



**Misión de revisión integral
conjunta de la respuesta a la
infección por el VIH y las ITS del
sistema de salud y apoyo técnico
hacia la innovación, la ampliación
y la sostenibilidad**

El Salvador, San Salvador, enero 2018



Contenido

INTRODUCCIÓN.....	3
II. ANTECEDENTES.....	5
2.1 Contexto General.....	5
2.2 Marco Jurídico.....	6
2.3 Modelo Nacional de Salud	8
2.4 Servicios de Salud.....	9
III. SITUACIÓN EPIDEMIOLOGICA DEL VIH E ITS EN EL SALVADOR	10
3.1 Casos de VIH.....	10
3.2 Población clave	11
3.2.1 Vigilancia Centinela de las ITS (VICITS) en poblaciones Clave	12
3.2.2 Infecciones de transmisión sexual en población clave	13
3.2.3 Comportamiento de la población clave en VICITS, 2016	13
3.3 Situación de las Infecciones de Transmisión Sexual ITS.....	14
3.4 Cascada del Continuo de la Atención en VIH.....	15
3.5 Situación de VIH en embarazadas y niños expuestos.....	16
3.5.1 Embarazo y sífilis	18
IV. MISIÓN CONJUNTA.....	20
4.1 Objetivo.....	20
4.2 Resultados previstos	21
4.3 Metodología.....	21
V. HALLAZGOS DE LA MISIÓN CONJUNTA.....	22
5.1 RECTORÍA Y GOBERNANZA	22
5.1.1 Fortalezas de marco político y legal de la respuesta nacional al VIH/ITS	22
5.1.2 Desafíos y Recomendaciones en marco político y legal de la respuesta nacional al VIH/ITS	23
5.1.3 Sistemas de información en salud	24
5.1.4 Fortalezas gestión de suministros	27
5.1.4.1 Desafíos y Recomendaciones en gestión de suministros	27
5.2 ACCESO EQUITATIVO A SERVICIOS DE SALUD	28
5.2.1 Fortalezas generales.....	28
5.2.2 Fortalezas en Prevención Combinada (PC).....	28
5.2.2.1 Desafíos y Recomendaciones en Prevención Combinada	29
5.2.3 Fortalezas en la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y la sífilis congénita (ETMI)	30

5.2.3.1 Desafíos y Recomendaciones en Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y la sífilis congénita (ETMI)	31
5.2.4 Atención Integral	32
5.2.4.1 Fortalezas de Atención Integral	32
5.2.4.2 Desafíos y Recomendaciones de Atención Integral	33
5.3 Financiamiento con equidad y eficiencia.....	34
5.3.2 Desafíos y Recomendaciones	36
5.4 Intersectorialidad.....	36
5.4.1 Fortalezas	36
5.4.2 Desafíos y Recomendaciones	37
Próximos pasos	37
Bibliografía	38
Anexos	

INTRODUCCIÓN

La Organización Panamericana de la Salud junto con sus socios estratégicos, han apoyado a los países para impulsar los diversos objetivos existentes en la agenda regional como, las metas "90- 90-90", la meta de eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis congénita, las metas de prevención y de cero estigma y discriminación, estas proporcionan la dirección estratégica para la respuesta al VIH en la región de ALC, alineado con los objetivos globales de Fast Track de ONUSIDA, para el año 2020. También se han integrado las metas del Plan Regional de OPS y la Estrategia Mundial de la OMS del sector salud para el VIH y la ITS en el período 2016-2021; el objetivo es poner fin al SIDA, como una amenaza para la salud pública en el año 2030, según lo previsto en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (Objetivo 3).

En este sentido, el Ministerio de Salud de El Salvador, solicitó a la OPS/OMS la realización de una evaluación conjunta e integral, que brinde la asistencia técnica necesaria y que ayude a la construcción de una ruta de trabajo, que contribuya a realizar los ajustes en planes y actividades para una respuesta sostenible en el tema de VIH-ITS. Esta sería la cuarta misión realizada en El Salvador, las últimas se realizaron en los años 2010, 2013 y 2014.

La misión se enmarcó en las siguientes estrategias globales:

- I. Objetivos Desarrollo Sostenible (ODS 3)
- II. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (Salud Universal) – OPS (2014)
- III. Estrategias Mundiales del Sector de la Salud VIH/ITS – OMS (2016-2021)
- IV. Acción acelerada - ONUSIDA (2016-2021)
- V. Plan de acción VIH/ITS - OPS (2016-2021)
- VI. ETMI PLUS (2017)
- VII. Tratamiento 2.0 (2011)
- VIII. Llamado a la Acción - Foros de VIH (México 2014; Rio de Janeiro 2015 y de Haití en el 2017)

La expansión de servicios para el acceso equitativo a la prevención del VIH, atención y tratamiento deben ser considerados e integrados dentro del marco más amplio de Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud (Salud Universal). En este marco también debe inscribirse la transversalidad de los Derechos Humanos, el abordaje de género, la interculturalidad y la diversidad. A la luz de estos ambiciosos objetivos, la expansión sostenible y eficaz de programas de prevención, atención y tratamiento del VIH/ITS, requerirá fortalecer la respuesta desde la perspectiva del sistema de salud con base a las 4 líneas estratégicas de la estrategia regional de Salud Universal:

- a) ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales de calidad, centrados en las personas y las comunidades;
- b) fortalecer la rectoría y la gobernanza;
- c) aumentar y mejorar el financiamiento con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios.

d) fortalecer la coordinación multisectorial, para abordar los determinantes sociales de la salud que garanticen la sostenibilidad de la cobertura universal.

Teniendo en cuenta la perspectiva actual de la infección por VIH, como una enfermedad crónica, ésta requiere atención desde una perspectiva de ciclo de vida, por lo que es necesario llevar a cabo un cambio de paradigma desde un modelo vertical y especializado de atención a uno más integrado. Esto debe ocurrir a través de las redes integradas de servicios de salud, con una priorización y aumento de la capacidad resolutiva del primer nivel de atención, la participación de la sociedad civil, las personas afectadas y un enfoque centrado en la comunidad.

En esta evaluación de la respuesta nacional ante el VIH e ITS, se conformaron dos equipos; nacional y regional; con el objetivo de armonizar metodologías y preparar las agendas con participación multidisciplinaria y multisectorial, donde participan los expertos de los servicios de salud, universidades, representantes de la sociedad civil, incluidas las personas con VIH, miembros de poblaciones clave y vulnerables, socios multilaterales y bilaterales de desarrollo y los donantes, que son claves en la respuesta del sector salud al VIH-ITS.

Se preparó la misión bajo los términos de referencia de la metodología (Anexo n°1) establecida con sus tres fases.

- Fase I) la preparatoria;
- Fase II) la ejecución de la misión 22 enero al 2 de febrero del 2018
- Fase III) fase de seguimiento.

La primera semana de la misión fue del 22 al 26 de enero, específica para los sistemas de información, información estratégica y uso de la información; la segunda semana se realizó del 29 de enero al 2 de febrero, donde se evaluaron los avances y desafíos con respecto a las cuatro líneas estrategias de salud universal en relación a los servicios de atención de VIH e ITS desde la perspectiva del sistema de salud.

Al final de la semana presencial, se presentó al equipo nacional de la misión y a las autoridades de la Comisión Nacional de Lucha Contra el VIH (CONAVIH), un resumen de los hallazgos, los logros, brechas y recomendaciones en el esquema de las líneas estratégicas de Acceso Universal en Salud y una ruta de trabajo para el seguimiento de las recomendaciones de la misión.

Este informe de misión validado y aprobado por el equipo nacional del Ministerio de Salud y coordinado por el programa nacional de ITS-VIH-Sida de El Salvador, será la base de la gestión de las asistencias técnicas y de los diferentes apoyos de los socios estratégicos, para contribuir a una respuesta nacional al VIH e ITS de forma sólida, sostenible y de impacto. Además, servirá de apoyo para el seguimiento de la subvención del Fondo Mundial que será presentada en el primer semestre del 2018.

II. ANTECEDENTES

2.1 Contexto General

El Salvador es el país más pequeño de América Latina; con una extensión territorial de 20,742 kilómetros cuadrados. Su capital es San Salvador, su idioma oficial es el español y desde 2001, la moneda en circulación es el dólar estadounidense.

Limita al norte con la República de Honduras, al sur con el Océano Pacífico (321 km. de costa), al este con la República de Honduras y la República de Nicaragua (con el Golfo de Fonseca de por medio) y al Oeste con la República de Guatemala.

La población de El Salvador es de 6 millones 522,419 habitantes (2016), el 62% reside en zonas urbanas. La mayoría de la población salvadoreña es joven, con un 63.7% de personas menores de 30 años de edad. Las mujeres son el 52.8% de la población. El país está formado por 262 municipios repartidos en 14 departamentos.¹

Con respecto al desarrollo humano, El Salvador es catalogado como un país de desarrollo humano medio, con un IDH de 0.68 en 2016 (PNUD, 2016). Presenta además, una esperanza de vida al nacer de 73.3 años y una incidencia de pobreza multidimensional del 34%.

El crecimiento del producto interno bruto (PIB) de El Salvador alcanzó un 2.4 por ciento en 2016. Este crecimiento fue impulsado principalmente por factores externos, incluidos un ahorro significativo en la factura petrolera, que cayó en US\$262 millones entre 2015 y 2016, y las remesas, que ascendieron a US\$4,576 millones en 2016 (o 17.1% del PIB), US\$306 millones más que en 2015.

Sin embargo, El Salvador continúa sufriendo de persistentes bajos niveles de crecimiento, que entre 2010 y 2016 fueron de un promedio de 1.9% solamente. Este lento desempeño ha convertido al país en la economía de Centroamérica con menos niveles de crecimiento en los últimos años. Para 2017 se estima un crecimiento del 2.3%.²

Según cifras del Banco Mundial, basadas en las líneas nacionales de pobreza, el 41% de los hogares vivían por debajo de la línea de pobreza en 2015, incluyendo el 10% por ciento que vivía por debajo de la línea de pobreza extrema. Estas cifras representan un aumento de la pobreza de alrededor de 4 puntos porcentuales en comparación con el año anterior, impulsado principalmente por un aumento de la pobreza urbana resultante del creciente costo de la vida en las áreas urbanas.

El déficit fiscal se encuentra actualmente en torno al 2.8% del PIB mientras que la deuda pública se espera que alcance el 61.3% del PIB a finales de 2017, más de un punto porcentual mayor que en 2015. El Gasto total en salud es el 6.9% del PIB, dentro del cual un 4.4% del PIB representa el gasto público en salud, por debajo de la meta Regional del 6% acordada por los Estados Miembros de la OPS en 2014. (Anexo2)

En cuanto a los aspectos políticos y sociales, el país ha logrado avances significativos en ambos frentes. La democracia y la paz se han consolidado desde el final de la guerra civil en 1992. El Salvador continúa progresando en la parte social gracias, en parte, a políticas

activas que han ampliado el acceso a los servicios públicos. Por ejemplo, un mayor acceso a centros de servicios de salud, en particular para los pobres, contribuyó a que El Salvador alcanzara el Objetivo de Desarrollo del Milenio 4 (reducción de la mortalidad en niños menores de 5 años).²

A su vez, la desigualdad – medida por el coeficiente de Gini – disminuyó alrededor de 4 puntos entre 2006 y 2015. Esta reducción fue motivada por un importante crecimiento de los ingresos de las personas ubicadas en el 20% inferior de la distribución del ingreso, situando a El Salvador como el país menos desigual después de Uruguay en 2015.²

Sin embargo, la delincuencia y la violencia continúan amenazando el desarrollo social y el crecimiento económico de El Salvador y afectan negativamente la calidad de vida de sus ciudadanos. Otros factores de vulnerabilidad en El Salvador son: los eventos naturales, cambios climatológicos, enfermedades emergentes, entre otros, los que comprometen el desarrollo sostenible del país y el crecimiento económico a largo plazo.

2.2 Marco Jurídico:

A. En la **Constitución de la República** de El Salvador en su TITULO I, CAPITULO UNICO, sobre LA PERSONA HUMANA Y LOS FINES DEL ESTADO, establece en su Art. 1.- *El Salvador reconoce a la persona humana como el origen y el fin de la actividad del Estado, que está organizado para la consecución de la justicia, de la seguridad jurídica y del bien común.*

En consecuencia, es obligación del Estado asegurar a los habitantes de la República, el goce de la libertad, la salud, la cultura, el bienestar económico y la justicia social.

En el TITULO II LOS DERECHOS Y GARANTIAS FUNDAMENTALES DE LA PERSONA CAPITULO I DERECHOS INDIVIDUALES Y SU REGIMEN DE EXCEPCION SECCION PRIMERA DERECHOS INDIVIDUALES en su Art. 3.- *Todas las personas son iguales ante la ley. Para el goce de los derechos civiles no podrán establecerse restricciones que se basen en diferencias de nacionalidad, raza, sexo o religión.*³

B. En el **Código de Salud** se establece el actuar del Ministerio de Salud, en su TÍTULO II, Del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, CAPÍTULO ÚNICO, establece en el Art. 40.- *El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es el Organismo encargado de determinar, planificar y ejecutar la política nacional en materia de Salud; dictar las normas pertinentes, organizar, coordinar y evaluar la ejecución de las actividades relacionadas con la Salud.*⁴

C. En el **Plan Quinquenal de Desarrollo, 2014-2019,** "EL SALVADOR PRODUCTIVO, EDUCADO Y SEGURO", de la Secretaría Técnica y de Planificación, Gobierno de El Salvador, apuesta a convertir a El Salvador en un país incluyente, equitativo, próspero y solidario que ofrezca oportunidades de buen vivir a toda su población y que, como requisito fundamental para ello, reconozca las diferencias y necesidades específicas de los diversos grupos poblacionales. Para materializar estas transformaciones, la gestión gubernamental ha asumido los siguientes compromisos: (a) priorizar el derecho de las personas a una vida digna, plena, feliz y libre de discriminación; (b) garantizar que la realización humana ocurra de forma colectiva, igualitaria y solidaria, en un contexto de paz, equidad y de profundo respeto y armonía con la naturaleza; (c) liderar activamente el proceso del buen vivir; y (d)

garantizar el equilibrio y la corresponsabilidad entre los diversos actores nacionales como uno de los requisitos fundamentales para generar el bienestar de la mayoría de la población. Basado en enfoques de derechos humanos, de género y de ciclo de vida: con las estrategias de equidad, inclusión social y protección social.⁵

D. **Política Nacional de Salud, 2015-2019**, su objetivo primordial es garantizar el derecho a la salud de todas las personas mediante un Sistema Nacional de Salud integrado, sólido, que fortalezca sostenidamente lo público y regule efectivamente lo privado, con un abordaje de determinación social de la salud y la aplicación plena de la estrategia de APS-I, sumando esfuerzos hacia la cobertura universal de salud, el acceso universal a la salud, búsqueda constante de la equidad y de un ambiente sano y seguro, a través de la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación.

La presente Política Nacional de Salud se sustenta en los principios del proceso de reforma: transparencia, solidaridad, compromiso social, equidad, universalidad, gratuidad, intersectorialidad, participación social y organización comunitaria

Para desarrollar y profundizar la **Reforma de Salud**, se han establecido diez ejes estratégicos: Redes Integradas e Integrales de Salud, Sistema de Emergencias Médicas, Medicamentos y otras Tecnologías Sanitarias, Intersectorialidad e Intrasectorialidad, Foro Nacional de Salud, Instituto Nacional de Salud, Información Estratégica en Salud, Desarrollo de Talento Humano en Salud, Violencia y Salud y Salud Ambiental.⁶

E. En el tema de VIH-ITS, el país cuenta con un **Plan Estratégico Nacional Multisectorial de VIH e ITS, 2016-2021**, apoyado por CONASIDA, su Misión es: Conducir las acciones en la repuesta nacional al VIH y las ITS, garantizando el acceso a la atención de las personas con VIH e ITS con estándares internacionales, previniendo nuevas infecciones con acciones innovadoras; propiciando un entorno de respeto a los derechos humanos, equidad de género y la diversidad sexual, encaminada hacia la eliminación del VIH en El Salvador.

Plan Estratégico, se han clasificado en 3 Objetivos, 4 Ejes Estratégicos y sus respectivas Líneas Estratégicas, en los que se describen las actividades por las cuales se alcanzarán dichos resultados.⁷

Los objetivos primordiales son: a) Reducción de nuevas infecciones, b) Reducción de muertes relacionadas a Sida, c) Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y sífilis congénita.

Sus ejes estratégicos son: 1) Financiamiento para la Sostenibilidad, 2) Continuo de la Prevención y Atención con énfasis en poblaciones claves y más vulnerables, 3) Gestión Monitoreo y Evaluación y 4) Entorno favorable y Sinergias.

Se cuenta con el **Plan de Monitoreo y Evaluación** del Plan Estratégico Nacional Multisectorial en respuesta al VIH-sida e ITS 2016-2021, el cual es manejado por un equipo multisectorial, que lo coordina el Ministerio de Salud a través del programa Nacional de VIH-ITS –Sida, su objetivo general es monitorear y evaluar los avances e impacto de las acciones, con el fin de facilitar la toma de decisiones políticas y técnicas en el ámbito del VIH, para una respuesta acelerada a la epidemia en el marco de las metas 90-90-90.⁸

F. El 24 de octubre del 2001 se publicó en el Diario Oficial N° 222, la Ley de Prevención y Control de la Infección Provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, bajo el decreto legislativo N° 588; esta ley fue actualizada, se establece a su ente rector, a la CONAVIH con atribuciones en la conducción de la nueva **Ley de Prevención y Control de la Infección Provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana**, bajo el DECRETO N° 562, del 14 de diciembre de 2016, los equipos nacionales están en el proceso de la elaboración de su reglamento y de mejoras en algunos artículos específicos para su efectividad.⁹

2.3 Modelo Nacional de Salud

El Ministerio de Salud cuenta con un **Plan Estratégico Institucional 2014 – 2019 (PEI)** se inscribe en un amplio marco de políticas públicas de carácter nacional e institucional y de leyes y reglamentos dirigidos a fortalecer la atención integral de la salud a la población salvadoreña.¹⁰

El **modelo de atención** del MINSAL está basado en la estrategia de Atención Primaria de Salud Integral (APSI), dirigido a la atención de la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, incluye intervenciones de atención primaria, secundaria y terciaria (promoción y educación para la salud, detección temprana, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos).

Modelo de provisión de servicios de salud: Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS)

Las RIISS constituyen la herramienta del modelo de prestación de servicios del MINSAL y del sector; se definen como “una red de estructuras que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales, a una población definida en un territorio definido, que está dispuesta a rendir cuentas a la población, por los resultados obtenidos en la cantidad y calidad de los servicios prestados, la aplicación de fondos, así como del estado de salud de la población a la que sirve”.

Los principios esenciales de la RIISS son los siguientes: Gratuidad, Compromiso, Equidad, Transparencia, Participación Social en Salud, Solidaridad, Universalidad e Intersectorialidad.

Se trata de redes que prestan servicios de salud por niveles de atención: primero, segundo y tercer nivel. El núcleo de atención del modelo y que constituyen la puerta de entrada al sistema son los denominados Equipos Comunitarios de Salud Familiar (Ecos Familiares), equipos multidisciplinarios que llevan los servicios hasta la vivienda y la comunidad de los usuarios y usuarias. Existen además, los Equipos Comunitarios de Salud Especializados (Ecos Especializados) que complementan las acciones de los Ecos Familiares, garantizando la continuidad en el proceso de atención y mejorando la capacidad resolutoria de este nivel. Ambas estructuras constituyen el primer nivel de atención, el cual se integra a la red hospitalaria de 2do. y 3er. nivel a través de un sistema de referencia y retorno. (Anexo 3)

2.4 Servicios de Salud

La provisión integral de los servicios del El Ministerio de Salud dirigidos a la persona, la familia y la comunidad, está compuesta por 5 regiones de salud, 17 redes de SIBASI y 68 micro redes municipales e intermunicipales de servicios de salud, que identifican y resuelven las prioridades territoriales con involucramiento de la sociedad civil. ¹¹

El total de la red de servicios cuenta con 818 establecimientos de los cuales el 96% (786) corresponden al primer nivel de atención, el 3% (29) a segundo nivel de atención y el 1% (3) al tercer nivel.

Tabla No 1 Red Nacional de establecimientos de salud del MINSAL

Nivel de Atención	Tipo de establecimiento	Cantidad
Primaria	UCSF Básica	420
	UCSF Intermedias	293
	UCSF Especializadas	39
	Casa de espera materna	21
	Oficina Sanitarias Internacional OSI	10
	Centro Integral de Salud Materna Infantil y de Nutrición (CIAMIN)	1
	Centro DE Atención Integral de Salud del Adolescente (CAISA)	1
	Clínica de empleados	1
Segundo	Centro de Atención de Emergencias (CAE)	2
	Hospitales Básicos	11
	Hospitales departamentales	14
	Hospitales regionales	2
Tercero	Hospitales de referencia regional	3
	total	818

Fuente: DNPNA Y DNHSNA

Se cuenta también con los ECOS, en total 576, de los cuales el 93% (537) corresponde a los ECOS familiares y el 7% (39) a ECOS especializados.

La red de servicios de salud que cuentan con laboratorio son 197 a enero 2018, estos pueden realizar pruebas de VIH y sífilis; los establecimientos que no cuentan con laboratorio, realizan oferta de la prueba, toman la muestra y coordinan con uno de estos establecimiento de sus área geográfica de influencia para su procesamiento.

Tabla No 2 de Red de establecimientos del Ministerio de Salud que cuentan con laboratorio, enero 2018

Establecimientos con laboratorio	REGIONES DE SALUD					Total
	Occidental	Central	Metropolitana	Paracentral	Oriental	
Hospitales	5	3	7	6	9	30
UCSF del MINSAL	28	26	37	22	54	167
Total	33	29	44	28	63	197

Fuente: Programa Nacional de ITS-VIH-sida, área de Laboratorio.

La Red de Bancos de Sangre y Centros de Medicina Transfusional, donde se detecta en el tamizaje el VIH, la sífilis y las hepatitis virales, tiene una alta importancia en la vinculación temprana de las personas afectadas a los servicios de atención; la prevalencia de los marcadores infecciosos reportados en el 2014 fue para VIH 0.09%; en sífilis 1.19%; VHC de 0.22%; VHB (HBsAg) del 0.12% y para Chagas de 2.30%¹². La red está distribuida en todas las regiones de salud de la siguiente manera.

Tabla No 3 de Red de Servicios de bancos de Sangre y Centros de Medicina Transfusional en El Salvador, 2017.

Red de Bancos de Sangre y Centros de Medicina Transfusional	REGIONES DE SALUD					Total
	Occidental	Central	Metropolitana	Paracentral	Oriental	
Bancos de Sangre	5 MINSAL	1 MINSAL	4 MINSAL	3 MINSAL	7 MINSAL	20
	2 ISSS		1 ISSS		1 ISSS	4
			1 COSAM			1
			1CRUZ ROJA			1
Centro de Medicina Transfusional	0	3 MINSAL	3 MINSAL	3 MINSAL	1 MINSAL	10
			4 ISSS		1 CONSAM	5
Total	7	4	14	6	10	41

Fuente: Ministerio de Salud, Coordinación de la Red de Bancos de Sangre.

III. SITUACIÓN EPIDEMIOLOGICA DEL VIH E ITS EN EL SALVADOR

3.1 Casos de VIH

El Ministerio de Salud han detectado un total de 34,977 casos de VIH desde 1984 a diciembre del 2017, en los últimos tres años se han detectado un promedio de un 35% casos avanzados de VIH o Sida y un 65% de infección por VIH. En los últimos diez años la cantidad de casos diagnosticados han tenido un comportamiento hacia la reducción; en el año 2007 se registraban un promedio de 6 casos por día y para el cierre del 2017 se diagnosticaron 3 por día. El 64% de los nuevos casos se concentran en hombres y 36% en mujeres.

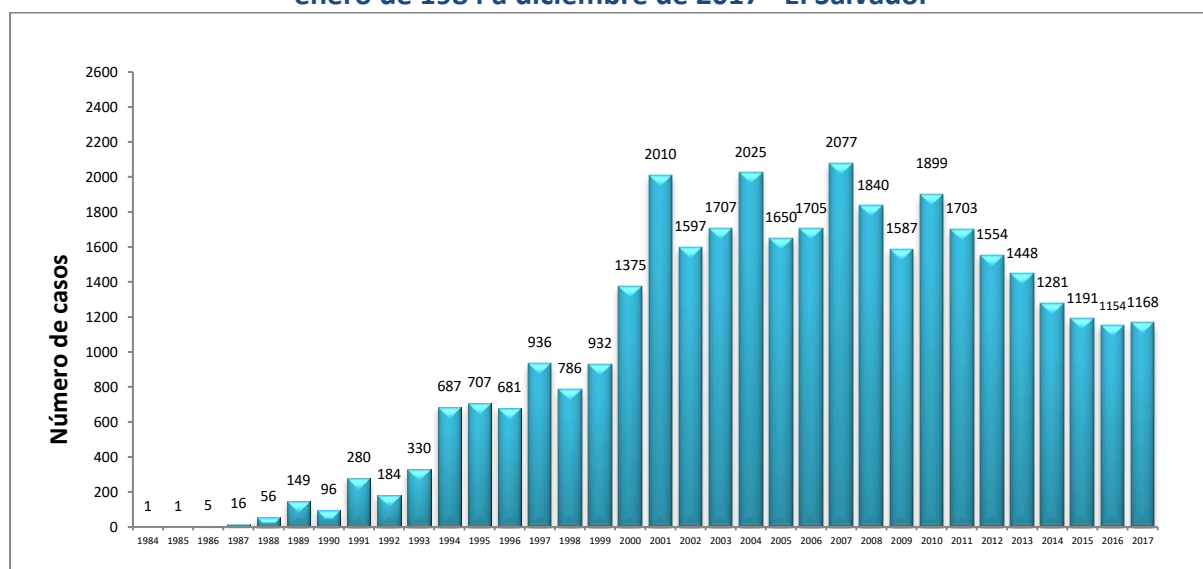
La tasa nacional de VIH por 100,000 habitantes, también ha tenido un descenso, pasando de 31 x 100,000 hab. para 2010 a 18 x 100,000 hab. en el año 2016; para hombres ha sido de 39 (2010) a 27 (2016) x 100,000 habitantes y en mujeres de 23 (2010) a 10 (2016) x 100,000

habitantes. La edad más afectada sigue siendo entre los 20 a 59 años con un 89% de los casos, edades sexualmente activas y productivas; el modo de transmisión más frecuente sigue siendo por vía sexual.

La tasa de mortalidad por Sida por 100,000 habitantes va desde el año 2009 de 5.3 por 100,000 habitantes a 4.3 por 100,000 habitantes en el año 2016, teniendo un repunte en el año 2016 comparado con el 2015 (3.3 por 100,000 hab).

El Ministerio de Salud facilita y promueven la prueba en la red de servicios de salud, los que cuentan con laboratorio, son realizadas en servicios y aquellos que no tiene, coordinan el envío de la muestra aun servicios de su red; la realización de pruebas paso de 31,772 en el año 2008 a 292,573 en el año 2016; para el año 2013 se logró hacer un total de 380,854. Toda la red de servicios de salud cuenta con al menos uno o dos profesionales de salud capacitados en brindar consejería pre y post.

Grafica 1 Número absoluto de casos de VIH y VIH avanzado, enero de 1984 a diciembre de 2017* El Salvador



Fuente: Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH-Sida, SUMEVE, del Ministerio de Salud de El Salvador.

3.2 Población clave

Se realizó con la subvención del Fondo Mundial, una estimación del tamaño de población para las poblaciones claves, obteniendo lo siguiente:

Tabla No 4 Estimaciones de tamaño de las poblaciones claves.

Población Clave	Estimación del tamaño de la población
Mujeres transgénero	1835
Hombres que tienen sexo con otros hombres	54140
Mujeres trabajadoras sexuales	44972

Fuente: Estudios de tamaño de población MINSAL/PLAN / FONDO MUNDIAL

Según los estudios Multicéntrico 2002 y Encuesta Centroamericana de Vigilancia del Comportamiento Sexual de ITS y VIH 2008, realizado en el país, se ha sistematizado las prevalencias de VIH en las poblaciones claves, observando que la población mayormente afecta son las mujeres transgénero y los hombres que tienen sexo con hombre; esta información ayudo a que el programa nacional se planteara la necesidad de apoyar servicio de vigilancia centinela en las ITS con énfasis en estas poblaciones. A continuación se presentan las prevalencia de VIH en las población clave.

Tabla 5 Prevalencia de VIH en poblaciones clave por año

Año/Población	MTS (%)	HSH (%)	MT (%)
2002	3.2	15.3	ND
2002	3.2	15.3	ND
2008	5.7 (a)	10.8 (a)	25.8 (no ajustado)
2012	3.1	10	ND
2015	8.1	10.3	16.2

Fuente: Construcción a partir del, Estudio y Estudio VICITS 2012.

ND: no datos, a: ajustado por RDS.; Estudios de tamaño de población MINSAL/PLAN/FONDO MUNDIAL

3.2.1 Vigilancia Centinela de las ITS (VICITS) en poblaciones Clave

El Programa Nacional de ITS-VIH Sida, inicio el proceso de fortalecer los servicios de salud de atención primaria con las clínicas de atención VICITS, dichas clínicas deberían de atender a poblaciones altamente vulnerables ante el VIH e ITS tales como HSH, MTS y MT; se apoyó a través de USAID/CDC, se capacito a los profesionales de salud y se les doto de equipo e insumos para iniciar el proceso de vigilancia etiológica de las ITS en esas poblaciones. La primera clínica se inició en noviembre del 2011, en la UCSF de Concepción en el centro de San Salvador, en el 2012 se abre tres más en las UCSF: Barrios en San Salvador, Santa Ana y Sonzacate, estos dos últimos en la región occidental; a la fecha se cuenta con 15 clínicas VICITS funcionando (Anexo 4).

La oferta de servicios en las clínicas está basado en las acciones de prevención combinada, abordando las acciones biomédicas, conductual y estructural, esta son:

Tabla No 6 Prevención Combinada en VICITS en El Salvador, 2018.

Estructural Intervenciones que promueven un entorno propicio	Biomédico Intervenciones que usan métodos clínicos y médicos	Conductual Intervenciones que promueven un comportamiento saludable
<ul style="list-style-type: none"> • Abordajes de género y contra la violencia de género. • Intervenciones en la reducción de estigma y la discriminación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Preservativos y lubricantes • Prueba del VIH y otras ITS • Diagnostico sindrómico y etiológico/ ITS • Tratamiento de ITS 	<ul style="list-style-type: none"> • Consejería en ITS y VIH • Asesoramiento sobre la reducción del riesgo • Educación sexual y reproductiva integral

<ul style="list-style-type: none"> • Profesionales de salud capacitados • Apoyo político e institucional • leyes para proteger Derechos 	<ul style="list-style-type: none"> • Vinculación temprana de PC/VIH y PPE • Promotores/ navegadores para seguimiento de caso. • Atención integral y continua a PC y referencia a otras especialidades • Tratamiento para VIH en 20 clínicas de atención integral 	<ul style="list-style-type: none"> • Programas de educación entre pares • Atención: psicológica, en DDHH y asistencia legal • Uso de redes sociales para la promoción, educación y prevención de las ITS
---	--	---

Fuente: Programa Nacional de VIH-ITS-Sida, Ministerio de Salud.

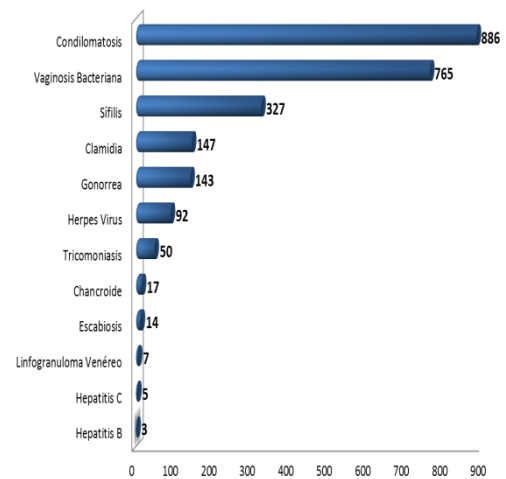
Las atenciones a la población clave en las VICITS, han tenido un aumento para el año 2016 en las tres poblaciones, se han realizado acciones extramurales que han favorecido a la divulgación, socialización y acercamiento a la población meta, entre ellas están: a) aumento de las actividades extramurales, b) coordinaciones comunitarias efectivas, c) búsqueda activa de seguimiento de casos y sus contactos, d) promoción de los servicios de las VICITS en redes sociales y grupos de población clave. Para el año 2016 se inició la atención a poblaciones de adolescentes de la población clave, hombres trans y lesbianas por demanda espontánea.

3.2.2 Infecciones de transmisión sexual en población clave

Las 15 VICITS desarrollan diagnóstico etiológico de las ITS y cuentan con el tratamiento para ellas; se realizan pruebas para sífilis (PR) hepatitis virales B y C, *Neisseria g*, *Clamidia T*, herpes, VPH, vaginosis bacteria y tricomoniasis.

Las primeras cinco infecciones de transmisión sexual en la población clave, constituyen el 95% de todas las notificadas en VICITIS entre ellas está: a) las condilomatosis, b) vaginosis bacteriana, c) sífilis, d) clamidia y e) gonorrea. También se ha detectado hepatitis virales B y C, en esta población.

Grafica 2. ITS detectadas en la atención de las Clínicas VICITS de Enero a Diciembre 2016, El



Fuente: Sistema integral de atención al paciente (SIAP)/ Dirección de Tecnologías de información y Comunicación, Ministerio de Salud de El Salvador

3.2.3 Comportamiento de la población clave en VICITS, 2016


Los cambios de comportamiento son lentos y las medidas deben dirigirse y adaptarse a las poblaciones y los entornos donde las tasas de infección por el VIH y el riesgo son más elevadas. Los análisis de los datos y las reflexiones sistemáticas deben de apoyar a la toma de acciones y la implementación de estrategias innovadoras que tome en cuenta las determinantes de las poblaciones y la misma participación comunitaria (por ejemplo, la participación de las poblaciones más vulnerables, las personas que viven con el VIH, mujeres y jóvenes).


Las clínicas VICITS en la atención a la población clave, indagan en su inscripción preguntas que conducen a comportamientos en el uso del condón, estas preguntas se vuelven a realizar a los 12 meses de seguimiento para verificar las variaciones en el comportamiento de cada una de las poblaciones meta.


En la tabla No 7 se establece los porcentajes de usos de condón en la última relación sexual y para pareja estable, se observa un porcentaje bajo, en su uso, por debajo del 50% y muy bajo para la población de mujeres trabajadoras sexuales (MTS)(19%). El uso del condón con su paraje casual, porcentualmente supera el 50%, pero no es un porcentaje óptimo para cortar la cadena de la transmisión de las ITS, las MTS son las más expuestas. En su última relación sexual anal, los porcentajes sigue siendo bajos en su uso y las tres poblaciones mantienen una exposición clara a las ITS; con los clientes, el uso consistente del condón en su última relación sexual, es más marcado en las poblaciones MTS y Mujeres trans (MT) del 95% y menos en HSH del 85%.

La positividad de VIH en la población clave de las atendidas en las clínicas VICITS fue del 10% para los HSH y las MT y el 2.8% de las MTS en el 2016.

Tabla No 7. Porcentaje de uso del condón en última relación sexual, en población clave, Clínicas VICITS, Ministerio de Salud, El Salvador, 2016.

Población Clave	Uso de condón con pareja ESTABLE	No uso de condón		Población Clave	Uso de condón con pareja CASUAL	No uso de condón
MTS N:845	19%	81%		MTS N:388	55%	45%
HSH N: 632	47%	53%		HSH N: 573	62%	38%
MT N: 155	43%	57%		MT N: 168	73%	27%

Población Clave	Uso de condón RELACIÓN ANAL	No uso de condón		Población Clave	Uso de condón con CLIENTE	No uso de condón
MTS N:394	66%	34%		MTS N:845	95%	5%
HSH N: 886	63%	37%		HSH N: 632	85%	15%
MT N: 301	74%	26%		MT N: 155	95%	5%

Población Clave	Uso de condón RELACIÓN ANAL	No uso de condón	
MTS N:394	66%	34%	
HSH N: 886	63%	37%	
MT N: 301	74%	26%	

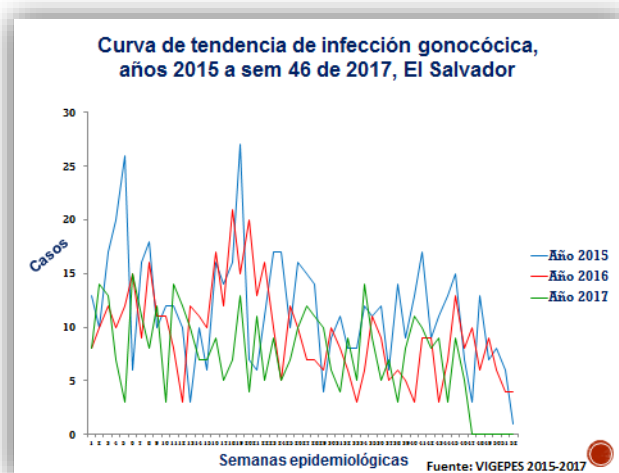
Fuente: Sistema integral de atención al paciente (SIAP)/ Dirección de Tecnologías de información y Comunicación, Ministerio de Salud de El Salvador

3.3 Situación de las Infecciones de Transmisión Sexual ITS.

El Ministerio de Salud realiza una notificación de las ITS en sus sistemas de información de SIMMOW y VIGEPES, en ellos se puede registrar, casos etiológicos como la sífilis, casos etiológicos y clínicos como la gonorrea, el herpes simple y casos sindrómico; la vigilancia es pasiva. Se está por lanzar los nuevos lineamientos de las ITS del 2018, actualizaciones de la última guía oficializada en el 2012.

Infección gonocócica

La infección gonocócica para el año 2015 fue de 602, en el año 2016 presento un total de 489 casos y para el 2017 a la semana epidemiológica 46 fue de 387; en una sistematización de estos años se demuestra la tendencia en las curvas por año con tendencia a una pequeña baja de casos en el 2017 (con 6 semanas faltantes para el cierre del 2017). En El Salvador, es muy frecuente que las personas afectadas se auto mediquen y existe una baja búsqueda activa de casos y contactos.



Las edades más afectadas son de los 10 a los 49 años, con el 91.6% de los casos, teniendo un pico en las edades de 20-29 años (38.6%), seguido de la edad de 30 a 39 años con el 22.3%, de 10 a 19 años con 19.2% y de 40 a 49 años presento el 11.5%, el resto de los grupos de edad presentaron porcentaje por debajo del 5%. (Anexo 5)

Los primeros departamentos más afectados por las infecciones gonocócicas son: San Salvador (Capital), San Miguel, Santa Ana, Chalatenango y Usulután.

Infecciones por Sífilis

La infección por sífilis se contabilizó para el 2015 un total de 1045 casos, el año 2016 de 943 y para el 2017 a la semana 46, fue de 879. Las edades más afectadas en los tres años fueron de 10 a 49 años, presentando un pico en las edades de 20 a 29 años con el 32.6%, seguido de 30 a 39 años con el 23.6%, de 40 a 49 años con el 16.3% y de 10 a 19 años con el 11.2%, el resto de las edades estuvieron por debajo del 9%. (Anexo 6)

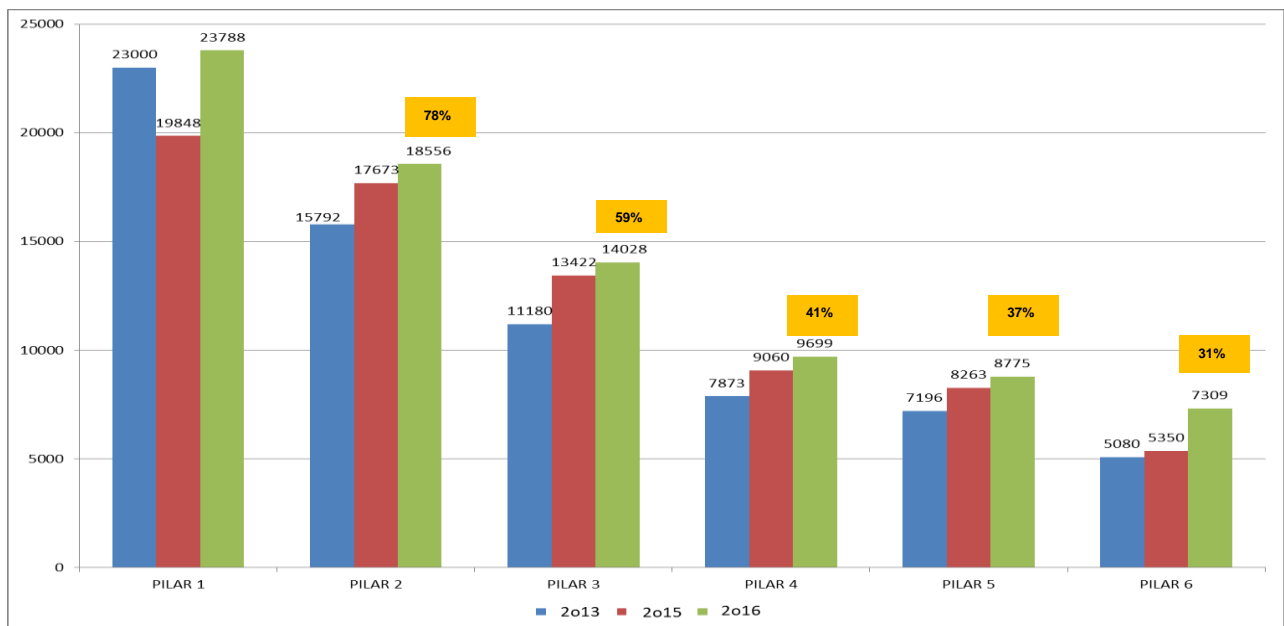
Los primeros departamentos con mayor número de casos son San Salvador, Santa Ana, La Libertad, Sonsonate y La Paz.

3. 4 Cascada del Continuo de la Atención en VIH

El Salvador, desde el 2013 ha venido sistematizando la cascada del continuo de la atención en VIH, en una recopilación del 2013, 2015 y 2016 se demuestra el seguimiento y el incremento en cada uno de los pilares. Las mejoras del Sistema de Información SUMEVE y el trabajo continuo de la limpieza de datos, han sido aspectos importantes para contar con una cascada más apegada a la realidad del país.

La cascada del 2016 demuestra un cumplimiento del segundo pilar del 78% de personas que son diagnósticas y que conocen sus resultados; un 59% de las estimaciones de *spectrum* se vincularon a los servicios de salud en el pilar tres; en el pilar cuarto el 41% se mantuvieron retenidos en los servicios de atención; quinto pilar fue el 37% de las personas están en terapia antirretroviral (TAR) y el sexto pilar determina que el 31% de ellos están con carga viral suprimida (menor de 100 copias).

Gráfica 3. Cascadas del continuo de la atención en VIH en los años del 2013, 2015 y 2016.



Fuente: Sistema Único de Monitoreo y Evaluación de la Vigilancia Epidemiológica del VIH-Sida- SUMEVE.

El SUMEVE realiza cuadros y graficas de salida a escala nacional y sub nacional, así como, cascada por pilar y por sexo. Esto ha permitido que los servicios de atención en VIH, pueda evaluarse efectivamente en el cumplimiento de la estrategia 90-90-90. Además el sistema de información permite en tiempo real, conocer la cohorte de las personas con VIH, sus estudios de laboratorio y su seguimiento a través de las fichas de FVIH01-05.

3.5 Situación de VIH en embarazadas y niños expuestos

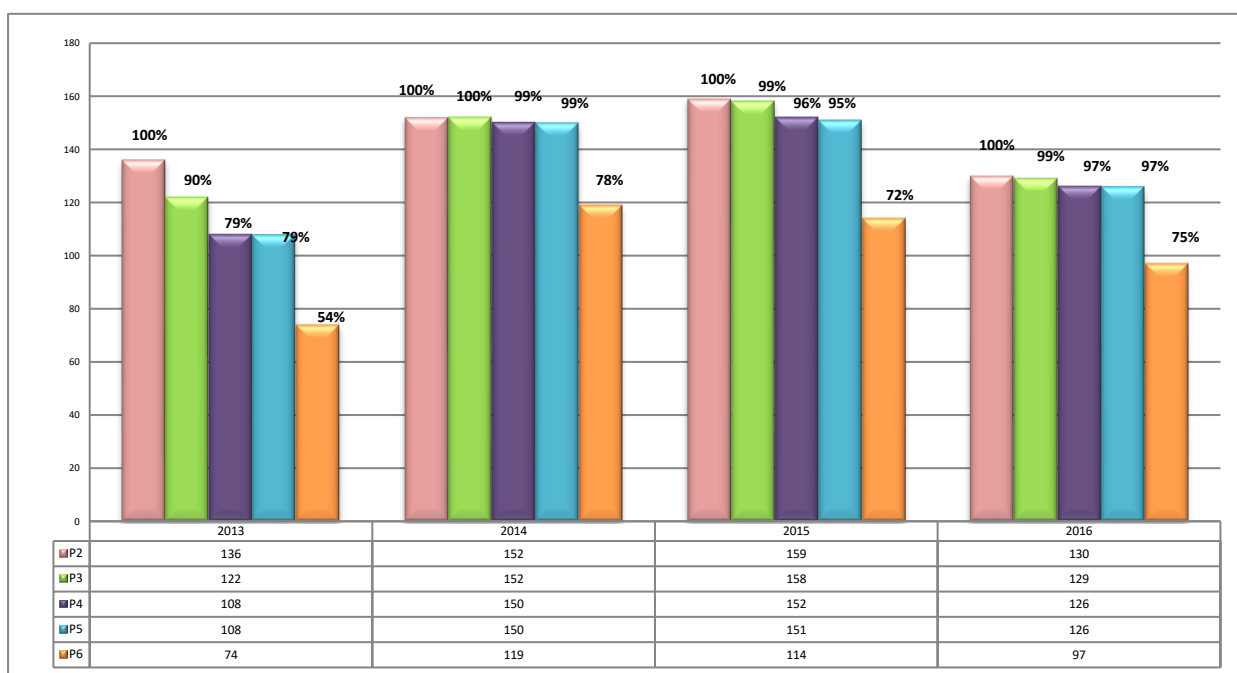
El Salvador adopto la TAR y formula láctea para embarazadas en el año 2001, en el 2003 se fortalece el programa nacional con la prevención de la transmisión materno infantil (PTMI), en el 2013 se asume la B + (inicio de TAR en embarazadas de forma sostenida), en el 2015 se fortalece la estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil para VIH y sífilis, el país está en diálogo para implementar la ETMC PLUS. (Anexo 7)

La cascada de la atención para embarazada se ha venido sistematizando en los 18 hospitales con clínicas de atención para la embarazada con VIH, desde el 2013 al 2016; la primera cascada determino una lista de brechas existentes que se fueron superando año con año, hasta poder establecer un control sobre los diagnósticos nuevo y conocidos en embarazadas. Las proyecciones de *Spectrum* para cada uno de los años del estimado de embarazadas con VIH son las siguientes: 2013 (334), 2014 (332), 2015 (323) y para el 2016 de 309.

La cascada de atención bajo el análisis programático sobre el número de embarazadas detectadas mantiene una estabilidad en el cumplimiento de los pilares que superan el 90% y con una supresión de carga viral entre el 72 al 78%.

Los pilares establecidos para esta cascada son los siguientes: Pilar 2, embarazadas con VIH (nuevas y conocidas); Pilar 3, embarazadas vinculadas a los servicios (con CV o CD4); Pilar 4, embarazadas retenidas en los servicios (con uno o más TAR, 2CV); Pilar 5, embarazadas con TAR (más de tres meses en TAR); P6, embarazadas con CV suprimida.

Grafico 4. Cascada del continuo de la atención en embarazadas con VIH, 2013 al 2016 El Salvador



Fuente: Sistema Único de Monitoreo y Evaluación de la Vigilancia Epidemiológica del VIH-Sida- SUMEVE

Respecto a las embarazadas diagnósticas, para el 2014 el 53% de ellas eran nuevas en su diagnóstico y el 47% correspondían a embarazadas conocidas, para el 2016 este porcentaje se revirtió, el 71% de ellas eran conocidas y solo el 29% eran diagnósticos nuevos, algunas de las actividades que se emprendieron para ver cambios sustanciales fueron: aumento en la cobertura de testeo, aumento en control prenatal, atención de parto por profesional calificado, seguimiento efectivo a casos reportados, inicio de TAR oportunamente y monitoreo en las redes de servicios de salud.

El 81% de los casos reportados en el 2016 estuvieron en siete hospitales que cuentan con clínicas de atención de la PTMI, estos son: Hospitales de la Mujer, San Rafael en Nueva San Salvador, Santa Ana, San Miguel, Sonsonate, Zacamil y Sensuntepeque.

VIH en Niños expuesto, la sistematización ha permitido el seguimiento de los casos nuevo y la búsqueda de casos con diagnóstico tardío, una de las ventajas, es la descentralización de atención en algunos hospitales regionales y departamentales que cuentan con la especialidad de pediatría y con referencia efectiva al hospital del tercer nivel de atención, el hospital de niños Benjamín Bloom, donde también son enviados los de otros sectores como Instituto del seguro Social, Bienestar Magisterial y otros.

En la construcción de la cascada de atención al niño expuesto, el equipo del programa con asistencia de OPS/OMS, a determinado cinco pilares para el monitoreo, en el cuadro se puede determinar los pilares, su concepto y su seguimiento, de igual forma se actualiza la tabla de positivos dependiendo de los diagnósticos tardío que van saliendo en la red de hospitales, cada año el programa hace un ajuste de la cascada con el objetivo de conocer la efectividad del seguimiento (realización de pruebas y seguimiento clínico) y los casos reales por año.

Tabla 7. Cascada de la continua atención del Niño y Niña expuesta(o) al VIH en los últimos tres años 2013-2016.

Pilar	concepto	2013	2014	2015*	2016
Niño expuesto	RN hijos de madre VIH+ que nace en el periodo estudiado	119	121	155	139
Niños Vinculados	RN hijo de madre VIH+ a quien se le realizo al menos una CV	110	116	155	139
Niños con seguimiento completo(Retenidos)	RN hijo de madre VIH+ a quien se le realizo al menos dos CV según norma para diagnóstico.	99	101	153	139
Niños con seguimiento incompleto	RN hijo de madre VIH+ a que su seguimiento es incompleto o no tiene CV	20	20	2	5 (pendiente)
Niños positivos	Niño con al menos 2 CV diagnosticado como Positivo.	10***	4	2	2**

Fuente: Sistema Único de Monitoreo y Evaluación de la Vigilancia Epidemiológica del VIH-Sida- SUMEVE

* En el 2015 el Ministerio integro de forma sistematizada el ADN Proviral

** Se identificaron 2 niños con Dx tardío (2años) con nacimiento en el 2013

*** Se incluyen los dos niños de Dx tardío en el 2016.

3.5.1 Embarazo y sífilis

El MINSAL con el apoyo del grupo temático de ONUSIDA (OPS/OMS, ONUSIDA, UNICEF, UNFPA) en el 2010, realizó la evaluación sobre la transmisión vertical en hijos de madres con VIH, que demostró que la prevalencia de lactantes nacidos de madres con VIH era de 8.7 % para el 2011. En 2013 se reporta que el 0.29% de lactantes nació con el VIH de madres infectadas ¹³

En el año 2016 se realizo un informe epidemiológico de la situación de la sífilis materna y sífilis congénita en El Salvador del 2011 – 2015; donde se pudo constatar brechas, entre ellas, se pudo determinar que no se aplicaba la definición de caso propuesto por OMS en sífilis congénita y se presentaron algunas limitantes para el cierre de casos y la construcción de los indicadores de la ETMI.

Se describieron conclusiones/Retos, que presentaba la implementación de una estrategia sólida y de respuesta efectiva para la estrategia de la ETMI, entre ellas:

- No existe un plan estratégico nacional para la eliminación de la sífilis materna y congénita.
- No se realiza un análisis y discusión de los datos, ni la triangulación de la información en los diferentes sistemas (VIGEPES, laboratorio y SIP).

- Existe un sub registro de datos del tratamiento para embarazadas y sus parejas.
- La información obtenida en el informe amplía las brechas en el tema. (ver conclusiones completas en el informe epidemiológico... El Salvador en los años 2011 al 2015, pag 27).¹⁴

Con esta información, se sugirió al programa elaborar una segunda investigación, que consistía en verificar en los expedientes clínicos, de todos los casos de sífilis materna y SC del SIP, en un periodo de dos años (2015 y 2016), conocer, cuántos de estos habían sido tratadas adecuadamente y a cuantos se le había dado seguimiento al niño de madre con sífilis. Así mismo, verificar la funcionabilidad del sistema SIP y al final, actualizar los indicadores para los años 2015 y 2016 para sistematizar el informe del 2016 de la epidemiología de sífilis en El Salvador.

Los resultados obtenidos en la segunda investigación operativa determino lo siguiente:

- ✓ Del total de casos reportados (2015 y 2016) en ambos años (281) el SIP reporto el 21% (60) y el VIGEPES el 79% (221).
- ✓ No existe cotejamiento de las bases de datos de SIP, VIGEPES para conocer el total de caso reales de sífilis materna y sífilis congénita.
- ✓ No existe interfaces en los sistemas que garanticen la alerta de casos.
- ✓ El inadecuado llenado de la hoja HCP y la inadecuada digitación de esta limita la calidad del dato.
- ✓ La falta de seguimiento de casos de sífilis materna y congénita, en los diferentes niveles de la vigilancia (local, SIBASI, región y nivel central) hace que no se tomen acciones de forma oportuna.
- ✓ Baja interacción de las redes de salud para el seguimiento de casos de sífilis.
- ✓ Se revisaron (expediente clínico) un total de 104 casos de sífilis materna en 23 hospitales de la base de datos de SIP.
- ✓ De estos **104 solo 93 casos (89%)** recibieron el tratamiento.
- ✓ De los 93 casos con tratamiento **solo el 65% (54) lo recibo adecuadamente** y el 35% lo recibió intraparto y posparto.
- ✓ El tratamiento para la pareja solo se reportó en un 10%, 7% que no lo recibió y el 84% no se encontró evidencia.

Conclusión: Los casos positivos en ambos años fue de: 488 por ambas bases. Durante la limpieza de datos se corroboro que el total de casos fue: **281 (SIP: 60 y VIGEPES:221)**, Si aplicáramos el % de Tx adecuado (65%), podríamos decir que solo 183 casos recibieron tratamiento adecuado.

El total de casos de **Niños con SC aproximado fue 98** para ambos años.

Se calculó un total de aproximadamente 140 casos de embarazadas con sífilis por año (2015 y 2016) si aplicamos el 65% de tratamiento adecuado, tendríamos un total de 91 embarazos con Tx adecuada, esto dejaría un total de 49 casos de niños con sífilis congénita para el 2015 y 2016.

El Programa Nacional de VIH-ITS-Sida, sigue trabajando en mejorar la información, fortalecer el trabajo programático y en emprender una estrategia nacional que impulse la ETMC PLUS, con el apoyo de la OPS/OMS. Se está planteando una cascada de atención en sífilis para embarazadas, la cual será validada en este año 2018.

IV. MISIÓN CONJUNTA

4.1 Objetivo

El objetivo general de la revisión integral conjunta es analizar la respuesta nacional a la infección por el VIH y las ITS con todos los actores involucrados desde la perspectiva del sistema de salud y de temas transversales (género, equidad, etnicidad y derechos humanos). Asimismo la revisión procura determinar y coordinar el apoyo técnico conjunto necesario para llevar a cabo medidas en los niveles de políticas, de gestión y de prestación de servicios que contribuirán a innovar y ampliar una respuesta efectiva, eficiente y sostenible, para lograr las metas de la Respuesta Acelerada en el 2020 y con el tiempo, eliminar el sida y las ITS como problemas de salud pública en el 2030.

Objetivos específicos

- Revisar el progreso de la respuesta nacional a la infección por el VIH y las ITS, desde la perspectiva de las cuatro líneas estratégicas de la estrategia regional de Salud Universal: a) ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades; b) fortalecer la rectoría y la gobernanza; c) aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios; y d) fortalecer la coordinación multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud. Esto implica analizar la respuesta del sistema de salud a la infección por el VIH y las ITS identificando factores facilitadores o limitantes para una respuesta programática efectiva, eficiente y sostenible. La evaluación conjunta contempla temas transversales como la equidad, la etnicidad, el género y los derechos humanos en la totalidad del proceso, así como la perspectiva intersectorial de la respuesta a la infección por el VIH y las ITS, los factores estructurales relacionados con los temas transversales.
- Analizar los logros y las brechas en el proceso continuo de los servicios de prevención, atención y tratamiento de la infección por el VIH y las ITS desde una perspectiva de cascada, incluida las eficiencias del procesos de integración de servicios (ej. atención maternoinfantil, salud sexual y reproductiva y para las ITS, salud mental y consumo de sustancias psicoactivas, tuberculosis, hepatitis virales y otras coinfecciones y comorbilidades pertinentes) e identificar los desafíos, estrategias y oportunidades para alcanzar las metas del 90-90-90 y las metas regionales de prevención para el 2020.
- Determinar la disponibilidad, la constitución, la asignación y la utilización de suficientes recursos, financieros y de otra índole, para la respuesta a la infección por el VIH y las ITS con el fin de lograr los objetivos para el 2020.
- Formular recomendaciones que pueden informar sobre la formulación de políticas y la preparación de planes operativos para una respuesta innovadora, efectiva, eficiente y sostenible del sistema de salud a la infección por el VIH y las ITS.

4.2 Resultados previstos

Esta revisión debe generar un conjunto de recomendaciones acordadas sobre acciones a corto y mediano plazo en cuanto a políticas, gestión y prestación de servicios, con el objetivo de ampliar el acceso y cobertura de servicios efectivos, eficientes y sostenibles, descentralizados, integrales e integrados para la prevención, la atención y el tratamiento de la infección por el VIH y las ITS, prestando especial atención a las poblaciones clave y otras en situación de vulnerabilidad.

Como una de las fases del proceso continuo de cooperación técnica de la OPS con los Estados Miembros, estas revisiones integrales conjuntas deben generar un conjunto específico de recomendaciones coherentes con la hoja de ruta de implementación nacional de la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. En este sentido, acordar un calendario futuro de actividades y productos específicos para la agenda de la cooperación técnica es otro de los resultados esperados.

4.3 Metodología

Se validó los TDR de la misión con el equipo nacional y el internacional. (Anexo 1) y luego se desarrolló las dos fases: una fase preparatoria y una fase de visita de la misión técnica conjunta al país. Luego de este informe final se espera una tercera fase de monitoreo de los progresos al país en la implementación de las recomendaciones y en el cumplimiento de la ruta de trabajo que integre la asistencia técnica los socios estratégicos.

Fase preparatoria: luego de la solicitud del Ministerio de Salud a las oficinas de OPS/OMS en El Salvador para brindar asistencia técnica a través de la misión, se realizaron actividades de preparación tales como: la conformación de un equipo nacional (Anexo 8), la construcción conjunta de la agenda de la misión y la preparación del estado situacional de país; el cual permitió determinar algunas prioridades en la misión y establecer agendas compartidas con los socios estratégicos. (Anexo 9)

Fase de misión técnica conjunta en el país: Durante la misión, el equipo técnico llevó a cabo actividades planificadas en respuesta a los objetivos planteados en tres momentos mediante reuniones, encuentros y visitas planificadas:

- Se priorizó el abordaje de sistemas de información e información estratégica en VIH e ITS para la semana del 22- 26 de enero. (Anexo 10)
- La Misión se desarrolló con todos los socios estratégicos en El Salvador del 29 de enero al 2 de febrero.
- Se desarrolló agenda programada entre reuniones, presentaciones estratégicas, trabajo de grupo, visita a los servicios de salud en los diferentes niveles de atención, laboratorios de referencia; se continuó con un trabajo de consolidación y validación con el equipo nacional.
 - se conformaron tres equipos para la visita a los servicios: uno con énfasis y priorización en el abordaje de la transmisión materno infantil, adolescencia y niñez, el otro en abordaje del adulto, laboratorio, ARV, sociedad civil, el tercero en intersectorialidad, abordaje integral de las ITS y redes de servicios.

- Se sostuvo una reunión con el equipo nacional para compartir los resultados, validar el informe preliminar y establecer un plan de seguimiento, también se sostuvo una reunión privada con la Ministra de Salud y su equipo.
- El último día se realizó un dialogo abierto con el equipo ampliado del sector salud y se presentó a las autoridades de CONAVIH en su primera reunión estratégica de año. Se expusieron los hallazgos, retos y recomendaciones generales y al final se entregó los avances al grupo nacional ampliado de todos los sectores responsables de la respuesta nacional.

Fase final: iniciará con la validación final del informe de la misión y el seguimiento de una ruta de trabajo para apoyar la respuesta nacional.

V. HALLAZGOS DE LA MISIÓN CONJUNTA

5.1 RECTORÍA Y GOBERNANZA

5.1.1 Fortalezas de marco político y legal de la respuesta nacional al VIH/ITS

El Ministerio de Salud (MINSAL) provee el sustrato institucional, regulador y normativo para coordinar una respuesta nacional al VIH en El Salvador, los marcos políticos, legales y técnicos, se realizan en coordinación con los distintos sectores y son avalados por mesas multisectoriales específicas que apoyan la divulgación y la implementación. A continuación se enumeran las más relevantes.

- **Política Nacional de Salud 2014-2019** – basado en la APSI, abordaje de la determinación social de la salud para garantizar el derecho humano a la salud en la ruta hacia la el Acceso Universal y Cobertura Universal de Salud, identificación y combate de inequidades.
- **Reforma de Salud** (8 ejes prioritarios) basado en el manejo de las Redes Integradas e Integrales de Salud
- **Plan Estratégico Institucional (PEI)** del Ministerio de Salud (2014-2019) y su POA.
- **Plan Estratégico Nacional Multisectorial de VIH e ITS (2016-2021)** - costeado y con plan de monitoreo y evaluación. Enfoque multisectorial, de derechos humanos, género, participación social, focalización en poblaciones clave y otras en situación de vulnerabilidad (riesgo epidemiológico, social y económico), con perspectiva de poner fin al sida como problema de salud pública.
- **Ley de prevención y control de la infección** provocada por el virus de inmunodeficiencia humana. Diciembre 2016
- Otras estrategias relacionadas a la respuesta al VIH/ITS. (Anexo 11)

Existe un amplio marco legal de protección de derechos humanos

- Protecciones Legales para población LGBT: Decreto Ejecutivo 56 (2010) que prohíbe la discriminación basada en la orientación sexual y/o identidad de género por parte de los organismos del poder ejecutivo.

- Creación de la Dirección de Diversidad Sexual dentro de la Secretaría de Inclusión Social (2010). La oficina fue creada para asegurar que las directivas del decreto ejecutivo fueran más publicitadas e implementadas plenamente.
- Aumento en el Código Penal de las penas por crímenes de odio en casos de asesinatos y amenazas basadas en la orientación sexual y la identidad de género, entre otras categorías.
- Ley de VIH de 2016 prohíbe la Realización obligatoria o coaccionada de las pruebas y el tratamiento; la Falta de consentimiento informado; la ausencia de confidencialidad y privacidad
- La Ley Especial Integral para una Vida Libre de Violencia para las Mujeres (2011) garantiza el derecho de toda mujer a una vida libre de violencia y prohíbe la discriminación en la aplicación de la ley, incluyendo explícitamente la “identidad sexual” como una de las categorías protegidas de discriminación.

Existen estructuras de gobernanza de la respuesta sectorial e intersectorial

- La Creación de la CONAVIH –Art. 18 de la ley del VIH (enero 2017) como organismo asesor del MINSAL y de los diferentes sectores.
- Programa Nacional de ITS/VIH/sida, como parte de la rectoría del Ministerio de Salud.
- Marco normativo amplio y en actualización VIH/ITS.

Lineamientos técnicos y guías clínicas:

- Prevención del VIH en las poblaciones móviles, 2017
- Atención integral de la población LGBTI, 2016
- Control de las infecciones de transmisión sexual, Marzo 2012 - en actualización
- Atención integral en salud de las personas privadas de libertad, 2012
- Atención pediátrica de la TB y la coinfección TB-VIH. Septiembre 2017.
- Atención de las personas con coinfección TB/VIH. Noviembre 2016.
- Atención integral en salud de las personas con VIH. Diciembre de 2014 - en actualización
- Profilaxis post exposición. Diciembre 2012.
- Esfuerzos en marcha para la homologación de lineamientos/guías MINSAL/ISSS/ Sanidad Militar.

5.1.2 Desafíos y Recomendaciones en marco político y legal de la respuesta nacional al VIH/ITS

DESAFÍOS	RECOMENDACIONES
Limitantes de la “Ley de VIH”	<ul style="list-style-type: none"> -Definir plan de incidencia con nueva asamblea nacional para su modificación -Mejorar representatividad intersectorial CONAVIH -Trabajar en la reglamentación -Realizar la revisión de la nueva ley para los cambios pertinentes, por ejemplo en : <i>“Toda persona que haya sido notificada de su condición serológica, está obligada a comunicarle tal situación a su pareja ya sea permanente o eventual.”</i>

	<p>https://www.asamblea.gob.sv/sites/default/files/documents/decretos/171117_073722329_archivo_documento_legislativo.pdf</p> <p>-El otro es la existencia de leyes que penalizan el aborto que es ilegal en todos los casos. El Comité de DH de la UNO he expresado preocupación en su reporte de 2010 (http://www.ohchr.org/SP/Countries/LACRegion/Pages/SVIndex.aspx)</p>
Limitado componente de ITS en PNEM y ausencia de estrategia nacional ITS y hepatitis virales	<p>-Ampliar, alinear con Estrategia Mundial Sector Salud ITS (OMS 2016-2021) en revisión de medio termino</p> <p>-Desarrollar e implementar una estrategia nacional de intervención para las ITS y las hepatitis virales</p>
Necesidad de mejorar la coordinación interprogramática del PN con otras áreas del MINSAL	-Definir grupos de trabajo funcionales para tomas de decisiones e implementación coordinada (PN con áreas clave, ej. hospitales, atención primaria, laboratorio, gestión suministro, programa mujer, niñez adolescencia, vigilancia epidemiológica, etc.)
Componentes del PENM VIH/ITS desactualizados del marco normativo (comparado con estrategias de la OMS)	<p>-Actualizar lineamientos (Tratamiento VIH, TB-VIH/TPI, flujogramas diagnósticos, prevención combinada, ETMI, ITS) con apoyo y revisión técnica de OPS</p> <p>- Revisión de los nuevos lineamiento de ITS para verificar la armonización de las estrategias de OMS, por ejemplo la actualización del tratamiento de gonorrea basado en la última recomendación de la OMS de 2016 (Ceftriaxona + Azitromicina).</p>
Se identifican múltiples barreras normativas y legales que limitan el cambio y la innovación para la prestación de servicios más efectivos y eficientes (ej. prueba rápida solo por personal de laboratorio, ARV no incluidos en el cuadro de medicamentos del primer nivel de atención, así como para ITS (NG) etc.).	<p>- Revisión de las normativas existentes respecto a la barrera de realización de pruebas y facilitar que agentes pares capacitados puedan ejecutar en las poblaciones metas con procesos de calidad bien estructurados.</p> <p>-Revisión de las normativas de entregas de los medicamentos en VIH para personas estables y que facilite a la adherencia con retiros más espaciados (cada 3-6 meses para personas estables en TARV).</p>
Rectoría del MINSAL en la red de laboratorios del sector salud y privados.	<p>-Fortalecer el actuar de las diferentes áreas que tienen que ver con la vigilancia de laboratorios para que se pueda ejercer las acciones de control, seguimiento y coordinación efectiva de las redes.</p> <p>-Fortalecer las alianzas con la junta de vigilancia de Laboratorio, empresas privadas, universidades y otros sectores para fortalecer la vigilancia laboratorial en el país.</p>

5.1.3 Sistemas de información en salud

Los sistemas de información en VIH e ITS, han tenido una transformación en el interés de mejorar la recolección, consolidación y análisis de la respuesta nacional e internacional. El Ministerio de salud ha implementado el **Sistema Único de Información en Salud SUIIS**, el cual, está disponible para todo el sector salud, con plataforma de interacción que facilita la triangulación de los datos de otros sub sistemas. Para VIH se cuenta con los datos del

SIMMOW (Sistema de Informa de morbilidad y mortalidad en web) que recolecta toda la información de las redes hospitalarias sobre egresos y mortalidad por la infección del VIH; el SUMEVE (Sistema Único de Monitoreo y Evaluación de la Vigilancia Epidemiológica del VIH), el cual maneja todas las cohortes de las personas con VIH en los 20 hospitales donde se cuenta con clínicas de atención integral, el sistema brinda cuadros de salida, la cascada del continuo de la atención con sus pilares de cobertura, atención e impacto.

Respecto a las ITS, El Salvador implemento el manejo sindrómico para la mayoría de las ITS, excepto la sífilis. En el año 2012 se implementó la Vigilancia Centinela de las ITS en población Clave (VICITS). El sistema de información que recolecta los datos de VICITS es una historia clínica en línea (SIAP) y es analizado por el Programa Nacional de VIH/ITS/sida en coordinación con el equipo de la Dirección de Tecnología de Información y Comunicación del Ministerio de Salud. Otro sistema que recolecta información de ITS, es el VIGEPES que contabiliza las enfermedades de notificación obligatoria como la sífilis y la sífilis congénita y otros. El sistema de información perinatal (SIP) actualmente está implementado en 28 maternidades del país y maneja toda la información de la embarazada desde el control prenatal hasta su asistencia del parto o cierre del embarazo. El informe de la misión realizada del 22 al 26 de enero brinda mayor información sobre el tema. (Anexo 10)

5.1.3.1 Fortalezas Sistemas de información en salud

- Cuentan con sistemas de información electrónicos para vigilar/monitorear todos los elementos relevantes de la respuesta al VIH/ITS de forma oportuna – integrados en el Sistema Único de Información en Salud (SUIS)
- SUIS responde en su mayoría a los principios de sostenibilidad económica y política (soberanía de desarrollo de los sistemas, software libre, desarrollo nacional, recurso humano capacitado).
- Se está trabajando en incluir las otras instituciones como ISSS, Sanidad Militar, y otros, en el SUIS.
- El Programa Nacional de ITS/VIH está muy comprometido el mejoramiento continuo de la calidad de los datos.
- Uso del SUMEVE en hospitales con atención al VIH, SIBASI y Regiones de Salud es alto (datos parciales ISSS, ingreso directo y completo de la información restante en proceso).
- SUMEVE crea reportes desagregados en sexo y poblaciones clave.
- El SIP está instalado en las 28 maternidades y hay entrada de datos actualizada en el sistema.
- Existen otros subsistemas de información que recolectan información de ITS como el SIMMOW, VIGEPES y SIAP; se puede triangular la información en los sistemas.
- Equipos del Ministerio de salud comprometidos en apoyar la reforma de salud en el tema de SUIS.

5.1.3.2 Desafíos y Recomendaciones en Sistemas de información en salud

DESAFÍOS	RECOMENDACIONES
Disponibilidad de fondos para expandir el uso del SUIS al primer nivel de atención y además equipamiento informático, manutención y reposición no están considerado en el presupuesto del MINSAL.	-Incluir línea presupuestaria para el incremento y manutención de los sistemas de información.
Calidad del dato, llenado adecuado de las hojas y digitación de la información	-Desarrollar procedimientos operativos estándar para el control de calidad de datos en todos los niveles. -Promover la digitación oportuna en lo relativo a la vigilancia de ITS/VIH. -Fortalecer la supervisión del llenado de los formatos de las fuentes primarias, digitación y cuadros de salida. -Capacitación médicos sobre el llenado causa de muerte hospitalaria. -Cruzar bases de datos para el control de calidad de los datos (entre SUMEVE y SIP, VIGEPES y SIP, SIMMOW y SIP).
Fortalecer la vigilancia del VIH y las ITS	-Creación de comité funcional interprogramático para fortalecer análisis estratégicos y asesoría en toma de decisiones en ITS/VIH -Alinear la definición de caso de sífilis congénita con la definición de la OMS. -Sistematizar las auditorias de casos de sífilis congénita. -Implementar el SIP PLUS. -Realizar análisis de casos de mortinatos para identificar mortinatos por sífilis congénita y fortalecer el diagnóstico adecuado de la causa de muerte
Mejorar el análisis y disseminación de la información	-Boletín epidemiológico de VIH y sífilis anual -Análisis estratégicos para focalizar mejor la respuesta -Establecer alianzas con otras instituciones (ej. Universidades). -Promover análisis de ITS a nivel de Regiones, SIBASI y hospitales. -Incluir todos los indicadores de GAM en eTAB. -Automatizar la salida de casos de sífilis congénita según OMS. -Abrir la 3ª y 4ª causa de muerte en el SIMMOW.
Falta de información actualizada de resistencia a los antimicrobianos para la revisión de lineamientos de VIH/ITS y uso racional de medicamentos	-Retomar la planificación de la Vigilancia de la resistencia del VIH en coordinación con UVG/CIENI-INER/OPS -Revisar y ampliar el plan de vigilancia de la resistencia antimicrobiana de la NG con apoyo técnico de la OPS. -Revisar lineamientos de VIH/ITS y uso racional de medicamentos basados en los datos de vigilancia.

5.1.4 Fortalezas gestión de suministros

- Reforma de Salud y Política Nacional de Medicamentos enfocados en mejorar el acceso y uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias, incluidos los necesarios para atención en VIH-ITS. Enfoque necesario para alcanzar la Salud Universal.
- Programa de VIH empoderado y coordinado para realizar actividades dentro de la cadena de gestión de suministro (selección, programación, adquisición).

5.1.4.1 Desafíos y Recomendaciones en gestión de suministros

DESAFÍOS	RECOMENDACIONES
Coordinación interprogramática entre instancias relacionadas a la gestión del suministro de VIH/ITS (ej. DIRTECS, UNABAST, PN, red de servicios).	-Definir roles, funciones y mecanismos de coordinación
Necesidad de actualización del Listado Institucional de Medicamentos Esenciales – LIME e insumos de salud.	-Actualizar el LIME alineando al Listado de Medicamentos Esenciales de OMS 2017 (y otros nuevos ARV: TLD) y ajustar niveles de atención (ARV-ITS) -Incluir lubricantes en el listado de insumos de salud del MINSAL.
Diferentes metodologías de estimación de necesidades de ARV. (MINSAL; ISSS).	-Homologar metodologías de estimación de necesidades de ARV y aprovechar información del SUMEVE (ej. info desabastecimientos, eventos adversos, cambios de esquemas).
Fragmentación de la gestión de inventarios de ARV respecto al resto de medicamentos. SINAB no incluye los ARV y no todos los establecimientos lo utilizan.	-Integrar los procesos de abastecimiento de ARV al sistema nacional de abastecimientos SINAB. (ej. reporte de existencias, consumos). -Fortalecer el rol de los asesores médicos de medicamento en los hospitales, para que fluya la información requerida de los ARV.
Solicitud de patente del LPV/r pendiente de resolución que impide acceder a versiones genéricas del medicamento.	-Solicitar asesoría técnica de OPS(legal/regulatoria) y Medicines Patent Pool para buscar opciones de resolución al tema.
Mejorar la gestión del suministro de medicamentos para ITS, insumos de prevención, reactivos, terapia profilaxis con INH.	Algunas intervenciones: <ol style="list-style-type: none"> 1. Definir/actualizar metodologías de estimación. 2. Elaborar planes de compra, mecanismos de compra conjunta. 3. Monitoreo de la gestión de inventarios.
Capacidad de respuesta del SNS ante el retorno de migrantes (TPS,2019). (TARV, insumos de prevención, reactivos, entre otros).	-Realizar ejercicios de estimación de necesidades de medicamentos y otras TS, basado en escenarios que contemplen tanto las necesidades actuales como las futuras en función de potenciales PVV que puedan ingresar al SNS como resultado del proceso de retorno migratorio.

5.2 ACCESO EQUITATIVO A SERVICIOS DE SALUD

5.2.1 Fortalezas generales

El país cuenta con un contexto político y un marco legal favorable a la ampliación del acceso equitativo a servicios de salud para toda la población, incluyendo los servicios relativos al VIH y las ITS- que se ve reflejado principalmente en las siguientes normativas y orientaciones políticas:

- Sistema Nacional de Salud y Reforma de Salud – Salud, como bien público y como derecho humano; Centrada en la promoción de salud, Atención Primaria en Salud Integral (APSI), eficiencia de los servicios de atención, organización comunitaria, participación social, colaboración intersectorial y equidad.
- Modelo de atención - Enfoque familiar y comunitario. Promueve la ampliación progresiva de la cobertura de salud a toda la población.
- Redes integradas e integrales de servicios de salud (RIISS) (eje prioritario de la Reforma) - Inversión importante en la ampliación de la red de servicios.
- Servicios gratuitos - Ley de Desarrollo y Protección Social, aprobada por el congreso como “Acceso Universal a la Salud Integral pública y gratuita.”

5.2.2 Fortalezas en Prevención Combinada (PC)

Modelos de PC dirigidos a poblaciones clave con foco en la eficiencia y aumento de la cobertura.

- Clínicas VICITS (15 en 11 depts) y Centros Comunitarios de Prevención Integral (CCPI) (14 en 7 departamentos con mayor prevalencia) administrados por ONGs (subvención del FM).
- 8 unidades móviles, entre MINSAL Y ONG, que facilitan la toma de pruebas para VIH en las poblaciones con mayor dificultad a los servicios y con horarios flexibles.
- Foco en eficiencia a las poblaciones más vulnerables como en mujeres trans con el 10% positividad VIH , 10% en HSH, 2.8% en MTS, según los datos de las VICITS.

Progreso en el acceso a servicios de prueba de VIH y vinculación

- Aumento en la % PVV conocen su diagnóstico (cascada), FVIH01 con registro de población clave.
- Proporción alta de MTS que conocen su status (90.0%)
- Cobertura alta de testeo en VIH en personas con TB (98%), coordinación efectiva de las actividades colaborativas TB/VIH.
- Clínicas VICITS con atención a otras poblaciones incluyendo adolescentes de poblaciones clave (>13 años), lesbianas y hombres trans.
- Navegadores para vincular PVV a atención en la prevención y en el abordaje del VIH.

Ampliación del paquete de servicios de PC en la red

- Prueba VIH, condón, abordaje sindrómico ITS, tamizaje sífilis y búsqueda parejas

- PEP (exposición laboral y violencia sexual/agresión) en servicios de urgencia.

Inclusión de intervenciones para reducción del estigma & discriminación

- Institucionalización en las clínicas VICITS del uso del nombre “conocido por”
- Capacitación de los profesionales de salud en E&D por población clave.
- Los equipos de navegadores y promotores pertenecen a la población clave.

5.2.2.1 Desafíos y Recomendaciones en Prevención Combinada

DESAFÍOS	RECOMENDACIONES
<p>Persisten brechas en el diagnóstico de VIH</p> <ul style="list-style-type: none"> • 26% PVV estimadas no conocen su diagnóstico (~6200) • 34% de diagnósticos son VIH avanzado • Diagnóstico tardío (<200 CD4) (34%) • Acceso a prueba en HSH (77%) & Mujeres Trans (74%) (2016) 	<p>Eliminar barreras y ampliar el acceso a la prueba de VIH:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ampliar la cartera de personas que pueden realizar PR, incluyendo pares en ámbito comunitario y ECOS - Eliminar necesidad de expediente - Consentimiento firmado para realización de prueba en algunos establecimientos. - Simplificar la pre-consejería (“información rápida”) - Realizar PR con entrega inmediata de resultado - Ampliar horarios de las VICITS - Ampliar días de las unidades móviles y diseminar ruta/días/ horarios - Revisar algoritmo de VIH con confirmación con segunda PR - Eliminar FTA-ABS de algoritmo de sífilis - Considerar pruebas duales (HIV/sífilis) - Autotest: asegurar registro de insumos PQ OMS para la comercialización
<p>Necesidad de eliminar barreras de acceso a las pruebas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas rápidas para VIH y sífilis solo por profesionales de laboratorio y sin entrega inmediata del resultado • Necesidad de expediente para hacer la prueba. • Pre-consejería larga y obligatoria • Horario de funcionamiento limitado • Algoritmo diagnóstico HIV y sífilis necesita revisión 	
<p>Estrategia de prevención combinada aún muy basada en condón e intervenciones conductuales</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Uso condón: MTS (73%), HSH (61%)</i> • Condones: necesidad de expediente y entrega en farmacias • Baja socialización y demanda del condón femenino • Baja disponibilidad de lubricantes 	<p>Ampliar/mejorar servicios de prevención combinada existentes, incluida la prevención para PVVIH.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Condones masculinos – revisión estimaciones y eliminar expediente, facilitar entrega, asegurar disponibilidad en los CAIs - Condones femeninos – fortalecer capacitación y comunicación social - Lubricantes – revisión de estimaciones e incluir en registro de insumos
<p>Necesidad de ampliar el paquete de servicios de prevención combinada basado en las últimas recomendaciones de la OMS (2015-2017)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - PEP: Actualizar el lineamiento para incluir relaciones sexuales consentidas accidentales - PrEP: Estrategia de comunicación con participación de ONGs, realizar intercambios de experiencia entre países, información científica y directrices internacionales; Pilotos de implementación (subvención internacional); Realizar estimaciones de necesidades y costos - Notificación asistida de parejas: pilotos de los

	<p>nuevos modelos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Solicitar la Asistencia Técnica de OPS para el fortalecimiento del diagnóstico laboratorial de VHB y VHC.
SSR de calidad con énfasis en los Adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> - Introducir la vacuna para VPH en niñas. - Fortalecer la promoción de salud, SSR, salud mental/alcohol y drogas en adolescentes y promover el auto cuidado y la reducción del embarazo precoz. - Abordaje intersectorial (escuelas, asociaciones comunitarias, etc.) para aumentar el acceso a planificación familiar, y al testeo para ITS/VIH. - Abordaje intersectorial para combatir la violencia social y de género

5.2.3 Fortalezas en la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y la sífilis congénita (ETMI)

- Acceso gratuito y universal a los servicios de atención pre-natal, parto y seguimiento a la mujer y el recién nacido ofrecidos por los ECOS y servicios especializados (embarazadas VIH+ referidas a los 18 hospitales con atención integral)
- Alta cobertura de prenatal y partos hospitalarios (>95%)
 - ✓ >95% atendidas en el sector público (MINSAL + ISSS)
 - ✓ >96% de cobertura de prenatal (ANC1) – al menos una consulta
 - ✓ >90% de cobertura de prenatal (ANC4) – al menos 4 consultas
 - ✓ >98% de partos hospitalarios
- Todos los establecimientos de salud priorizan la búsqueda de embarazadas de riesgo.
- Flujo sistemático y regular de atención a través del mecanismo de referencia y contra-referencia entre todos los niveles
- Tamizaje para VIH y sífilis integrados al seguimiento prenatal (2 perfiles)
- Atención al niño con VIH en hospital de III nivel (disponibilidad de vacuna de VHB en las primeras 24 horas, CV, CD4, ARV, formula láctea)
- Disponibilidad continua de ARV, penicilina y pruebas diagnósticas
- Tratamiento a nivel primario para sífilis.
- Desensibilización en caso de embarazadas alérgicas a penicilina
- Auditorias clínicas para mejorar la atención en embarazadas con alto riesgo.
- Algoritmos diagnósticos normados con control externo de calidad (EQA) por el Laboratorio nacional de referencia y sus redes.

Salud sexual y reproductiva

- Métodos contraceptivos disponibles en todos los niveles
- Acceso a métodos contraceptivos para adolescentes sin consentimiento de los padres y con confidencialidad.
- Planificación familiar en las visitas de puerperio. El país tiene disponible en las maternidades DIU para colocación post parto e implantes independientemente del estatus serológico para VIH

5.2.3.1 Desafíos y Recomendaciones en Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y la sífilis congénita (ETMI)

DESAFÍOS	RECOMENDACIONES
<p>Mejorar la vigilancia de la sífilis congénita</p> <ul style="list-style-type: none"> Los datos de los indicadores mínimos para el monitoreo del ETMI de sífilis aún se están recopilando y validando 	<ul style="list-style-type: none"> Aclarar roles y responsabilidades en vigilancia y monitoreo de sífilis y sífilis congénita (y otras ITS) Reforzar la necesidad del ISSS de reportar indicadores mínimos y casos al MINSAL Aplicar procesos de cruce entre bases de datos para el control de calidad de los datos (entre SUMEVE y SIP, VIGEPES y SIP, SIMMOW y SIP) Implementar el SIP PLUS
Definición de caso de sífilis congénita no alineada con OMS	<ul style="list-style-type: none"> Alinear a definición de caso con la OMS y capacitar equipo.
Auditoria clínica de pocos casos de sífilis congénita (7 en 2016).	<ul style="list-style-type: none"> Sistematizar las auditorias de casos de sífilis congénita y usar resultados para mejoría del programa en nivel de SIBASI
No se investiga la causa de muerte de mortinatos	<ul style="list-style-type: none"> Realizar análisis de casos de mortinatos para identificar mortinatos por SC y fortalecer el diagnóstico adecuado de la causa de muerte Asegurar prueba de sífilis en la madre
<p>Bajo seguimiento de casos de sífilis materna y congénita, en los diferentes niveles de la vigilancia</p> <p>Baja interacción de las redes de salud para el seguimiento de casos</p>	<ul style="list-style-type: none"> Para no perder embarazadas con sífilis, considerar la construcción, a nivel de los hospitales, de un proceso similar al que se sigue con VIH (Excel enviado al programa) a nivel de SIBASI y monitorearlos
Acceso limitado a pruebas rápidas de sífilis para embarazadas, lo que dificulta el diagnóstico y tratamiento oportuno de la embarazada y de su pareja	<ul style="list-style-type: none"> Implementar algoritmo diagnóstico de sífilis iniciado con PR y con 2ª prueba de RPR (FTA-ABS no es necesario) a escala nacional Seguir con la ampliación de la disponibilidad PR de sífilis en todas las unidades con pre-natal permitiendo el diagnóstico en el 1er nivel de atención Implementar tamizaje por PR para VIH y sífilis en el momento del parto y considerar introducir las PR duales (VIH/sífilis) Introducir el tamizaje universal para VHB y Chagas (ETMI Plus).
<p>Atención de calidad a embarazadas con VIH y sífilis.</p> <ul style="list-style-type: none"> 25% (33/130) de embarazadas con VIH con carga viral detectable (2016) De las embarazadas nuevas (2016), un 39% presentan CD4 menor de 500. 	<ul style="list-style-type: none"> Implementar una vigilancia en la embarazada para VIH, sífilis, Chagas y Hepatitis B. Monitoreo sostenido de los indicadores de la ETMI. Búsqueda de estrategia para mejorar la cobertura de tamizaje para sífilis en embarazadas y sus parejas. Seguir con investigaciones operativas: un estudio demostró que solo el 65% de cobertura de

<ul style="list-style-type: none"> - Acceso limitado a pruebas rápidas para sífilis a embarazadas y a su pareja. - Poca participación y tamizaje de los hombres en el control prenatal - 16% de demandas insatisfechas de planificación familiar (PAHO, 2017) - Alta tasa de embarazo no planeado en adolescentes (25%) - Necesidad de incrementar utilización de contraceptivos de larga duración en adolescentes - Aborto ilegal en todas las circunstancias - Violencia de género y social 	<p>tratamiento adecuado para sífilis materna (problemas con registro).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer el seguimiento y evaluación de los indicadores de la ETMI, en los diferentes niveles de la vigilancia (local, SIBASI, región y nivel central) y seguimiento de casos - Realizar Auditoria clínica de todos los casos de sífilis materna y congénita. - Mejorar las medidas actuales para ampliar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y disminuir el embarazo entre los adolescentes, lo que incluye facilitar el acceso a los anticonceptivos de larga duración - Iniciar un debate con múltiples actores sobre la legalización del aborto, al menos en ciertas condiciones (riesgo de vida, violencia sexual e imposibilidad de supervivencia del bebé) -Mejorar y ampliar las buenas prácticas para disminuir y proteger a las mujeres contra la violencia de género.
--	--

5.2.4 Atención Integral

5.2.4.1 Fortalezas de Atención Integral

- Aumento en la cobertura del TAR de 44% (2014) a 48% (2016) (94% niños diagnosticados)
- Ampliación del acceso a centros de atención integral (20 CAI en hospitales II/III nivel; ISSS) con recursos humanos capacitados.
- Adopción de la iniciativa de Tratamiento 2.0 (2013): esquema preferente, exclusión de ARV no recomendados (d4T, ddl en curso); adhesión a directrices OMS (95% esquemas de primera línea; 74% de segunda en el 2016).
- Efectividad del TAR. Supresión viral en personas en TAR (H 81%, M 82%, <15 93%).
- Modelos de provisión de servicios innovadores o diferenciados (ej. consultas menos frecuentes para pacientes estables; búsqueda activa de abandonos en colaboración con sociedad civil; farmacia domiciliaria para ARV (ISSS) y descentralización ARV (H. S. Ana); farmacia hospitalaria 24h.
- Progresos en la integración de servicios de TB-VIH (98% prueba VIH y 96% TAR en coinfectados) y prueba de GenXpert para diagnóstico en PVV sintomáticos respiratorios.
- Acceso continuo a servicios de seguimiento laboratorial (CD4, CV) con control de calidad.
- Organización de referencia de muestras de los 20 hospitales que proveen AI (MINSAL) con retorno de resultados en aproximadamente 2 semanas.
- Sin ruptura de stock de reactivos
- Participación en control de calidad externo (CDC, CAP)

5.2.4.2 Desafíos y Recomendaciones de Atención Integral

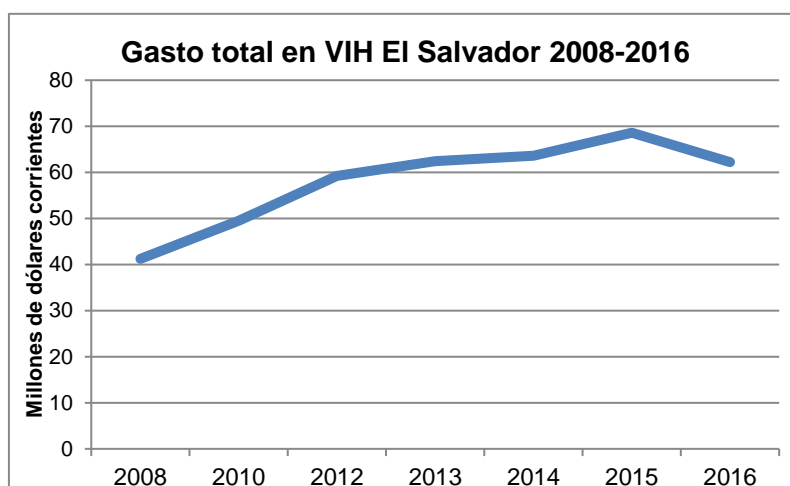
DESAFÍOS	RECOMENDACIONES
Persisten brechas en la cobertura del tratamiento (~8000 sin TAR para la meta de “90%”)	- Oficializar, diseminar e implementar los nuevos lineamientos de atención integral (política de “tratamiento para todos” de la OMS, 2016)
Atención integral y dispensación de ARV exclusivamente en hospitales de segundo y tercer nivel	<ul style="list-style-type: none"> - Planificar un proceso paulatino de descentralización /desconcentración de la atención integral y TA (hospitales II nivel; UCSF especializadas y VICITS). Definir protocolos y flujogramas, revisar nivel atención ARV, plan operativo descentralización, equipo funcional MINSAL para coordinar, etc. - Aumentar el número de profesional de salud capacitados para la atención integral de VIH en los diferentes niveles desde la perspectiva de desconcentración al primer nivel de atención y task-shiffting. - Ampliar acceso a dispensación de ARV (Ej. horarios extendidos (24h); desconcentración dispensación ARV en PNA; farmacias a domicilio como opción innovadora) - Promover una discusión sobre la integración de los centros de atención integral con la atención medica general para una prestación de servicios más eficiente. Esto requiere establecer una mesa de discusión con todos los actores involucrados para discutir ventajas y desventajas del proceso de integración en el contexto del sistema de salud de El Salvador
Mejoramiento en el uso de medicamentos ARV (Tratamiento 2.0)	<ul style="list-style-type: none"> - Oportunidades de optimización TAR - Finalizar exclusión ARV no recomendados - Migración a nuevos ARV pediátricos - Plan de migración de LPV/r (solicitud de patente) en adultos (ATV/r, DTG) e introducción DTG (DTG 44\$ y TLD 76\$ persona/año) puede generar ahorros significativos. - Asegurar participación sociedad civil y comunicación social
Debilidades en la cascada de la atención continua a las PVV (vinculación, retención y abandonos) (~6000 personas diagnosticadas no están en TAR)	<ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer la coordinación efectiva entre CAIs y equipos de las RIISS en la provisión de servicios de VIH. Aplicar lineamientos de referencias y respuesta; sensibilizar los recursos del PNA sobre vinculación, búsqueda activa y seguimiento de las PVV a nivel comunitario. - Ampliar apoyo psicosocial en los CAIs.
<p>Oportunidades de optimización seguimiento laboratorial PVV en TAR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brechas de acceso/cobertura prueba de carga viral • Alto número de pruebas de CD4 no necesarias (PVV estables en TAR) • Uso no eficiente GenXpert en PNA 	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollar planes de fortalecimiento de logística recolección muestras a nivel local (horarios/días/recursos humanos/transporte/ consejería PVV) - Avanzar con el plan de descentralización de CV (región oriente – S. Ana; considerar GenXpert) - Revisar lineamiento sobre seguimiento CD4 en PVV en TAR estables (def. OMS) puede generar ahorros - Sensibilizar PNA sobre aplicación correcta lineamientos GenXpert PNA - Apoyo OPS para definir pruebas diagnósticas y biología molecular de hepatitis

<ul style="list-style-type: none"> Falta de acceso a pruebas de biología molecular para hepatitis y genotipificación VIH 	<ul style="list-style-type: none"> Planes de acceso a genotipificación
---	---

5.3 Financiamiento con equidad y eficiencia

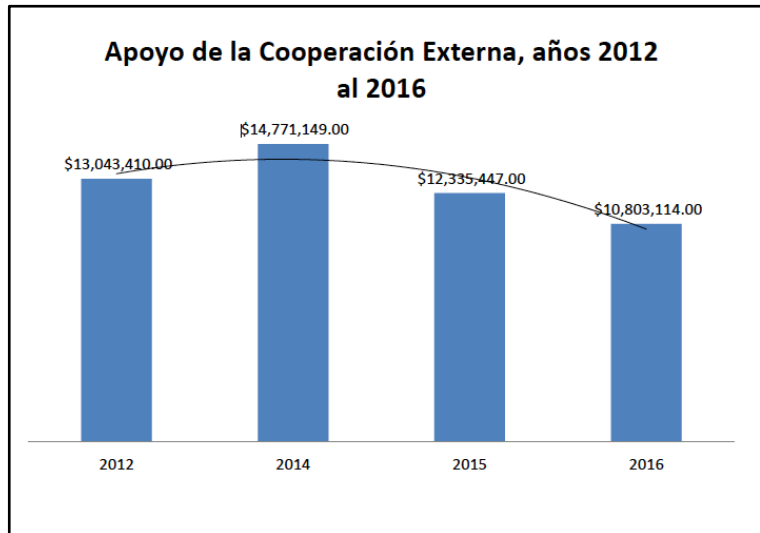
El gasto total en salud de El Salvador representa un 6,9% de su PIB de acuerdo a las últimas cifras oficiales (2015) con un componente público del gasto en salud correspondiente con un 4,4% del PIB. En ambos indicadores se encuentra muy cerca de la media Regional (7,4 y 4,3% respectivamente), aunque aún por debajo del compromiso de un gasto público de un 6% del PIB adoptado en 2014. Con respecto al gasto total en salud per cápita (\$ 282 en 2015) el país se encuentra en el noveno puesto entre los que menos gastan en la Región (entre 34 que presentan información) (Anexo 2). En este sentido, más allá del esfuerzo materializado en los últimos años, se presenta como un contexto de escasez importante de recursos. Por esto, evitar duplicaciones, ineficiencias e intervenciones de baja costo-efectividad es crucial. Además, El Salvador presenta un problema común a los países de la Región: un alto peso del gasto de bolsillo en salud (28% del gasto total en salud, 2015) que representa una barrera para el acceso a los servicios de salud (Anexo 2).

Con respecto al gasto directamente asociado a la respuesta al VIH, en el año 2016 se observa una caída del 9%, que rompe por primera vez una tendencia creciente observada entre 2008-2015 y que es esperable que se observe nuevamente para 2017 cuando estén disponibles las últimas estimaciones del estudio MEGAS. Los 62.2 millones de dólares estimados en 2016, representan 5,5% del gasto total en salud de ese año.



La caída observada de 6.4 millones en la estimación del gasto total en VIH tiene un correlato en una caída del gasto público en VIH de casi el mismo monto, según se desprende del último estudio MEGAS. Además, es puntualmente el gasto en prevención el más afectado, con una caída en 2016 con respecto a 2015 de \$ 6.6 millones.

Con respecto al aporte de la cooperación internacional en la respuesta al VIH, desde el año 2014 se observa una caída de unos \$2 millones cada año que es esperable que continúe en 2017 y 2018 y que es coherente con la situación de la mayoría de los países de la Región y que se desprende de una “graduación” progresiva de los países con respecto a las condiciones de elegibilidad para recibir



donaciones y ayuda externa en general. Sin embargo, en 2016 se estima que aun un 17% del gasto total nacional en VIH se financia con fuentes externas, lo cual representa un desafío importante en términos de sostenibilidad de la respuesta que el país debe afrontar.

A continuación se resumen las principales fortalezas, desafíos y recomendaciones con respecto al financiamiento.

5.3.1 Fortalezas

- Perspectivas de crecimiento económico de un 2.3% por encima del promedio de América Latina y el Caribe (aunque menor que la subregión centroamericana).
- Compromiso del estado con salud: priorización fiscal (19% del gasto público total) y priorización del primer nivel de atención (43% del gasto del MINSAL)
- Información de financiamiento de la respuesta actualizada regularmente (MEGAS) y Plan Estratégico Nacional Multisectorial de VIH e ITS costado
- De acuerdo con el mismo se estarían cubriendo las necesidades financieras totales de la respuesta (se estiman en 63M para 2016)
- 100% del costo de los medicamentos ARV y costo operativo de 20 CAIs cubiertos con fondos públicos y compra través del Fondo Estratégico.
- Sostenibilidad: se está discutiendo el tema actualmente y ya se están realizando estudios específicos (consultoría FM) que apoyen un futuro plan de sostenibilidad de la respuesta.
- Cumplimiento de compromisos con donantes de ir absorbiendo gradualmente una parte creciente de los costos

5.3.2 Desafíos y Recomendaciones

DESAFÍOS	RECOMENDACIONES
Situación fiscal: ajustes actuales y futuros	<ul style="list-style-type: none"> - Estudios que apoyen (CE, ahorros futuros) - Apoyo de otros sectores (p.ej. municipalidades) - Gastar mejor (ver eficiencia) - Modelo de provisión: aprovechar RIISS
Dependencia de cooperación internacional (17%) y sostenibilidad.	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollar plan de sostenibilidad hacia la innovación y ampliación (no solo sustitución)
Subsidios cruzados: MINSAL hacia ISSS, COSAM, privados	<ul style="list-style-type: none"> - Recuperación con institución aseguradora (requiere rever marco normativo) - Requerir cobertura de VIH en seguros privados.
Brecha financiamiento en prevención	<ul style="list-style-type: none"> - Continuar la focalización en poblaciones clave. - Intervenciones costo-efectivas (PrEP, PEP) - Confirmación con 2 pruebas rápidas
Gasto ineficiente y posibilidades de ahorro	<ul style="list-style-type: none"> - Bajar pruebas de CD4 en pacientes estables - TLD en combinación fija (\$75 por año) - GeneXpert focalizado - Revisión de algoritmo de VIH (2 PR) y sífilis sin FTA-ABS
Régimen impositivo importación de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> - Implementación de exenciones previstas en PNEM - Comenzar con impuestos de bodegaje (5%)
Solicitud de patente de lopinavir/rotonavir (40% del gasto en ARV)	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo técnico OPS y med. patents pool - Migración de tratamiento (corto plazo) a otros ARV alternativos (ATV/r; DTG)
Retorno de migrantes: fin TPS (1800 PVV aprox)	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar ejercicio de costeo y estrategia de apoyo en la red de servicios. - Plan de migración de esquemas para migrantes.

5.4 Intersectorialidad

5.4.1 Fortalezas

- El Artículo 18 de la Ley de Prevención y Control de la Infección provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (Aprobada en enero de 2017) crea la Comisión Nacional Contra el VIH (CONAVIH), como un organismo asesor del Ministerio de Salud para una respuesta nacional ante el VIH.
- Participación efectiva de la sociedad civil en espacios importantes;
 - Construcción del PENM,
 - Propuestas para la subvención del FM y
 - Actividades de evaluación de la respuesta nacional.
- Participación de la sociedad civil y comunidades a través de Foros, comités, acuerdos ministeriales para la contraloría social en salud.
- Poblaciones claves empoderadas para el ejercicio de sus derechos.
- Integración de la sociedad civil en la respuesta nacional con roles muy claros y definidos.

5.4.2 Desafíos y Recomendaciones

DESAFÍOS	RECOMENDACIONES
Limitada representatividad intersectorial en la CONAVIH para una respuesta más efectiva	<ul style="list-style-type: none"> - Definir un plan de incidencia con la nueva Asamblea Nacional para modificación de la Ley de VIH, redefinir su membresía Y financiamiento - Integrar representación de la sociedad civil.
Sostenibilidad para la participación de la sociedad civil en la respuesta nacional de VIH-ITS	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar una estrategia de sostenibilidad bajo modelos de atención innovadores y costo efectivos e integración en el Programa Nacional de VIH-ITS-Sida, sin desnaturalizar el sentido de participación auténtica.
Asegurar la participación de la sociedad civil en espacios claves para la toma de decisiones oportunas	<ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer participación intersectorial y comunitaria en la respuesta ampliada a las infecciones de VIH y las otras ITS, en: <ul style="list-style-type: none"> • Capacitación en sus roles y funciones en los distintos espacios requeridos. • Fortalecimiento organizacional
Fortalecer la mesa intersectorial de Migrantes bajo la mirada de acceso universal en salud con énfasis en el abordaje a VIH-ITS (198,000 migrantes supuestos a retornar en 2019 -TPS, con una expectativa de ~1800 con VIH con esquemas de tratamiento diferentes de las normativas de país).	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollar un plan de intervención multi sectorial e interinstitucional que facilite la transición de las personas migrantes con VIH, ITS y TB en el país. - Facilitar la información del paquete de servicios preventivos, de atención, apoyo emocional y de tratamiento a los retornados y sus parientes. - Implementar un sistema de vigilancia que permita la vinculación oportuna de los servicios en VIH, ITS y TB.

Próximos pasos

- **Validar y socializar el informe de la misión**
- **Desarrollar una hoja de ruta y plan de trabajo con responsabilidades para *operacionalizar* las recomendaciones de la misión**
- **Conformar una comisión de seguimiento *ad hoc* para el seguimiento a las recomendaciones de la misión.**

Se agradece al Ministerio de Salud de El Salvador y su Programa Nacional de VIH-ITS y Sida, la facilidad para contar con la documentación relacionada a las políticas, normas y guías nacionales, las cuales han sido la base para la realización de esta misión. En el anexo 11 se muestran algunas de los documentos consultados.

Bibliografía

1. PNUD, El Salvador en Breve, PNUD de El Salvador, en línea.
http://www.sv.undp.org/content/el_salvador/es/home/countryinfo/
2. El Banco Mundial en El Salvador, El crecimiento económico de El Salvador, El Salvador: panorama general, Banco Mundial, <http://www.bancomundial.org/es/country/elsalvador/overview> , Última actualización: Oct 10, 2017
3. PLAN QUINQUENAL DE DESARROLLO, 2014-2019, EL SALVADOR PRODUCTIVO, EDUCADO Y SEGURO, Secretaría Técnica y de Planificación Gobierno de El Salvador.
4. CÓDIGO DE SALUD TITULO PRELIMINAR DISPOSICIONES GENERALES ASAMBLEA LEGISLATIVA - REPUBLICA DE EL SALVADOR, DECRETO N° 955.-
http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/ley/codigo_de_salud.pdf
5. CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DE EL SALVADOR (1983), ORGANO LEGISLATIVO (ASAMBLEA CONSTITUYENTE) Reformas: (24) Decreto Legislativo No. 36 de fecha 27 de mayo de 2009, publicado en el Diario Oficial No. 102, Tomo 383 de fecha 04 de junio de 2009.
<http://www.pgr.gob.sv/documentos/ConstitucionDeLaRepublica.pdf>
6. MINSAL, Política Nacional de Salud, 2015-2019, Ministerio de Salud de El Salvador, Acuerdo N° 1422.
<http://www.salud.gob.sv/politica-nacional-de-salud-2015-2019/>
7. Comisión Nacional de la Lucha contra el SIDA, Plan Estratégico Nacional Multisectorial de VIH e ITS, 2016-2021, CONASIDA, El Salvador.
http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/planes/plan_estrategico_nacional_multisectorial_vih_its_2016_2021_v2.pdf
8. MINSAL, Plan de Monitoreo y Evaluación del Plan Estratégico Nacional Multisectorial en respuesta al VIH-sida e ITS 2016-2021, Ministerio de Salud, Programa Nacional de VIH-ITS-Sida de El Salvador
9. Ley de Prevención y Control de la Infección Provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, bajo el DECRETO N° 562, del 14 de diciembre de 2016, CONAVIH,
http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/ley/ley_proteccion_control_infeccion_provocada_por_vih.pdf
10. MINSAL, Plan Estratégico Institucional 2014 – 2019 (PEI), septiembre 2015, Ministerio de Salud de El Salvador.
11. MINSAL, Informe de Labores del MINSAL, 2016-2017, La Salud es un Derecho, estamos para garantizarlo, Ministerio de Salud de El Salvador, Julio 2017.
12. Organización Panamericana de la Salud, Suministro de Sangre para transfusiones en los países de Latinoamérica y el Caribe, 2014 y 2015, Washington, D.C.: OPS; 2017.
13. Organización Panamericana de la Salud, Diagnóstico situacional de sífilis materna y sífilis congénita en las 28 maternidades de red de establecimientos del Ministerio de Salud durante el año 2009 / Organización Panamericana de la Salud (OPS), Ministerio de Salud, Centro Latinoamericano de Perinatología Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR).- 1a. ed. –San Salvador, El Salv. : OPS 2010.
http://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones&alias=599-diagnostico-situacional-de-sifilis-materna-y-sifilis-congenita-en-las-28-maternidades-de-la-red-de-establecimientos-del-ministerio-de-salud-en-el-salvador-durante-el-periodo-de-enero-a-diciembre-de-2009-segun-sistema-informatico-perinatalnatal&Itemid=364.
14. MINSAL, Informe epidemiológico de la situación de la sífilis materna y sífilis congénita en El Salvador. 2011 – 2015. Ministerio de Salud, Programa Nacional de VIH/ITS/Sida, septiembre 2016.
15. Organización Panamericana de la Salud, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida para América Latina y el Caribe. Prevención de la infección por el VIH bajo la lupa. Un análisis desde la perspectiva del sector de la salud en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS, ONUSIDA; 2017. <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34380>
16. MINSAL, Estudio Sobre la Flexibilidad ADPIC, patente de los productos Farmacéuticos de Ritonavir- lopinavir Utilizados en la atención del VIH en El Salvador, y ruta crítica para su aplicación, El Salvador junio 2017. USAID/PASCA Ministerio de Salud, Programa Nacional de VIH-ITS-Sida.
17. Organización Panamericana de la Salud, ETMI-PLUS: marco para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH, la sífilis, la hepatitis y la enfermedad de Chagas, Washington, D.C.: OPS; julio 2017.
18. Organización Panamericana de la Salud, Plan de acción para la prevención y control de las infecciones por VIH y las Infecciones de transmisión sexual 2016-2021. Washington, D.C.: OPS; mayo 2017.
<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34079>

19. WHO Implementation tool for pre-exposure prophylaxis (PrEP) of HIV infection. Module 11: PrEP users. Geneva: World Health Organization; 2017.
20. Organización Mundial de la Salud, ESTRATEGIA MUNDIAL DEL SECTOR DE LA SALUD CONTRA LAS HEPATITIS VÍRICAS, 2016-2021, OMS 2016.
21. Organización Mundial de la Salud, ESTRATEGIA MUNDIAL DEL SECTOR DE LA SALUD CONTRA LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, 2016-2021, OMS, 2016.
22. Organización Panamericana de la Salud, Orientación para el diagnóstico de la sífilis en América Latina y el Caribe: cómo mejorar la adopción, interpretación y calidad del diagnóstico en diferentes entornos clínicos. Washington, DC: OPS, 2015
23. MINSAL, Estrategia para la Eliminación de la Transmisión Vertical de VIH y sífilis congénita, Programa Nacional de VIH-ITS Sida, Ministerio de Salud, marzo 2015.
[http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/estrategias/estrategia para la eliminacion de la transmision vertical de vih y sifilis congenita.pdf](http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/estrategias/estrategia_para_la Eliminacion_de_la_transmision_vertical_de_vih_y_sifilis_congenita.pdf)
24. MINSAL, Informe Nacional sobre el Estado de la Situación del VIH en El Salvador, año 2015, Ministerio de Salud, Programa Nacional de VIH/ITS/Sida de El Salvador, abril 2016.
25. MINSAL, Guía Clínica para la atención integral en Salud de las Personas con VIH, Ministerio de Salud, Programa Nacional de VIH/ITS/Sida de El Salvador, diciembre 2014.
26. MINSAL, Guía Clínica de la profilaxis post exposición al VIH, Ministerio de Salud, Programa Nacional de VIH/ITS/Sida de El Salvador, diciembre 2012.
27. MINSAL, Lineamientos Técnicos para la Atención Integral en Salud de la Población LGBTI, Ministerio de Salud, Programa Nacional de VIH/ITS/Sida de El Salvador, abril 2016.
<http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>
28. MINSAL, Lineamientos Técnicos para la Atención Integral en Salud de las Personas Privadas de Libertad, Ministerio de Salud, Programa Nacional de VIH/ITS/Sida de El Salvador, marzo 2012.
29. MINSAL, Lineamientos Técnicos para la Prevención del VIH en las Poblaciones Móviles, Ministerio de Salud, Programa Nacional de VIH/ITS/Sida de El Salvador, diciembre 2017.
<http://www.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>
30. MINSAL, Lineamientos Técnicos para el Control de las Infecciones de Transmisión Sexual, Ministerio de Salud, Programa Nacional de VIH/ITS/Sida de El Salvador, marzo 2012.
31. MINSAL, Guía Clínica para la Atención de las personas con Coinfección TB/VIH, Ministerio de Salud, Programa Nacional de Tuberculosis de El Salvador, noviembre 2016.