.
6. Ministerio de Salud, Informe Nacional sobre el Estado de Situación del VIH en El Salvador en Cumplimiento del Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación del Plan Estratégico Nacional Multisectorial, año 2014
7. Memoria de Labores 2014, Ministerio de Salud
8. Encuesta Centroamericana de Vigilancia del Comportamiento Sexual al VIH, 2010
9. Ministerio de Salud, Estudio VICITS 2012.
10. ONUSIDA, Tendencias en la epidemia y la respuesta en VIH en Centroamérica, Análisis de los informes nacionales de avances en la lucha contra el sida 2012 San Salvador, 21 y 22 de Noviembre de 2012 “Dependencia financiera por país de la PTMI (2012)”
11. Guía clínica para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en America Latina y El Caribe

The image shows the PBS logo, which consists of the lowercase letters 'pbs' in a white, sans-serif font, centered within a light blue square. This logo is positioned at the bottom center of the page, above a dark teal curved shape that forms part of the footer.



## 10- ANEXOS

### ANEXO N° 1 INSTITUCIONES QUE ENVIARON INFORMACION PARA MEGAS 2014 A- SECTOR PRIVADO

	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN
1	Arzobispado de la Arquidiócesis de San Salvador
2	Asociación Atlacatl Vivo Positivo, Atlacatl
3	Asociación Comité Contra el SIDA (CoCoSI)
4	Asociación Cristiana de Jóvenes de El Salvador (ACJ)
5	Asociación Cristiana El Renuevo.
6	Asociación de Mujeres Flor de Piedra
7	Asociación de Mujeres LIQUIDAMBAR
8	Asociación de Mujeres por la Dignidad y La Vida (Las Dignas)
9	Asociación Demográfica Salvadoreña (ADS)
10	Asociación Movimiento Melida Anaya Montes Red de Colectivas Juveniles Feministas (LAS MELIDAS)
11	Asociación Nacional de Personas Positivas Vida Nueva El Salvador (ANP+VN)
12	Asociación Nuevo Amanecer de El Salvador ( ANADES)
13	Asociación Organización de Mujeres Salvadoreñas por la Paz (ORMUSA)
14	Asociación Panamericana de Mercadeo Social (PASMO)
15	Asociación Red Salvadoreña de Personas con VIH/SIDA (REDSAL +)
16	Asociación Salvadoreña de Ayuda Humanitaria (PROVIDA)
17	Asociación Salvadoreña de Derechos Humanos “Entre Amigos”
18	Asociación Salvadoreña para la Información y Capacitación Integral Sostenible (ASAFOCAIS)
19	Asociación Salvadoreña Pro Salud Rural (ASAPROSAR)
20	Asociación Salvadoreña Promotora de la Salud (ASPS)
21	Asociación Solidaria para Impulsar el Desarrollo Humano (ASPHID ARCO IRIS)

22	Fundación Ayuda en Acción (ONG Internacional)
23	Centro Médico Policial (PNC)
24	Colectivo Alejandría
25	Comunicando y Capacitando a Personas Viviendo con VIH/SIDA en El Salvador (COMCAVIS+)
26	Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con vih/sida (I.C.W)
27	Coordinadora Nacional de la Mujer Salvadoreña (CONAMUS)
28	Cruz Roja Salvadoreña
29	El VIH no Discrimina El Salvador
30	Fraternidad Gay sin Fronteras
31	Fundación Huellas
32	Fundación Inocencia
33	Fundación Nacional para la Prevención, Educación y Acompañamiento de la Persona VIH (FUNDASIDA)
34	Fundación Nuevos Tiempos
35	Fundación Para La Lucha Contra el SIDA (CONTRASIDA)
36	Fundación Seraphim
37	Iglesia Comunitaria Metropolitana "Misericordia de El Salvador" (ICM)
38	Instituto Especializado de Educación Superior de Profesionales de la Salud de El Salvador (IEPROES)
39	Médicos del Mundo
40	Movimiento de Mujeres Orquídeas del Mar
41	Organización de Trabajadoras del Sexo de El Salvador (OTS)
42	Red Centroamericana de Personas viviendo con VIH (REDCA+)
43	Sínodo Luterano Salvadoreño o Iglesia Luterana Salvadoreña
44	Visión Mundial
45	Visión Propositiva de El Salvador
46	Alcaldía de San Salvador
47	Movimiento Lésbico Juvenil (lesbos)
48	Misión Cristiana Elim
49	Nayarit, Mujeres y Juventudes

pbs

pbs

## MEDIOS DE COMUNICACIÓN QUE TRANSMITEN PROGRAMA HABLEMOS DE VIDA

	CANAL 8	
	CANAL 10	
	CANAL 15	
	CANAL 17	
	CANAL 21	
	CANAL 23	
	CANAL 25	
	CANAL 29	
	CANAL 33	
	CANAL 67	

## LABORATORIOS PRIVADOS

<b>Laboratorio Clínico Fray Martin de Porres</b>
Laboratorio Clínica Familiar
<b>Laboratorio Clínico Romo</b>
Laboratorio Clínico Hansen
<b>Hospital Centro Ginecológico</b>
Laboratorio Clínico Zúñiga
<b>Centro Pediátrico</b>
Laboratorio Clínico ALED
<b>Laboratorio Clínico Angel</b>
Laboratorio Clínico Citológico Pasteur
<b>Laboratorio Clínico La Esperanza</b>
Laboratorio Clínico Rubio
<b>Laboratorio Clínico Octavio Ortiz</b>
Laboratorio Clínico Lambda
<b>Laboratorio Clínico Cárcamo</b>
Laboratorio Clínico San Rafael
<b>Laboratorio Clínico Palacios</b>

Salvadoreño LABSAL

Laboratorio Clínico San Nicolás

Laboratorio Clínico Vides

Laboratorio Clínico del Hospital de la Mujer

Laboratorio Clínico Chapeltique

Laboratorio Clínico Kahn

Laboratorio Clínico Bonanza

Laboratorio Clínico San Fernando

Laboratorio Clínico Anama

Laboratorio Clínico Cytilab

Laboratorio Clínico Bio-Lab

Laboratorio Clínico Parroquial Inmaculada Concepción

Laboratorio Clínico Minero San Nicolás

Laboratorio Clínico San Nicolás Lempa

Laboratorio Clínico Profesional Chalateco

Laboratorio Clínico FUNDESO

Laboratorio Clínico DELMER

Laboratorio Clínico Promedica Hospital central

Laboratorio Clínico Koneman Casa Matriz

Laboratorio Clínico Hospital Diagnostico Escalon

Laboratorio Clínico Perla

Laboratorio Clínico Zenar

Laboratorio Clínico Cristalab

Laboratorio Clínico PRO-Diagnostico

Laboratorio Clínico CADER

Laboratorio Clínico Bloom

Laboratorio Clínico Milenium

Laboratorio Clínico Clínicos del CID

Laboratorio Clínico San Lucas

Laboratorio Clínico San Francisco

Laboratorio Clínico Canizalez

Laboratorio Clínico Profesional Chalateco

Laboratorio Clínico Popular

Laboratorio Clínico ALED Olocuilta

Laboratorio Clínico Torres Ruíz

Laboratorio Clínico FUNDESO

pbs

obs

pbs

## B- SECTOR GUBERNAMENTAL

INSTITUCIONES DE GOBIERNO	
<b>MINISTERIO DE EDUCACIÓN</b>	
PROCURADURIA DE LA DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS	
SANIDAD MILITAR	
INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL (ISSS)	
INSTITUTO SALVADOREÑO DE NIÑEZ Y ADOLESCENCIA (ISNA)	
ACADEMIA NACIONAL DE SEGURIDAD PUBLICA (ANSP)	
POLICIA NACIONAL CIVIL (PNC)	
DIRECCIÓN DE DIVERSIDAD SEXUAL. SECRETARIA DE INCLUSIÓN SOCIAL	
DIRECCIÓN DE JUVENTUD. (INJUVE)	
MINISTERIO DE SALUD (MINSAL): NIVEL CENTRAL: TUBERCULOSIS PLANIFICACION FAMILIAR, PROGRAMA NACIONAL DE ITS/VIH- SIDA, LABORATORIO CENTRAL, BANCO DE SANGRE, DIVISION DE VIGILANCIA SANITARIA, FONDOS EXTERNOS, FM/MINSAL, HOSPITALES QUE BRINDAN TERAPIA ANTIRRETROVIRAL HOSPITALES QUE NO BRINDAN TAR REGIONES DE SALUD ESTABLECIMIENTOS DE SALUD SIBASIS	
CONASIDA	
MINISTERIO DE JUSTICIA	
ALCALDIA DE SAN SALVADOR	

## C- SECTOR EXTERNO

AGENCIAS COOPERANTES	
	Programa Conjunto de las Naciones Unidas (ONUSIDA).
	Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).
	Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).
	Programa Mundial de Alimentos (PMA)
	Fondo para las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).
	Programa para Fortalecer la Respuesta Centroamericana para el VIH (USAID/PASCA).
	USAID/CAPACITY PROJECT.
	PLAN/FONDO MUNDIAL
	FONDO MUNDIAL/Ministerio de Salud.
	HEALTH FOCUS
	MECANISMO COORDINADOR DE PAIS (MCP)
	Red Centroamericana de Personas viviendo con VIH REDCA (+)
	Red de programas de Formación en Epidemiología de Campo y Salud Pública; el Salvador (TEPHINET)
	Secretaria Ejecutiva de la Comisión de Ministros de Centroamérica, El Salvador (SE- COMISCA)
	Programa Naciones Unidas para El Desarrollo (PNUD)
	Mecanismo Coordinador de País El Salvador (MCP-ES)
	Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC)
	"Red de Solidaridad Hospitalaria Contra El Sida", PROYECTO ESTHER, ESPAÑA
	Fortalecimiento de los Sistemas de la cadena de Suministros, USAID El Salvador (SCMS)
	Organización Panamericana de Mercadeo Social (PASMO)

**ANEXO 4: INSTRUMENTOS PARA RECOLECTAR DATOS:  
FORMULARIO PARA AGENCIA COOPERANTE  
Hoja 1**

Agente receptor de fondos

<b>En la siguiente tabla, por favor indique:</b>		
El nombre de la(s) institución(es) a la(s) cuál(es) les ha transferido fondos en el año 2014		
<b>Detalle el monto efectivamente gastado en el año 2014, por cada una de las instituciones financiadas</b>		
	<b>Nombre de la Institucion u organismo cooperante que le asigno Fondos</b>	<b>Monto total en el año 2014 (\$)</b>
5.1		\$ -
5.2		\$ -
5.3		\$ -
5.4		\$ -
5.5		\$ -
5.6		\$ -
<b>TOTAL</b>		<b>\$ -</b>

Hoja 2

En la siguiente tabla, por favor indique: gasto ejecutado directamente desde la Agencia Cooperante

Distribuya el monto total en: Categorías del Gasto (según anexo 1, parte A) en la(s) que han trabajado como Institución, utilice una línea por categoría. En la población meta (según anexo 1, parte B), que corresponden a cada categoría, se deberá anotar el monto gastado

NOMBRE DE INSTITUCION	MONTO	FUENTE	CATEGORIA DEL GASTO (ver anexo 1 parte A)	MONTO DE GASTO EN CATEGORIA	POBLACION META (ver anexo 1 parte B)	MONTO DE GASTO EN POBLACION BENEFICIARIA	FACTORES DE PRODUCCION (VER ANEXO 2)	MONTO DE GASTO EN FACTOR DE PRODUCCION
	\$ -			\$ -		\$ -		\$ -
				\$ -		\$ -		\$ -
				\$ -		\$ -		\$ -
				\$ -		\$ -		\$ -
				\$ -		\$ -		\$ -
				\$ -		\$ -		\$ -
				\$ -		\$ -		\$ -
				\$ -		\$ -		\$ -
				\$ -		\$ -		\$ -
				\$ -		\$ -		\$ -
<b>Total</b>				<b>\$ -</b>		<b>\$ -</b>		<b>\$ -</b>

Observaciones:

# FORMULARIO PARA INSTITUCIONES DE GOBIERNO

## Hoja 1

FORMATO DE RECOPIACION DE INFORMACION

MEGAS  
INSTITUCIONES DE GOBIERNO

El uso de esta información es absolutamente confidencial y de responsabilidad etica y administrativa del Programa Nacional de ITS/VIH-SIDA

Fecha:

Nombre de la Institución:

Nombre de la persona responsable de la información:

Cargo:

Telefono \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Calidad Juridica de la Institución:

Señale con una X los casilleros que correspondan

Institución

**pbs**

Pública

Privada

Con fines de lucro

Sin fines de lucro

**pbs**

Nacional

Internacional

Origen de los fondos:

Propios (monto):

\$

-

Transferidos por Terceros (monto)

\$

-

Año:

2014

Nombre del Agente Financiero :

Tipo de moneda del gasto:

USD





**SI LA INSTITUCION CUENTA CON FONDOS PROPIOS PARA EL AREA DE VIH, FAVOR COMPLETE ESTE FORMULARIO:**

En la siguiente tabla, por favor indique: gasto ejecutado directamente desde la Institución, para El Salvador

Distribuya el monto total en: Categorias del Gasto (según anexo 1, parte A) en la(s) que han trabajado como Institución, utilice una línea por categoría. En la población meta (según anexo 1, parte B), que corresponden a cada categoría, se deberá escribir el monto gastado

NOMBRE DE INSTITUCION	MONTO	FUENTE	CATEGORIA DEL GASTO (ver anexo 1 parte A)	MONTO DE GASTO EN CATEGORIA	POBLACION META (ver anexo 1 parte B)	MONTO DE GASTO EN POBLACION BENEFICIARIA	FACTORES DE PRODUCCION (VER ANEXO 2)	MONTO DE GASTO EN FACTOR DE PRODUCCION
pbs				\$ -				\$ -
				\$ -				\$ -
				\$ -				\$ -
				\$ -				\$ -
				\$ -				\$ -
				\$ -				\$ -
				\$ -				\$ -
				\$ -				\$ -
				\$ -				\$ -
				\$ -				\$ -
Total				\$ -				\$ -




## FORMULARIO PARA ONG

Para cada institución u organismo-ONGS que cuenta con fondos propios, según detalle en cuadro 2

Distribuya el monto total en: Categorías del Gasto (según anexo 1, parte A) en la(s) que han trabajado como Institución, utilice una línea por categoría.

En la población meta (según anexo 1, parte B), que corresponden a cada categoría, se deberá anotar el monto gastado

NOMBRE DE INSTITUCION	MONTO	FUENTE	CATEGORIA DEL GASTO (ver anexo 1 parte A)	MONTO DE GASTO EN CATEGORIA	POBLACION META (ver anexo 1 parte B)	MONTO DE GASTO EN POBLACION BENEFICIARIA	FACTORES DE PRODUCCION (VER ANEXO 2)	MONTO DE GASTO EN FACTOR DE PRODUCCION
								
			Total					



FORMULARIO PARA LABORATORIO CENTRAL Y BANCOS DE SANGRE

SECCION DE VIH, INMUNOLOGIA Y BANCO DE SANGRE LABORATORIO CENTRAL

El uso de esta información es absolutamente confidencial y de responsabilidad ética y administrativa de los consultores de MEGAS 2014

1. Origen de los Fondos

Propios (monto en \$) \$

Transferidos por Terceros (monto en \$) \$

Nombre de la Institución que transfirió los fondos:

2. Fuentes de Financiamiento

En la siguiente tabla, por favor indique:

El nombre de la(s) Institución(es) de la(s) cual(es) ha recibido financiamiento en el año de la estimación

El monto efectivamente gastado en el año, por cada fuente de financiamiento

Nombre de la Fuente de Financiamiento

Monto total gastado

3. Banco de Sangre

pbs

**No. De pruebas confirmatorias para Hepatitis B y C procesadas en el 2014:**

Fuente: Reporte de Actividades Diarias Sección VIH Laboratorio Central

No. Total de pruebas de Hepatitis B:

Costo unitario

Costo total:

No. Total de pruebas de Hepatitis C:

Costo unitario

Costo total:

**4. Pruebas de Diagnostico de VIH:**

**Total de pruebas de diagnostico realizados en el 2014**

Fuente: Reporte de Actividades Diarias Sección VIH Laboratorio Central

Total de pruebas rápidas realizadas en el 2014:

Costo unitario de pruebas rápidas:

Costo total:

No Pruebas para diagnostico (Western Bloot):

Costo unitario:

Costo total:

No total de pruebas Elisa realizadas en el año:

Costo unitario de pruebas de Elisa

Costo total:

**5. Pruebas de Seguimiento: PVVS.**

The PBS logo is displayed in white lowercase letters on a light blue square background.

No. Total de pruebas de seguimiento realizadas en el año 2014:

Fuente: Reporte de Actividades Diarias Sección VIH Laboratorio Central

No. Total de pruebas de seguimiento CD4-CD8 realizadas 2014:

Costo unitario

Costo total:

No. Total de pruebas de seguimiento CARGA VIRAL realizadas 2014:

Costo unitario

Costo total:

**6. Pruebas de ITS**

Total de pruebas de ITS realizadas en el año:

Fuente: Reporte de Actividades Diarias Sección VIH Laboratorio Central

No. Total de pruebas de RPR

Costo unitario de prueba de RPR:

Costo total:

No. Total de pruebas de FTA ABS

Costo unitario de prueba de FTA ABS:

Costo total:

**7. Resumen de gastos de operación**

Reactivos, equipos, materiales e insumos de laboratorio

Gastos Administrativos(funcionamiento)\*

Salario base de 7 Profesionales en 12 meses fondos GOES:

**Total de gastos de  
operación:**

\* incluye pago de personal profesional y gastos en servicios básicos(agua, teléfono, papelería y otros)

pbs

FORMULARIO PARA LABORATORIOS CLINICOS PRIVADOS

El uso de esta información es absolutamente confidencia y de responsabilidad ética y administrativa del Ministerio de Salud Pública y asistencia Social y de la Junta de Vigilancia en Laboratorio Clínico

1- Nombre del Laboratorio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

2- Calidad jurídica de la Institución:

Señale con una X los casilleros que correspondan:

Institución	Publica	Privada
Nacional		

3- Prestaciones

Describa los exámenes clínicos realizados para la detección o seguimiento de VIH a los usuarios de su Laboratorio por sexo y total de pago (\$) asumidos por los usuarios.

3.1 De ser posible incluya otros exámenes de laboratorio o gabinete que les ha realizado a personas con VIH o SIDA en el periodo comprendido de enero a diciembre del 2014

Favor incluir las ofertas de servicio a las instituciones autónomas, privadas, en la siguiente tabla.

Descripción del Servicio	Hombres	Mujeres	Total de pruebas realizadas
--------------------------	---------	---------	-----------------------------

Servicio de laboratorio Clínico

Prueba rápida

Otras pruebas de laboratorio realizada a personas VIH-SIDA

Hemograma

Cultivos

Servicio de imágenes

3.2 En relación al cuadro anterior reporte el total de los pagos asumidos por el usuario en la realización de pruebas de detección o seguimiento de VIH.

\$ \_\_\_\_\_

3.3 Describa las pruebas de detección de Infecciones de Transmisión Sexual, realizadas a los usuarios del Laboratorio en el periodo de enero a diciembre del 2014

Favor descargar la información por sexo y total de pago (\$) asumidos por los usuarios.

Pruebas	Hombres	Mujeres	Total de Pruebas realizadas
---------	---------	---------	-----------------------------

3.4 En relación al cuadro anterior, reportar el total de gastos asumidos por el usuario en la realización de las pruebas de detección o seguimiento de Infecciones de transmisión sexual. \$ \_\_\_\_\_



## CLASIFICACION DE CATEGORIAS DE GASTO Y BENEFICIARIOS

CATEGORIAS DE GASTO (PARTE A)			BENEFICIARIOS (PARTE B)	
	Funciones de Prevención		BP1	<b>Persona que viven con VIH</b>
1.01	Comunicación para cambio social	3.3 Apoyo familiar	1.1.	Jóvenes mayores de 15 años y adultos VIH
1.02	Movilización de la comunitaria	3.4 Apoyo comunitario	1.1.2	Mujeres adultas y jóvenes mayores de 15 años
1.03	Asesoramiento y pruebas voluntarias	3.5 Servicios sociales y administrativos	1.2.1	Niños menores de 15 años
1.04	programa de reducción del riesgo para poblaciones vulnerables y accesibles	3.6 Atención Institucional	1.2.1	Niñas menores de 15 años
1.5	Jóvenes escolarizados	F4 Gestión y Administración de Programas	BP2	Poblaciones mas expuestas(en mayor riesgo)
1.06	Jóvenes no escolarizados	4.1 Planificación, Coordinación y Gestión de Programas	2.1	Usuarios de drogas intravenosas
1.07	Prevención de la Transmisión dirigida a personas que viven con VIH	4.2 Costos de administración	2.2	Trabajadoras sexuales y sus clientes
1.08	Programa para profesionales del sexo y sus clientes	4.3 Vigilancia y evaluación	2.2.3	Trabajadores sexuales y sus clientes
1.09	Programas a hombres que tienen sexo con hombres	4.4 Investigación de operaciones	2.3	Hombres que tienen sexo con hombres
1.1	Programas de reducción de daños para consumidores de drogas	4.5 Vigilancia Epidemiológica	BP3	<b>Otras Poblaciones Claves(Grupos Vulnerables)</b>
1.11	Programas de prevención en el lugar de trabajo	4.6 Vigilancia de la farmacoresistencia del VIH	3.1	Huérfanos y niños vulnerables
1.12	Comercialización social del preservativo	4.7 Sistema de suministros de fármacos	3.2	Niños por nacer de madres VIH
1.13	Suministro de Condone sector publico y privado	4.8 Tecnología de la Información	3.3	Refugiados

pbs

1.14	Suministro de preservativos femeninos en: sector publico y privado	4.9	Seguimiento de pacientes	3.4	Personas desplazadas
1.15	Microbicidas	4.1	Actualización de infraestructura, equipo materiales capacitación de personal de laboratorios	3.5	Migrantes/poblaciones móviles
1.16	Manejo de las ITS			3.6	Grupos indígenas
1.17	Prevención de la transmisión vertical	<b>F5</b>	<b>Incentivos para reclutar y retener R.H</b>	3.7	Prisioneros y otras personas institucionalizadas
1.18	Circuncisión masculina	5.1	Incentivos monetarios para médicos	3.8	Conductores de Camiones
1.19	Sangre Segura	5.2	Incentivos monetarios para enfermeras	3.9	Niños y jóvenes en riesgo viviendo en la calle
1.2	Inyecciones seguras	5.3	Incentivos monetarios para otro personal	3.1	Niños y jóvenes miembros de pandillas
1.21	Prevencciones Universales			3.11	Niños y jóvenes no escolarizados
1.22	Profilaxis Post Exposición	<b>F6</b>	<b>Protección Socia y Servicios Sociales</b>	3.12	jóvenes institucionalizados en centros/menores
		6.1	Protección social a través de beneficios económicos	3.13	Parejas de personas que viven con SIDA
<b>F2.</b>	<b>Atención y Tratamiento</b>	6.2	Protección/Beneficios en especie	<b>BP4</b>	<b>Poblaciones específicas Accesibles</b>
2.1	Atención Ambulatoria	6.3	Provisión de servicios sociales	4.1	Pacientes de clínica de ITS
2.1.1	Asesoramiento y Pruebas iniciadas por el proveedor	6.4	Generación de ingresos específicos del VIH	4.2	Estudiantes en la escuela primaria





2.1.2.2	Tratamiento de infecciones oportunistas	F7	Entorno Favorable	4.4	jóvenes en universidad
2.1.3	Terapia con ARV Adultos	7.1	Sensibilización	4.5	Trabajadores de los servicios de salud
2.1.3.1	Terapia para Niños	7.2	Programas de Derechos Humanos	4.6	Marineros
2.1.4	Apoyo Nutricional asociado a la TARV	7.3	Programas orientados a las mujeres c/VIH	4.7	Militares,
2.1.5	Monitoreos de Laboratorio			4.8	Policías
2.1.6	Programa de Atención Odontológica PVS	F8	Investigación relacionada a VIH		
2.1.7	Tratamiento Psicológico	8.1	Investigación biomédica	BP5	Población General
2.1.9	Atención Domiciliaria no medica	8.2	Investigación clínica	5.1.1	Población de varones adultos
2.2	Atención Hospitalaria	8.3	Investigación Epidemiológica	5.1.2	Población de mujeres adultas
2.2.1	Tratamiento hospitalario de infecciones oportunistas	8.4	Investigación en ciencias sociales	5.2	Niños
2.2.98	Tratamiento en hospitales	8.5	Investigación de comportamiento	5.2.1	Niños varones menores de 15 años
F3.	Huérfanos y Niños Vulnerables	8.6	Fortalecimiento de la capacidad de investigación	5.2.2	Niñas menores de 15 años
3.1	Educación	8.7	Investigación relacionada a vacunas	5.3	Jóvenes mayores de 15 años a 24 años
3.2	Apoyo a cuidados básicos de salud			5.3.1	Jóvenes varones
				5.3.2	Jóvenes mujeres



## FACTORES DE PRODUCCIÓN (PF)

### Definiciones y descripciones

La mano de obra y el capital son dos factores que contribuyen a la creación del producto. La mano de obra representa las contribuciones humanas a la producción; y el capital, los bienes utilizados en la producción de otros bienes. Puesto que las clasificaciones de proveedores y factores de producción se centran en los productos en relación al VIH, también es conveniente analizar los insumos o factores de producción que crean estos productos. En el sistema de MEGAS, la clasificación de los factores de producción agrupan los gastos en función de los recursos utilizados para la producción, por ejemplo, sueldos, salarios, edificios nuevos, refacciones, etc. (partidas presupuestarias).

Esta clasificación también se ha utilizado en otros ejercicios contables como objeto de rubros de gastos y partidas presupuestarias. Principalmente fuera del sector de la salud, los documentos contables podrían no ser tan específicos como la clasificación de Factores de producción de la MEGAS. Por este motivo, se agregaron subcategorías «.98» en cada categoría de factores de producción, a fin de asegurar la exhaustividad y de evitar las distribuciones forzadas en las categorías cuando no existe información suficiente para desglosarlos en el tercer o cuarto dígito.

**PF.01 GASTOS ACTUALES.** Se refiere al valor total de los recursos en efectivo o especie, pagadero a un proveedor de salud o proveedor de servicios sociales por parte de un agente de financiación en nombre del consumidor final de los servicios sanitarios o sociales a cambio de los servicios realizados (incluida la entrega de bienes) durante el año de la valoración.

**PF.01.01 Renta de trabajo:** Compensación de empleados y remuneración de propietarios.

**PF.01.01.01 Salarios:** Incluye todo tipo de salarios, sueldos y otras formas de compensación, incluidas todas las clases de pagos adicionales, como el pago de horas extra o por trabajo nocturno, bonificaciones, asignaciones diversas y vacaciones anuales. Entre los pagos en especie se encuentran las comidas, bebidas, vestimenta especial, transporte desde y hacia el trabajo, estacionamiento de automóviles, guardería infantil y el valor del interés perdido cuando se otorgan préstamos sin interés o a una tasa reducida. También se incluyen los pagos realizados para contratar o retener a trabajadores (de salud u otro tipo) en la prestación de servicios relacionados con el VIH.

**PF.01.01.02 Contribuciones sociales:** Incluye las contribuciones sociales recibidas por personal de salud o de trabajo social. Entre las excepciones se encuentran las contribuciones sociales de empleadores, los pagos en especie de suministros y servicios requeridos para trabajar y los pagos realizados a trabajadores en inactividad.

**PF.01.01.03 Renta de trabajo no salarial:** Incluye los honorarios obtenidos por proveedores autónomos de atención y otros servicios que contribuyen a la respuesta nacional al VIH, gratificaciones y diversas formas de compensación de servicios prestados diferentes de los enumerados en PF.01.01.01 y PF.01.01.02

pbs

**PF.01.01.98 Renta de trabajo no desglosada por tipo:** Incluye la renta de trabajo registrada en definiciones anteriores pero no especificada por tipo.

**PF.01.01.99 Renta de trabajo sin clasificar en otras categorías (s.c.o.):** comprende cualquier otra renta de trabajo no registrada en las definiciones anteriores.

**PF.01.02 Suministros y servicios:** Los suministros y servicios consisten en todos los bienes y servicios subcontratados utilizados como insumos en la producción de actividades relacionadas con el VIH. Esta categoría incluye bienes que se consumen en su totalidad cuando ingresan en el proceso de producción, durante el cual se deterioran o se pierden, se dañan accidentalmente o son objeto de hurto. Tales bienes incluyen artículos duraderos de bajo costo —por ejemplo, herramientas de mano— y artículos que son más económicos que la maquinaria y los equipos.

**PF.01.02.01 Suministros materiales:** Uno de los tipos más importantes de suministros son los productos farmacéuticos. Por esta razón, se crea una subcategoría específicamente para fármacos antirretrovíricos y otra para productos farmacéuticos. Las donaciones de materiales y suministros deben tratarse de manera tal que refleje valores reales, por lo que los montos registrados deben estar en precios de mercado y con el descuento de subsidios menos impuestos indirectos. Los bienes de mercado y no de mercado adquiridos para aumentar las existencias de inventario no deben incluirse.

**PF.01.02.01.01 Fármacos antirretrovíricos:** Comprende todos los diferentes fármacos que son eficaces contra el VIH. Incluye todos los tipos de tratamiento.

**PF.01.02.01.02 Otros fármacos y productos farmacéuticos (excluidos los antirretrovíricos):** Abarca todos los fármacos utilizados, por ejemplo, para tratar infecciones oportunistas o de transmisión sexual.

**PF.01.02.01.03 Suministros médicos y quirúrgicos:** Incluye suministros médicos y quirúrgicos, que son artículos desechables o reutilizables que generalmente no contienen piezas mecánicas que se suelen encontrar en los equipos médicos. Se usan principalmente en consultorios, salas de emergencia o quirófanos.

**PF.01.02.01.04 Condones :** Abarca tanto femeninos como masculinos.

**PF.01.02.01.05 Reactivos y materiales:** Comprende los reactivos que se utilizan en las pruebas como CD4, carga vírica, prueba de inmunoadsorción enzimática (ELISA), análisis bioquímicos, hematología, etc. También abarca todos los demás materiales excepto los materiales médicos codificados en PF.01.02.01.03.

**PF.01.02.01.06 Alimentos y nutrientes:** Comprende los alimentos o nutrientes utilizados con fines de tratamiento, de prevención u otros, como los alimentos servidos durante talleres o actividades de capacitación.

**PF.01.02.01.07 Uniformes y materiales escolares:** Comprende uniformes materiales escolares, en su mayoría relacionados con ASC asociados a HNV

**PF.01.02.01.98 Suministros materiales no desglosados por tipo:** Comprende los gastos en materiales y suministros para los que no existe información suficiente para desglosarlos en el cuarto dígito.

**PF.01.02.01.99 Otros suministros materiales sin clasificar en otras categorías (s.c.o.):** Comprende cualquier otro material y suministro no registrados en las definiciones anteriores.

**PF.01.02.02 Servicios:** La complejidad de la prestación de servicios en la respuesta al VIH implica una cantidad considerable de subcontratación de servicios intermedios y la ejecución por parte de una organización externa. Cuando este es el caso, los gastos en personal, suministros y transporte se incluyen juntos. Los servicios prestados por empleados están excluidos porque sus salarios se registran en PF.01.01 y los gastos en suministros se registran en PF.01.02.01. Tanto los servicios intermedios como los finales adquiridos han de ser retenidos, entre ellos, la atención y los servicios sociales, así como aquellos necesarios para el mantenimiento y la reparación de bienes fijos, de manera que esos bienes puedan utilizarse más allá de las vidas útiles esperadas sin cambiar su rendimiento. Los servicios utilizados como compensación para empleados están excluidos.

**PF.01.02.02.01 Servicios administrativos**

**PF.01.02.02.02 Servicios de mantenimiento y reparación**

**PF.01.02.02.03 Servicios de editoriales, películas, telerradiodifusión y programación:** Incluye la publicación de libros, folletos, volantes, diccionarios, enciclopedias, atlas, mapas y gráficos; publicación de periódicos, revistas profesionales y publicaciones periódicas; publicación de directorios y listas de correo y de otro tipo, así como publicación de software.

**PF.01.02.02.04 Servicios de consultoría**

**PF.01.02.02.05 Servicios de transporte y viajes:** Comprende los servicios relacionados con el transporte y viajes. Por ejemplo, pasajes de avión y alquiler de automóviles, combustible, pasajes de bus, etc.

**PF.01.02.02.06 Servicios de alojamiento:** Comprende los servicios relacionados con la provisión de alojamiento o albergue

**PF.01.02.02.07 Logística de eventos, incluidos servicios de catering:** Incluye, por ejemplo, alquiler del lugar, efectos de sonido, actividades de servicio de comidas y bebidas que ofrezcan comidas completas o bebidas, etc.

**PF.01.02.02.08 Servicios de intermediación financiera**

**PF.01.02.02.98 Servicios no desglosados por tipo:** Comprende los servicios para los que no existe información suficiente para desglosarlos en el cuarto dígito.

**PF.01.02.02.99 Servicios sin clasificar en otras categorías (s.c.o.):** Comprende cualquier otro servicio no registrado en las definiciones anteriores.

**PF.01.98 Gasto actual no desglosado por tipo:** Comprende los gastos actuales para los que no existe información suficiente para desglosarlos en: renta de trabajo, suministros y servicios o consumo de capital fijo.

**PF.01.99 Gasto actual sin clasificar en otras categorías (s.c.o.):** Comprende los gastos actuales no registrados en las definiciones anteriores.

**PF.02 GASTOS DE CAPITAL.** La categoría gastos de capital registra el valor de los activos no financieros que se adquieren, venden o que han experimentado un cambio en el valor durante el periodo en estudio. Los activos del sistema de salud incluyen nuevas adquisiciones y refacciones importantes y mantenimiento de activos tangibles e intangibles utilizados en forma repetida o continua en procesos de producción de atención sanitaria o de servicios sociales durante periodos superiores a un año. Las principales categorías de la clasificación son edificios, equipos de capital y transferencias de capital. Estas categorías pueden incluir refacciones importantes y reconstrucción o ampliación de activos fijos existentes, ya que estas intervenciones pueden mejorar y prolongar la vida útil antes esperada del activo.

#### **PF.02.01 Edificios**

##### **PF.02.01.01 Mejora de laboratorios y otra infraestructura**

##### **PF.02.01.02 Construcción de nuevos centros de salud**

##### **PF.02.01.98 Edificios no desglosados por tipo**

##### **PF.02.01.99 Edificios sin clasificar en otras categorías (s.c.o.)**

#### **PF.02.02 Equipos**

##### **PF.02.02.01 Vehículos**

##### **PF.02.02.02 Tecnología de la información (hardware y software)**

##### **PF.02.02.03 Equipos de laboratorio y otros equipos médicos**

##### **PF.02.02.98 Equipos no desglosados por tipo**

##### **PF.02.02.99 Equipos sin clasificar en otras categorías (s.c.o.)**

**PF.02.98 Gastos de capital no desglosados por tipo:** Comprende los gastos de capital para los que no existe información suficiente para desglosarlos en: edificios o equipos.

**PF.02.99 Gastos de capital sin clasificar en otras categorías (s.c.o.)** Comprende los gastos de capital no registrados en las definiciones anteriores.

#### **PF.98 Factores de producción no desglosados por tipo**



pbs



pbs



pbs



The PBS logo is centered within a blue square. The letters 'pbs' are in a white, lowercase, sans-serif font. The 'p' is slightly larger than the 'b' and 's'.

pbs

The PBS logo is centered within a blue square. The letters 'pbs' are in a white, lowercase, sans-serif font. The 'p' is slightly larger than the 'b' and 's'.

pbs

The PBS logo is centered within a blue square. The letters 'pbs' are in a white, lowercase, sans-serif font. The 'p' is slightly larger than the 'b' and 's'.

pbs