



MINISTERIO
DE SALUD



PROYECTO CUIDADO Y TRATAMIENTO EN VIH

INFORME NACIONAL

CONSTRUCCIÓN DE LA CASCADA DEL CONTINUO DE LA ATENCIÓN EN VIH, A DICIEMBRE 2018, A NIVEL NACIONAL Y CLINICAS DE ATENCIÓN INTEGRAL Y DATOS NACIONALES DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL

El Salvador, septiembre 2019

El Salvador, septiembre 2019.

“Este Material es posible gracias al apoyo del Pueblo de los Estados Unidos a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). El contenido de este Informe es responsabilidad exclusiva del autor y el mismo no necesariamente refleja la perspectiva de USAID ni del Gobierno de los Estados Unidos de América”.

Nota de Género:

En este texto se utilizan en forma indistinta y variada términos tales como hijas, hijos, hombres, mujeres y otros similares para evitar repeticiones que puedan entorpecer la lectura. Sin embargo, reconocemos y valoramos la presencia y el protagonismo de las mujeres en estas instituciones y en estos procesos de gestión cultural.

Consultora:

Dra. Helen Larissa Centeno Monge

CONTENIDO

Siglas, Acrónimos y Abreviaturas	4
Resumen	5
Antecedentes	6
Objetivos	7
Metodología	7
Resultados	7
Cascada del continuo de atención 2018.....	7
Comparación histórica.....	13
Supresión viral y recuento de linfocitos T CD4+ basal	14
Retención en cuidado a los 12, 24 y 36 meses.....	16
Limitaciones	17
Conclusiones.....	17
Recomendaciones	18
Referencias Bibliográficas.....	19
Anexos.....	20

SIGLAS, ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

ARV	Antirretroviral
CAI	Clínica de Atención Integral en VIH
CD4	Linfocitos T CD4
CV	Carga Viral
DVS	Dirección de Vigilancia Sanitaria
FVIH	Formulario de llenado de datos VIH (FVIH01, FVIH02, FVIH05 y otros)
HSH	Hombres que tienen Sexo con Hombres
ISSS	Instituto Salvadoreño del Seguro Social
LGTBI	Lesbianas, Gais, Trans, Bisexuales, Intersexuales (Colectivos de Identidad de Género y Orientación Sexual)
MINSAL	Ministerio de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PENM	Plan Estratégico Nacional Multisectorial de VIH
PEPFAR	Plan de Emergencia del presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida
PNS	Programa Nacional de ITS/VIH/Sida
PV	Persona VIH
RIISS	Red Integral e Integrada de Servicios de Salud
SAFISSS	Sistema Administrativo Financiero del ISSS
SIBASI	Sistema Básico de Salud Integral
SIDA	Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida
SIMMOW	Sistema de Información de morbilidad y mortalidad vía Web
<i>Spectrum</i>	Modelo de proyección de datos estadísticos de ONUSIDA, para toma de decisiones
SUMEVE	Sistema de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH
TARV	Terapia Antirretroviral VIH
TS	Trabajadoras Sexuales
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VIH	Virus de Inmuno Deficiencia Humana

Resumen

El presente informe muestra los resultados del informe de Cascada del Continuo de la Atención en VIH 2018, en base a la información proporcionada por las Clínicas de Atención Integral (CAI) de El Salvador e Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS). Asimismo, la estimación de las personas que viven con VIH (PV) que están adherentes al tratamiento; su estado inmunológico al momento de la vinculación y al inicio del tratamiento antirretroviral (TAR); y un análisis de sobrevivencia de la cohorte de las personas que iniciaron TAR y que se encuentran con vida a los 12, 24 y 36 meses.

Para el año 2018 se estimaron 25,378 personas viviendo con VIH, de las cuales el 78% de ellas conocen su diagnóstico, 62% de ellas se encuentran retenidas en clínicas de atención integral y 58% de estas se encuentran en TAR. Debido a la ausencia de datos de vinculación y carga viral del ISSS, no fue posible calcular estos indicadores. Al analizar por sexo, se observa un mayor número de casos en hombres, sin embargo, en esta población se reporta una vinculación menor al compararla con mujeres. En el caso de población clave, aunque este es una variable de reporte reciente, se pudo elaborar la cascada de atención a partir de las personas diagnosticadas, donde se observaron en varios pilares brechas mayores a las reportadas por la totalidad de la cohorte.

Al realizar una comparación histórica, entre la cascada de atención de 2013 y 2018, se observó un aumento de 9 puntos porcentuales en personas que conocen su diagnóstico durante dicho periodo de tiempo, mientras que se observó un aumento de 28 y 26 puntos porcentuales para personas retenidas y en TAR, respectivamente.

Se estimó que el 87% de las personas en TAR habían alcanzado supresión viral, mientras que el 77% habían logrado indetectable, en la cohorte perteneciente al MINSAL. Un aspecto clave es resaltar que en las personas que iniciaron TAR durante el año 2018, el 42% estaban iniciando TAR con recuentos de linfocitos T CD4+ menores a 200 cel/ul.

La retención luego del inicio de TAR continúa siendo uno de los retos más importantes para los programas de tratamiento. En personas con 12 meses en TAR, la retención fue de 88%, en personas con 24 meses de 83% y personas con 36 meses en 81%.

A través de los resultados de este informe, el país podrá evaluar su avance en los diferentes pilares y continuar fortaleciendo acciones para el alcance de las metas de control de la epidemia.

ANTECEDENTES

El VIH es una pandemia distribuida de forma desigual en el mundo y un problema de salud pública mundial. Para hacer frente a la epidemia, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) en el 2013, propuso una acción acelerada y enfocada para reducir las nuevas infecciones y la mortalidad, en el marco de un ambiente libre de estigma y discriminación. Para esto, estableció las metas 90-90-90 que definen que, en el año 2020, el 90% de las personas con VIH deberán conocer su diagnóstico, el 90% deberán recibir tratamiento antirretroviral y el 90% de las personas en tratamiento deberán tener cargas virales suprimidas.

En El Salvador, se acordó el cumplimiento de estas metas, y desde el año 2000, el acceso al tratamiento antirretroviral es gratuito, buscando mejorar la calidad de vida de las personas con VIH, disminuir la morbilidad asociada y reducir su mortalidad. A pesar de los esfuerzos gubernamentales, no gubernamentales y de la sociedad civil, existen importantes retos para mejorar el continuo de la atención en VIH, tanto en diagnóstico, vinculación y retención a los servicios, acceso a tratamiento y la supresión viral; retos integrados en el Plan Estratégico Nacional Multisectorial (PENM) vigente para el periodo 2016-2021.

Para analizar el continuo de la atención en VIH, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS) estableció una herramienta para monitorear el abordaje integral del VIH en una población, y su respuesta en una determinada área geográfica y cohorte específica: la Cascada del Continuo de la Atención en VIH. Esta cascada está formada por siete pilares, que van desde la estimación global de personas con VIH en una región, hasta el porcentaje de personas en tratamiento con cargas virales indetectables. Esta representación gráfica del continuo de la atención es una herramienta de información estratégica que permite identificar, analizar brechas y planificar intervenciones a partir de las mismas.

En el año 2014, El Salvador realizó la primera cascada del continuo de la atención en VIH, que reportaba datos de la cohorte 2013, en el cual se reflejan los datos de las 20 CAI a nivel nacional. Para ese año, se estimaban unas 23 000 personas con VIH, de las cuales, un 69% conocían su diagnóstico; 49% se encontraban vinculadas; 34% retenidas; 31% en tratamiento; 22% en supresión viral y un 16% con cargas virales indetectable. Esta cascada constituyó la línea base para realizar datos comparativos en los años subsecuentes. Actualmente, El Salvador cuenta con informes de cascadas del continuo de atención en VIH, 2015, 2016, 2017 y 2018.

OBJETIVOS

- Elaborar la cascada del continuo de la atención en VIH Nacional MINSAL-ISSS 2018 a nivel nacional, incluyendo desagregación por: clínica de atención integral (CAI), por sexo, grupo de edades y población clave a la fecha.
- Establecer el estado actual de la adherencia al tratamiento antirretroviral de los PV bajo tratamiento en El Salvador, mediante la medición de la supresión viral (menor de 1000 copias/ml) e indetectables (menor de 20 copias/ml) durante el año 2018.
- Medir la retención en el cuidado a los 12, 24 y 36 meses luego del inicio de tratamiento.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio transversal, de tipo secundario de información a través de los datos obtenidos por el Sistema de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH (SUMEVE), así como el Sistema Administrativo Financiero del Instituto Salvadoreño de Seguridad Social (SAFISSS).

Los datos fueron consolidados, protegiendo cualquier tipo de identificador personal durante el proceso de consolidación por clínica e institución.

Se determinaron los seis pilares de la cascada del continuo de atención, de acuerdo con las fichas técnicas recomendadas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS)¹. Para más información sobre estos, ver anexos 1 y 2.

RESULTADOS

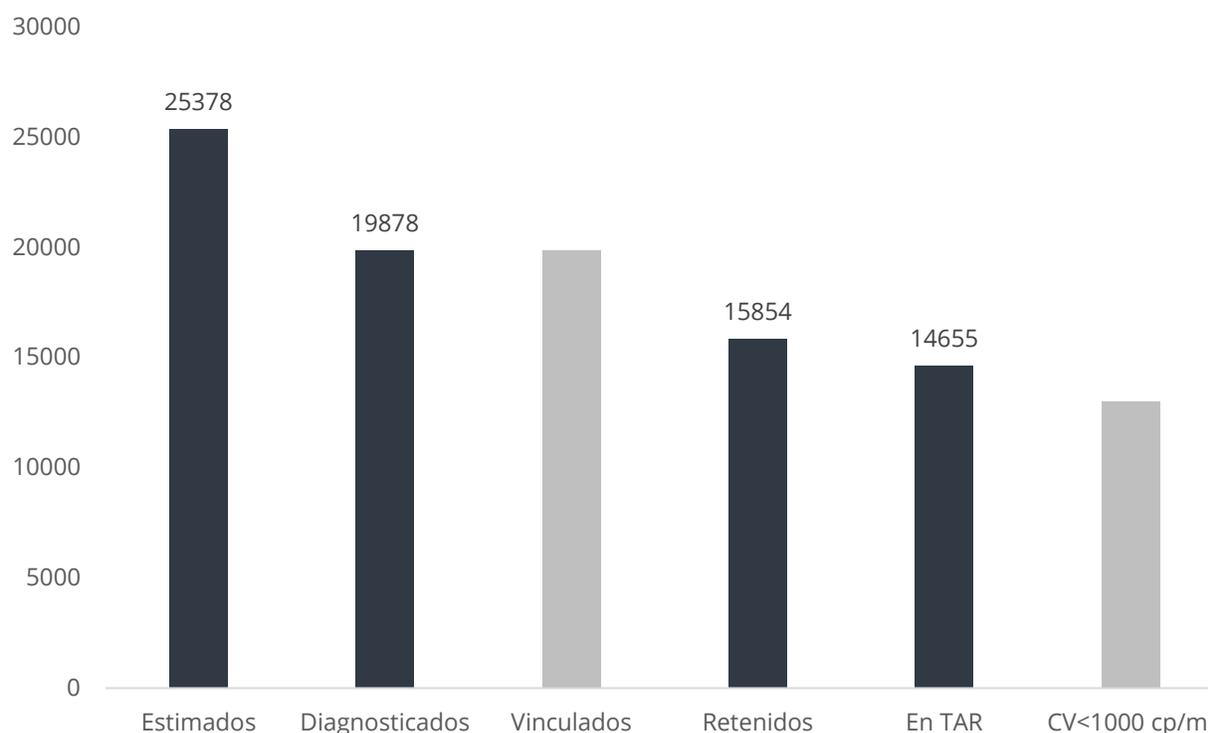
Cascada del continuo de atención 2018

Se estima que para el año 2018 hay 25,378 personas vivas con la infección de VIH, de las cuales el 78% (N: 19,878) se encuentran diagnosticadas y notificadas a través de los servicios del Ministerio de Salud (MINSAL), Instituto Salvadoreño de Seguridad Social (TAR) y otros establecimientos (Gráfica 1).

¹ OMS-OPS. Marco del monitoreo del continuo de la Atención Integral al VIH. 2014. Anexo al informe de reunión: Consulta Regional en América Latina y el Caribe sobre información epidemiológica de la infección por el VIH.

No fue posible documentar la vinculación a servicios del ISSS, por lo cual solo se estimó que el 62% de los casos (N: 15,854) se encontraban retenidos en los servicios y el 58% por ciento de las personas retenidas se encontraban en TAR, lo cual representa el 92% de las personas retenidas se encuentran en TAR, porcentaje alto considerando que El Salvador solamente realiza inicio de tratamiento en personas con recuentos de linfocitos T CD4 menores a 500 cel/ul. Incluyendo todos los servicios, no fue posible documentar el número de pacientes que tienen recuento de carga viral menor a 1000 copias/ml.

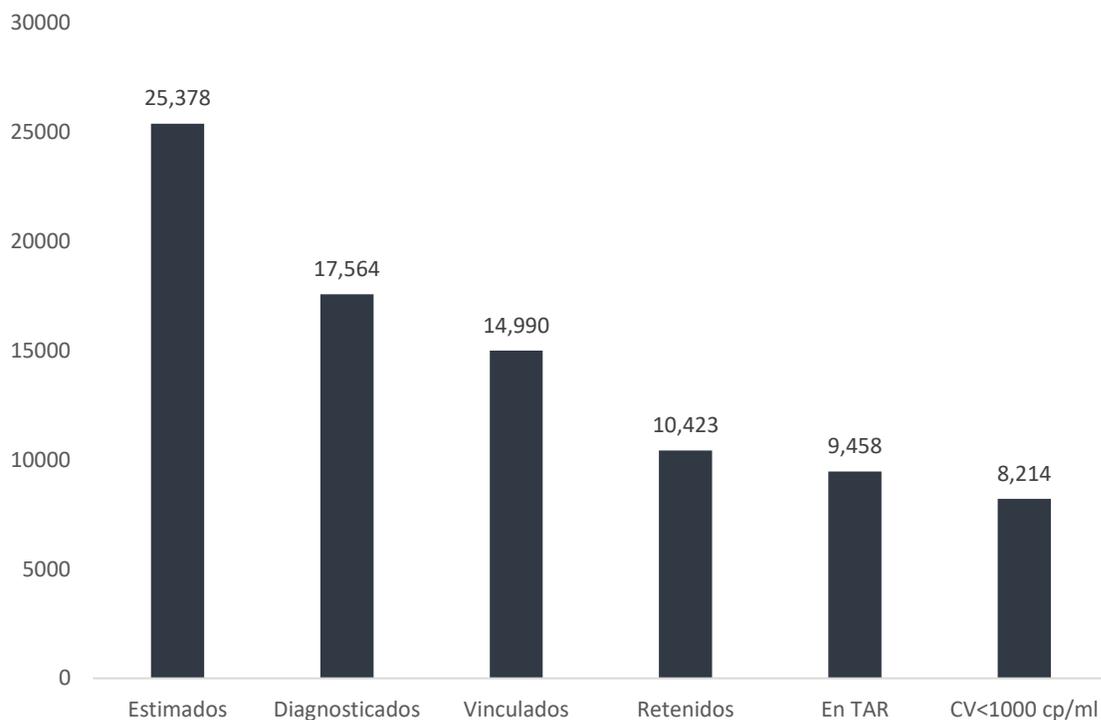
Gráfica 1. Cascada del Continuo de la Atención en VIH, El Salvador 2018



Fuente: SUMEVE, MINSAL

Observando únicamente los datos del MINSAL, el 69% de las personas (N: 17,564) conocen su diagnóstico, de las cuales el 59% (N:14,990) lograron vincularse a los servicios de TAR, estando retenidos el 41% (N:10,423) de los cuales 37% (9,458) se encuentran en TAR. Al calcular la proporción de personas retenidas en TAR, el 90% actualmente se encuentran en tratamiento. El 32% de las personas lograron alcanzar la supresión viral (N:8,214) (ver gráfica 2). El detalle de cada servicio puede observarse en el anexo 3.

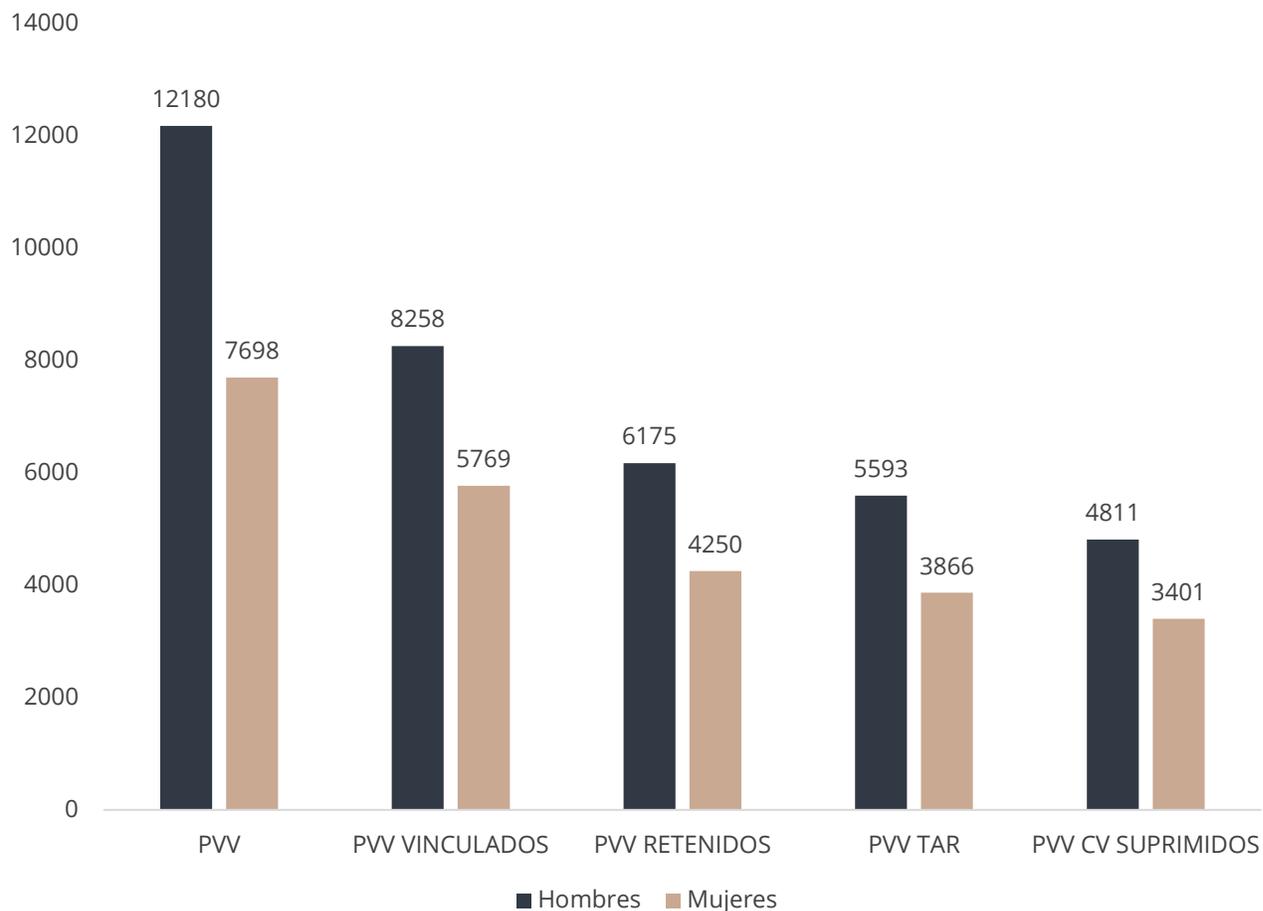
Gráfica 2. Cascada del Continuo de la Atención en VIH MINSAL, El Salvador 2018



Fuente: SUMEVE, MINSAL

Cuando se realiza desagregación por sexo, se observa que los hombres reportan un mayor número de casos en todo el continuo de atención, con una razón 1.5:1 de casos diagnosticados hombre: mujer. Esto es esperable debido a las características de la epidemia, donde se espera una mayor proporción de casos hombre mujer. Aunque en todos los pilares de la cascada se observan pocas diferencias entre hombres y mujeres, es importante resaltar que 75% de las mujeres que diagnosticadas se vincularon, mientras que en hombres este porcentaje es de 68%.

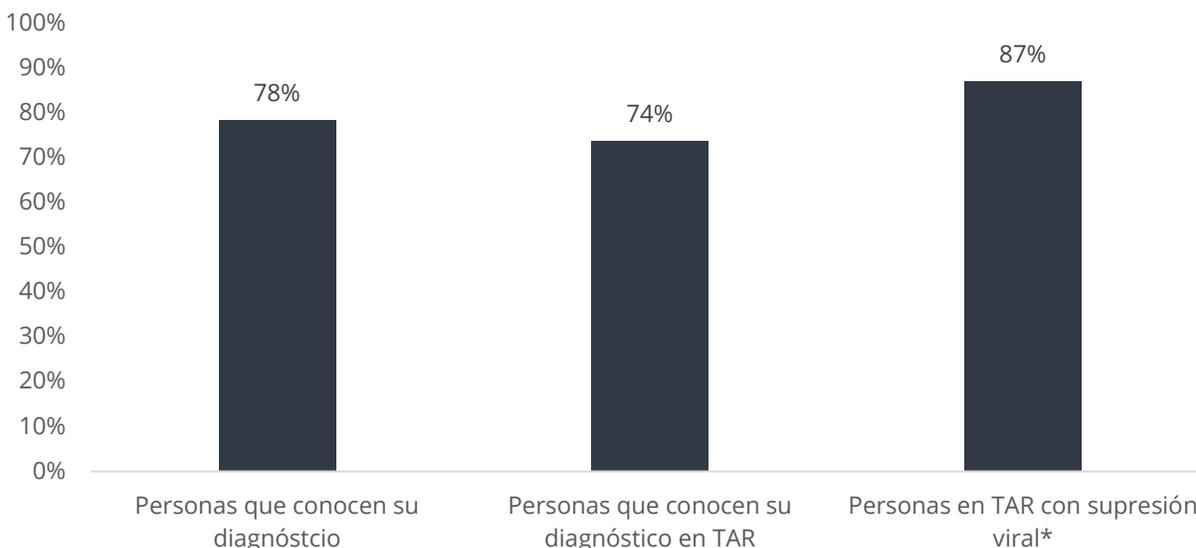
Gráfica 3. Continuo de la Atención en VIH por sexo, El Salvador 2018



Fuente: SUMEVE, MINSAL

Al analizar los datos respecto al alcance de las metas 90-90-90, las cuales fueron acordadas por los países para ser cumplidas para el año 2020, se observa que El Salvador **reporta un 78% de las personas** con VIH que conocen su diagnóstico, 74% de las que conocen su diagnóstico se encuentran en TAR y el 87% de las personas que se encuentran en TAR han logrado la supresión viral (Gráfica 4).

Gráfica 4. Alcance de las metas 90-90-90, El Salvador 2018

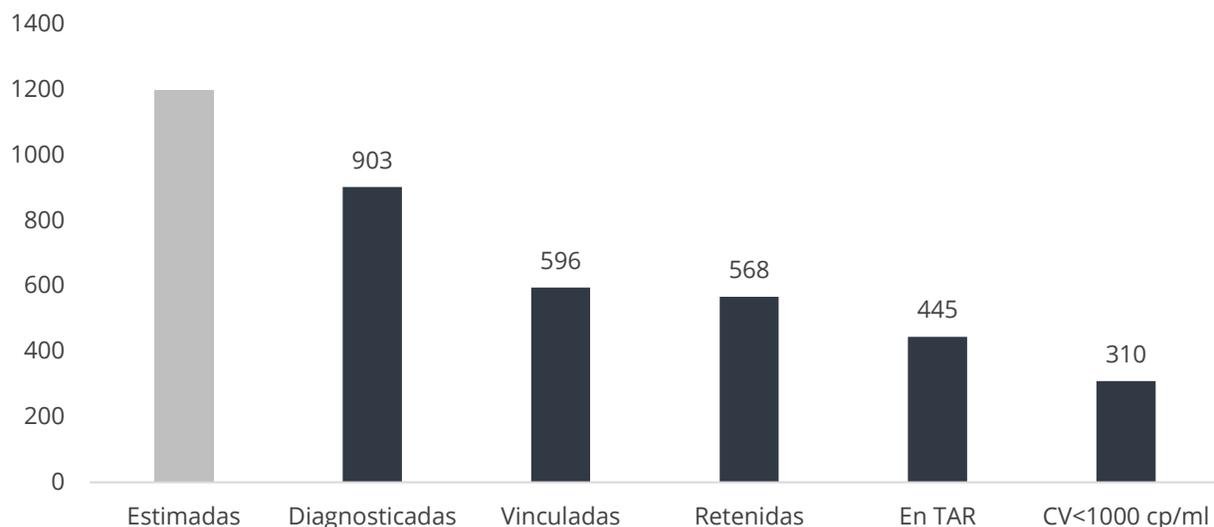


*Estimado utilizando como numerador y denominador únicamente los datos de MINSAL
Fuente: SUMEVE, MINSAL

Considerando, como fue mencionado previamente, las características de la epidemia en El Salvador, con mayor prevalencia en población clave, es oportuno realizar una evaluación de los avances de la cascada en población clave. Para el país, como población clave se define los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), mujeres trabajadoras sexuales (TS) y mujeres transgénero (TRANS). A partir del segundo semestre 2017, en el protocolo de diagnóstico se incluyó un apartado en el formulario FVIH-01, que permite el registro específico de poblaciones clave (PC) y se capacitó al personal de las CAI para el uso y registro de estas. La cascada 2018 incluye de manera sistemática la desagregación de población clave, sin embargo, durante la limpieza de datos se identificó que aún persisten brechas en el registro de PC en el sistema.

Actualmente, El Salvador aún no cuenta con una estimación de población clave viviendo con VIH, aunque es importante destacar que se cuenta con estudios de estimación de talla poblacional de las tres poblaciones clave. De 903 personas identificadas como población clave diagnosticadas, el 66% de estas (N: 596) se encontraban vinculadas (Gráfica 5). Al comparar con la totalidad de la cohorte del MINSAL, donde se reporta un 85% de vinculación, se marcan diferencias importantes en este grupo poblacional. Similar situación se observa respecto a las personas retenidas que se encuentran en TAR con un 78% en población clave comparado con 90% en la totalidad de la cohorte. Estas diferencias deben de ser analizadas, para diseñar intervenciones específicas para abordar las brechas para población clave.

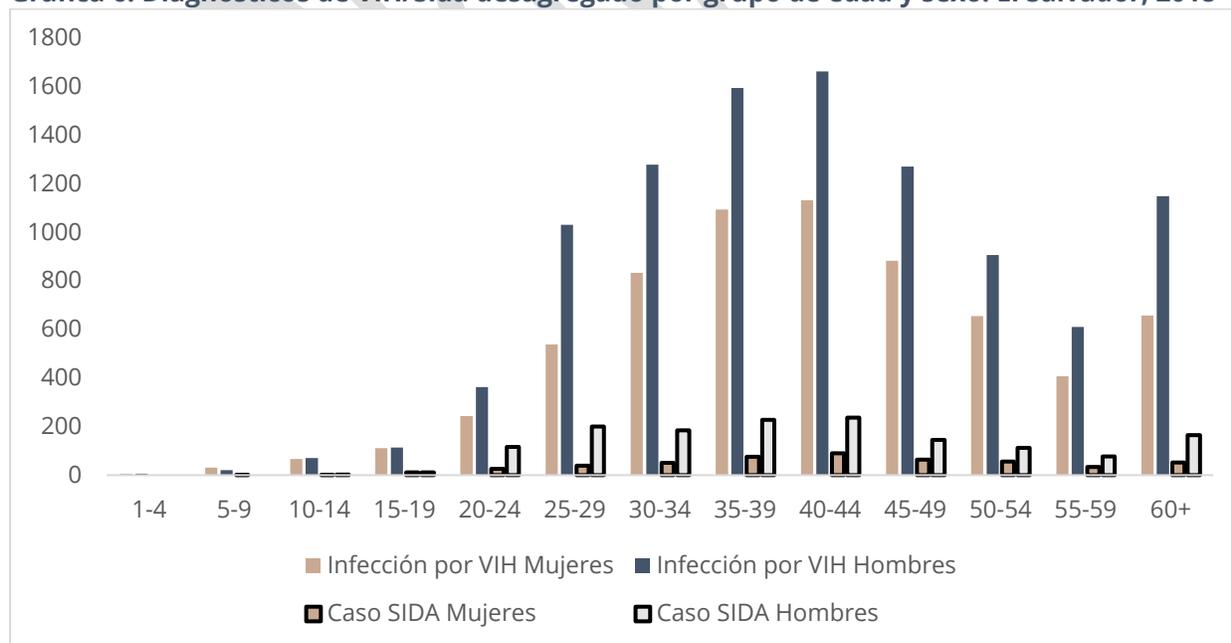
Gráfica 5. Continuo de la Atención en VIH en población clave registrada en SUMEVE a 2018, El Salvador



Fuente: SUMEVE, MINSAL

Respecto a la distribución por edad y sexo de los casos diagnosticados, se observa que la mayor parte de casos se concentran entre 35 y 44 años en ambos sexos. La razón de VIH/Sida en hombres es 7:1, marcadamente inferior a lo reportado en mujeres con 13:1. En ambos sexos, en el grupo de edad de 20-24 se observa la razón más baja, con 3:1 en hombres y 9:1 en mujeres.

Gráfica 6. Diagnósticos de VIH/Sida desagregado por grupo de edad y sexo. El Salvador, 2018



Comparación histórica

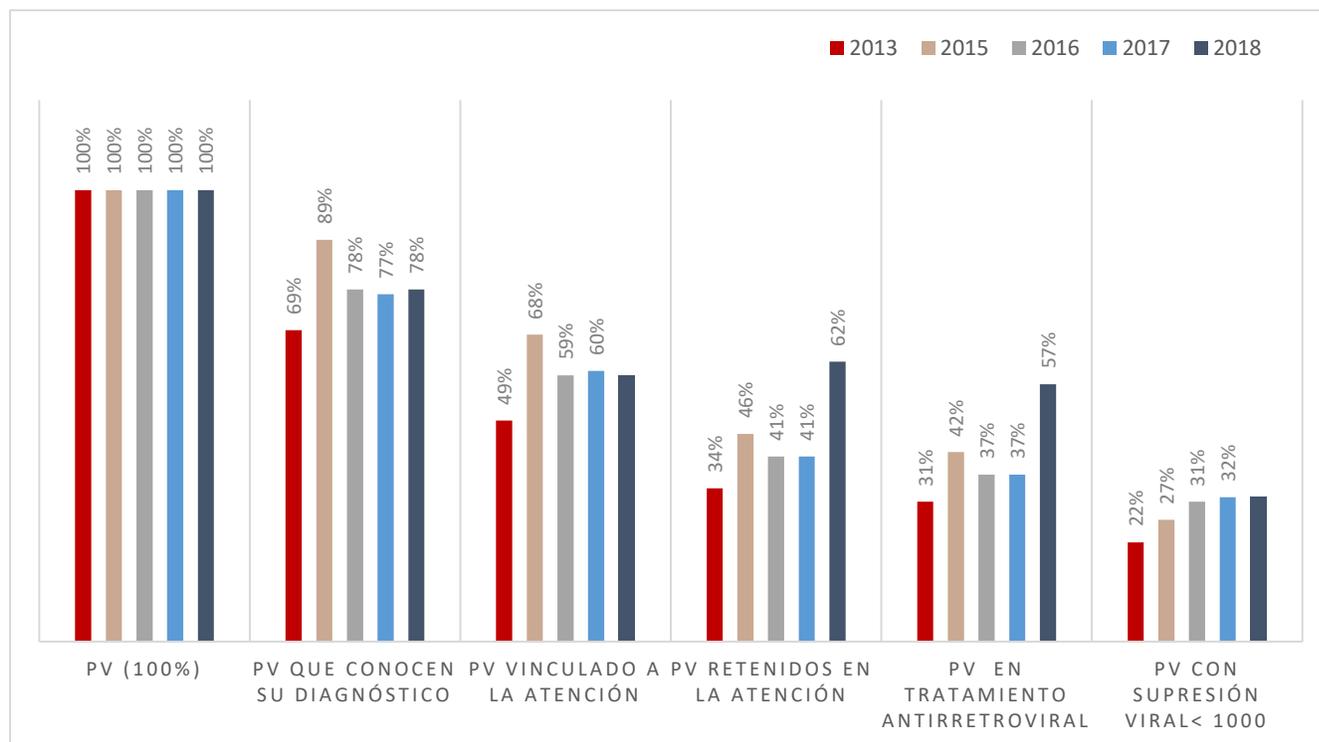
El Salvador realizó su primer ejercicio de cascada del continuo de atención en 2013, repitiendo el mismo en 2015, 2016 y 2017. Durante los 6 años de medición, el país ha reportado un aumento de 9% respecto a la proporción de personas vivas con VIH que conocen su diagnóstico. Similar situación se observa respecto a las personas retenidas en atención y en tratamiento, con aumento de 28% y 26%, respectivamente. Aunque la tendencia es en aumento en cada uno de los pilares, es importante resaltar que la distancia entre cada pilar se ha disminuido durante los 6 años de seguimiento.

Respecto al aumento del diagnóstico de personas que conocen su diagnóstico, se han realizado diversas acciones para cerrar estas brechas. La introducción del protocolo de diagnóstico nacional que oferta pruebas rápidas, acortando tiempos de entrega de resultados, mejora de acceso de la prueba rápida en horarios flexibles y en zonas accesibles a población en general, así como el fortalecimiento del diagnóstico en población clave a través de las clínicas VICITS y clínicas Amigables.

Un aspecto clave para garantizar el éxito de los programas de tratamiento es la retención en los servicios de salud (pilar 4). Dentro de las principales actividades es la mejora de la calidad de los servicios por medio de procesos de mejora continua de calidad, además de la participación de diferentes proyectos de cooperación internacional, que han fortalecido el recurso humano y se hace énfasis en la respuesta temprana a la pérdida de seguimiento e identificación de causas para abordarlas de acuerdo con la necesidad de los usuarios.

Por último, debe de resaltarse que no fue posible analizar de manera comparativa los indicadores de personas vinculadas y personas con supresión viral, al no contar con los datos del ISSS para estos indicadores.

Gráfica 7. Comparación de resultados de la Cascada del Continuo de la Atención en VIH, años 2013, 2015, 2016 y 2018, El Salvador



Fuente: SUMEVE, MINSAL

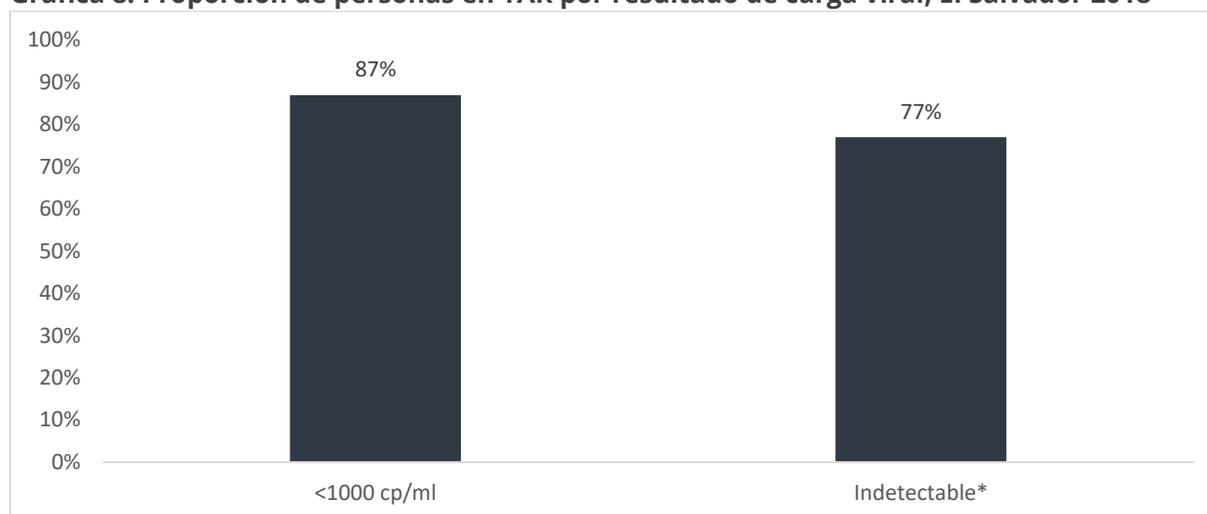
Supresión viral y recuento de linfocitos T CD4+ basal

Dentro de los pacientes que se encuentra en TAR, se busca que su carga viral este supresa, definido como menor de 1000 cp/ml de sangre, como medida de efectividad del tratamiento. Además, la evidencia científica ha demostrado que las personas que tienen carga viral indetectable no pueden transmitir por vía sexual el virus de VIH². Dentro de este marco, se puede observar que el 87% de las personas en TAR en El Salvador para el año 2018 se encontraban con carga viral menor de 1000 copias; mientras que el 77% tenía una carga viral indetectable.

Es importante considerar que se deben de considerar abordajes para el grupo de pacientes con carga viral indetectable, para informarlos sobre la ausencia de transmisión mientras mantengan esos valores, así como protocolos de seguimiento más cercano para aquellos con carga virales entre el límite de detección y 1000 copias/ml.

² Rodger A, et. al. Sexual Activity Without Condoms and Risk of HIV Transmission in Serodifferent Couples When the HIV-Positive Partner Is Using Suppressive Antiretroviral Therapy. JAMA 2016 / Rodger A, et. al. Risk of HIV transmission through condomless sex in MSM couples with suppressive ART: The PARTNER2 Study extended results in gay men. AIDS 2018

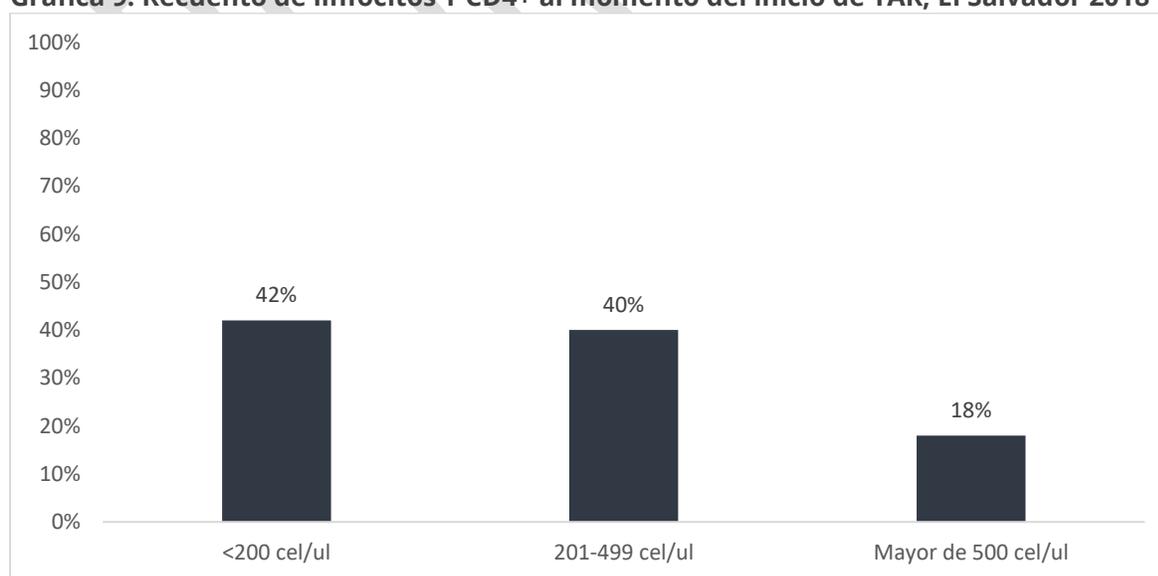
Gráfica 8. Proporción de personas en TAR por resultado de carga viral, El Salvador 2018



* Se agrupan personas con resultado de carga viral Indetectable y menor al límite de detección.
Fuente: SUMEVE, MINSAL

Dentro de las personas que iniciaron tratamiento antirretroviral durante el año 2018, el 72% tenían un resultado de linfocitos T CD4+ registrado en el sistema previo al inicio de TAR (N: 518). El 42% de las personas con resultado de CD4 reportaron recuento menor a 200 cel/ul, lo cual se define como un diagnóstico tardío de VIH. Este resultado representa un reto importante para el país, ya que debe de intensificar las acciones para el tamizaje de población para favorecer el diagnóstico temprano. La proporción de pacientes con recuentos mayores de 500 cel/ul proporciona una estimación del diagnóstico temprano, el cual solamente representó el 18% de los casos en 2018.

Gráfica 9. Recuento de linfocitos T CD4+ al momento del inicio de TAR, El Salvador 2018



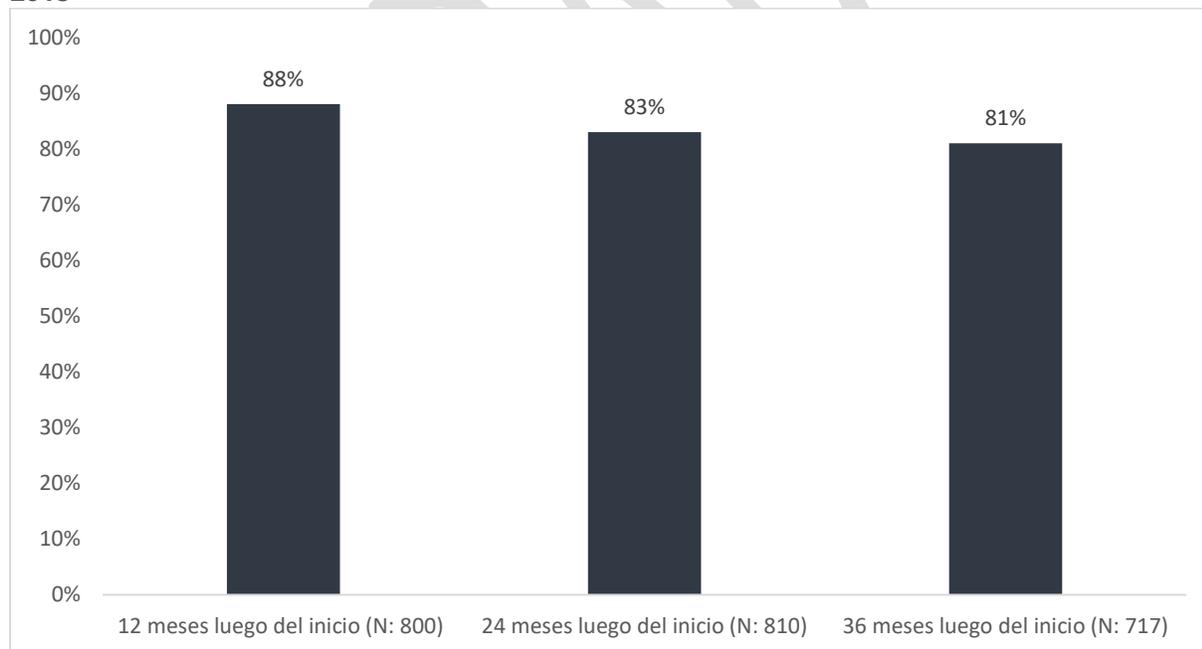
Fuente: SUMEVE, MINSAL

Retención en cuidado a los 12, 24 y 36 meses

Considerando que uno de los objetivos de la terapia antirretroviral es aumentar la sobrevivencia de las personas con VIH, es crucial medir el impacto del tratamiento y las acciones para la retención, en las diferentes cohortes que inician TAR. Para esto, se midió el indicador de retención a los 12, 24 y 36 meses de haber iniciado TAR (Gráfica 10).

Para los pacientes que iniciaron TAR durante 2017, el 88% de estos se encontraba retenidos en cuidado. Al comparar este valor con la recomendación de los indicadores de alerta temprana de la Organización Mundial de la Salud³ donde tiene como meta retención de más del 85% de los pacientes que inician TAR, lo cual es cumplido por El Salvador. La disminución es notoria en las personas con 24 meses de haber iniciado TAR con 83%, disminuyendo ligeramente a 81% en las personas con 36 meses de haber iniciado TAR. El detalle por cada CAI se puede observar en el anexo 4.

Gráfica 10. Retención en el cuidado 12-36 meses luego del inicio de tratamiento, El Salvador 2018



Fuente: SUMEVE, MINSAL

³ WHO. Consolidated Guidelines on Person-Centered HIV Patient Monitoring and Case Surveillance. 2017. Annex 2.4.6

LIMITACIONES

1. El SAFISSS no es un sistema diseñado exclusivamente para el seguimiento de las personas con VIH. Debido a las características del sistema, solamente fue posible obtener información para los pilares 2, 4 y 5.
2. La información respecto a los CD4 de casos nuevo del 2018, no se ha podido recolectar, pues algunos aspectos administrativos requieren nueva solicitud para procesamiento de estos y a cargo de otra persona dentro de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica del MINSAL.
3. El registro de población clave se ha realizado de manera prospectiva, y la actualización de los casos previamente ingresados ha sido lenta, por lo cual se contaban solamente con algunos datos.

CONCLUSIONES

1. Para el año 2018 se estimaron 25,378 personas viviendo con VIH, de las cuales el 78% de ellas conocen su diagnóstico, 62% de ellas se encuentran retenidas en clínicas de atención integral y 58% de estas se encuentran en TAR.
2. Entre 2013 y 2018, se reportó un aumento de 9 puntos porcentuales para la proporción de personas que conocen su diagnóstico. Similar situación se observó en personas retenidas y personas en TAR, con 28 y 26 puntos porcentuales, respectivamente.
3. Respecto al alcance de las metas 90-90-90, para el año 2018 El Salvador reporta 78-74-87.
4. Considerando las brechas respecto al registro de población clave, fue posible elaborar la primera cascada para estas poblaciones, marcándose brechas en retención y vinculación comparando con la totalidad de la cohorte.
5. Se estimó que el 87% de las personas en TAR habían alcanzado supresión viral, mientras que el 77% habían logrado indetectable, en la cohorte perteneciente al MINSAL. No fue posible calcular este indicador a nivel país.
6. La retención luego de 12 meses en TAR fue de 88%, en personas con 24 meses de 83% y personas con 36 meses en 81%.

RECOMENDACIONES

- a. Fortalecer los esfuerzos en diagnóstico, enfocándose en estrategias de alto impacto como el tamizaje en población clave y el diagnóstico a través de caso índice.
- b. Implementar una estrategia de vinculación sostenible en la red integral e integrada de servicios de salud (RIISS) de país para la vinculación de las PV recién diagnosticadas a las CAI, con un enfoque especial en población clave. Asegurando el acompañamiento y mejorando los sistemas de referencia y respuesta.
- c. Actualizar la normativa de tratamiento antirretroviral para incorporar el inicio universal de tratamiento, para cerrar la brecha de personas retenidas sin TAR.
- d. Expandir los modelos diferenciados de atención para favorecer la retención y adherencia al TAR en personas que se encuentran en atención en los CAI.
- e. Fortalecer el sistema de información del Seguro Social con énfasis en la tabulación y el monitoreo de la calidad del dato, con el fin de contar con la información integrada, pertinentes y oportunos.
- f. Monitorear cercanamente el llenado de los diferentes formularios en SUMEVE, especialmente los relacionados con población clave, para mejorar la calidad de esta cascada
- g. Fortalecer sistemas de alerta temprana en caso de personas que pierden contacto, para favorecer su oportuna vinculación.
- h. Difundir y discutir los resultados plasmados en este informe, y elaborar estrategias puntuales para mejorar las brechas encontradas y mejorar a mediano y corto plazo. Promoviendo el análisis de datos locales para crear estrategias propias, alineadas al PENM.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Programa VIH/SIDA. ONUSIDA. Editors. Marco de acción del tratamiento 2.0: impulsando la próxima generación del tratamiento, la atención y el apoyo. Ginebra. Suiza. Organización Mundial de la Salud. 2011.
2. Monitoreo Global del Sida 2019, ONUSIDA 2018 | DIRECTRICES para elaborar Indicadores para el seguimiento de la Declaración Política de las Naciones Unidas para poner fin al sida de 2016.
3. COMISCA: Estrategia de sostenibilidad, de los avances de Centroamérica y República Dominicana hacia el acceso universal a la prevención, la atención, el tratamiento y el apoyo relacionado con el VIH. 2013
4. Estimación para el año 2017 a través de Spectrum y publicadas en la base de ONUSIDA -[www. aidsinfoonline.org](http://www.aidsinfoonline.org), Resultados en Spectrum de los modelos AIM y Goals, 2016.
5. Plan Estratégico Nacional Multisectorial de VIH e ITS 2016-2020, MINSAL, septiembre 2016.
6. OMS-OPS. Marco del monitoreo del continuo de la Atención Integral al VIH. 2014. Anexo al informe de reunión: Consulta Regional en América Latina y el Caribe sobre información epidemiológica de la infección por el VIH.
7. OMS-OPS Informe de Evaluación del Fortalecimiento de Respuesta del Sistema de Salud al VIH, El Salvador, periodo 2005-2010.

ANEXOS

ANEXO 1

Listado de Indicadores para construir la cascada de servicios de atención de VIH

1. Número de personas vivas y con infección por el VIH (PVV): población total y poblaciones clave (HSH, TS y UDI) **(primer pilar de la cascada)**.
2. Número de PVV que han sido diagnosticadas con la infección del VIH y conocen su estado serológico respecto a la infección del VIH y porcentaje respecto del total de PVV: total y desagregado por poblaciones clave (HSH, TS y UDI) **(segundo pilar de la cascada)**.
3. Número de personas con diagnóstico de infección por el VIH incorporados a servicios de atención y tratamiento de la infección por el VIH y porcentaje respecto del total de PVV **(tercer pilar de la cascada)**.
4. Número de PVV que se mantienen en servicios de atención y tratamiento de la infección por el VIH y porcentaje respecto del total de PVV **(cuarto pilar de la cascada)**.
5. Número de adultos y niños que se encuentran en tratamiento antirretroviral y porcentaje respecto del total de PVV **(quinto pilar de la cascada)**.
6. Número y porcentaje del total de PVV con carga viral suprimida **(sexto pilar de la cascada)**.

ANEXO 2

Fichas Técnicas de Indicadores para construcción de la cascada de servicios de atención de VIH

(Fuente: OMS-OPS. Marco del Monitoreo del Continuo de la Atención Integral al VIH, 2014.)

1.1 Número de personas vivas y con infección por el VIH (PVV): población total y poblaciones clave (HSH, TS y UDI) (primer pilar de la cascada).	
Fundamento	La infección por el VIH se ha convertido en un importante problema de salud pública y el seguimiento de la evolución de la epidemia y el impacto de las intervenciones es crucial. Tanto los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y la Sesión de las Naciones Unidas de la Asamblea General sobre el VIH y el SIDA (UNGASS) se han fijado objetivos de reducción de la prevalencia del VIH.
Lo que mide	Este indicador mide el valor estimado de personas con infección por el VIH que están vivas en un momento determinado. Refleja la magnitud estimada de la epidemia y los progresos logrados en la reducción de la prevalencia del VIH entre la población general y poblaciones clave: HSH, TS y UDI, entre otras.
Numerador	El número estimado de personas con infección por el VIH que están vivos en un momento determinado, por ejemplo "en el 2012".
Denominador	No aplica.
Método y herramientas de medición	Modelo de proyección Spectrum ¹ ; en este caso, use los datos del programa localizados en: . Para población total: Resultados> población total> población de VIH . Para población de 15 a 49 años: Resultados> Adultos (15 -49)> Población VIH (15-49) . Para población de 15 a 49 años por subgrupos (UDI, TS y HSH): Resultados> Adultos (15 -49)> Población de VIH por grupo de riesgo (15-49).
Desglose	Sexo Grupo de edad: <15, ≥15 Subgrupos poblacionales (UDI, HSH, TS) Nivel de CD4
Puntos fuertes y débiles	La mayoría de los países no realizan estudios de prevalencia del VIH en la población general por su costo elevado y complejidad de implementación. Con procedimientos de modelaje es posible obtener datos de número de personas infectadas por sexo, edad y subgrupos poblacionales. La calidad de estos cómputos está directamente relacionada a la calidad de los datos programáticos y la calidad y representatividad de los datos de vigilancia utilizados en el proceso de modelaje. .
Utilización de los datos	Estimar la magnitud de la epidemia a nivel nacional para poder medir los progresos en el diagnóstico de las personas con VIH en la población general y en poblaciones clave. El número estimado de PVV corresponde a la primera barra de la cascada del continuo de la atención y es utilizado como denominador para la construcción de los indicadores de la cascada.

1.2 Número de PVV que han sido diagnosticadas con la infección del VIH y conocen su estado serológico respecto a la infección del VIH y porcentaje respecto del total de PVV: total y desagregado por poblaciones clave (HSH, TS y UDI) (segundo pilar de la cascada).	
Fundamento	El conocimiento del estado serológico es un factor crítico en la decisión de buscar atención y tratamiento.
Lo que mide	Mide el progreso en la aplicación de la prueba del VIH, la consejería para la prueba de VIH y la notificación de casos de infección por el VIH en la población general y la clave.
Numerador	<p>Población total: Número de personas que han sido diagnosticadas con la infección por el VIH y notificadas y que siguen vivos en el periodo de referencia (por ejemplo a Diciembre 2012).</p> <p>Desagregación por subgrupos, por ejemplo, HSH: Número de HSH que han sido diagnosticados y notificados con la infección del VIH y que siguen vivos.</p> <p>TS: Número de TS que han sido diagnosticados y notificados con la infección por el VIH y que siguen vivos.</p> <p>UDI: Número de UDI que han sido diagnosticados y notificados con la infección por el VIH y que siguen vivos.</p>
Denominador	<p>Población total: Número total estimado de personas viviendo con VIH</p> <p>HSH: Número estimado de HSH viviendo con VIH</p> <p>TS: Número estimado de TS viviendo con VIH</p> <p>UDI: Número estimado de UDI viviendo con VIH.</p>
Método y herramientas de medición	<p>Numerador: a partir del sistema de vigilancia de notificación de casos de infección por el VIH: Son los casos diagnosticados y reportados en el sistema de información de vigilancia de casos de infección por el VIH y que siguen vivos al momento de la evaluación.</p> <p>Los casos notificados cuyo estado vital ha sido actualizado como "fallecido" se excluyen del numerador.</p> <p>La vinculación con la base de datos nacional de mortalidad puede permitir actualizar el estado vital de los casos y mejorar el subregistro. La vinculación con otros sistemas de información (ej. Laboratorio, TAR) también puede mejorar el subregistro de casos.</p> <p>Denominador: Estimación de las personas viviendo con VIH a través de modelos como el de proyección Spectrum2. En este caso, se usarán los datos obtenidos en : Resultados> población total> población de VIH (para población total). Para la población de 15 a 49 años: Resultados> Adultos (15 -49)> Población VIH (15-49) Para la población de 15 a 49 años por subgrupos (UDI, TS y HSH): Resultados> Adultos (15 -49)> Población de VIH por grupo de riesgo (15-49).</p>
Desglose	<p>Sexo</p> <p>Grupo de edad: <15, ≥15</p> <p>Subgrupos poblacionales (UDI, HSH, TS)</p> <p>Embarazadas</p>
Puntos fuertes y débiles	<p>Para el denominador, la calidad de estas estimaciones está directamente relacionada a la calidad de los datos programáticos y de los datos de vigilancia utilizados en el proceso de modelaje.</p> <p>No siempre es posible el desglose por población clave debido a falta de calidad de los datos en el sistema de información de vigilancia, o en los sistemas vinculados.</p> <p>Muchos países no saben cuántos casos de infección por el VIH notificados siguen vivos, especialmente por subgrupos de población ya que la notificación del comportamiento de riesgo es de calidad muy irregular. Una manera de tener esta información por subpoblaciones claves es a través de encuestas serológicas (ver indicador 1.3).</p>

Utilización de los datos	Acompañar los progresos relacionados con la expansión de las actividades de testeo en la población general y en poblaciones clave. Estimar la brecha de diagnóstico de personas con VIH en el país. El numerador (personas diagnosticadas con VIH y que siguen vivas) corresponde a la segunda barra de la cascada del continuo de la atención.
--------------------------	--

2.1 Número de personas con diagnóstico de infección por el VIH incorporados a servicios de atención y tratamiento de la infección por el VIH y porcentaje respecto del total de PVV (tercer pilar de la cascada).

Fundamento	Con la expansión del diagnóstico y la ampliación de la red de atención al VIH, cada vez un mayor número de personas con VIH acceden a los servicios de atención y tratamiento. Es importante monitorear el progreso en la vinculación de los pacientes diagnosticados a la atención.
Lo que mide	Este indicador mide, de forma transversal, la proporción de personas que reciben servicios de atención al VIH (medida como que hayan tenido al menos un recuento de linfocitos CD4, y/o una carga viral y/o un retiro de medicamentos TAR y/o una consulta en servicios de atención al VIH) en el periodo de análisis.
Numerador	Número total de personas seropositivas que tuvieron un recuento de linfocitos CD4 o una CV o un retiro de TAR o una consulta de atención a la infección por el VIH en el año determinado.
Denominador	Número estimado de personas viviendo con VIH al año de análisis.
Método y herramientas de medición	Numerador: registros de los establecimientos sobre pacientes en atención. Se contabiliza el número de pacientes con recuento de CD4 y/o CV y/o retiro de TAR y/o una consulta dentro del período de notificación Denominador: número de casos viviendo con VIH dentro de un periodo (cómputos de Spectrum).
Desglose	Sexo Grupo de edad: 0-4, 5-14, ≥15
Puntos fuertes y débiles	Este indicador permite vigilar la tendencia en la vinculación de personas con diagnóstico de infección por el VIH a los servicios de atención a salud, pero no mide los detalles ni la calidad de la atención de la atención prestada. Tampoco capta la retención en los servicios de atención durante el período.

2.3 Número de PVV que se mantienen en servicios de atención y tratamiento de la infección por el VIH y porcentaje respecto del total de PVV (cuarto pilar de la cascada).

Fundamento	Lograr que las personas con VIH se mantengan en el proceso de atención es fundamental para obtener resultados óptimos en materia de salud. En el caso de las personas que no muestran signos que indiquen la necesidad inmediata de recibir TAR, las consultas médicas ofrecen la oportunidad de detectar, prevenir y tratar otras afecciones y condiciones comórbidas y la monitorización clínica y de laboratorio, con el fin de iniciar el TAR tan pronto como se presenten indicios de que es el momento oportuno para hacerlo.
Lo que mide	Número y porcentaje de personas con infección por el VIH en servicios de atención que: a) Han tenido dos o más consultas de atención en los últimos 12 meses y/o b) Se les ha realizado dos o más veces la medición de los linfocitos CD4 en los últimos 12 meses y/o c) Se les ha realizado dos o más veces la medición de la carga viral en los últimos 12 meses y/o

	d) Han recogido al menos tres veces ARV en los últimos 12 meses (o basado en políticas del país).
Numerador	Número de personas con infección por el VIH en servicios de atención que: a) Han tenido dos o más consultas de atención en los últimos 12 meses y/o b) Se les ha realizado dos o más veces la medición de los linfocitos CD4 en los últimos 12 meses y/o c) Se les ha realizado dos o más veces la medición de la carga viral en los últimos 12 meses y/o d) Han recogido al menos tres veces ARV en los últimos 12 meses.
Denominador	Número estimado de PVV.
Método y herramientas de medición	El numerador se obtiene de los registros de pacientes en Atención o del Sistema de información de laboratorio y de farmacia. Denominador: Estimado de Spectrum/EPP.
Desglose	Sexo Grupo de edad (<15, ≥15 años)
Puntos fuertes y débiles	Este indicador permite vigilar la tendencia en la vinculación y retención de las personas con diagnóstico de infección por el VIH en los servicios de atención a salud. En casos de limitaciones en la provisión de pruebas de CD4 o CV o situaciones de desabastecimiento el indicador puede subestimar el número de personas que se mantienen en atención.

3.1 Número de adultos y niños que se encuentran en tratamiento antirretroviral y porcentaje respecto del total de PVV (quinto pilar de la cascada).

Fundamento	A medida que avanza la epidemia del VIH, un mayor número de personas alcanza fases avanzadas de la infección por el VIH. La terapia antirretroviral es una intervención clave que ha demostrado ser efectiva en reducir la mortalidad y morbilidad entre las personas con VIH. La terapia antirretroviral debe ofrecerse conjuntamente con otros servicios de atención y apoyo más amplios.
Lo que mide	El progreso en la provisión de tratamiento antirretroviral a todas las personas con VIH que lo necesitan.
Numerador	Número de adultos y niños que actualmente recibe tratamiento antirretroviral al final del periodo de notificación.
Denominador	Número estimado de niños y adultos viviendo con el VIH en el mismo periodo de notificación.
Método y herramientas de medición	-Para el numerador: registros de tratamiento antirretroviral de centros sanitarios, o sistemas de gestión de suministro de los fármacos. -Para el denominador: modelos de estimación del VIH, como Spectrum.
Desglose	Sexo Grupo de edad: 0-5, >5-14, ≥15
Puntos fuertes y débiles	El indicador permite medir la brecha en el continuo de la atención del VIH aunque no tiene en consideración que según los criterios nacionales no todas las personas VIH+ reúnen los criterios de tratamiento ARV. El indicador no pretende distinguir entre las diferentes formas de terapia antirretroviral, ni medir el costo, calidad o eficacia del tratamiento administrado. Este indicador referido al tratamiento ARV es el más comparable año a año ya que es independiente de las variaciones en criterios de inicio de tratamiento.

5.1 Número y porcentaje del total de PVV con carga viral suprimida (sexto pilar de la cascada).

Fundamento	A medida que la provisión de la terapia antirretroviral se amplía en países de todo el mundo, el monitoreo de la carga viral ofrece la información del éxito de un
------------	--

	<p>programa de TAR, y orienta sobre la proporción de virus circulante en el país y el riesgo de transmisión.</p> <p>Este indicador además de servir como una medida de la situación de la epidemia en términos de la carga viral del riesgo de transmisión del VIH; también orienta sobre la adherencia al tratamiento y la prescripción de esquemas terapéuticos eficaces.</p>
Lo que mide	Este indicador mide la proporción estimada de PVV que alcanzó supresión virológica (carga viral menor de 1000 copias/ml).
Numerador	Número de pacientes con carga viral debajo de 1000 copias en la última determinación durante el año de estudio.
Denominador	Número de personas estimadas con VIH y vivas durante el año de estudio.
Método y herramientas de medición	Numerador: registros de los establecimientos sobre pacientes en atención. Se contabiliza el número de pacientes con recuento de CV menor que 1000 copias, indicando supresión virológica. Denominador: modelos de estimación de PVV, como Spectrum.
Desglose	Sexo Grupo de edad <15 años, ≥ 15 años
Puntos fuertes y débiles	Si el porcentaje de pacientes en atención a los que se les realiza medición de la CV es bajo (<70%) este indicador presentará limitaciones para su uso e interpretación.
Otras consideraciones	Este es un indicador básico de la cascada del continuo de atención. Hay varias pruebas de carga viral de VIH-1 disponibles en el mercado. La gama de niveles detectables de virus difiere con cada tipo de prueba. Una carga viral indetectable indica la incapacidad de la prueba para detectar el VIH en el plasma, pero no indica ausencia o el aclaramiento del virus del cuerpo.

5.2 Porcentaje de PVV en tratamiento antirretroviral con carga viral suprimida (sexto pilar de la cascada).	
Fundamento	<p>Uno de los objetivos del programa de tratamiento antirretroviral es aumentar la supervivencia de los individuos infectados y disminuir la probabilidad de transmisión del VIH.</p> <p>La prueba de la carga viral ayuda a identificar a las personas que pueden tener problemas para tomar su medicación regularmente, lo que permite proporcionar mayor asesoramiento para mejorar la adherencia al tratamiento. En segundo lugar, detecta el desarrollo de resistencias a los medicamentos, permitiendo cambiar a tiempo el régimen de tratamiento de los pacientes que lo requieran. Esto evita cambiar a los pacientes a una medicación más cara de forma innecesaria, que reduciría opciones futuras de tratamiento.</p>
Lo que mide	Este indicador mide la efectividad de la terapia antirretroviral como proporción de pacientes en tratamiento durante al menos 6 meses que alcanzó supresión virológica (carga viral menor de 1000 copias/ml).
Numerador	Número de PPV en TAR al menos 6 meses, con el último recuento de CV < 1000 copias durante el año de estudio.
Denominador	Número de PPV en TAR al menos durante 6 meses, con una CV realizada en el año de estudio.
Método y herramientas de medición	Numerador y denominador: Registros de establecimientos sobre pacientes en TAR o base de datos de laboratorio. Se contabiliza el número de pacientes con el último recuento de CV suprimida.
Desglose	Sexo Grupo de edad <15 años, ≥15 años

Puntos fuertes y débiles	Si el porcentaje de pacientes a los que se les realiza medición de la CV es bajo (<70%) este indicador presentará limitaciones para su uso e interpretación.
--------------------------	--

TABLA DE DEFINICIONES	
Personas vivas y con VIH (PVV) (100%)	Son todas las personas de una población de una determinada localidad (país, ciudad, etc.) que se encuentran infectadas por el VIH en un momento determinado. Al ser un dato poblacional su cálculo suele derivarse de modelos matemáticos por ejemplo EPP/Spectrum.
PVV que conocen su diagnóstico	Son las personas de una población que han sido diagnosticadas con infección por el VIH y que siguen vivas en un momento dado. El hecho de que una persona conozca su diagnóstico es el primer paso básico para acceder a los servicios de atención y tratamiento del VIH.
Personas vinculadas a los servicios de atención a la infección por el VIH	Son aquellas personas VIH+, diagnosticadas, que han sido incorporadas en los servicios de atención a la infección por el VIH y están vivas en un momento determinado. La incorporación a los servicios de atención puede medirse con indicadores marcadores (en inglés: proxy's). Por ejemplo, la apertura de la historia clínica en un servicio de atención al VIH, la realización de pruebas que se realizan una vez el paciente está en servicios de atención (CD4 o carga viral), o la prescripción o recogida de antirretrovirales.
Personas retenidas en los servicios de atención a la infección por el VIH	La retención de los pacientes en los servicios de atención al VIH se define como la participación continua en la atención médica a la infección por el VIH. Asimismo, el tratamiento de la infección por el VIH sólo puede ser eficaz si los pacientes reciben servicios de atención de forma continuada. Las personas retenidas en atención son los individuos incorporados a los servicios de atención al VIH, que continúan recibiendo de forma continuada dichos servicios. Esto se mide en forma de indicadores marcadores (proxy), y el tiempo considerado puede ser normalmente un periodo de un año. Por ejemplo, la recogida de medicamentos ARV al menos tres veces en el año, la realización de dos pruebas de CD4 o carga viral en el año.
Personas en tratamiento antirretroviral	De las personas VIH+ incorporadas a la atención, son aquellas que reúnen criterios de tratamiento ARV y que lo reciben. Se suele medir como las personas en tratamiento al final de un año calendario. Operacionalmente es frecuente que se considere que un paciente está en tratamiento si ha recogido sus ARV al menos una vez en los 3 meses anteriores a la fecha del año calendario considerado.
Personas con carga viral suprimida	Son las personas incorporadas a servicios de atención al VIH, que tienen al menos una medición de carga viral con resultado menor a 1,000 copias/ ml y 50 copias / ml en el periodo determinado (usualmente un año calendario).

ANEXO 3

CASCADA DEL CONTINUO DE LA ATENCIÓN DE VIH EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON CLINICA DE ATENCION INTEGRAL, EL SALVADOR, 2018

Establecimiento	diagnosticado	PV vinculados	Retenidos	PV en TARV	% PV en TARV	PV con CV<1000 copias/ml	% de adherencia basado en supresión viral
HOSPITAL NACIONAL FRANCISCO MELÉNDEZ AHUACHAPAN	550	421	259	251	97%	219	87%
HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SANTA ANA	1353	1301	1130	1006	89%	860	85%
HOSPITAL NACIONAL JORGE MAZZINI VILLACORTA SONSONATE	1404	1258	954	843	88%	766	91%
HOSPITAL NACIONAL SAN RAFAEL NUEVA SAN SALVADOR	2267	2003	1421	1309	92%	1,110	85%
HOSPITAL NACIONAL ROSALES, SAN SALVADOR *	2175	1963	1275	1216	95%	1069	88%
HOSPITAL NACIONAL DR JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ, ZACAMIL *	1,884	1,845	1,425	1,255	88%	1,081	86%
HOSPITAL NACIONAL ENFERMERA ÁNGELICA VIDAL NAJARRO, SAN BARTOLO	1,065	802	447	411	92%	370	90%
HOSPITAL NACIONAL DR JOSÉ MOLINA MARTÍNEZ, SOYAPANGO	910	649	347	315	91%	255	81%
HOSPITAL NACIONAL DR JOSÉ ANTONIO SALDAÑA	1,290	1,095	686	589	86%	545	93%
HOSPITAL NACIONAL DE COJUTEPEQUE	370	315	228	200	88%	184	92%
HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA ZACATECOLUCA	548	411	250	219	88%	183	84%
HOSPITAL NACIONAL SAN JUA DE DIOS SAN MIGUEL	1,167	1,056	807	750	93%	642	86%
HOSPITAL NACIONAL DE NIÑO BENJAMIN BLOOM *	376	347	256	245	96%	220	90%

Establecimiento	diagnosticado	PV vinculados	Retenidos	PV en TARV	% PV en TARV	PV con CV<1000 copias/ml	% de adherencia basado en supresión viral
ISSS	2,314	ND	5,431	5,207	96%	ND	-
OTRAS CLÍNICAS DE ATENCIÓN INTEGRAL	1747	1512	938	849	91%	710	84%
OTROS	458	12	0	0	0%	0	0%
TOTAL	19,878	14,990	15,854	14,665	93%	8,214	87%*

*Estimado utilizando como numerador y denominador únicamente los datos de MINSAL

Fuente: SUMEVE, MINSAL

ANEXO 4. Población clave diagnosticada por clínica de atención integral

CLINICA TARV	PVV Diagnosticados		
	HSB	TS	TRANS
HOSPITAL NACIONAL FRANCISCO MELÉNDEZ AHUACHAPAN	10	0	0
HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SANTA ANA	44	5	7
HOSPITAL NACIONAL JORGE MAZZINI VILLACORTA SONSONATE	18	4	2
HOSPITAL NACIONAL SAN RAFAEL NUEVA SAN SALVADOR	141	8	5
HOSPITAL NACIONAL DR LUIS EDMUNDO VÁSQUEZ DE CHALATENANGO	4	0	0
HOSPITAL NACIONAL ROSALES, SAN SALVADOR	26	2	2
HOSPITAL NACIONAL DR JUAN JOSÉ FERNANDEZ, ZACAMIL	96	5	1
HOSPITAL NACIONAL ENFERMERA ÁNGELICA VIDAL NAJARRO, SAN BARTOLO	10	1	1
HOSPITAL NACIONAL DR JOSÉ MOLINA MARTÍNEZ, SOYAPANGO	5	1	0
HOSPITAL NACIONAL DR JOSÉ ANTONIO SALDAÑA	32	4	1
HOSPITAL NACIONAL DE COJUTEPEQUE	32	0	0
HOSPITAL NACIONAL DE SENSUNTEPEQUE	16	2	0
HOSPITAL NACIONAL SANTA TERESA ZACATECOLUCA	6	0	0
HOSPITAL NACIONAL SANTA GERTRUDIS SAN VICENTE	2	0	0
HOSPITAL NACIONAL SAN PEDRO DE USULUTAN	23	1	0
HOSPITAL NACIONAL SAN JUA DE DIOS SAN MIGUEL	36	4	3
HOSPITAL NACIONAL SAN FRANCISCO GOTERA MORAZÁN	0	0	0
HOSPITAL NACIONAL DE LA UNIÓN	5	0	2
HOSPITAL DE MATERNIDAD	0	1	0
OTROS (Sin ninguna atención en CAI)	272	35	28
Total	778	73	52
Total	903		

Fuente: Base de datos Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y vigilancia Epidemiológica en VIH (SUMEVE) MINSAL 2018.

ANEXO 5. Indicador de sobrevivida a los 12, 24 y 36 meses

Pacientes retenidos 12 meses que están vinculadas a CAI. Cohorte año 2017

Clínica de Atención	En TAR		Total En TAR	Sin TAR		Total Sin TAR	Total General	Indicador de sobrevivida
	Femenino	Femenino		Femenino	Masculino			
HOSPITAL FRANCISCO MENENDEZ, AHUACHAPAN	6	10	16	0	4	4	20	80.00%
HOSP. DR. JORGE MAZZINI VILLACORTA, SONSONA	18	32	50	3	5	8	58	86.21%
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, SANTA ANA	27	54	81	3	2	5	86	94.19%
HOSPITAL SAN RAFAEL, NUEVA SAN SALVADOR	26	98	124	4	7	11	135	91.85%
HOSPITAL DR JOSE MOLINA MARTINEZ	12	11	23	0	1	1	24	95.83%
HOSPITAL DR. JOSE A. SALDAÑA (NEUMOLOGICO)	9	23	32	1	6	7	39	82.05%
HOSPITAL ENF ANGELICA VIDAL NAJARRO	9	14	23	4	2	6	29	79.31%
HOSPITAL NACIONAL BENJAMIN BLOOM	5	5	10	0	0	0	10	100.00%
HOSPITAL NACIONAL DR JUAN JOSE FERNANDEZ	26	68	94	3	5	8	102	92.16%
HOSPITAL NACIONAL ROSALES	25	51	76	5	7	12	88	86.36%
HOSPITAL SANTA TERESA, ZACATECOLUCA	8	7	15	4	1	5	20	75.00%
HOSPITAL NACIONAL COJUTEPEQUE	3	10	13	2	2	4	17	76.47%
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, SAN MIGUEL	31	50	81	5	4	9	90	90.00%
OTRAS CLINICAS DE ATENCIÓN INTEGRAL	22	46	68	7	7	14	82	82.93%
Total General	227	479	706	41	53	94	800	88.25%

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

Pacientes retenidos 24 meses que están vinculadas a CAI. Cohorte año 2016

Clínica de Atención	En TAR		Total En TAR	Sin TAR		Total Sin TAR	Total General	Indicador de sobrevivencia
	Femenino	Femenino		Femenino	Masculino			
HOSPITAL FRANCISCO MENENDEZ, AHUACHAPAN	3	8	11	0	2	2	13	84.62%
HOSP. DR. JORGE MAZZINI VILLACORTA, SONSONATE	32	36	68	5	6	11	79	86.08%
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, SANTA ANA	14	53	67	4	8	12	79	84.81%
HOSPITAL SAN RAFAEL, NUEVA SAN SALVADOR	34	72	106	7	15	22	128	82.81%
HOSPITAL DR JOSE MOLINA MARTINEZ	6	16	22	0	3	3	25	88.00%
HOSPITAL DR. JOSE A. SALDAÑA (NEUMOLOGICO)	16	30	46	5	15	20	66	69.70%
HOSPITAL ENF ANGELICA VIDAL NAJARRO	17	7	24	2	4	6	30	80.00%
HOSPITAL NACIONAL BENJAMIN BLOOM	6	4	10	0	0	0	10	100.00%
HOSPITAL NACIONAL DR JUAN JOSE FERNANDEZ	16	72	88	2	10	12	100	88.00%
HOSPITAL NACIONAL ROSALES	26	49	75	5	16	21	96	78.13%
HOSPITAL SANTA TERESA, ZACATECOLUCA	10	12	22	2	5	7	29	75.86%
HOSPITAL NACIONAL COJUTEPEQUE	2	17	19	1	2	3	22	86.36%
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, SAN MIGUEL	25	42	67	3	2	5	72	93.06%
OTRAS CLINICAS DE ATENCIÓN INTEGRAL	17	32	49	7	5	12	61	80.33%
Total General	224	450	674	43	93	136	810	83.21%

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

Pacientes retenidos 36 meses que están vinculadas a CAI. Cohorte año 2015

Clínica de Atención	En TAR		Total En TAR	Sin TAR		Total Sin TAR	Total General	Indicador de supervivencia
	Femenino	Femenino		Femenino	Masculino			
HOSPITAL FRANCISCO MENENDEZ, AHUACHAPAN	5	14	19	0	1	1	20	95.00%
HOSP. DR. JORGE MAZZINI VILLACORTA, SONSONATE	18	34	52	2	7	9	61	85.25%
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, SANTA ANA	15	39	54	1	11	12	66	81.82%
HOSPITAL SAN RAFAEL, NUEVA SAN SALVADOR	42	70	112	14	18	32	144	77.78%
HOSPITAL DR JOSE MOLINA MARTINEZ	9	13	22	2	2	4	26	84.62%
HOSPITAL DR. JOSE A. SALDAÑA (NEUMOLOGICO)	11	23	34	3	8	11	45	75.56%
HOSPITAL ENF ANGELICA VIDAL NAJARRO	10	9	19	5	4	9	28	67.86%
HOSPITAL NACIONAL BENJAMIN BLOOM	2	2	4	0	0	0	4	100.00%
HOSPITAL NACIONAL DR JUAN JOSE FERNANDEZ	28	57	85	6	12	18	103	82.52%
HOSPITAL NACIONAL ROSALES	18	28	46	6	6	12	58	79.31%
HOSPITAL SANTA TERESA, ZACATECOLUCA	7	12	19	2	3	5	24	79.17%
HOSPITAL NACIONAL COJUTEPEQUE	5	13	18	0	2	2	20	90.00%
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, SAN MIGUEL	30	24	54	3	7	10	64	84.38%
OTRAS CLINICAS DE ATENCIÓN INTEGRAL	15	28	43	7	4	11	54	79.63%
Total General	215	366	581	51	85	136	717	81.03%

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

ANEXO 5. Memorandum para solicitud de datos ISSS



SUB-DIRECCION DE SALUD

DATOS DE RECEPCION DE CORRESPONDENCIA

Nº DE ENTRADA: 01669 8/8/2019 / 03:14 pm
 DE: MINISTERIO DE SALUD OFICIO Nº O-2019-6010-105
 PARA: SUBDIRECCION DE SALUD
 CONCEPTO: REMITEN COPIA DE NOTA QUE ENVIARON AL SR. D.G. / REF. AL PLAN DE EMERGENCIA DEL PRESIDENTE DE LOS EEUU PARA EL ALIVIO DEL SIDA ESTAN ELABORANDO UN INFORME / SOLICITA AUTORIZACION PARA QUE LA CONSULTORA HELEN LARISSA CENTENO PUEDA REALIZAR LA RECOPIACION DE INFORMACION.
 FECHA DE DOCUMENTO: 08/08/2019
 OBSERVACIONES:

VIA DE INGRESO: MENSAJERO
 PRIORIDAD: NORMAL
 TIPO DE DOCUMENTO: COPIA DE NOTA
 TERMINOS CLAVE: SOLICITUD

ENTRADA REALCIONADA: CONTROL DE MARGINADO DE LA CORRESPONDENCIA

MARGINA _____

FECHA DE INGRESO _____

REMITIR A Dr. José Abán Martínez

MARGINADO

ANALIZAR Y RECOMENDAR	_____	FAVOR CORREGIR	_____	TRANSCRIBIR	_____
CONTESTAR	_____	AMPLIAR INFORMACION	_____	ACUSAR RECIBO	_____
PARA SU CONOCIMIENTO	_____	DEJAR PENDIENTE	_____	ATENDER LO SOLICITADO	_____
TRAMITAR	_____	A RESOLUCION	_____	ATENDER LO MARGINADO	_____
EMITIR OPINION	_____	AUTORIZAR	_____	ARCHIVAR	_____
INVESTIGAR E INFORMAR	_____	TRAER ANTECEDENTES	_____	OTRO	_____

Facilitar la informacion q' se requiera.

CREO REGISTRO: **DINORA**



MINISTERIO
DE SALUD

O-2019-0010-105

San Salvador, 29 de julio de 2019.

Dr. Herbert Rolando Rivera Aleman
Director General
Instituto Salvadoreño del Seguro Social
Presente.



Estimado Dr. Rivera Alemán:

Le saludo atentamente deseándole muchos éxitos en su gestión. Por este medio le informo que en el marco de la asistencia técnica que nos brinda el Plan de emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el alivio del sida (PEPFAR por sus siglas en inglés), a través del proyecto Cuidado y Tratamiento que implementa Intrahealth/USAID estamos elaborando el informe de la cascada del continuo de la atención a las personas con VIH, año 2018. En informes anteriores sólo hemos registrado los datos del Instituto Salvadoreño del Seguro Social correspondientes a la toma de pruebas de VIH (segundo pilar de la cascada) ya que son registrados en el Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH (SUMEVE). Sin embargo no reportan datos precisos de personas vinculadas a los servicios del ISSS, ni el número de personas en terapia antirretroviral ni cuántos se encuentran con carga viral indetectable, que son los otros pilares del informe y debido a la carencia de estos datos no podemos dar un informe de país a la OMS y ONUSIDA.

A través del Programa Nacional de ITS-VIH hemos venido coordinando con la Dirección de Vigilancia Sanitaria (DVS) del ISSS para armonizar el trabajo en VIH y sistematizar la información, tenemos la oportunidad que con el proyecto Cuidado y Tratamiento, la consultora Dra. Helen Larissa Centeno pueda realizar dicha recopilación de información en los centros que brindan terapia antirretroviral del ISSS, por lo anterior **solicito su autorización para que la consultora pueda obtener la información** requerida y así podamos elaborar un informe de país, coordinando dicha actividad con la DVS del ISSS. Cualquier información adicional solicitarla a la Dra. Ana Isabel Nieto, Coordinadora del Programa de ITS-VIH del Ministerio de Salud (anieto@salud.gob.sv).

Aprovecho la ocasión para reiterarle mis muestras de consideración y estima.



Dra. Ana Orellana Bendek
Ministra de Salud

cc. Dr. Andrés Zimmermann, Sub Director de Salud

Dr. José Adán Martínez Alvarenga, Jefe del Departamento de Vigilancia Sanitaria