MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO DE
EL SALVADOR
UNÁMONOS PARA CRECER

MEDICIÓN DEL GASTO EN SIDA EL SALVADOR 2012

USAID DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA | PASCA Programa para Fortalecer la respuesta centroamericana al VIH | PEPFAR

ONUSIDA PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA

MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO DE
EL SALVADOR
UNIDOS CRECEMOS TODOS

MEDICIÓN DEL GASTO EN SIDA EL SALVADOR 2012

Programa Nacional de ITS/VIH-Sida

USAID DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA | PASCA Programa para Fortalecer la respuesta centroamericana al VIH | PEPFAR

ONUSIDA
PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA

EQUIPO DE TRABAJO

Dra. Ana Isabel Nieto	Coordinadora del Programa Nacional de ITS/VIH/Sida. Coordinadora General del estudio
Dr. Salvador Sorto	Programa Nacional de ITS/VIH/Sida, Ministerio de Salud
Dra. Verónica Ávalos	Programa Nacional de ITS/VIH/Sida, Ministerio de Salud
Dra. Morena Jovel	Programa Nacional de ITS/VIH/Sida, Ministerio de Salud
Licda. Alexia Alvarado	USAID/PASCA
Dra. Mirna García	USAID/PASCA
Dr. Herberth Betancourt	ONUSIDA, El Salvador
Técnico Marco Molina	Dirección de Tecnologías de Información y Comunicación, Ministerio de Salud
Sr. Joaquín Cáceres	Consultor para ONGS
Srita. Marcela A. Cerrato	Digitadora
Sra. Norma Lisseth Martínez	Digitadora

ÍNDICE

Presentación **7**

I- Introducción **8**

II- Justificación **8**

III- Objetivos **9**

IV- Metodología **9**

V- Situación de la Respuesta Nacional al VIH **10**

VI- Resultados

- Gasto por Categorías 10
- Evolución del Gasto 2008-2012 20
- Componente de Financiamiento 21
- Componente de Prevención 22
- Componentes de Atención 25
- Componente de Huérfanos y Niños Vulnerables 32
- Componente de Gestión y Administracion de Programas 39
- Componente de Recursos Humanos 40
- Componente de Protección Social y Servicios Sociales 41
- Entorno Favorable 41
- Investigación 42
- Gasto por Beneficiarios 43

VII- Conclusiones 44

VIII- Recomendaciones **46**

IX- Referencias Bibliográficas

X- ANEXOS

ACRÓNIMOS

ARV	Antirretroviral
BCR	Banco Central de Reserva
ISBM	Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial
FMSTM	Fondo Mundial para la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria
PIB	Producto Interno Bruto
GOES	Gobierno de El Salvador
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
IO	Infecciones Oportunistas
HNV	Huérfanos y Niños Vulnerables
ISSS	Instituto Salvadoreño del Seguro Social
ISNA	Instituto Salvadoreño para el Desarrollo Integral de la Niñez y la Adolescencia
MCP-ES	Mecanismo Coordinador de País para los Proyectos del Fondo Mundial
MEGAS	Medición de Gasto en Sida
MINSAL	Ministerio de Salud
ONG	Organización no gubernamental
PEMAR	Población expuesta a mayor riesgo
PENM	Plan Estratégico Nacional Multisectorial de la Respuesta al VIH e ITS 2011-2015
PNS	Programa Nacional de Sida
PPE	Profilaxis Post Exposición
SUMEVE	Sistema Único de Monitoreo y Evaluación
TAR	Terapia antiretroviral
TS	Trabajador (a) Sexual
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
IC	Intervalo de confianza
CONASIDA	Comisión Nacional contra el Sida
S.C.O.	Sin clasificar en otras categorías
PTMI	Prevención de la Transmisión Materno Infantil
ECOS	Equipos Comunitarios de Salud
UCSF	Unidad Comunitaria de Salud Familiar
ECVC	Encuesta Centroamericana de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencia de VIH/ITS en poblaciones vulnerables.

PRESENTACIÓN

El Ministerio de Salud a través del Programa Nacional de ITS/VIH-Sida, conscientes del impacto socio económico que el VIH causa en el país, presenta la estimación de los flujos de financiamiento y gastos en El Salvador para el año 2012, su enfoque es global sobre la base de seis categorías: a) fuente de financiamiento, b) agentes financieros, c) intervenciones, d) poblaciones beneficiarias, e) proveedores de servicios, f) objeto del gasto, incluyendo además de salud, derechos humanos, seguridad social, educación, trabajo y mitigación.

El presente estudio Medición de Gastos 2012, es resultado de un proceso de consulta con participación multisectorial, entre ellos: Sistema Nacional de Salud, Empresa Privada, Agencias Cooperantes y Sociedad Civil, para cuantificar los gastos estimados de Prevención, Atención Integral para el VIH-Sida, obteniéndose el panorama financiero nacional de la Respuesta al VIH, lo que nos sirve para fortalecer políticas públicas, así como la planificación estratégica y proyecciones de presupuestos.

Gratifico el apoyo brindado por personal del Ministerio de Salud, Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Sanidad Militar, Bienestar Magisterial, Ministerio de Educación, FOSALUD, el resto de Instituciones Gubernamentales, Organismos Internacionales, al sector de ONG`s, a la Junta de Vigilancia para Laboratorios Clínicos quienes brindaron la información técnica financiera para la realización de tan importante estudio.

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

I. Introducción

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

A partir del año 2005, ONUSIDA desarrolla la NASA (National AIDS Spending Assesment) Medición del Gasto en SIDA (MEGAS); marcándola como la principal herramienta para la región para estimar los flujos de financiamiento y gastos realizados en diferentes categorías de prevención y atención integral en VIH-Sida, recopilando información proveniente de los diversos sectores involucrados en la respuesta a esta epidemia.

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

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

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

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

II. Justificación

La Medición del Gasto en Sida (MEGAS) produce un método de notificación normalizado e indicadores para vigilar los progresos realizados en la concreción de los objetivos de la Declaración de compromiso adoptada en el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH (UNGASS)[1].

Si bien no es una herramienta «todo en uno», MEGAS apoya los principios de los «Tres unos» del ONUSIDA[2]. Brindan información estratégica para la gestión de la respuesta nacional al Sida por parte de una sola autoridad nacional coordinadora del sida, que realice aportaciones cruciales para el marco de acción y forme parte del desarrollo de un marco único de vigilancia, monitoreo y evaluación[3].

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

El Salvador ha realizado un gran esfuerzo en la elaboración del presente estudio en el cual se refleja información sobre los flujos de fondos utilizados para financiar la respuesta nacional a la epidemia del VIH, es decir evalúa las transacciones financieras desde su origen hasta los beneficiarios que reciben los bienes y servicios, es importante mencionar que este estudio no se limita a hacer un seguimiento de los gastos en salud, sino que también siguen los gastos no sanitarios, como mitigación social, educación, mano de obra, justicia y otros sectores relacionados con la respuesta multisectorial al VIH.[4]

1. *Guía práctica de MEGAS – La pasión y la ética entorno de MEGAS, ONUSIDA, 2009*
2. *El principio de los «Tres unos» para la coordinación de las respuestas nacionales al VIH http://data.unaids.org/UNA-docs/Three-Ones*
3. *El principio de los «Tres unos» para la coordinación de las respuestas nacionales al VIH*
4. *Guía práctica de MEGAS – La pasión y la ética entorno de MEGAS, ONUSIDA, 2009*

III. Objetivos

Los objetivos del estudio son los siguientes:

- Describir el flujo de financiamiento y el consumo de los desembolsos destinados a la prevención, atención, control, diagnóstico y protección social en VIH-Sida en El Salvador durante el año 2012, facilitando así, la construcción de un análisis financiero y estratégico de la respuesta nacional multisectorial..

- Identificar las fuentes de financiamiento con que cuenta el país, públicas, privadas e internacionales, que permiten una mejor visualización del funcionamiento de asignación del gasto en diferentes áreas, logrando así identificar como el país garantiza las medidas de prevención, control, diagnóstico y atención del VIH/Sida.

- Detectar las brechas de financiamiento destinadas a las diferentes poblaciones, específicamente las poblaciones en más alta vulnerabilidad al VIH que impiden la utilización efectiva de los recursos disponibles para la prevención y provisión de servicios para el VIH/Sida donde son necesarios.

IV. Metodología

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

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

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

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

Se presentaron desafíos relacionados a la entrega de la información, ya que no todas las instituciones respondieron a la solicitud, sin embargo fue muy significativa, hubo una buena participación de parte de la Sociedad Civil porque el 60% de las ONGS que trabajan en la respuesta brindaron información oportuna; Agencias cooperantes 88%; instituciones gubernamentales 73% y las instituciones seleccionadas que forman parte del sector privado proporcionaron información en un 46% (ver anexo 1).

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

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

Paso 5: Análisis de datos:

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

Paso 6: Validación:

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

Paso 7: Elaboración del informe final.

Paso 8: Divulgación y Uso de la Información:

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

V. Situación De La Respuesta Nacional Al Vih

a) Ambiente Político

Desde el año 2011 se han consolidado esfuerzos relacionados con asegurar la continuidad en la calidad de la respuesta nacional al VIH, a través de perspectivas y estructuras de coordinación nacional, entre éstas, la autoridad nacional o Comisión Nacional de Sida (CONASIDA), el Programa Nacional de ITS/VIH/Sida del Ministerio de Salud y el Mecanismo de Coordinación de País para los Proyectos del Fondo Mundial (MCP-ES); asimismo, El Salvador ha sido escenario de la reconfiguración de nuevos liderazgos en materia de VIH por parte de la sociedad civil organizada, donde se destaca la población Trans. También se destaca en el año 2011, la incorporación de la Asociación Nacional de la Empresa Privada (ANEP) en la CONASIDA a través de la designación de un representante propietario y un suplente.

Los múltiples esfuerzos de consolidación se han visto reflejados en el posicionamiento del Ministerio de Salud respecto a la temática del VIH, tanto nacional como internacionalmente, así como en los logros obtenidos por el país en sus calificaciones por el desempeño en los Proyectos del Fondo Mundial, la transparencia en la ejecución de los fondos de parte de los receptores principales, la respuesta articulada de los diferentes sectores para la formulación del Plan Estratégico Nacional Multisectorial de VIH 2011-2015 y el consecuente Plan Nacional de MyE para el mismo período, permitió que el país fuera invitado a participar en el Nuevo Modelo de Financiamiento del Fondo Mundial.

La Subcomisión de Monitoreo y Evaluación de la CONASIDA, en respuesta a los compromisos adquiridos, reporto en el año 2012 el Informe Nacional sobre el Estado de Situación del VIH en El Salvador en cumplimiento del Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación, el cual comprende los 31 indicadores priorizados de país que responden al Plan Estratégico Nacional Multisectorial, indicadores de UNGASS, indicadores del Fondo Mundial que reporta el Ministerio de Salud y el PNUD (en su carácter de Receptores Principales del Fondo Mundial), indicadores de las Metas de Acceso Universal, Objetivos de Desarrollo del Milenio, entre otros.

El Plan Estratégico Nacional Multisectorial 2011-2015 delimita las poblaciones sobre las que centrará sus intervenciones, es así como la población de personas con VIH, hombres que tienen prácticas sexuales con otros hombres, población trans, mujeres y hombres trabajadores sexuales, población móvil y privados de libertad, se constituyen en las poblaciones priorizadas en este quinquenio.

Es importante destacar durante el año 2011 y 2012 los avances en la elaboración de un anteproyecto de ley de VIH, la cual pretende solventar algunas brechas identificadas tales como: la visión exclusivamente salubrista, la carencia de una perspectiva de género, el tema de la violencia sexual, superar las limitantes de la ley actual respecto a que las y los menores de edad no se pueden realizar la prueba de VIH si no es con el consentimiento de padre, madre o representante legal.

b) Contexto Socioeconómico

El Salvador tiene una población de 5,744,113 habitantes de los cuales son hombres 2,719,371 y Mujeres 3,024,742.[5], con una extensión territorial de 21,040.79 Km^2.

El Informe del PNUD advierte que pese a importantes avances experimentados la mayoría de la población salvadoreña sigue enfrentando severas limitaciones para alcanzar sus metas de vida. Si bien la matrícula en primaria alcanza casi el 100% de los niños y niñas en edad escolar, los años de escolaridad promedio de la población apenas alcanzan los 6.7 años de estudio, que no suplen las exigencias del mercado laboral.

El Salvador sigue siendo una sociedad injusta, que no pone a todos sus hijos e hijas en la misma línea de salida en la carrera por alcanzar el bienestar", afirma el Informe sobre Desarrollo Humano 2013. Aunque se ubica entre los países calificados de "desarrollo humano medio", El Salvador todavía necesita hacer más esfuerzos para eliminar las brechas en acceso a la educación, en las condiciones del hogar en que se crece, en la calidad y acceso al empleo.

El Informe sobre Desarrollo Humano 2013, en El Salvador dice que el 61% de los hogares vive en viviendas con al menos una carencia de servicios (no conexión a agua potable, falta de acceso a servicios sanitarios, entre otros), de materialidad (techo de mala calidad, piso de tierra) o hacinamiento.

A estas limitaciones se agrega que en el país solo 1 de cada 5 trabajadores tiene un trabajo decente , esto es, un trabajo por el que reciba al menos el salario mínimo, que tenga un contrato y cotice a la seguridad social.

La situación es particularmente crítica para los jóvenes: 21 de cada 100 no estudian ni trabaja, una proporción que no ha experimentado cambios en los últimos 20 años.

La sociedad salvadoreña no tiene la capacidad de retener a su principal riqueza, la gente, por la vía del bienestar. Muestra de ello es que durante las últimas tres décadas el 1% de la población (alrededor de 60,000 personas) ha estado emigrando anualmente en busca de un mejor futuro, indistintamente del grupo social al que pertenecen.[6]

De acuerdo al Mapa de Pobreza y Exclusión Social, el 29.8% de los hogares urbanos se encuentran en situación de pobreza crónica, el 70.2% de los hogares se encuentran en niveles iguales o superiores a la línea de pobreza[7].

c) Violencia de Género contra las Mujeres en las Relaciones Familiares

Las relaciones familiares como escenario de violencia contra las mujeres incluyen las relaciones que tienen lugar dentro de la familia o unidad doméstica o cualquier relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer. Este tipo de violencia contra las mujeres comprende, entre otros, violación, maltrato y abuso sexual.

En el año 2010, ISDEMU atendió a 3893 casos de violencia contra las mujeres en las relaciones familiares, identificada en mayor frecuencia en los grupos de edad de 30 a 33 años y luego las de 26 a 33 años y un preocupante aumento los casos de mujeres de más de 50 años.

Es importante señalar que la disminución de procesos iniciados por causa de la Violencia Intrafamiliar (VIF), tipificada como delito, en los Juzgados de Familia, contrasta con el incremento de casos registrados por el ISDEMU. Los procesos pasaron de 4,890 casos

5 *Fuente: VI Censo de Población y V Censo de Vivienda Ministerio de Economía 2007*

6 *Fuente: Informe Sobre Desarrollo Humano 2013, PNUD, El Salvador*

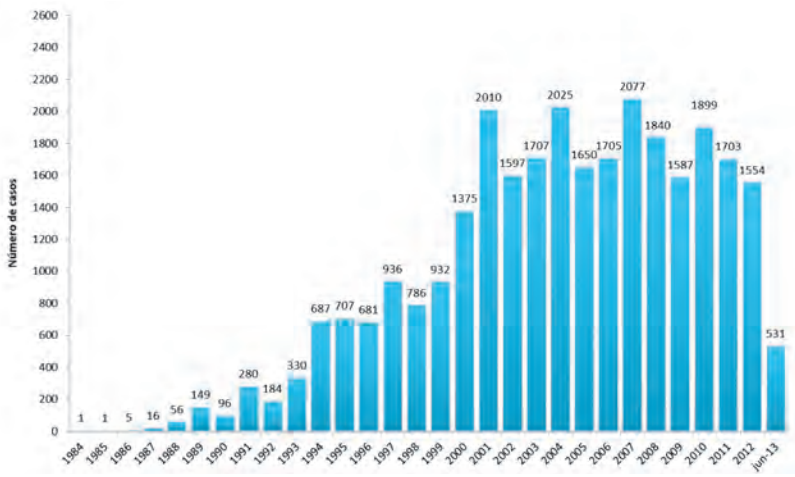
7 *Fuente: Mapa de Pobreza y Exclusión social en El Salvador, PNUD 2010.*

registrados en 2003 a 1,240 casos en 2007. Al interior de la Corte Suprema de Justicia (CSJ) se señalan como causas de ésta diferencia: el debilitamiento de una cultura de denuncia, la falta de manejo y capacitación en los Juzgados de Paz y la sobrecarga de trabajo en los Juzgados de Familia.

La violencia sexual incluye a mujeres y hombres, ambos como víctimas y agresores. Aunque afecta a ambos sexos, con más frecuencia es llevada a cabo por adolescentes masculinos y hombres contra niñas y mujeres. Según el Instituto de Medicina Legal (IML), del total de 3,634 casos de violencia sexual reportados en 2009, el 90.18% fueron cometidos contra mujeres de diversas edades (3,277 casos). [8]

d) Situación Epidemiológica del VIH-VIH Avanzado (Sida) en El Salvador 2012

Gráfico 1: *Número Absoluto de casos VIH y VIH avanzado de enero de 1984*



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

A casi 30 años, la notificación del primer caso de VIH en El Salvador (1984), los establecimientos de Ministerio de Salud han detectado 29,788 casos de VIH, de los cuales 30 % (8,931) estaban en fase de VIH avanzado o SIDA, tendencia que gradualmente ha ido en reducción, pues datos del último quinquenio sugieren que cada vez la proporción en estos casos es menor.

Del total de casos detectados más del 62.4 % (18,602) se concentran en hombres, tendencia que parece mantenerse a lo largo de los últimos años aun cuando se realizan importantes esfuerzos programáticos por ofertar la prueba durante el día nacional de la prueba de VIH, al momento del control prenatal, parto y puerperio a las mujeres en edad fértil.

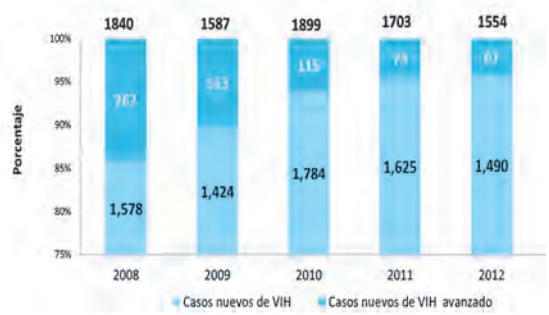
En términos absolutos, la tendencia de notificación de casos nuevos de VIH/SIDA aumentó de manera progresiva en los primeros 17 años hasta el 2001, posteriormente el comportamiento presenta una estabilización con puntos máximos que alcanzan los 2,100 casos anuales y los mínimos en 1,500, no obstante existe el importante reto por mejorar la subnotificación de casos que no alcanzan a registrarse por los servicios de salud.

La tendencia de los establecimientos del MINSAL de registrar 6 casos nuevos por día que se observaba en 2007, ha ido revirtiendo lentamente hasta los 5 casos diarios en diciembre de 2011, a pesar de que existe mayor búsqueda por parte de ellos. (Ver gráfico 1).

8 *Fuente: Segundo Informe Nacional de la Situación de Violencia contra las Mujeres, ISDEMU 2010.*

e) Casos nuevos de VIH de acuerdo con su fase de detección.

Gráfico 2: *Situación de VIH y VIH avanzado, su evolución de enero 2008 al 8 de junio de 2013 El salvador*

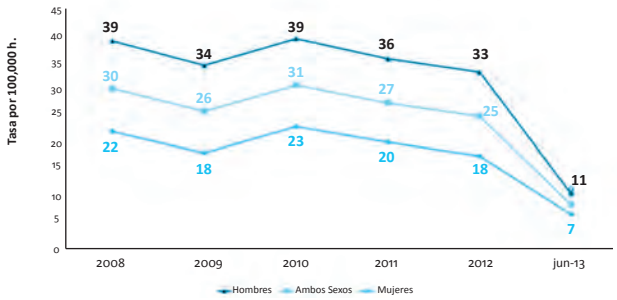


Fuente: Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica de personas con VIH/SIDA (SUMEVE)

En los últimos 5 años el número de casos nuevos osciló entre los 1,800 y los 1,500, de los cuales el número de casos de personas con VIH avanzado disminuye con respecto al total, producto del aumento en la oferta de la prueba de VIH, del número de establecimientos que en el marco de la Reforma Integral de Salud impulsa el MINSAL, los cuales dirigen sus esfuerzos de promoción y educación para la salud a impulsar como estrategia fundamental la atención primaria de la salud, a campañas educativas por medios de comunicación masiva y al trabajo sensibilizado de sus recursos humanos, factores que permiten un diagnóstico y detección cada vez más precoz de la condición, con una consecuente mejora en la calidad y tiempo de vida (ver gráfico 2)

f) Casos nuevos de VIH de acuerdo con su sexo biológico

Gráfico 3: *Tasas de VIH y VIH avanzado, por sexo biológico de enero 2008 al 8 de junio de 2013 El salvador*



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

En El Salvador, el número de casos anualmente detectados en hombres y mujeres en proporción con el número de habitantes por sexo para cada año (tasa global por 100,000 h), revela que las tasas de los hombres son cercanas al doble que en las mujeres, durante el período de enero de 2008 a junio de 2013. En términos absolutos la tasa promedio ha disminuido cerca de 3 personas por cada 100,000 desde 2008 hasta diciembre de 2012. La tasa en hombres ha disminuido en 6 personas por cada 100,000 y en las mujeres en 4 personas por cada 100,000. (Ver gráfico 3).

Para el año 2012 la relación de casos nuevos entre hombre- mujer es de 1.7 hombres por cada mujer (índice de masculinidad), los valores han oscilado entre 1.5 y 1.7 hombres por cada mujer desde el 2008.

g) Casos nuevos de VIH de acuerdo con grupos específicos de edad

Gráfico 4: *Casos nuevos de VIH y VIH avanzado, desagregado por grupos de edad de enero 2008 al 8 de junio de 2013 El Salvador*

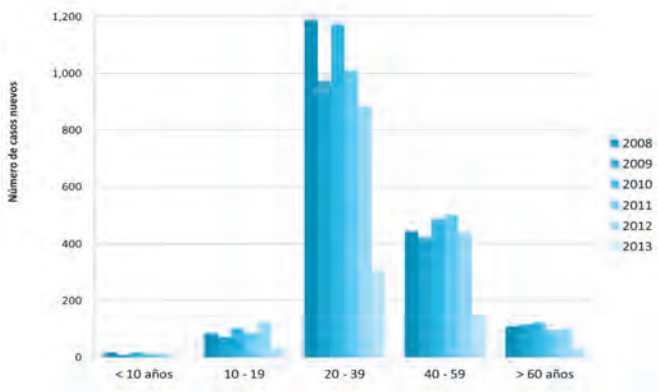
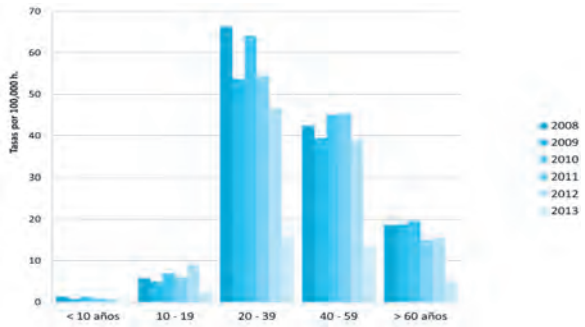


Gráfico 5: *Tasas combinadas (hombres y mujeres) desagregados por grupos de edad de enero 2008 al 8 de junio de 2013 El Salvador*

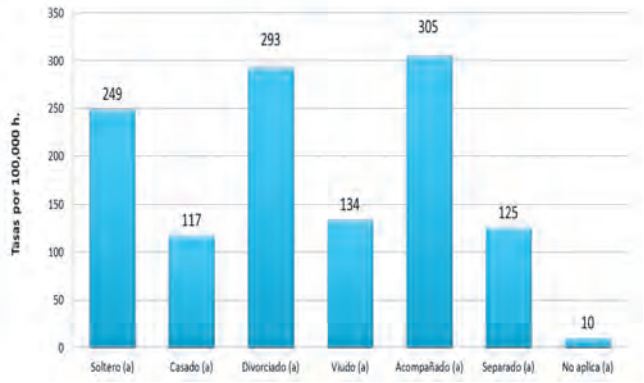


Fuente: Construcción a partir de información del Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica de personas con VIH (SUMEVE). Proyecciones y estimaciones poblacionales de Dirección General de Estadísticas y Censos (DIGESTYC).

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

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

Gráfico 6: *Tasas combinadas (hombres y mujeres) de VIH y VIH avanzado según estado Civil y familiar de enero 2008 al 8 de junio de 2013 El Salvador*



Fuente: Construcción a partir de información del Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica de personas con VIH (SUMEVE). VI Censo Nacional de Población y V de Vivienda de 2007. DIGESTYC-MINEC.

De acuerdo al estado civil las tasas combinadas de nuevos casos de VIH-sida en mujeres y hombres reflejan que las personas con estado civil acompañado, divorciado y soltero son las que presentan las mayores tasas por cada 100,000 habitantes para el período de enero de 2008 al 8 de junio de 2013.

Es importante destacar que la población de viudos, separados proporcionalmente presenta igual tasa que los casados, por lo que datos sugieren que el estado civil y familiar no limita la actividad sexual en las personas, consecuentemente tampoco los riesgos para adquirir el VIH (ver gráfico 6).

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

Gráfico 7: *Casos de VIH y VIH avanzado según nivel educativo de enero 2008 al 8 de junio de 2013 El salvador*

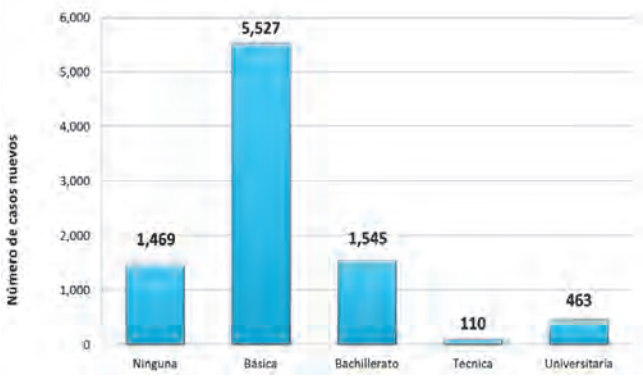
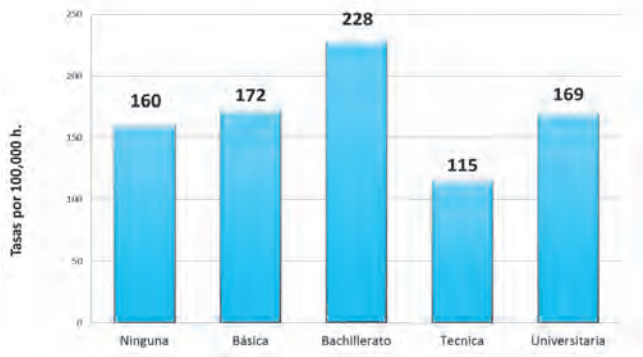


Gráfico 8: *Tasa de VIH y VIH avanzado según nivel educativo de enero 2008 al 8 de junio de 2013 El salvador*



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

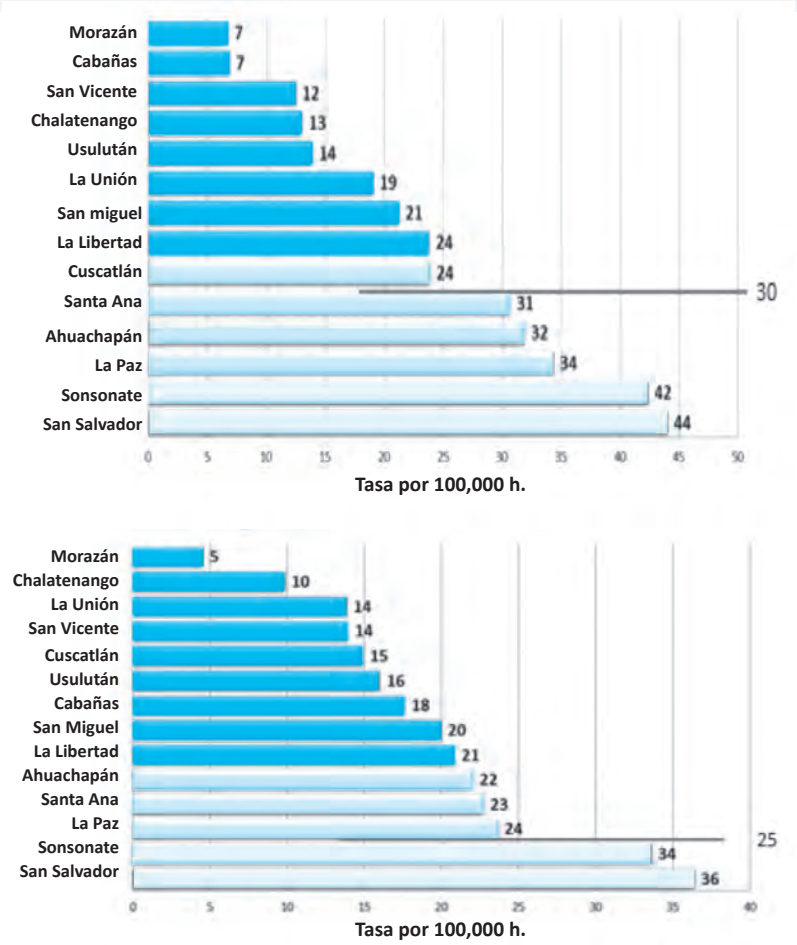
A lo largo de los últimos 5 años se ha evidenciado que el número de casos de VIH y VIH avanzado de acuerdo al nivel educativo ha sido a predominio de las personas que han estudiado hasta nivel básico (9º grado finalizado), seguida de las personas que han estudiado hasta bachillerato y de las que tienen ningún grado de estudios. (Ver gráfico 7).

Sin embargo cuando se analizan las tasas se observa que el grupo en mayor riesgo son quienes tienen hasta el nivel de bachillerato, cuya diferencia con los y las que tienen hasta nivel básico es de 56 personas por 100,000 h. Es sobresaliente que la tasa de la población de universitarios es muy similar a la del grupo de personas sin ningún nivel de estudios, a pesar de que se encuentran en los extremos opuestos del gradiente socioeconómico y que las variables que determinan su salud les afectan de un modo drásticamente diferente. Finalmente el grupo de las personas técnicas muestra una tasa relevante e importante a pesar de que su número absoluto era poco significativo (ver gráfico 8).

j) Casos nuevos de VIH/SIDA según departamento de procedencia.

En cuanto a la evolución de la infección y comparando la prevalencia del VIH según la procedencia de los casos en los años 2008 y 2012, se observa una disminución de la tasa nacional promedio en 5 puntos, quedando en 25 por 100,000 habitantes para 2012. Los departamentos de San Salvador y Sonsonate presentan siempre tasas mayores que el promedio nacional y presentan además un riesgo relativo mayor de aparecimiento de nuevos casos con 47% y 27% respectivamente. (Ver gráfico 9 y 10) La comparación de las tasas por departamento muestra una disminución en todos los casos a excepción del departamento de Cabañas.

Gráfico 9 y 10 . *Tasas acumuladas de VIH y VIH avanzado (mujeres y hombres) según departamento de procedencia, 2008 y 2012 El Salvador*



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

k) Número de Pruebas Rápidas de VIH en población general.

Gráfico11. *Tasas acumuladas de VIH y VIH avanzado (mujeres y hombres) según departamento de procedencia, 2008 al 2012 El Salvador*

A lo largo de los últimos años el número de pruebas rápidas realizado a la población general se ha ido incrementando gradualmente, al tiempo que el número de pruebas realizadas a mujeres también es proporcionalmente mayor, dichos resultados son producto del aumento de la oferta en los servicios de salud, de importantes esfuerzos programáticos por ofertar la prueba durante el día nacional de la prueba y del VIH, y al tamizaje realizado al momento del control prenatal, parto y puerperio a las mujeres en edad fértil (ver gráfico 11).

I) Día Nacional de la toma de la Prueba de VIH.

Gráfico 12: *Evolución del día nacional de la toma de la prueba de VIH a lo largo del último quinqenio, El Salvador 2008 a 2012.*

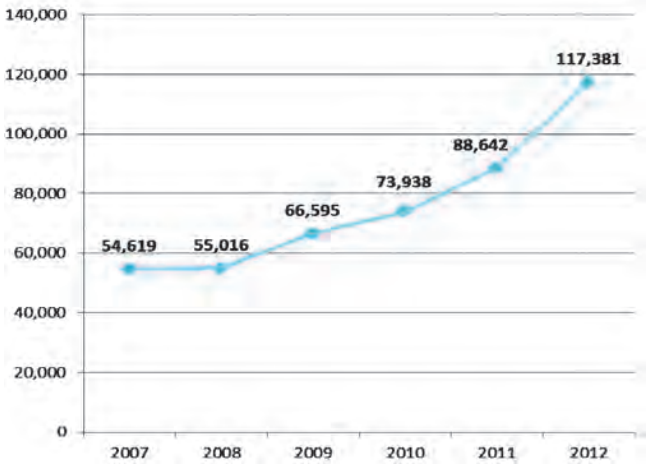
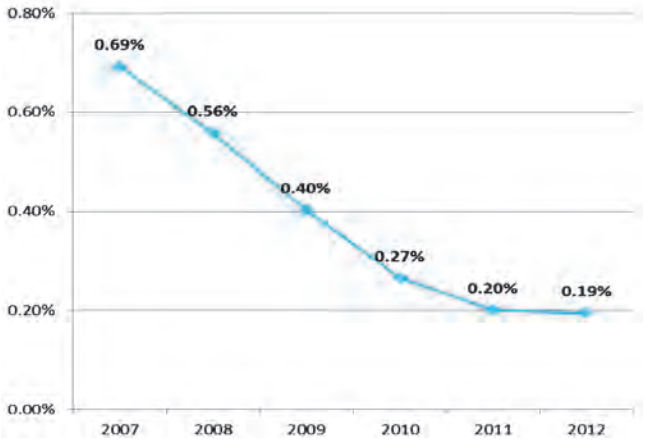


Gráfico 13: *Evolución de la detección de casos nuevos tomados el día nacional de la prueba de VIH a lo largo del último quinqenio, El Salvador 2008 a 2012.*



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

A lo largo de los últimos años resulta evidente que el número de pruebas realizadas con motivo del día nacional de toma de la prueba de VIH se ha incrementado año con año, llegando en 2012 sobrepasar el 200% de pruebas realizadas para los años 2007 y 2008, dicha tendencia ha representado esfuerzos cada vez mayores en el aspecto logístico, programático y laboratorial por parte de todos los socios que participan en la respuesta conjunta ante el VIH.

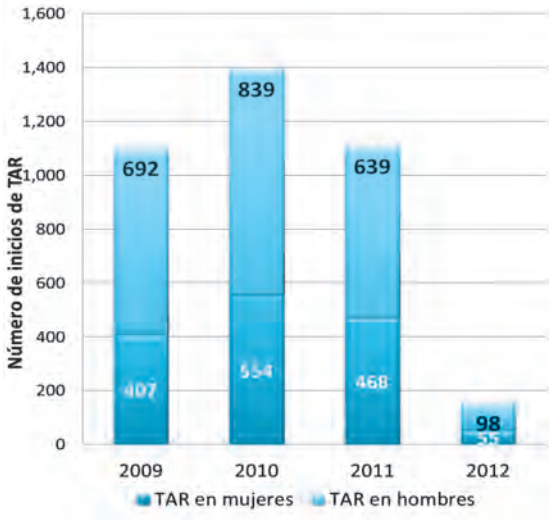
A través de los años se ha evidenciado un incremento en la toma de prueba de VIH y un decremento en el índice de positividad, cada año presentan porcentajes menores de toma de pruebas, mostrando un clara tendencia a la reducción aun cuando el número de pruebas aumenta año con año, la prueba se ofrece a nuevos segmentos geográficos de la población, y se unen nuevos socios estratégicos al proceso. (Gráfico 12 y 13).

Para 2012 se realizaron 117,381 pruebas de VIH, concentrándose 52% de ellas en el grupo de 25 a 45 años de edad, seguido por el de 14 a 24 (26%), como una constante a lo largo de todos los años de la prueba, las mujeres (de acuerdo con su sexo biológico) fueron quienes principalmente se tamizaron representando el 62% de todas las pruebas; todos los socios del Sistema Nacional de Salud incrementaron su producción porcentualmente respecto del año pasado siendo las más relevantes las ONG´s y el sector privado que contribuyeron con más de 800 pruebas, el COSAM con más de 3,000 pruebas, el ISSS con más de 11,000 pruebas y el MINSAL realizó 102,581 pruebas.

A nivel departamental San Salvador, (1.48%), Sonsonate (1.36%) y La Paz (1%) presentan las positividades más altas, lo cual significa que los resultados del tamizaje del día nacional de la prueba tiene una certeza estadística muy alta (debido al número de su muestra tan alta) y un comportamiento dentro de los parámetros esperados conforme a la evolución anual y quinquenal.

m) Inicios de Tratamiento con Antirretrovirales

Gráfico 14: *Número de inicios de TAR desagregados por sexo y año, de enero de 2008 al 31 de diciembre de 2012.*



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

Desde el año 2009 hasta el 2011, han iniciado TAR 1,200 personas en promedio anual. En el 2012 se ha evidenciado una disminución en el número de personas con VIH avanzado que iniciaron TAR, fueron 153 personas.

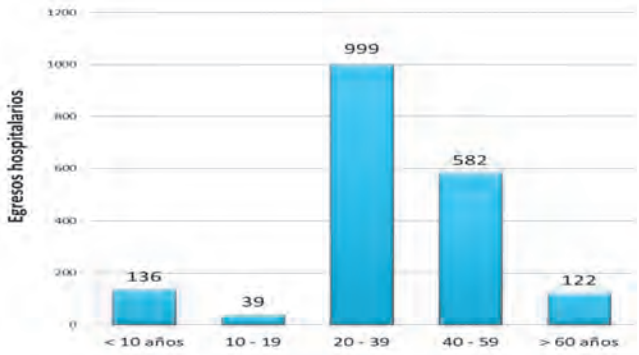
Los mayores porcentajes se han presentado en la región metropolitana del país (42%), seguido de la región occidental (20%)

Las edades de las personas que inician TAR en su mayoría están en el rango de edad entre los 20 y 39 años de edad (60%) y los 40 a 59 años (19%).

Han sido los hombres los que más han iniciado TAR en promedios arriba del 60% desde el año 2009. (Ver gráfico 14).

n) Hospitalizaciones en pacientes VIH/SIDA

Gráfico 15: *Número de hospitalizaciones en pacientes VIH y VIH avanzado según grupos de edad del 1 de enero al 31 de diciembre de 2012*



Fuente: Sistema de Morbimortalidad Vía Web (SIMMOW)

Para el año 2012 se atendieron hospitalariamente a 1,878 personas con VIH en la red hospitalaria de salud nacional. Desde el 2008 hasta el 2012 el promedio anual de personas con VIH atendidas hospitalariamente ha sido de 1800 personas por año. Para el 2012, las edades de las personas atendidas estuvieron en entre los 20 y 39 años de edad (53%), el segundo grupo etáreo más atendido fue el de 40 a 59 años de edad (31%) (Gráfico 15). Finalmente el intervalo de edad que requirió menos atenciones fue el comprendido entre los 10 y los 19 años.

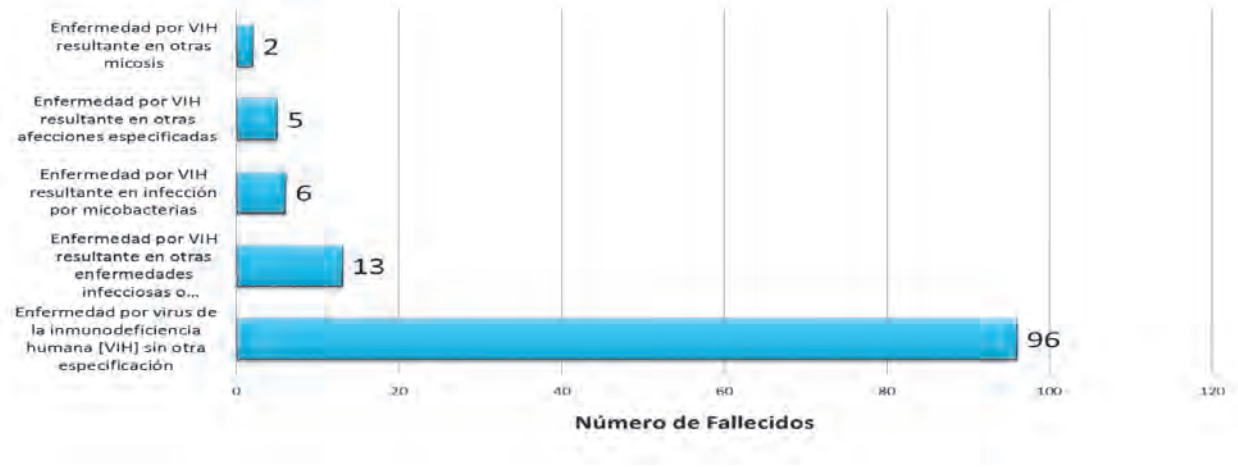
o) Principales diagnósticos secundarios asociados a personas fallecidas con VIH/SIDA

En el año 2012 fallecieron 253 personas, el promedio anual durante los últimos cinco años ha sido de 300 personas fallecidas. Para el año 2012 el 72% (184) de las defunciones fueron en hombres y el 28% (69) en mujeres.

El grupo de edad que mayormente requirió de servicios hospitalarios y que posteriormente falleció fue el de 20 a 39 años concentrando el 54% de las atenciones, seguido por el grupo de adultos medios (40 a 59 años) con 34% de los casos, finalmente el intervalo de edad que requirió menos atenciones fue el comprendido entre los 10 y los 19 años. Según su procedencia la mayor parte de las personas procedían de San Salvador, Sonsonate y Santa Ana.

Los principales diagnósticos de pacientes con VIH y VIH avanzado fueron: Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) sin otra especificación, enfermedad por VIH resultante en otras enfermedades infecciosas o parasitarias, contacto con y exposición al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), enfermedad por VIH resultante en otras afecciones especificadas, enfermedad por VIH resultante en infección por micobacterias. (Ver gráfico 16).

Gráfico 16: *Primeras 5 causas asociadas a personas fallecidas con VIH y VIH avanzado del 1 de enero al 8 de junio 2013.*



Fuente: Sistema de Morbimortalidad Vía Web (SIMMOW)

p) Infección por VIH en Poblaciones de Mayor Riesgo al VIH

La situación epidemiológica del VIH en El Salvador es catalogada como una epidemia concentrada de acuerdo a los criterios establecidos por ONUSIDA, como son:

a.- El VIH se ha diseminado rápidamente, por lo menos, en una subpoblación bien definida, pero no está bien establecida en la población general. Frecuentemente está afectada más de una subpoblación de alto riesgo.

b.- La prevalencia de VIH es, consistentemente, sobre 5% en, por lo menos, una subpoblación definida. La prevalencia de VIH en áreas urbanas es menor al 1% en mujeres embarazadas.

Con la prevalencia en población general de 0.09% (Fuente: Reporte Global 2012, MINSAL) y con cifras de prevalencia elevadas en las poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad como son: población Trans, hombres que tienen sexo con hombres, (HSH) y mujeres trabajadoras sexuales (TS). (Ver tabla 1)

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

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

Fuente: Construcción a partir del, Estudio Multicéntrico 2002, Encuesta Centroamericana de Vigilancia del Comportamiento Sexual de ITS y VIH 2008 y Estudio VICITS 2012. (ECVC).

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

q- Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)

Los HSH es una de las poblaciones en más alta vulnerabilidad al VIH porque su prevalencia es alta. La prevalencia de VIH para esta población es de 10.4%[9], mostrando disminución de 0,4 puntos respecto al 2008.

9 *Estudio VICITS 2012, Ministerio de Salud*

La prevalencia de sífilis activa para el año 2012 es de 5.12, hepatitis B 1.61 y Hepatitis C 0.8. El mismo estudio señala que el uso correcto y consistente del condón en HSH fue del 58%.

La talla poblacional para HSH se estima en 16,835, de acuerdo a estimaciones de Spectrum 2013. La inversión en Sida para este grupo fue de 2.1% del total ($1,251,793)[10]. Los servicios de prevención de VIH recibidos por los HSH en los últimos 12 meses fueron: condones 92%, lubricantes 58%, materiales sobre prevención 44%, referencia a la prueba de VIH 18%, referencia a ITS 6%.[11]

r- Población Trans

La prevalencia de la población de mujeres Trans fue de 25.8%[12]. De acuerdo al estudio VICITS 2012 32% de la población Trans reportó el uso consistente del condón con su pareja estable masculina y un 65% reportó el uso consistente del condón con todas sus parejas ocasionales en los últimos doce meses. La prevalencia de ITS para la población Trans, para Herpes simple, tipo 2 fue de 71.1%, de Sífilis de 20.7% y la de Sífilis activa fue de 7.7%[13].

La talla poblacional estimada para la población Trans fue de 2,765 personas, se ha tomado como factor de cálculo el estudio de la población guatemalteca, en donde el 0.14% de la población general de hombres mayores de 15 años fueron censadas como mujeres Trans. Dado el vacío de información nacional, se propone realizar estudios especiales de talla de población para Trans.

El estudio de Estigma y Discriminación, USAID/ PASCA octubre 2011, estableció que la población Trans es la más estigmatizada y discriminada, así como la que sufre las mayores violaciones de sus Derechos Humanos.

Esta condición de exclusión es una barrera al acceso de los diferentes servicios de prevención, atención y cuidados y la vuelve proclive al consumo de alcohol y drogas, particularmente Crack.

s- Trabajadoras del sexo

La prevalencia de VIH para esta población es de 3.14% presentando una disminución de 2.56 puntos respecto al año 2008.

La prevalencia de Sífilis activa fue de 1.43%, Hepatitis B 0.28%. El trabajo de pares es considerado una experiencia exitosa para lograr cambios de comportamiento, sin embargo se prevé realizar una intervención más integral con servicios para esta población.

El uso correcto y consistente del condón en esta población es del 96%. (Estudio VICITS 2012).La talla poblacional estimada para el año 2011 es de 13,305 trabajadoras sexuales en El Salvador.

`

10 Estudio de Medición del Gasto en Sida 2012, Minsal
11 Estudio de Uso de Servicios de Salud por HSH en San Salvador realizado por Measure Evaluation del año 2012
12 Fuente: Estudio Centroamericano de Vigilancia al Comportamiento Sexual, ECVC 2008.
13 Fuente: Estudio ECVC, subpoblación transexual, travesti y transgénero)

VI. RESULTADOS

MEGAS, permite explorar la asignación de fondos entre los diferentes actores involucrados en la respuesta al VIH-Sida; desde el donante hasta su ejecutor final; explorando tanto las fuentes de financiamiento, ya sean éstas del sector público, privado o externo, así como también, los diferentes proveedores de servicios y los grupos beneficiados. La clasificación del gasto relativo al sida es una clasificación funcional que incluye las categorías de prevención, atención y tratamiento, y otros servicios sanitarios y no sanitarios relacionados con el VIH. Luego de la revisión y la evaluación de estrategias anteriores utilizadas para la respuesta al VIH, los programas y las partidas se han estructurado en ocho clases de categorías de gasto: prevención, atención y tratamiento, huérfanos y niñez vulnerable, gestión y administración de los programas, recursos humanos, protecciones sociales y servicios sociales, entorno favorable e investigación.

GASTO POR CATEGORIAS

En el año 2012, en El Salvador se gastaron $ 59,224,233 para dar respuesta al VIH. Las acciones de Atención y tratamiento ocuparon el 51.5% ($30,487,628), reflejando el mayor gasto de la respuesta nacional durante el año 2012, seguido de la categoría de prevención que ocupó el segundo lugar en la medición de gasto con un 39.6% ($23,467,245) ; las acciones se han centralizado en la Atención y tratamiento, superando con en un 11% a las de prevención; en tercer lugar se encontró la categoría de Gestión y Administración de Programas con un 5.0% ($2,977,746) posteriormente le siguen la categorías de Investigación relacionada con el VIH (excluida la investigación de operaciones) con un 1.5% ($889,904), Recursos Humanos con 1.0%, ($607,086) Entorno Favorable con 0.7%, ($422,334) las últimas tres acciones que reflejan el menor gasto son: Niñez Vulnerable con 0.4%. y Protección Social con 0.2% (Ver tabla No. 2 y gráfico 17)

Tabla Nº 2: *Gasto por Categorías, año 2012*

CATEGORIAS DE GASTO	PÚBLICAS	%	PRIVADAS	%	INTERNACIONALES	%	TOTAL GENERAL	%
Prevención	$11,631,220	28.2	$ 3,445,032	86.0	$ 8,390,993	60.04	$ 23,467,245	39.6
Atención y tratamiento	$ 28,324,937	68.7	$ 96,727	2.4	$ 2,065,964	14.78	$ 30,487,628	51.5
Huérfanos y niños vulnerables (HNV)	$ 180,230	0.4	$ 3,817	0.1	$ 46,806	0.33	$ 230,853	0.4
Gestión y administración de programas	$ 555,147	1.3	$ 387,701	9.7	$ 2,034,898	14.56	$ 2,977,746	5.0
Recursos humanos	$ 478,201	1.2	$ 13,567	0.3	$ 115,318	0.83	$ 607,086	1.0
Protección social y servicios sociales (excluidos los HNV)	$ 7,054	0.0	$ 31,708	0.8	$ 102,675	0.73	$ 141,437	0.2
Entorno favorable	$ 66,918	0.2	$ 14,856	0.4	$ 340,560	2.44	$ 422,334	0.7
Investigación relacionada con el VIH (excluida la investigación de operaciones)	$ 34	0.0	$ 10,395	0.3	$ 879,475	6.29	$ 889,904	1.5
Total general	$ 41,243,741	100	$ 4,003,803	100	$ 13,976,689	100.00	$ 59,224,233	100

EVOLUCION DEL GASTO 2008-2012

Entre el año 2010 y el 2012, el gasto en sida tuvo un incremento del 19.5% ($9, 686,755) Las mayores diferencias encontradas reflejaron un incremento en las acciones de prevención, cuyo incremento fue de 45.12% ($7,296,779), seguido de los gastos en Atención y tratamiento con un 9% ($2495,633) y las acciones de Gestión y Administración de Programas con un 9% ($2,977,746) y un 98% para Investigación relacionada al VIH ($ 440,622) (Ver Tabla No. 3).

La inversión en prevención es una de las brechas identificadas en las MEGAS de los años anteriores, ahora, al analizar comparativamente y de manera general el año 2008, el 2010 con el 2012 se evidencia que, el monto gastado para el año 2012 ha superado con un 75.6% ($ 9, 644,084) al año 2008 y con el 45.12% ($ 23, 467,245) al año 2010 en la categoría de Prevención.

Tabla No 3: *Evolución del Gasto en los años 2008, 2010, 2012*

Categorías del Gasto	2008	2010	2012	Diferencia (año 2012 con respecto a 2010)
Prevención	$ 9,644,084	$ 16,170,466	$23,467,245	$(7,296,779)
Atención y Tratamiento	$ 26,339,226	$ 27,991,995	$30,487,628	$(2,495,633)
Huérfanos y Niños Vulnerables	$ 145,503	$ 111,751	$230,853	$ (119,102)
Gestión y Administración de Programas	$ 3,783,617	$ 2732,539	$2,977,746	$ (245,207)
Recursos Humanos	$ 482,332	$ 1,175,651	$607,086	$ 568,565
Protección Social y Servicios Sociales	$ 51,337	$ 176,586	$141,437	$ 35,149
Entorno Favorable	$ 450,053	$ 729,208	$422,334	$ 306,874
Investigación relacionada al VIH	$ 336,273	$ 449,282	$889,904	$ (440,622)
Total	$ 41,232,425	$ 49,537,478	$59,224,233	$ (9,686,755)

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

El presupuesto proveniente del Fondo General asignado al Ministerio de Salud, para el año 2012 fue de $561.1 millones[14], para el mismo año el gasto estimado en sida para el Ministerio de Salud, fue de $31,443,649 siendo el porcentaje de gasto en sida el 5.6% del gasto total en salud.
(Ver Tabla 4).

Tabla No 4: *Comparación del presupuesto en Salud con el Gasto en Sida, año 2012*

Gastos (Fuente GOES)	Montos en millones de dólares
Gasto en Sida (USD dólares) en Millones de dólares	$31,4 mill
Gasto Total en Salud año 2012*	$561.1 mill
Porcentaje del gasto en sida relacionado al gasto total en salud	5.6%

Fuente: MEGAS 2012 e Informe de Labores 2012- 2013, Ministerio de Salud

14 Memoria de Labores 2012-2013 Ministerio de Salud

Componente de Financiamiento

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

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

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

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

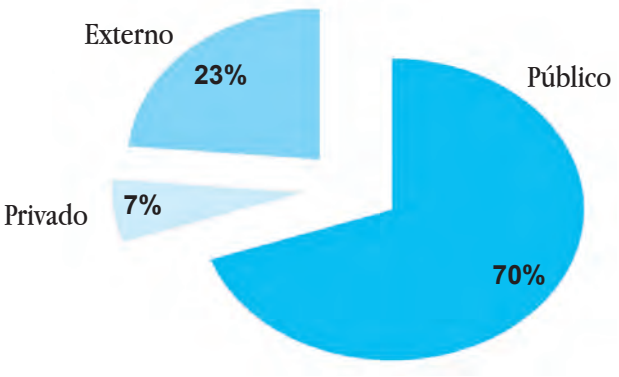
iii. **Sector Externo:** agrupa los fondos provenientes de la cooperación internacional bilaterales y multilaterales

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

Gasto Nacional de Sida, por Fuente de Financiamiento (público privado y externo)

a) Fuente de Financiamiento Público

Gráfico No 17: *Gasto Nacional en VIH/Sida por Fuente de Financiamiento.*



Pública	Privada	Externo
$ 41,243,741	$ 4,001,678	$ 13,978,814

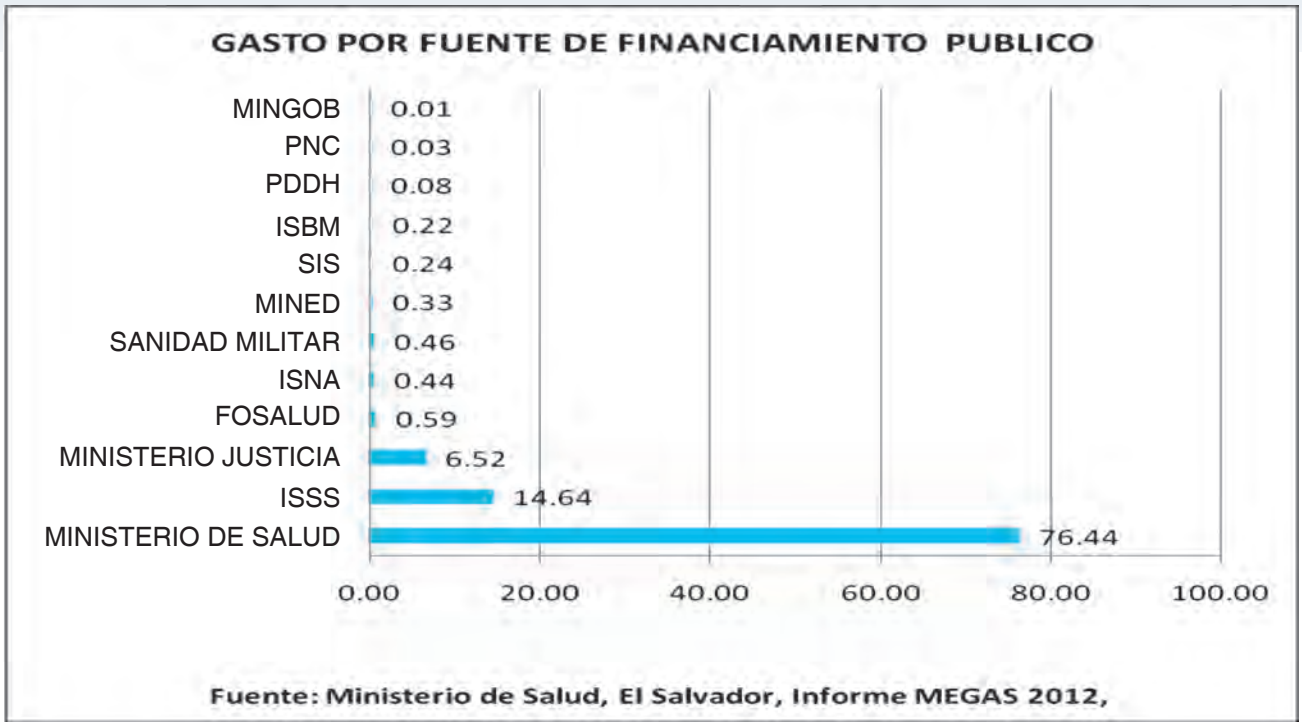
Fuente: Informe MEGAS 2012, MINSAL. Fuente de Financiamiento Público

La contribución del Sector Público constituyó un 70% ($41,243,741) del monto erogado; el subsidio del Sector Externo, el cual agrupa a las Agencias de Cooperación Bilaterales, Multilaterales, Fundaciones y ONG´s Nacionales e Internacionales aportaron un 23% ($13,978,814) del gasto total, seguido por el Sector privado con un 7% ($4,001,678) que representa el gasto de bolsillo (erogaciones financieras efectuadas por la población para cubrir sus necesidades de salud) y la participación de la sociedad civil debidamente organizada en ONGs, que se especializan en la prevención y atención de personas con VIH y grupos expuestos a mayor riesgo. (Ver gráfico No. 17)

Desde que se realizan los estudios MEGAS en El Salvador a partir del año 2005 al 2012, se ha registrado que es el sector público el que más aporta a la respuesta nacional del VIH.

En el año 2012 el sector público es el principal responsable de la ejecución de las funciones con un 76.44% ($31,443,644) del monto erogado, posteriormente la Seguridad Social tiene el 14.6% del gasto y el Ministerio de Justicia 6.5% del gasto total. (Ver gráfico No 18). El resto de instituciones del sector público tienen gastos que representan menos del 1% del gasto total.

Gráfico 18: *Gasto por fuente de financiamiento público*



b) Fuente de Financiamiento Externo

El Sector Externo, representa el 23% del gasto total. Está concentrado por Agencias de Cooperación Bilateral, Organismos Multilaterales, Organizaciones y Fundaciones Internacionales sin fines de lucro y Organizaciones Internacionales con fines de lucro.

La Cooperación Multilateral representa el mayor porcentaje con el 72.7% del gasto en el sector externo. (Ver gráfico 19 a)

Entre los Organismos Multilaterales, que más aportan a la Respuesta Nacional al VIH de El Salvador se encuentra el Fondo Global, reflejando un 91.9% ($9,301,591) del gasto correspondiente al financiamiento multilateral. (Ver gráfico No. 19a y 19b) y representa el 15.7% del total del gasto en Sida.

Gráfico No. 19 (a): *Fuente de Financiamiento Externo*

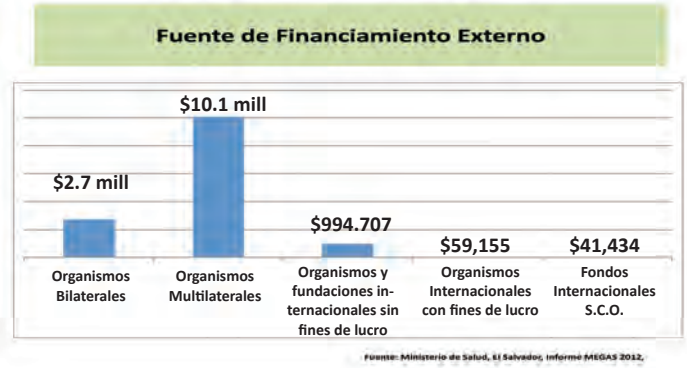
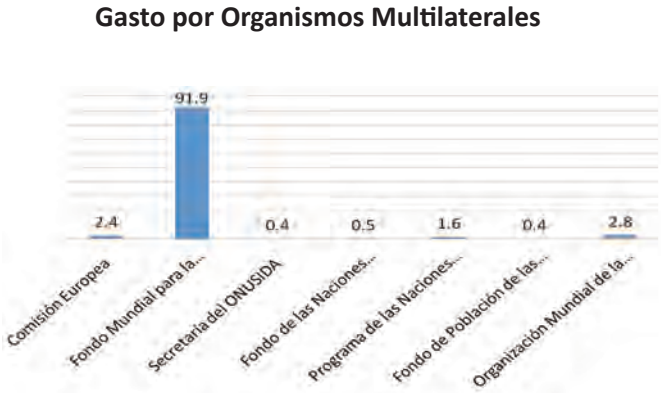


Gráfico No. 19 (b): *Gasto por Organismos Multilaterales*



c) Fuente de Financiamiento Privado

El Sector Privado representa el 7% del gasto total en Sida. El 80.3% del gasto privado corresponde a instituciones y corporaciones con fines de lucro, esto incluye el gasto de bolsillo (erogaciones financieras efectuadas por la población para cubrir sus necesidades de salud). El 19.6% restante corresponde a Instituciones sin fines de lucro que corresponde a la participación de la sociedad civil debidamente organizada en ONGs, que se especializan en la atención de grupos de mayor vulnerabilidad (Gráfico 20 y Tabla No. 5)

Fuente de Financiamiento del Sector Privado

Gráfico No. 20: *Gasto en Sida por Fuente de Financiamiento del Sector Privado*

Tabla No. 5 : *Fuente Privada*

Sector Privado	
Instituciones y Corporaciones con fines de lucro	$3,214,458.00
Instituciones y Corporaciones sin fines de lucro	$787,220.00
TOTAL	$4,001,678.00

Fuente: Estudio MEGAS 2012, MINSAL.

En la tabla Nº 6 evidencia que para el año 2012, es el sector público el principal financiador en la respuesta al VIH con un 70% ($41,243,741) del monto erogado, donde las acciones de prevención ocupan el 28.2% ($ 11,631,220) y las de atención y tratamiento reflejan un 68.7% ($ 28,324,937) indicando que son los componentes que dispusieron de la mayor parte del presupuesto destinado para VIH, durante el año 2012.

El sector privado, con el 7%($4,001,678) del gasto total, ha ejecutado principalmente las acciones en las áreas de prevención con el 86%, seguido de la inversión en gestión y administración de programas con el 9.7%.

El sector externo ha contribuido en un 23% ($13,978,814) del gasto total, y sus acciones se realizaron en la áreas de prevención en un 60% y en apoyo a la gestión y administración de programas en un 14.6% y en el área de atención con el 14.8% (Ver Tabla No. 6)

Tabla No. 6 : *Clasificación de Categorías de Gasto por Fuente de Financiamiento.*

Categoría de Gasto	Fuentes Públicas	%	Fuentes Privadas	%	Fuentes Internacionales	%	Total general	%
Prevención	$11,631,220	28.2	$3,445,032	86.1	$8,390,993	60.0	$23,467,245	39.6
Atención y tratamiento	$28,324,937	68.7	$96,727	2.4	$2,065,964	14.8	$30,487,628	51.5
Huérfanos y niños vulnerables (HNV)	$180,230	0.4	$2,192	0.1	$46,806	0.3	$229,228	0.4
Gestión y administración de programas	$555,147	1.3	$387,201	9.7	$2,037,023	14.6	$2,979,371	5.0
Recursos humanos	$478,201	1.2	$13,567	0.3	$115,318	0.8	$607,086	1.0
Protección social y servicios sociales (excluidos los HNV)	$7,054	0.0	$ 31,708	0.8	$102,675	0.7	$141,437	0.2
Entorno favorable	$66,952	0.2	$14,856	0.4	$340,560	2.4	$422,334	0.7
Investigación relacionada con el VIH (excluida la investigación de operaciones)		0.0	$10,395	0.3	$879,475	6.3	$889,904	1.5
Total general	$41,243,741	100%	$4,001,678	100%	$13,978,814	100%	$59,224,233	100%

Fuente: MEGAS 2012. MINSAL.

Componente de Prevención

Gasto de Prevención Total

La prevención se define como un conjunto integral de actividades o programas diseñado para reducir el comportamiento de riesgo. Entre los resultados se encuentran una disminución en las infecciones por el VIH entre la población y mejoras en la calidad y la seguridad en los centros de salud con respecto a las terapias administradas en forma exclusiva o en gran medida a pacientes con VIH. Los servicios de prevención comprenden el desarrollo, la difusión y la evaluación de material adaptado desde el punto de vista lingüístico, cultural y de la edad para complementar los objetivos del programa.

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

Las acciones de prevención ocupan el 39.6% ($23,467,245) del total del gasto en sida, y junto con las acciones de atención y tratamiento son los componentes que dispusieron de la mayor parte del presupuesto destinado para VIH, durante el año 2012.

Entre las acciones de prevención realizadas durante el 2012, la categoría a la que mayor cantidad de recursos financieros se le destinó, fue para Seguridad Hematológica con un 27.9% ($6,551,252) del monto total invertido en prevención, seguido de acciones de asesoramiento y pruebas voluntarias (APV) con el 21.6% ($5,075,888), posteriormente el suministro de preservativos masculinos en el sector público y comercial con el 13.4% ($3,148,403), la prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS) con el 7.7% ($1,807,421), la comunicación para el cambio social y comportamental con el 5.8% ($1,365,199). (Ver tabla No 7).

Las unidades de sangre donada que se analizan para la detección del VIH con criterios de calidad asegurada fueron 51,116 unidades[15], lo que corresponde al 100% de unidades donadas. A lo largo de los años se han mantenido los criterios de calidad asegurada al 100% y no se han reportado casos de VIH a través de transfusiones sanguíneas.

15 Fuente: Informe de Indicadores 2012, Subcomisión Nacional de Monitoreo y Evaluación CONASIDA.

Tabla Nº 7. *Clasificación de Agente Financiero Especifica para la Categoría de Prevención*

PREVENCIÒN	PÚBLICAS	PRIVADAS	INTERNACIONALES	TOTAL GENERAL
Comunicación para el cambio social y comportamental	$ 507,218	$ 84,909	$ 773,072	$ 1365,199
Movilización de la comunidad	$ 86,432	$ 17,531	$ 108,836	$ 212,799
Asesoramiento y pruebas voluntarias (APV)	$ 4336,909	$ 210,026	$ 528,953	$ 5075,888
Reducción del riesgo para poblaciones vulnerables y accesibles[1]	$ 121,292	$ 64,044	$ 574,377	$ 759,713
Prevención – jóvenes escolarizados	$ 140,670	$ 7,160	$ 522,855	$ 670,685
Prevención – jóvenes no escolarizados	$ 1,002		$ 238,543	$ 239,545
Prevención de la transmisión del VIH dirigida a personas que viven con el VIH (PVV)	$ 19,427	$ 32,457	$ 174,000	$ 225,884
Programas de prevención para profesionales del sexo y sus clientes	$ 662	$ 10,100	$ 274,242	$ 285,004
Programas para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH)	$ 984	$ 17,165	$ 353,189	$ 371,338
Programas de prevención en el lugar de trabajo	$ 605	$ 5,134	$ 162,484	$ 168,223
Comercialización social del preservativo	$ 9,932	$ 2,000	$ 44,104	$ 56,036
Suministro de preservativos masculinos en el sector público y comercial	$ 172,589	$ 2901,755	$ 74,059	$ 3148,403
Suministro de preservativos femeninos en el sector público y comercial	$ 1,157	$ 1,000	$ 125,779	$ 127,936
Microbicidas			$ 888	$ 888
Prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS)	$ 1261,381	$ 85,691	$ 460,349	$ 1807,421
Prevención de la transmisión Materno infantil (PTMI)	$ 1061,485	$ 6,000	$ 73,847	$ 1141,332
Seguridad hematológica	$ 3886,755		$ 2664,497	$ 6551,252
Inyecciones médicas seguras	$ 3,454			$ 3,454
Precauciones universales	$ 8,576		$ 4,241	$ 12,817
Profilaxis posterior a la exposición (PPE)	$ 4,858	$ 60	$ 65,203	$ 70,121
Actividades de prevención no desglosadas por intervención	$ 154		$ 1167,475	$ 1167,529
Actividades de prevención s.c.o.	$ 5,678			$ 5,678
TOTAL	$ 11,631,220	$ 3,445,032	$ 8,390,993	$ 23,467,245

Fuente: MEGAS 2012. MINSAL

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

El gasto realizado en asesoramiento y pruebas voluntarias (APV) es de $5,075,888, el gasto destinado en ese mismo rubro dirigido a grupos PEMAR, Personas con VIH y población en general es de $3,424,821.

El gasto realizado en APV para poblaciones en mayor riesgo de VIH es de $829,195 lo que representa el 16.3% del monto de APV. (Tabla 8)

Tabla Nº 8. *Asesoramiento y Prueba Voluntaria por Tipo de Población Beneficiaria. Año 2012*

Asesoramiento y pruebas voluntarias (APV)	
Grupos PEMAR	$ 829,195.00
Población General	$ 2595,626.00
Total	$ 3424,821.00

Fuente: Estudio MEGAS 2012. MINSAL

A lo largo de los últimos años el número de pruebas rápidas realizado a la población general se ha ido incrementando gradualmente, al tiempo que el número de pruebas realizadas a mujeres también es proporcionalmente mayor. En el año 2012 fueron 352,650 pruebas tomadas de las cuales el 75.7% fueron realizadas en mujeres y el 24.3% se realizó en hombres. En general, la toma de la prueba de VIH ha sido exitosa en todo el territorio nacional, y ha habido acceso a toda la población que lo solicita.

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

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

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

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

En la tabla Nº 9, se refleja el gasto general relacionado a la población más expuesta, entre ellas HSH y TS, aclarando que no se reflejan acciones con la población Trans, porque no existen categorías especificas para esta población en la base de datos de MEGAS, sin embargo los datos presentados por diferentes Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF), Organizaciones de la Sociedad Civil, que reportaron acciones de prevención y de atención a la población Trans, se introdujeron en la variable de HSH.

El gasto reflejado para las poblaciones en mayor riesgo al VIH fue de $2,938,460 lo que representa el 4.96% del monto total, de los cuales el 2.1% está dirigido a programas de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH) y el 2.3% está dirigido a programas para Trabajadoras Sexuales, reflejando un leve aumento del gasto registrado en el año 2010 (2.8%). Este monto refleja un estimado de gastos en programas de prevención, suministro de preservativos, toma de pruebas, información, educación, atención médica, incluyendo tratamientos para ITS como preventivo del VIH.

La principal fuente de financiamiento para las PEMAR son las fuentes externas que financian el 83% ($2,445,111) de las acciones, dentro de ellas es la Cooperación Bilateral la que más porcentaje del gasto ha ejecutado en el año 2012 (58%). Del gasto destinado a las PEMAR, el Fondo Mundial aportó con el 16.6% en el año 2012.

Las prevalencias de VIH en El Salvador, se encuentran concentradas en la población Trans (25.8%)[16], en HSH (10%) y el TS (3.14 %)[17] contrastado con la prevalencia en la población general (0.4%).

16Encuesta Centroamericana de Vigilancia del Comportamiento Sexual al VIH, 2008
17 Estudio VICITS 2012, Ministerio de Salud.

Los porcentajes de gastos para estas poblaciones, tanto para atención y prevención es bajo, lo que sugiere que el gasto realizado en el año 2012 fue inversamente proporcional a la prevalencia de VIH en estas poblaciones.

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

De la misma forma, el porcentaje de HSH al que llegaron los programas de prevención del VIH ha mejorado del 40% (ECVC) al 87.9% (VICITS).Las variables que se miden en los programas de prevención son: el lugar donde pueden realizarse la prueba del VIH y si han recibido preservativos en los últimos doce meses. De acuerdo al estudio TraC de VIH/SIDA en HSH, PASMO 2012, el porcentaje de porcentaje de poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad al que llegaron los programas de prevención del VIH en HSH fue del 69.1%, para población de Trabajadoras sexuales fue del 12.9 % y población de Trans fue del 83.7%. (Tabla 9)

Tabla Nº 9. *Gasto en PEMAR por Fuente de Financiamiento*

	Gasto en PEMAR					
	Total HSH y TS y otros	Gasto total en HSH	Gasto preventivo en HSH	Otros gastos en "Poblaciones más expuestas" no desglosadas por tipo	Gasto total en TS	Gasto Preventivo en TS
	$	$	$	$	$	$
TOTAL	$2938,460	$1251,793	$756,214	$271,781	$1414,786	$945,494
Fuentes Públicas	$304,861	$76,373	$21,475	$88,252	$140,236	$43,964
a) Gobierno	$304,861	$76,373	$21,475	$88,252	$140,236	$43,964
b) Seguridad Social	$0	$0	$0	$0	$0	$0
c) Otras fuentes públicas	$0	$0	$0	$0	$0	$0
Fuentes Privadas	$188,488	$50,994	$29,493	$8,333	$129,161	$23,491
a) Hogares	$0	$0	$0	$0	$0	$0
b) Empresas	$0	$0	$0	$0	$0	$0
c) Privadas sin fines de lucro	$188,488	$50,994	$29,493	$8,333	$129,161	$23,491
Fuentes Externa	$2445,111	$1124,426	$705,246	$175,196	$1145,389	$878,039
a) Cooperantes bilaterales	$1716,225	$862,147	$533,199	$6,759	$847,319	$642,007
b) Fondo Mundial	$489,635	$170,281	$140,421	$120,484	$198,870	$198,870
c) Otros cooperantes multilaterales	$122,506	$31,320	$16,195	$20,095	$71,091	$29,343
d) Otras fuentes internacionales	$116,745	$60,678	$15,431	$27,958	$28,109	$7,819

Fuente: MEGAS 2012, MINSAL, Informe MEGAS 2012, MINSAL.

Gasto de preservativo en prevención de VIH y Planificación Familiar

El gasto en preservativo para la prevención del VIH fue de $3,369,639, los cuales incluyen: Suministro de preservativos masculinos en el sector público y comercial, comercialización social del preservativo, comercialización social del preservativo y suministro de preservativos masculinos y femeninos como parte de programas de PTMI, suministro de preservativos femeninos en el sector público y comercial, comercialización social del preservativo y suministro de preservativos masculinos y femeninos como parte de la prevención de la transmisión del VIH dirigida a PVV y comercialización social del preservativo y suministro de preservativos masculinos y femeninos como parte de programas para profesionales del sexo y sus clientes.

El mayor gasto reflejado ha sido en el Suministro de preservativos masculinos en el sector público y comercial, con el 93%, de los cuales el sector privado es el que refleja el mayor gasto con el 86.1% del monto en preservativos. (Ver tabla No 10).

Tabla Nº 10. *Gasto de Preservativo en Prevención VIH*

PREVENCIÓN	SECTOR PUBLICO	SECTOR PRIVADO	SECTOR EXTERNO	TOTAL
Suministro de preservativos masculinos en el sector público y comercial	$156,733	$2901,755	$74,059	$3,132,547
Comercialización social del preservativo	$8,270	$2,000	$44,104	$54,374
Comercialización social del preservativo y suministro de preservativos masculinos y femeninos como parte de programas de PTMI	$8,270	$0	$13,007	$21,277
Suministro de preservativos femeninos en el sector público y comercial	$0	$1,000	$125,779	$126,779
Comercialización social del preservativo y suministro de preservativos masculinos y femeninos como parte de la prevención de la transmisión del VIH dirigida a PVV	$0	$0	$30,240	$30,240
Comercialización social del preservativo y suministro de preservativos masculinos y femeninos como parte de programas para profesionales del sexo y sus clientes	$0	$0	$4,422	$4,422
TOTAL	$173,273	$2904,755	$291,611	$3,369,639

Fuente: MEGAS 2012, MINSAL.

Gasto en comunicación en cambios de comportamiento en población general y población PEMAR

Tabla Nº 11. *Gasto en comunicación en cambios de comportamiento en población general y población PEMAR.*

Fuente	Poblaciones más expuestas	Población General
GOES	$49,264	$355,101
PRIVADO	$8,606	$54,132
EXTERNO	$314,554	$230,785
TOTAL	$372,424	$640,018

Fuente: MEGAS: 2012, MINSAL.

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

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

El gasto en comunicación para el cambio social y comportamental representa el 5.8% del gasto en prevención (1.4% menos que lo gastado en el 2010), pero el gasto dirigido a los grupos PEMAR y a la población general fue del 4.3%. El mayor financiador del presente gasto es el sector externo en un 2.3% del gasto en prevención. (tabla 11).

Gasto en Prevención de la Transmisión Materno Infantil (PTMI)

El gasto en la prevención de la transmisión materno infantil para el año 2012 fue de $1,276,067 lo que representa el 5.4% del gasto en prevención. El mayor porcentaje de gasto dentro de PTMI está dirigido al Asesoramiento y pruebas para embarazadas en un 77% ($986,655). Del total del gasto en Prevención Vertical, ha sido el sector público el que más ha invertido en la estrategia (76.8%). (Ver tabla 12).

En el año 2012, el 69% de las embarazadas se realizaron la prueba del VIH y conocieron sus resultados. La meta planteada para el 2013 fue del 75%, lo que representa una brecha actual de 6 puntos porcentuales. La cobertura de control prenatal en mujeres de 10 a 49 años de edad fue del 90.7% en el ámbito nacional.[18]

El año 2012, 8 recién nacidos fueron diagnosticados con infección de VIH, y en los últimos 5 años 61 niños y niñas menores de 10 años han sido diagnosticados VIH positivos.

18 Fuente: Memoria de Labores 2011-2012 MINSAL

A pesar que el gasto en PTMI ha tenido un porcentaje bajo, los logros obtenidos en la ejecución del mismo son altos, sin embargo es necesario realizar acciones para alcanzar las metas planteadas: mejorar el control prenatal, fortalecer las oportunidades para testeo, identificación precoz de la embarazada, aumentar la capacidad de laboratorios clínicos de realizar la prueba del VIH y monitoreo continuo de los casos.

Tabla Nº 12. *Gasto en Prevención de la Transmisión Vertical Madre-Hijo/Hija*

PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO-INFANTIL (PTMI)				
CATEGORIA DE GASTO	SECTOR PÚBLICO	SECTOR PRIVADO	SECTOR INTERNACIONAL	TOTAL GENERAL
Asesoramiento y pruebas para mujeres embarazadas en programas de PTMI	$980,815	$0	$5,840	$986,655
Prácticas seguras de alimentación de lactantes (incluidos los sucedáneos de la leche materna)	$0	$0	$84,177	$84,177
Profilaxis antirretrovírica para embarazadas VIH-positivas y recién nacidos	$2,000	$0	$0	$2,000
Prácticas de parto como parte de programas de PTMI	$596	$0	$0	$596
PTMI no desglosada por intervención	$64,662	$6,000	$105,557.75	$176,220
Comercialización social del preservativo y suministro de preservativos masculinos y femeninos como parte de programas de PTMI	$8,270	$0	$13,007	$21,277
Actividades de PTMI s.c.o.	$5,142	$0	$0	$5,142
Total	$1,061,485	$6,000	$208,582	$1,276,067

Fuente: MEGAS 2012, MINSAL.

Gasto en Prevención en Jóvenes escolarizados y no escolarizados.

El gasto reportado para la prevención del VIH en jóvenes escolarizados y no escolarizados es de $909,974, lo que representa el 3.9% del gasto total en prevención, casi un punto porcentual arriba que en el año 2010. El gasto dirigido a los jóvenes escolarizados representa el 73% del gasto en prevención en jóvenes, el 26% corresponde al gasto en la prevención del VIH en jóvenes no escolarizados. El sector público ha aportado el 15.5% del gasto en jóvenes y el sector externo el 83%. (Ver tabla No. 13).

Tabla Nº 13. *Gasto en Prevención en Jóvenes Escolarizados y no Escolarizados*

SUB CATEGORIA	SECTOR PÚBLICO	SECTOR PRIVADO	SECTOR EXTERNO	TOTAL
Prevención – jóvenes escolarizados	$140,670	$7,160	$522,855	$670,685
Prevención – jóvenes no escolarizados	$1,001	$0	$238,288	$239,289
Total	$141,671	$7,160	$761,143	$909,974

Fuente: MEGAS 2012, MINSAL.

Gasto en Prevención y Tratamiento de ITS

El gasto total en Prevención y Tratamiento de ITS para el año 2010, fue de $ 3,031,064, y para el año 2012 fue de $1,898,249.00 distribuido en las siguientes categorías: Prevención y tratamiento de ITS como parte de la prevención de la transmisión del VIH dirigida a PVV con un gasto estimado de $90,280.00; la segunda categoría en la que se refleja mayor gasto es en la Prevención y tratamiento de ITS como parte de programas para poblaciones accesibles con un monto de $548 ; para Prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS) se refleja un gasto de $1,807,421.00, siendo la categoría que más porcentaje de gasto tuvo en Prevención y Tratamiento de ITS. (Tabla Nº 14)

Tabla Nº 14. *Gasto en Prevención y Tratamiento de ITS*

Prevención y tratamiento de ITS como parte de la prevención de la transmisión del VIH dirigida a PVV	Prevención y tratamiento de ITS como parte de programas para poblaciones accesibles	Prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS)	Total
$90,280.00	$548.00	$1807,421.00	$1,898,249.00

Fuente: MEGAS 2012, MINSAL.

Componente de Atención
Gasto en Atención y Tratamiento

El componente de Atención y Tratamiento hace referencia a todos los gastos, compras, transferencias y la inversión en los que se incurrió para brindar diferentes intervenciones, tales como atención ambulatoria, domiciliaria, atención hospitalaria, tratamiento antirretroviral, apoyo nutricional, odontología, etc. (Ver tabla 15).

Las acciones de atención y tratamiento ocupan el primer lugar del gasto en Sida en El Salvador, con un monto de $30, 487,628 lo que representa el 51.5 % del monto total en Sida. (Ver tabla No. 15) de los cuales el 32.12% corresponden a atención ambulatoria y el 67.72% a atención hospitalaria.

Las acciones se han centralizado en atención y tratamiento, superando con un porcentaje de 11.9% a las de prevención, es importante mencionar que para dar una respuesta efectiva al VIH e ITS se ha continuado fortaleciendo los servicios de Salud y la implementación de la Reforma Integral de Salud, se ha difundido y dotado de flujogramas diagnósticos al primer nivel de atención, incluyendo los ECOS para la detección de casos nuevos de VIH y prevenir la aparición de nuevas infecciones, así como establecer la referencia temprana a las 20 clínicas de atención integral para su evaluación, control y tratamiento, lo que ha contribuido a mejorar la calidad de vida de las personas con VIH y a la disminución de casos de VIH en fase avanzada así como la mortalidad, según datos estadísticos reportados por la DVS en el 2009 se detectaban 6 casos diarios de VIH a 4 casos para el año 2012; así mismo ha logrado que los casos de mortalidad por VIH-Avanzado en el país hayan disminuido de

5.3 en el 2008 a 4.0 en el año 2012, lo que ha permitido mejorar la calidad de vida y prolongar la vida en las personas con VIH.

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

Dentro de los montos mayores en atención y tratamiento se encuentran en las categorías de Servicios de atención hospitalaria no desglosados por intervención con el 65.35% ($19,922,581), seguida de terapia antirretrovírica con el 12.87% ($3,923,232) y en tercer lugar, profilaxis y tratamiento ambulatorios de infecciones oportunistas (IO) con el 11.86% ($3.556.099) del total del componente de atención y tratamiento. Ver tabla Nº 15.

En relación al seguimiento del progreso hacia los Objetivos fijados en la Declaración Política sobre el VIH/sida, vinculado a lograr que 15 millones de Personas que viven con el VIH sigan un tratamiento antirretroviral para 2015, en El Salvador uno de los indicadores reportados para medir el progreso de la Declaración Política para el año 2012, fue: "El Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH avanzada que recibe terapia antirretrovírica", se ha estimado que en El Salvador existen 8,447 personas que necesitan TAR (estimaciones SPECTRUM), pero según registros del SUMEVE se encuentran 6,643 personas con ARV representando el 78.6%, sin embargo en el país todas las personas que acuden a los establecimientos de salud y necesitan tratamiento ARV se les proporciona este servicio y no existe lista de espera. [19] Con este indicador se mide el avance que se tiene en el suministro de la terapia antirretroviral a todas las personas con infección avanzada de VIH. Los datos son recopilados de forma continua en los 20 establecimientos descentralizados de salud, lo que permite monitorear las tendencias en cobertura de la terapia antirretroviral.

Es importante mencionar que en el 2011, se establecieron clínicas descentralizadas en los 3 centros penales que tienen mayor número de privados con VIH, lo que significa un 44 % de crecimiento en lugares que dispensan la TARV y 25% de crecimiento de hospitales que lo hacen.[20]

19 Informe Nacional sobre el Estado de situación del VIH en El Salvador en cumplimiento del Plan nacional de Monitoreo y Evaluación del PENM, Año 2012

20 Informe Nacional de Progreso en la Lucha Contra El Sida, El Salvador 2012

Tabla Nº 15. *Atención y tratamiento*

Subcategorias de Atención	Fuente Publica	Fuente Privada	Fuente Internacional	Total General	%
Terapia antirretrovírica	$ 2.835.662		$ 1.087.570	$ 3.923.232	12,87
Profilaxis y tratamiento ambulatorios de infecciones oportunistas (IO)	$ 3.432.298	$ 1.648	$ 122.153	$ 3.556.099	11,66
Vigilancia de laboratorio específica relacionada con el VIH	$ 1.213.122	$ -	$ 567.883	$ 1.781.005	5,84
Apoyo nutricional asociado con la terapia antirretrovírica	$ 130.411	$ 28.254	$ 26.929	$ 185.594	0,61
Tratamiento psicológico y servicios de apoyo	$ 109.329	$ 5.000	$ 38.647	$ 152.976	0,50
Atención domiciliaria	$ 27.509	$ 60.325	$ 46.165	$ 133.999	0,44
Programas de atención odontológica para PVV	$ 54.848	$ -	$ 2.947	$ 57.795	0,19
Servicios de atención hospitalaria no desglosados por intervención	$ 19.835.365	$ -	$ 87.216	$ 19.922.581	65,35
Tratamiento hospitalario de infecciones oportunistas (IO)	$ 517.835	$ -	$ 464	$ 518.299	1,70
Servicios de atención hospitalaria s.c.o.	$ 1.376	$ 1.500	$ 83.990	$ 86.866	0,28
Atención paliativa hospitalaria	$ 124.094	$ -	$ -	$ 124.094	0,41
Servicios de atención y tratamiento no desglosados por intervención	$ 43.088	$ -	$ 2.000	$ 45.088	0,15
Total Atención y tratamiento	$ 28.324.937	$ 96.727	$ 2.065.964	$ 30.487.628	100,00

Fuente: MEGAS 2012, MINSAL.

Gasto por atención ambulatoria, por tipo de población con VIH, PEMAR, niños, mujeres y hombres.

El gasto en atención es uno de los componentes con mayores montos en general, representa el 51.5% del gasto total erogado, al dividirla por tipo de atención, se ha estimado que el 32.12% representa a la ambulatoria y el 67% a la Hospitalaria. El porcentaje de gasto de atención ambulatoria destinado a Personas que viven con el VIH no desglosadas por edad ni por sexo es del 91.9%, ocupando el primer lugar en la atención ambulatoria. (Ver tabla No. 16)

Dentro de Atención ambulatoria, las categorías con mayores gastos son: Tratamiento antirretroviral con 12.87%; Profilaxis y tratamiento ambulatorios de infecciones oportunistas con 11.66% y Vigilancia de laboratorio específica relacionada con el VIH cuyos porcentaje es de: 5.84%. (Ver tabla 15)

Tabla Nº 16. *Atención y tratamiento ambulatorio por tipo de población con VIH, niños, mujeres y hombres.*

Atención y tratamiento ambulatorio por tipo de población con VIH, niños, mujeres y hombres.	Monto	%
Varones adultos y jóvenes (de 15 años en adelante) que viven con el VIH	$ 124.118	1,32
Mujeres adultas y jóvenes (de 15 años en adelante) que viven con el VIH	$ 176.749	1,89
Adultos y jóvenes (de 15 años en adelante) que viven con el VIH no desglosados por sexo	$ 5.623	0,06
Niños varones (menores de 15 años) que viven con el VIH	$ 219.916	2,35
Niñas (menores de 15 años) que viven con el VIH	$ 220.919	2,36
Niños (menores de 15 años) que viven con el VIH no desglosados por sexo	$ 11.081	0,12
Personas que viven con el VIH no desglosadas por edad ni por sexo	$ 8.613.701	91,91
Total	$ 9.372.107	100,00

Fuente: MEGAS 2012, MINSAL.

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

El tratamiento ambulatorio de infecciones oportunistas (IO), constituye el segundo lugar en el gasto en atención ambulatoria (11.66%). Es importante destacar que la principal fuente Financiera para la atención y tratamiento, tanto ambulatorio como hospitalario, corresponde al sector público.

Del total del gasto ambulatorio, $ 9.372.107 se destinaron para la atención de infecciones oportunistas para población de personas con VIH en un 99.53% y en relación a las Poblaciones más expuestas, el porcentaje estimado fue de: 0.48 % (Ver Tabla 17).

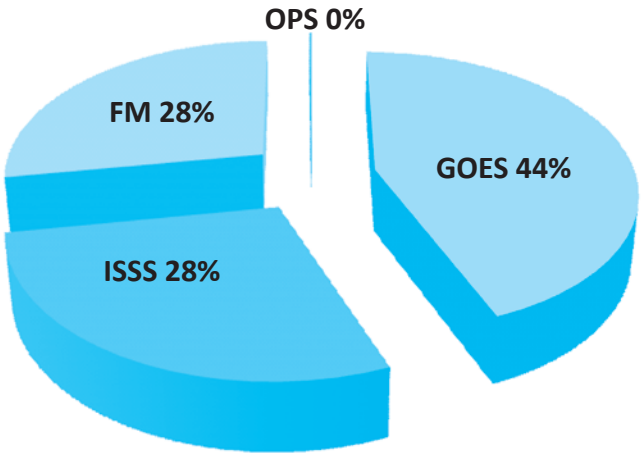
Tabla Nº 17. *Tratamiento ambulatorio para infecciones oportunistas por población PEMAR, PVS*

Tratamiento ambulatorio para infecciones oportunistas por poblacion PEMAR, personas con VIH	TOTAL	%
Varones adultos y jóvenes (de 15 años en adelante) que viven con el VIH	$ 70.772	2,07
Mujeres adultas y jóvenes (de 15 años en adelante) que viven con el VIH	$ 124.113	3,63
Niños varones (menores de 15 años) que viven con el VIH	$ 120.189	3,51
Niñas (menores de 15 años) que viven con el VIH	$ 120.189	3,51
Niños (menores de 15 años) que viven con el VIH no desglosados por sexo	$ 6.805	0,20
Personas que viven con el VIH no desglosadas por edad ni por sexo	$ 2.961.476	86,60
Poblaciones más expuestas no desglosados por tipo	$ 15.019	0,44
Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH)	$ 1.200,00	0,04
TOTAL	$ 3.419.763,00	100

Fuente: MEGAS 2012, MINSAL.

Gasto en ARV en adultos y niños

Gráfico Nº 21. *Gasto en ARV por fuente de financiamiento*



Fuente: MEGAS 2012

Para el año 2012, El Salvador cuenta con la estandarización de los siguientes esquemas:

a) Primera línea: Inicios para adultos, embarazadas y niños,

b) Segunda Línea para adultos y niños,

c) Tercera Línea para adultos y niños

d) Esquemas de profilaxis pos exposición laboral al VIH, e) y la estandarización de esquemas de profilaxis pos exposición al VIH, por abuso sexual, logrando el objetivo de mejorar la calidad y cantidad de vida en las personas con VIH.

A diciembre de 2012, se encontraban 6,763 personas activas en tratamiento antirretroviral, a quienes se les dispensa cada mes su tratamiento en los 20 hospitales que brindan atención a personas con infección por VIH. Es decir cada día el Ministerio, entrego 340 tratamientos antirretrovirales.

En el 2012 se oficializa el comité de farmacovigilancia, cuyo objetivo es evaluar de forma continua la información y evidencia disponible sobre la seguridad y efectividad de los medicamentos antirretrovirales, posibilitando así la adopción de las medidas oportunas, de manera de asegurar que los fármacos antirretrovirales presenten una relación beneficio-riesgo favorable para la población con infección por VIH.

El gasto en terapia antirretroviral para adultos es uno de los montos más altos en el rubro de atención y tratamiento. La Terapia para adultos en El Salvador incluye terapia antirretroviral de primera línea, terapia antirretroviral de segunda línea y terapia antirretroviral con múltiples fármacos, utilizada después del fracaso del tratamiento de segunda línea.

El gasto total realizado en terapia antirretroviral para adultos y niños fue de $3, 923,232, lo que corresponde al 12.87% del monto erogado para atención. El financiamiento para ARV tiene tres fuentes: El 44% ($1,725266) es financiado por fondos del Gobierno de El Salvador, el 28% (1,110396) por el Instituto Salvadoreño del Seguro Social y el 28% (1,081,570) es financiado por el Proyecto del Fondo Mundial y un mínimo porcentaje para OPS, quien apoyo con $6,000. (Ver gráfico 21 y tabla 18). Hay que destacar que para el 2012, el tratamiento que se brinda en el país, proviene en un mayor porcentaje de fondos propios del Gobierno de El Salvador (44%) lo que demuestra la responsabilidad que está tomando el Gobierno de no llegar a depender de otras fuentes para el financiamiento de los antirretrovirales.

Tabla Nº 18. *Fuente de Financiamiento de ARV*

Fuente de Financiamiento	Monto	%
GOES	$ 1.725.266,00	43,98
ISSS	$ 1.110.396,00	28,30
FM	$ 1.081.570,00	27,57
OPS	$ 6.000,00	0,15
TOTAL	$3.923.232,00	100,00

El gasto realizado en terapia antirretroviral para adultos fue de $ 3,923,232 que corresponde al 43.98% del gasto total en ARV.

El gasto realizado en terapia antirretroviral para niños y niñas es de $ 176.493, lo que corresponde al 4.5% del gasto en ARV, (Ver Tabla 19).

Tabla Nº 19. *Gasto en terapia antirretroviral en adultos y niños*

Terapia antirretrovírica					
Terapia antirretrovírica para adultos	**Fuente Pública**	**Fuente Privada**	**Fuente Internacional**	**Total General**	**%**
Terapia antirretrovírica de primera línea – adultos	$ 249.013	$ -	$ -	$ 249.013	6,35
Terapia antirretrovírica de segunda línea – adultos	$ 800.698	$ -	$ -	$ 800.698	20,41
Terapia antirretrovírica con múltiples fármacos para adultos después del fracaso del tratamiento de segunda línea	$ 60.685	$ -	$ -	$ 60.685	1,55
Terapia antirretrovírica para adultos no desglosada por línea de tratamiento	$ 192	$ -	$ -	$ 192	0,00
Terapia antirretrovírica pediátrica no desglosada por línea de tratamiento	$ 174.493	$ -	$ 2.000	$ 176.493	4,50
Terapia antirretrovírica no desglosada por edad ni por línea de tratamiento	$ .550.581	$ -	$ 1.085.570	$ 2.636.151	67,19
Total Terapia antirretrovírica	$ 2.835.662	$ -	$ 1.087.570	$ 3.923.232	100,00

Fuente: MEGAS 2012, MINSAL.

Gasto en apoyo nutricional asociado a terapia antirretroviral por población PEMAR, PVS.

Tabla Nº 20. *Gasto en apoyo nutricional asociado a terapia retroviral por población PEMAR, PVS*

Gasto en apoyo nutricional asociado a terapia antirretroviral por población PEMAR, PVS.	Total	%
Varones adultos y jóvenes (de 15 años en adelante) que viven con el VIH	$12.547,00	10,28
Mujeres adultas y jóvenes (de 15 años en adelante) que viven con el VIH	$9.628,00	7,89
Adultos y jóvenes (de 15 años en adelante) que viven con el VIH no desglosados por sexo	$1.000,00	0,82
Niños varones (menores de 15 años) que viven con el VIH	$3.751,00	3,07
Niñas (menores de 15 años) que viven con el VIH	$3.753,00	3,08
Personas que viven con el VIH no desglosadas por edad ni por sexo	$91.332,00	74,86
Total	$122.011,00	100,00

Fuente: MEGAS 2012, MINSAL.

El gasto en apoyo nutricional asociado a la terapia antirretroviral en Personas con VIH es de $122,011 lo que corresponde al 0.61% del monto total en el componente de Atención y Tratamiento.

Este gasto corresponde a la compra de sucedáneos de leche materna para hijos e hijas de madres con VIH, Ensure para adultos con VIH, entre otros. El porcentaje más alto del gasto se ha realizado en personas con VIH. (Ver Tabla 20).

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

El gasto en hospitalización por infecciones oportunistas por tipo de población PEMAR Y Personas con VIH es del 1.70% ($518.299,00) del gasto en Atención y tratamiento. El gasto total del rubro corresponde a personas con VIH. No hay datos desagregados por poblaciones más expuestas. (Ver tabla No. 21)

Los mayores porcentajes de gasto en Sida corresponden al gasto por Servicios de atención hospitalaria no desglosados por intervención, con un 65.35% y el gasto ambulatorio en infecciones oportunistas, con un 11.6%, en el caso del tratamiento hospitalario de infecciones oportunistas (IO) el gasto reflejado es el 1.70%, sin embargo es importante recalcar que la fuente de datos para este rubro brinda información generalizada y no detalla las subcategorías de atención y se agrupa en servicios de atención no desglosado por intervención. (ver tabla 15)

Tabla Nº 21. *Gasto en hospitalización por infecciones oportunistas por tipo de población PEMAR, y Personas con VIH*

Gasto en hospitalización por infecciones oportunistas por tipo de población PEMAR, Personas con VIH	Total	%
Mujeres adultas y jóvenes (de 15 años en adelante) que viven con el VIH	164.019,00	32
Personas que viven con el VIH no desglosadas por edad ni por sexo	356.816,00	68
Mujeres y varones adultos y jóvenes (de 15 años en adelante) que viven con el VIH	232,00	0
Niñas y niños varones (menores de 15 años) que viven con el VIH	232,00	0
PEMAR	0	0
Total	$518.299,00	100

En la Tabla 22 se demuestra que los principales beneficiarios en la categoría de Hospitalización son las personas con VIH desglosándose en grupos de edad y sexo.

Tabla Nº: 22 *Gasto en hospitalización por tipo de población con VIH*

Gasto en hospitalización por tipo de población PVS	Total	%
Varones adultos y jóvenes (de 15 años en adelante) que viven con el VIH	$116,00	0,00
Mujeres adultas y jóvenes (de 15 años en adelante) que viven con el VIH	$199.168,00	0,97
Adultos y jóvenes (de 15 años en adelante) que viven con el VIH no desglosados por sexo	$8.406,00	0,04
Niños y niñas (menores de 15 años) que viven con el VIH	$232,00	0,00
Personas que viven con el VIH no desglosadas por edad ni por sexo	$20.427.885,00	98,99
Total	$20.635.807,00	100,00

Componente de Huérfanos y Niños Vulnerables (HNV)

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

Según estudio realizado en el año 2011 sobre la "Situación Socio-económica y de Salud de los Niñas y Niños Huérfanos, Infectados y Afectados por causa del VIH-Sida en El Salvador, en el año 2011" se han diagnosticado 322 casos (33.2%) VIH (+) y 32 casos (3.3%) de Sida y de estos 203 casos (20.9%) se identificaron como huérfanos por pérdida de uno de sus padres o por ambos por causa del Sida. En relación a la situación de niños y niñas huérfanos por VIH identificados (203), el 33.3% han fallecido ambos padres, y el 33.5% ha fallecido la madre. El 66.5% de niño/as se encuentran entre los 6 y 18 años. El 13.3% son menores de 5 años. Esto enfoca a la atención de una población de niño/as huérfanos en una etapa hacia y en la adolescencia.

El 58% de los niño/as huérfanos proceden de los departamentos de San Salvador 40.9%, y los departamentos de La Paz (8.9%), La Libertad y Sonsonate con el 7.9% respectivamente. El 70% se ubican en la zona urbana; esta situación coincide con los datos de la población en general. El sexo masculino predomina 54.2%. La mayor parte de los niño/as estan a cargo de los abuelos (32.5%), solamente el 20.7% viven con la madre, el 19.2% con los tíos, 12.8% con el padre y un 13% con otros familiares y no parientes. La mayoría asisten regularmente a la consulta de control al HNBB-CENID. En muchos casos la asistencia irregular a tratamiento está relacionada con la falta de recursos económicos para el traslado al centro de atención, principalmente las familias en extrema pobreza y de los departamentos más lejos de San Salvador. El 75.4% de niña/os se registra una condición de salud como: asintomático, en buen estado de salud. La mayoría están recibiendo tratamiento antirretroviral en el HNBB- CENID.

-Las instituciones identificadas que proporcionan mayor apoyo a las familias está el MINSAL con atención médica y entrega de medicamentos, el MINED con servicios educativos, uniformes y calzado, el ISNA. Así como, Fundación Inocencia que les proporciona para transporte a las consultas, alimentos, implementos personales. Las Asociaciones religiosas e iglesias les proporcionan apoyo con vivienda y alimentos.

Entre la oferta de servicios de las instituciones gubernamentales y ONG´s para la atención a las niño/as huérfanos por causa del VIH, se identifica al MINSAL a través del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH-Sida, que ha incrementado las acciones de prevención primaria y secundaria en los servicios de salud, en la adherencia a los ARV, autocuidado y consejería. En la atención a las mujeres VIH positivo, embarazadas con VIH positivo. En la atención del parto por cesárea, alimentación con sucedáneos de la leche materna a los recién nacidos para la prevención de la transmisión madre-hijo. La disponibilidad de protocolos de atención, la disponibilidad de medicamentos ARV con acceso universal, 20 clínicas de terapia antirretroviral (TAR) que operan el país.

-El HNBB-CENID es el principal centro de atención de los niño/as huérfanos, proporcionan atención integral con equipo profesional multidisciplinario especializado y con una infraestructura diseñada adecuadamente para el manejo de los pacientes. Los niños atendidos son casos de VIH positivo, Sida, exposición perinatal y casos de abuso sexual. Los niños reciben atención integral especializada en el Hospital y seguimiento ambulatorio en el CENID-HNBB. Las áreas de atención son pediatría e infectología pediátrica, enfermería, psicología, nutrición, odontología, servicio social, farmacia, educación en salud, exámenes de gabinete y laboratorio clínico. La población atendida en este centro clínicamente e inmunológicamente en su mayoría se encuentran estables en rangos entre el 90-95% y los tratamientos han sido efectivo, disminuyendo la mortalidad en los últimos tres años.

-La Fundación Inocencia se ocupa del apoyo de niños con VIH-Sida, a partir del 2004, realiza sus aportes a través del CENID, como apoyo administrativo; dotación de medicamento y pruebas de laboratorio; subsidio de transporte para la asistencia y adecuado tratamiento de los niñ/aos. Talleres de expresión con actividades lúdicas y terapéuticas; ayuda a familias en condiciones de extrema pobreza; dotación de enseres de uso doméstico.

En el país se identifican dos Hogares-albergues para atención a niño/as huérfanos por el VIH estos son el "Hogar Reyna Sofía, Mensajeros de la Paz" en San

Martín y el "Hogar Jardín de Amor" en Zacatecoluca. El Hogar "Jardín de Amor" es administrado por una congregación de Hermanas religiosas, y tiene apoyo del ISNA, proporciona atención con personal capacitado de acuerdo a la disponibilidad de recursos. Para el 2011, se encontró que el Hogar Jardín de Amor atendía a 13 niños, coordinando con diferentes instituciones y asociaciones para la atención de los infantes y provee servicios de educación, alimentación y servicios médicos a todos los niños y niñas internos. La tendencia actual es que el ISNA está "desinstitucionalizando" a los niño/as, entregándolos a familiares y en otros casos en hogares sustitutos, de acuerdo a la legislación vigente, Ley LEPINA.

El "Hogar Reina Sofía, Mensajeros de la Paz" alberga a niños infectados por el VIH/SIDA. Para el 2011 se albergaban 16 niños/as, a quienes se les brinda atenciones en las áreas de salud física, área nutricional, educativa y psicológica, para que los niños puedan ingresar es necesario que el ISNA, refiera los niños y las niñas con la condición de ser portadores del virus de VIH y /o tener Síndrome de Inmunodeficiencia Humana, ser abandonados o tener el riesgo de que se vulneren sus derechos.

Según la estimación de gastos en sida 2012, los gastos dirigidos al componente de Huérfanos y Niñez Vulnerable, comprende las siguientes categorías: educación, apoyo a la familia/al hogar, servicios sociales y costos administrativos y atención institucional. El gasto total encontrado para este componente es de $ 230,853.00 lo que representa el 0.4% del gasto total del Gasto en Sida. Dentro del componente, el mayor gasto realizado en el año 2012 es el referido a la atención institucional para HNV con un porcentaje del 78.5% ($181,315) del monto del componente de HNV, seguido de Educación para HNV un porcentaje de 15.3% ($35,255), Atención básica de la salud para HNV con el 5.3% ($12,296) y finalmente Apoyo a la familia/al hogar para HNV con el 0.5% ($1,180) del gasto en HNV. (Ver Tabla 23)

Tabla Nº 23. *Gasto en Huérfanos y Niñez Vulnerable*

Huérfanos y niños vulnerables (HNV)	Fuente Pública	Fuente Privada	Fuente Internacional	Total General
Educación para HNV	$ 324.00	$ 1,328.00	$ 33,603.00	$ 35,255.00
Atención básica de la salud para HNV	$ -	$ 864.00	$ 11,432.00	$ 12,296.00
Apoyo a la familia/al hogar para HNV	$ 80.00	$ -	$ 1,100.00	$ 1,180.00
Apoyo comunitario para HNV	$ -	$ -	$ 671.00	$ 671.00
Atención institucional para HNV	$ 179,690.00	$ 1,625.00	$ -	$ 181,315.00
Servicios para HNV no desglosados por intervención	$ 136.00	$ -	$ -	$ 136.00
Huérfanos y niños vulnerables (HNV)	$ 180,230.00	$ 3,817.00	$ 46,806.00	$ 230,853.00

COMPONENTE DE GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROGRAMAS

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

El componente de Gestión y Administración de Programas, evidenció un gasto de $2, 977, 746, lo que representa el 5.3% del total del gasto en sida. Dentro de las subcategorías derivadas de este componente, se encontró que la que representa mayor gasto fue: Planificación, coordinación y gestión de programas con el 41.2% ($1, 225, 414), en segundo lugar fue, Costos de administración y transacción asociados con la gestión y el desembolso de fondos con un 25.1% ($ 746,538); en tercer lugar, se encontró: Tecnología de la información con un 8.4% ($250,726), seguido de vigilancia y evaluación con el 7.9%($ 236,281), Vigilancia serológica (serovigilancia) con el 7.1% ($211, 293) (Ver Tabla No. 24)

Tabla Nº 24. *Componente de Gestión y Administración de Programas.*

Gestion y administración de programas	Fuente publica	Fuente privada	Fuente internacional	Total general
Planificación, coordinación y gestión de programas	$ 288,716	$ 265,611	$ 671,087	$ 1225,414
Costos de administración y transacción asociados con la gestión y el desembolso de fondos	$ 75,664	$ 119,014	$ 551,860	$ 746,538
Vigilancia y evaluación	$ 105,492	$ -	$ 130,789	$ 236,281
Investigación de operaciones	$ -	$ -	$ 45,619	$ 45,619
Vigilancia serológica (serovigilancia)	$ 3,800	$ -	$ 207,493	$ 211,293
Vigilancia de la farmacorresistencia al VIH	$ -	$ -	$ 35,343	$ 35,343
Sistemas de suministros de fármacos	$ -	$ -	$ 20,034	$ 20,034
Tecnología de la información	$ -	$ 455	$ 250,271	$ 250,726
Seguimiento de pacientes	$ 578	$ 144	$ 119,389	$ 120,111
Mejora y construcción de infraestructura	$ 13,400	$ 2,477	$ 500	$ 16,377
Pruebas del VIH obligatorias (no APV)	$ 625	$ -	$ 2,513	$ 3,138
Gestión y administración de programas no desglosadas por tipo	$ 66,872	$ -	$ -	$ 66,872
TOTAL	$ 555,147	$ 387,701	$ 2034,898	$ 2977,746

Componente de Recursos Humanos

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

El componente de Recursos Humanos representa el 1.0% ($ 607,086) del monto total en Sida. El rubro de Capacitaciones representa el mayor gasto del rubro con un 64.1%, ($ 389,231), Incentivos monetarios para recursos humanos con un 32.8% ($199,369) y Formación para fortalecer una fuerza de trabajo sobre el VIH con un 3% ($18,486), (Ver Tabla 25)

Tabla Nº 25. *Recursos Humanos*

Recursos Humanos	Fuente pública	Fuente privada	Fuente internacional	Total general
Incentivos monetarios para recursos humanos	$ 98,964.00	$ 7,667.00	$ 92,738.00	$ 199,369.00
Formación para fortalecer una fuerza de trabajo sobre el VIH	$ 4,486.00		$ 14,000.00	$ 18,486.00
Capacitación	$ 374,751.00	$ 5,900.00	$ 8,580.00	$ 389,231.00
TOTAL	$ 478,201.00	$ 13,567.00	$ 115,318.00	$ 607,086.00

Componente de Protección Social y Servicios Sociales

La protección social comprende los servicios sociales personales y la seguridad social. Incluye gastos en servicios y transferencias proporcionados no sólo a personas individuales sino también a hogares, además de los gastos por servicios prestados. El componente de Protección Social para el año 2012, ha sido financiado en su mayor porcentaje por el sector internacional y fue dirigido a la protección a través de servicios en especie y servicios de protección social y servicios sociales no desglosados. (Ver tabla 26)

El monto total del componente de Protección Social y Servicios Sociales es del 0.2% ($141,437) del gasto en Sida, el porcentaje más alto de este componente fué Protección social a través de beneficios en especie, esta categoría se refiere a los gastos realizados en seguridad, alimentaria, cajas de alimentos (no asociadas con el apoyo nutricional para ARV), transporte y cupones de alimentos y otro tipo de apoyo en especie para personas VIH-positivas. Esta subcategoría refleja un porcentaje de 46.8% ($ 66,238), en segundo lugar: Protección social a través de la provisión de servicios sociales con un 45 % ($ 63,700) se refiere al desarrollo de actividades destinadas a la mitigación social para las personas que viven con el VIH y sus familias. El País, Continua pendiente el diseño de una línea que permita la inserción de las personas con VIH dentro del esquema de protección social del país

Tabla Nº 26. *Protección Social*

Protección social y servicios sociales (excluidos los HNV)	Fuente publica	Fuente privada	Fuente internacional	Total general
Protección social a través de beneficios monetarios	$ -	$ 3,267	$ 8,200	$ 11,467
Protección social a través de beneficios en especie	$ 1,540	$ 23,512	$ 41,186	$ 66,238
Protección social a través de la provisión de servicios sociales	$ 5,482	$ 4,929	$ 53,289	$ 63,700
Servicios de protección social y servicios sociales s.c.o.	$ 32	$ -	$ -	$ 32
Total protección social y servicios sociales (excluidos los HNV)	$ 7,054	$ 31,708	$ 102,675	$ 141,437

Entornos Favorables (Derechos Humanos)

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

El monto total de este componte para el año 2012 fue de $422,334.00, (Ver tabla 27) pero para las poblaciones más expuestas al VIH y Personas con VIH el monto del gasto erogado fue de $ 150,433.00, correspondiendo al 35.62%. (Ver tabla 28) La sensibilización en el tema del VIH y No Estigma y Discriminación es la categoría que más porcentaje de gasto ha tenido con un 54.2%, en segundo lugar los programas de Derechos Humanos con un 40%, lo que equivale a $168,814.00.

Tabla Nº 27. *Entorno Favorable*

Entorno favorable	Fuente publica	Fuente privada	Fuente internacional	Total general	%
Sensibilización	$ 20,348.00	$ 4,605.00	$ 203,809.00	$ 228,762.00	54.2
Programas de derechos humanos	$ 36,622.00	$ 10,251.00	$ 121,941.00	$ 168,814.00	40
Desarrollo institucional específico del sida	$ -	$ -	$ 14,810.00	$ 14,810.00	3.5
Entorno favorable no desglosado por tipo	$ 1,988.00		$ -	$ 1,988.00	0.5
Entorno favorable s.c.o.	$ 7,960.00	$ -	$ -	$ 7,960.00	1.9
Entorno favorable	$ 66,918.00	$ 14,856.00	$ 340,560.00	$ 422,334.00	100

Tabla Nº 28. *Gastos en Programas de Derechos Humanos dirigidos a Población PVS y PEMAR*

GASTOS EN PROGRAMAS DE DERECHOS HUMANOS DIRIGIDOS A POBLACION PVS Y PEMAR	
Poblaciones más expuestas no desglosadas por tipo	$ 83,928.00
Personas con VIH, no desglosadas por edad ni por sexo	$ 66,505.00
Total	$ 150,433.00

Investigación

Tabla Nº 29. *Gasto en Investigación relacionado con el VIH*

Investigación relacionada con el VIH (excluida la investigación de operaciones)	Fuente publica	Fuente privada	Fuente internacional	Total general
Investigación clínica	$ -	$ -	$ 70,000	$ 70,000
Investigación epidemiológica	$ 34		$ 311,180	$ 311,214
Investigación en ciencias sociales	$ -	$ 10,395	$ 428,164	$ 438,559
Actividades de investigación relacionada con el VIH no desglosadas por tipo	$ -	$ -	$ 67,831	$ 67,831
Actividades de investigación relacionada con el VIH s.c.o.	$ -	$ -	$ 2,300	$ 2,300
Investigación relacionada con el VIH (excluida la investigación de operaciones)	$ 34	$ 10,395	$ 879,475	$ 889,904

Las actividades de investigación dirigidas a las personas con VIH fueron realizadas en tres categorías: en investigación clínica, epidemiológica y en investigación comportamental. Para Poblaciones PEMAR, se realizaron investigaciones en epidemiologia, Investigación comportamental, en ciencias sociales no desglosadas por tipo actividades de investigación relacionada con el VIH no desglosadas por tipo. (Ver tabla 30).

Es importante resaltar que en el rubro de investigación la inversión se destinó a las poblaciones en más alto riesgo, ya que del total del gasto del componente, para el año 2012 fue de 75.6%. Las subcategorías con gastos más altos fueron la investigación en ciencias sociales con un 49.3% y la investigación epidemiológica con un 35.0% (Tabla 29).

Tabla Nº 30. *Gasto en Investigación para Personas con VIH y Grupos de PEMAR*

Categorías	Investigación clínica	Investigación epidemiológica	Investigación comportamental	Investigación en ciencias sociales no desglosada por tipo	Actividades de investigación relacionada con el VIH no desglosadas por tipo	Total
Poblaciones más expuestas no desglosadas por tipo	$ -	$ 111,166.00	$ 248,627.00	$ 14,737.00	$ 25,389.00	$ 399,919.00
Personas con VIH, no desglosadas por edad ni por sexo	$ 70,000.00	$ 48,590.00	$ 10,395.00	$ -	$ -	$ 128,985.00
Total	$ 70,000.00	$ 159,756.00	$ 259,022.00	$ 14,737.00	$ 25,389.00	$ 528,904.00

Fuente MEGAS 2012, MINSAL.

GASTO POR BENEFICIARIOS:

La gráfica Nº 22 demuestra que el grupo beneficiario con mayor gasto en la respuesta nacional al VIH fue para las personas con VIH, captando el 64% de los fondos gastados durante el 2012, lo que evidencia que la demanda de servicios de Atención y tratamiento, es mayor entre las personas de esta población; al referirnos al grupo de población general, se visualiza lo invertido en acciones de prevención.

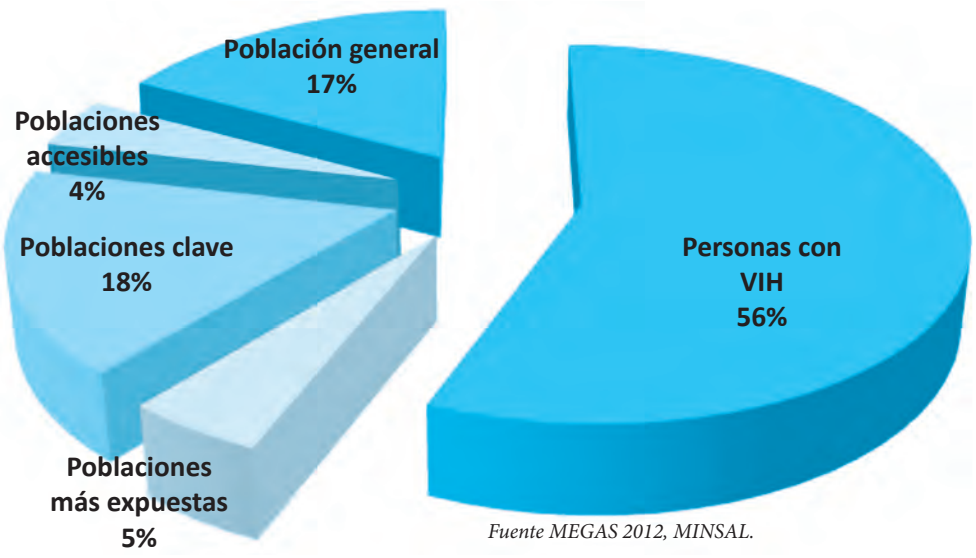
En total, las acciones dirigidas a este grupo poblacional representan el 17% del gasto en VIH. En cuanto a las Poblaciones más expuestas (aquellas expuestas a un mayor riesgo de adquirir el VIH) en la que se cuentan los trabajadoras (es) del sexo (TS) y sus clientes, Hombres que tiene sexo con hombres (HSH), población trans, la inversión en este grupo, corresponde al 5% del total, sin embargo es importante hacer notar que existe subregistro con el monto reflejado para este grupo ya que en el año 2012, aun no se contaba con un instrumento de vigilancia sanitaria que recolectará la información para estas poblaciones, se están creando instrumentos o formularios que recopilaran esta información a través del SUMEVE para los próximos años, lo que fortalecerá la vigilancia así como el registro de las acciones que el personal del MINSAL está realizando para cubrir este grupo poblacional.

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

Con respecto a Poblaciones Clave o poblaciones vulnerables, tales como: huérfanos, niños nacidos o por nacer de madres positivas, poblaciones móviles, privados de libertad, conductores de camiones, niños y jóvenes que viven en la calle, niños y jóvenes no escolarizados entre otros y receptores de sangre, demandaron un 18 % de lo invertido.

En tanto al rubro de Poblaciones accesibles específicas que incluye niños y jóvenes Escolarizados, estudiantes universitarios, personal de salud, personal uniformado (marinos, policías y ejército) le fue designado un 4% del monto total

GRÁFICO No. 22. *Gasto por Beneficiarios*



Fuente MEGAS 2012, MINSAL.

VII. CONCLUSIONES

- Según lo planteado en el presupuesto del PENM 2011-2015 se necesitan 26 millones anuales para el desarrollo de las actividades de atención y tratamiento y a través del MEGAS 2012 se ha evidenciado que el gasto cubierto fue de 30 Millones para dicha área programática, lo que indica que se están cubriendo las estrategias planteadas.

- En cuanto al gasto que el país está realizando en el tema del VIH se evidencia un incremento en los últimos 5 años, pues se ha pasado de un gasto en el 2008 de $41.2 Millones a $59.2 Millones durante 2012, es decir $18 Millones más en este período.

- El Plan Estratégico Nacional Multisectorial 2011-2015, para el período en su costeo requiere una inversión de $66 Millones anuales, el gasto para el año 2012, fue de 59.2 millones lo que implica que existe una brecha de $6.8 Millones, lo que se espera cubrir con el apoyo de Proyectos como el Fondo Mundial.

- Una de las áreas que ha tenido un incremento importante en los últimos años es la prevención en donde se pasó de $9.6 Millones en el 2008 a $23.4 Millones en el 2012. Es decir que de $59.2 Millones invertidos en el año 2012, el 39.6% corresponde a prevención, esto sin detrimento en la Atención y Tratamiento, en donde también se pasó de $26.3 Millones en el 2008 a $30.4 Millones en el 2012.

- Se identificaron las fuentes de financiamiento con que cuenta el país, tanto públicas, privadas e internacionales, que permiten una mejor visualización del funcionamiento de asignación del gasto en diferentes áreas. El porcentaje más alto del gasto fue del sector público, sobre todo en las acciones de atención y tratamiento en un 68.7%. El sector internacional apoyó con mayor énfasis las acciones de prevención en un 60.04%

- Dentro del componente de Prevención, la seguridad hematológica fue el componente con mayor gasto presentado (32%), proveniente en su mayor porcentaje del sector público. Es importante mencionar que desde hace varios años, no se ha detectado infección por VIH a través de transfusiones sanguíneas, lo que sugiere que la inversión ha obtenido los resultados esperados.

- En segundo lugar fue asesoramiento y pruebas voluntarias con un 25% del gasto erogado para prevención.

- Uno de los componentes más exitosos es la Prevención en la Transmisión Materno Infantil, el gasto en este componente ha sido bajo (6%), sin embargo los logros en la prevención han dado los resultados esperados.

- Los componentes que menor gasto presentaron fueron: Protección Social con 0.2%; Huérfanos y Niños Vulnerables con 0.4% y Entorno Favorable con 0.7%

VIII. Recomendaciones

- Se evidenció que el gasto más alto en sida fue en el componente de atención y tratamiento, con énfasis en la atención ambulatoria y hospitalaria de enfermedades oportunistas, este gasto se no hubiera realizado si la adherencia a la terapia antirretroviral y el seguimiento a los pacientes con TAR contara con las estrategias y acciones necesarias, por lo que se recomienda la revisión del componente de adherencia a las personas que están en TAR y la medición del indicador de sobrevida a los 12 meses, así como realizar estudios en adherencia que permitan crear estrategias que fortalezcan este componente en las personas con TAR.

- Se evidenció un porcentaje del gasto dirigido a las acciones de atención y un porcentaje menor a las acciones de prevención, aunque el componente de prevención tuvo un incremento del 39.6%, sin embargo las acciones no fueron dirigidas a las poblaciones en más alto riesgo al VIH. Por lo que se recomienda la búsqueda de financiamiento para las acciones de prevención en las poblaciones que están descritas en el Plan Estratégico Nacional Multisectorial 2011-2015.

- Las acciones de Protección Social y Atención a Huérfanos y Niños Vulnerables son las que menor porcentaje tuvieron en el gasto total en Sida. La escasa inversión en mitigación del impacto coincide con los resultados obtenidos en la medición del ambiente político (API), que en último estudio realizado en 2009 obtuvo el puntaje de 37, lo cual lo ubica como el componente más débil, posiblemente por las características de la epidemia en el país. Dada la vulnerabilidad de las poblaciones, se recomienda iniciar el abordaje de un "Sistema Nacional de Protección Social" con el componente de responsabilidad social de la empresa privada.

- Las acciones de investigación tuvieron un porcentaje de gasto muy pobre, por lo que se recomienda ejecutar la Agenda de Investigación en VIH y hacer la gestión de recursos y el fortalecimiento encaminada a lograr evidencias para la medición de la respuesta y a identificar nuevas acciones que respondan al VIH.

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

- Las poblaciones en más alto riesgo del VIH, sobre todo la población Trans, están poco visibles en las diferentes categorías de gasto, lo que dificulta estimar el flujo de financiamiento por tipo de población. Se recomienda trabajar en que el sistema de notificación y registro, la información sea desagregada por población en más alta vulnerabilidad al VIH y debidamente desagregada por edad y sexo.

IX. Referencias Bibliográficas

1. El principio de los «Tres unos» para la coordinación de las respuestas nacionales al VIH http://data.unaids.org/UNA-docs/Three-Ones
2. Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH/ITS en poblaciones Vulnerables ECVC) subpoblación transexual, travesti y transgénico.
3. Guía práctica de MEGAS – La pasión y la ética entorno de MEGAS, ONUSIDA, 2009
4. Informe Nacional sobre el estado de situación del VIH en El Salvador en cumplimiento del Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación 2010.
5. Informe de Desarrollo Humano 2010, PNUD
6. Mapa de pobreza y Exclusión social en El Salvador, PNUD 2010.
7. Memoria de Labores 2009-2010 Ministerio de Salud
8. Segundo Informe Nacional de la Situación de Violencia contra las Mujeres, ISDEMU 2010.
9. VI Censo de Población y V Censo de Vivienda Ministerio de Economía 2007
10. Informe de Avance del Proyecto Fondo Mundial Ministerio de Salud, diciembre 2011.
11. Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación 2011-2015. Programa VIH, MINSAL
12. Estudio Medición de Gastos en Sida (MEGAS), Ministerio de Salud 2008

X. ANEXOS

ANEXO Nº 1:

LISTA DE INSTITUCIONES QUE BRINDAN INFORMACIÓN PARA MEGAS 2012

GOES:

NO	INSTITUCIÓN	NO	INSTITUCIÓN
1	Bienestar Magisterial	32	Asafocais
5	FOSALUD	33	ASAPROSAR
6	ISNA	34	Asociación Atlacatl
7	PNC	35	Asociación Entre Amigos
8	Ministerio de Educación	36	ASPIDH
9	Diversidad Sexual de la Secretaria de Inclusión Social	37	ASPS
10	Centros Penales	38	CoCoSI
11	Ministerio de Salud (Nivel Central, Laboratorio Central, Regiones, SIBASIS, Hospitales, Unidades de Salud Comunitaria Familiar, ECOS)	39	Colectivo Alejandria
12	CONASIDA	40	COMCAVIS Trans
AGENCIAS COOPERANTES		41	CONAMUS
13	UNICEF.	42	CONTRASIDA
14	Health Focus	43	Cruz Roja Salvadoreña
15	OPS/OMS, El Salvador	44	Cuerpo de Paz El Salvador
16	UNFPA, El Salvador	45	El Renuevo
17	PASMO, El Salvador	46	Flor de Piedra
18	USAID.	47	Fraternidad Sin Fronteras
19	USAID/PASCA, El Salvador	48	Fundación Huellas
20	CDC El Salvador	49	Fundaciòn Seraphim
21	Cuerpos de Paz	50	FUNDASIDA
22	CAPACITY, Project El Salvador	51	ICM MISERICORDIA
23	Tephinet	52	ICW Capitulo El Salvador
24	Fondo Mundial/PNUD	53	Iglesia Luterana Salvadoreña
25	Fondo Mundial/MINSAL	54	Médicos del Mundo España, Misión El Salvador
26	PNUD	55	Movimiento Estudiantil Cristiano de El Salvador (MEC)
27	ONUSIDA	56	Orquideas del Mar
28	REDCA+, El Salvador	57	Organización de Trabajadoras del Sexo (OTS)
	ONG´S	58	Plan Internacional Inc.
29	ADS	59	Redsal+
30	AGAPE	60	Vida Nueva
31	ANADES	61	Visión Mundial El Salvador

NO	INSTITUCIÓN	NO	INSTITUCIÓN
62	Fundación Nuevos Tiempos	96	Laboratorio Clínico PLAZA REAL (Sucursal No. 2)
63	Visión Propositiva	97	Laboratorio Clínico OLIDISA
LABORATORIOS PRIVADOS		98	Laboratorio Clínico CASA MATRIZ
64	"LCPE, S.A. de C.V.CASA MATRIZ ESCALON -Laboratorio Cínico Profesional Especializado S.A. de C.V.	99	Laboratorio Clínico PEREZ, S.A. DE C.V.
65	"LCPE, S.A. de C.V.SUC. ZACAMIL -Laboratorio Cínico Profesional Especializado S.A. de C.V.	100	Laboratorio Clínico REVERENDO JUAN BUENO
66	Laboratorio Clínico BIOTECNOLOGICO	101	Laboratorio Clínico CENTRO SCAN
67	Laboratorio Clínico REEGAL	102	Laboratorio Clínico CORAZON DE MARIA
68	Laboratorio Clínico DIAZ NAVARRETE	103	Laboratorio Clínico DR. E. FASQUELLE
69	Laboratorio Clínico HOSPITAL DE DIAGNOSTICO ESCALON	104	Laboratorio Clínico MAYA (Casa Matriz)
70	Laboratorio Clínico DAN MUGG SR.	105	Laboratorio Clínico SSAGA
71	Laboratorio Clínico ESPECIALIZADO S.A. (sucursal)	106	Laboratorio Clínico MILENIUM
72	Laboratorio Clínico MORAN (monserrat)	107	Laboratorio Clínico CYTILAB
73	Laboratorio Clínico MORAN (casa Matriz)	108	Laboratorio Clínico MONROY (Matriz y sucursal No.3)
74	Laboratorio Clínico MORAN (MATRIZ)	109	Laboratorio Clínico SAN FERNANDO
75	Laboratorio Clínico PROFAMILIA (sucursal No.4)	110	Laboratorio Clínico ESPECIALIZADO CRUZ
76	Laboratorio Clínico ALVAREZ ALEMAN	111	Laboratorio Clínico CENTRO GINECOLOGICO
77	Laboratorio Clínico ATMEDIC (sucursal No.2)	112	Laboratorio Clínico UNIDOS
78	Laboratorio Clínico LUTERANO	113	Laboratorio Clínico METROLAB (Sucursal 1)
79	Laboratorio Clínico CTA	114	Laboratorio Clínico HANSEN, S.A. DE C.V.
80	Laboratorio Clínico MAX BLOCH (Villavicencio)	115	Laboratorio Clínico BRAXEL
81	Laboratorio Clínico PEREZ, S.A. DE C.V.	116	Laboratorio Clínico SAN MIGUEL
82	Laboratorio Clínico HOSPITAL CENTRAL	117	Laboratorio Clínico PROFAMILIA SAN MIGUEL
83	Laboratorio Clínico PLAZA MONTERREY	118	Laboratorio Clínico DE DIAGNOSTICO MEDICAL TEST SAN MIGUEL
84	Laboratorio Clínico CASTELLON	119	Laboratorio Clínico BIO-GENESIS
85	Laboratorio Clínico BIOEN - ZIM	120	Laboratorio Clínico FAMILIAR SUC. 1
86	Laboratorio Clínico AGEPYM	121	Laboratorio Clínico EMANUEL No. 1
87	Laboratorio Clínico PANAMERICANO DE OJOS	122	Laboratorio Clínico MEGALAB
88	Laboratorio Clínico PROFAMILIA (MATRIZ)	123	Laboratorio Clínico ROMO
89	Laboratorio Clínico MAX BLOCH (Sucursal Zona Médica)	124	Laboratorio Clínico ARI - DUCRE
90	Laboratorio Clínico LISTER	125	Laboratorio Clínico CADUCEUS
91	Laboratorio Clínico SEGOVIA	126	Laboratorio Clínico CLÍNICA MEDICA POPULAR SANTA ANA
92	Laboratorio Clínico BIOQUIMICOS SALVADOREÑOS, S.A. DE C.V.	127	Laboratorio Clínico ALVAREZ HUEZO
93	Laboratorio Clínico APROSSI No.1	128	Laboratorio Clínico BIO-CLINIC, S.A DE C.V.
94	Laboratorio Clínico CENTRO PEDIATRICO, S.A. DE C.V.	129	Laboratorio Clínico MARIE CURIE
95	Laboratorio Clínico BIO-LAB		

ANEXO 2:

FORMULARIOS UTILIZADOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Formulario 1

Instituciones u Organismo Cooperantes de los consultores de MEGAS, la información correspondiente al año 2012 (enero a diciembre)

1. Nombre de la Institución:

Nombre de la persona responsable de la información:

Cargo: _____

Teléfono: (503) : _____ email: _____

2. Calidad jurídica de la Institución

Señale con una X los casilleros que correspondan

INSTITUCIÓN	PÚBLICA	PRIVADA
Nacional		
Internacional		

3. Origen de los fondos

Propios (monto): $

Transferidos por Terceros (monto): $

4. Agente receptor de fondos

En la siguiente tabla, por favor indique: El nombre de la(s) institución(es) a la(s) cuál(es) les ha transferido fondos en el año 2010. Detalle el monto efectivamente gastado en el año 2010, por cada una de las instituciones financiadas

NOMBRE DEL AGENTE FINANCIERO	MONTO TOTAL GASTADO EN EL AÑO 2012
TOTAL	

5. Distribución del financiamiento por función y Grupo Meta

Para cada institución u organismo-ONGS apoyada financieramente señalada en el punto 4 anterior,

Distribuya el monto total en: La función(es) en la(s) que se ha(n) apoyado con los fondos aportados.

Se deberá anotar el financiamiento separado por cada función si se apoyo más de una función,

Utilice una línea por función.

En el (los) grupo meta que corresponden a cada función, se deberá anotar el monto aportado para cada grupo meta por función, utilice una línea por cada grupo meta

Por favor, no olvide registrar al inicio de cada tabla siguiente, el nombre de la institución u Organismo-ONGS beneficiada con financiamiento

Institución u organismo-ONGS Nº 5.1 Nombre: _____

	FUNCIÓN	MONTO GASTADO	GRUPO META	MONTO GASTADO	NUMERO DE PERSONAS BENEFICIADAS
	Total				

Formulario 2

ATENCIÓN HOSPITALARIA

1. Nombre de la Institución:

_____

2. Calidad jurídica de la Institución

Señale con una X los casilleros que correspondan

INSTITUCIÓN	PÚBLICA	PRIVADA	LUCRATIVA	NO LUCRATIVA
Nacional				
Internacional				

3. Origen de los Fondos

Propios (monto en $) _____

Transferidos por Terceros (monto en $) _____

Nombre de la Institución que transfirió los fondos: _____

4. Fuentes de Financiamiento

En la siguiente tabla, por favor indique: El monto efectivamente gastado en el año, por cada fuente de financiamiento

NOMBRE DE LA FUENTE DE FINANCIAMIENTO			MONTO TOTAL GASTADO	
4.1				
4.2				
4.3				
4.4				
4.5				
TOTAL				

5. Hospitalizaciones

Señale el número de casos hospitalizados en su Institución durante el año 2010, el número total de días de hospitalización de estos pacientes.

CASOS	NUMERO DE CASOS	No, DE DIAS HOSPITALIZADOS	COSTO POR DIA/ HOSPITAL
Hospitalizaciones			
TOTAL			

5.1 Control a Pacientes VIH/SIDA

NUMERO DE PVVS	No. DE CONSULTAS DE CONTROL	No, DE CONSULTAS POR ENFERMEDADES OPORTUNISTAS	COSTO UNITARIO DE CONSULTA
VIH			
SIDA			
TOTAL			

6. Detalle los servicios de apoyo que brinda su institución

	DESCRIPCIÓN SERVICIO DE APOYO			CASOS	COSTO UNITARIO
	Servicio de laboratorio clínico				
	- cultivos				
	- hemograma				
	Otros (Carga Viral y CD4)				
	Servicio de Imágenes				
	Otros servicios				
	Terapia respiratoria				
	Diálisis				
	Total				
	Banco de Sangre:				

No. de litros de Sangre transfundida en el año 2012 _____

7. Detalle los Objetos de Gasto de la prestaciones otorgadas durante las hospitalizaciones, anótelas en la tabla de Objeto de Gasto que se adjunta a este formulario

Cada columna denominada P.1 y siguientes, están destinadas a una prestación especifica (días de hospitalización, hemograma, etc.)

Si no cuenta con datos certificados(contables) para distribuir el gasto de las distintas prestaciones por cada uno de los Conceptos de Objeto de Gasto, por favor formule una estimación porcentual de la distribución, de acuerdo a información disponible o según el criterio de "juicio de expertos", indicando con un asterisco(*) a continuación del número, cuales gastos corresponden a estimaciones.

Señale asimismo cuáles fueron las fuentes o los criterios que se han tenido presentes para formular tal estimación, las que deberán quedar consignadas a pié de página del formulario

Nombre de la Persona que respondió el formulario: _____

Teléfono: _____

E-mail: _____

Fecha: _____

ANEXO DEL FORMULARIO DE ATENCIÓN HOSPITALARIA Prestaciones Otorgadas en Consulta Ambulatoria

Institución : _____ Año:_____

	FUENTES DE FINANCIAMIENTO 4.1 Expresado en $					FUENTES DE FINANCIAMIENTO 4.2 Expresado en $					FUENTES DE FINANCIAMIENTO 4.3 Expresado en $				
OBJETO DEL GASTO	F1	F2	F3	F4	F5	F1	F2	F3	F4	F5	F1	F2	F3	F4	F5
Salarios															
Otros Medicamentos (no incluir ARV)															
Útiles Médicos Quirúrgicos															
Condones															
Reactivos y materiales															
Alimentación de pacientes															
Otros suministros y materiales médicos															
Construcción, ampliaciones, remodelaciones en infraestructura															
Equipamiento y mobiliario médico (compra)															
Gastos administrativos (funcionamiento) [1]															
Investigación															
Capacitaciones al personal [2]															
Servicios de Consultorías															
Mantención y reparaciones															
Depreciación de inmuebles															
Transporte y mantenimiento de vehículo [3]															
Otros servicios generales															
Pago a proveedores(alquileres, equipos en comodato, alimentación)															
Alojamiento a familiares PVVS															
Incentivos en especie															
Incentivos monetarios															
Total															

1 Gastos en servicios básicos, agua, luz, teléfono, entre otros)
2 Capacitaciones al personal incluir: talleres, diplomados, pasantías, jornadas educativas
3 Gasto en combustibles, mantenimiento de vehículo, pago por traslados
* Gastos propios

Formulario 6

SECCIÓN DE VIH, INMUNOLOGIA Y BANCO DE SANGRE
LABORATORIO CENTRAL

El uso de esta información es absolutamente confidencial y de responsabilidad ética y administrativa de los consultores de MEGAS 2010.

1. Origen de los Fondos

Propios (monto en $) $

Transferidos por Terceros (monto en $) $

Nombre de la Institución que transfirió los fondos: _____

2. Fuentes de Financiamiento

En la siguiente tabla, por favor indique:

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

NOMBRE DE LA FUENTE DE FINANCIAMIENTO	MONTO TOTAL GASTADO

3. Banco de Sangre

No. De pruebas confirmatorias para Hepatitis B y C procesadas en el 2010

Fuente: Reporte de Actividades Diarias Sección VIH Laboratorio Central

No. Total de pruebas de Hepatitis B:

Costo unitario:_____ Costo total: _____

No. Total de pruebas de Hepatitis C:

Costo unitario:_____ Costo total: _____

4. Pruebas de Diagnostico de VIH:

Total de pruebas de diagnostico realizados en el 2010

Fuente: Reporte de Actividades Diarias Sección VIH Laboratorio Central

Total de pruebas rápidas realizadas en el 2010: _____

Costo unitario de pruebas rápidas: _____ Costo total: _____

No. Pruebas para diagnóstico (Western Bloot): _____

Costo unitario: _____ Costo total: _____

No total de pruebas Elisa realizadas en el año: _____

Costo unitario de pruebas de Elisa: _____ Costo total: _____

5. Pruebas de Seguimiento: PVVS.

No. Total de pruebas de seguimiento realizadas en el año 2012

Fuente: Reporte de Actividades Diarias Sección VIH Laboratorio Central

No. Total de pruebas de seguimiento CD4-CD8 realizadas 2012: _____

Costo unitario: _____ Costo total: _____

No. Total de pruebas de seguimiento CARGA VIRAL realizadas 2010: _____

Costo unitario: _____ Costo total: _____

6. Pruebas de ITS

Total de pruebas de ITS realizadas en el año 2012

Fuente: Reporte de Actividades Diarias Sección VIH Laboratorio Central

No. Total de pruebas de RPR _____

Costo unitario de prueba de RPR: _____ Costo total: _____

No. Total de pruebas de FTA ABS _____

Costo unitario de prueba de FTA ABS: _____ Costo total: _____

7. Resumen de gastos de operación

Reactivos, equipos, materiales e insumos de laboratorio

Gastos Administrativos(funcionamiento)*

Salario base de 7 Profesionales en 12 meses fondos GOES:

Total de gastos de operación:

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

El programa de USAID para Fortalecer la Respuesta Centroamericana al VIH (USAID/PASCA) está financiando por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) bajo el Contrato No. GPO-I-00-05-00040-00, iniciando el 1 de octubre de 2008. Es implementado por Futures Group International, LLC (Futures Group), en colaboración con Futures Institute. USAID/PASCA es la Orden de Trabajo 4 de la USAID iniciativa de Políticas en Salud. Este docuemento 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). Su contenido no expresa necesariamente la perspectiva de USAID o del Gobierno de los Estados Unidos de América.

USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

PASCA
Programa para Fortalecer la respuesta centroamericana al VIH

PEPFAR

ONUSIDA
PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA