



América Latina y el Caribe

Programa Global de VIH/SIDA

BANCO MUNDIAL

Reduciendo la vulnerabilidad al VIH/SIDA en Centroamérica

El Salvador: Situación del VIH/SIDA y respuesta a la epidemia



Diciembre de 2006

**Reduciendo la Vulnerabilidad al
VIH/SIDA en Centro América:**

***El Salvador: Situación del VIH/SIDA y
Respuesta a la Epidemia***

Región de Latino América y el Caribe
y Programa Global de VIH/SIDA

BANCO MUNDIAL

Diciembre 2006

Documento de Discusión del Programa Global de VIH/SIDA del Banco Mundial

Esta serie es producida por el Programa Global de VIH/SIDA de la Red de Desarrollo Humano del Banco Mundial, para publicar rápidamente, un trabajo nuevo e interesante sobre el VIH/SIDA, para hacerlo de amplia disponibilidad y promover discusión y debate.

Las opiniones, interpretaciones y conclusiones expresadas en la presente publicación son las de los autores y no reflejan necesariamente la opinión de los miembros del Directorio Ejecutivo del Banco Mundial ni de los países representados por éste. La citación y el uso del material aquí presentado deberá tener en cuenta que puede ser provisional.

Estos documentos son publicados en www.worldbank.org/AIDS (ir a “publications”). Para una copia gratuita de los documentos presentados en esta serie por favor contactar al correspondiente autor cuyo nombre aparece al pie de esta página.

Preguntas sobre esta serie y presentaciones deberán hacerse directamente a Joy de Beyer (jdebeyer@worldbank). Las presentaciones deberán ser previamente revisadas y aprobadas por el departamento patrocinante, quien sufragará el costo de la publicación. El departamento patrocinante y los autores tienen exclusiva responsabilidad de la calidad de los contenidos técnicos y la presentación del material en la serie.

Este conjunto de series se realizó con el apoyo de la Región de Latino América y el Caribe. Para cualquier pregunta relacionada con esta serie contactar a:

Marcelo Bortman, LCSHD:
World Bank, 1818 H Street, NW, Washington DC, 20433.
Tel. (202) 458-9730 – fax: (202) 614-0202
Correo Electrónico:

Foto de la cubierta: El Salvador Situación del VIH/SIDA y Respuesta a la Epidemia
Cortesía de la Biblioteca de Fotografías del Banco Mundial

© 2006 Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento / Banco Mundial
1818 H Street, NW
Washington, DC 20433

Derechos reservados.

Reduciendo la Vulnerabilidad al VIH/SIDA en Centro América: *El Salvador: Situación del VIH/SIDA y Respuesta a la Epidemia*

Marcelo Bortman;¹ Luis B. Sáenz;² Isabel Pimenta;³ Claudia Isern;⁴ Antonia Elizabeth Rodríguez;⁵ Marianella Miranda, Leonardo Moreira, y Danilo Rayo.⁶

Este estudio fue realizado por LCSHD con apoyo financiero del BNPP. Los objetivos principales del estudio fueron establecer una línea de base para medir el progreso e identificar nuevos retos para el Proyecto Regional de VIH/SIDA en Centro América y para apoyar el diálogo de política sobre el liderazgo político y compromisos para preparar un plan de acción regional con políticas comunes y estrategias coordinadas.

Palabras claves: HIV/AIDS, Centro América, El Salvador, Banco Mundial

Banco Mundial	
Vice Presidenta	Pamela Cox
Directora de País	: Jane Armitage
Directora Sectorial	: Evangeline Javier
Gerente de Sector	: Keith Hansen
Gerente de Proyecto	: Marcelo Bortman

¹ Especialista Senior en Salud Pública, LCSHH, World Bank.

² Director de Proyecto para este estudio, Sanigest, Costa Rica.

³ Especialista en Salud Pública, WBIHD, World Bank.

⁴ Asistente Administrativa para Apoyo de Clientes, LCSHD, World Bank.

⁵ Coordinadora para el Proyecto Regional de VIH/SIDA en Centro América.

⁶ Grupo de Consultores de Sanigest, Costa Rica.

Acrónimos y abreviaciones

ABC	Abstinencia, Fidelidad y Uso del Condón
AID	Agencia para el Desarrollo Internacional
AIN	Atención Integral en Nutrición
ANSP	Academia Nacional de Seguridad Pública
API	Aids Program Effort Index (Índice de Esfuerzo del Programa Sida)
ART	Terapia Antirretroviral (antiretroviral therapy)
ARV	Medicamentos Antirretrovirales
ASONAPVISIDAH	Asociación Nacional de Personas Viviendo con VIH/SIDA en Honduras
BNPP	Bank-Netherlands Partnership Program
CCE	Comité Coordinador El Salvador
CDC	Centros para el Control de la Enfermedad
CEMUJER	Centro de Estudios de la Mujer
CONASIDA	Consejo Nacional de Atención Integral del VIH/SIDA
CONCASIDA	Congreso Centroamericano de ITS/VIH/SIDA
DDHH	Derechos Humanos
DGEC	Dirección General de Estadísticas y Censos
FESAL	Encuesta Nacional de Salud Familiar (El Salvador)
FSV	Fondo Social para la Vivienda
FUNDASIDA	Fundación para la Prevención, Educación y Acompañamiento de la Persona VIH/SIDA
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HIVOS	Instituto Humanista para la Cooperación al Desarrollo Holandés
HSH	Hombres que tienen Sexo con Hombres
IDU	Usuarios que se inyectan drogas
ISSS	Instituto Salvadoreño de Seguridad Social
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
LCSHD	Departamento de Desarrollo Humano para Latino América y el Caribe
LCSHH	Sector Salud
MINED	Ministerio de Educación
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
ONG	Organizaciones No Gubernamentales
ONUSIDA	Programa de las Naciones Unidas en VIH/SIDA
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PASCA	Proyecto Acción SIDA para Centro América
PASMO	Asociación Panamericana de Mercadeo Social
PEN	Plan Estratégico Nacional
PENSIDA	Plan Estratégico Nacional de Lucha Contra el VIH/SIDA
PNC	Policía Nacional Civil
PNS	Programa Nacional de VIH/SIDA/ITS
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PPL	Personas Privadas de Libertad

PREVENSIDA	Red Salvadoreña para la Prevención del Sida
PTMI	Prevención de la Transmisión Materno Infantil
PVVS	Persona Viviendo con VIH/SIDA
REDSAL	Red Salvadoreña de Personas Viviendo con VIH/SIDA
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIDALAC	Iniciativa Regional sobre VIH/SIDA para Latino América y el Caribe
SIPPE	Sistema de Información de Profilaxis Post Exposición
STD	Transmisión de Enfermedad Sexual
TCS	Trabajadores Comerciales de Sexo
TMI	Transmisión Materno Infantil
UNAIDS	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Human
WBIHD	Instituto del Banco Mundial División de Desarrollo Humano

Índice

Reconocimientos.....	viii
Resumen Ejecutivo	ix
Resultados principales, las conclusiones y recomendaciones.....	x
Respuestas nacionales.....	xii
El Salvador: Situación del VIH/SIDA y respuesta a la epidemia.....	1
Situación del VIH y el SIDA	1
Grupos Vulnerables	4
Respuesta Nacional al VIH/SIDA	14
Marco Regulator y Legal	17
Prevención y Atención de Grupos Vulnerables	23
Referencias.....	25
Anexo 1. Formulario para Evaluación de Discriminación.....	27
Anexo 2. Formulario para Selección de experiencias exitosas.....	28
Anexo 3. Hallazgos y evidencias provenientes de la encuesta sobre discriminación, El Salvador. 2006.....	30
Anexo 4. Resumen de experiencias exitosas	32

Tablas

Tabla 1. Indicadores de los trabajadores comerciales del Sexo, El Salvador, 2003	4
Tabla 2. Algunos indicadores relacionados al comportamiento de HSH	5
Tabla 3. Prevalencia de Infección VIH en embarazadas por departamento, El Salvador 2003.....	8
Tabla 4. Cuentas nacionales del VIH/SIDA en El Salvador según fuente de financiamiento año 2000 al 2003.....	16
Tabla 5. Cuentas nacionales del VIH/SIDA en El Salvador según categoría de gasto año 2000 al 2003.....	16
Tabla 6. Flujo del fondo de infección por VIH/SIDA según la Atención	17

Figura

Figura 1. Tasa de incidencia de SIDA en El Salvador según Departamento y quinquenio de notificación (1996-2000 y 2001-2004)	3
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---

Gráficos

Gráfico 1. Casos nuevos notificados de VIH y SIDA en El Salvador.....	2
Gráfico 2. Tendencias de la incidencia de VIH en El Salvador según año de notificación (1984-2005).....	2
Gráfico 3. Casos de VIH-SIDA en menores de un año de 1991 hasta el 2005	9

Reconocimientos

Este estudio fue preparado por un equipo liderado por Marcelo Bortman e integrado por Luis Sáenz, Marianella Miranda, Leonardo Moreira y Danilo Rayo; Claudia Isern, Isabel Pimenta y Antonia Elizabeth Rodríguez.⁷ Este informe es el resultado de un esfuerzo de equipo y como tal se ha beneficiado de numerosas contribuciones de diferentes personas a lo largo de Centro América, tanto en aspectos técnicos como por su compromiso para diseminar la situación y las experiencias del VIH/SIDA en la Región. A todos ellos les estamos muy agradecidos.

El equipo del estudio está especialmente agradecido al Real Gobierno de Holanda, por su apoyo a través de donación BNPP que permitió su financiamiento. El equipo también agradece a los revisores técnicos Joana Godinho (Especialista Senior en Salud del Banco Mundial), Jonathan C. Brown (Asesor de Operaciones del Programa Global de VIH/SIDA del Banco Mundial), Joy de Beyer (Especialista de Gestión del Conocimiento del Programa Global de VIH/SIDA del Banco Mundial), e Ian Walker (Especialista Principal de Protección Social del Banco Mundial).

Nuestro especial agradecimiento a

Dr. Rodrigo Simán, Director for the National STD/HIV/AIDS Prevention and Control Program (PNS)

Dr. Michael Bartos, Representative for UNAIDS, Guatemala, El Salvador and Belize
Sra. Jacqueline Sagastume, PNS (National Strategic Program)

Dr. Guillermo Galván, Associate Director, PNS

Dr. Juan Carlos Durán, Epidemiological Unit, PNS

Dr. Alma Quezada, Integral Care, PNS

Dr. Verónica Ávalos, PNS

Dr. Teresa Elías, PNS

Dr. Elizabeth Rodríguez, SISCA

Dr. José R. Guido Bejar, SISCA

Dr. Herbert Betancour, Focal Point, UNAIDS

Dr. Luis Castaneda, Bloom Hospital

Lic. Odir Miranda, Executive Director, ATLACTL Association

Licda. Alexia Alvarado, PASCA Representative, El Salvador

Strategic Alliance for HIV/AIDS Legislation (*Alianza Estrategica de Legislación del VIH/SIDA*)

Heads and personnel for the *Rayo de Luz en la Vida* (Ray of Light in Life Project)

Lic. Luis Carlos Estrada, Huellas Foundation

Lic. Jaime Argueta, *Agua Buena* Association

⁷ Marcelo Bortman es Especialista Senior en Salud Pública en el Banco Mundial; Luis B Sáenz es el Director para este estudio en SANIGEST; Claudia Isern es Asistente Administrativa para el Apoyo a Clientes del Banco Mundial; Isabel Pimenta es Especialista en Salud en el Banco Mundial; y Antonia Elizabeth Rodríguez es Coordinadora del Proyecto Regional de VIH/SIDA en Centro América.

Resumen Ejecutivo ⁸

Centro América es la sub-región más afectada, después del Caribe, por la epidemia de VIH/SIDA en la región de Latino América y el Caribe. Cuatro de los seis países de América Latina con mayores tasas de prevalencia de infección por VIH están en Centroamérica, y en dos de ellos las tasas de prevalencia son superiores al 1%. La epidemia amenaza avanzar sin control a menos que los esfuerzos de prevención en grupos altamente vulnerables, como los trabajadores comerciales del sexo (TCS), los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH) y las personas privadas de libertad, se intensifiquen

La prevención de nuevas infecciones por VIH, el tratamiento de las personas con infección por el VIH/SIDA, y el cuidado de aquellos afectados directa o indirectamente por la epidemia representa un gran reto para los seis países de la región. El Banco Mundial está actualmente apoyando las iniciativas de los gobiernos centroamericanos para revertir la epidemia de VIH. En este contexto, este estudio se llevó a cabo con los siguientes objetivos específicos:

- 1) Examinar la epidemiología del VIH y el SIDA en Centroamérica;
- 2) Examinar los Programas Nacionales contra el SIDA, incluyendo los sistemas de vigilancia, la capacidad de laboratorio, la prevención, el tratamiento y la atención clínica;
- 3) Analizar el marco legal y normativo y la discriminación contra las personas con el VIH y SIDA, - en particular con las mujeres -, su repercusión sobre el tratamiento y la prevención; y
- 4) Revisar intervenciones exitosas y buenas prácticas relacionadas con el VIH/SIDA en Centro América, llevadas a cabo por ONGs y organizaciones públicas, incluyendo el desarrollo de los sistemas de monitoreo y evaluación.

Este estudio se realizó para apoyar el diálogo actual en la política para fortalecer la respuesta nacional del VIH/SIDA, en particular con relación a: (i) fortalecimiento del liderazgo político y compromiso para preparar un plan de acción regional con estrategias coordinadas y políticas comunes, (ii) fortalecimiento y armonización del marco legal e institucional para tratar la epidemia de VIH/SIDA, (iii) identificación y difusión de “mejores prácticas” para la prevención a través de esfuerzos integrados por el sector salud, otras agencias gubernamentales y la sociedad civil y promover monitoreo y evaluaciones de impacto, y (iv) promover el proceso de adquisición regional relacionado con medicinas, equipos y otros insumos relacionados al VIH.

Finalmente, este estudio estableció una línea de base para medir el progreso e identificar nuevos desafíos para el Proyecto Regional de VIH/SIDA del Banco Mundial. El objetivo de desarrollo del Proyecto Regional de VIH/SIDA es proporcionar conocimiento y

⁸ El estudio incluye Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, y Panamá. Se han publicado informes separados para cada país y para la región en general. Este resumen ejecutivo ha sido tomado del informe regional.

herramientas para los responsables de formular políticas y decisiones en todos los países de la región, para manejar y controlar el VIH/SIDA, y las infecciones oportunistas. El componente 1, Laboratorio Regional, apoya el establecimiento de un laboratorio regional al implemento de funciones sumamente especializadas, como una única institución regional. El componente 2, la Vigilancia Epidemiológica, apoya la puesta en práctica de un sistema regional de vigilancia epidemiológica de segunda generación, para permitir mejor caracterización de la epidemia de VIH en Centroamérica. El componente 3, Fortaleciendo la Capacidad Regional de Respuesta, aumentará la armonización de los marcos legales e institucionales necesarios a las intervenciones estratégicas de incremento, en respuesta a la epidemia del VIH. También fortalecerá el liderazgo y compromiso político que conduzca preparación de un Plan de Acción Regional para tratar la epidemia de una manera coordinada. Por último, el componente 4, Prevención en las Poblaciones Móviles, se centra en grupos que son particularmente vulnerables al VIH. Las poblaciones móviles, son consideradas un factor clave en la propagación de la epidemia. Los programas de prevención que se concentran en estas poblaciones son todavía pocos y la escala de las intervenciones es aún pequeña.

La información presentada en este informe se recopiló en las entrevistas con personas claves en Centroamérica y de la revisión de los documentos proporcionados por las organizaciones nacionales, las ONG y las organizaciones de desarrollo bilaterales e internacionales. Además, se celebraron siete talleres para presentar y tratar la información recopilada por el estudio con los diversos interesados directos y personas claves.

El estudio se publica en una serie de siete informes: Uno resume la situación del VIH en Centroamérica; los otros seis describen la situación en cada uno de los países de Centro América. La información de diferentes países no siempre es comparable. Esto refleja en parte las diferencias del nivel de organización de los diferentes programas respondiendo a la epidemia, así como las variaciones en el acceso del estudio a la información sostenida por diferentes instituciones y organizaciones.

Resultados principales, las conclusiones y recomendaciones

Honduras y Guatemala son dos de los seis países con la prevalencia de infección por VIH más alta en América Latina. La prevalencia de infección por VIH en los adultos es ya superior a 1% en Honduras (1,6%) y Guatemala (1%). Panamá (0,9%), Costa Rica (0,6%), El Salvador (0,6%) y Nicaragua (0,2%) todavía tienen tasas de prevalencia de infección por VIH debajo de un 1%. Se ha estimado que para el año 2010, la epidemia puede alcanzar una tasa de prevalencia en la población adulta en Centroamérica del 2%, cifra que en algunos casos podría sobrepasarse.

Se calcula que más de 200.000 personas actualmente viven con el VIH en Centroamérica.⁹ La transmisión de VIH en Centroamérica, está principalmente asociada al sexo heterosexual, similar a la del Caribe. La excepción es Costa Rica, donde los HSH representan una proporción mucho mayor de las personas infectadas que en otros países

⁹ CDC. Global AIDS Program for Central America. Program Profile, 2004.

en la región. Aunque hay más hombres que mujeres con el VIH en Centroamérica, la brecha de género se está cerrando rápidamente. La epidemia está aún concentrada en grupos de alta vulnerabilidad como los trabajadores comerciales del sexo y sus clientes, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los privados de libertad y la población garífuna (un grupo de población afro-caribeño de la costa Atlántica de Honduras). El aumento de las defunciones en adultos por el SIDA ha conducido a un número ascendente de huérfanos y jóvenes vulnerables que quedan sin hogares, alimentos, cuidados de salud y educación. La epidemia tiene repercusiones económicas tanto para los hogares como para los sistemas de salud del país, así también como para la economía.

Además de las variaciones en la tasas de prevalencia y en los grupos afectados en los seis países, hay también importantes variaciones hacia el interior de cada país. La epidemia está concentrada en ciertas áreas geográficas, particularmente en zonas urbanas, las rutas comerciales y los puertos. Los grupos asociados con poblaciones móviles, los TCS y HSH tienen tasas de prevalencia de VIH más altas, y son la población puente para transmisión de la epidemia a la población en general. Principalmente aquellos que se exponen a comportamientos de riesgo y que tienen un alto nivel de interacciones entre estos grupos y la población general. Sin embargo, los mecanismos de transmisión de VIH deben conocerse aún mejor para que las intervenciones de salud pública puedan estar mejor diseñadas y ejecutadas, y que sean más eficaces. Identificar la naturaleza y el grado del problema en ciertos grupos, como las personas que viven con discapacidades, los niños en riesgo del abuso sexual, las personas privadas de libertad, las minorías étnicas, los empresarios y los uniformados (militar/policial) continúa siendo un desafío.

Hay diferencias importantes de las condiciones sociales y económicas entre los países centroamericanos que pueden explicar en parte las diferencias de las tasas de prevalencia de infección por VIH. Otros factores contribuyen a la epidemia, como la inmigración, el turismo y la proximidad al Caribe donde la prevalencia es aún mayor. La inmigración tiene dos componentes: 1) los trabajadores temporarios que se mueven dentro de los países de esta sub-región; y 2) los inmigrantes que intentan moverse permanentemente a los Estados Unidos, de quienes se estima sólo cerca del 10% tiene éxito, mientras el 90% transita la sub-región de regreso a sus países. Durante este transitar, los inmigrantes pueden estar expuestos a comportamientos sexuales de alto riesgo, aumentando su vulnerabilidad a contraer el VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Las tasas de prevalencia mayores de VIH están en San Pedro Sula (puerto del Caribe en Honduras) y en la población garífuna (indígenas con raíces en el Caribe) sugiere que el tránsito entre el Caribe y Centroamérica ha tenido repercusión sobre la epidemia centroamericana.

Algunas de las diferencias en la prevalencia de infección por VIH entre estos países podrían ser explicados por deficiencias en los sistemas de vigilancia y notificaciones insuficientes. Por ejemplo, aunque el rol de los usuarios de drogas intravenosas (UDIs) no parece ser un factor importante en la epidemia en Centroamérica, esto puede ser el resultado de una sub-notificación. Una mayor prevalencia de la infección por VIH notificada en HSH en Costa Rica puede reflejar una cultura más liberal y menor

discriminación, en lugar de diferencias reales con los restantes de los países centroamericanos.

Una vez que una epidemia de VIH se generaliza, los grupos más afectados son personas en edades de máxima producción laboral. Como se ha visto en África, esto tiene consecuencias negativas para el tamaño de fuerza laboral y la productividad, con importantes repercusiones a largo plazo tanto para la economía como para el sistema de salud. Países como Brasil, Tailandia y Uganda han mostrado sin embargo que, si hay un fuerte liderazgo, y las intervenciones se seleccionan sobre la base de evidencia de su efectividad y de su costo-beneficio y son adecuadamente dirigidas a los grupos más vulnerables como los TCS y HSH, es posible mantener la epidemia bajo control.

Respuestas nacionales

Todos los países centroamericanos han establecido respuestas nacionales coordinadas para tratar la epidemia de VIH. No obstante, importantes desafíos quedan para hacer estos sistemas efectivos. En lo que se refiere a la prevención, el reto principal sigue siendo alcanzar eficazmente los grupos más vulnerables con intervenciones basadas en evidencia y costo-efectivas, incluyendo las estrategias de prevención apropiadas para promover prácticas sexuales y conductas reproductivas más sanas y seguras. Por el lado del tratamiento, las respuestas necesitan proporcionar no sólo los medicamentos antirretrovíricos sino también todo el apoyo y el seguimiento clínico necesario. A nivel regional, los esfuerzos apoyados por el proyecto financiado por el Banco Mundial y organizaciones de otro tipo seguirán centrándose en los "corredores de transmisión" y las zonas fronterizas entre países.

Es esencial que cada país defina las prioridades estratégicas nacionales y asigne los recursos que reflejen las realidades de su propia epidemia. Los sistemas de vigilancia son todavía muy débiles y la mayoría aún con énfasis en la notificación de los casos de SIDA. Sin embargo, alguna de la información necesaria acerca de la epidemia está disponible y está incluida en este estudio. Los países centroamericanos necesitan mejorar el nivel de análisis de los datos disponibles para permitir una planificación y ejecución apropiada de las políticas y programas nacionales contra el VIH/SIDA.

Los grupos vulnerables y la población en general todavía tienen una comprensión muy limitada del VIH y el SIDA. Se requieren intervenciones rápidas que desalienten las prácticas sexuales peligrosas, especialmente entre grupos altamente vulnerables, y a identificar mejor los casos de VIH y proporcionarles tratamiento ARV. Un desafío especial es la coordinación de las acciones de las ONG y los servicios de salud pública, especialmente para proporcionar respuestas eficaces en los tres niveles de atención de salud.

Los talleres en los países que trataron los resultados del estudio y el análisis de costo efectividad de las estrategias de intervención llegaron a la conclusión que con el nivel de recursos actuales, solo podría prevenirse un 25% de infecciones. Esto refleja la dificultad de llegar a los grupos de más alta vulnerabilidad. Las estrategias más costo efectivas

identificadas por los participantes en el taller incluyeron: i) liberar la distribución de los condones entre grupos altamente vulnerables y vulnerables, ii) promover el mercadeo social de los condones, iii) dirigir la información, educación y comunicación a los grupos altamente vulnerables y vulnerables; y iv) proporcionando consejería y acceso a las pruebas de diagnóstico rápidas.

El financiamiento actual para prevenir y controlar la epidemia está lejos de ser adecuado y debe ser dirigido a la prevención en los grupos altamente vulnerables y vulnerables. El Banco Mundial desarrolló un modelo de efectividad en función de los costos para ayudar a los gobiernos a que determinen la asignación de los recursos de forma tal que permita prevenir el máximo número de nuevas infecciones. Según este modelo, un programa nacional bien diseñado puede tener una repercusión sustancial sobre la epidemia aún con recursos limitados, siempre y cuando estos se canalicen a las intervenciones más costo-efectivas. Un análisis en Guatemala, Honduras y Panamá indicó que el gasto de salud tendría que aumentar en \$1 millón por año para impedir que el número de pacientes aumente de un 10% a 20% en el mismo período. En el 2000, los tres países gastaron aproximadamente \$9,6 millones en los programas contra infección por el VIH/SIDA.¹⁰

Sistemas de Vigilancia. La vigilancia del VIH y el SIDA en Centroamérica se basa en la notificación obligatoria de los casos y en algunos estudios de prevalencia. La identificación y seguimiento en los casos del VIH y el SIDA, a nivel de país, que hacen los sistemas de vigilancia no responde a las necesidades de información planteadas por el seguimiento de la dinámica de la epidemia. Estos sistemas necesitan transformarse en vigilancia de segunda generación, aumentando su capacidad para recoger y analizar información relacionada a los factores de riesgo y a los comportamientos. Esta transformación requiere implementar nuevas estrategias de vigilancia, (unidades de centinelas y sitios). A nivel regional, es necesario acordar normas comunes que permita el intercambio de la información entre los países, incluyendo definiciones de caso, protocolos de las unidades y sitios centinelas, informes de casos y los indicadores. Para alcanzar esta meta, es importante considerar el desarrollo de una plataforma de información electrónica regional integrada.

Marco legal y normativo. Aunque todos los países han elaborado un marco legal para la provisión de atención de salud para las personas que viven con el VIH y el SIDA, muchos casos de discriminación se han notificado en la región y las personas infectadas por el VIH/SIDA han tenido que recurrir a instancias judiciales para defender sus derechos. En algunos países, existen aún contradicciones entre las leyes que deben resolverse. Además, mejorar el conocimiento acerca de los derechos de las PVVS en el marco de las leyes vigentes sigue siendo un reto, así como la implementación de sanciones a quienes cometen actos de discriminación. Las intervenciones con éxito en el campo de los derechos humanos, en particular en Guatemala y Panamá, han visto varios casos resueltos a favor de los pacientes que presentaron demandas. El estudio pudo identificar las áreas donde son necesarios cambios en la legislación o las leyes generales de VIH/SIDA. Los problemas de la reciprocidad entre los países de la región para el

¹⁰ The World Bank. HIV/AIDS in Central America: The Epidemic and Priorities for its Prevention. LAC Region: Washington DC: 2003

tratamiento y la atención de las PVVS deben resolverse. Los órganos regionales como el Sistema de Integración Centroamericana (SICA) pueden proporcionar el paraguas necesario para integrar los marcos legales a nivel regional.

La prevención. Todos los países han adoptado un enfoque amplio para la prevención y el control de la epidemia de VIH. La lista de grupos potencialmente destinatarios de las intervenciones ha aumentado para incluir a toda la población. Esta estrategia debe examinarse para asegurar que los limitados recursos disponibles sean asignados a grupos que son clave para prevenir la transmisión (TCS, HSH, privados de libertad y las poblaciones móviles).

En Centroamérica, además de los servicios públicos, hay muchas ONG que apoyan las respuestas nacionales contra el VIH y el SIDA. Estas ONG abarcan una amplia gama de intervenciones, ofreciendo la protección de los derechos humanos, y prevención, tratamiento y servicios de atención. La evaluación de los indicadores de coberturas, parecería señalar que muchos de estos proyectos han tenido éxito en alcanzar sus metas. Sin embargo, muchas intervenciones sólo siguen indicadores de procesos, y no se ha hecho una evaluación de impacto por lo que se desconocen sus resultados.

Algunos proyectos pueden informar sobre los resultados: por ejemplo, el aumento del uso de los condones por la población destinataria que se observó en Guatemala después de un esfuerzo de mercadeo social por PASMO. De manera análoga, el proyecto de Canasta Familiar Básica del Ministerio de Salud en El Salvador ha mostrado una reducción de la transmisión materno-infantil del VIH. Los proyectos dirigidos hacia la población garífuna en Honduras tienen gran potencialidad. Lo mismo puede decirse de los programas que se dirigen a la población de Xochiquetzal en Nicaragua y de un esfuerzo por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y el Ministerio de Juventud para señalar a la atención de la epidemia en Costa Rica. Dos intervenciones con éxito incluyen la traducción en idioma autóctono de los mensajes de prevención para los Garífuna. Sin embargo, los temas que incluyen a la población indígena y los grupos afro-descendiente de la región son muy complejos y requieren mayor atención. Algunos proyectos tuvieron éxito al transferir el conocimiento a grupos vulnerables. Sin embargo, la mayoría de las intervenciones no han seleccionado indicadores para medir el impacto de este cambio de conocimientos sobre el cambio de hábitos y sobre la prevalencia de infección por VIH en los grupos vulnerables. La falta de mecanismos apropiados de medición no significa que estas intervenciones no han tenido una repercusión, o no lo tendrán en el futuro. Más bien, señala la necesidad de mejores sistemas de monitoreo y evaluación, incluyendo mejores indicadores.

Tratamiento y cuidado a la salud. Todos los países centroamericanos están proporcionando tratamiento y atención de salud a las PVVS, incluyendo el acceso a las terapias antirretrovíricas. El tratamiento se realiza mediante una mezcla de entidades públicas y privadas. La coordinación de las actividades de seguimiento de los servicios públicos de salud y de las ONGs que proporcionan terapia antirretrovírica es un importante reto para los programas de país. De hecho se requiere mejorar el manejo de los efectos adversos del tratamiento, incrementar el acceso a las pruebas de laboratorio y

desarrollar mecanismos que incrementen la adherencia al tratamiento. Tratar con pacientes analfabetos o pertenecientes a algunos grupos étnicos, muchos de ellos sin cobertura de los servicios de atención de salud, agregan aún más desafíos.

Todos los países también enfrentan retos con respecto a la disponibilidad de los ARV. Se han logrado acuerdos para establecer precios preferenciales para drogas de marca. Además, en la mayoría de los países, los medicamentos genéricos están ahora disponibles mediante procesos de licitación institucional o a través de los organismos de adquisiciones y las fundaciones internacionales. Queda aún por avanzar en la planificación de compras conjuntas de ministerios de salud y las instituciones de seguridad social, en la definición de protocolos de tratamiento uniformes, y estableciendo una infraestructura para el seguimiento de pacientes y para el monitoreo de la resistencia a los medicamentos.

A nivel nacional, los países necesitan establecer los mecanismos para facilitar la compra de medicamentos genéricos de alta calidad, ya sea usando mecanismos como el del Fondo Rotatorio de la OPS o a través de convenios bilaterales. A nivel regional, debe considerarse la posibilidad de establecer una alianza de los países centroamericanos para la compra en escala de grandes cantidades de los medicamentos, procurando reducir sus costos. Esta alianza daría a los países mayor poder de negociación, facilitando el acceso a los medicamentos y otros suministros relacionados a precios inferiores.

Capacidad de laboratorio. La capacidad de los laboratorios a nivel nacional necesita no solo aumentar los servicios de diagnóstico, sino también dar apoyo al seguimiento de la terapia antirretrovírica. Esto no solo requerirá mayor inversión en recursos humanos calificados, equipos y reactivos, si no también de procesos de referencia de los servicios de salud. A nivel regional, el Banco Mundial está apoyando el establecimiento y la ejecución de un laboratorio regional en la Ciudad de Panamá. Este establecimiento tendrá las siguientes funciones para apoyar los laboratorios nacionales: (i) diagnóstico y seguimiento de muestras para casos complejos, (ii) acceso a, y transferencia de nuevas tecnologías de laboratorio, (iii) control de calidad, (iv) adiestramiento en nuevas técnicas, (v) investigación y (vi) desarrollo de un sistema integrado de información con los laboratorios del país.

El Salvador: Situación del VIH/SIDA y respuesta a la epidemia

Factores económicos, sociales, políticos, culturales y religiosos intervienen en la situación y respuesta de la epidemia del VIH/SIDA. La primera sección describe la Situación del VIH y el SIDA y la segunda sección se centra en la respuesta nacional y la percepción general de la población salvadoreña sobre el VIH/SIDA, destacándose las principales gestiones de orden legal, político, económico y social que el gobierno, la sociedad civil y las agencias internacionales realizan actualmente para abordar el problema de la epidemia en el país.

Situación del VIH y el SIDA

La situación epidemiológica del VIH/SIDA en el país se considera concentrada, con prevalencias que superan el 5% en grupos altamente vulnerables (HSH y los TCS), mientras que, de acuerdo al PNS, en las mujeres embarazadas la prevalencia en el año 2004 fue de 0,22%.^{11,12} ONUSIDA estima que la prevalencia promedio fue 0,7% y basada en la tendencia de los datos ha proyectado que en el 2010 habrá 81.904 PVVS y que la prevalencia será de 1.72%.¹³ La prevalencia de VIH/SIDA es mayor entre los jóvenes económicamente activos y las regiones centrales del país. La vía principal de transmisión es la sexual y hay una tendencia a la feminización.

El primer caso de VIH fue reportado en 1984. Los datos oficiales indican que, a julio de 2005, el número de casos acumulados de VIH/SIDA era de 15.609, de los cuales 8.461 son casos de VIH y 7.148 son casos de SIDA; observándose un incremento del 19,4% en la notificación de nuevos casos de VIH y de un 8,6% en los casos de SIDA. Los datos a diciembre de 2005, que fueron preliminares, muestran que el total de casos acumulados de VIH/SIDA sería cercano a los 16.334 de los cuales 9.004 casos son de VIH y 7.330 casos son de SIDA. La tasa de incidencia de casos VIH positivos alcanzó los 20 por 100.000 habitantes en el año 2004, mientras que en el año 2005 se estima una disminución para una tasa de 17 por cada 100.000 habitantes. La estimación de personas viviendo con VIH/SIDA en El Salvador en el año 2004 es alrededor de 30,000 casos.¹⁴

De 1984 a julio de 2005 se registran 9.931 casos de la epidemia en varones, lo que representa un 64% del total de casos. El restante 36% corresponde al sexo femenino, con respecto al cual durante este mismo período, se notificaron 5.678 casos. Por otra parte, el 43% de los casos que ocurren en las mujeres corresponden a la edad de 15 a 49 años, debido al inicio de la actividad sexual a temprana edad, según PNS.¹⁵ En el período de

¹¹ De acuerdo a ONUSIDA, se considera la epidemia concentrada cuando la prevalencia del VIH se presenta por encima del 5% al menos en un subgrupo poblacional, pero por debajo del 1% en las mujeres embarazadas en las áreas urbanas.

¹² PNS. Boletín Epidemiológico del VIH/SIDA Julio 2005, pág. 18. 2006

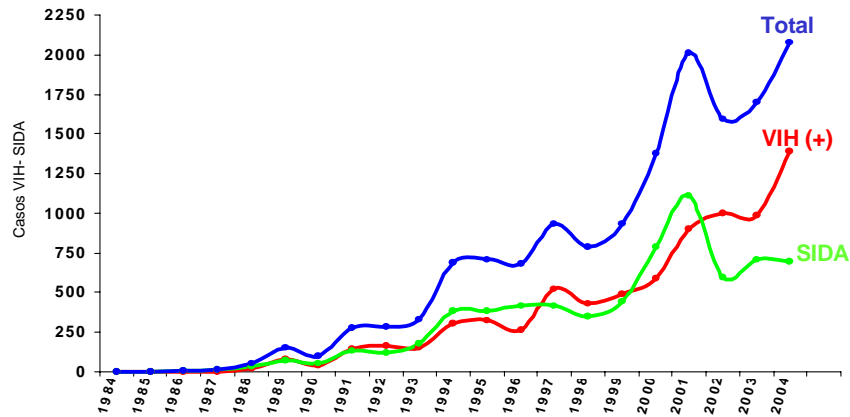
¹³ CONASIDA 2005 Política para el Cuidado Integral del VIH/SIDA, 2005

¹⁴ Unidad de Epidemiología de ITS/VIH/SIDA. Datos preliminares. Diciembre del 2005.

¹⁵ PNS. Boletín Epidemiológico VIH/SIDA, Julio 2005, pág. 5.

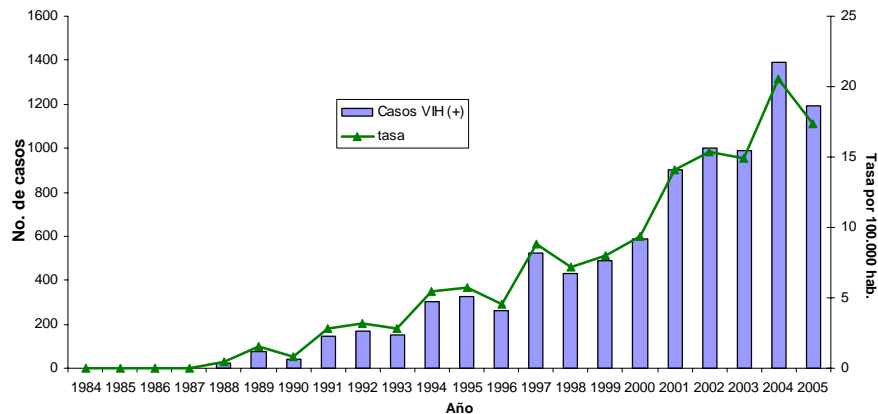
1984 a 1990, la razón hombre/mujer era de 4,5 hombres con VIH/SIDA por cada mujer portadora del virus, mientras que en julio de 2005, la razón fue de 1,3 hombres por cada mujer.

Gráfico 1. Casos nuevos notificados de VIH y SIDA en El Salvador. (Enero 1984 a Diciembre 2005)



Fuente: Basado en datos de la Unidad de Epidemiología, MSPAS, 2006

Gráfico 2. Tendencias de la incidencia de VIH en El Salvador según año de notificación (1984-2005)



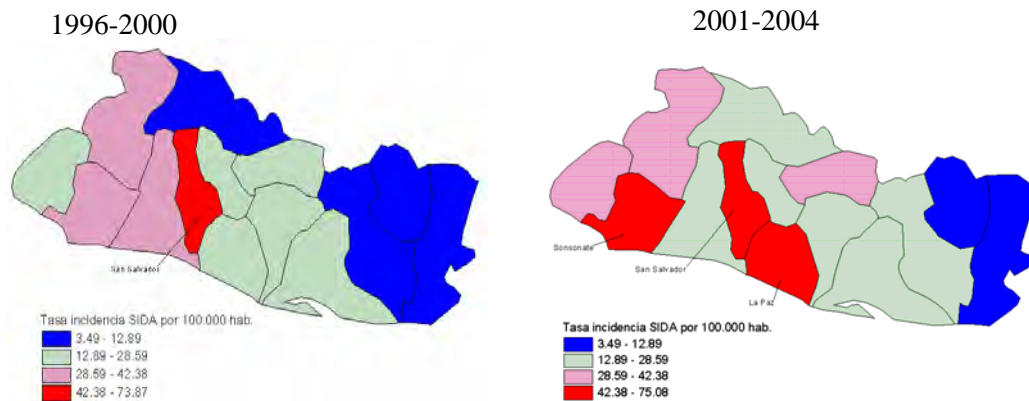
Fuente: Datos obtenidos de la Unidad de Epidemiología del PNS y la estimación de la población por el Centro Centroamericano de Población, Universidad de Costa Rica, 2006

La principal vía de transmisión corresponde en un 77% a las relaciones sexuales heterosexuales,¹⁶ seguidas por la transmisión vertical con 7,1%, y las relaciones homosexuales y bisexuales con el 4,2% y el 3% respectivamente.

¹⁶ Se estima que el porcentaje de homosexuales puede ser más alto y que por su condición social de discriminación y estigma se identifican como heterosexuales.

De acuerdo al patrón de distribución geográfica de la epidemia, los niveles de riesgo se desplazan de la zona occidental del país hacia la zona central.¹⁷ Geográficamente, el 56% de los casos se concentran en San Salvador, el 7% en Sonsonate, el 6,2% en La Libertad y 6% en Santa Ana. El 24,8% de los casos restantes se distribuyen con porcentajes variables en los 10 departamentos restantes del país.

Figura 1. Tasa de incidencia de SIDA en El Salvador según Departamento y quinquenio de notificación (1996-2000 y 2001-2004)



Fuente: Basado en datos del Boletín de Epidemiología del VIH/SIDA Julio 2005, PNS y las Proyecciones de población en la República de El Salvador 1995-2010, DGEC. 2006

La notificación de casos ha aumentado en todos los departamentos del país, a excepción de San Vicente y La Libertad. En los períodos 1996-2000 y 2001-2004 el departamento de San Salvador tuvo la más alta tasa de incidencia de SIDA (74 y 75 por cada 100.000 habitantes, respectivamente). El departamento que más eleva su tasa de incidencia de SIDA de los períodos indicados en los mapas es La Paz. Mientras que en el período de 1996 al 2000, la tasa era de 28 personas con SIDA por cada 100.000, en el período de 2001 a 2004 se duplica prácticamente a 54 personas por cada 100.000.

El MSPAS indica que la tasa de mortalidad por SIDA ha ascendido de 2 defunciones por 100.000 habitantes en 1998 a 5,2 defunciones por 100.000 habitantes en el 2004, representando la séptima causa de muerte hospitalaria general y la primera causa de muerte en mujeres y hombres de 20-59 años. La tasa de mortalidad del VIH/SIDA notificada por los hospitales del MSPAS, entre el año 1998 y diciembre de 2004, fue de 1.611 fallecidos. Un estudio del MSPAS del año 2002 muestra que el 42% de los pacientes que murieron por TB en un período de tres años eran PVVS, correspondiendo a un 74% de hombres y 26% de mujeres.¹⁸

En El Salvador existe información suministrada por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del MSPAS sobre las características y tendencias de la epidemia. Esta información está disponible desde los inicios mismos de la epidemia en 1984 y consiste en el registro de los casos nuevos de VIH y SIDA. La notificación de casos VIH/SIDA es

¹⁷ CDC-GAP, 2004

¹⁸ PEN 2005-2010.

obligatoria desde el inicio de la epidemia. Aunque la base de datos del Programa Nacional para la Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA (PNS) se ha alimentado sistemáticamente desde agosto de 1991, la notificación oficial de casos se inició en 2001. El sistema de vigilancia incluye información social y demográfica, así como edad, sexo lugar de residencia y vía de transmisión.

Grandes esfuerzos se han hecho para evitar el sub-registro de casos. Se continúa mejorando el acceso que los grupos vulnerables tienen a la prueba de VIH y se ha hecho un esfuerzo para que el porcentaje de casos sin notificar sea cada vez menor. Sin embargo, algunos consideran que este porcentaje equivale a cerca del 50%, mientras que otros sostienen que es menor e inclusive que no existe¹⁹. La información sobre comportamiento y su relación con la incidencia de VIH es escasa o no está sistematizada. Sin embargo se han realizado estudios de comportamiento en la población general.²⁰

Grupos Vulnerables

Trabajadores Comerciales del Sexo (TCS) Se han realizado siete estudios sobre el comportamiento sexual riesgoso, tipo de parejas sexuales, conocimiento del uso sistemático o no de condones, y razones para el uso de condón lo que hace una práctica de alto riesgo en este grupo. La prevalencia de VIH es seis veces más alta entre los TCS que trabajan en la calle comparados a los que trabajan en lugares fijos (16,2% contra 2,7%), y la de sífilis es 1,5 veces mayor. En el Estudio Multicéntrico de 491 TCS en San Salvador y Puerto Acajutla, se determinó que un 30% estaba comprendido en el grupo de edad de 20 a 24 años y el promedio de edad de su primera relación sexual fue 15 años; 80% dijo usar condón con los clientes, pero sólo el 10% lo hacía con sus parejas habituales. En este estudio se encontró en este grupo una prevalencia de 3,6%. El estudio determinó también que, en promedio, 50% de TCS mantenían comportamientos de riesgo y conocimientos erróneos sobre el VIH.

Tabla 1. Indicadores de los trabajadores comerciales del Sexo, El Salvador, 2003

Indicadores	2003
	N=491
Edad comprendida entre 20 y 24 años de edad	30%
Promedio de edad para la primera relación sexual	15 años
Prevalencia ponderada de VIH	3.6%
Uso el condón en forma sistemática	80%
No usa el condón con su pareja habitual	90%

Fuente: Evaluación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica El Salvador, CDC/GAP, 2004

¹⁹ Para el PNS no existe sub-notificación, "...el sistema de vigilancia epidemiológica, el cual adolece de sub-notificación". PEN VIH/SIDA 2005-2010, pág. 5. Sin embargo, cito "[hay]...condiciones de sub-registro o sub-notificación de casos, debido a deficiencias del sistema de vigilancia en zonas específicas del país". Informe Final del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de El Salvador, 2005, pág. 21.

²⁰ FESAL; Evaluación del Sistema Vigilancia Epidemiológico en El Salvador, CDC/GAP, 2004

Un estudio del Departamento de Salud Pública de la Universidad Centroamericana "José Simeón Cañas" estableció, en el año 2004, una línea de base de conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con VIH/SIDA/ITS en TCS en cuatro ciudades de El Salvador. El estudio abarcó las ciudades de San Salvador, Puerto La Libertad, San Miguel y Sonsonate. El total de trabajadores comerciales del sexo fueron 206, de los cuales el 64% están en el grupo de edad de 17 a 30 años, el 65% están casados o en relación con alguien y el 68% tienen hasta noveno grado alcanzado en educación. El 77% de los trabajadores comerciales del sexo tienen un ingreso familiar promedio mensual inferior a \$316 dólares y más del 80% tienen agua potable en la vivienda, electricidad y servicio sanitario.

El 76% de los TCS tienen buen conocimiento sobre la transmisión del VIH. El 95% sabe que el uso del condón evita el contagio. Sin embargo, más de la mitad cree que el VIH se transmite por la saliva o por la picadura de mosquitos. Mientras que el 90% refirió haber usado el condón en su última relación sexual con un cliente, solamente el 23% lo usó con su compañero habitual. Del grupo encuestado, el 83% había solicitado una prueba de HIV, y al 95% le dieron el resultado. De estos, el 1,24% tenía el VIH, 58% recibió asesoramiento previo a la realización de la prueba y solamente el 45% recibió asesoramiento posterior; el 87% que recibió información, indicó que fue de calidad.

Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH) Sólo se pudieron encontrar cuatro estudios para este grupo demográfico, pero los estudios de PASMO²¹ y el Multicéntrico²² se enfocaron en las formas correctas de prevención de VIH, relaciones anales con parejas múltiples, hombres con sexo anal penetrativo o receptivo y uso sistemático del condón. La prevalencia de sífilis y de VIH en este grupo es alta, sobre todo la prevalencia del VIH (18%) (Tabla 2). La prevalencia de ambas ITS es mayor en el grupo de HSH que se identifica como gay/homosexual. El estudio Multicéntrico mostró que el 40% de la población de HSH que participó del estudio (n=356) tenía comportamientos de riesgo y creencias erróneas sobre la transmisión del VIH.

Tabla 2. Algunos indicadores relacionados al comportamiento de HSH sobre el VIH/SIDA en El Salvador, año 2003.

Indicadores	2003
Prevalencia de VIH	17.7%
Prevalencia de SIFILIS	15.1%
Edad comprendida entre 20 -24 años	44.5%
Relación sexual con mujeres	64.0%
Uso de condón de manera sistemática	80.0%
Uso de drogas no intravenosas	40.3%
Uso de condón con compañeros ocasionales	74.8%

Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica, CDC/GAP, 2004

²¹ PASMO. Conocimientos, Actitudes y Prácticas en VIH/SIDA y uso de condón en TCS Y HSH en El Salvador, año 2002.

²² Estudio Multicéntrico Centroamericano de prevalencia de VIH/ITS y comportamiento en mujeres trabajadoras comerciales del sexo en El Salvador, abril 2003.

Otro estudio basal²³ realizado para esta población, determinó que el 75% ha tenido acceso a información y el 97% de los HSH muestran un adecuado conocimiento acerca del VIH/SIDA; 66% reconoce en el uso del condón una forma de evitar el contagio, el 94% acepta que las relaciones sexuales con varias personas aumentan el riesgo de infección; y más del 97% está consciente que el VIH/SIDA se transmite por relaciones sexuales sin condón, al tatuarse la piel con una aguja usada por otra persona y al compartir jeringas con una PVVS. Por otra parte, el 83% sabe que la madre embarazada puede transmitir el VIH a su hijo, y un 90% sabe que la madre que vive con VIH y da pecho a su hijo puede transmitírselo. Se determinó que los HSH en el grupo de 31 a 34 años utilizaron más el condón en su última relación sexual (88%) en comparación con los de 14 a 20 años (81%) y más que los de 21 a 25 años (67%).

Solamente el 29% tiene pareja fija. El 13% usó el condón en su primera relación sexual y el 76% usó el condón en su última relación sexual. Mientras el 51% usó el condón con su pareja estable, solo el 11% tiene parejas que aceptan el condón. El 62% de los HSH han tenido relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol, y 44% utilizó el condón la última vez que tuvo relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol. Por otra parte, el 69% usó condón la última vez que tuvo sexo con un usuario de drogas endovenosas.

Personas privadas de libertad A marzo, 2005 había un total de 12.106 personas privadas de libertad en El Salvador. Sin embargo, no se tienen datos sobre la prevalencia de VIH/SIDA en esta población. Se estima que solamente el 50% de los prisioneros que tiene VIH y requieren tratamiento, tiene acceso a los centros de salud. El número es limitado porque para recibir cuidados deben salir fuera de la prisión.²⁴

Otra información²⁵ relacionada a esta población, indica que el 87% de los privados de libertad tienen adecuados conocimientos sobre el VIH/SIDA y el 62% saben que el uso del condón es una forma de evitar el contagio.²⁶ El 60% ha recibido alguna charla o capacitación sobre el VIH/SIDA y más del 90% recuerda en mayor medida las formas de prevención al contagio. Más del 95% reconoce las formas de transmisión por relaciones sexuales sin condones, al tatuarse la piel con una aguja usada por otra persona, al compartir jeringas con una PVVS y al recibir sangre. También un 92% reconoce que se transmite la enfermedad al usar máquinas de rasurar de otra persona. Por otra parte, el 90% sabe que la madre embarazada puede transmitir el VIH a su hijo-a y que otra forma de transmisión es a través de la madre viviendo con VIH que da pecho a su hijo.

Sin embargo, solamente el 21 % utilizó el condón en la última relación sexual, mientras que 38% utilizó el condón en la última relación sexual con hombres. El 47% indicó que usaba de forma frecuente el condón en sus relaciones sexuales. Los PPL que tenían

²³ Departamento de Salud Pública de la Universidad Centroamericana José Simeón Cañas, 2004.

²⁴ En el 2005, se da comienzo a la iniciativa para la prevención y atención de las ITS/VIH-SIDA dirigida a las personas privadas de libertad en todos los centros penitenciarios de El Salvador.

²⁵ Departamento de Salud Pública de la Universidad Centroamericana "José Simeón Cañas" Estudio basal sobre conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con VIH/SIDA/ITS en Población Privada de Libertad en cuatro centros penales de El Salvador. 2004

²⁶ Muestra de 220 personas privadas de libertad en cuatro centros penales, La Esperanza, Cárcel de mujeres, Ilobasco, Cabañas y Apanteos.

mejores conocimientos utilizaban más el condón (44%) que los que tienen conocimientos deficientes (6%). El 54% ha tenido relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol, y el 22% utilizó condón la última vez que tuvo relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol. El 50% indicó que la última vez que usó droga inyectada en el mes anterior, compartió la jeringa con otra persona. El 49% había tenido relaciones con TCS y el 32% usó el condón en la última relación pagada.

Mujeres La feminización de la epidemia es una situación que se ha hecho evidente en la sección de vigilancia epidemiológica y en la encuesta FESAL 2002-2003. La violencia doméstica, abuso sexual y el bajo emponderamiento de las mujeres coloca a las mujeres en una posición mayor de riesgo de contraer VIH. Las mujeres y en especial las más jóvenes, son particularmente vulnerables por sus limitaciones para evitar tener relaciones sexuales y/o negociarlas de manera de tener protección. Además, otro elemento que contribuye es el elevado porcentaje de madres solteras.

La población de El Salvador fue casi siete millones en 2005, 51% de ellos eran mujeres. La edad promedio para la primera relación sexual fue 18,4 años. Una encuesta por FESAL de Salud Familiar 2002-2003 reveló que en el período 1997-2002 la tasa de fecundidad global fue 2,97 niños por mujer. Los datos de la Encuesta de Salud Familiar indican que, en promedio, las mujeres salvadoreñas entre las edades de 14 y 44 comienzan a usar métodos de anticoncepción cuando tenían 1,6 niños y a una edad promedio de 22,4 años, o 3,8 años después de su primera relación conyugal. Se calcula que un 51% de todas las mujeres embarazadas en El Salvador son entre 20 y 29 años de edad.²⁷ La prevalencia de infección por VIH ha aumentado entre las mujeres adolescentes—una tendencia que se puede relacionar con un comienzo temprano de actividad sexual y poco uso de protección.

La violencia contra las mujeres es otro factor que las hace vulnerables al VIH y otras ITS. Esta situación se refiere a que el 20% de las mujeres de 15-49 años alguna vez casadas o unidas, ha recibido al menos un acto de violencia física en su vida marital. El porcentaje que buscó ayuda fue menor entre las mujeres más jóvenes.²⁸ El Informe de 2003 sobre Desarrollo Humano para El Salvador indica que "Todavía existen brechas entre los hombres y las mujeres. Por ejemplo, los hombres presentan tasas de alfabetización 5,5% más altas que las mujeres y que sus ingresos promedios son 2,2 veces mayor". La diferencia en el Índice de Desarrollo de Géneros entre las zonas rurales y urbanas es aún más pronunciada.²⁹ Esto tiene implicancias sobre cómo la epidemia del VIH es percibida y como se propaga.

Mujeres embarazadas Hay disponible cinco estudios sobre mujeres embarazadas.³⁰ Este es el único grupo poblacional al que se le realiza un estudio de vigilancia de la seroprevalencia de forma periódica, en cada establecimiento de salud del país con capacidad de ofrecer la prueba diagnóstica (82% de las instituciones). Tres estudios

²⁷ Estimaciones obtenidas de CEPAL, "Proyecciones de las tasas de fecundidad. Hipótesis media". 2006

²⁸ PEN 2005-2010

²⁹ Reporte sobre Desarrollo Humano para El Salvador. PNUD 2003

³⁰ Informe Final del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de El Salvador, CDC/GAP, 2004. pág. 32.

fueron realizados por el Ministerio: (1992 – 1997 y 2003) y 2 por otras organizaciones (1997 y 2002) Las variables que se han estudiado son: estudio de seroprevalencia, comportamiento sexual, compañeros sexuales, uso de condón y conocimientos sobre transmisión por medio de la lactancia materna.

Según la notificación al PNS, la transmisión (madre-hijo) representa un 5% del total de casos. En el año 2003, del total de los partos 0,33% resultaron en infección del niño, mientras que en el 2004, de acuerdo al PNS, fue de 0,22%.³¹

Tabla 3. Prevalencia de Infección VIH en embarazadas por departamento, 2003

Departamento	Tamaño de muestra	No. de casos	%
La Libertad	819	1	0,12
San Miguel	521	2	0,38
San Salvador	1818	9	0,50
Santa Ana	786	1	0,13

Fuente: Vigilancia de seroprevalencia del VIH, Sífilis en mujeres embarazadas.

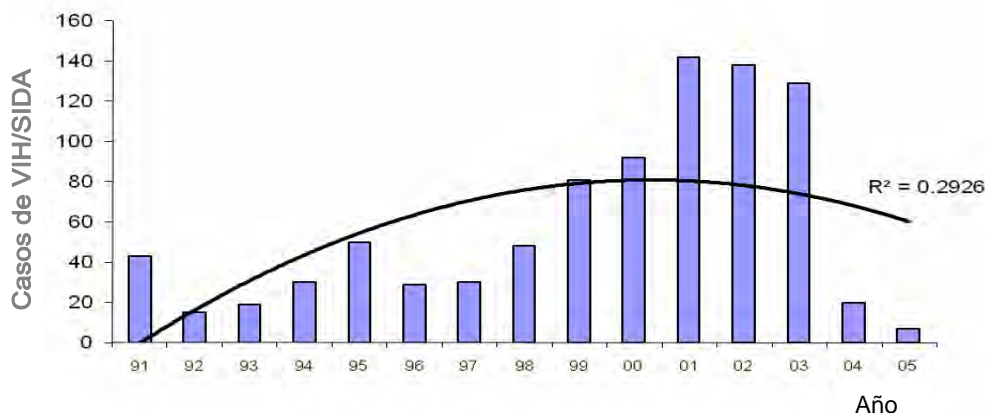
La Encuesta de Salud Familiar FESAL 2002-2003, revela que en el período 1997-2002, la tasa de fertilidad fue de 104 hijos/as por cada 1000 mujeres entre los 15-19 años de edad. Aún cuando la tasa específica de fecundidad en adolescentes ha disminuido, los niveles de infección de VIH en este grupo tienden a incrementarse, lo que puede estar relacionado con el inicio temprano de la actividad sexual y el poco uso de medidas de protección.³²

Desde el año de 1991 hasta el año 1998, se evidencian fluctuaciones con tendencias al incremento en el número de casos VIH positivos en menores de 1 año. Para el año 1996, se evidencia un primer descenso en la curva que podría deberse al inicio del programa de PTMI del Hospital Nacional de Maternidad. En el año 2000, con la apertura de la Clínica para Niños con Inmunodeficiencias en el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom se registra un aumento significativo en el número de nuevas infecciones, debido principalmente al trabajo realizado en la detección activa de nuevos casos. Sin embargo, el número de casos bajó significativamente en los años 2004 y 2005 (Gráfico 3).

³¹ PNS. Boletín de Vigilancia epidemiológica VIH/SIDA/ITS, julio 2005.

³² PEN 2005-2010.

Gráfico 3. Casos de VIH-SIDA en menores de un año de 1991 hasta el 2005



Fuente: PNS, 2005

Jóvenes vulnerables FESAL 2002-2003, indica que el 32% de las mujeres entre 15-19 años han tenido relaciones sexuales. De las mujeres entre 15-24 años, 22% tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años y el 66% entre los 15-19 años.³³ Hasta el año 2004, se han notificado 50 casos de VIH/SIDA en el grupo de 10 a 14 años, de los cuales 62% correspondieron a niñas. En el grupo de 15 a 19 años, se acumularon 684, (54% mujeres). El promedio de compañeros sexuales en los últimos 2 años fue de 1,4. El 73% afirmaron que las personas pueden protegerse del VIH mediante uso del condón y el 87% dijo que la fidelidad puede proteger de la transmisión del VIH; el 94% sabe que una mujer puede transmitir el VIH a su hijo durante el embarazo, y el 89% dice que puede transmitirlo a través de la lactancia materna.

Jóvenes usuarios de drogas intravenosas Desde el año 1984 a julio de 2005, el 1% de los casos de VIH se asocian a personas drogodependientes. En el 2004, se realizó una línea basal³⁴ sobre conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con VIH/SIDA/ITS en jóvenes y adolescentes con problemas de drogadicción en ciudades de cuatro departamentos de El Salvador. Los resultados indican que el 72% de la población joven y adolescente con problemas de drogadicción tiene adecuados conocimientos acerca del VIH/SIDA y el 57% sabe que el uso del condón previene el contagio, más del 90% reconoce que las relaciones sexuales con varias personas aumenta el riesgo; personas en este grupo reconocen que la infección puede ser transmitida y/o contraída usando la máquina de rasurar de otra persona. El 80% reconoce que la madre embarazada puede transmitir el VIH a su hijo y que la madre con VIH puede transmitir el virus con la lactancia materna.

Cerca de la mitad de jóvenes usuarios de drogas encuestados ha recibido alguna información sobre el VIH y el SIDA. Casi el 73% sabe dónde puede realizarse la prueba; 49% pidió hacerse la prueba de VIH; de ellos 96% se hizo la prueba; al 70% se les dio el

³³ PEN 2002-2003

³⁴ Departamento de Salud Pública de la Universidad Centroamericana José Simeón Cañas. Estudio sobre una muestra de 204 jóvenes en los departamentos de San Salvador, La Libertad, San Miguel y Sonsonate.

resultado; 11% de un total de 66 jóvenes que tomó la prueba fueron VIH positivos. Sólo 31% recibió asesoramiento cuando se hicieron la prueba. De ellos, 97% cree que la información proporcionada fue clara.

Casi el 70% ha tenido relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol y otras drogas y el 45% ha tenido relaciones sexuales con TCS. Sin embargo, los jóvenes de mayor edad usan más el condón en estas relaciones que los de menor edad (59% Vs. 29%). 32% de los jóvenes informó haber utilizado el condón en la última relación sexual y el 19% dijo utilizarlo con frecuencia.

Jóvenes integrantes de pandillas Un estudio de línea de base se realizó en una muestra de 158 jóvenes en los departamentos de San Salvador, La Libertad, San Miguel y Santa Ana.³⁵ El 60% sabía que el uso del condón es una forma de evitar contagiarse del VIH/SIDA, mientras que el 95% informó que las relaciones sexuales con varias personas aumenta el riesgo. El 98% conoce que hay riesgo de transmisión mediante en las relaciones sexuales sin condón y al compartir jeringas con una PVVS. El 90% sabe que se puede transmitir al recibir sangre o tatuarse la piel con una aguja usada por otra persona, el 76% reconoce que la mujer embarazada puede transmitir el VIH a su hijo, que la madre con VIH puede a través de la lactancia infectar a su hijo, y que se puede transmitir al usar máquinas de rasurar de otras personas.

De los 158 jóvenes, 42% había recibido información sobre el VIH/SIDA; más del 70% sabía dónde realizar la prueba de VIH, 22% había solicitado la prueba, de los que 76% recibieron los resultados. Cerca de 57% había recibido asesoramiento y un 41% recibió asesoramiento posterior a la prueba de VIH. El 62% consideró que la información clara.

Solamente el 20% dijo haber usado condón en su última relación sexual y el 51% que habían tenido relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol. El 67% que usó droga inyectada en mes anterior compartió jeringa con otra persona. También, el 37% había tenido relaciones con TCS y el 64% utilizó condón la última vez que tuvo relaciones con TCS.

Grupos migratorios en regiones afectadas Una de cada 10 familias tenía un miembro que vive o ha vivido en otro país, (usualmente en los países de Norte América). Un 68% de los emigrados eran varones y 50% menor de 25 años. En promedio tenían aproximadamente 7 años de escolaridad cuando salieron del país.³⁶

Un estudio realizado en poblaciones móviles en una muestra de 1.704 personas en once ciudades, determinó que el 84% de este grupo tienen algún conocimiento sobre el VIH/SIDA. Más del 95% conoce las formas de transmisión del VIH/SIDA; 90% sabe que se puede transmitir al usar máquinas de rasurar de otras personas; 96% sabe que las relaciones sexuales con varias personas aumenta el riesgo; el 93% reconoce que la mujer

³⁵ Departamento de Salud Pública de la Universidad Centroamericana José Simeón Cañas. Estudio sobre una muestra de 204 jóvenes integrantes de pandillas en los departamentos de San Salvador, La Libertad, San Miguel y Sonsonate.

³⁶ FESAL 2002-2003.

embarazada puede transmitir el VIH a su hijo. Sin embargo, el 50% indica que el uso del condón es una forma de transmisión de la epidemia y un importante porcentaje también indica otras formas de transmisión; por ejemplo, el 58% considera que otras formas de transmisión son por el beso en la mejilla o la picadura de mosquito, mientras que un 51% cree que se transmite por la saliva.³⁷

Casi el 98% de los trabajadores de migración y aduana tiene algún conocimiento sobre el VIH. El conocimiento aumenta con la escolaridad, 100% del nivel técnico tiene conocimientos excelentes, comparado con el 63% de aquellos con ninguna escolaridad.

En realización con las pruebas de VIH, el 37% ha solicitado esta prueba y al 98% se la realizaron la última vez que la solicitó. De estos, al 92% le dieron el resultado y solamente al 39% le dieron asesoramiento cuando se realizó la prueba.

Uniformados Las fuerzas armadas son miembros permanentes de CONASIDA. Sin embargo, en la investigación realizada no se ubicó ningún material que permitiera evaluar a este grupo poblacional en relación al VIH/SIDA. USAID identificó a la Policía Civil Nacional como una población significativa para la reducción de VIH en el país. Los estudios llevados a cabo como parte del proyecto Cambio alcanzaron las siguientes conclusiones basadas en una muestra de 1.224 agentes de la Fuerza Policial Nacional (PNC) y de la Academia Nacional de Seguridad Pública (ANSP):³⁸

- 1) 58% manifestó que el VIH podía ser transmitido al compartir objetos personales tales como peines, toallas, pañuelos y jabón; 39% que podía ser transmitido por la picadura de un zancudo.
- 2) Por lo menos 92% reconoció que la fidelidad mutua, relaciones sexuales con una sola pareja, evitando el uso de drogas intravenosas, reduciendo el número de parejas sexuales y usando condones con todas las parejas sexuales, son maneras efectivas de reducir el riesgo de contraer la enfermedad.
- 3) 50% manifestó que evitando el contacto casual (no sexual) con PVVS y evitando baños públicos son maneras efectivas de prevenir la transmisión de VIH.
- 4) 99% ha oído sobre los condones, y de ese grupo, 99% conoce al menos un lugar donde pueden obtenerlos; 22% ha comprado condones en los 30 días previos a la encuesta, mientras que 38% los obtuvo gratuitamente. Sólo el 20% declaró que no llevaban con ellos un condón a la hora de la entrevista.
- 5) 99% ha escuchado sobre ITS: 89% mencionó gonorrea, 74% mencionó sífilis y 58% VIH o SIDA. 99% de los encuestados conoce que hubieron pruebas para determinar si una persona tenía VIH, el 50% se realizó la prueba (53% tomó la prueba voluntariamente, mientras que 47% la tomó una vez porque se le pidió que

³⁷ Departamento de Salud Pública de la Universidad Centroamericana José Simeón Cañas., Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con VIH/SIDA/ITS en poblaciones móviles en once ciudades de El Salvador. (Puerto de Acajutla, Aeropuerto, El Poy, La Tachadura, Angiatú, El Amatillo, Puerto de La Libertad, La Unión, Las Chinamas, Lourdes y San Cristóbal), 2005.

³⁸ Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID). Resumen de país sobre VIH/SIDA.

lo hiciera). 83% recibió los resultados de estas pruebas, mientras que sólo el 41% recibió asesoramiento antes de tomarse la prueba y sólo el 29% recibió asesoramiento después de recibir los resultados.

- 6) 11% manifestó que ha consumido drogas; siendo la marihuana y la cocaína las más populares (usadas por el 80% y 26% de los grupos respectivamente).

Percepción general

La percepción general de la población salvadoreña sobre la epidemia según una encuesta nacional realizada en el año 2003, indica que:

- 1) El 86.1% de la población ha oído hablar del VIH/SIDA.
- 2) Más del 98% consideran la epidemia como un problema serio para el país.
- 3) El 97% de la población conoce que hay formas de protegerse contra el SIDA reconociendo que el condón es una de las formas de protegerse. El 93% considera que estos deberían estar fácilmente disponibles para las personas que lo necesitan, incluyendo jóvenes.
- 4) Cuando se distingue por poblaciones específicas que tienen VIH/SIDA, el 54% de la población considera que Dios ha castigado a las prostitutas y a los homosexuales con el virus por la forma de vivir. Aún así, más del 91% de la población apoya la organización de programas de prevención de SIDA dirigidos a estas poblaciones.
- 5) Solamente el 15% de la población salvadoreña en el año 2003 considera que las mujeres con SIDA tienen derecho a quedar embarazadas. Se espera que esta situación se esté revirtiendo en razón de los grandes esfuerzos y resultados positivos del Programa Nacional del VIH/SIDA en el proyecto de transmisión vertical a nivel nacional.
- 6) Un 81% de la población salvadoreña está de acuerdo en que el empleador tiene el derecho de pedir la prueba del VIH/SIDA como pre-requisito para el empleo.
- 7) De igual forma, un 51% indica que las personas con la epidemia no deben tener acceso a lugares públicos.
- 8) Un 65% considera que los niños y niñas con VIH/SIDA deberían recibir educación aparte.
- 9) Un 61% de la población considera que el gobierno atiende adecuadamente la epidemia, más del 99% aprueban la educación a los jóvenes en los colegios sobre el VIH/SIDA y apoyan la promoción de mayores campañas educativas sobre la epidemia como responsabilidad del Gobierno.
- 10) Mientras que más del 98% consideran una obligación del gobierno brindar medicamentos a las personas que viven con SIDA.
- 11) Más del 98% indicó que los medios de comunicación masivos, como la prensa, la radio y televisión deberían incluir más información sobre VIH/SIDA.

Por otra parte, en la Encuesta Nacional de Salud Familiar 2002-2003 (FESAL) sobre los indicadores de VIH/SIDA, se determinó que el 60% de las mujeres conocen las 3 formas de prevención del VIH/SIDA, mientras que un 46% de los hombres lo conocen. Un 6% de las mujeres se hizo la prueba de VIH voluntariamente, y cerca del 5% en el caso de los hombres. En cuanto al uso del condón en la última relación sexual, el 6% fueron mujeres y el 20% hombres. Además, la edad en la primera relación sexual en mujeres es menos de 15 años.

Respuesta Nacional al VIH/SIDA

El primer caso de VIH/SIDA en El Salvador se registra en el año 1984 y a partir de ese momento se tomaron medidas por parte del MSPAS, de la sociedad civil y de las agencias internacionales para luchar contra este problema de salud.³⁹ Sin embargo, desde la perspectiva de la legitimación ante la sociedad, no es sino hasta el año 2001 que la Asamblea Legislativa aprueba la Ley de VIH/SIDA. La formulación de la Ley del VIH/SIDA nace en un contexto de consenso entre los grupos de la sociedad con respecto a la forma de abordar la lucha contra la epidemia. De esta forma, se constituye la Alianza Estratégica de Legislación en VIH/SIDA, organismo que cuenta con el apoyo y legitimación del gobierno y en la cual se integran las ONG pro defensa de los derechos humanos, las ONG en el campo de la prevención, PREVENSIDA, organizaciones como PASCA y actores de instituciones del gobierno.

Con esta ley, se establece la responsabilidad del estado en la atención integral de la infección, lo que da pie para que se constituya la Comisión Nacional Contra el SIDA (CONASIDA) como un órgano de alto nivel político y de carácter interinstitucional e intersectorial.

Una distinción importante en El Salvador es el decidido apoyo de las altas autoridades de la política nacional a los planes de atención al VIH/SIDA. En el marco de la respuesta nacional al VIH/SIDA se creó la legislación con miras a enfocar la epidemia desde el punto de vista político y técnico. De esta misma manera, se crean el Plan Estratégico Nacional del VIH/SIDA 2005-2010 y la Política Nacional de Atención Integral al VIH/SIDA.

De igual forma, la cooperación internacional cumple un importante papel en la solución al problema del VIH/SIDA. El apoyo de agencias internacionales, como el Fondo Mundial, ONUSIDA, OPS, otras fundaciones internacionales, el Banco Mundial y organizaciones como PASMO y PASCA, han facilitado el avance de la respuesta nacional hacia la atención al VIH/SIDA.

La respuesta nacional al VIH-SIDA en El Salvador, especialmente durante los últimos cinco años, ha consistido en capacitar a los recursos humanos y reforzar la infraestructura de los servicios de salud del sector público, así como otros servicios sociales para la prestación de asistencia en prevención y atención integral. Este esfuerzo le ha permitido al país obtener una puntuación de cerca del 80% en la Evaluación del Índice de Esfuerzo del Programa Contra el SIDA (API) en el año 2003.

Comisión Nacional Contra el SIDA (CONASIDA)

CONASIDA está representada por los diferentes sectores que luchan contra el VIH/SIDA. El gobierno está representado por el MSPAS, la Secretaria Nacional de la familia, el Ministerio de Trabajo y Previsión Social, el Ministerio de Educación, Sanidad

³⁹ En 1984 se constituye una red de ONG llamada PREVENSIDA que actúa en la prevención general y específica para las personas en condiciones de vulnerabilidad (HSH, TCS) ante la epidemia.

Militar, los Medios de Comunicación, el Ministerio de Gobernación, el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, ONG, Asociación Nacional de la Empresa y el Colegio Médico de El Salvador.

Esta Comisión se reactiva en diciembre del año 2004, en cumplimiento de la ley del VIH/SIDA y de su reglamento aprobado en abril del mismo año. Entre sus principales intervenciones figura la Política de Atención Integral a la Epidemia del VIH/SIDA, como un instrumento de diez líneas de acción en respuesta a los criterios internacionales de atención a la epidemia. También, el estudio, planeación y ejecución de la campaña multimedios “Gánale la batalla al SIDA” y “La bella vida” en aras de brindar y ampliar el conocimiento del VIH/SIDA entre la población joven y generar aceptación de las PVVS, tuvo un costo aproximado a los \$800 mil y fue inversión más importante por parte del gobierno en la prevención y educación sobre la epidemia.

Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA

La organización funcional del PNS se integra y participa en una red nacional de atención al VIH/SIDA que permite, mediante el funcionamiento de un Comité Técnico Asesor, el Comité Coordinador El Salvador (CCE) del Fondo Mundial, articular esfuerzos encaminados a la lucha contra el VIH/SIDA. Entre las principales medidas tomadas por el PNS se señalan la elaboración, actualización y oficialización de alrededor de 50 documentos reguladores y normativos. Durante el 2005-2006 se han logrado revisar y crear diversos documentos reguladores, con los cuales se pretende fortalecer y mejorar la calidad de la atención y de los métodos que se brindan a la población a través de la red nacional de servicios de salud del MSPAS. Entre estos, destacan:

- Guía de Abordaje para Trabajadores Comerciales del Sexo.
- Guía de Intervención en Salud dirigida a los privados de libertad ante las ITS/VIH/SIDA en los centros penitenciarios del país.
- Guía de Atención para Poblaciones Móviles para el Control y Prevención de ITS/VIH/SIDA.
- Normas de Atención para las Infecciones de transmisión Sexual.
- Protocolos de atención para Personas Viviendo con VIH/SIDA.
- Guía para la Conserjería Previa y posterior a la prueba del VIH/SIDA.
- Guía para el Sistema de información de la profilaxis post exposición. (SIPPE).
- Manual de Prevención del VIH/SIDA y de otras Infecciones de Transmisión Sexual para el nivel comunitario.

Otras actividades importantes que se destacan son: las Clínicas Móviles para la Toma de Pruebas de VIH, la realización del III Foro Latinoamericano y del Caribe en ITS/VIH/SIDA y IV CONCASIDA 2005, la firma de la “Declaración de San Salvador” para la Lucha Contra el SIDA en la Región Centroamericana y del Caribe, el lanzamiento del Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control del VIH/SIDA 2005-2010, la entrega de Canasta Básicas de Alimentos a Personas que viven con VIH-SIDA, la reducción de la Transmisión Materno- Infantil del VIH a nivel nacional, el

proyecto del Recorrido Participativo, el fortalecimiento al Plan Nacional de Descentralización de la Terapia Antirretroviral y Acceso Universal a Medicamentos Antirretrovirales, el programa de poblaciones móviles en fronteras terrestres, puertos, aeropuertos y estaciones de paso del país y otra serie de medidas de prevención y campañas nacionales en conjunto con CONASIDA y otros actores nacionales.

Recursos financieros

Desde el año 2000, el presupuesto nacional ha incluido financiación para la atención del VIH/SIDA, principalmente para su tratamiento antirretroviral. La inversión pública se calcula en \$5.6 millones de dólares para el año 2000, en el 2002 alcanzó la suma de \$16.8 millones, aunque en el 2003 se registra la suma de \$2.5 millones. Por otra parte, la inversión de agencias internacionales y del exterior indica un importante crecimiento, ya que de \$1.6 millones en el año 2000 aumentó a \$13.6 millones en el año 2003 (Tabla 4).

Tabla 4. Cuentas nacionales del VIH/SIDA en El Salvador según fuente de financiamiento año 2000 al 2003

Año	Fuentes Públicas	Fuentes Privadas	Fuentes Externas	Total
2000	5.7	2.6	1.7	9.9
2001	12.8	3.9	1.5	18.2
2002	16.9	4.3	1.7	22.9
2003	2.5	14.6	13.7	30.7

Fuente: SIDALAC, 2005

Para el año 2003, las fuentes públicas disminuyeron a favor de fuentes privadas y externas. Según la siguiente tabla, para este año dichas fuentes fueron del 8% comparadas con el 48% de las fuentes de origen privado y del 45% de origen externo. Como puede verse en la misma tabla, para los años 2001 y 2002 la proporción de la inversión pública fue de 70% y 73% respectivamente. Comparando los diferentes componentes del programa, en el año 2000 se identifica un mayor porcentaje orientado a prevención a lo largo del período. Sin embargo, si al rubro ARV se le suma el componente de tratamiento, ya en el 2001 (Tabla 5) el porcentaje por estos dos conceptos fue superior a la inversión realizada en prevención. La tabla 6 muestra el presupuesto para los componentes de atención para el 2004

Tabla 5. Cuentas nacionales del VIH/SIDA en El Salvador según categoría de gasto año 2000 al 2003

Gasto VIH/SIDA	2000	2001	2002	2003
Prevención	4.9	6.5	7.3	7.0
Tratamiento	3.0	3.1	5.2	8.9
ARV	0.15	4.3	5.6	0.5
Servicios de apoyo	0.5	1.2	1.5	3.9
Salud pública	0.3	1.4	1.0	0.9
Otros	1.1	1.6	2.2	9.7
Total	9.9	18.2	22.9	30.7

Fuente: SIDALAC, 2005

Tabla 6. Flujo del fondo de infección por VIH/SIDA según la Atención

Atención	2004	
	US \$	%
Personal de Salud	18.2	62.76
Salud Pública	7.7	26.54
Prevención	1.0	3.61
Gerencia	0.6	2.03
Inversión	0.4	1.37
Memorandum Items	1.1	3.69
Total	29.0	100.00

Fuente: Iniciativa Regional de SIDA para Latino América y el Caribe (SIDALAC), 2005

La contribución de la cooperación externa se ha incrementado en los dos últimos años (2003-2005) con el Proyecto del Fondo Mundial, que continuará en ejecución hasta 2007. El Fondo Mundial estableció la suma de \$12.0 millones para ejecutarse en dos años. Sin embargo, la no ejecución de \$4 millones al finalizar la etapa, significó un recorte de los recursos asignados al país y se asignaron \$6 millones para el 2005-2007. En el 2003, recursos del Fondo Global permitieron un significativo aumento en los gastos, tales como capacitación del personal, diálogo político, gerencia, y apoyo social para la población que vive con SIDA; la labor posterior a su finalización, requiere un plan de absorción por parte del gobierno, a fin de garantizar su sostenibilidad futura. De igual forma, se cuenta con cooperación del Banco Mundial con el proyecto regional, también con la cooperación de ONUSIDA, OPS, PNUD, UNICEF, AID y otras agencias internacionales así como de organizaciones regionales como PASMO y PASCA.

MARCO REGULADOR Y LEGAL

El Salvador aprobó la Ley del VIH/SIDA en el 2001, con la participación de la sociedad civil integrada en la Alianza Estratégica de la Legislación del VIH/SIDA. La Alianza logra, además de la aprobación de la Ley del VIH/SIDA, la derogatoria del literal “d” del artículo 16 de la precitada Ley y la aprobación de su Reglamento. Actualmente, trabajan en la elaboración de las propuestas para las reformas al Código de Trabajo y Código Penal, a fin de garantizar la protección de los derechos laborales de las PVVS.

Esta sección se basa en la investigación basal sobre estigma y discriminación en VIH/SIDA, utilizando el protocolo de discriminación arbitraria de ONUSIDA.⁴⁰ Por lo tanto, el esfuerzo ha consistido en la confirmación y actualización de los resultados del estudio mediante una reunión con la Alianza Estratégica de Legislación del VIH/SIDA y entrevista con personal de ATLACTL. El protocolo de discriminación arbitraria de ONUSIDA no presenta en el criterio de evaluación, información de sobre el número de veces o la magnitud de los casos presentados en un país. Por lo tanto, se presentan situaciones de discriminación que han dejado de suceder en el país hace tiempo y/o que

⁴⁰ ONUSIDA 2000. Encuesta realizada por un equipo de consultores de la Asociación Occidental de la red PREVENSIDA, patrocinada por PNUD.

han ocurrido una sola vez.⁴¹ Los casos que se presentan en este apartado corresponden al período posterior a la aprobación de la Ley de VIH/SIDA, los mismos que ocurrieron durante octubre del año 2001 hasta el mes de octubre del año 2004.⁴²

Asistencia de Salud. De los siete aspectos que se evalúan en esta materia, desde el punto de vista legal hay básicamente dos puntos que se contemplan en la legislación salvadoreña, aunque de forma condicionada y asociada a la salud general de la población. Éstos se refieren a (i) la realización de la prueba de VIH sin conocimiento que también ocurre en la práctica, y (ii) la notificación obligatoria del estado serológico respecto al VIH/SIDA a la pareja y/o familiares. El artículo 16 de la Ley de VIH/SIDA indica que solamente se obligará a la realización de la prueba del VIH por criterio médico, cuando se trate de donación de leche materna, sangre, semen u órganos o tejidos y cuando se requiera para fines procesales penales. Las personas diagnosticadas con VIH deben notificarle a su pareja habitual u ocasional sobre su estado serológico.⁴³

Existen tres formas de discriminación arbitraria que ocurren en la práctica: denegación de tratamiento por razón del estado serológico respecto al VIH/SIDA, realización de pruebas de VIH sin conocimiento, y la falta de confidencialidad. Además hay dos aspectos que no se presentan ni en la legislación ni en la práctica. Uno se refiere a los controles sanitarios, cuarentena, internamiento obligatorio y/o segregación en hospitales, dispensarios, residencias, etc. y el otro a la negativa a informar a una persona de los resultados de las pruebas del VIH.

El estudio de la Organización Panamericana de la Salud sobre estigma y discriminación por el VIH/SIDA en el Sector Salud en América Latina y el Caribe, se afirma que: “Existen en la práctica acciones discriminatorias”, siendo las más comunes: Tratamiento tardío y falta de retención en la atención.

Según estadísticas de la Asociación Atlacatl es común la denegación de tratamientos. En febrero del 2003, 10 hombres y 10 mujeres VIH positivos, presentaron denuncias al Instituto Salvadoreño del Seguro Social, al Ministerio de Salud y al Jefe del Programa de VIH/SIDA por denegación de tratamiento. Como resultado de la denuncia se resolvió la entrega de antirretrovirales. En otro caso se documenta que una paciente falleció sin recibir el tratamiento. Los casos denunciados en Asociación Atlacatl atribuyen la falta de suministro de antirretrovirales, al desabastecimiento que ha existido en la red nacional de salud (Ministerio de Salud). En las organizaciones Flor de Piedra y Huellas de Ángel, se registran denuncias de trato diferente a la población que estas atienden TCS, por la presunción de ser portadoras del VIH/SIDA.⁴⁴

⁴¹ El ejercicio del protocolo de discriminación arbitraria de ONUSIDA debe incorporar en su seno evaluativo el concepto de temporalidad principalmente, para no penalizar de igual forma las faltas recurrentes de las ocasionales o aquéllas cuyas causas se hayan corregido.

⁴² Después de esa fecha, los actos de discriminación arbitraria que se detectaron vigentes o nuevos mediante la sesión de la Alianza Estratégica de Legislación del VIH/SIDA y entrevista a personal de ATLACTL están distinguidos por la respectiva fuente y temporalidad.

⁴³ En la investigación efectuada se conoció que reglamentos internos de hospitales, propician prácticas discriminatorias principalmente en lo que se refiere a las pruebas del VIH sin consentimiento.

⁴⁴ Directora, Flor de Piedra – IBED, PNUD, 2004.

En la realización de pruebas del VIH sin conocimiento, se muestran un incremento en el área de salud y trabajo. El MSPAS reconoce estas prácticas y las argumenta diciendo: “*Cuando se hace una prueba sin conocimiento, ésta se ampara en la ley, cuando es para tratamiento... la ley faculta para ello*”, menciona un empleado del MSPAS. La anterior situación se refiere principalmente al caso de las embarazadas, basándose en que el médico tiene que establecer un diagnóstico de salud de la embarazada. El argumento para ello se basa en el artículo 16 de la ley del VIH/SIDA que dentro de sus excepciones, en su literal (a) expresa: “*que a criterio del médico, exista necesidad de efectuar la prueba con fines exclusivamente de la atención de salud del paciente, a fin de contar con un mejor criterio para establecer diagnóstico y terapéutica; esta circunstancia deberá de constar en el expediente clínico respectivo*”. Muchas se realizan por referencia de las clínicas empresariales del ISSS y por convenios con laboratorios privados.

Empleo. La falta de consistencia entre el Código Laboral y la Ley de VIH/SIDA es un obstáculo para las PVVS quienes buscan proteger sus derechos laborales. La legislación salvadoreña prevé la protección de las PVVS del estigma y la discriminación en el ámbito laboral. Sin embargo, recién en el 2004 fue derogado el literal “d” del art. 16 que autorizaba la prueba VIH para aspirar a un puesto de trabajo. En la práctica, el estigma y la discriminación se ponen de manifiesto en los siguientes cuatro aspectos: la prueba obligatoria antes de la contratación, pruebas obligatorias durante el desempeño del trabajo, la falta de confidencialidad sobre el estado serológico respecto al VIH/SIDA y el despido o cambio en las condiciones de empleo por razón del estado serológico respecto al VIH/SIDA. Las estadísticas proporcionadas por la fundación Atlacatl señalan que este es un problema latente. Asociaciones como Funda Huellas (Herrera) han dado también testimonio al respecto. Las PVVS se ven obligadas a realizar, de forma fraudulenta, pruebas de laboratorio para obtener resultados negativos (*caso 19*). ONGs como FUNDASIDA y la fundación Atlacatl aseguran que la situación existe y que responde a la exigencia de pruebas por parte de los empleadores.⁴⁵

Las *pruebas obligatorias durante el desempeño del trabajo* constan en el Código de Trabajo en el artículo 31: Obligaciones de los Trabajadores, el literal 10 establece: “*someterse a examen médico cuando sean requeridos por el empleador o por las autoridades administrativas con el objetivo de comprobar su estado de salud*”. Esto contradice a la Ley del VIH, la cual contempla en el artículo 16: “*se prohíbe la solicitud de pruebas para el diagnóstico de infección por VIH de forma obligatoria cuando no es para diagnóstico y terapéutica*” (IBED, PNUD, 2004). Muchos reglamentos internos de trabajo de diferentes instituciones se copian del Código de Trabajo, agregándoseles artículos específicos a la actividad y al interés de cada empresa, siendo, de esta forma, aprobados por el Ministerio de Trabajo. En este sentido, la mayoría de las empresas conservan dentro de sus reglamentos la facultad de exigir pruebas a sus trabajadores incluyéndose la prueba del VIH, a pesar que esta práctica es un acto de discriminación.

La falta de confidencialidad sobre el estado serológico *respecto al VIH/SIDA* ocurre en la práctica y se demuestra en los testimonios presentados en las ONG. Este tipo de

⁴⁵ IBED, PNUD, 2004.

situaciones violatorias de la ley del VIH, no se denuncian por no existir articulación entre la ley y el código de trabajo y debido a que el Ministerio de Trabajo carece de competencia (IBED, PNUD, 2004). En la práctica ocurren despidos o cambios en las condiciones de trabajo debido a los resultados de las pruebas serológicas con relación al VIH/SIDA. La Asociación Atlacatl sostiene que se han registrado 7 de estos casos en el 2004. En el año 2005, de las 50 denuncias que tramitó la Asociación Atlacatl, 25 eran de materia laboral, por cuestiones de despido y 20 casos eran favorables para el empleado. Sin embargo, la persona afectada no se reinstala en la empresa porque no quiere regresar allí.

Procesos Judiciales. No hay indicios de formas de discriminación arbitraria judicial/legal. No se encontraron indicios de sanciones administrativas para determinados comportamientos (prostitución, relaciones sexuales entre hombres) que se consideran favorables a la propagación de VIH, o sanciones penales en casos de transmisión deliberada del VIH/SIDA. Tampoco existe evidencia de que a las personas que viven con el VIH/SIDA se les haya denegado el derecho de proceso o limitado el derecho a la interposición de recursos, tales como: apelación, revisión o los derechos de representación.

Administración de penales. Los mayores problemas de estigma y discriminación se reflejan en el sistema penitenciario, principalmente por la falta de atención médica y acceso a medicamentos para la población reclusa (IBED, PNUD, 2004). Los tres aspectos de discriminación de acuerdo al protocolo de ONUSIDA son las pruebas obligatorias durante el periodo de prisión, las pruebas obligatorias al salir de la prisión y las condiciones especiales de detención por razón del estado serológico respecto al VIH/SIDA (por ejemplo segregación y/o negación del acceso a instalaciones, privilegios y programas de liberación) no están contemplados en la legislación y no se encontraron indicios de que ocurran en la práctica. El artículo 112 de la Ley Penitenciaria, en lo relacionado al examen médico de ingreso dice: *“todo imputado o condenado, al momento que ingrese a un centro penitenciario deberá ser examinado por el médico del centro a fin de establecer su estado general de salud y tomar las medidas pertinentes de acuerdo a esta ley”*. La Ley Penitenciaria dispone, en lo relativo al Registro de los reclusos, en el Capítulo 1, artículo 88 que: *“será obligación de la administración formar un expediente de toda persona que ingrese al sistema que deberá contener...”*. No se llevan registros con los que se podría probar que entre los exámenes de laboratorio para el ingreso a los penales se exige la prueba del VIH/SIDA. No así en el caso de la visita íntima, en la cual, de acuerdo a fuentes no oficiales, se exige dicha prueba como requisito para el ingreso al programa⁴⁶. En el artículo 13 del Reglamento, literal (a) estipula que: *“Presentar los exámenes de laboratorio que el servicio médico del centro penitenciario determine, a efecto de no poner en riesgo la salud de la persona visitante”*. (IBED, PNUD, 2004). Las restricciones de acceso a la asistencia y tratamiento (sistema penitenciario) ocurren en la práctica, aunque la ley del VIH/SIDA, en el artículo 26 establece que: ... *“Cuando una*

⁴⁶ Sin embargo, el PNS sostiene que se piden varias pruebas excepto la del VIH, aunque el Sr. Argueta sostiene que hay casos ocurridos recientemente, en los que se pidió la prueba de VIH para la visita íntima. (Datos que no se pudieron corroborar pero que, al parecer, los maneja el Sr. William Hernández de la Asociación Entre Amigos).

persona se encontrare detenida o privada de libertad por orden judicial, tiene derecho a recibir la información, orientación, educación veraz y científica necesaria sobre la prevención del VIH/SIDA, así como a recibir la atención médico- hospitalaria que requiera, en condiciones que no vulneren su dignidad personal”. La Ley Penitenciaria determina, también, la obligatoriedad de prestar asistencia médica.

Entrada y/o residencia en un país. Hay dos aspectos de discriminación en este área. Uno referente a las pruebas obligatorias, declaración del estado serológico o certificado de negatividad del VIH, como condiciones de entrada, residencia o libertad de movimiento en un país. Aunque, por una disposición del Ministerio de Gobernación, actualmente no se practica. Sin embargo, la solicitud de prueba de VIH/SIDA para optar por la ciudadanía de salvadoreño está vigente en la legislación del El Salvador. El otro aspecto se refiere a la expulsión por razón del estado serológico respecto del VIH/SIDA, sin procedimientos apropiados, que de igual forma está contemplado en la Ley de Extranjería. Al respecto, la Asociación Atlacatl presentó un escrito ante el Ministerio de Gobernación, en el cual se explicaba que se estaba cometiendo una violación a la Ley de VIH/SIDA al exigir tal prueba en la solicitud, logrando la eliminación de esta prueba como requisito. Sin embargo, aún queda a discreción de los Titulares del Ministerio de Gobernación exigir la prueba de VIH/SIDA, si no se hace una modificación al Artículo 38 numeral 6º de la Ley de Extranjería.

Educación. Los dos aspectos evaluados en el contexto puramente legal determinan que, en el ámbito de la educación no existe ningún instrumento jurídico que niegue el acceso o que imponga restricciones a la educación por razón del estado serológico respecto al VIH/SIDA. Sin embargo, la denegación del acceso a la educación por la razón del estado serológico respecto al VIH/SIDA ocurre en la práctica. En la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador, por acuerdo de Junta Directiva, no se permite el acceso a dicha carrera a PVVS, argumentando normas de bio-seguridad. A los médicos aspirantes a residentes de varias facultades de Medicina (Universidad Evangélica y Universidad de El Salvador), se les exige como requisito la prueba del VIH, durante la etapa de residencia médica en los hospitales. La misma situación se presenta también en la Escuela Nacional de Agricultura.

Vida familiar y reproductiva. En los cuatro aspectos evaluados en esta área, desde el punto de vista estrictamente legal, no existe ninguna norma que exija pruebas prematrimoniales y prenatales obligatorias, ni aborto o esterilización obligatoria de las mujeres con VIH/SIDA. En la práctica, sin embargo, hay casos de pruebas prematrimoniales obligatorias y de aborto o esterilización obligatoria en mujeres con el VIH/SIDA. No se encontraron indicios de casos relacionados con pruebas prenatales obligatorias o del retiro o modificación de las condiciones de ejercicio de la custodia paternal, apoyo y derechos sucesorios por razón del estado serológico, respecto al VIH/SIDA. Algunas congregaciones evangélicas exigen la prueba del VIH como condición para realizar un matrimonio religioso.⁴⁷

⁴⁷ Flores, FUNDASIDA; IBED, PNUD, 2004.

En la Guía para la Prevención de Transmisión Materno-Infantil del VIH (MSPAS) no se estipula la obligatoriedad de esterilización, pero en el apartado, Prevención Secundaria, Prevención de la TMI en los futuros padres y madres infectados, se hace mención a “la estimulación a métodos de planificación”, permitiendo, a criterio del personal médico, que bajo la forma de estimulación se obligue a optar por métodos de planificación permanente. Sobre este particular se registra el caso de una mujer,⁴⁸ a la cual se le obligó a someterse a un método de planificación: “La doctora me dijo que ninguna paciente PVVS en edad fértil sale de Maternidad sin un método permanente”. (IBED, PNUD, 2004).

Bienestar Social. De los tres aspectos evaluados en la legislación salvadoreña, no se presenta ningún indicio de denegación o restricción de acceso a los beneficios, y no hay casos registrados.

Vivienda. Existe discriminación al negar el acceso a créditos para vivienda a PVVS tanto a nivel de la banca privada como del Fondo Social para la Vivienda. En los instrumentos jurídicos se presentan indicios de la realización de pruebas obligatorias, declaración del estado serológico o certificado de negatividad del VIH, como condiciones de acceso a la vivienda o derecho de permanencia. La situación se presentó cuando se revisaron diversos formularios bancarios para la solicitud de créditos hipotecarios para vivienda, no apareciendo la solicitud de pruebas del VIH. Sin embargo, se obliga al cliente a firmar una declaración jurada en la que exprese su autorización para revisar sus expedientes médicos. En el Fondo Social para la Vivienda (FSV), se revisó la solicitud proporcionada por esta entidad. Si bien no se encontraron indicios de la exigencia de prueba del VIH para acceder a la vivienda, al preguntar si se puede solicitar siendo VIH positivo, la empleada manifestó: “*que estas personas no tiene ese derecho, ya que se necesita tener seguro de deuda y éste no se aprueba si la persona tiene VIH*”. Los formularios de las compañías de seguros han incluido el VIH en la lista de las enfermedades que son de alto riesgo, dando como resultado la negación del seguro de préstamo.

Seguros y otros servicios financieros. De los tres aspectos evaluados en la legislación salvadoreña, no se presenta ningún indicio de que los mismos estén previstos en los instrumentos jurídicos. No hay incidentes de denegación o restricción de acceso al seguro social o seguro nacional por razón del estado serológico respecto al VIH/SIDA. Sin embargo, tal como se ha mencionado antes, existen formularios bancarios y de aseguradoras, así como para el acceso a la vivienda (créditos hipotecarios), donde se solicita a la persona una declaración jurada, en la que deben manifestar que no han sido diagnosticadas con VIH/SIDA y donde se autoriza a médicos, hospitales, clínicas y laboratorios a proporcionar datos e informes a las compañías aseguradoras sobre el estado de salud. Esto ha sido constatado en la práctica.

Respuesta a la discriminación arbitraria. Uno de estos actores que apoya el aspecto de legislación desde el punto de vista de formulación y aprobación de los instrumentos

⁴⁸ El PNS sostiene que se presentó un solo caso y que no significa que es la práctica diaria. De lo contrario no habrían mujeres viviendo con VIH/SIDA con más de un embarazo y en el Programa de Prevención de la Transmisión Vertical. Dra. Alma Quezada, Atención Integral, PNS. Marzo, 2006.

jurídicos es la *Alianza Estratégica de la Legislación en VIH/SIDA*. Sus principales logros son la aprobación de la Ley del VIH y su Reglamento y la reforma de los Códigos de Trabajo y Penal. El otro actor es la *Red Nacional de Derechos Humanos*, la cual forma parte de la Red Regional de DDHH y cuya labor es trabajar por el cumplimiento de los instrumentos jurídicos y los derechos humanos de los PVVS. La *Asociación ATLACATL* es la institución encargada de llevar los registros de denuncias por violación de los derechos de una persona viviendo con VIH/SIDA. La Alianza está compuesta por el Programa Nacional del VIH/SIDA, FUNDASIDA, PASMO, Asociación ATLACATL, Asociación Entre Amigos, Asociación de Mujeres Flor de Piedra, CEMUJER, ONUSIDA, Médicos del Mundo-España, PASCA, UNICEF y REDSAL.

PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE GRUPOS VULNERABLES

En El Salvador, las pruebas de tamizaje para VIH se iniciaron en el año 1997, son gratuitas y se realizan en 132 laboratorios Clínicos de la Red Nacional de Servicios del PNS. En ese año se efectuaron 77.000 y para el año 2004 el número de pruebas se incrementó sustancialmente llegando a 198.000. Una de las principales razones del incremento podría deberse a las estrategias de descentralización del diagnóstico, a la utilización de pruebas rápidas, al establecimiento de laboratorios regionales para la confirmación diagnóstica,⁴⁹ así como también por las nuevas formas de realizar las pruebas, tal como el proyecto de Unidades Móviles.⁵⁰

Una de las formas actuales de prevención, fomentada por el proyecto del Fondo Mundial, es una campaña de Abstinencia, Fidelidad y Uso del Condón (ABC), que de parte del Gobierno se ha constituido en una de las bases de la respuesta nacional a la epidemia. Sin embargo, hay ONG⁵¹ que han sugerido una campaña más agresiva dirigida a la población en condiciones de vulnerabilidad, donde se destaque el uso del condón, con el fin de concientizar a la población en general sobre la situación de la epidemia y del elevado riesgo de adquirir VIH y de poder transmitirlo en caso de ser portador.

Una de las medidas destinadas a atender la problemática del VIH y fomentar la salud sexual y reproductiva en los jóvenes, es el lanzamiento de la Campaña “Decídete a Esperar” en el año 2003 la que tuvo por objeto generar la reflexión entre los adolescentes y jóvenes sobre el ejercicio de la sexualidad responsable. Se beneficiaron de forma directa 25.000 adolescentes entre 13 y 15 años e indirectamente cerca de 140.000 adolescentes recibieron el mensaje de esta campaña a través de los medios masivos de comunicación (prensa, radio, TV) y materiales de promoción, informativos y educativos.

El objetivo del proyecto CAMBIO (un proyecto dirigido al cambio de comportamientos por la Academia de Desarrollo Educativo / Grupo Manoff) es fortalecer las capacidades

⁴⁹ De Boletín Epidemiológico VIH/SIDA, julio 2005, PNS. pág. 18.

⁵⁰ Se trata de dos unidades móviles que se trasladan a los principales lugares en los que se localizan a poblaciones en condiciones de vulnerabilidad. Para mayores detalles ver en este informe experiencias exitosas de El Salvador.

⁵¹ De Sr. Odir Miranda, ATLACTL y Sr. Luis Carlos Estrada, Fundación Huellas. Entrevistas realizadas en Marzo, 2006.

institucionales para fomentar los cambios en la conducta para reducir la transmisión de VIH en la Policía Nacional, en la Academia Nacional de Seguridad Pública, y sus familias y asociados.⁵²

Otra forma de prevención y promoción es la atención adecuada de la epidemia en los establecimientos de salud. En el mes de octubre de 2005, el Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, con apoyo de OPS/OMS y el Hospital St. Jude Children's Hospital, inició la ejecución del Plan Nacional de Capacitación en VIH-SIDA, dirigido a los promotores de salud de las diferentes instituciones del país que cuentan con este tipo de recursos como el MSPAS, el Instituto Salvadoreño de Seguridad Social (ISSS) y organismos no gubernamentales. Este programa logró capacitar a más 2.000 promotores de salud.

A continuación se describen algunas experiencias de ONGs y del sector público en El Salvador (resumidas en el Anexo 4); esto no quiere decir que no existan otras de igual envergadura e importancia a las cuales no se haya tenido acceso. Hay organizaciones y proyectos exitosos en el área de educación (Proyecto de juventud del MINED), en el uso de algún mecanismo de prevención (PASMO), orientados a la juventud (PNS: proyecto de recorrido participativo: amor, sexualidad y valores), a la organización y reflejo del compromiso político (CONASIDA y las redes como Alianza Estratégica para la Legislación), entre otros.

Asociación Atlacatl

La institución se crea en el año 1997 y trabaja como un grupo de apoyo de PVVS, y desde entonces también funciona como un grupo abierto a la defensa de los derechos humanos. Este programa contribuye con cumplir los objetivos estratégicos 7 y 8, que se refieren a la protección de los derechos humanos e igualdad de género en la prevención, atención y control del VIH y SIDA, y al uso del sistema legal para responder a las necesidades de las personas que viven con VIH. Los recursos financieros son provistos por agencias de cooperación internacional, como HIVOS, AIN, Fondo Mundial, ONUSIDA y algunas otras con apoyos específicos. El éxito del proyecto reside el hecho de que sus fundadores como portadores del virus se presentan a la sociedad y reclaman sus derechos. Este acto rompe la invisibilidad, el estigma y la discriminación, ya que la gente toma conciencia de que las personas con VIH/SIDA son productivas y pueden vivir y enfrentarse a la enfermedad. Los principales resultados y lecciones aprendidas se describen a continuación.

⁵² USAIDS, VIH/SIDA resumen de país en El Salvador.

Referencias

Alfaro, Julio, et. al. (Baseline Research on Stigma and Discrimination in HIV/AIDS) Investigación Basal Sobre Estigma y Discriminación en VIH/SIDA, El Salvador, 2004

Asociación Demográfica Salvadoreña (Demographic Association of El Salvador), Encuesta Nacional de Salud Familiar (National Family Health Survey), 2002-03. San Salvador, El Salvador, 2004

Asociación Demográfica Salvadoreña (Demographic Association of El Salvador), Encuesta Nacional de Salud Familiar (National Family Health Survey), 2002-03. San Salvador, El Salvador, 2004

Banco Mundial (The World Bank). HIV/AIDS in Central America: Epidemic and Priorities for STD Prevention) *VIH/SIDA en Centroamérica: La Epidemia y Prioridades para su Prevención*. Latin American and Caribbean Bank, Global HIV/AIDS Program, Septiembre, 2003.

Comisión Nacional contra el SIDA (CONASIDA) (National Aids Commission). Policy of Integrated Care for the HIV/AIDS Epidemic) *Política de Atención Integral a la Epidemia de VIH-SIDA*. El Salvador, 2005.

El Salvador Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2004) (Law and Regulation for Preventing and Controlling Infection caused by the Human Immunodeficiency Virus (HIV) in El Salvador), *Ley y reglamento de prevención y control de la infección provocada por el virus de inmunodeficiencia humana*, El Salvador.

FESAL, Evaluación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica en El Salvador. CDC/GAP, 2004. Encuestas de Salud Familiar.

Martínez, A. Baseline study for extending the Program for Preventing Mother-to-Child HIV Transmission (TMI) in health centers offerings the three levels of care. UNICE/MSPAS, El Salvador, 2002

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. *Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en El Salvador, años 1984-2005*. El Salvador.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (Programa Nacional para Prevenir y Controlar el VIH/SIDA e STI) Care Protocols for people who live with HIV/AIDS), *Protocolos de Atención para Personas Viviendo con HIV/AIDS*, 2005. El Salvador.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2005). National HIV/AIDS AND STIS Program. (Intervention Health Guide for Prison inmates facing HIV/AIDS AND STIS in Prisons). *Guía de Intervención en Salud dirigida a los (as) privados (as) de Libertad ante las STD/VIH/SIDA en los Centros Penitenciarios*. El Salvador.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2005). Programa Nacional de HIV/AIDS AND STIS. *Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control del VIH-SIDA*. El Salvador.

PASMO/USAID y otros. Hidden Risks in Central America, *A multi-national study 2003-2004, knowledge, attitudes and practices regarding HIV, use of the condom and other health topics*, Panama. Diciembre 2004.

PNS HIV/AIDS, Boletín Epidemiológico, Julio 2005

UNAIDS, Protocol for the identification of discrimination against people living with HIV, UNAIDS Best Practice Collection, UNAIDS, Geneva, 2000. Available on line at: http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub01/jc295-protocol_en.pdf?preview=true

Anexo 1. Formulario para Evaluación de Discriminación

Preguntas del Anexo 5 de UNAIDS

1. ¿Existen acuerdos o foros de comunicación que luchen contra la discriminación?
2. ¿Existen entidades para la defensa de los DDHH?
3. ¿Existen ONG cuyo objetivo sea la defensa de los DDHH de las PVVS?
4. ¿Grado de coordinación entre las entidades que defienden los DDHH?
5. ¿Existen campañas de información y educación orientadas al combate de la discriminación?

Personas Entrevistadas sobre Discriminación

- Fernando Cano, PASCA, Guatemala
- Janeth Flores, Comisión Nacional de Derechos Humanos, Honduras
- Alexia Alvarado, PASCA y Presidente de la Alianza para la Legislación, El Salvador
- Karla Aburto, Consejera de VIH/SIDA, Nicaragua
- Eda Quirós, Directora de Salud de Recursos Humanos, Ministerio de Salud, Costa Rica
- Maite Cisneros, Ombudsman, Panamá

Anexo 2. Formulario para Selección de experiencias exitosas

Nombre de la institución:	
Participación por:	
<input type="checkbox"/> Programa <input type="checkbox"/> Proyecto	
País:	Tipo de abordaje:
Región:	<input type="checkbox"/> Prevención <input type="checkbox"/> Tratamiento <input type="checkbox"/> Mitigación del daño <input type="checkbox"/> Legal en función de derechos humanos <input type="checkbox"/> Género <input type="checkbox"/> Otro (señale):
<input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> Rural	
A. DATOS GENERALES DE LA ORGANIZACIÓN QUE LLEVA A CABO LA EXPERIENCIA EXITOSA	
1. Tipo de organización:	2. Año de constitución: <input style="width: 100px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Organización comunitaria <input type="checkbox"/> Organización no-gubernamental <input type="checkbox"/> Organización gubernamental <input type="checkbox"/> Sector privado <input type="checkbox"/> Asociaciones <input type="checkbox"/> Otra (por favor indique):	3. Descripción de la organización: Reseña histórica Objetivos Personal
B. DATOS DEL PROYECTO-PROGRAMA	
Nombre del proyecto:	
1. Tipo de abordaje:	2. Año de inicio: <input style="width: 100px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Prevención <input type="checkbox"/> Tratamiento <input type="checkbox"/> Mitigación del daño <input type="checkbox"/> Legal en función de derechos humanos <input type="checkbox"/> Género <input type="checkbox"/> Otro (especifique):	3. Año final: <input style="width: 100px;" type="text"/>
	4. Descripción del proyecto: Reseña histórica Objetivos Personal

5. Población beneficiada:	
<input type="checkbox"/> Trabajadoras/es Comerciales del Sexo	<input type="checkbox"/> Privados de Libertad
<input type="checkbox"/> Grupos Indígenas y Afro-descendientes	<input type="checkbox"/> Jóvenes vulnerables
<input type="checkbox"/> Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)	<input type="checkbox"/> Huérfanos
<input type="checkbox"/> Grupos migratorios en regiones afectadas y damnificados directos por causa de la epidemia.	<input type="checkbox"/> Agentes comerciales
<input type="checkbox"/> Uniformados (Ejército y policía)	<input type="checkbox"/> Trabajadores de maquiladoras
	<input type="checkbox"/> Otro (especifique):
6. Fuentes de financiamientos:	
7. Resultados explicando porque se considera una experiencia exitosa:	
<ul style="list-style-type: none"> • Impacto • Cobertura • Acceso • Características particulares, innovación, permanencia, metodología. <p>Estos datos deben contener indicadores de éxito cuanti-cualificables y demostrativos. Se pueden adjuntar archivos, panfletos, muestras de trabajo, etc.</p>	
8. Perspectivas del proyecto para el futuro:	
9. Relación con el plan estratégico de país en el área de SIDA	
10. Fuente (s) de financiamiento.	
11. Relación con la problemática del SIDA. ¿Qué relación tiene con la dimensión y severidad de la problemática del VIH/SIDA en el país?	
Contacto: Nombre del contacto: Dirección: Tel(s): Fax: e-mail: Página web:	

Anexo 3. Hallazgos y evidencias provenientes de la encuesta sobre discriminación, El Salvador. 2006

Área	Hallazgo	Hechos / Pruebas
Asistencia Sanitaria		
Denegación de tratamiento en razón del estado serológico respecto al VIH/SIDA.	Ha ocurrido en la práctica	Se obtuvieron testimonios de PVVS
Tratamiento diferente por razón del estado serológico respecto al VIH/SIDA.	Ha ocurrido en la práctica	Se obtuvieron testimonios de PVVS, denuncias y entrevistas realizadas a dirigentes y directores de ONG
Realización de pruebas del VIH sin conocimiento.	Aunque está estipulado por ley que no debe ocurrir, se ha dado en la práctica	Denuncias por ONG y por algunos empleados de empresas
Falta de confidencialidad: informar a otros los nombres de personas que se ha comprobado que son VIH-positivas, o permitir, de forma consciente o negligente, que se consulten archivos confidenciales.	Ha ocurrido en la práctica	Se presenta en el sector de Isalud, principalmente entre el personal de enfermería, promotores de salud y de laboratorio
Empleo		
Pruebas obligatorias antes de la contratación.	Ha ocurrido en la práctica	Aunque no se tienen pruebas de discriminación, algunos de los miembros de la Alianza Estratégica de Legislación han comentado que si una persona resulta VIH positivo, seguramente no sería contratado
Pruebas obligatorias durante el desempeño del trabajo.	Estipulado por ley y se dio en la práctica	Reglamentos internos de trabajo
Falta de confidencialidad sobre el estado serológico respecto al VIH/SIDA.	Ha ocurrido en la práctica	Se comprueba sobre la base de los testimonios presentados en ONG.
Despido, o cambio(s) en las condiciones de empleo, por razón del estado serológico respecto al VIH/SIDA.	Ha ocurrido en la práctica	Se comprueba sobre la base de los testimonios y denuncias
Restricciones por razón del estado serológico respecto al VIH/SIDA (por ej., ascensos, ubicación del trabajo).	Ha ocurrido en la práctica	
Denegación de empleo por razón del estado serológico respecto al VIH/SIDA.	Ha ocurrido en la práctica	
Justicia/procesos jurídicos		
Tipificación como delitos de determinados comportamientos (como la prostitución o los varones que tienen relaciones sexuales con varones) que se consideran que favorecen la propagación del VIH.		No se encontraron pruebas sobre sanciones administrativas de comportamientos.
Administración de prisiones		
Pruebas obligatorias en el momento del ingreso.	Estipulado por Ley y ocurrió en la práctica	La Ley Penitenciaria, artículo 112, en lo relacionado al examen médico de ingreso dice: "todo imputado o condenado, al momento que ingrese a un centro penitenciario deberá ser

Área	Hallazgo	Hechos / Pruebas
		examinado por el médico ...”
Restricciones en el acceso a la asistencia y tratamiento.	Ocurrió en la práctica aunque por Ley se debe dar asistencia y tratamiento médico	Testimonios de PVVS
Entrada y/o residencia en un país		
Pruebas obligatorias, declaración del estado serológico o Certificado de negatividad del VIH como condiciones de entrada, residencia o libertad de movimiento en un país.	Estipulado por Ley de Extranjería, y no se da en la práctica por una disposición del Ministerio de Gobernación	El PNS sostiene que se piden varias pruebas excepto la del VIH
Expulsión por razón del estado serológico respecto al VIH/SIDA sin procedimientos apropiados.	Estipulado por Ley de Extranjería, y no se da en la práctica	
Vivienda		
Pruebas obligatorias, declaración del estado serológico o certificado de negatividad del VIH como condiciones de acceso a la vivienda o derecho de permanencia.	Se presentan indicios	En formularios bancarios y de las aseguradoras, se obliga al cliente a firmar una declaración jurada en la que se exprese la autorización para que se revisen sus expedientes médicos y en la lista de enfermedades que son de alto riesgo se les niega el acceso al crédito.
Educación		
Denegación del acceso a la educación por razón del estado serológico respecto al virus.	Ha ocurrido en la práctica	En la Educación superior
Vida familiar y reproductiva		
Pruebas prematrimoniales obligatorias.	No estipulado por Ley pero ocurrió en la práctica	En algunas congregaciones evangélicas exigen la prueba del VIH
Aborto/esterilización obligatorios de las mujeres con el VIH/SIDA.	No estipulado por Ley pero ha ocurrido en la práctica	Testimonio de una mujer obligada a someterse a métodos permanentes
Seguros y otros servicios financieros		
Denegación o restricciones en la contratación de seguros (por ej., seguros de vida) por razón del estado serológico respecto al VIH/SIDA o la pertenencia a un grupo considerado de alto riesgo de VIH.	Ha ocurrido en la práctica	Se constató en una serie de formularios bancarios y de aseguradoras
Denegación o restricciones en el acceso a créditos (por ej., hipotecas bancarias) en razón del estado serológico respecto al VIH/SIDA o la pertenencia a un grupo considerado de alto riesgo de VIH.	Ha ocurrido en la práctica	En las solicitudes de crédito se le pide a las personas una declaración jurada en donde deben manifestar que no han sido diagnosticadas con VIH/SIDA

Anexo 4. Resumen de experiencias exitosas

Institución	Proyecto	Inicio	Orientación	Población beneficiada	Zona
Asociación ATLACTL	Defensa de los Derechos Humanos de las PVVS	1997	Derechos humanos	PVVS	Urbana y rural
Fundación Huellas	Obra teatral-musical "La muerte afuera"	2005	Prevención	Población joven y general, estudiantes, trabajadores, personal de salud	Urbana y rural
Hospital Nacional Zacamil	Rayo de Luz en la Vida	2005	Prevención	PVVS, familiares, personal de salud y población en general	Urbana y rural
Programa Nacional ITS/VHI/SIDA	Poblaciones Móviles	2002	Prevención	Poblaciones móviles y TCS y otras poblaciones en condiciones de vulnerabilidad en los territorios fronterizos	Urbana y rural
Programa Nacional ITS/VHI/SIDA	Proyecto de Prevención de la Transmisión Materna Infantil	2003	Prevención	Mujeres embarazadas VIH positivas y su bebe	Urbana y rural
Programa Nacional ITS/VHI/SIDA	Unidades móviles para VIH	2005	Prevención y asistencia	Población en general, poblaciones en condiciones de vulnerabilidad	Urbana y rural
Programa Nacional ITS/VHI/SIDA	Proyecto Canasta Básica de Alimentos	2005	Tratamiento y asistencia	PVVS con TAR	Urbana y rural



Para mayor información favor de contactar:

**Departamento de Desarrollo Humano
Región de América Latina y el Caribe**

Banco Mundial
1818 H St. NW,
Washington, DC 20433

Tel: +1 202 458 9730

Fax: +1 202 614 0202

mbortman@worldbank.org