



APMG
HEALTH

EVALUACIONES EN PAÍSES FOCALIZADOS

EVALUACIÓN DE VIH DE EL SALVADOR

EVALUACIÓN DE CAMPO

Marzo 2020

Introducción

Según el Banco Mundial, El Salvador es un país de ingresos mediano bajo (Banco Mundial, 2020). El país se divide administrativamente en 14 departamentos, que para el Ministerio de Salud están agrupados a cinco regiones: Metropolitana, Occidental, Oriental, Central y Paracentral. Según estimaciones de ONUSIDA, en el país viven con VIH unas 25.000 personas (21.000-30.000), con una prevalencia de VIH en la población adulta (15-49 años) del 0,6%. Las poblaciones que presentan mayor prevalencia son los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) con un 12%, las mujeres trans (MT) con un 15,3%, y las mujeres trabajadoras del sexo (MTS), con un 2,2%¹ (ONUSIDA, 2020). El país ha venido recibiendo apoyo del Fondo Mundial para la respuesta nacional del VIH desde 2003 y todavía es elegible para recibir financiación hasta por lo menos 2022 (El Fondo Mundial, 2020a y 2020b). El Equipo de País del Fondo Mundial identificó las siguientes prioridades para esta evaluación:

- Entorno de servicios diferenciados y de testeo.
- Rendimientos de positividad.
- Receptor principal (MINSAL), cómo debería de estar funcionando.
- Analizar las barreras regulatorias y normativas (compra antivirales y diagnóstico por agentes comunitarios).
- Explorar margen de eficiencia para reducir costos.

El Salvador fue seleccionado para una evaluación de campo que debía realizarse durante el primer trimestre del 2020. La visita de campo se realizó del 24 de febrero al 6 de marzo e incluyó:

- Visitas al campo en San Salvador, Santa Ana, Sonsonate y San Miguel.
- Diez discusiones en grupos focales con HSH (2 grupos), MT (2 grupos), MTS (1 grupo), PVVIH (2 grupos), agentes comunitarios o navegadores (3 en total, 1 por cada PC: HSH, MT y MTS).
- Entrevistas con 138 informantes clave del Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, otros miembros del Ministerio de Salud, representantes del Ministerio de Hacienda, la Dirección Nacional de Centros Penales, la Procuraduría de Derechos Humanos, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Programa del Presidente para Aliviar el SIDA (PEPFAR), el Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), el Subreceptor Plan Internacional, los cinco Sub Subreceptores, la Fundación Nacional para la Prevención, Educación y Acompañamiento de la Persona VIH/SIDA (FUNDASIDA), la Red Centroamericana de Personas con VIH (REDCA+), los socios implementadores de PEPFAR, y profesionales de la salud (médicos, enfermeras, agentes de campo, farmacéuticos, procesadores de datos y técnicos de laboratorio).
- Reuniones de presentación y de devolución con los miembros del Mecanismo Coordinador de País (MCP).

La visita de campo se desarrolló en términos generales según lo previsto, excepto para la observación de las actividades de observación de alcance comunitario, que sólo pudo llevarse a cabo con el Subreceptor *Entreamigos* para HSH. La actividad con MT acabó antes de la hora acordada para la llegada del equipo de evaluación.

¹ Estos datos son de 2018 y provienen del Sistema de Vigilancia Centinela. El país sin embargo ha estado empleando como referencia las cifras extraídas de encuestas bioconductuales realizadas en 2014 (MT) y 2016 (HSH y MTS), que son divergentes (TEPHINET 2014, 2016a y 2016b; Véase Objetivo 2 para más detalles).

Se puede encontrar información más detallada sobre la metodología de evaluación y la agenda en el [Documento de Información Complementaria](#).

El Salvador cuenta con un sistema de salud público fragmentado entre diferentes actores: el Ministerio de Salud (MINSAL), el Instituto Salvadoreño de Seguridad Social (ISSS), el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM) y la Sanidad Militar. Los principales actores son el MINSAL, que cubre a alrededor del 80% de la población, y el ISSS², que llega a entre el 15% y el 18%³ de los ciudadanos. Es además un sistema profundamente desigual en su financiación, ya que el gasto anual per cápita en cada institución se estima en 170 dólares en el MINSAL, en 300 en el ISSS, 600 en la Sanidad Militar, y más de 600 en el ISBM (Visita de campo).

Hallazgos

Objetivo 1. Hasta qué punto – y cómo – las subvenciones del Fondo Mundial han ayudado a los países a alcanzar a) las metas y objetivos descritos en sus planes estratégicos nacionales de cada enfermedad y en la estrategia general del sector de la salud, y b) las metas y objetivos establecidos en los acuerdos de subvención.

Dominio 1.1. Información, planificación e inversión estratégicas

Insumos: El Fondo Mundial ha estado apoyando al país con asistencia técnica para la elaboración de estudios con los que sustentar la estrategia nacional. Estaba prevista la realización de una evaluación de medio término del Plan Estratégico Nacional Multisectorial (PENM) 2016-2021. ONUSIDA y USAID proporcionaron asistencia técnica para la revisión de dicho plan en 2017. OPS está proporcionando asesoría en la mejora de la calidad de los datos de la cascada general, y la creación de cascadas por población clave y la cascada de prevención, aunque lo hace con la financiación del Fondo Mundial a través del acuerdo macro regional (Visita de campo).

Productos: Existe un PENM 2016-2021 debidamente costado, pero no se ha llevado a cabo la evaluación de medio término inicialmente prevista (República de El Salvador, 2017; Visita de campo). Está pendiente de aprobación una nueva Guía Clínica que adapta las recomendaciones de la OMS sobre el uso de dolutegravir, y las de OPS sobre una menor periodicidad de los recuentos de CD4 (OPS, 2018; Ministerio de Salud, 2019e; Visita de campo) (Véase Dominio 2.4 para más detalles). Los datos de casos identificados y de realización de la prueba están disponibles desglosados por grupo de edad, sexo, población clave, departamento e institución proveedora, y parcialmente por modalidad de servicio (Ministerio de Salud 2020a, 2020b y 2020f). El uso de datos para la modificación de modelos de intervención ha sido hasta ahora escaso, aunque se está acelerando (Visita de campo). El último

² El ISSS es un modelo de prestación de servicios de salud ligado al empleo formal. El derechohabiente y sus beneficiarios (cónyuge e hijos, pero también pareja en cohabitación) puede disfrutar de los servicios en tanto que mantenga el empleo, o sea un pensionado del mismo (por jubilación o por incapacidad laboral). En caso de pérdida de empleo, el trabajador pasa a depender del Ministerio de Salud. Si vuelve a acceder a un empleo formal, retoma la situación anterior (Visita de campo).

³ No se cuenta con estudios recientes que determinen los porcentajes de cobertura del ISSS, que además son muy fluctuantes y fuertemente dependientes de la coyuntura económica y del grado de formalidad del mercado laboral del país (Acosta et al., 2011). El dato aquí consignado parte del Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, y, por las razones ya expuestas, no se ha podido triangular con fuentes documentales actualizadas. Por lo mismo, otras fuentes podrían aportar datos divergentes.

estudio MEGAS es de 2018 (documento provisional; Ministerio de Salud, 2019g), y no se dispone de caso de inversión de VIH para el país reciente (el anterior es de 2016; República de El Salvador, 2017). Los informantes clave tienden a coincidir que la coordinación entre sectores es considerada buena aunque perfectible entre el Programa Nacional y las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC). Es deficiente entre el Ministerio de Salud y el segundo proveedor de cuidados y tratamientos, el ISSS, y entre el Ministerio de Salud y otras áreas de Gobierno. El espacio formal para dicha coordinación es la Comisión Nacional de VIH (CONAVIH), pero hasta ahora su efectividad ha sido escasa por el desinterés de los otros departamentos públicos y la falta de liderazgo efectivo del MINSAL, a pesar de que es formalmente quien conduce, articula y gestiona las acciones de todos los sectores que confluyen en la CONAVIH (Visita de campo).

Resultados: La estrategia nacional fue actualizada en 2017 (República de El Salvador, 2017), y precisaría ser revisada de nuevo. El país ha decidido que en vez de realizar una evaluación de medio término, los recursos se destinarán a una evaluación final que sienta las bases para un nuevo plan nacional (Visita de campo). Existe una cobertura amplia de los servicios de prevención, testeo y, más limitadamente cuidado y tratamiento (Véase Objetivo 2 para más detalles). El apoyo político a la respuesta nacional parece circunscribirse al Ministerio de Salud, sin que consten muestras de respaldo de mayor nivel, es decir de la Casa Presidencial. De hecho, el presupuesto del Programa Nacional está congelado en 2,5 millones de dólares estadounidenses desde hace tres años (Visita de campo). La aportación de recursos domésticos ha descendido en los últimos años, aunque el país explica que ello se debe a la decisión de excluir las 4 pruebas obligatorias del programa de sangre segura (cribado de donantes) que no son la de VIH de la contabilidad de los gastos por VIH, aunque no se dispone de la cifra exacta que representaba (MEGAS 2016, 2017 y 2019g). El sector de prestación que representa el sector público (Ministerio de Salud y ISSS) parece sin embargo estable, no así el sector comunitario, con serias dificultades para asegurar su sostenibilidad (véase Objetivo 4 para más detalles) (Plan Internacional 2019c; Visita de campo).

Dominio 1.2. Sistemas de salud resilientes y sostenibles

Insumos: La actual subvención 2019-2021 incluye apoyo a la infraestructura de entrega de servicios y al sistema de laboratorios. Esta parte viene canalizada por el programa de canje “Deuda por Salud” con la Cooperación Alemana por un total de 10 millones de euros (El Fondo Mundial 2018a y 2018b). También el Fondo Mundial ha contribuido con la mejora del almacén central: acondicionamiento del cuarto frío y de un área específica para TARV, instalación de equipo eléctrico y la adquisición de 4 camiones (dos con cámara frigorífica) y 4 furgones (uno con cámara frigorífica). PEPFAR apoya al país con la mejora del sistema de gestión de compras y suministros de productos de VIH, incluyendo su almacenaje (USAID 2017a, 2017b, 2018a, 2018b y 2018c). El Fondo Mundial ha apoyado el fortalecimiento de los sistemas comunitarios a través de planes de sostenibilidad (Plan Internacional 2019c). No consta que se den apoyos específicos para que las OSC desarrollen actividades de monitoreo comunitario (Visita de campo).

Productos: Desde 2009, el país compra los TARV al Fondo Estratégico de OPS. El paquete integrado de prevención se adquiere a través del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), mientras que los medicamentos para el tratamiento de infecciones oportunistas y hepatitis virales lo hace cada centro hospitalario. Pese a los esfuerzos del Programa Nacional y el apoyo de PEPFAR desde 2017 a través del Programa de la Cadena de Suministros en Salud Global de USAID, el sistema de gestión de adquisiciones y abastecimiento de TARV sólo ha mejorado parcialmente, y en algunos aspectos incluso ha empeorado. Entre las mejoras destaca la exención del impuesto del valor añadido (IVA) a la importación y almacenaje de los medicamentos antirretrovirales, lo que ha supuesto un ahorro del

18% del costo (13% del IVA y 5% de impuestos de internación), y la implementación de medidas de calidad, como la trazabilidad de los productos, la estandarización de los procesos del ciclo logístico y la capacitación del personal, incluyendo la elaboración de manuales de referencia (USAID 2017a, 2017b, 2018a, 2018b y 2018c; Visita de campo). Pese a ello, el ciclo de suministro tiene una duración de un mínimo de 10 (en caso de que no haya incidencias) y 15 (si se acumulan retrasos, lo que es habitual) meses, desde el momento en que se hace la estimación de necesidades hasta que el producto está disponible en el almacén central. Entre las incidencias que pueden retrasar el proceso se incluye la falta de crédito en el tesoro público, que lleva a retrasos en los pagos a OPS, quien a su vez no activa el proceso si no cobra por adelantado⁴; que la OPS no disponga de mecanismos de compra urgente o inmediata; la exigencia legal desde 2018 del visto bueno por parte de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI), que añade dos meses de espera; y hasta finales de 2019, la necesidad de contar con el montante necesario para pagar los impuestos de importación y proceder a la extracción de las aduanas. Finalmente, las obras de readecuación del edificio del Laboratorio Nacional de Salud Pública, muy vulnerable por ser antiguo y haber sido afectado en su estructura por movimientos sísmicos, y que se financian a través del programa de canje de deuda con Alemania que canaliza el Fondo Mundial, están retrasadas a causa de la falta de un permiso ambiental, aunque se espera que comiencen antes de acabar 2020 (Visita de campo).

Una vez los productos están en el almacén central, existen dos redes de distribución: una hacia los hospitales (kits de la prueba para el conjunto de 30 hospitales, y además TARV para los 20 centros que las dispensan) y otra para cada una de las 5 regiones sanitarias (kits de la prueba, tratamiento de ITS). La asignación a los establecimientos de salud de cada región se hace en base a consumo promedio mensual de cada laboratorio clínico y de acuerdo a programación de actividades extramurales con las organizaciones de sociedad civil. Sin embargo, la distribución no se hace de forma programada periódica, sino a petición de los interesados: o bien éstos se desplazan en sus propios medios (incluyendo ambulancias) o bien se les hace llegar a los almacenes regionales o las farmacias hospitalarias en los vehículos del almacén. Los centros regionales tienen una capacidad de almacenaje máxima de 3 meses y la mayoría de hospitales de 1 mes. Esto dificulta que la periodicidad de la dispensación de TARV a los pacientes, actualmente de 1 mes, pueda ampliarse a 3 (Visita de campo).

Resultados: Como consecuencia de los problemas en el proceso de adquisición descritos en el apartado anterior, todavía persisten problemas de abastecimiento de medicación antirretroviral, que conllevan un cambio forzado de terapia o de formulación en los pacientes. De entre los 20 hospitales que dispensan TARV, hubo desabasto de al menos 1 fármaco antirretroviral en 7 de ellos en 2018, 13 en 2016 y 9 en 2017. No se dispone de datos de 2019 para los centros dependientes del Ministerio de Salud, aunque los grupos focales con PVVIH sugieren que el problema no está solucionado. El año pasado sí hubo un desabastecimiento de 2 meses de dolutegravir (de mediados de octubre a mediados de diciembre), que había sido incorporado sólo para los pacientes del ISSS. La compra se realizó a través del UNFPA, quien según el ISSS demoró la entrega (Ministerio de Salud 2019c; Visita de campo). También en 2019 hubo desabastecimiento de los paquetes de prevención debido a nuevos retrasos por parte del proveedor, UNFPA, lo que afectó las tasas de cobertura del mismo en PC (Véase Dominio 2.1. para más detalles) (Ministerio de Salud, 2020f).

Dominio 1.3. Entornos legales, políticos y financieros propicios y sostenibles

⁴ Para evitar retrasos en la colocación de las órdenes de compra, el Fondo Estratégico le presta al país para el pago anticipado de las facturas proforma. El Ministerio de Hacienda siempre ha tratado de realizar el pago en el período estipulado de vencimiento de la factura, y solamente durante la crisis financiera del país en 2016 hubo un retraso en el pago de la misma. No ha habido ningún impago de facturas durante todo el período. .

Insumos: La actual subvención no contempla intervenciones específicas en esta área, algo que sí que estaba contemplado en la anterior, aunque el Ministerio de Salud utiliza algunos de los recursos para estudiar las barreras de acceso de las PVVIH al sistema de salud, entre ellas las económicas (El Fondo Mundial 2016 y 2018a). El país, sin embargo, ha recibido apoyo a través de la subvención regional concedida a REDCA+, cuya sede está en El Salvador, para la realización del Índice de Estigma (REDCA+, 2019). El Gobierno mantiene la financiación de una Unidad de VIH en la Procuraduría de Derechos Humanos, un órgano fiscalizador independiente del Gobierno (Visita de campo). PEPFAR ha apoyado la realización de análisis de determinantes sociales y barreras de acceso para HSH, MTS, MT y PVVIH (Entreamigos 2019a, 2019b y 2019c; Entreamigos y REDCA+, 2019). PEPFAR también apoya el proyecto USAID Sostenibilidad y Derechos Humanos, que gestiona Plan Internacional, aunque la mayoría de las acciones tienen que ver con el primer componente, el de sostenibilidad. Plan Internacional ha estado apoyando el trabajo de incidencia y legislativo de la Mesa Permanente Por Una Ley De Identidad De Género En El Salvador. Se trata de un espacio constituido por siete organizaciones defensoras de derechos humanos de la población LGTBI en El Salvador para elaborar una propuesta de anteproyecto de Ley de Identidad de Género, que se encuentra actualmente en situación de análisis en la Asamblea Legislativa Nacional. Plan Internacional también ha dado apoyo a la Mesa Nacional de Trabajadoras Sexuales, constituida por cuatro organizaciones defensoras de derechos humanos de las trabajadoras sexuales, para la elaboración y promoción de anteproyecto de Ley de trabajo sexual autónomo en la Asamblea Legislativa Nacional (Visita de campo).

Productos: En 2019 se publicó el Índice de Estigma de VIH correspondiente a El Salvador como parte del proyecto regional para Centroamérica (REDCA+, 2019). Esto aparte, no existen campañas contra el estigma y la discriminación para el público en general. Los profesionales sanitarios reciben capacitación regularmente, que incluye algunos aspectos relacionados con los derechos humanos, y algunos centros de salud disponen de carteles ilustrativos sobre integración de PVVIH. La Unidad de VIH de la Procuraduría de Derechos Humanos no cuenta ni con recursos ni con apoyo del Procurador para hacer un seguimiento de los pocos casos de denuncia que le llegan: 35 en 5 años, la gran mayoría relacionados con el desabasto de medicación. De todos ellos, sólo 1 fue tramitado hasta el final, pero se desconoce su desenlace. Tampoco se publican informes periódicos oficiales que los visibilicen. Por otro lado, el proyecto USAID Sostenibilidad y Derechos Humanos tiene previsto formar en temas de estigma, discriminación y derechos humanos de PC y PVVIH a 200 funcionarios públicos de salud, la fiscalía y la procuraduría a través de un módulo virtual que se desarrollará en 2020 (Visita de campo). No existe legislación antidiscriminatoria, más allá de una genérica prohibición de discriminación a las PVVIH en Ley de VIH, que de producirse no contaría con base legal para sancionarse (República de El Salvador, 2017; Visita de campo). No existen estudios en profundidad sobre la realidad de los DD HH y el VIH en el país, ni en relación a las poblaciones clave (Visita de campo). Sí se cuenta con datos en formato de presentación de diapositivas sobre determinantes sociales y barreras de acceso al sistema de salud (Entreamigos 2019a, 2019b y 2019c; Entreamigos y REDCA+, 2019). Además, el Ministerio de Salud ha puesto en marcha una consultoría para conocer mejor los problemas de vinculación, retención y acceso de las PVVIH al sistema de salud, entre ellos los relacionados con el estigma y la discriminación, cuyos resultados se esperan para junio. El anterior gobierno impulsó la formalización de una política de atención específica para población LGBTI, pero no la llevó adelante (Ministerio de Justicia y Seguridad Pública, 2017). El actual gobierno no ha mostrado ningún interés en retomar la perspectiva de los derechos humanos (Visita de campo).

Resultados: En El Salvador los determinantes sociales, económicos y culturales condicionan fuertemente el acceso al sistema de salud de la población en general, y de las poblaciones clave y de las PVVIH. La pobreza, el trabajo informal, la inaccesibilidad al centro de salud debido a la distancia, las creencias religiosas, y el dominio de las bandas violentas suponen una fuerte barrera para que las

personas más vulnerables reciban los servicios de VIH que necesitan y sean retenidas por éstos. Las PVVIH sufren estigma y discriminación en los diferentes ámbitos sociales, en especial el laboral: se realizan pruebas de VIH para poder acceder y mantenerse en un trabajo, y se producen despidos en caso de resultado positivo o si la persona se niega a realizarse la prueba. Según los participantes en los grupos focales, ha habido casos en que los hijos de PVVIH son objeto de acoso en los centros escolares, en el caso de que la condición de sus progenitores sea conocida. Las MT y sobre todo las MTS experimentan un alto grado de violencia verbal, psicológica, sexual (violaciones), económica (extorsión y robo) y física (palizas y asesinatos). Dicha violencia es ejercida por bandas criminales (maras) que controlan parte del territorio nacional, pero también por miembros de las fuerzas del orden, que extorsionan a quienes ejercen el trabajo sexual, los dueños de los clubs donde ejercen el trabajo sexual, y en ciertos casos la propia familia. Los HSH también reportan situaciones de violencia por parte de sus parejas o sus clientes. El Gobierno ignora abiertamente los derechos básicos de las personas privadas de libertad, aplicando una política represiva que puede conducir hasta la negación de asistencia médica, tanto en los centros penales, como en las llamadas bartolinas (centros de detención preventiva de quienes están a la espera de ser juzgados). No existe una tutela judicial efectiva, y la sensación general entre las PC y las PVVIH es que, en caso de violación de derechos, no vale la pena denunciar, ya que impera la impunidad, y en todo caso no hay recursos para ello. Denunciar puede ser incluso contraproducente para la persona que lo haga, por las consecuencias que ello le acarree. Pese a las actividades de capacitación, persiste el estigma y la discriminación en los centros de salud. Aunque parece ser mayor en las áreas no específicamente asociadas al VIH, también se han reportado conductas discriminatorias, particularmente contras las MT, en los Centros de Vigilancia Centinela de ITS y VIH (VICITS). Los proyectos relacionados con el VIH y los derechos humanos son escasos, dispersos e inefectivos (Visita de campo).

Panel de indicadores básicos: Objetivo 1

Panel de indicadores clave			
1	Muy bajo		
2	Bajo		
3	Moderado		
4	Bueno		
Indicador	Puntuación	Justificación	Fuente de Datos
Planificación estratégica: Disponibilidad del Plan Estratégico Nacional	4	Se dispone de un PENM 2016-2021, debidamente costeadado.	República de El Salvador, 2017
Inversión estratégica: Adecuación de metas y objetivos para el contexto epidémico	3	Las metas, objetivos e inversiones del PENM 2016-2021 reflejan las recomendaciones de los análisis disponibles en 2017, cuando fue revisado. Sin embargo, existen deficiencias de financiación sobre todo en el abordaje de los determinantes sociales y la lucha contra el estigma y la discriminación.	República de El Salvador, 2017; Visita de campo.
Desempeño: Logro de los objetivos establecidos en el acuerdo de subvención ⁵	4	La última puntuación disponible corresponde a 2018, y es A2 para ambos receptores principales, el Ministerio de Salud y Plan Internacional. No hay evidencia de regresión significativa.	El Fondo Mundial 2019a y 2019b.
Sistemas resilientes y sostenibles para la salud: Desabastecimientos de productos básicos ⁶	1	Existen evidencia de desabastecimiento de TARV al menos hasta 2018 (7 de 20 centros hospitalarios), en diferentes momentos del año. En 2019, hubo un desabastecimiento de 2 meses (de mediados de octubre a mediados de diciembre) de dolutegravir, que fue introducido para los pacientes del ISSS. También hubo desabastecimiento de material de prevención debido a retrasos en la entrega por parte de UNFPA.	Ministerio de Salud, 2019c y 2020f; Visita de campo.
Sistemas resistentes y sostenibles para la salud: Reconocimiento y realización del papel que desempeña la respuesta y los	3	El papel de la OSC está explícitamente reconocido por parte del Gobierno y el resto de actores, pero su financiación depende en mayor parte de los donantes internacionales.	República de El Salvador, 2017; Visita de campo.

⁵ Se refiere al acuerdo de subvención más reciente, excepto cuando la subvención se firmó menos de 12 meses antes de la evaluación: en estos casos, esto se refiere al acuerdo de subvención anterior.

⁶ Medicamentos antirretrovirales, condones, lubricantes y kits de prueba para VIH, CD4 y carga viral.

sistemas comunitarios en la respuesta nacional			
Entornos legales, políticos y financieros propicios y sostenibles⁷: Identificación y abordaje de las barreras legales, de derechos y de género a los resultados de salud para personas y poblaciones	1	No se ha llevado a cabo una evaluación sistemática sobre las barreras de acceso al sistema de salud relacionadas con los derechos humanos, ni éstas se abordan de una manera sistemática. Sólo aparecen tangencialmente en los análisis de condicionantes sociales para PC y PVVIH.	Entreamigos 2019a, 2019b y 2019c; Entreamigos y REDCA+, 2019; Visita de campo
Compuesto en todos los componentes relevantes (6). <u>Nota: Favor de cambiar el número de componentes en caso de no tener puntuación para algún indicador.</u>	2,66		

⁷ Los entornos propicios pueden variar considerablemente según la población. Una vez que un indicador recibe una puntuación, se proporcionará una justificación. En algunos casos, este indicador puede subdividirse y calificarse para diferentes poblaciones. En este caso, se calculará una puntuación promedio para el indicador en general. En algunos casos, es posible que haya fondos disponibles para una implementación de estas actividades, sin que se haya realizado una evaluación. Si este es el caso, el evaluador puede usar su juicio para asignar una puntuación de 3 incluso aunque no se haya llevado a cabo una evaluación; sin embargo, esta desviación y la razón para calificarla deben anotarse claramente en la columna de justificación.

Objetivo 2. Hasta qué punto los sistemas de prestación de servicios (establecimientos de salud y comunitarios) brindan servicios de calidad.

Dominio 2.1. Prevención

Insumos: La actual subvención 2019-2021 incluye apoyo para la prevención en poblaciones clave a través de servicios integrales: condones y lubricantes, intervenciones de cambio de comportamiento, diagnóstico y tratamiento de ITS, diagnóstico de VIH. También la prevención de la transmisión de madre a hijo. La subvención anterior de 2017-2018 incluía un paquete similar (El Fondo Mundial 2016 y 2018a). PEPFAR proporciona un apoyo similar para proyectos específicos que gestiona la OSC Organización Panamericana de Mercadeo Social (PASMO, por sus siglas en inglés), quien a su vez mantiene una línea de comercialización de condones propios. El Ministerio de Salud también adquiere condones (no lubricantes) para el programa de Planificación Familiar que en parte deriva a la prevención de ITS/VIH. Entre 2016 y 2018, la Universidad del Valle de Guatemala hizo donación de una cantidad limitada⁸ de lubricantes, que se distribuyeron a través de las VICITS. El ISSS dispensa los condones que le proporciona el Ministerio de Salud (Visita de campo).

Productos: Sólo los proveedores apoyados por los donantes internacionales (Fondo Mundial y PEPFAR) entregan en la actualidad un paquete definido de prevención completo, mientras que el resto de proveedores no incluye lubricantes. La dispensación de material de prevención a través de las actividades financiadas por el Fondo Mundial es ajustada a cada población clave. Hasta 2019 incluido, una vez al año en el contexto de las actividades de alcance comunitario, cada usuario HSH recibía 48 condones y 3 tubos y 20 sobrecitos de lubricantes, cada MT 144 condones y 6 tubos de lubricantes, y cada MTS 144 condones y 5 tubos y 26 sobrecitos de lubricante. Los grupos focales indicaron que las cantidades eran claramente insuficientes, especialmente de condones para los tres grupos, y de lubricantes para HSH y MT. Además, se recabaron quejas generalizadas por el hecho de que se negara la entrega de material preventivo en caso de que el usuario no quisiera o pudiera (porque ya se la había hecho) hacerse la prueba. Aunque dicha limitación ha sido eliminada desde enero de 2020, en el momento de la visita de campo, los agentes comunitarios reportaron que todavía mantenían la práctica anterior, ya que no habían recibido indicaciones de lo contrario. No obstante, se espera que la distribución de material preventivo no ligado a la prueba, algo no previsto en el acuerdo de subvención, se mantenga a lo largo de 2020 gracias a los remanentes disponibles. Los usuarios pueden en teoría acudir también a los centros especializados (VICITS, Clínicas Amigables) a solicitar más material, aunque no todos los participantes en los grupos focales veían esta opción factible por los tiempos de espera o, en el caso de las MT, el trato recibido. Durante el abordaje de las poblaciones clave con el paquete integrado de prevención se les proporciona además consejería previa y posterior al test, que incluyen recordatorios básicos sobre prácticas seguras y folletos informativos. En los centros de salud especializados (VICITS y Clínicas Amigables), los usuarios pueden solicitar condones, pero no así lubricantes. Tampoco se dispone de material preventivo en los espacios de ocio y encuentro de las PC. Finalmente, aunque el Plan Estratégico lo contempla, existen discrepancias entre los informantes sobre la disponibilidad de profilaxis post-exposición para casos de violencia sexual y accidente laboral: mientras que las autoridades afirman que la PPE sí está disponible en 24 de los 30 hospitales de la red pública y en los hospitales del ISSS, los grupos focales afirmaron que conocen casos de violencia sexual en los que se ha negado el acceso a la PPE. No existe ni se ha previsto la introducción de PrEp (República de El Salvador, 2017; Visita de campo).

⁸ Dichas cantidades fueron: 300 dispensadores de 50 sachets cada uno y 300 tubos de 50ml en 2016; 545 dispensadores y 245 tubos en 2017; y 100 dispensadores y 100 tubos en 2018 (Visita de campo).

Resultados: A lo largo de los tres últimos años, el porcentaje de PC estimadas que ha sido cubierto con programas de prevención del VIH ha sido como sigue:

- HSH: en 2017, el 40,07% (21.692/54.140); en 2018, el 40,8% (22.099/54.140); y en 2019, el 38,95% (21.086/54.140).
- MT: en 2017, el 84,98% (1.709/2.011); en 2018, el 79,76% (1.604/2.011); y en 2019, el 66,19% (1.331/2.011).
- MTS: en 2017, el 79,56% (10.590/13.305); en 2018, el 73,06% (9.729/13.305); y en 2019, el 17,27% (7.765/44.972⁹) (Plan Internacional, 2018 y 2019a; Ministerio de Salud, 2020f).

Los descensos en 2019 se achacan en parte a la reducción de las metas a cumplir y en parte al inicio tardío de las actividades de la nueva subvención, en la que el Ministerio de Salud pasó a ser el único Receptor Principal (RP), y el otro RP el único Subreceptor, con una reducción además de las OSC de poblaciones clave asociadas al programa. Pese a los esfuerzos desplegados en los últimos años, el uso reportado del condón durante la última relación anal entre las tres poblaciones clave que acuden a visitarse a los VICITS ha sido irregular en los últimos tres años, con una tendencia a la baja más acusada entre HSH. Tomando sólo los datos de 2019, el uso reportado del condón con clientes es más alto, vuelve a descender con la pareja estable y en un lugar intermedio se sitúa el uso con parejas casuales: véase Tabla 1.

Tabla 1: Uso reportado del condón por población clave y tipo de relación

Tipo de relación	Población clave	2017	2018	2019
Última relación anal	HSH	58% (866/1.493)	52,58% (692/1.316)	48,93% (734/1.500)
	MT	65,81% (285/433)	56,84% (166/292)	65,25% (169/259)
	MTS	63,95% (259/405)	62,02% (160/258)	57,47% (144/255)
Con clientes	HSH	N/A	N/A	60,83% (73/120)
	MT	N/A	N/A	80,32% (106/132)
	MTS	N/A	N/A	91,87% (836/910)
Con pareja estable	HSH	N/A	N/A	36,50% (330/904)
	MT	N/A	N/A	46,07% (53/115)
	MTS	N/A	N/A	15,95% (85/533)
Con pareja casual	HSH	N/A	N/A	45,91% (567/1.235)
	MT	N/A	N/A	60,87% (98/161)
	MTS	N/A	N/A	48,37% (104/215)

⁹ La Estimación de Tamaño Poblacional para MTS es la única que se actualizó en el acuerdo de subvención 2019-2021 respecto a la anterior, pasando de 13.305 a 44.972 (El Fondo Mundial 2016 y 2018a).

Fuente: Ministerio de Salud, 2020h.

Cabe destacar que, al tratarse de cifras basadas en uso reportado, los porcentajes de uso real son probablemente inferiores. Ello viene corroborado por la información cualitativa recogida de los grupos focales, en la que los usuarios expresaron que el uso del condón tendía a ser menor al admitido, incluso en el contexto del trabajo sexual (por ejemplo, si el cliente ofrecía pagar más, algo no infrecuente) o de las relaciones transaccionales, particularmente las intergeneracionales entre HSH. Otras razones aportadas para el menor uso del condón fueron la disminución de la percepción de riesgo, de la creencia de que el VIH es fácilmente tratable, la falta de medios económicos para comprar material preventivo, y el deseo de complacer a la pareja. Otro factor que pudiera haber influido es la reducción de las actividades educativas en prevención, que ya no son parte de la subvención del Fondo Mundial ni han sido absorbidas por el país (Visita de campo).

En cuanto a las mujeres embarazadas, el protocolo establece la realización de sendas pruebas de VIH y sífilis, una en el momento de la inscripción en el centro de salud y otra entre las semanas 28 y 32 de la gestación. No se dispone todavía de los datos de 2019. En 2018, la cobertura de la primera prueba fue del 80,97% (77.472/95.678), mientras que en 2017 fue del 80,52% (77.046/95.678). La segunda prueba se aplicó en el 75,06% (71.818/95.678) de las embarazadas en 2018, y en el 78,69% (75.293/95.678) en 2017. Del total de gestantes atendidas y testadas, en 2017 hubo 139 embarazos entre mujeres con VIH, de las que 96 eran conocidas y 43 nuevas. En 2018, la cifra de embarazos fue de 108, con 71 conocidas y 37 nuevas (Ministerio de Salud, 2019b). Finalmente, en 2017 hubo 7 recién nacidos con VIH y en 2018, 1 (Ministerio de Salud 2020g). Las principales razones para la transmisión tienen que ver con la no vinculación de las madres con el sistema de salud debido a determinantes socioeconómicos y culturales, especialmente de madres relacionadas o integrantes de pandillas criminales (Visita de campo).

Dominio 2.2. Cribado/prueba y diagnóstico/conocimiento del estatus

Insumos: Tanto la actual subvención 2019-2021 como la anterior 2017-2018 han incluido apoyo para la realización de la prueba en poblaciones clave a través de servicios integrales. PEPFAR también provee financiación para la oferta de la prueba a través de proyectos específicos que gestiona la OSC PASMO, que desde 2018 se centran en HSH (El Fondo Mundial 2016 y 2018a; Visita de campo).

Productos: En El Salvador, la prueba del VIH está disponible a través de una red de múltiples actores que incluye el Ministerio de Salud, el ISSS, la Sanidad Militar, el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, el sector privado, y las OSC que reciben apoyo del Fondo Mundial y de PEPFAR. Específicamente, el Ministerio de Salud oferta la prueba a través de los hospitales, las Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF), las VICITS, las Clínicas Amigables y en Centros Penales a través de Unidades Móviles¹⁰. Específicamente, las VICITS ofrecen un servicio integrado que incluye además diagnóstico y tratamiento de ITS, citologías vaginales y anales, y en su caso derivación a otros servicios de salud. La mayoría de los centros fijos sólo ofrecen horario de mañana, desde las 7 u 8 hasta las 2 o las 3 de la tarde, aunque alguno lo alarga hasta las 5. El ISSS ofrece la prueba a través de las Clínicas Empresariales asociadas y de sus propios centros, aunque la mayoría debe derivar al usuario a algunos de los 19 laboratorios de la red. La oferta se amplía con las actividades de alcance comunitario para

¹⁰ Las Unidades Móviles también brindan servicios a organizaciones basadas en la fe, municipalidades que promueven la toma de pruebas y otras OSC que no son subreceptoras.

PC que llevan a cabo los Sub Subreceptores del Fondo Mundial (actualmente 3: Entreamigos para HSH, Colectivo Alejandría para MT y Orquídeas del Mar para MTS), y los socios de PEPFAR (PASMO), que tienen un horario ampliado, incluyendo fines de semana. Finalmente, Intrahealth, dentro del proyecto USAID Cuidado y Tratamiento en VIH, implementa una estrategia de notificación de contactos de PVVIH (Visita de campo).

Cabe destacar que hasta ahora el algoritmo de la prueba en los espacios y actividades que no gestionan las OSC requiere la extracción de sangre periférica a través de punción intravenosa en el brazo y su envío a laboratorio. En caso positivo, se realiza una segunda prueba también en el laboratorio. Esto supone que el usuario debe volver para recibir los resultados entre 3 y 7 días después de la extracción. En enero de 2020 se puso en marcha la prueba piloto de los nuevos algoritmos de diagnóstico que incluyen pruebas confirmatorias realizadas con un tiempo de respuesta de 1 día en 26 establecimientos de la red del MINSAL y del ISSS. Esta prueba piloto es financiada por el Fondo Mundial. La oficialización de los nuevos algoritmos está pendiente de la revisión por parte de la Dirección de Regulación y Legislación en Salud. Se prevé que una vez adoptados, estos nuevos algoritmos se amplíen a 63 establecimientos a lo largo de 2020.

Por su parte, las entidades Sub Subreceptores del Fondo Mundial realizan dos tipos de abordaje: prueba en la comunidad y referencias efectivas. Las pruebas en la comunidad se realizan bien en espacios cedidos o alquilados a tal efecto, o bien con vehículos de unidades móviles, y emplean un algoritmo diferente basado en una primera detección a partir de sangre capilar en tira de prueba rápida (reacción en 10-15 minutos). El agente comunitario es quien debe captar al usuario, proporcionarle una sesión de pre-consejería de 15 minutos y referirlo al profesional técnico de laboratorio presente que debe tomar la muestra y aplicarla sobre la tira. Tras la punción capilar, el usuario debe esperar o volver al cabo de 30 minutos. El resultado de la prueba lo entrega el agente comunitario. En caso de que éste sea negativo, se le realiza una consejería post-test de otros 15 minutos. En caso positivo, se deriva al usuario a un centro de salud para una segunda prueba con sangre periférica para cuyo resultado deberá esperar de nuevo entre 3 y 7 días, dependiendo del establecimiento. El otro modelo de abordaje de los Sub Subreceptores son las llamadas referencias efectivas, que consisten en la captación de los usuarios por parte de los agentes comunitarios y su derivación a las VICITS u otros centros de salud, donde siguen la ruta descrita anteriormente. Finalmente, PASMO desarrolla dos modalidades de abordaje centradas en HSH y MT: una es en campo, a través de miembros de las poblaciones que se consideran líderes de opinión, en la que se utiliza un algoritmo de doble prueba rápida con muestra de sangre capilar; y otra a través de las redes sociales e internet, en la que se ofrece un cupón para que el usuario pueda realizarse la prueba en una clínica privada. PASMO también ha llevado a cabo un proyecto piloto limitado en el tiempo centrado en la oferta de la prueba a los trabajadores del programa Fomilenio II (una iniciativa de obra pública que financia en su mayor parte el Gobierno de EE UU) quienes en principio no se identifican como PC. Aunque la mayoría son hombres, también participaron algunas mujeres (Véase Resultados; Visita de campo).

Desde diciembre de 2019, el Sub Receptor Plan Internacional también promueve la prueba a través de una aplicación para teléfono celular ("Match con tu salud"). A través del programa, el usuario es invitado a utilizar uno de los 14 laboratorios privados asociados al proyecto, todos ellos situados en la capital, San Salvador. El interesado debe asumir por sí mismo el costo del servicio.

Resultados: Según datos del Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH-SIDA (SUMEVE), en 2019 había en el país un total de 19.343¹¹ PVVIH que conocían su diagnóstico, es decir, el 76,22% del estimado de PVVIH de 25.378. Esas cifras alcanzaban las 18.638 (73% de 25.378) personas en 2018, y 18.284 (el 74,38% de 24.583) en 2017 (Ministerio de Salud 2020b, 2020g, 2019h y 2018c). Es posible que las cantidades del numerador estén sobreestimadas debido a que las bases de datos no hayan descontado a todas las personas fallecidas¹² o ausentes¹³, un trabajo que está ahora en marcha (véase Objetivo 3 para más detalles). Según datos de 2018, la mayoría de los diagnósticos se realizaron en centros del Ministerio de Salud (el 76,53% o 936 de 1.223), seguido del ISSS (16,43% o 201/1.223), las ONG (4,91% o 60/1.223), los Centros Penales (1,8% o 22/1.223) y el ISBM (0,08% o 1/1.223). Otros proveedores como la Universidad de El Salvador o el sector privado que reciben apoyo del MINSAL¹⁴ no reportaron ningún caso positivo ese año. No se cuenta con los datos de realización de prueba ni de los diagnósticos positivos correspondientes a los usuarios espontáneos de laboratorios privados sin vinculación con el MINSAL, una deficiencia de la que el Programa Nacional es consciente y que achaca a la debilidad de su rectoría. De entre los 958 casos identificados en centros que son parte o reciben apoyo del Ministerio de Salud (936 casos en centros propios y 22 en penales), el 56,73% (540/958) lo fueron en hospitales, el 24,11% (231/958) en VICITS, el 13,15% (126/958) en las UCSF, el 3,86% (37/958) en Clínicas Amigables y el 2,30% (22/058) en prisiones (Ministerio de Salud, 2019c).

El actual algoritmo de la prueba según normativa nacional y que utilizan la mayoría de los proveedores (véase Productos de este Dominio 2.2) es largo, costoso y conlleva pérdidas de seguimiento. El Programa Nacional estima que alrededor del 15% de las personas que acuden a los VICITS a hacerse la prueba (3.777 en 2019, correspondientes a HSH, MT y MTS) desconocen su resultado, ya que no vuelven a por él. El ISSS estima que el 40% de las personas de todas las poblaciones que se hacen la prueba anualmente en sus centros (unas 68.000) no regresan a conocer los resultados. Ninguna de las finalmente pérdidas de vista, ni en el Ministerio ni en el ISSS, es de resultado positivo, porque en tal caso se moviliza a profesionales para encontrarla, comunicarle su estado e intentar vincularla al sistema de salud. Este uso de los recursos no sería necesario si se empleara un algoritmo basado en la doble prueba rápida para PC y triple para población general¹⁵, tal y como recomienda la OMS (OMS, 2019), que ayudaría además a reducir la brecha de pérdida de seguimiento. Como se ha explicado más arriba, el Ministerio de Salud está dando los pasos necesarios para adoptar el nuevo algoritmo, aunque dicho cambio puede tener dificultades para implementarse a corto plazo debido a que los cambios normativos en El Salvador son muy burocráticos y requieren largos plazos. Otro factor que encarece y entorpece el abordaje de población clave en la comunidad es la exigencia legal de que la muestra de sangre capilar para la prueba rápida en tira la tome un técnico de laboratorio. La exclusión de los agentes comunitarios de esta práctica impide simplificar y hacer más eficiente el proceso, además de no permitir la ampliación de las modalidades de oferta de la prueba, como hacerla a domicilio o en espacios de encuentro sin depender de la presencia del técnico (Visita de campo).

¹¹ En 2019 se culminó la inclusión en esta cifra de las PVVIH que conocen su estado serológico y forman parte de la base de datos del ISSS, algo que no ocurría con anterioridad.

¹² Como ejemplo, en 2019 el proyecto USAID Cuidado y Tratamiento en VIH recibió una base de datos de 1.423 personas en abandono o en riesgo de abandono para su recuperación, de las que, tras las actividades de búsqueda correspondientes, se pudo verificar el fallecimiento de 166 (el 11,67%) (Visita de campo).

¹³ En su mayor parte, migrantes a EE. UU. no recientes, ya que en los últimos tiempos este fenómeno se ha contenido significativamente a causa de las nuevas políticas fronterizas de EE. UU. (Visita de campo).

¹⁴ Se trata de hospitales a los que el MINSAL proporciona apoyo para la realización de la prueba. Estos hospitales reportaron 207 pruebas en 2018. La Universidad de El Salvador reportó la realización de 196 pruebas ese mismo año, el último disponible.

¹⁵ Siempre que la prevalencia para PC sea >5% y para la población general de <5% (OMS, 2019).

El rendimiento de positividad en poblaciones clave es muy variable por modalidad de servicio.

Tabla 2: Positividad por Proveedor y Población Clave en 2019, y Prevalencia por PC

Población clave	Positividad por proveedor % (2019) (casos positivos / total de pruebas)			Prevalencia %	
	Plan Int.(*)	PASMO	VICITS	Estudios (año)	Vigilancia 2018
HSH	0,88 (94/10.671)	4,28 (167/3.739)	7,8 (184/2.351)	10,5 (2016)	12
MTS	0,25 (11/4.336)	N/A	1,2 (12/1.015)	8,1 (2016)	2,2
MT	2,59 (17/656)	14,38 (21/125)	2,4 (8/331)	16,2 (2014)	15,3

(*) Número de positivos de pruebas rápidas no confirmadas. Las confirmadas serían 69 (0,64%) para HSH; 5 (0,12%) para MTS; y 10 (1,52%) para MT. La diferencia puede deberse tanto a que la primera prueba rápida fuera un falso positivo como a que la persona no se presentara para la prueba confirmatoria. Se desconoce cuál es el peso de cada factor, aunque es probable que el segundo lo tenga más que el primero (Visita de campo). Fuente: Visita de campo; Ministerio de Salud, 2020^a

El país todavía está en proceso de completar los datos de las cascadas del continuo de atención por población clave. Ello hubiera permitido un análisis más ajustado a partir del nivel de saturación del primer pilar (número de población clave que viven con VIH [PCVIH] que conoce su estado serológico). Si bien es cierto que los Sub Subreceptores del Fondo Mundial realizan un mayor número de pruebas en PC que los otros dos proveedores, lo que podría en parte explicar una menor positividad (Casabona, 2019), las diferencias en términos porcentuales son muy significativas. En la población HSH, PASMO identificó en torno al 70% más de casos que los Sub Subreceptores, y los VICITS casi el doble. Y ello pese a que ambos proveedores testaron un número total de HSH sensiblemente inferior al de las organizaciones financiadas por el Fondo Mundial. Las cifras absolutas para MT y MTS son más pequeñas que para HSH, pero todavía muestran importante variabilidad por proveedor. Los implementadores asociados al Fondo Mundial alegan que los datos de los VICITS son en buena parte, sino todos, fruto de las referencias efectivas que ellos hacen a los servicios de salud. Para explicar la divergencia de rendimiento entre un modelo de servicio (alcance en la comunidad) y otro (VICITS), afirman que las PC que ellos, los agentes comunitarios, reconocen de mayor actividad sexual, o que presentan una ITS, o reportan actividad de riesgo, o requieren un servicio de salud adicional, son sistemáticamente referidas a los centros de salud, especialmente los VICITS, mientras que al resto se le hace la prueba en la comunidad. Si eso fuera así, apuntaría a que las actividades de alcance comunitario testan principalmente a población de bajo riesgo, lo que cuestionaría su costo-efectividad. Sin embargo, los datos no parecen sustentar esta interpretación. Si se asumiera que todos los casos positivos en estas tres PC diagnosticados en todos los centros del Ministerio de Salud, incluyendo los VICITS, se deben a usuarios derivados por los Sub Subreceptores a través de las referencias efectivas (lo que no es necesariamente así), los rendimientos de positividad serían en 2019 como sigue: 2,05% (215/10.498) para HSH; 0,37% (13/3.498) para MTS; y 1,18% (8/680) para MT. Es decir, siguen siendo notablemente inferiores al de resto de proveedores. Durante la visita de campo algunos informantes clave indicaron que les constaba que, en el caso de HSH y MTS, durante las actividades de alcance comunitario de los Sub Subreceptores se testaba a personas que no eran PC como si lo fueran, quienes a su vez recibían un incentivo en forma de cupón de comida que puede

tener un valor de entre 3 y 5 dólares estadounidenses¹⁶. Sin embargo, durante la visita no fue posible recoger evidencias al respecto, en parte por las dificultades para observar prestaciones de servicios de alcance comunitario ya mencionadas anteriormente. Además, se pidió al Subreceptor que detallara los mecanismos que pone en práctica para verificar que los usuarios captados efectivamente pertenecen a la PC correspondiente, utilizando a los HSH como ejemplo: dichos mecanismos están descritos en el Anexo 1. A destacar que, en esta población, al usuario se le clasifica como HSH sólo con que reporte que alguna vez en su vida haya tenido prácticas homosexuales, sin que necesariamente éstas fueran recientes. Por otro lado, los agentes comunitarios de los Sub Subreceptores deben cumplir con las metas de cobertura, so pena de perder su trabajo si no lo consiguen reiteradamente¹⁷. Cabe destacar que sus salarios son muy superiores al ingreso medio per cápita de El Salvador (que es de 338,17 dólares estadounidenses al mes): mensualmente, las agentes trans cobran 500 dólares (350 si es junior y se está formando); los agentes HSH, 650 dólares; y las MTS, 712 dólares. El salario medio de un técnico de laboratorio del sector público es de 400 dólares mensuales, y el de un navegador de VIH pagado por el Ministerio de Salud, de 380 (Visita de campo; Banco Mundial, 2020). Una definición laxa de PC (al menos para HSH), un incentivo al usuario, que puede tener mayor influencia en su comportamiento cuanto menores sean sus ingresos, y la presión por cumplir las metas bajo la amenaza de perder un salario por encima de la media nacional, son factores concomitantes que podrían contribuir a la captación de personas con prácticas sexuales de bajo riesgo por parte de los Sub Subreceptores.

En este sentido, y siempre dentro de la población HSH, se especuló con la posibilidad de que hubiera nichos de casos positivos entre hombres que no se reconocen como HSH pese a tener prácticas homosexuales, lo que justificaría su inclusión en el testeo. A tal fin, PASMO, con el apoyo de PEPFAR, llevó a cabo un proyecto piloto de testeo en hombres y mujeres del sector de la construcción (programa Fomilenio II), al haber sido identificado como uno de esos posibles nichos. De 563 beneficiarios directos testados en 2019, 2 (el 0,36%) dieron positivo: 1 hombre de entre 426 (el 0,23%) y 1 mujer de entre 137 (0,73%). Estos resultados sugieren que esta población (o al menos la que accedió a testarse) tampoco presenta un alto número de prácticas de riesgo. Por su parte, dentro de la estrategia de notificación de pareja, en el periodo que va de noviembre 2018 a septiembre 2019 Intrahealth alcanzó a 235 personas, de las que 112 aceptaron hacerse el test, 99 lo hicieron efectivamente, y 12 resultaron positivas (el 12,12% de 12/99), lo que muestra un buen rendimiento, aunque los números absolutos sean bajos. En cuanto la aplicación “Match con tu salud” puesta en práctica por el Subreceptor el 1 de diciembre de 2019 hasta finales de febrero de 2020 alrededor de 1.100 personas se habían bajado la aplicación, de las que unas 700 la mantenían. De ellas, 6 HSH se habían hecho la prueba, sin ningún resultado positivo.. En 2020, hasta el inicio de la cuarentena por COVID-19 a principios de marzo, sólo 7 personas han llegado a hacerse la prueba, de las que de nuevo ninguna dio positivo. El Subreceptor está impulsando una nueva estrategia comunicacional que refuerce la interacción con las comunidades en línea al tiempo que busca fórmulas de negociación con las casas comerciales y los laboratorios privados para hacer frente a la no gratuidad del servicio, razón que podría estar detrás del bajo número de personas que se hacen el test (Visita de campo).

Finalmente, remarcar que se ha llevado a cabo un primer estudio para determinar el porcentaje de casos nuevos diagnosticados que son de infección reciente (IR: menos de 6 meses) frente a los que son de infección a largo plazo (ILP: más de 6 meses) mediante la aplicación de pruebas de incidencia a casos confirmados. El estudio consistió en el análisis de los casos nuevos identificados entre mayo

¹⁶ Algunos informantes declararon que dicho incentivo se ofrecía sólo a los usuarios de las referencias efectivas, mientras que otros afirmaban que era una práctica generalizada, y que también se había en las actividades de alcance comunitario.

¹⁷ En cambio, los agentes de PASMO deben cumplir metas de cobertura menos ambiciosas junto con metas de positividad.

de 2018 y octubre de 2019 en los establecimientos de salud ministeriales de las regiones sanitarias Metropolitana, Central y Occidental de El Salvador que hubieran dado su consentimiento de participación. Se incluyó a un total de 717 participantes mayores de 12 años, de los que 459 (el 64,02%) presentaron infección a largo plazo, 248 (el 34,59%) reciente y 10 (el 1,39%) no clasificable. Estas diferencias eran algo más acentuadas entre las personas de ambos sexos que se definían como heterosexuales (ILP: 68,70%; IR: 31,30%; n = 393) que aquellas que se reconocían como gay (ILP: 62,90%; IR: 37,10%; n = 221) y todavía más que las reportaban ser bisexuales (ILP: 53,76%; IR: 46,24%; n = 93), lo que se explicaría por el efecto de los programas de búsqueda activa para PC. Estos datos sugieren que en la brecha de PVVIH no diagnosticadas siguen primando las infecciones no recientes, lo que supone un desafío para el control de la epidemia (Carrillo, 2019; Visita de campo).

Dominio 2.3. Vinculación con el tratamiento y la atención

Insumos: El Fondo Mundial ha dado apoyo a la vinculación con el sistema de salud tanto con la actual subvención como la anterior. PEPFAR/USAID apoya los esfuerzos de vinculación y retención a través de un proyecto con la Universidad del Valle de Guatemala y CDC. También el país contribuye con sus propios recursos a la búsqueda de casos positivos que no se presentan a recoger los resultados de las pruebas (El Fondo Mundial 2016 y 2018a; Visita de campo).

Productos: El Subreceptor y los 5 Sub Subreceptores del Fondo Mundial desarrollan actividades de vinculación tanto de casos nuevos como de casos ya conocidos, tanto en la capital como de manera rotativa en el resto de departamentos de El Salvador. Los casos nuevos son los diagnosticados a través de las actividades de alcance comunitario mientras que los ya conocidos son los que constan en las bases de datos del Ministerio de Salud. En el contexto de las actividades de alcance comunitario, el usuario con resultado positivo en una primera prueba rápida es acompañado a un centro de salud de referencia para la prueba de confirmación. La comunicación de dicha prueba confirmatoria corre a cargo del centro, así como la activación de la búsqueda si el usuario no se presenta a la cita programada, en la que también participan los Sub Subreceptores si se les solicita. La búsqueda de casos ya conocidos se inicia con la entrega de listados de pacientes perdidos de vista a los Sub Subreceptores Visión Propositiva y Red Salvadoreña de Personas con VIH/Sida (REDSAL+), que cuentan con navegadores pares que son PVVIH. Estos hacen llamadas telefónicas y visitas domiciliarias programadas para intentar localizar al usuario y ofrecerle la vinculación al servicio de salud. PEPFAR, a través del Programa USAID Cuidado y Tratamiento en VIH, se centra en la vinculación de casos que nunca accedieron al servicio de salud y en las pérdidas de seguimiento, financiando la inclusión de navegadores en los equipos multidisciplinares de 7 hospitales del país: Zacamil, Saldaña, Rosales, Santa Ana, Sonsonate, San Miguel y Soyapango. Los implementadores reportan que los pacientes que los centros designan como perdidos de vista aparecen repetidos en más de un listado, lo que ha llevado a duplicidad de esfuerzos, aunque recientemente se han puesto en marcha medidas para evitarlo (Visita de campo).

Resultados: El SUMEVE indica que en 2019 había un total de 14.703 PVVIH vinculadas al sistema de salud, esto es un 57,94% del total de 25.378 PVVIH estimadas. La cifra en 2018 era 13.973 (el 55,06% de 25.378 estimadas) y en 2017 de 13.530 (el 55,04% de 24.583 estimadas) (Ministerio de Salud 2020b, 2020g, 2019h y 2018). Es importante señalar que estos números no incluyen todavía a las personas que en algún momento se vincularon al ISSS, el segundo proveedor en importancia de cuidado y tratamiento en VIH en el país, cuyos bases de datos están en proceso de ser integradas en el SUMEVE con apoyo de PEPFAR, por lo que se trata de una subestimación. Por la misma razón, no tiene sentido comparar la cifra de vinculados, que sólo cuenta a los usuarios del Ministerio de Salud, ISBM y Sanidad Militar, con la de diagnosticados, que incluye a estos y además al ISSS. Aun así, es

posible que las cifras disponibles, que corresponden en una inmensa proporción a los centros del Ministerio de Salud, estén sobreestimadas, ya que todavía pueden incluir a personas fallecidas o migradas (véase Objetivo 3 para más detalles). Con independencia de la fiabilidad de los datos, todos los informantes han estado de acuerdo en que la vinculación (y retención) de las PVVIH con el sistema de salud es uno de los grandes desafíos pendientes. Entre las razones para ello se citan los determinantes psicosociales (pobreza, violencia, empleo informal, bajo nivel de instrucción y creencias religiosas y culturales, y miedo a los efectos secundarios del tratamiento, especialmente entre MT y MTS) y la debilidad del sistema de salud (concentración de los servicios en el segundo y tercer nivel de atención, distancia hasta el centro hospitalario, escasos recursos para tareas de vinculación y retención, horarios no adaptados a los pacientes, largos tiempos de espera, brechas de confidencialidad, y persistencia de estigma y discriminación, especialmente hacia HSH de expresión femenina, MT y PVVIH) (Visita de campo).

Para 2019, la meta del programa apoyado por el Fondo Mundial era la vinculación de 348 usuarios, de los que se consiguió vincular efectivamente a 212 (el 61%). Una de las razones de este bajo porcentaje tiene que ver con el inicio tardío del proyecto, que no se puso en marcha hasta el mes de abril, mejorando a lo largo del tiempo: en el último trimestre, los vinculados fueron 104 de una meta de 85 (el 122%). No obstante, el total de 212 no está desglosado entre casos nuevos y conocidos, lo que permitiría un análisis más detallado de la eficacia de este componente por tipo de usuario. Por su parte, el proyecto USAID Cuidado y Tratamiento en VIH tuvo como objetivo recuperar a 577 abandonos, de los que se recuperaron 471 (el 81,63%). Aunque no se proporcionaron cifras, los informantes clave estuvieron de acuerdo en que la bolsa histórica de abandonos se ha reducido considerablemente, y que la mayoría de casos corresponden ahora a abandonos recientes (3-6 meses), incluidas personas que han comenzado la terapia hace poco. Esta información indica que los esfuerzos de vinculación podrían estar dando resultado, pero que la persistencia de los abandonos hace que la brecha entre diagnosticados y tratados a duras penas se reduzca (véase Dominio 2.4 para más detalles; Visita de campo).

Dominio 2.4. Tratamiento, atención clínica y monitoreo

Insumos: En los últimos tres años, el Fondo Mundial ha estado apoyando al país con la compra de reactivos para la realización de pruebas de CD4 y de carga viral. El Gobierno de El Salvador asume el 100% de la compra de TARV. El Fondo Mundial también sigue contribuyendo con el tratamiento de las infecciones oportunistas y del tratamiento de las ITS para PC, incluyendo privados de libertad, además de las actividades de apoyo a la adherencia a TARV. PEPFAR apoya la prevención del abandono, la recuperación de desvinculados y la adherencia al tratamiento (El Fondo Mundial 2016 y 2018a; Visita de campo).

Productos: En El Salvador, el seguimiento de las PVVIH se hace a través de 20 hospitales del Ministerio de Salud, de los 30 existentes en el país, más otros 3 del ISSS¹⁸. En principio, el Programa Nacional recomienda que se ofrezca tratamiento a todos los pacientes, aunque algunos médicos siguen reticentes a esta idea y mantienen un número no cuantificado, aunque se cree que pequeño, de PVVIH en seguimiento clínico pero sin TARV¹⁹. En los centros del Ministerio de Salud y el ISSS el paciente debe pasar consulta al principio cada mes, pero una vez con CV suprimida lo hace cada 3 o 4 meses, dependiendo del centro. En cambio, debe retirar la medicación obligatoriamente cada mes, salvo que

¹⁸ El ISSS planea ampliar el seguimiento de PVVIH a 4 centros de nivel inferior a lo largo de 2020 (Visita de campo).

¹⁹ Los médicos pueden argüir que la Guía Clínica todavía formalmente vigente, la de 2014, no les obliga a ofrecer tratamiento a todos (Visita de campo).

el paciente justifique un viaje por motivos laborales, en los que se puede llegar a dar para 3 o incluso 6 meses de manera excepcional²⁰. La accesibilidad a los servicios está limitada por su distribución geográfica pero también por los horarios de atención, incluidos los horarios de la farmacia hospitalaria, que en su mayoría son sólo matutinos²¹. En algunos centros, existen farmacias específicas para dispensar TARV, lo que imposibilita la optimización en la organización de recursos y la oferta de horarios de dispensación vespertinos. En algunos hospitales, como el Nacional San Juan de Dios en Santa Ana, se llevan a cabo esfuerzos para acercar la medicación al paciente, lo que incluye entrega domiciliaria, en un centro de salud de primer nivel, o cualquier otro lugar y momento del día convenidos entre el paciente y el agente comunitario. En la actualidad, el Ministerio de Salud sólo procesa muestras de carga viral en la capital y en el Departamento de San Miguel, aunque está previsto incorporar el de Santa Ana antes de finales de 2020. El ISSS sólo lo hace en la capital, en el Hospital Oncológico. El país no aprovecha la capacidad que proporcionan los 18 GenXpert repartidos por el territorio que habitualmente sólo están ocupados en turno de mañana para pruebas de tuberculosis. Por otro lado, y aunque el personal está debidamente capacitado, las Guías Clínicas oficiales datan de 2014. Existen unas Guías Clínicas actualizadas a 2019 que incorporan importantes cambios, como la introducción de dolutegravir o la reducción de la periodicidad de los conteos de CD4 en pacientes estables, pero que todavía en marzo de 2020 no se habían hecho oficiales. Por su parte, el proyecto USAID Cuidado y Tratamiento en VIH cuenta con una plataforma tecnológica denominada “Alertar” que envía avisos telefónicos con recordatorios de sus visitas y permite detectar el riesgo de pérdida de seguimiento precozmente. Desde noviembre de 2019, además, han puesto en marcha un programa de consejería para la adherencia dirigido a pacientes con fallo virológico, aunque todavía no se cuenta con datos sobre su efectividad (Visita de campo).

Resultados: Según los datos del SUMEVE, actualizados a 28 de febrero de 2020, en 2019 se contabilizaban 10.076 personas en TARV, que suponen el 39,73% de las 25.378 estimadas. Sin embargo, faltarían por incluir las 3.106 en TARV a través del ISSS, lo que daría un total de 13.182, o el 51,9% del total de estimadas. En 2017 y 2018, la cantidad de personas en TARV registrada por el Ministerio de Salud (sin los datos del ISSS para esos años, que no están disponibles), fueron 9.204 (el 37,44% de 24.583 estimadas) y 9.432 (el 37,17% de 25.378 estimadas), respectivamente (Ministerio de Salud, 2019h y 2020b; Visita de campo). Tomando sólo 2019, e incluyendo los datos del ISSS, la diferencia entre personas diagnosticadas y en TARV es de 6.161 (13.182 menos 19.343). Sólo tomando los datos incluidos en el SUMEVE (sin el ISSS²²), la diferencia entre personas vinculadas y en TARV en el mismo año es de 4.627 (14.703 menos 10.076). Una parte no cuantificada pero que se estima pequeña se debe a la persistencia de no prescripción de TARV en determinados pacientes que se consideran “no preparados” por el médico o bien con CD4 altos, y ello pese a las instrucciones del Programa Nacional de tratar a todos. Por otro lado, estas cifras podrían ser inferiores una vez se complete el proceso de limpieza de las bases de datos. Con todo, es una brecha considerable, a cuya reducción los actores nacionales dedican abundantes esfuerzos, sea con recursos propios del Ministerio de Salud, sea con el apoyo del Fondo Mundial o de PEPFAR, tanto para recuperar pérdidas de seguimiento como para prevenirlas (véase Dominio 2.3; Visita de campo). Entre las principales razones que se aducen para explicar la dificultad de vincular y retener a una parte de los usuarios están: la pobreza, el empleo informal, la distancia hasta el centro hospitalario, los horarios de

²⁰ El ISSS no acepta dispensaciones de más allá de un mes, por si el derechohabiente pierde su trabajo y queda sin cobertura. Es cierto que el titular de la prestación tiene derecho a que se le prorrogue la cobertura de una de las especialidades durante un año tras la pérdida de empleo, pero no necesariamente elige VIH.

²¹ Sólo dos hospitales cuentan con farmacias abiertas las 24 horas, mientras que otros 7 apoyados por USAID abren también por la tarde como parte de un proyecto piloto.

²² Se hace así porque, aunque se puede extraer la cifra total de personas en TARV (MINSAL + ISSS), no se dispone de la cifra de usuarios vinculados conjunta de ambas instituciones.

atención, las creencias religiosas y culturales (negación del diagnóstico y/o curación divina), la violencia, y el estigma y la discriminación en los establecimientos. Tal y como se ha comentado anteriormente, se ha ido reduciendo la cantidad de abandonos superiores a un año, y el grueso de las pérdidas de seguimiento actuales detectadas por el sistema de información son recientes (entre 3 y 6 meses). En este sentido, el porcentaje de pacientes que siguen en TARV tras 12 meses de iniciarlo en los centros del Ministerio de Salud ha sido fluctuante en los tres últimos años: fue del 87,74% (787/897) en 2017, del 77,68% (710/914) en 2018 y del 85,9% (721/839) en 2019 (Ministerio de Salud 2018d, 2019d y 2020f). Estos datos sugieren que si bien el abordaje tras el diagnóstico, intenso en recursos humanos, consigue en buena parte vincular al paciente, su retención dentro del sistema sigue siendo deficiente. Respecto a las acciones de prevención del abandono, que se activan si han pasado menos de 90 días desde que el usuario no acudió a una cita en el hospital, sólo el proyecto USAID dispone de números concretos: en 2019 los siete hospitales asociados a su proyecto le suministraron los datos de 253 pacientes en esta situación, de los que lograron recuperar 262²³ (el 103,56%). Los informantes locales concuerdan en que el trabajo de vinculación o búsqueda de abandonos se ve con frecuencia dificultado por el hecho de que una parte de los usuarios proporciona información personal errónea porque no quiere ser contactado, o bien se ha cambiado de domicilio y/o de número de teléfono sin que ello conste en los listados, además de por la dificultad de acceso a las áreas controladas por las bandas criminales. En la actualidad se está llevando a cabo un estudio, financiado por el Fondo Mundial, para analizar de manera sistemática estos determinantes, cuyos resultados se esperan para finales de junio (Visita de campo).

Los porcentajes de personas en TARV con carga viral suprimida (CVS)²⁴ tanto sobre el total de PVVIH estimadas como sobre el de personas en TARV fue como sigue:

Tabla 3: Porcentajes de personas con CVS sobre el estimado de PVVIH y sobre el total en TARV para los años 2017 a 2019.

Categorías	2017	2018	2019
Porcentaje de CVS sobre el estimado de PVVIH	32,33% (7.947/24.583)	33,25% (8.437/25.378)	34,73% (8.815/25.378)
Porcentaje del CVS sobre el total de PVVIH en TARV	86,34% (7.947/9.204)	89,45% (8.437/9.432)	87,47% (8.815/10.076)

Fuente: Ministerio de Salud, 2019h y 2020b

El ligero descenso porcentual en el año 2019 podría deberse al mayor aumento de PVVIH que inician TARV, parte de las cuales pueden tardar más en conseguir CVS sea por comenzar con un diagnóstico avanzado, sea por presentar resistencias farmacológicas pretratamiento, o por problemas de adhesión. En este sentido, los porcentajes de diagnóstico de VIH avanzado (<200 CD4) fueron del 43,49% (554/1.274) en 2017 y del 34,50% (422/1.223) en 2018. Todavía no se dispone de los datos de 2019 (Nieto, 2019). Un estudio reciente ha cifrado en un 28,8% la prevalencia de resistencia pretratamiento, con un 27% de resistencia específica a los inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósidos (Ministerio de Salud, 2020e). Esta alta tasa ha acelerado los planes de

²³ El numerador es superior al denominador porque el programa añadió nuevos usuarios identificados por los propios agentes en el transcurso de sus actividades.

²⁴ No se incluyen a los pacientes del ISSS, cuyos datos de CVS todavía no están integrados en el SUMEVE.

introducción de dolutegravir²⁵ como tratamiento de preferencia en recién diagnosticados, que, sin embargo, en el momento de la visita todavía estaba pendiente de inicio debido al retraso en la aprobación de la Guía Clínica actualizada (véase Dominio 1.1). También en 2020 se planea la realización de 324 pruebas de resistencia en pacientes con fracaso virológico (Visita de campo).

El desagregar los datos de la cascada por sexo, se advierte que, pese a tener un porcentaje de diagnosticadas algo inferior, la proporción de acceso al sistema de salud correspondiente a las mujeres son ligeramente mejores que los de los hombres, lo que puede deberse a diferencias de género en la búsqueda de servicios de salud ya observados repetidamente en la literatura científica. Estas cifras podrían variar una vez completada la integración de los datos del ISSS.

Tabla 4: Cascadas del continuo de la atención de VIH por sexo (hombres y mujeres), 2019.

Sexo	Estimadas	Diagnosticadas	Vinculadas	Retenidas	En TARV	Con CVS
Hombres	16,807	12,605 (75%)	8,760 (52,12%)	6,696 (39,84%)	6,042 (35,97%)	5,233 (31,14%)
Mujeres	10,086	7,205 (71,44%)	5,874 (58,24%)	4,383 (43,45%)	4,018 (39,84%)	3,572 (35,41%)

Fuente: SUMEVE, 2019

Por el contrario, los datos agregados de la cascada nacional sí enmascaran importantes diferencias entre establecimientos. Durante la visita de campo se pudieron obtener datos de dos hospitales, el de Zacamil y el de Santa Ana, el primero con abordaje estándar según la Guía Clínica todavía vigente y el segundo con un abordaje adaptado a la idiosincrasia del paciente, especialmente en lo que se refiere a la vinculación y retención en el servicio, apoyo a la adherencia, y entrega personalizada de TARV, con el apoyo de PEPFAR (Véase más arriba). Estos son los datos comparados:

Tabla 5: Datos del continuo de tratamiento en VIH de los Hospitales de Zacamil y San Juan de Dios de de Santa Ana, 2019. Números absolutos y % sobre el total de PVVIH diagnosticadas en sus respectivas áreas geográficas.

Hospital	Diagnosticadas	Vinculadas	Retenidas	En TARV	Con CVS
Zacamil	1625	1589 (97,78%)	1363 (83,88%)	1220 (75,08%)	1059 (65,17%)
Santa Ana	1162	1147 (98,71%)	1088 (93,63%)	1057 (90,96%)	936 (80,55%)

Estas cifras indican que una visión centrada en el paciente, con la implicación del personal de salud, la flexibilidad en la aplicación de la normativa, y el apoyo de recursos adicionales mejora sensiblemente los datos del continuo de atención, además de la salud y la calidad de vida de los usuarios (Visita de campo).

Finalmente, la tasa estimada de mortalidad en el país entre 2016 y 2018 (todavía no hay datos de 2019) se sitúa en 10 por 100.000 anuales, aunque la notificada es de sólo el 4% (Nieto, 2020). Los informantes clave creen que el subregistro se debe a varios factores: desapariciones forzadas, petición familiar de que no conste el VIH en la causa de muerte, registro de una enfermedad diferente al VIH por parte del profesional de salud, y no registro de los fallecimientos, un fenómeno que se reporta como relativamente frecuente en zonas rurales y pequeños municipios del país. Este último fenómeno

²⁵ PEPFAR tiene previsto hacer una donación de dolutegravir que cubra un año para todos los pacientes con el propósito de contribuir a su generalización (Visita de campo).

también ha contribuido a que no todos los fallecimientos estén descontados de las bases de datos del SUMEVE (Visita de campo).

Dominio 2.5. Enfoque y métodos para garantizar la calidad

Insumos: El país utiliza la financiación del Fondo Mundial para realizar pilotos o estudios que mejoren la calidad de los servicios. Tanto OPS como PEPFAR brindan asistencia técnica y financiación, colaborando con el país en esta área. Además, ONUSIDA ha contribuido con consultorías para la redacción de los Planes Estratégicos, y se prevé que apoye la evaluación final del que está vigente (Visita de campo).

Productos: El país dispone de algunos lineamientos técnicos recientes, como los centrados en la atención integral de las ITS y hepatitis virales y los de atención a privados de libertad, pero en otras áreas están desfasados, como en el caso de la Guía Clínica de 2014 (Ministerio de Salud, 2014, 2018b y 2019f). El Programa Nacional supervisa los centros de salud con un formulario con una simple lista de requisitos. El país reporta que está trabajando en la redacción de unas Guías generales de calidad, aunque se desconoce el plazo para su finalización. OPS y PEPFAR apoyan el cambio de algoritmo de la prueba, cuyo piloto financia el Fondo Mundial, y la actualización del abordaje de los pacientes estables, espaciando sus visitas a los centros de salud, de manera que mejoren su calidad de vida y su adherencia, y además se libere a los profesionales para que se centren en los usuarios más vulnerables. El servicio de clínicas VICITS también realiza periódicamente encuestas de satisfacción de sus usuarios (Visita de campo).

Resultados: Si bien el país es consciente de la importancia de actualizar las guías y normativas, su adopción formal es un proceso muy burocrático que conlleva un largo periodo de tiempo. Además, algunas posibles mejoras, como la habilitación de los agentes comunitarios para la realización de pruebas rápidas, se topan con la normativa estipulada por la Junta de Vigilancia para la Profesión de Laboratorio Clínico del Consejo Superior de Salud Pública, que a su vez responde a la resistencia gremial de los técnicos de laboratorio, según la interpretación de múltiples informantes. Por otro lado, la rectoría del Programa Nacional respecto a los servicios de VIH en los hospitales es limitada. Por ello, se encuentran situaciones muy diversas, poco homogéneas, en los diferentes establecimientos, y la mejora de la calidad de la atención y el desarrollo de un enfoque centrado en el paciente depende del voluntarismo de los responsables de cada establecimiento (Visita de campo).

Panel de indicadores básicos: Objetivo 2

Panel de indicadores clave			
1	Muy bajo		
2	Bajo		
3	Moderado		
4	Bueno		
Indicador	Puntuación	Justificación	Fuente de Datos
Poblaciones clave alcanzadas: % de las 2 poblaciones clave con mayor prevalencia que es alcanzada por paquetes de servicios definidos	2	HSH: 38,95% (21.086/54.140). Datos de 2019	Ministerio de Salud, 2020f.
	3	MT: 66:19% (1.331/2.011). Datos de 2019.	Ministerio de Salud, 2020f.
Promedio de los 2 grupos de población clave	2,5		
PVVIH que conocen su estado: % de personas estimadas que viven con el VIH y conocen su estado positivo	4	76,22% (19.343/25.378). Datos de 2019.	Ministerio de Salud, 2020b.
Vinculación con el tratamiento y la atención: Disponibilidad y tipos de programas de vinculación, entre diagnóstico/detección y tratamiento	3	Múltiples actores intervienen para reducir la brecha de la vinculación, pero ésta todavía es significativa.	Ministerio de Salud, 2020b; Visita de campo.
Cobertura TARV: % de personas estimadas que viven con el VIH actualmente en TARV (adultos y niños)	3	13.182 personas en TARV (todos los proveedores) de 25.378 estimadas: 51,94%. Datos de 2019.	Ministerio de Salud, 2020b; Visita de campo.
Retención TARV de 12 meses: % de personas que alguna vez iniciaron TARV y que continúan recibiéndolo 12 meses después de iniciado (adultos y niños)	4	85,94% (721/839). Datos de 2019	Ministerio de Salud, 2020f.

Supresión viral: % de personas que se retienen en TARV durante al menos 6 meses, con una carga viral de <1,000 copias/ml	4	87,47% (8.815/10.076). Datos de 2019.	Ministerio de Salud, 2020b.
Compuesto en todos los componentes relevantes (6). <u>Nota: Favor de cambiar el número de componentes en caso de no tener puntuación para algún indicador.</u>	3,47		

Objetivo 3. Hasta qué punto los sistemas de datos nacionales generan, informan de y utilizan datos de calidad.

Dominio 3.1. Datos epidemiológicos, de vigilancia y de contexto

Insumos: El Fondo Mundial apoya en la actual subvención de manera genérica la calidad de los programas y los datos (El Fondo Mundial, 2018a). En el pasado, el FM dio apoyo a la realización de determinaciones de estimaciones de tamaño poblaciones y encuestas bioconductuales en HSH, MT y MTS (El Fondo Mundial, 2018a; TEPHINET 2014, 2016a y 2016b). OPS apoya la mejora de la calidad de los datos, con la creación de algoritmos para la clasificación de los usuarios como población clave y la construcción de las cascadas de atención por PC y de la cascada de prevención (Visita de campo).

Productos: Los datos de los que se dispone son coherentes con los indicadores de la Estrategia Nacional. Se cuenta con estudios de tamaño población y encuestas bioconductuales en HSH (2016), MT (2014) y MTS (2016) (TEPHINET 2014, 2016a y 2016b). Las clínicas VICITS actúan como centros vigilancia centinela para ITS y VIH, cuyos datos se recopilan en el SIAP (Sistema Nacional de Atención al Paciente) y, para el caso de las ITS, se reportan al VIGEPES (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica) y alimentan los informes de monitoreo globales (ONUSIDA, 2020). La calidad de los datos (exhaustividad, limpieza y desagregación por PC de los listados) está en proceso de mejora con el apoyo de OPS y USAID (Visita de campo).

Resultados: El país genera y publica una importante cantidad de datos a partir de sus diferentes subsistemas, con desagregación por zona geográfica, grupos de edad, sexo, y población clave²⁶. El sistema permite la extracción y análisis de información en tiempo real, aunque su uso para la mejora de la calidad de los servicios todavía es limitado (véase Dominio 3.3).

Dominio 3.2. Datos e informes de carácter programático y sobre el uso de los servicios.

Insumos: Tanto el Fondo Mundial como PEPFAR apoyan al país con la digitación de los datos que se recogen manualmente en los centros de atención del Ministerio de Salud. PEPFAR además apoya específicamente la digitación de la cohorte de PVVIH del ISSS en el SUMEVE, una tarea que se espera poder completar en los próximos meses (Visita de campo).

Productos: El país describe un Sistema Único de Información en Salud (SUIS) que en realidad sólo existe virtualmente, ya que se limita a listar en una página web, sin que estén integrados, varios subsistemas: el SIAP (Sistema Integral de Atención al Paciente), que es donde se refleja la historia clínica, el SIMMOW (Sistema de Información de Morbilidad y Mortalidad en Web), para estadísticas vitales, el VIGEPES (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica), que recoge los casos positivos de ITS, y finalmente el SUMEVE (Sistema Único de Monitoreo y Evaluación de la Vigilancia Epidemiológica del VIH), que clasifica toda la información de la cascada de tratamiento, y que permite explotar en tiempo real los datos de 2018 en adelante según múltiples variables: edad, sexo, ocupación, área geográfica, establecimiento de salud, distritos de salud o SIBASI (Sistema Básico de Salud Integral), historia sexual, uso de drogas, orientación sexual y población clave (aunque sólo una parte de los usuarios están ligados a una población, se prevé que el resto lo esté progresivamente). El SUMEVE incorpora los datos del conjunto del país menos los del ISSS, que están en proceso de integración: por ahora, sólo se han incorporado los datos de personas diagnosticadas. Se espera completar el proceso en los próximos meses. Adicionalmente, el Subreceptor Principal emplea el SIGPRO (Sistema Integral

²⁶ Aunque parte de los datos correspondientes a PC estén todavía en proceso de ser completados.

de Gestión de Proyectos) para gestionar los datos programáticos. Las intervenciones con las PC del Fondo Mundial y de PEPFAR utilizan un Código Único de Identificación alfanumérico basado en las iniciales del primer nombre y del primer apellido, el sexo, la fecha de nacimiento (día, mes y dos últimos dígitos del año), más el Departamento y del Municipio donde consta la partida de nacimiento del usuario, además del Documento Único de Identidad (DUI) nacional, siempre que el usuario lo porte o recuerde el número. Este código no se emplea en los centros de salud, en los que sólo se solicita y registra el DUI, junto con el resto de información personal. Sin embargo, un porcentaje no cuantificado de usuarios no dispone de DUI²⁷, pero no por ello dejan de ingresarse sus datos en el sistema de información del Ministerio de Salud. Para descontar duplicidades, una vez al año se utiliza un algoritmo que detecta coincidencias en más del 80% de los datos personales entre usuarios. Estas coincidencias se investigan manualmente y, si procede, se integra la información y se elimina el duplicado²⁸. El Gobierno ha anunciado públicamente la sustitución del DUI por un Código Único de Nacimiento o CUN obligatorio para todos los ciudadanos, pero por el momento el proyecto no cuenta con plazos de ejecución ni recursos concretados (Visita de campo).

Resultados: El Salvador emplea un sistema de recogida y tratamiento de la información sanitaria dual del VIH. Los datos se recogen manualmente en formularios (un mínimo de 5 en caso de PVVIH en TARV) en papel que se envían a uno de los 31 centros de acopio donde se digitan en el SUMEVE. El Programa Nacional visita cada seis meses cada una de las 5 regiones sanitarias, pero se limita a analizar el cumplimiento de las metas (especialmente de vinculación), y no a verificar la calidad del dato, por ejemplo respecto a la transcripción desde el soporte en papel al electrónico, aunque reporta que tiene previsto hacerlo en 2020. Los datos clínicos de los pacientes con VIH se recogen también manualmente, y luego se digitan en el SIAP, aunque según la información obtenida en la visita menos del 70% de los establecimientos cuentan con la capacidad de hacerlo por carecer de equipamiento, personal o acceso a internet. Los centros que sí cuentan con recursos, sin embargo, podrían ahorrar costos si fuera el facultativo quien ingresara los datos del paciente directamente en el SIAP, algo que raramente ocurre. El país es consciente de que las cifras de PVVIH diagnosticadas y vinculadas que constan en el SUMEVE no necesariamente se ajustan a la realidad, ya que incluyen a personas con las que hace tiempo no se tiene contacto y se desconoce su situación. Se ha iniciado un proceso de búsqueda de casos y limpieza de las bases de datos en el que colaboran todos los actores implicados en la vinculación y retención. El piloto ya se completó en la zona de Sonsonate, pero no se ha hecho un análisis de los resultados para saber qué proporción de la cohorte había que eliminar por constancia de fallecimiento o migración²⁹. Se espera concluir este proceso para todos los centros en el transcurso de dos años (Visita de campo).

Dominio 3.3. Utilización de los datos para impulsar el diseño y la práctica del servicio

Insumos: La actual subvención incluye apoyo para el análisis, la revisión y la transparencia de la información (El Fondo Mundial, 2018a). PEPFAR proporcionan asesoría para que los datos se empleen para el análisis de la efectividad de los servicios y promocionar su mejora. Hay desacuerdo sobre si la OPS proporciona también apoyo en esta área. (Visita de campo).

²⁷ Uno de los motivos para no portar el DUI es que en él consta el domicilio de la persona, lo que pueden ser un serio riesgo para su integridad física si visita una zona controlada por una banda criminal en la que no reside.

²⁸ No se dispone de la proporción de coincidencias encontradas ni de duplicados eliminados.

²⁹ El país hasta ahora no ha considerado establecer un límite temporal de falta de contacto con el paciente pasado el cual se le excluya de la cohorte activa (Visita de campo).

Productos: Periódicamente, el MINSAL publica un Informe Nacional sobre la Situación del VIH en El Salvador. El último es de 2018 y contiene información amplia y granular sobre número y distribución de pruebas de VIH e identificación de casos, estos últimos desagregados por institución proveedora, población clave, sexo, grupo de edad y áreas geográficas. También se han ido dando a conocer datos posteriores a esa fecha a través de presentaciones en reuniones y conferencias, y se dispone de un detallado análisis de cobertura y rendimiento de las pruebas de testeo realizado en 2019 que incluye recomendaciones, aunque el documento todavía es considerado un borrador (Ministerio de Salud, 2019c, 2020a y 2020b; Casabona, 2019).

Resultados: Hasta ahora los datos se han empleado sobre todo para asignar mayores recursos a la vinculación de casos tanto nuevos como conocidos, y a la priorización de actividades como la notificación de pareja, con resultados dispares (véase Dominio 2.2). Pese a que ya en 2019 se disponía de evidencia de las importantes diferencias en rendimiento de positividad por tipo de proveedor (Casabona, 2019), no ha sido hasta entrado 2020 que se han puesto en marcha cambios en las estrategias y modalidades de servicio de los Sub Subreceptores del Fondo Mundial con el objetivo de intentar alcanzar a las poblaciones de más difícil acceso: extensión de la cobertura geográfica para MTS y MT, énfasis en HSH trabajadores del sexo o que practican sexo transaccional, notificación asistida de pareja, gratuidad de la prueba de los captados con la aplicación “Match con tu Salud”; y refuerzo de la comunicación digital durante la cuarentena domiciliar debida a la COVID-19. El país reporta que las evidencias de variación de las cascadas de atención entre establecimientos (véase Dominio 2.4) se emplean para reforzar las actuaciones sobre aquellos que arrojan peores datos, aunque la debilidad de la autoridad rectora del Programa Nacional frente a los servicios hospitalarios limita la eficacia de estas acciones (Visita de campo).

Panel de indicadores básicos: Objetivo 3

Panel de indicadores clave	
1	Muy bajo
2	Bajo
3	Moderado
4	Bueno

Indicador	Puntuación	Justificación	Fuente de Datos
Funcionalidad de vigilancia de casos	4	Si bien la capacidad de laboratorio es geográficamente limitada y se podría optimizar con el uso de los GenXpert durante las horas en que están ociosos, en términos generales se considera suficiente. El resto de características funcionan bien.	Visita de campo, 2020.
Disponibilidad y calidad de la Estimación del Tamaño Población (ETP)	3	Existen ETP para HSH, MTS y MT realizadas por empresas consultoras, siguiendo una metodología estándar (muestreo dirigido por los encuestados más método multiplicador del objeto único). Sin embargo, son datos de encuestas realizadas ya hace algunos años (2014-16), que requerirían una actualización.	TEPHINET, 2014, 2016a y 2016b.
Capacidad del país para reportar sobre la cobertura de intervenciones preventivas entre poblaciones clave	3	A efectos prácticos, el DUI funciona como un código único de identificación, aunque una proporción no cuantificada de la población carece de él. Se emplean algoritmos de coincidencia para detectar posibles duplicidades que se gestionan manualmente. Sin embargo, el país no ha reportado los datos de todos los implementadores en su último informe de 2019, lo que podría indicar dificultades para evitar duplicidades.	Visita de campo, 2020.
Exhaustividad de los reportes sobre datos de TARV	4	Todos los centros reportan de manera rutinaria, aunque las bases de datos no están completamente actualizadas, y todavía constan personas fallecidas o ausentes del país.	Visita de campo, 2020.
Compuesto en todos los componentes relevantes (4). Nota: Favor de cambiar el número de componentes en caso de no tener puntuación para algún indicador.	3,5		

Análisis

Impacto

Los datos del país apuntan a un aumento progresivo del número y la proporción de PVVIH que son diagnosticadas, están en tratamiento y se mantienen en CVS. Sin embargo, sería necesario completar la limpieza de las bases de datos para tener una idea más fidedigna de la reducción de las brechas en los pilares de la cascada que describen el número de PVVIH que conocen su diagnóstico y el de quienes están vinculados al sistema de salud, y a partir de ahí tomar decisiones sobre qué áreas de intervención necesitan ser priorizadas. En último término, la mortalidad asociada a sida se ha mantenido estable desde 2016, siendo los determinantes sociales y la rigidez del sistema de salud para adaptarse al paciente las principales barreras para mejorar dicho indicador.

Todavía no se dispone de los datos actualizados y completos de las cascadas del continuo de atención por PC, por lo que no es posible determinar si existen diferencias de impacto entre dichas poblaciones. Sí se conocen las cascadas por áreas geográficas y establecimientos, que difieren notablemente, lo que refuerza la idea de que, más allá de los factores asociados a la situación del paciente, existen modelos de intervención que están dando mejores resultados que otros.

Inversión estratégica efectiva

Los hallazgos del Objetivo 1 muestran que las subvenciones del Fondo Mundial han ido acompañadas con, y han contribuido a, los objetivos de los Planes Estratégicos Nacionales, que a su vez se han basado en las evidencias disponibles y los análisis sobre las brechas. También el Fondo Mundial ha hecho aportaciones cruciales para la mejora de la cadena de suministro, de las infraestructuras y de la capacidad de laboratorio. Por el contrario, los esfuerzos del Fondo Mundial y de otros actores, junto con algunas escasas acciones del propio país, han tenido un impacto limitado, cuando no nulo, en los condicionantes sociales, la reducción del estigma y la discriminación (al menos, fuera del ámbito de salud específicamente asociado al VIH) y la violación de derechos humanos.

Los hallazgos del Objetivo 2 muestran que las inversiones del Fondo Mundial han sido claves para que El Salvador haya conseguido aumentar los servicios que presta en prevención, testeo, tratamiento y cuidado del VIH. El apoyo al testeo a través de las OSC que actúan como sub-subreceptoras ha sido fundamental para conseguir que una buena parte de ellas ya conozca su estado serológico. También para que las cifras de PVVIH en tratamiento y con CVS aumenten lenta pero ininterrumpidamente. Sin embargo, algunas áreas todavía presentan brechas significativas. En prevención, hay indicios de una regresión en el uso del condón, particularmente entre HSH, aunque no sólo en esta población. En testeo, los rendimientos de positividad de las actividades de los Sub-Subreceptores es muy inferior a los de otros proveedores, sin que ello se pueda atribuir a una saturación del primer pilar de la cascada. Pese a las mejoras en la vinculación de las personas diagnosticadas, el sistema de salud sigue mostrando importantes deficiencias en la retención de los pacientes, parte de los cuales experimentan desafíos para mantener una adherencia terapéutica adecuada.

Los hallazgos del Objetivo 3 muestran que el país dispone de un sistema de información que, aunque perfectible (y con planes dirigidos a ello), le permite tener un conocimiento cada vez más afinado y más desagregado de la realidad del VIH. Ya se dispone de cascadas por área geográfica y por establecimiento, lo que permite el seguimiento y el análisis comparado, además de la toma de decisiones. Se espera que también pronto se disponga de los datos actualizados y completos de las cascadas por PC, lo que facilitará una mejor orientación para la priorización de la asignación de

recursos. A todos ello ha contribuido el Fondo Mundial a lo largo de los años, junto con otros actores como OPS y PEPFAR.

Sostenibilidad

Los hallazgos del Objetivo 4 de esta evaluación muestran que el país ha ido avanzando hacia la sostenibilidad de la respuesta, con el apoyo del Fondo Mundial y de PEPFAR. El Gobierno ha ido absorbiendo personal de salud que era financiado por el Fondo Mundial, y ha mejorado su infraestructura, capacidad de almacenaje y de distribución de productos de salud asociados al VIH. También ha ido adquiriendo una mayor experiencia en gestión y en la interpretación de datos epidemiológicos y programáticos. El cambio de 2019, en que el Ministerio de Salud pasó a ser el único receptor principal, a pesar de presentar todavía dificultades de encaje en cuanto a la relación con el nuevo Subreceptor y los Sub Subreceptores, puede servir para reforzar las capacidades institucionales. No obstante, persisten desafíos en cuanto a la autoridad rectora del Programa Nacional tanto respecto a otras áreas de la atención en salud, como los laboratorios privados, los hospitales y el ISSS, y de otras áreas de gobierno (como Educación, Empleo, o Justicia y Seguridad Pública). También respecto a la capacidad de las OSC de ser prestadoras de servicios a la administración, por cuanto que deben seguir las normas de derecho público respecto a la rendición cuentas, un desafío que ha quedado en evidencia con la designación del MINSAL como Receptor Principal único.

El Salvador sigue presentando brechas en la financiación de áreas cruciales de la respuesta nacional al VIH, bien porque depende en buena medida de los donantes (provisión del paquete integrado de prevención a PC, incluido el testeo; reactivos de diagnóstico de la efectividad del tratamiento), bien porque apenas existen recursos para ello (abordaje de los condicionantes sociales, el estigma y la discriminación y la violación de derechos humanos). Además, existen dudas sobre la auto-sostenibilidad de las OSC Sub Subreceptoras. Hasta 2018 con la anterior subvención, 8 OSC recibieron apoyo, y a partir de 2019, con la nueva subvención, 5 (que eran parte de las 8 anteriores). Del total, sólo 4 mantienen sus proyectos de auto-financiación: Visión Propositiva (servicios de confección); Colectivo Alejandría (servicios de banquetes); ASPIDH (servicio de sala de belleza), y CALMA (xentro de cuidado diario de niñas y niños)³⁰. Pese a que el país es todavía elegible para recibir subvenciones del Fondo Mundial para el próximo ciclo, convendría que fuera avanzando en la cobertura de estas brechas financieras. En este sentido, es fundamental obtener un apoyo político de más alto nivel, desde el área presidencial, que haga de verdad transversal la respuesta nacional al VIH, implicando a todos los sectores públicos y privados, y refuerce la capacidad rectora del Programa Nacional y la previsibilidad presupuestaria de los servicios de VIH. En esta misma línea, existe una propuesta de Estrategia Nacional de Sostenibilidad, financiado por PEPFAR, que sin embargo todavía no ha sido aprobado por el Gobierno (MCP, sin fecha).

A continuación, se proporciona un análisis en relación con el Plan del Fondo Mundial para el Análisis de Prioridades del Portafolio de País (v1.0).

Tabla 6. Plan del Fondo Mundial para el Análisis de Prioridades del Portafolio de País

Dimensión	Actividades Críticas
Identificar y tratar efectivamente más casos	Aunque el acceso a la prueba del VIH en El Salvador es amplio, se realiza con un método obsoleto demasiado costoso en recursos humanos que además conlleva

³⁰ Hasta febrero de 2020 funcionó el Salón de Belleza del Colectivo Orquídeas del Mar, pero no pudo continuar porque los ingresos no eran suficientes para ofrecer un salario aceptable para la profesional encargada.

	<p>importantes pérdidas de seguimiento. Esta situación está en proceso de ser modificada con la implantación de un algoritmo de doble prueba rápida. El país cuenta con un primer estudio de resistencias pretratamiento que ha impulsado la adopción de dolutegravir como terapia de preferencia en nuevos pacientes, aunque en el momento de la visita su implantación definitiva estaba a la espera de la aprobación de la nueva Guía Clínica por parte de la entonces Ministra de Salud³¹. Ha habido un ligero aumento del número de personas en TARV, aunque no de la proporción de personas que alcanzan CVS, que se mantiene estable.</p>
<p>Prevenir casos nuevos</p>	<p>La evidencia disponible sobre uso reportado del condón sugiere que las actividades de oferta del paquete integrado de prevención no son efectivas para un cambio de comportamiento y una mayor prevención.</p> <p>El país considera la salud un derecho fundamental, y el acceso formal a los servicios es gratuito para los usuarios. Sin embargo, persisten fuertes inequidades de acceso efectivo relacionadas con la desigualdad económica, las distancias geográficas, el ejercicio de la violencia, y la persistencia de conductas estigmatizantes y discriminatorias, tanto en la sociedad como en los establecimientos de salud.</p>
<p>Incrementar la disponibilidad de financiamiento para el VIH</p>	<p>La financiación total del VIH ha ido descendiendo desde 2015 con 68.604.006 millones de dólares, 62.309.179 en 2016, 57.524.613 en 2017, hasta 2018 con 49.285.054 millones de dólares (Ministerio de Salud, 2019c). Según fuentes oficiales, ello se debe por un lado a una reducción de las aportaciones internacionales, y por el otro, porque en 2018 dejó de incluirse el componente de sangre segura en la contabilización del gasto. En 2018, último año para el cual hay datos disponibles, el 75% del gasto corría a cargo del sector público (MINSAL e ISSS sobre todo), el 19% donantes internacionales y 6% el sector privado (Ministerio de Salud, 2019g).</p> <p>El país provee financiación a algunas organizaciones de la sociedad civil, pero lo hace directamente por asignación presupuestaria nominal aprobada por el Congreso de la Nación³², y no por concurso público o por decisión gubernamental. En el caso de las ONG de VIH, el Programa Nacional no interviene sobre la concesión. En algunos casos se destina a reforzar actividades de vinculación y en otros a</p>

³¹ Posterior a la visita, la Ministra fue sustituida por un Ministro.

³² Estas asignaciones son el resultado del cabildeo de las organizaciones interesadas frente a los representantes parlamentarios, y en la mayoría de casos se remontan a tiempo atrás. Una vez incluidas en el presupuesto, se repiten año tras año.

	<p>tareas de cabildeo (véase Anexo 2 para detalles de las partidas distribuidas en 2018 y 2019).</p> <p>La conversión del Ministerio de Salud en Receptor Principal conllevó cambios legislativos para permitir contratar a Plan Internacional como Subreceptor, así como que las OSC Sub Subreceptoras recibieran fondos. Si bien esto podría ser indicativo de la factibilidad de que el Gobierno pueda contratar a estas organizaciones para que brinden servicios de salud, los informantes son pesimistas al respecto, y creen que se trata de una excepción que no se puede generalizar. Que esta posibilidad exista cobra especial relevancia dadas las dificultades que tienen las OSC para conseguir otros fondos que no sean públicos o internacionales o mantener sus proyectos de auto-financiación.</p> <p>El compromiso político con la respuesta nacional al VIH es fuerte por parte del Programa Nacional, pero más débil en otras áreas del MINSAL, incluyendo el nivel más alto. El apoyo de otros departamentos gubernamentales o de presidencia es débil, cuando no inexistente.</p>
<p>Reducir el costo de combatir el VIH</p>	<p>El país ha tenido serias dificultades para reducir los costos asociados a los servicios de VIH. Por un lado, el método de testeo ha requerido un uso intensivo de recursos humanos. Por otro, la factura farmacéutica es más cara de lo necesario debido al hecho de que uno sólo de los medicamentos, lopinavir/ritonavir, supone el 40% del gasto, pese a representar sólo el 10% de las prescripciones. Esto es así por un vacío legal que permite al propietario de la patente original cuestionar la introducción de versiones genéricas en el país de manera indefinida. Los intentos por cambiar esta situación han sido infructuosos, debido al desinterés político.</p> <p>Aunque se espera el cambio de algoritmo de la prueba abarate el costo total del servicio, la negativa a autorizar a los agentes comunitarios de realizar pruebas rápidas impedirá mayores eficiencias. Por otro lado, la reciente renuncia de AbbVie a la patente de lopinavir/ritonavir a raíz de la epidemia de la COVID-19 facilitaría la compra de versiones genéricas y el consiguiente abaratamiento de la factura en TARV.</p> <p>Otra área con margen de mejora de la eficiencia sería el cambio en las pautas de atención para pacientes con VIH estables. Debido a la normativa actual, las resistencias al cambio de los médicos a cargo, y de las limitaciones de espacio en las farmacias de los centros de salud, los usuarios son obligados a acudir cada mes a retirar sus medicamentos, en la mayoría de los sitios dentro de los horarios de trabajo,</p>

	<p>con la consiguiente merma de su calidad de vida y de riesgo de pérdida de seguimiento. Muchas farmacias del primer y hasta del segundo nivel están a cargo o cuentan con profesionales denominados “idóneos”, en realidad legos que han superado la escuela secundaria y que han adquirido conocimiento empírico con la práctica en la botica. Algunos informantes creen que su experiencia podría aprovecharse para impulsar la descentralización, aunque otros son reticentes a ello por el riesgo que supondría al no contar con la formación reglada correspondiente.</p>
--	--

Recomendaciones

#	Recomendaciones de Mayor Relevancia	Prioridad	¿Quién la implementa?	¿Para cuándo? ³³	Implicaciones para el financiamiento del Fondo Mundial
1	<p>Optimizar las actividades identificación de nuevos casos de VIH, especialmente entre PC</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implantar en todo el país el nuevo algoritmo de detección basado en pruebas rápidas con sangre capilar (incluyendo establecimientos del MINSAL y del ISSS). • Autorizar a los agentes comunitarios a tomar muestras para la realización de pruebas rápidas. • A partir del análisis del rendimiento de positividad, seleccionar los abordajes que están siendo más efectivos (generalización de la notificación de pareja, uso de redes sociales), y adaptarlos al paquete que ofrece el Fondo Mundial, en coordinación con el resto de actores. Considerar modificar las metas para incluir objetivos de positividad. 	Alta	<p>Ministerio de Salud, ISSS</p> <p>Ministerio de Salud, ISSS, Consejo Superior de Salud Pública</p> <p>Receptores del Fondo Mundial</p>	Tercer trimestre de 2010	<p>Reduciría los costos al no necesitar la intervención de un técnico de laboratorio.</p> <p>Significaría cambios en el modelo de financiación por metas de cobertura.</p>

³³ La temporalidad de algunas de estas acciones puede verse afectada por la crisis de la COVID-19.

2	<p>Hacer de las mejoras prácticas de atención centrada en el paciente un lineamiento para todos los centros de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Completar un análisis comparado de las cascadas del continuo de atención por establecimiento y sistematizar el modelo que esté dando mejor resultado en términos de tasas de vinculación desde el diagnóstico, reducción del tiempo de primera entrega de TARV desde el ingreso en el sistema, retención/prevenición de la pérdida de seguimiento, adherencia terapéutica, y CVS. • Convertir dicho modelo en lineamiento para el resto de hospitales. 	Alta	Ministerio de Salud, ISSS		Ninguna
3	<p>Impulsar la descentralización y la delegación de tareas en la atención a PVVIH y la continuidad de cuidados entre proveedores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diseñar un plan para la descentralización de la atención a PVVIH estables a niveles inferiores al hospitalario (se puede tomar la experiencia que acumule el ISSS como referencia). Los niveles superiores se concentrarían en los pacientes que inician (hasta que sean estables) y en los más vulnerables. 	Alta	MINSAL, ISSS	Primer trimestre de 2021	El Fondo Mundial podría dedicar asistencia técnica para diseñar y ejecutar el plan.

	<ul style="list-style-type: none"> • Completar un piloto de descentralización en alguno de los distritos de salud más receptivos al cambio. • Escalar la experiencia piloto, tras la incorporación de las lecciones aprendidas, a todo el territorio nacional. • Crear, dar seguimiento y evaluar periódicamente un mecanismo para garantizar el continuo de cuidados, incluida la continuidad del régimen terapéutico, entre el MINSAL y el ISSS. 				
4	<p>Reducir los tiempos y los costos de la cadena de adquisiciones y suministro de TARV</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explorar y en su caso adoptar mecanismos innovadores para la compra de productos de VIH, como la renovación automática o la compra prorrogada al mismo proveedor, que no exija reiniciar los procesos administrativos de cero cada vez. • Explorar y en su caso acordar la comprar conjunta de TARV entre el MINSAL y el ISSS. • Ampliar el número de canales y métodos de compra de productos de VIH para ganar capacidad de maniobra en caso de riesgo de desabasto. 	Media	Ministerio de Salud, ISSS, Ministerio de Hacienda, Casa Presidencial, Asamblea Legislativa.	Primer trimestre de 2021	Ninguna

	<ul style="list-style-type: none"> Reformar la legislación para eliminar la posibilidad de presentar recursos repetidos contra las decisiones de la Oficina de Patentes de autorizar la comercialización de versiones genéricas. 				
5	<p>Actuar sobre el entorno de las PC y las PVVIH para su mayor vinculación y retención en el sistema de salud, incluyendo un abordaje efectivo del estigma y la discriminación y las violaciones de los DD HH.</p> <ul style="list-style-type: none"> Una vez completado el estudio de las barreras a la retención y la adherencia actualmente en marcha, extraer sus recomendaciones y convertirlas en un plan de acción con la correspondiente asignación de recursos. En dicho plan de acción, incluir un apartado específico de abordaje efectivo del estigma y la discriminación y la violación de DD HH, coordinando con otros actores (USAID/PEPFAR, REDCA+, Procuraduría) para evitar duplicidades Aprovechar la redacción del nuevo Plan Estratégico para reforzar el abordaje de los condicionantes sociales que dificultan a las 	Alta	Todos los actores de la Respuesta Nacional, liderados por el Ministerio de Salud.	<p>Finales de 2020 (Plan de acción)</p> <p>Durante el tiempo que dure el proceso de redacción del nuevo Plan Estratégico.</p>	El Fondo Mundial ya financia el estudio de barreras a la atención.

	poblaciones más vulnerables su acceso a los servicios de VIH.				
#	Recomendaciones de Menor Relevancia	Prioridad	¿Quién la implementa?	¿Para cuándo?	Implicaciones para el financiamiento del Fondo Mundial
6	<p>Eliminar el componente manual de la recogida de datos (al menos en las zonas donde sea posible)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diseñar un plan para la recogida de datos digital del todo continuo de atención que simplifique los formularios en papel y los substituya por aparatos electrónicos que no puedan tener otro uso. El software debe permitir la recogida de datos offline para cuando no se tenga acceso a internet, para su posterior volcado en el sistema, una vez sea posible. • Implementar un piloto en una Región de Salud donde sea más factible el nuevo modelo. • Generalizar el modelo, una vez incorporadas las lecciones aprendidas del piloto, a todas las regiones de salud donde sea factible (algunas áreas deberán conservar el modelo dual por razones de seguridad). 	Media	Ministerio de Salud, Implementadores del Fondo Mundial y de PEPFAR.	Último trimestre de 2020 / Primer semestre de 2021.	El Fondo Mundial podría cofinanciar junto con USAID las modificaciones al software y la compra de los aparatos de recogida de datos.

7	<p>Mejorar la calidad de la coordinación entre actores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incluir al ISSS como miembro del Mecanismo Coordinador de País. • Instituir un espacio en el que todos los actores implicados puedan analizar colectivamente los datos epidemiológicos y programáticos de forma regular, y discutan y acuerden qué componentes de la cascada, servicios y modalidades deben priorizarse, y para qué población. 	Media	Todos los actores de la Respuesta Nacional, liderados por el Ministerio de Salud.	Tercer trimestre de 2020	Ninguna.
---	---	-------	---	--------------------------	----------

Referencias

- Acosta, Mónica, Sáenz, María del Rocío, Gutiérrez, Blanca, & Bermúdez, Juan Luis. (2011). Sistema de salud de El Salvador. *Salud Pública de México*, 53(Supl. 2), s188-s196
- Adepro. (2017). Evaluación final del Proyecto “Innovando Servicios, Reduciendo Riesgos, Renovando Vidas en El Salvador a través de la Implementación de la Estrategia de Prevención Combinada”.
- Alvarado, A., y Soza, D. (2018). Análisis de Brechas de Financiamiento en VIH. Hacia la Sostenibilidad de la Respuesta.
- Alvarado, A., Soza, D, y García, M. (2018). El Salvador. Estrategia Nacional de Sostenibilidad y Plan de Acción para la Sostenibilidad de la Respuesta al VIH 2019-2023.
- Asamblea Legislativa de la Republica de El Salvador. (2000). Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública (LACAP).
- Asociación Salvadoreña de Derechos Humanos Entreamigos. (Entreamigos, 2018). Informe Técnico Anual 2017. “Innovando Servicios, Reduciendo Riesgos y Renovando Vidas en El Salvador”
- Asociación Salvadoreña de Derechos Humanos Entreamigos. (Entreamigos, 2019a). Análisis de brecha en base a los determinantes sociales de la salud en Hombres que tienen Sexo con Hombres de El Salvador. Presentación de diapositivas.
- Asociación Salvadoreña de Derechos Humanos Entreamigos. (Entreamigos, 2019b). Análisis de brecha en base a los determinantes sociales de la salud en Mujeres Trabajadoras Sexuales de El Salvador. Presentación de diapositivas.
- Asociación Salvadoreña de Derechos Humanos Entreamigos. (Entreamigos, 2019c). Análisis de brecha en base a los determinantes sociales de la salud en Población Transgénero de El Salvador. Presentación de diapositivas.
- Asociación Salvadoreña de Derechos Humanos Entreamigos y Red Salvadoreña de Personas con VIH/sida (REDSAL+). (Entreamigos y REDCA+, 2019). Análisis de brecha en base a los determinantes sociales de la salud en Personas con VIH de El Salvador. Presentación de diapositivas.
- Ávalos Madrid, L.V. (2019). Mortalidad en pacientes con Sida que recibieron atención en hospitales descentralizados con Terapia Antirretroviral. El Salvador 2015-2017. Presentación de diapositivas.
- Banco Mundial. (2020). El Salvador: Panorama General. Página web.
- Bréard, M. (2016). Evaluación logística de la red de laboratorios para CV & CD4 - El Salvador.
- Carrillo, A. (2019). Evaluación de la implementación de campo de la prueba de incidencia para VIH en los establecimientos de salud de las Regiones Metropolitana, Central y Occidental de El Salvador. Presentación de diapositivas.
- Casabona, J. (2019). Análisis de las Estrategias de Tamizado del VIH en El Salvador, 2019. Borrador.
- Comisión Nacional Antidrogas. (2017). Informe Nacional sobre la situación de las drogas en El Salvador 2017.
- El Fondo Mundial. (2020a). Explorador de Datos: El Salvador. Página web.
- El Fondo Mundial. (2020b). Lista de Elegibilidad 2020.

El Fondo Mundial. (2019a). Herramienta de Puntuación de la Subvención SLV-H-MOH 2018.

El Fondo Mundial. (2019b). Herramienta de Puntuación de la Subvención SLV-H-PLAN 2018.

El Fondo Mundial. (2019c). SLV-H-PLAN - Informe del estado de avance. Periodo 1 de enero al 31 de diciembre de 2018. Carta al MCP de El Salvador.

El Fondo Mundial. (2018a). Confirmación de Subvención SLV-H-MOH 2019-2021.

El Fondo Mundial. (2018b). Consideraciones en torno a la implementación del proyecto del Canje de Deuda. Carta al MCP de El Salvador.

El Fondo Mundial. (2016). Confirmación de Subvención SLV-H-MOH 2017-2018.

Equipo de Monitoreo de Campo. (2019). Experiencia de trabajo del Equipo de Monitoreo de campo en el fortalecimiento de la Cascada de atención. Presentación de diapositivas.

Gobierno de El Salvador. (2011). Reglamento de la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública.

Mecanismo Coordinador de País. (MCP, 2018a). Presupuesto de la Subvención FR325-SLV-H 2019-2021. Documento Excel.

Mecanismo Coordinador de País. (MCP, 2018b). Marco de Desempeño 2019-2021.

Mecanismo Coordinador de País. (MCP, 2018c). Tabla de Brecha Programática 2019-2021.

Mecanismo Coordinador de País. (MCP; 2018d). Definición de Paquete Básico de Servicios de Prevención para la Ampliación de Cobertura de Poblaciones Claves. Propuesta de Solicitud de Financiamiento Adaptada a Cambios Materiales presentada al Fondo Mundial.

Mecanismo Coordinador de País. (MCP, 2018e). Nota Conceptual VIH Período 2019-2021.

Mecanismo Coordinador de País. (MCP, 2017). Tabla de panorama de financiamiento 2016-2023. Documento Excel.

Mecanismo Coordinador de País. (MCP, 2016). Solicitud Simplificada de Fondos para el Componente de VIH Periodo 2017-2018 El Salvador.

Mecanismo Coordinador de País. (MCP, sin fecha). Plan de Alto Nivel para la Estrategia de Sostenibilidad de la Respuesta al VIH en El Salvador. Borrador.

Mejía, A. y Cabrera J. J. (2016). Acceso, Eficacia e Innovación en la Provisión de Asistencia Técnica a la Sociedad Civil en el Marco de la Subvención del Fondo Mundial.

Ministerio de Hacienda. (2019). Proyecto de Presupuestos 2019.

Ministerio de Justicia y Seguridad Pública. (2017). Política del Ministerio de Justicia y Seguridad Pública para la Atención de la Población LGBTI.

Ministerio de Salud. (2020a). Clínicas de atención integral a población clave VICITS y Amigables 2019. Presentación de diapositivas.

Ministerio de Salud. (2020b). Cascadas del Continuo de la Atención VIH 2019. Presentación de Diapositivas.

Ministerio de Salud. (2020c). Cronograma de compras de ARV 2020. Presentación de diapositivas.

Ministerio de Salud. (2020d). Consolidado de Actividades de VIH en Centros Penitenciarios, Intermedios y Centros de Inserción de Menores, 2029. Documento Excel.

Ministerio de Salud. (2020e). Resistencia del VIH a los medicamentos antirretrovirales en El Salvador. Presentación de diapositivas.

Ministerio de Salud. (2020f). Informe de progreso y solicitud de desembolso SLV-H-MOH 2019. Provisional.

Ministerio de Salud. (2020g). Situación del VIH en El Salvador, 24-02-2020. Presentación de diapositivas.

Ministerio de Salud. (2020h). Uso de condón VICITS 2017-2019. Documento Excel.

Ministerio de Salud. (2019a). Clínicas de atención integral a población clave VICITS y Amigables 2018. Presentación de diapositivas.

Ministerio de Salud. (2019b). Sistematización de la atención para embarazadas con VIH, en los hospitales con atención integral. 2013-2018.

Ministerio de Salud. (2019c). Informe Nacional Situación del VIH en El Salvador 2018.

Ministerio de Salud. (2019d). Informe de progreso y solicitud de desembolso SLV-H-MOH 2018.

Ministerio de Salud. (2019e). Guía Clínica para la Atención Integral en Salud de las Personas con VIH. Provisional.

Ministerio de Salud. (2019f). Lineamientos técnicos para el control de las infecciones de transmisión sexual y hepatitis virales.

Ministerio de Salud. (2019g). Medición de Gastos en SIDA (MEGAS) 2018. Borrador.

Ministerio de Salud. (2019h). Boletín sobre el VIH en El Salvador. Número 1. Septiembre, 2019.

Ministerio de Salud. (2018a). Informe Nacional Situación del VIH en El Salvador 2017.

Ministerio de Salud. (2018b). Lineamientos técnicos para la atención integral en salud de las personas privadas de libertad.

Ministerio de Salud. (2018c). Situación del VIH 2017. Presentación de diapositivas.

Ministerio de Salud. (2018d). Informe de progreso y solicitud de desembolso SLV-H-MOH 2017.

Ministerio de Salud. (2017). Medición de Gastos en SIDA (MEGAS) 2017.

Ministerio de Salud. (2016). Medición de Gastos en SIDA (MEGAS) 2016 Provisional. Presentación de Diapositivas.

Ministerio de Salud. (2014). Guía clínica para la atención integral en salud de las personas con VIH.

Ministerio de Salud. (2015). Lineamientos Técnicos para las Buenas Prácticas de Almacenamiento y Gestión de Suministros en Almacenes del Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud, Universidad del Valle Guatemala, Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades (MINSAL, UVG y CDC, 2019). Avances en la implementación de los servicios de notificación asistida a las parejas en clínicas VICITS de El Salvador.

Nieto, A. I. (2019). Situación del VIH en El Salvador. Presentación de diapositivas.

Nuche Berenguer, B. (2019). Marco de monitoreo de servicios de VIH/ITS para grupos de población clave. Presentación de diapositivas.

Organización Mundial de la Salud. (OMS, 2019). Guías consolidadas sobre los servicios de testeo de VIH en una epidemia cambiante.

Organización Panamericana de la Salud. (OPS, 2019). Marco de monitoreo de los servicios relacionados con el VIH y las ITS para grupos de población clave en América Latina y el Caribe.

Organización Panamericana de la Salud. (OPS, 2018). 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.

Plan Internacional. (2020a). Informe de Avance Técnico y Financiero del SR Plan Internacional Trimestral Octubre-Diciembre 2019 y Anual 2019.

Plan Internacional. (2020b). Informe de cumplimiento por indicador, según Trimestre a reportar, Población HSH, Año 2019. Documento Excel.

Plan Internacional. (2020c). Informe de progreso y solicitud de desembolso SR Plan 2019. Provisional.

Plan Internacional. (2019a). Informe de progreso y solicitud de desembolso SLV-H-PLAN 2018.

Plan Internacional. (2019b). Estigma y Discriminación asociados con el VIH en El Salvador, 2019. Encuesta de opinión en población general.

Plan Internacional. (2019c). Informe sobre Estrategias de Auto Sostenibilidad Financiera de Ocho Organizaciones Sub Receptoras del Marco de la Subvención SLV-H-PLAN (Sistematización).

Plan Internacional. (2018). Informe de progreso y solicitud de desembolso SLV-H-PLAN 2017.

Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. (ONUSIDA, 2020). Datos de El Salvador 2018. Página web.

Red Centroamericana de Personas con VIH. (REDCA+, 2019). Estudio: El Índice de Estigma en Personas con VIH (INDEX).

República de El Salvador. (2017). Plan Estratégico Nacional Multisectorial 2016-2021 (Versión actualizada en 2017).

República de El Salvador. (2007). Diario Oficial: Ley de Prevención y Control de la Infección Provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana.

Sorto, J.S. (2018). Situación del VIH 2017. Presentación de diapositivas.

TEPHINET. (2016a). Estudio de estimación de tamaño de población de hombres que tienen sexo con hombres.

TEPHINET. (2016b). Estudio de estimación de tamaño de población de mujeres trabajadoras sexuales.

TEPHINET. (2014). Estudio de estimación de talla poblacional, encuesta de comportamiento sexual y seroprevalencia de VIH en mujeres Trans de El Salvador.

Unidad de Atención Integral a las ITS-VIH. (2019). Informe Nacional de Situación del VIH en El Salvador.

Universidad del Valle Guatemala. (2018). EE-VICITS: una Evaluación Económica de la Estrategia de Vigilancia Centinela y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual (VICITS) en la Región Centroamericana. Reporte Técnico para El Salvador.

USAID Programa de Cadena de Suministros de Salud Global. (USAID, 2018a). Costos de pruebas de laboratorio: Ministerio de Salud El Salvador.

USAID Programa de Cadena de Suministros de Salud Global. (USAID, 2018b). Evaluación Rápida de Implicaciones de Ahorro en Costos de Utilizar Diferentes Mecanismos de Compra en Centroamérica.

USAID Programa de Cadena de Suministros de Salud Global. (USAID, 2018c). El Salvador –Actualización Costos de Suministros para alcanzar meta 909090. Presentación de diapositivas.

USAID Programa de Cadena de Suministros de Salud Global. (USAID, 2017a). Revisión del Proceso Adquisiciones de Productos del Programa ITS/VIH/Sida en El Salvador. Presentación de diapositivas.

USAID Programa de Cadena de Suministros de Salud Global. (USAID, 2017b). Revisión del Proceso de Compras de Medicinas e Insumos de VIH en El Salvador.

Información Suplementaria

Consulte el siguiente [documento](#) para obtener información sobre los antecedentes adicionales del proyecto, la metodología específica y las limitaciones de esta evaluación.

Anexos

Anexo 1

Mecanismo descrito por el Sub Receptor Plan Internacional para verificar que la población HSH testada por el Sub Subreceptor Entreamigos efectivamente lo es:

- “Desde el área de Prevención, todos los y las educadores están entrenados y comprometidos en la identificación de la práctica sexual (HSH) que andamos buscando indistintamente de la identidad de género.
- Hemos definido que un HSH es un hombre biológico que VERBALICE que en alguna época de su vida tuvo una PRACTICA sexual con otro Hombre indistintamente de su orientación sexual o su identidad de género.
- Al inicio de la actividad y del abordaje se hace énfasis en la población que se está abordando y se determina que el objetivo es que se le pregunte al 100% de los usuarios si son HSH explicándoles.
- Este proceso vari bastante dependiendo de la zona de trabajo.
- En las plazas públicas donde hay muchos hombres de riesgo se contactan los HSH a través de GRINDER para luego abordarlos cara a cara y se considera en este caso el 100% de los abordados son HSH.
- Hay lugares de agregación de HSH como saunas y salas de strippers que también el 100% son HSH.
- Donde sí hay una diferencia en lo que se consulta con el beneficiario es que en estos espacios de agregación no hacemos verificación de prácticas sexuales; mientras que en los espacios abiertos sí.
- Esta verificación está incluida en el correcto llenado del formulario FVIH01.
- Los filtros son el educador par, luego el supervisor de la actividad o líder de campo, el profesional de laboratorio y el técnico/ supervisor de Plan Internacional.
- Adicionalmente todos los educadores del socio ENTREAMIGOS llevan un diario de campo, en el cual el usuario firma que ha tenido practicas con otro hombre.
- El porcentaje de repregunta o revisión en relación con la práctica sexual no está definido porque los escenarios son muy diferentes y complejos.
- Sin embargo, comentarle que de tres actividades que el socio hace al día con HSH, dos de estas (66%) son supervisadas por el técnico supervisor de plan y en cada bitácora de la actividad se deja constancia que el 100% de los abordados o alcanzados son HSH.
- Los mecanismos de supervisión están en parte a cargo de nuestros técnicos de Prevención de Plan Internacional que además son HSH, es decir el abordaje para esta intervención es entre Pares.
- Si un usuario no verbaliza que es un HSH no puede ser tomado en cuenta en el proyecto.
- La especialista de Prevención también acompaña actividades de campo para verificar que si sea la población meta la abordada.
- Adicionalmente, el equipo de monitoreo cubre actividades de campo, algunas veces en conjunto con el equipo de Prevención. Otras veces acompañan solamente a los equipos del SSR de Entre Amigos.
- Se hacen monitoreos al azar y sin notificar a los equipos de campo.
- Durante las actividades, se habla con el líder del equipo (SSR) sobre los procesos que se monitorean, de igual manera, si las actividades son en lugares de concentración de HSH no se pregunta sobre las prácticas sexuales a los usuarios.
- En cuanto a las actividades que se realizan en lugares abiertos, tales como parques, centros comerciales, plazas, universidades, el monitoreo que se hace inicia con una reunión haciendo énfasis a los equipos de campo en la población meta que buscamos (HSH), los procesos que se estarán revisando durante la actividad, las intervenciones que se harán a los usuarios

preguntando sobre lo que se le explica durante los abordajes, sobre prácticas sexuales con otros hombres, los insumos que se les entrega.

- Si en un momento, el usuario verbaliza que no tiene prácticas sexuales con otros hombres, o que nunca ha tenido prácticas sexuales con otros hombres, se le explica que la actividad es dirigida a la búsqueda de HSH.
- Esto se le traslada al educador del SSR para que tenga en cuenta que no entra en la población meta y por lo tanto no puede ser abordado.
- Esto se hace en todas las actividades monitoreadas por el equipo.
- Las entrevistas que se realizan también a los usuarios abordados, se dirigen a hombres que no son evidentes dentro de la población HSH.
- Se trata de abordar a todos los usuarios que se intervienen, pero en ocasiones, se hace a una muestra del 10 % de los usuarios a intervenir y en total a todos los hombres que no son HSH muy evidentes, datos que quedan reflejados en las bitácoras de campo hechas durante las actividades, socializadas, selladas y firmadas por los responsables de la actividad tanto del SSR como del SR.
- Para las actividades que se hacen en universidades (Nacional o Privadas) previamente se hace una visita en conjunto con los líderes de equipos del SSR para hablar con las personas encargadas de los espacios dentro de las universidades, se les presenta el proyecto, el tipo de actividades que se hacen y la población meta que se busca, para actividades en plazas y parques. También se hacen coordinaciones previas con el personal del CAM para seguridad de los equipos de campo y para el permiso de trabajar en dichos lugares. Sin embargo, el equipo de Monitoreo de Plan, solamente tiene dos personas, algo que nos dificulta monitorear el 100 % de las actividades de campo, debido a que también hacemos intervenciones y acompañamientos en el otro módulo de Cuidado y Tratamiento.”

Anexo 2

Organizaciones de la Sociedad Civil que reciben dinero público directamente asignado en los Presupuestos Generales del Estado aprobado por el Congreso de la Nación. Cantidades en dólares estadounidenses.

ORGANIZACIÓN	2018	2019
<i>FUNDASIDA</i>	25.000	25.000
<i>FUNDACIÓN INOCENCIA</i>	30.000	30.000
<i>ASOCIACIÓN ATLACATL</i>	25.000	25.000
<i>ASOCIACIÓN VIDA NUEVA</i>	15.000	15.000
<i>ICW CAPÍTULO EL SALVADOR</i>	15.000	15.000
<i>REDSAL+</i>	15.000	15.000

Fuente: Ministerio de Hacienda, 2019