



MINISTERIO
DE SALUD

Plan de monitoreo y evaluación del PENM de VIH e ITS 2022-2026

San Salvador, El Salvador 2022



MINISTERIO
DE SALUD

Plan de monitoreo y evaluación del PENM de VIH e ITS 2022-2026

San Salvador, El Salvador 2022

2021 Ministerio de Salud



Atribución-NoComercial-SinDerivadas
4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0)

Está permitida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o formato, siempre que se cite la fuente y que no sea para la venta u otro fin de carácter comercial. Debe dar crédito de manera adecuada. Puede hacerlo en cualquier formato razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen apoyo de la licencia.

La documentación oficial del Ministerio de Salud, puede consultarse en el Centro Virtual de Documentación Regulatoria en: <http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>

Ministerio de Salud

Calle Arce No. 827, San Salvador. Teléfono: 2591 7000

Página oficial: <http://www.salud.gob.sv>

Autoridades

Dr. Francisco José Alabi Montoya
Ministro de Salud *ad honorem*

Dr. Carlos Gabriel Alvarenga Cardoza
Viceministro de Salud *ad honorem*

Dra. Karla Marina Díaz de Naves
Viceministra de Operaciones en Salud

Equipo técnico

Dra. Ana Isabel Nieto	Jefa Unidad del Programa de ITS/VIH /Ministerio de Salud
Dr. Carlos Roberto Torres Bonilla Dr. Napoleón Eduardo Lara Magaña	Dirección de Regulación
Dr. Salvador Sorto	Unidad del Programa de ITS/VIH /Ministerio de Salud
Dra. Verónica Avalos	
Dr. Gino Reyes	
Dr. Juan Carlos Navidad	
Dr. Francisco Carrillo	CONAVIH
Licda. María Elena de Hernández	CONAVIH
Dr. José Amílcar Yudis	Departamento Vigilancia Sanitaria del Instituto Salvadoreño del Seguro Social
Licda. Susana Blanco	
Dra. Celina de Miranda	ONUSIDA El Salvador
Licda. Marta Alicia Magaña	MCP El Salvador
Dra. Guadalupe Flores	Proyecto Fondo Mundial/Ministerio de Salud
Dra. Milisbeth González	
Sra. Doris Elizabeth Acosta	REDSAL
Dr. Vinicio Guzmán	FM/ Plan Internacional
Lic. Jelko Molina	Comando de Sanidad Militar
Licda. Carolina Ramírez	Ministerio de Educación
Licda. María Mercedes Castillo de Molina	Ministerio de Educación
Licda. Ana Gladis de Rodríguez	Ministerio de Educación
Ing. Jaime Ernesto Argueta	Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos (PDDH)
Licda. Glenda Lemus	Organización Panamericana de Mercadeo Social (PASMO)

Presentación

Este plan ha sido formulado por la Comisión Nacional contra el VIH (CONAVIH), a través de la Subcomisión Nacional de Monitoreo y Evaluación, bajo la consulta, consenso y validación de representantes del gobierno, sociedad civil y cooperantes internacionales, estableciéndose como una herramienta de apoyo técnico, que debe ser retomado por los diferentes sectores y aplicarla en sus planes de monitoreo específicos para que el trabajo sea bajo una misma dirección y esfuerzo, ya que al garantizar un monitoreo constante desde cada una de las instituciones involucradas en la respuesta nacional al VIH, permitirá identificar las áreas que necesitan ser fortalecidas, así como la medición de resultados de impacto que servirá para la generación de insumos para el análisis estratégico y el fortalecimiento de la toma de decisiones.

Por tal motivo es esencial e importante monitorear de forma continua la aplicación y ampliación de todas las estrategias y líneas de acción propuestas en el PENM 2022-2026, para ese fin se ha establecido un grupo básico de indicadores que han sido actualizados y priorizados para garantizar la medición y el reporte de cada uno de ellos, incluyendo los indicadores correspondientes a la cascada de atención, los cuales están basados en el cumplimiento de las metas 95-95-95.

Este documento permitirá a los diferentes actores de la respuesta nacional, contar con una guía para la planificación, coordinación e implementación de la respuesta en VIH, evaluar la efectividad de la respuesta en VIH e identificar las áreas para mejoramiento del programa, lo que servirá para asegurar la rendición de cuentas ante aquellas personas infectadas o afectadas por VIH, así como ante aquellas que proveen los recursos financieros para la respuesta en VIH.

Agradecemos a todos los sectores e instituciones que participaron en la formulación del presente documento.

Dr. Francisco José Alabi Montoya
Ministro ad honórem

Contenido

Acuerdo Ministerial.....	9
Siglas y Acrónimos.....	10
I. Introducción.....	11
II. Antecedentes.....	12
III. Proceso de planificación.....	17
IV. Marco conceptual.....	18
5.1. Doce componentes en monitoreo y evaluación.....	19
5.1.1. Personas, alianzas y planificación.....	19
5.1.2. Recolección, Verificación y Análisis de datos.....	20
5.1.3. Uso de los Datos para la Toma de Decisiones.....	21
V. Conjunto básico de indicadores.....	23
VI. Indicadores priorizados de la respuesta nacional al VIH.....	28
EE.1. Eje Estratégico 1. Financiamiento para la sostenibilidad.....	30
EE.2. Eje Estratégico 2. Continuo de la Prevención y Atención.....	31
CE.2.1. Prevención para reducir la vulnerabilidad y el riesgo de VIH e ITS en poblaciones claves, en poblaciones vulnerables y la población en general..	31
CE.2.2. Acceso a diagnóstico temprano con aseguramiento de la calidad..	50
CE.2.3. Atención y Tratamiento a las Personas con VIH.....	57
CE.2.4. Adherencia a la Terapia Antirretroviral (TAR).....	65
EE.3. Eje Estratégico 3. Entornos Favorables para la Protección Social y Sinergias para el Desarrollo Sostenible.....	68
EE.4. Eje Estratégico 4. Gestión, monitoreo y evaluación.....	69
VII. Gestión del Plan Nacional de monitoreo y evaluación.....	70
7.1 Estructuras organizativas con funciones de monitoreo y evaluación del VIH.....	70
7.2 Desarrollo de recursos humanos para monitoreo y evaluación del VIH.	73
7.3 Alianzas para planificar, coordinar y gerenciar el sistema de monitoreo y evaluación en VIH.....	73

7.4	Plan Multisectorial de monitoreo y evaluación en VIH.....	74
7.5	Plan de trabajo anual y costeo de monitoreo y evaluación en VIH.....	75
7.6	Incidencia, comunicación y cultura de monitoreo y evaluación en VIH	76
7.7	Programa de monitoreo rutinario de VIH.....	77
7.8	Encuestas y vigilancia.....	78
7.9	Bases de datos sobre VIH a nivel nacional y sub-nacional.....	79
7.10	Supervisión capacitadora y auditoría de datos.....	80
7.11	Investigación y evaluación en VIH.....	80
7.12	Uso y difusión de la información.....	81
VIII.	Gestión para la mejora continua de la calidad.....	82
IX.	Matriz de planificación.....	91
X.	Financiación.....	95
XI.	Disposiciones finales.....	97
XII.	Vigencia.....	97
XIII.	Bibliografía.....	98

Ministerio de Salud

Acuerdo n.º 2159

El Órgano Ejecutivo en el Ramo de Salud

Considerando:

- I. Que de conformidad a los artículos 40 y 41 del Código de Salud, el Ministerio de Salud es el organismo encargado de determinar, planificar, ejecutar y dictar las normas pertinentes, así como organizar, coordinar y evaluar la ejecución de las actividades relacionadas con la salud, debiendo orientar la política gubernamental en materia de salud Pública, debiendo mantener colaboración con los demás entes gubernamentales y privados que desarrollen actividades relacionadas con la salud.
- II. Que de conformidad a los artículos 2, 3 y 4 de la Ley de prevención y control de la infección provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, de la cual Ministerio de Salud es el ente rector, y que debe elaborar la Política de Atención Integral y su plan estratégico de respuesta nacional al VIH. Que, para la ejecución de la política y plan antes mencionado, es pertinente emitir un plan que permita monitorear y evaluar los instrumentos antes mencionados.
- III. Que con la finalidad de verificar que las instituciones públicas y autónomas, así como a las personas naturales y jurídicas privadas ejecuten acciones de prevención, promoción, protección y atención integral relacionada a la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana – VIH, como miembros del Sistema Nacional Integrado de Salud y de las Redes Integrales e Integradas de Salud, es necesario elaborar el ***Plan de monitoreo y evaluación del PENM de VIH e ITS 2022-2026.***

POR TANTO, en uso de las facultades legales, ACUERDA emitir el siguiente:

**“Plan de monitoreo y evaluación del PENM de
VIH e ITS 2022-2026”**

Siglas y Acrónimos

COMURES:	Corporación de Municipalidades de El Salvador.
CONAVIH:	Comisión Nacional Contra el VIH.
MINEDUCYT	El Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología
COSAM:	Ministerio de la Defensa Nacional.
DNM:	Dirección Nacional de Medicamentos.
EEC:	Evaluación Externa de la Calidad.
FOSALUD:	Fondo Solidario para la Salud.
HSH:	Hombres que tienen Sexo con otros Hombres.
ISBM:	Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial.
ISDEM:	Instituto Salvadoreño de Desarrollo Municipal.
ISRI:	Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral.
ISSS:	Instituto Salvadoreño del Seguro Social.
ITS:	Infección de Transmisión Sexual.
LVSP:	Laboratorio de Vigilancia en Salud Pública/INS.
MCP – ES:	Mecanismo de Coordinación de País.
MINSAL:	Ministerio de Salud.
MINTRAB:	Ministerio de Trabajo.
MT:	Mujeres Trans.
OMS:	Organización Mundial para la Salud.
ONG:	Organización no Gubernamental.
ONUSIDA:	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida.
OPS:	Organización para la Salud.
PENM:	Plan estratégico nacional multisectorial de VIH e ITS de El Salvador 2022-2026.
PPE:	Profilaxis Post Exposición.
SIDA	síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
SNIS:	Sistema Nacional Integrado de Salud
SUMEVE	Sistema Único de Monitoreo y Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH/ Sida.
TAR:	Tratamiento anti - retroviral.
TS:	Mujeres Trabajadoras Sexuales.
UAFM:	Unidad de apoyo a proyectos del Fondo Mundial.
UCSF Especializada:	Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada.
UCSF Intermedia:	Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia.
VICITS:	Clínica de Vigilancia Centinela de las Infecciones de Transmisión Sexual.
VIH:	Virus de Inmunodeficiencia Humana.
SIS -VICITS	Sistema Integral en Salud-Vigilancia centinela de las Infecciones de Transmisión Sexual
SIMMOW	Sistema de Información de Morbi-Mortalidad
VIGEPES	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiologica

I. Introducción

Los esfuerzos que se han realizado en torno a la respuesta nacional del VIH-Sida en El Salvador, han sido grandes desde los inicios de la epidemia en el año 1984; según reporta el Sistema Único de Monitoreo y Evaluación, Vigilancia Epidemiológica (SUMEVE) se han tenido avances significativos, entre ellos la disminución de casos de VIH en El Salvador ya que en el año 2007 se reportaron 2077 casos de VIH y en el 2019 se reportaron 1147 casos¹, así mismo la estrategia de eliminación de la transmisión vertical de VIH y Sífilis ha sido una estrategia exitosa se ha logrado disminuir la transmisión de VIH de 142 casos en el 2001 a un caso para el año 2019. Como parte complementaria a la vigilancia que se hace desde los sistemas de información, es esencial monitorear y evaluar las acciones estratégicas del PENM con el fin de medir el impacto en la reducción de la epidemia.

Desde 2006 se han monitoreado los Planes Estratégicos Nacionales (PEN) a través de su respectivo Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación (PNMYE) siendo que, desde el 2015 se cuenta con este tipo de planes, los cuales incluyen indicadores priorizados que responden a metas nacionales e internacionales permitiendo medir, evaluar, monitorear el cumplimiento de metas planteadas y analizar las tendencias de la epidemia. Dichos indicadores han sido reportados anualmente a través de los informes nacionales sobre la situación del VIH en El Salvador, que evidencian la respuesta de país al cumplimiento de los indicadores establecidos en los planes estratégicos, los cuales han aportado datos para elaborar informes internacionales como son los del Reporte de Monitoreo Global del Sida (GAM) y Fondo Mundial (FM). Además, ha sido de respaldo para el fortalecimiento de sistemas de información del Ministerio de Salud.

Este documento prioriza 32 indicadores del Plan Estratégico Nacional Multisectorial de VIH e ITS 2022-2026, a los cuales se dará vigilancia y evaluación duran-

¹ Ministerio de Salud de El Salvador, Sistema Único de Monitoreo Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH (SUMEVE), año 2020.

te el período. El Plan de M y E sigue basándose en el Marco de un Sistema Funcional de M y E de ONUSIDA (MERG)², en el Marco del Monitoreo del Continuo de Atención en VIH de OMS, las metas 95 95 95.

El presente documento define objetivos, marco conceptual con fundamentos básicos y orientaciones para el monitoreo y evaluación (MyE), así como las modalidades de gestión y los responsables de la implementación. También proporciona el grupo de indicadores básicos para monitorear los ejes y actividades estratégicas del PENM 2022-2026, cada indicador contiene sus fichas técnicas clasificadas según el eje estratégico que corresponda, incluye la acción estratégica, referencia técnica a la que pertenece (GAM o FM), así mismo se recopilarán los datos (numerador y denominador) el objetivo de su medición, frecuencia de recopilación de datos, métodos de medición y fuentes de información, responsable de reportar, línea de base, metas establecidas, indicaciones para la interpretación de resultados y su utilización subsecuente.

II. Antecedentes

Desde el 2010, El Salvador ha priorizado sus acciones enfocadas en poblaciones clave, personas con VIH, para este quinquenio, se ha enfocado en estrategias de prevención, diagnóstico, atención profundizando el enfoque en el alcance de las metas 95-95-95.³

Situación Epidemiológica

Se reporta a nivel nacional, desde 1984 a diciembre del año 2019, un acumulado de 37 478 casos de VIH, de los cuales según el dato histórico el 38.62 % se encuentran en fase de VIH avanzando o Sida y el 61.38 %, se identificaron como infección por VIH, con un comportamiento que gradualmente ha ido en reduc-

² MERG/ONUSIDA. Marco de trabajo para un sistema funcional nacional de MyE en VIH. Ginebra 2008.

³ Ministerio de Salud de El Salvador. Plan Estratégico Nacional Multisectorial en respuesta al VIH-sida e ITS 2022-2026.

ción, ya que la información generada durante el último quinquenio, sugiere que cada vez la proporción de estos casos es menor⁴.

Del total de casos detectados más del 64 % se concentran en hombres y 36 % en mujeres, en relación a la notificación de casos, el sexo masculino ha presentado una tasa que triplica la reportada en el sexo femenino.

En términos absolutos, la tendencia de notificación de casos nuevos VIH/SIDA aumentó de manera progresiva en los primeros 17 años hasta el 2001, posteriormente el comportamiento presenta una estabilización con puntos máximos que alcanzan los 2 100 casos anuales y los mínimos en 1 147; no obstante, existe el importante reto por mejorar la subnotificación de casos que no alcanzan a registrarse por los servicios de salud.

La tendencia de registro por parte de los establecimientos del Sistema Nacional Integrado de Salud, pasó de registrar 6 casos nuevos por día, en 2007 a 3 casos diarios en diciembre de 2019.

Fase de detección

Para fortalecer la definición de caso, a partir del 2015 la clasificación de los casos de VIH pasa a ser realizado por los médicos de las clínicas de atención integral, combinando la expresión clínica con el conteo de CD4, debido a que no todas las personas diagnosticadas son vinculadas a establecimientos del MINSAL y que se necesita que el personal tenga a su disposición al paciente y los estudios pertinentes, solo se logra clasificar cerca del 60 % de los casos anuales, para el año 2019 se clasificó al 65 % de los 1 147 casos, lo que representa 746 casos, de estos el 54 % se clasificaron como VIH avanzado.

Sexo

⁴Ministerio de Salud de El Salvador, Unidad del Programa de ITS/VIH, Sistema Único de Monitoreo y Evaluación y vigilancia Epidemiológica del VIH-Sida, 2020

A través del tiempo se ha evidenciado que la mayor tasa de notificación de casos ha sido en el sexo masculino, siendo aproximadamente tres veces mayor que la tasa del femenino.

Durante el periodo de enero del 2015 a diciembre del 2019, se encontró que la tasa general de casos con VIH ha disminuido a 1 caso por 100 000 habitantes.

La tasa en mujeres ha disminuido a 3 casos por 100 000 habitantes, mientras que la tasa en hombres ha incrementado a 1 caso por cada 100 000 habitantes. Para el año 2019, la relación de casos nuevos entre hombre – mujer es de aproximadamente 3 hombres por cada mujer diagnosticada (Índice de masculinidad 3:1).

Población clave

Con la apertura de la primera Clínica de Vigilancia Centinela de las Infecciones de Transmisión Sexual (VICITS) en El Salvador en el año 2011, se inició la atención integral dirigida a Poblaciones Claves: Mujeres Trabajadoras Sexuales (TS), Mujeres Trans (MT) y Hombres que tienen Sexo con otros Hombres (HSH), brindando atenciones con calidad, calidez, equidad, con enfoque de género y de derechos humanos, fortaleciendo la prestación de los servicios con respecto a la atención en ITS.

El objetivo principal de las clínicas VICITS es evaluar aspectos de comportamientos, actitudes y prácticas presentados en las poblaciones claves, brindando información epidemiológica sobre las incidencias y prevalencias de las ITS/VIH. Dentro de la prestación de servicios se encuentran las atenciones basadas en prevención combinada, fortaleciendo aspectos de prevención y promoción, diagnóstico etiológico y sindrómico, así como tratamiento de las ITS.⁵

Para el año 2019 se contó con 18 clínicas VICITS distribuidas en todo el país, proporcionando una atención diferenciada de acuerdo con las necesidades de salud de las poblaciones clave, brindadas en espacios amigables libres de estig-

⁵ Ministerio de Salud, Unidad del Programa de ITS/VIH, Informe clínicas VICITS, año 2019.

ma y discriminación, para garantizar su atención en salud, haciendo más accesibles los servicios de salud a estas poblaciones que habían estado marginadas de la atención en los establecimientos de salud.

Para el año 2019 en las clínicas VICITS se brindaron 9 013 atenciones a poblaciones clave, de las cuales el 61.52 % (5 545) corresponde a atenciones brindadas a HSH; seguido de 2 559 (28.39 %) a MTS y 742 (8.23 %) a MT.

Con el fin de asegurar la mejor atención a las personas de las poblaciones claves, desde el 2019 se ha iniciado la estrategia de formación y adecuación de establecimientos de salud con Clínicas Amigables, dentro los establecimientos en la red de servicios de salud del Primer Nivel de Atención del MINSAL, generando otros espacios libres de estigma y discriminación hacia las poblaciones claves, permitiendo acercarse a los servicios de salud.

Para el 2020, se realizó un ajuste en las Clínicas VICITS evaluando tanto la demanda de las atenciones como la capacidad instalada de los servicios; en la Región Metropolitana la Clínica VICITS ubicada en la UCSF de Aguilares, pasó a convertirse en una Clínica Amigable y se apertura una Clínica VICITS en la UCSF de Apopa, en la Región Central la VICITS ubicada en la UCSF del Coyolito en Tejutla – Chalatenango, pasó a la UCSF de Ciudad Arce; en la Región Paracentral, la VICITS de la UCSF Dr. Carlos Galeano en se trasladó a la UCSF de Santiago Nonualco.

Prevalencia de VIH y tamaño de las poblaciones claves

Debido a la necesidad de contar con información estratégica para realizar acciones mejor orientadas a la atención de las poblaciones clave del 2002 al 2016, se han realizado varios estudios, que entre sus objetivos ha estado estimar el tamaño de las poblaciones y la prevalencias de VIH, utilizando ambos datos se puede tener una idea aproximada de la población con VIH que requiere diagnóstico y vinculación a la

atención integral, resultando según los últimos estudios: 3 642 TS (8.1 % de 44 972 TS), 5,684 HSH (10.5 % de 54 140 HSH) y 231 MT (16.2 % de 1 835 MT). Tabla 1 y 2.

Tabla 1. Prevalencia de VIH en poblaciones clave según año de estudio.

Población	2002	2008	2012	2014	2016
Trabajadoras Sexuales	3.2 ⁶	5.7 ⁷	3.1 ⁸	ND	8.1 ⁹
Hombres que tienen sexo con hombres	15.3E rror: no se en- contr ó el ori- gen de la refe- ren- cia	10.8E rror: no se en- contr ó el ori- gen de la refe- ren- cia	10 ¹⁰	ND	10.5 ¹¹
Mujeres transgéneros	ND	25.8E rror: no se en- contr ó el ori- gen de la refe- ren- cia	ND	16.2 ¹²	ND

Fuente: Construido a partir de datos de estudios en poblaciones clave (ver nota al pie). ND: No dato.

Tabla 2. Estimación del tamaño de poblaciones claves.

⁶ Estudios multicéntricos de prevalencia de VIH-ITS en El Salvador 2002.

⁷ Encuesta Centroamericana de Vigilancia del Comportamiento Sexual de ITS y VIH 2008.

⁸ Ministerio de Salud de El Salvador, Estudio VICITS 2012.

⁹ Plan Internacional, Estimación de tamaño y encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas comportamiento sexual, y sero-prevalencia de VIH en mujeres trabajadoras sexuales en El Salvador 2016.

¹⁰ Ministerio de Salud de El Salvador, Unidad del Programa de ITS/VIH, Informe clínicas VICITS, año 2012

¹¹ Estimación de tamaño de la población y encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas comportamiento sexual, y seroprevalencia de VIH en hombres que tienen sexo con hombres, El Salvador 2016.

¹² Plan Internacional, Talla poblacional, comportamiento sexual y prevalencia de VIH TRANS, 2014.

Población clave	Tamaño de población estimada
Trabajadoras sexuales	44 972Error: no se encontró el origen de la referencia
Hombres que tienen sexo con hombres	54 140Error: no se encontró el origen de la referencia
Mujeres transgéneros	1 835Error: no se encontró el origen de la referencia

Fuente: construido a partir de datos de estudios en poblaciones clave (ver nota al pie).

Mortalidad

En El Salvador la tasa de mortalidad notificada, ha pasado de 6 por 100 000 habitantes, en 2006, hasta una tasa de 3 por 100 000 habitantes en el 2015, en general desde el 2015 al 2019 la tasa de mortalidad se ha mantenido entre 3 y 4; para el 2019 se notificaron 234 casos de muertes por VIH a nivel nacional, mientras que por medio de la estimación de Spectrum se esperaban 622 defunciones relacionadas con VIH, lo que genera un total de 388 casos de subnotificación estimada.

De los 234 casos de muertes por VIH notificadas para el año 2019, cerca del 67.52 % (158 casos) fueron del sexo masculino, en relación al grupo de edad el 97.44 % (228 casos) de los casos fueron personas mayores de 25 años.

III. Proceso de planificación

El Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación 2022-2026 fue formulado entre enero a mayo 2021, con la participación de la Subcomisión Nacional de Monitoreo y evaluación de la Comisión Nacional contra el VIH (CONAVIH), la cual está formada por representantes de instituciones gubernamentales, sociedad civil y agencias de cooperación internacional; durante este proceso se actualizó el conjunto básico de indicadores, incluyendo los correspondientes al Marco del Monitoreo del Continuo de Atención en VIH y la nueva Subvención del Fondo Mundial, para ello se revisaron en varias sesiones entre enero a mayo 2021, en el pleno de la Subcomisión de monitoreo y evaluación

Así mismo se efectuó una identificación y análisis de los indicadores a priorizar, los cuales son solicitados a través de los siguientes informes y estrategias:

- a) PENM.
- b) GAM
- c) Fondo Mundial.
- d) PER.
- e) Estrategia “Los indicadores para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita en las Américas”.
- f) Marco del Monitoreo del Continuo de Atención en VIH.

Para efectos de la medición de cada uno de los indicadores priorizados, se definieron las fichas técnicas, ordenadas según el eje estratégico a la que pertenecen, definiendo acción estratégica, referencia técnica, objetivos, periodos de recopilación de datos; reporte al que pertenece el indicador, método e instrumento de medición, fuente de información, institución responsable de reportar, financiamiento, línea de base, meta, interpretación e información adicional. Con estas fichas se pretende orientar a los analistas en los pasos a seguir para monitorear y evaluar las metas propuestas en el quinquenio, así como la definición de los numeradores y denominadores, para obtener la información deseada para cada uno de los indicadores.

IV. Marco conceptual

En la actualidad, el monitoreo y la evaluación sigue siendo uno de los procesos fundamentales en la respuesta al VIH, porque permite demostrar si se están obteniendo los resultados y el efecto esperado cuando se ejecutan políticas, planes, programas y proyectos; contribuyen a mejorar el desempeño y a justificar los recursos; y proporcionan información y evidencia sobre las mejores prácticas y lecciones aprendidas.

Es así, que ante la formulación e implementación del PENM, se elabora este PN-MYE como un conjunto organizado de indicadores, orientaciones y herramientas, que le permitan al país efectuar el monitoreo y evaluación, con efectividad, calidad y eficiencia; y con el propósito de precisar un lenguaje común para esta área, se explican a continuación las bases conceptuales que ayuden a la comprensión, aplicabilidad y utilidad de estos.

5.1. Doce componentes en monitoreo y evaluación.

Desde el 2008, se ha tomado como base el Grupo de Referencia en Monitoreo y Evaluación del ONUSIDA (MERG), el cual propone un abordaje unificado en el campo del monitoreo y evaluación que implica la organización de un “Marco de trabajo para un sistema funcional nacional de monitoreo y evaluación en VIH”, con sus principales componentes y puntos de referencia, que permitan evaluar los progresos. Este marco de trabajo está sirviendo al país en el análisis relativo al monitoreo y evaluación, establecimiento de brechas, definición de líneas de base y marcos de acción. Se presenta a continuación la metodología de 12 componentes en monitoreo y evaluación, agrupada en tres campos de acción, incluyendo sus objetivos de desempeño:¹³

5.1.1. Personas, alianzas y planificación

- a) Estructuras organizativas con funciones de monitoreo y evaluación en VIH.

Objetivo: Establecer y mantener una red de organizaciones responsables del monitoreo y evaluación del VIH a nivel nacional, subnacional y en la prestación de servicios.

- b) Desarrollo de recursos humanos para monitoreo y evaluación.

Objetivo: Garantizar recursos humanos calificados en todos los niveles del sistema de monitoreo y evaluación, a fin de completar todas las tareas definidas en el plan operativo anual de monitoreo y evaluación.

¹³ International Health Partnership. Características de una estrategia nacional robusta. Londres 2009.

- c) Alianzas para planificar, coordinar y gerenciar el sistema de monitoreo y evaluación.

Objetivo: Establecer y mantener alianzas entre actores clave, nacionales e internacionales, involucrados en la planificación y gerencia del sistema nacional de monitoreo y evaluación del VIH.

- d) Plan nacional multisectorial de monitoreo y evaluación en VIH.

Objetivo: Desarrollar y actualizar periódicamente un plan nacional de monitoreo y evaluación, que incluya los requerimientos de datos identificados, los indicadores nacionales estandarizados, procedimientos y herramientas de recolección de datos, roles y responsabilidades para la implementación de un sistema nacional y funcional de monitoreo y evaluación del VIH.

- e) Plan operativo anual (costeado) de monitoreo y evaluación en VIH.

Objetivo: Desarrollar un plan de trabajo nacional, anual de monitoreo y evaluación presupuestado, que incluya las actividades de monitoreo y evaluación de todos los actores clave y las fuentes de financiamiento identificadas.

- f) Incidencia, comunicación y cultura de monitoreo y evaluación.

Objetivo: Garantizar el conocimiento y compromiso con el sistema de monitoreo y evaluación del VIH, por parte de los responsables de formular políticas, así como gerentes y personal del programa, entre otros actores clave.

5.1.2. Recolección, verificación y análisis de datos

- a) Monitoreo programático rutinario sobre VIH.

Objetivo: Producir datos de alta calidad y oportunos, a partir del monitoreo programático rutinario.

b) Encuestas y vigilancia epidemiológica.

Objetivo: Producir datos oportunos y de alta calidad a partir de las encuestas y de la vigilancia epidemiológica.

c) Bases de datos nacionales y subnacionales sobre VIH.

Objetivo: Desarrollar y mantener bases de datos nacionales y subnacionales sobre el VIH, que permitan a los actores clave obtener acceso a la información pertinente para la formulación de políticas, gerencia y mejoramiento de programas.

d) Supervisión capacitante y auditoría de datos.

Objetivo: Supervisar la calidad de los datos de manera periódica y eliminar los obstáculos que impiden producir datos de alta calidad.

e) Investigación y evaluación en VIH.

Objetivo: Identificar brechas en la evaluación e investigación, coordinar estudios para satisfacer las necesidades identificadas y mejorar el uso de los hallazgos de la evaluación y la investigación.

5.1.3. Uso de los datos para la toma de decisiones.

a) Uso y difusión de la información.

Objetivo: Divulgar y utilizar los datos del sistema de monitoreo y evaluación para orientar la formulación de políticas y la planificación y mejora del programa.

b) Aplicación del monitoreo y evaluación durante la ejecución del PENM, para facilitar la comprensión de los procesos de monitoreo y evaluación del PENM, se presenta el siguiente esquema explicativo sobre el monitoreo y evaluación.

Tabla 3 Preguntas y respuestas sobre el monitoreo y evaluación del PENM

¿Qué se debe monitorear?	EL NIVEL DE AVANCE EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ESTRATÉGICAS DEL PENM Y OTROS PROYECTOS E INTERVENCIONES PARALELOS.
¿Cómo debe hacerse el monitoreo?	Seguimiento periódico y sistemático de las actividades realizadas por CONAVIH, la Unidad del programa de ITS/VIH (UITs), Ministerio de Educación, ISSS, Comando de Sanidad Militar, organizaciones de sociedad civil y de otras instancias, para cumplir con la implementación de cada eje estratégico del PENM. Registro de los indicadores (del PENM, de compromiso internacional, acción nacional, de programa, de conocimiento y comportamiento y de impacto). Investigaciones dirigidas a ampliar la información sobre las tendencias, estudios diagnósticos, estudios de brecha en la implementación del PENM, entre otros. Seguimiento financiero sobre los recursos invertidos, para implementar las actividades estratégicas del PENM.
¿Con cuál enfoque hacer el monitoreo?	Enfoque sistemático e integral, propiciando la participación de todos los actores nacionales en la producción y análisis de información, así como en la toma de decisiones. Los análisis de cumplimiento se realizan desde una perspectiva poblacional.
¿Con cuáles herramientas se hace el monitoreo?	Instrumentos de recolección de información, propuestos por el Plan de monitoreo y evaluación de la Subcomisión Nacional de monitoreo y evaluación. Instrumentos institucionales. (Hojas FVIH -01 a FVIH-06), a la fecha el FVIH 07 está en construcción para la PPE Bases de datos institucionales y subnacionales. SIMMOW SUMEVE VIGEPES SEPS SIS-VICITS SIGPRO (manejado por Plan Internacional)
¿Qué responsabilidades tienen los actores en el monitoreo?	Recolectar información utilizando las herramientas e instrumentos para el monitoreo. Elaboración del Informe nacional sobre el estado de situación del VIH en El Salvador, en cumplimiento del plan nacional de monitoreo y evaluación del Plan estratégico nacional multisectorial,

¿Con qué frecuencia se presentan los reportes?	Reportes según requerimiento: trimestrales, semestrales, anuales, bianuales, quinquenales.
¿En qué aspectos se focalizará la evaluación?	En identificar el nivel de resultados e impacto de las acciones estratégicas en el comportamiento de la epidemia y en las poblaciones definidas como prioritarias en el PENM.
¿Cuáles serán las fuentes de información para el proceso de evaluación?	Encuestas nacionales de demografía y salud u otra encuesta de cobertura nacional. Encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) y de seguimiento (TRaC) Vigilancia epidemiológica de casos. Vigilancia serológica de infección por VIH y sífilis. Vigilancia de comportamiento de riesgo para VIH e ITS. Vigilancia centinela de las infecciones de transmisión sexual

Fuente: ONUSIDA, Lista de Verificación y lista de referencia para el desarrollo y revisión de un plan estratégico nacional de respuesta al VIH, B-5.5.2 Plan de monitoreo y evaluación del VIH claramente definido como contribución a un sistema nacional de información sanitaria, pg 18, año 2020.
Ministerio de Salud, Equipo de monitoreo y evaluación, 2022

V. Conjunto básico de indicadores

El presente Plan de monitoreo y evaluación está conformado por 32 indicadores básicos extraídos del PENM 2022-2026, que miden resultados e impacto. La mayoría poseen reconocimiento internacional, algunos de miden anualmente y otros cada 5 años de acuerdo con los ciclos informativos del país. De los 32 indicadores, 19 coinciden con los indicadores de cumplimiento de GAM, 8 con los indicadores del Marco de Monitoreo del Continuo de atención, 8 con los del proyecto Fondo Mundial, 6 de la ETMI OPS/OMS¹⁴.

La definición del conjunto de indicadores básicos (con sus respectivas fichas operativas y flujos de información), se efectuó con base en parámetros técnicos nacionales e internacionales, tomados del Marco de Trabajo para un Sistema Funcional Nacional de monitoreo y evaluación en VIH (12 componentes del

¹⁴ Organización Panamericana de la salud. Guía Práctica para la Ejecución de la Estrategia y Plan de acción para la Eliminación de la Transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en las Américas, 3ª Edición, Washington, DC. 2014.

MERG/ONUSIDA), Lista de verificación y lista de referencia para el desarrollo y revisión de un plan estratégico nacional de respuesta al VIH (ONUSIDA, año 2020)¹⁵, en el cual hace referencia a contar con “un plan de monitoreo y evaluación del VIH claramente definido como contribución a un sistema nacional de información sanitaria, que incluya un plan claro para garantizar la calidad de los datos y utilizarlos para mejorar los programas”¹⁵

Tabla 4 Indicadores priorizados del Plan Estratégico Nacional Multisectorial en respuesta al VIH e ITS 2022-2026

N o	Indicador	PENM	GAM	ETMI OPS/ OMS	Marco de monitoreo del conti- nuo de atención	Fondo Mundial
1	Gasto nacional e internacional relativo al sida por categoría y fuente de financiación.	AE.1.1	8.1, 8.2 y 8.3			
2	Porcentaje de embarazadas con VIH que recibe medicamentos antirretrovirales, para reducir el riesgo de transmisión materno infantil del VIH.	AE.2.1.1	2.3	3.6	3.3	
3	Porcentaje estimado y notificado de niños que contraen el VIH mediante transmisión materno infantil.	AE.2.1.1	2.2	1.2		
4	Porcentaje de mujeres que acuden a servicios de atención prenatal durante un determinado periodo con serología de sífilis positiva, que recibieron tratamiento adecuado.	AE.2.1.1	2.4C	3.5		
5	Porcentaje de mujeres embarazadas cuyo estado serológico de VIH es conocido. (previo o durante el embarazo).	AE.2.1.1	2.6	3.1		
6	Porcentaje de profesionales del sexo que declara haber utilizado un preservativo con su último cliente.	AE.2.1.2	3.6A			

¹⁵ ONUSIDA, Lista de Verificación y lista de referencia para el desarrollo y revisión de un plan estratégico nacional de respuesta al VIH, año 2020.

7	Porcentaje de hombres que declara haber usado un condón durante el último coito anal con una pareja masculina.	AE.2.1.2	3.6B			HIV O-4a ^(M)
8	Porcentaje de mujeres trans que declara haber usado un condón durante el último coito anal con una pareja masculina.	AE.2.1.2	3.6D			
9	Porcentaje de TS, HSH, TRANS que declaran haber recibido un conjunto de intervenciones de prevención del VIH.	AE.2.1.3	3.7A, 3.7B y 3.7D			KP1a ^(M) , KP1b ^(M) y KP1c ^(M)
10	Porcentaje de población clave que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del VIH.	AE.2.1.3				
11	Prevalencia de Sífilis en HSH, TRANS y TS.	AE.2.1.6	3.11 y 3.12			
12	Porcentaje de la población clave elegible, que inicio PrEP durante los últimos doce meses.	AE.2.1.8	3.15			KP6a y KP6b
13	Porcentaje de establecimientos que proporcionan PPE.	AE.2.1.9				
14	Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes de 15 a 24 años que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus.	AE.2.1.1 0	5.1	2.3		
15	Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años.	AE.2.1.1 0		2.4		
16	Número de PV que han sido diagnosticadas con la infección del VIH y conocen su estado serológico respecto a la infección del VIH y porcentaje respecto del total de PV: total y desagregado por poblaciones clave (HSH, TS y MT). (Segundo pilar de la cascada)	AE.2.2.1	1.1		1.2	
17	Prevalencia de VIH en poblaciones clave (TS, HSH, MT).	AE.2.2.1	3.3A y 3.3B			

18	Porcentaje de resultados de VIH positivos entre el total de pruebas de VIH realizadas en poblaciones claves	AE.2.2.1				HSH:HTS-Other1 TRANS:HTS-Other2 TS:HTS-Other3
19	Porcentaje de población clave que se sometió a la prueba de VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	AE.2.2.2	3.4A, 3.4B y 3.4D			
20	Número de personas de la población clave que se realizan auto prueba de VIH en los establecimientos de salud	AE.2.2.2				
21	Número de personas con diagnóstico de infección por el VIH incorporados a servicios de atención y tratamiento de la infección por el VIH y porcentaje respecto del total de PV, total y desagregado por poblaciones clave (HSH, TS y MT). (Tercer pilar de la cascada).	AE.2.3.1			2.1	
22	Número de PV que se mantienen en servicios de atención y tratamiento de la infección por el VIH y porcentaje respecto del total de PV, y desagregado por poblaciones clave (HSH, TS y MT). (Cuarto pilar de la cascada).	AE.2.3.1			2.3	
23	Número de adultos y niños que se encuentran en tratamiento antirretroviral y porcentaje respecto del total de PV, total y desagregado por poblaciones clave (HSH, TS y MT). (Quinto pilar de la cascada).	AE.2.3.3	3.5A, 3.5B y 3.5D.		3.1	TCS-1.1 ^(M)
24	Porcentaje de personas con diagnóstico nuevo de VIH que han iniciado terapia antirretroviral.	AE.2.3.3				HTS-5
25	Porcentaje de establecimientos que dispensan medicamentos antirretrovirales que han experimentado desabastecimiento de al menos un fármaco en los últimos 12 meses.	AE.2.3.3	1.5		3.9	

26	Porcentaje estimado de casos incidentes de tuberculosis en personas seropositivas que recibieron tratamiento para la tuberculosis y el VIH.	AE.2.3.4	10.1			
27	Porcentaje de personas en tratamiento anti-retroviral y elegibles para el tratamiento preventivo de la TB (TPT) que inician el (TPT), durante el período de notificación.	AE.2.3.4	10.3			
28	Número de adultos y niños tratados con anti-retrovirales con supresión virológica en el periodo de notificación y porcentaje respecto del total de PV, total y desagregado por población clave. (HSH, TS Y MT) (Sexto pilar de la cascada).	AE. 2.4.1			5.1	
29	Porcentaje de personas en TAR a quienes se les ha realizado una prueba de carga viral en los últimos 6 meses	AE.2.4.1				TCS-Other1
30	Porcentaje de personas con VIH que reciben tratamiento antirretroviral y tienen carga viral suprimida sobre el total de personas que tienen al menos 6 meses de TAR.	AE.2.4.1			5.2	HIV 0-12
31	Porcentaje de denuncias con resolución favorable hacia las personas con VIH, poblaciones claves y población general	AE.3.7				
32	Porcentaje de cumplimiento de Plan de Capacitación	AE.4.3				

Referencias:

PENM: Plan Estratégico Nacional Multisectorial de VIH e ITS, El Salvador 2022-2026

GAM: Monitoreo Global del Sida

ETMI: Estrategia para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil OMS/OPS

FM: Fondo Mundial

VI. Indicadores priorizados de la respuesta nacional al VIH.

En el presente apartado se presentan los 32 indicadores priorizados para efectuar el monitoreo y evaluación del PENM y la respuesta nacional al VIH.

Las instituciones de la Subcomisión Nacional de monitoreo y evaluación de la CONAVIH, recopilarán la información para calcular los indicadores, apegándose a los criterios descritos en la ficha operativa correspondiente a cada indicador. En aquellos casos en que el país no esté en capacidad de informar sobre un indicador en particular, la Subcomisión Nacional de monitoreo y evaluación explicará el motivo de esa decisión.

Para operacionalizar los indicadores de GAM, se recomienda revisar el documento “Presentación de Informes sobre los Avances en la Respuesta Mundial”.

Con los indicadores que miden los 5 pilares de la Cascada de Atención, la información puede ampliarse en el documento OPS-OMS “Monitoreo del Continuo de la Atención en VIH, año 2014”.

Igualmente, en la operacionalización de los indicadores de transmisión materno-infantil del VIH, la información puede ser profundizada en el documento “Los indicadores para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la Sífilis congénita en las Américas y el Marco del Monitoreo del Continuo de Atención en VIH”

A continuación, se presentan el número de indicadores, según los ejes del PENM 2022-2016. Ver Tabla 5

Tabla 5. Número de indicadores priorizados, según ejes estratégicos del PENM 2022-2026

Eje estratégico	Nombre del eje	Número de indicadores del PENM 2022-2026	Número de indicadores priorizados del PNMYE 2022-2026
1	Financiamiento para la sostenibilidad.	6	1
2	Continuo de la prevención y atención.		
	2.1-Componente uno: Prevención para reducir la vulnerabilidad y el riesgo de VIH e ITS en poblaciones claves, en poblaciones vulnerables y la población en general.	30	15
	2.2-Componente dos: Acceso al diagnóstico temprano con aseguramiento de la calidad.	15	6
	2.3-Componente tres: Atención y tratamiento a las personas con VIH.	9	6
	2.4-Componente cuatro: Adherencia a la terapia antiretroviral.	4	2
3	Entornos favorables para la protección social y sinergias para el desarrollo sostenible.	29	2
4	Gestión, monitoreo y evaluación.	10	*
TOTAL		103	32

Fuente: MINSAL, PENM El Salvador 2022-2026

Las fichas técnicas que corresponden a cada uno de los 32 indicadores priorizados se detallan a continuación:

Eje Estratégico 1. Financiamiento para la sostenibilidad

Indicador 1 Gasto nacional e internacional relativo al sida por categoría y fuente de financiación.

Eje estratégico del PENM:	Eje 1: Financiamiento para la sostenibilidad
Acción estratégica:	AE.1.1. Gestión integrada para lograr acciones costo efectivas de prevención y atención en VIH.
Referencia técnica:	Informe GAM, indicador 8.1-8.2-8.3.
Objetivo:	Recopilar datos estimados y sistemáticos sobre la forma en que se gastan los fondos a nivel nacional y las fuentes de las que proceden dichos fondos
Recopilación de datos:	Anual. Datos para los años calendario o fiscales.
Reporte del indicador:	Anual
Método de medición:	Numerador: Total de gasto nacional en VIH. Son gastos clasificados de acuerdo con ocho categorías de gasto relativo al sida y por fuente de financiación, incluido el gasto público de fuentes propias y de fuentes internacionales: Prevención Pruebas de detección de VIH y Asesoramiento Atención y tratamiento del VIH Protección social y apoyo económico para PVIH, sus familias para las poblaciones claves y para los huérfanos y niños vulnerables. Entorno social favorable. Catalizadores de programa y fortalecimiento de sistemas Sinergias para el desarrollo Investigación relacionada con el VIH Tres grupos principales de fuentes de financiación: pública, internacional y privada.
Instrumento de medición y fuente de información:	MINSAL, Medición del gasto en sida (MEGAS).
Responsable de reportar:	CONAVIH, MINSAL, ISSS.
Financiamiento:	GOES.
Línea base:	US \$ 45 811 251 (MEGAS 2019, GAM 2019).
Meta:	2026: \$ 63.2 millones.
Interpretación e información adicional:	Los datos financieros incorporados en la matriz de financiación nacional, deben ser gastos efectuados durante el año en estudio (estimados), no presupuestos ni compromisos. También deben incluir los gastos relativos al sida, efectuados como parte de sistemas de prestación de servicios más amplios (diagnóstico y tratamiento de infecciones oportunistas). Asimismo, las actividades de prevención en las escuelas podrían beneficiarse de una estimación detallada para calcular los gastos reales en actividades relativas al sida. Los gastos relativos al sida, pueden realizarse fuera del sistema de salud teniendo en cuenta la naturaleza de las respuestas ampliadas a la enferme-

	dad. Si se rellena la matriz de financiación nacional se obtendrá un panorama más detallado de la situación a nivel nacional, útil tanto para la toma de decisiones nacionales, como mundiales.
--	--

EE.2. Eje Estratégico 2. Continuo de la prevención y atención

CE.2.1. Prevención para reducir la vulnerabilidad y el riesgo de VIH e ITS en poblaciones claves, en poblaciones vulnerables y la población en general

Indicador 2 Porcentaje de embarazadas con VIH que recibe medicamentos antirretrovirales, para reducir el riesgo de transmisión materno infantil del VIH.

Eje estratégico del PENM:	Eje Estratégico 2: Continuo de la prevención y atención
Acción estratégica	AE.2.1.1. Eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis congénita.
Referencia técnica:	Marco del Monitoreo del Continuo de Atención en VIH OMS 2014 Indicador 3.3. GAM indicador 2.3, ETMI OPS/OMS indicador 3.6.
Objetivo:	Medir el progreso en la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH.
Recopilación de datos:	Los datos deben recopilarse de manera continua en los establecimientos de salud y agruparse periódicamente.
Reporte del indicador:	Anual
Método de medición:	Numerador: Número de embarazadas que viven con VIH que efectuaron parto en los últimos 12 meses y recibió medicamentos para reducir la transmisión materno infantil del VIH. Denominador: Número estimado de mujeres embarazadas con VIH que efectuaron parto en los últimos 12 meses.
Instrumento de medición y fuente de información:	Formulario para evaluación de paciente (FVIH-05)
Responsable de reportar:	MINSAL ISSS
Financiamiento	Gobierno de El Salvador
Línea base:	SUMEVE/Spectrum GAM, 2019 LB: 119/ 230= 51.7 %
Meta:	90 %
Interpretación e información adicional:	El riesgo de la transmisión materno infantil puede reducirse significativamente mediante el suministro de fármacos antirretrovirales a la madre, durante la gestación y el parto, con profilaxis antirretroviral al lactante, y antirretrovirales a la madre o al niño durante el periodo de la lactancia (si esta ocurre), además de la aplicación de prácticas seguras en el parto y el uso de prácticas más seguras

para la alimentación del lactante. Este indicador permite monitorear el progreso hacia los objetivos nacionales e internacionales para la eliminación de la transmisión materno infantil.

Indicador 3 Porcentaje estimado y notificado de niños que contraen el VIH mediante transmisión materno infantil.

Eje estratégico del PENM:	Eje 2: Continuo de la prevención y atención
Acción estratégica	AE.2.1.1. Eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis congénita.
Referencia técnica:	GAM, Indicador 2.2, ETMI OPS/OMS 1.2.
Objetivo:	Medir los avances en la provisión de medicamentos antirretrovíricos a las mujeres y niños expuestos para reducir la transmisión materno infantil del VIH.
Recopilación de datos:	Anual
Reporte del indicador:	Anual,
Método de medición:	Numerador: Número estimado de niños recién infectados por el VIH por transmisión materno-infantil en los 12 meses Denominador: Número estimado de partos en mujeres con el VIH en los últimos 12 meses. Notificación: Numerador: Número notificado de niños recién infectados por el VIH por transmisión materno-infantil en los 12 meses. Denominador: Número de niños nacidos en el año calendario definido de madres infectadas por el VIH que tuvieron un diagnóstico definitivo (VIH positivo o negativo).
Instrumento de medición y fuente de información:	Spectrum. Registros de atención prenatal o registros del Programa PTMI del Ministerio de Salud (SUMEVE)
Responsable de reportar:	MINSAL, ISSS
Financiamiento	GOES y Proyecto Fondo Mundial
Línea base:	Estimación: SPECTRUM-GAM 2019, 20.38 % (44/ 214) Notificación: SUMEVE 2019, 0.93 % (1/108)
Meta:	< 2 %
Interpretación e información adicional:	A lo largo del tiempo, este indicador evalúa la capacidad de los programas de PTMI calculando la repercusión del aumento de la provisión de antirretrovirales y el uso de regímenes terapéuticos más eficaces y prácticas de alimentación infantil óptimas. Dicho indicador se genera a partir de un modelo que ofrece estimaciones sobre las infecciones por el VIH en niños. Se basa en los supuestos y en los datos del modelo y es posible

	que no constituya una medida real de la transmisión materno-infantil. Por ejemplo, en países donde otras formas de PTMI Por otra parte, también depende de datos de programas que a menudo reflejan los antirretrovirales que se facilitan y no los que se toman, por lo que puede infravalorar la transmisión materno-infantil. (El diagnóstico de VIH se puede hacer por pruebas virológicas o serológicas (para niños mayores de 18 meses). Si el niño está recibiendo lactancia materna, se le debe examinar con una prueba virológica, 6 semanas después de terminar la lactancia en un marco de tiempo dado). Este indicador permite a los países evaluar la repercusión de los programas de PTMI al calcular el índice de transmisión materno-infantil del VIH.
--	---

Indicador 4. Porcentaje de mujeres que acuden a servicios de atención prenatal, durante un determinado periodo con serología de sífilis positiva, que recibieron tratamiento adecuado.

Eje estratégico del PENM:	Eje 2: Continuo de la prevención y atención
Acción estratégica	AE.2.1.1. Eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis congénita.
Referencia técnica:	GAM Indicador 2.4C ETMI OPS/OMS 3.5.
Objetivo:	Medir los progresos realizados en la reducción de la prevalencia de la infección por sífilis en mujeres embarazadas.
Recopilación de datos:	Anual
Reporte del indicador:	Anual
Método de medición:	Numerador: Número de pacientes que acuden a clínicas de atención prenatal con un resultado positivo para la sífilis que reciben tratamiento. Denominador: Número de pacientes que acuden a clínicas de atención prenatal con serología de sífilis positiva.
Instrumento de medición y fuente de información:	Sistema Informático Perinatal (SIP)
Responsable de reportar:	MINSAL, ISSS
Financiamiento	GOES
Línea base:	GAM 2019 "Datos de la Unidad de la Mujer" MINSAL LB: 38/95=40 %
Meta:	80 %
Interpretación e información adicional:	La estrategia de prevención de VIH desde el 2012 dirigida a embarazadas, ha sido complementada con la prevención de la sífilis y otras infecciones de transmisión sexual. El MINSAL ha integrado nuevos métodos diagnósticos para aumentar la

	cobertura en los servicios primarios de salud, reducir las oportunidades perdidas y brindar tratamiento oportuno; lo que permitió en un primer momento de la estrategia la identificación de más casos, con lo cual se puede asegurar un tratamiento oportuno de la sífilis y así prevenir las consecuencias en los recién nacidos.
--	---

Indicador 5. Porcentaje de mujeres embarazadas cuyo estado serológico de VIH es conocido. (previo o durante el embarazo).

Eje estratégico del PENM:	Componente 2.2 Acceso a diagnóstico temprano con aseguramiento de la calidad. Conociendo el status VIH.
Acción estratégica	AE.2.1.1. Eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis congénita.
Referencia técnica:	GAM: 2.6. ETMI OPS/OMS 3.1
Objetivo:	Incrementar el porcentaje de embarazadas que se hace la primera prueba de VIH en el primer trimestre y fortalecer la toma del segundo perfil.
Recopilación de datos:	Anual
Reporte del indicador:	Anual
Método de medición:	Numerador: Número de mujeres que acuden a un centro de atención prenatal y/o que dan a luz en un centro sanitario que se habían hecho pruebas de VIH durante el embarazo o bien ya sabían que eran VIH positivas en la primera visita de asistencia prenatal. Denominador: Número estimado de mujeres embarazadas que dieron a luz en los últimos 12 meses.
Instrumento de medición y fuente de información:	SUMEVE, estimaciones DIGESTYC, SPECTRUM.
Responsable de reportar:	MINSAL
Financiamiento	MINSAL
Línea base:	0.1 % (100/85080) GAM 2020
Meta:	< 0.5 %
Interpretación e información adicional:	Es un indicador de cobertura, es el primer paso para la cascada de transmisión materno infantil. La alta cobertura permite el inicio temprano de la atención y el tratamiento de las madres seropositivas.

Indicador 6 Porcentaje de profesionales del sexo que declara haber utilizado un preservativo con su último cliente.

Eje estratégico del PENM:	Eje 2: Continuo de la prevención y atención
Acción estratégica:	AE. 2.1.2 Acceso a condones con énfasis en poblaciones clave.
Referencia técnica:	GAM 3.6 A
Objetivo:	Medir los progresos realizados sobre la prevención de la exposición al VIH entre trabajadores/as sexuales a través de las relaciones sexuales sin protección con sus clientes.
Recopilación de datos:	Anual
Reporte del indicador:	Anual (Informe nacional)
Método de medición:	En una encuesta del comportamiento de una muestra de TS, se pide a entrevistados/as que respondan la pregunta siguiente: ¿Ha usado un condón con su cliente más reciente? El indicador debe presentarse con porcentajes separados para hombres y mujeres y desagregarse por grupos de edad (<25 años y >25 años). Numerador: Número de TS que declara haber usado un condón con su cliente más reciente. Denominador: Número de TS que declara haber mantenido relaciones sexuales con sus clientes en los últimos 12 meses. Vigilancia de comportamiento en clínicas VICITS: Numerador: Número de TS que reportó el uso con su cliente más reciente atendida en las clínicas VICITS y/o amigables. Denominador: Número total de TS inscritas en las clínicas VICITS y/o amigables durante el período del reporte.
Instrumento de medición y fuente de información:	Encuesta de CAP y/o de vigilancia del comportamiento (relativo al VIH), realizadas con población de TS. VICITS, Instrumento de medición utilizado en los sitios de vigilancia centinelas de infecciones de transmisión sexual.
Responsable de reportar:	MINSAL
Financiamiento	GOES con asistencia del Fondo Mundial, PASMO y CDC.
Línea base:	Clínicas VICITS 2019 GAM 2019: LB: 91.9 %
Meta:	95 %
Interpretación e información adicional:	Este indicador muestra el grado de uso del condón durante las relaciones sexuales remuneradas. La tendencia al uso del condón durante la relación sexual más reciente refleja generalmente la tendencia a su empleo sistemático, ya que el método alternativo, preguntar si siempre se usa el condón (a veces o nunca), en las re-

	laciones con parejas ocasionales. Cuando se presenten informes con este indicador, debe aclararse si los datos no corresponden a los últimos doce meses (cuando el período sea de los últimos 3 o 6 meses). También debe incluirse la información sobre el tamaño de la muestra, la calidad y fiabilidad de los datos y cualquier otra información relacionada, que ayude a facilitar el análisis. Para maximizar la utilidad de estos datos, se recomienda que la muestra utilizada para el cálculo de este indicador, se use para el cálculo de los demás indicadores relacionados con esta población.
--	--

Indicador 7 Porcentaje de hombres que declara haber usado un condón durante el último coito anal con una pareja masculina.

Eje estratégico del PENM:	Eje 2: Continuo de la prevención y atención
Acción estratégica:	AE.2.1.2. Acceso a condones con énfasis en poblaciones clave.
Referencia técnica:	GAM 3.6B. FM: HIV O-4a ^(M)
Objetivo:	Medir los progresos realizados sobre la prevención de la exposición al VIH en los hombres que tienen relaciones sexuales anales sin protección con parejas masculinas.
Recopilación de datos:	Anual
Reporte del indicador:	Anual
Método de medición:	En una encuesta del comportamiento de una muestra de HSH, se indaga con los encuestados si ha tenido relaciones sexuales (con coito anal) en los últimos seis meses y si la respuesta es afirmativa, se les pide que respondan la pregunta siguiente: ¿Ha usado un condón durante su último coito anal? El indicador debe desagregarse por grupos de edad: <25 años y >25 años. Numerador: Número de hombres que declara haber usado un preservativo durante el último coito anal con una pareja masculina. Denominador: Número de hombres que tiene relaciones sexuales con hombres que declaró haber mantenido un coito anal con una pareja masculina en los últimos seis meses. Vigilancia de comportamiento en clínicas VICITS: Numerador: Número de HSH que reportó el uso de un condón la última vez que tuvo sexo anal con una pareja no regular en los últimos 6 meses atendida en las clínicas VICITS y/o amigables. Denominador: Número total de HSH inscritos en las clínicas VICITS y/o amigables durante el período del reporte.

Instrumento de medición y fuente de información:	Encuesta de CAP y/o de vigilancia del comportamiento (relativo al VIH), realizadas con población HSH. VICITS, Instrumento de medición utilizado en los sitios de vigilancia centinelas de infecciones de transmisión sexual.
Responsable de reportar:	MINSAL
Financiamiento	MINSAL con asistencia del Fondo Mundial.
Línea base:	Clínicas VICITS 2019: 48.93 % (en su última practica sexual anal) GAM 2019: LB: 45.9 % (en la última relación sexual casual u ocasional).
Meta:	2022: 65 % 2023: 67 % 2024: 69 % 2025: 71 % 2026: 73 %
Interpretación e información adicional:	Este indicador ofrece una buena aproximación de los niveles generales y de las tendencias de las relaciones sexuales protegidas y no protegidas de los HSH. Se considera un indicador fiable del comportamiento a largo plazo. Como no aporta ninguna información sobre relaciones sexuales de HSH con mujeres, en la subpoblación de HSH con parejas de ambos sexos, debe investigarse el uso del condón con mujeres y hombres. Cuando se presenten informes con este indicador, debe aclararse si los datos no corresponden a los últimos seis meses (cuando el período sea de los últimos 3 o 12 meses). También debe incluirse la información sobre el tamaño de la muestra, la calidad y fiabilidad de los datos y cualquier otra información relacionada, que ayude a facilitar el análisis. Para maximizar la utilidad de estos datos, se recomienda que la muestra utilizada para el cálculo de este indicador, se use para el cálculo de los demás indicadores relacionados con esta población.

Indicador 8 Porcentaje de mujeres trans que declara haber usado un condón durante el último coito anal con una pareja masculina.

Eje estratégico del PENM:	Eje 2: Continuo de la prevención y la atención
Acción estratégica:	AE.2.1.2. Acceso a condones con énfasis en poblaciones clave.
Referencia técnica:	GAM 3.6D
Objetivo:	Medir los progresos realizados sobre la prevención de la exposición al VIH en las mujeres trans (MT) que tienen relaciones sexuales anales sin protección con parejas masculinas.
Recopilación de datos:	Anual.
Reporte del indicador:	Anual (Informe nacional).
Método de medición:	En una encuesta del comportamiento de una muestra de MT, se indaga con entrevistadas si ha tenido relaciones sexuales con coito anal en los últimos seis meses y si la respuesta es afirmativa, se les pide que respondan la pregunta siguiente: ¿Ha usado un condón durante su último coito anal?. Numerador: Número de MT que declara haber usado un condón durante el último coito anal. Denominador: Número de MT que declara haber mantenido un coito anal con una pareja masculina durante los últimos seis meses. El indicador debe desagregarse por grupos de edad: <25 años y >25 años. Vigilancia de comportamiento en clínicas VICITS: Numerador: Número de MT que reportó el uso de un condón la última vez que tuvo sexo anal con una pareja masculina durante los últimos seis meses atendida en las clínicas VICITS y/o amigables. Denominador: Número total de MT inscritas en las clínicas VICITS y/o amigables durante el período del reporte.
Instrumento de medición y fuente de información:	Encuesta de CAP y/o de vigilancia del comportamiento (relativo al VIH), realizadas con población MT. Instrumento de medición utilizado en los sitios de vigilancia centinelas de infecciones de transmisión sexual.
Responsable de reportar:	MINSAL

Financiamiento	GOES con asistencia del Fondo Mundial, PASMO y CDC.
Línea base:	Clínicas VICITS 2019 GAM 2019 LB: 65.3 % Ministerio de Salud.
Meta:	2022: 70 % 2023: 72 % 2024: 74 % 2025: 76 % 2026: 80 %
Interpretación e información adicional:	Este indicador ofrece una buena aproximación de los niveles generales y de las tendencias de las relaciones sexuales protegidas y no protegidas de MT. Se considera un indicador fiable del comportamiento a largo plazo. Como no aporta ninguna información sobre relaciones sexuales de MT con mujeres, en la subpoblación de MT con parejas de ambos sexos, debe investigarse el uso del condón con mujeres y hombres. Cuando se presenten informes con este indicador, debe aclararse si los datos no corresponden a los últimos seis meses (cuando el período sea de los últimos 3 o 12 meses). También debe incluirse la información sobre el tamaño de la muestra, la calidad y fiabilidad de los datos y cualquier otra información relacionada, que ayude a facilitar el análisis. Para maximizar la utilidad de estos datos, se recomienda que la muestra utilizada para el cálculo de este indicador, se use para el cálculo de los demás indicadores relacionados con esta población.

Indicador 9 Porcentaje de TS, HSH, TRANS que declaran haber recibido un conjunto de intervenciones de prevención del VIH.

Eje estratégico del PENM:	Eje 2: Continuo de la prevención y la atención
Acción estratégica:	AE.2.1.3. Acceso a programas de prevención para la población clave, población vulnerable y personas con VIH, incluyendo sus parejas sexuales y clientes de trabajadoras sexuales.
Referencia técnica:	GAM: 3.7A, 3.7B, 3.7D; FM: KP-1a ^(M) ; KP-1b ^(M) , KP-1c ^(M)
Objetivo:	Evaluar los progresos realizados en la provisión de servicios básicos de prevención del VIH con las poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad.
Recopilación de datos:	SIAP-SUMEVE o CAP-SIGPRO
Reporte del indicador:	Anual
Método de medición:	Numerador: Número de personas de la población clave que recibió el paquete de prevención. Paquete de prevención incluye: Se ha practicado una prueba de VIH Si ha recibido paquetes de prevención ya sea condones y lubricantes. Consejería pre y post prueba, junto con asesoría de cambio de comportamiento. (Incluye 1 y 2) Denominador: Número de personas de la población clave que asistieron a las VICITS y amigables. Reportándose personas y no visitas.
Instrumento de medición y fuente de información:	SIAP-SUMEVE. Encuestas CAP y de vigilancia del comportamiento con TS, HSH y MT.
Responsable de reportar:	MINSAL
Financiamiento	GOES

Línea base:	Línea de base enfocada a prevención, equidad y empoderamiento (CAP), en hombres que tienen sexo con hombres y mujeres trans de El Salvador, PNUD, 2013. HSH: 83.6 % MT: 87.7 % Estudio de conocimiento, actitudes y prácticas para la prevención de VIH en mujeres trabajadoras sexuales de El Salvador, 2013. PNUD/componente VIH-Sida de El Salvador. TS: 83.8 % PLAN- SIGPRO: LB 2019 Trans: 72.40 % (1456 Trans)
Meta:	HSH: Primer año: 51 % Segundo año: 56 Tercer año: 61 % TRANS: Primer año: 85 % Segundo año: 86 Tercer año: 87 % TS: Primer año: 34 % Segundo año: 39 % Tercer año: 43 %
Interpretación e información adicional:	Este indicador permite efectuar el seguimiento a la disponibilidad y acceso de los servicios básicos de prevención del VIH (pruebas de VIH y condones) con las poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad. No mide la calidad, eficacia o intensidad de los servicios. Tampoco debe interpretarse como que estos servicios por sí solos bastan para los programas de prevención del VIH destinado a esas poblaciones. El conjunto de servicios básicos de prevención descrito, debe formar parte de un programa integral de prevención del VIH, que incluya la difusión de mensajes de prevención del VIH, tratamiento de ITS, procesos de educación y atención de la salud sexual y otros. Cuando se presenten informes con este indicador, debe aclararse, si los datos no corresponden a los últimos doce meses (cuando el período sea de los últimos 3 o 6 meses). También debe incluirse la información sobre el tamaño de la muestra, la calidad y fiabilidad de los datos y cualquier otra información relacionada, que ayude a facilitar el análisis. Para maximizar la utilidad de estos datos, se recomienda que la muestra utilizada para el cálculo de este indicador, se use para el cálculo de los demás indicadores relacionados con esta población.

Indicador 10 Porcentaje de población clave que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del VIH

Eje estratégico del PENM:	Eje 2: Continuo de la prevención y atención
Acción estratégica:	AE.2.1.3. Acceso a programas de prevención para la población clave, población vulnerable y personas con VIH, incluyendo sus parejas sexuales y clientes de trabajadoras sexuales.
Referencia técnica:	PENM
Objetivo:	Medir el avance hacia el conocimiento universal de los hechos esenciales, sobre la transmisión del VIH en la población con mayor riesgo y vulnerabilidad.
Recopilación de datos:	Quinquenal
Reporte del indicador:	Quinquenal
Método de medición:	Para efectos de este indicador se considera poblaciones con mayor riesgo y vulnerabilidad a hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), mujeres trans (MT) y trabajadoras/es sexuales (TS) Se le pide a los entrevistados/as de cada muestra, que respondan a las cinco preguntas siguientes: ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH manteniendo relaciones sexuales con una única pareja fiel y no infectada? ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH usando condones? ¿Puede una persona de aspecto saludable tener el VIH? ¿Se puede contraer el VIH por picaduras de mosquito? ¿Se puede contraer el VIH compartiendo alimentos con una persona infectada? Los/as entrevistados/as que nunca han oído hablar del VIH/sida deben excluirse del numerador, pero incluirse en el denominador. Deben asignarse puntuación a cada pregunta (basadas en el mismo denominador), además de la puntuación del indicador compuesto. Los datos para este indicador deben desglosarse por sexo y edad (< 25 años y >25 años).
Indicador 10-a	Numerador: Número de HSH que contestó correctamente a las cinco preguntas. Denominador: Número total de HSH que respondió, incluso con un “no sé”, a las cinco preguntas.
Indicador 10-b	Numerador: Número de MT que contestó correctamente a las cinco preguntas.

	Denominador: Número total de MT que respondió, incluso con un “no sé”, a las cinco preguntas.
Indicador 10-c	Numerador: Número de TS que contestó correctamente a las cinco preguntas. Denominador: Número total de TS que respondió, incluso con un “no sé”, a las cinco preguntas.
Instrumento de medición y fuente de información:	Estudios de vigilancia del comportamiento de las poblaciones claves o vigilancia de segunda generación.
Responsable de reportar:	MINSAL
Financiamiento	GOES
Línea base:	Línea de base enfocada a la prevención equidad y empoderamiento (CAP), en HSH y MT de El Salvador, PNUD. 2013 HSH (74.1 %) Estudio de conocimiento, actitudes y prácticas para la prevención de VIH en mujeres trabajadoras sexuales de El Salvador, 2013. PNUD/componente VIH-Sida de El Salvador. TS: 59.1 % Estimación de talla de población, encuesta de comportamiento sexual y seroprevalencia de VIH en mujeres transexuales, Plan. MT: 65.3 % (148/223)
Meta:	HSH: 95 % MT: 95 % TS: 55 %
Interpretación e información adicional:	Este indicador permite efectuar el seguimiento a los conocimientos correctos sobre el VIH en las poblaciones con mayor riesgo y vulnerabilidad, los cuales son indispensables para la adopción de comportamientos que reduzcan el riesgo de infección. Este indicador es particularmente útil cuando los conocimientos sobre el VIH y el sida son escasos en las poblaciones, porque facilita la medición de las mejoras graduales a lo largo del tiempo; y porque puede ayudar a que se mantengan niveles altos de conocimiento, cuando se han alcanzado.

Indicador 11 Prevalencia de sífilis en HSH, TRANS y TS.

Eje estratégico del PENM:	Eje 2: Continuo de la prevención y la atención
Acción estratégica:	AE.2.1.6 Atención diagnóstico y tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual
Referencia técnica:	PENM 2022-2026. GAM 3.11 3.12
Objetivo:	Medir los progresos realizados en la reducción de la prevalencia de la infección por sífilis en poblaciones claves.
Recopilación de datos:	Anual
Reporte del indicador:	Anual
Método de medición:	Para efectos de este indicador se considera poblaciones claves: hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), Mujeres transgénero (MT) y trabajadoras/es sexuales (TS).
Indicador 11-a	Numerador: Número de HSH que han sido positivos a la prueba de sífilis. Denominador: Número de HSH que se han realizado la prueba de sífilis.
Indicador 11-b	Numerador: Número de TS que han sido positivos/as a la prueba de sífilis. Denominador: Número de TS que se han realizado la prueba de sífilis.
Indicador 11-c	Numerador: Número de MT que han sido positivos/as a la prueba de sífilis. Denominador: Número de MT que se han realizado la prueba de sífilis.
Instrumento de medición y fuente de información:	Clínicas de Vigilancia Centinela para Infecciones de Transmisión Sexual (VICITS)*
Responsable de reportar:	MINSAL
Financiamiento	GOES
Línea base:	HSH: 11.6 % TS: 2.9 % MT: 27.2 % VICITS 2019
Meta:	HSH: 16 % TS: 2 % MT: 25 %
Interpretación e información adicional:	Este indicador permite valorar únicamente la tendencia en el tiempo de la infección por sífilis en las poblaciones de HSH, TS, MT Si para la interpretación de los resultados se requiere deducir el nivel de acceso de estas poblaciones a servicios básicos de prevención y atención de ITS (información, consejería, pruebas de laboratorio, tratamiento, condones, detección y atención de contactos) deberán efectuarse estudios adicionales. *Vigilancia de segunda generación en las clínicas de vigilancia centinela

para las infecciones de transmisión sexual, para este año 2021 contamos con 18 clínicas a nivel nacional y 12 amigables.

Indicador 12 Porcentaje de la población clave (TS, HSH y TRANS) elegible, que inicio PrEP durante los últimos doce meses.

Eje estratégico del PENM:	Eje 2: Continuo de la prevención y la atención
Acción estratégica:	AE.2.1.8. Realizar actividades encaminadas en la adecuada información y socialización sobre la profilaxis preexposición PrEP y Evaluar la implementación de la PrEP en las CAI
Referencia técnica:	Fondo Mundial: KP-6a-KP-6b, GAM 3.15.
Objetivo:	Prevenir que la infección por el VIH se establezca en el organismo al tomar un medicamento antes de exponerse al virus.
Recopilación de datos:	Anual
Reporte del indicador:	Anual
Método de medición:	Numerador: Número de personas de la población clave, elegibles que iniciaron PrEP. Denominador: Número de personas elegibles de la población clave que se les ofertó PrEP recientemente durante el periodo del informe.
Instrumento de medición y fuente de información:	SIAP -SUMEVE
Responsable de reportar:	MINSAL
Financiamiento	MINSAL-Fondo Mundial
Línea base:	0
Meta:	Primer año: 70 % (1 316 personas) Segundo año: 75 % (2 949 personas) Tercer año: 80 % (5 117 personas)
Interpretación e información adicional:	Para el reporte del indicador correspondiente a las TS se realizará la gestión para la asignación presupuestaria.

El numerador se obtiene al contar el número de personas que iniciaron la PrEP oral durante los últimos 12 meses, entre las personas a quienes se ofreció la PrEP por primera vez durante el período sobre el que se está informando. Se incluyen en el numerador las personas que recibieron la PrEP y las personas que, habiéndola descontinuado anteriormente, reanudaron la PrEP durante el período del que se informa.

Los usuarios habituales que continúan recibiendo la PrEP se deben excluir tanto del numerador como del denominador.

En el numerador se debe contar cada persona solo una vez en el período. Se deben incluir todas las personas que reciben la PrEP oral en el marco de programas nacionales, estudios de demostración, investigación o por medios privados, y que la están tomando según las normas de la OMS y el ONUSIDA.

El denominador se obtiene al contar el número de personas a quienes se ofreció la PrEP por primera vez, tras evaluar los criterios de selección.

Una persona solo se debe contar una vez en el período de un informe determinado, incluso cuando inicia la PrEP más de una vez después de un lapso de interrupción. La edad se define como la edad en el momento que la persona inicia la PrEP.¹⁶

¹⁶ OMS, Organización Mundial de la Salud: Indicador PrEP.1 del Módulo del seguimiento y evaluación, “Herramienta de la OMS para implementación de la profilaxis previa a la exposición al VIH” octubre 2018.

Indicador 13 Porcentaje de establecimientos que proporcionan PPE.

Eje estratégico del PENM:	Eje 2: Continuo de la prevención y la atención
Acción estratégica:	AE.2.1.9. Proveer de profilaxis post exposición (PPE personas expuestas al VIH por accidente ocupacional y por violencia sexual).
Referencia técnica:	PENM
Objetivo:	Monitorear que el total de hospitales del MINSAL, ISSS tengan kits de PPE para fortalecer el acceso a la profilaxis post exposición, dirigido a personas que sufrieron accidente laboral o violación sexual.
Recopilación de datos:	Los datos deben recopilarse de manera continua en los hospitales y se agruparán periódicamente cada 6 meses.
Reporte del indicador:	Anual
Método de medición:	Numerador: Número de hospitales que brindan PPE en casos de accidente laboral con riesgo de VIH o de violación sexual. Denominador: Número de hospitales del MINSAL e ISSS.
Instrumento de medición y fuente de información:	SUMEVE-Regiones de Salud
Responsable de reportar:	MINSAL, ISSS
Financiamiento	GOES
Línea base:	Datos de la Unidad del Programa de ITS/VIH reportado por hospitales con tratamiento PPE, 2021 25/30 hospitales
Meta:	90 % de hospitales del MINSAL e ISSS
Interpretación e información adicional:	La exposición ocupacional al VIH es una urgencia médica y la profilaxis debe iniciarse en las primeras dos a cuatro horas. Es ideal iniciar en tratamiento en la primera o segunda hora con un máximo de 72 horas después del accidente laboral. El personal de salud que sufra un accidente laboral con material potencialmente infectado debe ser evaluado médicamente para valorar el riesgo de la exposición y el subsecuente uso de la PPE. (2), así mismo una persona que ha sufrido violencia sexual.

Indicador 14 Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes de 15 a 24 años que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus.

Eje estratégico del PENM:	Eje 2: Continuo de la prevención y la atención
Acción estratégica:	AE.2.1.10. Promover la educación sexual integral a Jóvenes
Referencia técnica:	GAM Indicador 5.1, ETMI OPS/OMS 2.3
Objetivo:	Medir el avance hacia el conocimiento universal de los hechos esenciales sobre la transmisión del VIH en la población general.
Recopilación de datos:	Quinquenal
Reporte del indicador:	Quinquenal
Método de medición:	En una muestra de la población general, se pide a los entrevistados/as responder a las cinco preguntas siguientes: ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH manteniendo relaciones sexuales con una única pareja fiel y no infectada? ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH usando condones? ¿Puede una persona de aspecto saludable tener el VIH? ¿Se puede contraer el VIH por picaduras de mosquito? ¿Se puede contraer el VIH compartiendo alimentos con una persona infectada? Numerador: Número de entrevistados/as de 15 a 24 años que respondió correctamente a las cinco preguntas de la encuesta. Denominador: Número total de entrevistados/as de 15 a 24 años. Los/as entrevistados/as que nunca han oído hablar del VIH o sida deben excluirse del numerador, pero incluirse en el denominador. Deben facilitarse puntuaciones para cada pregunta (basadas en el mismo denominador), además de la puntuación del indicador compuesto. El indicador debe presentarse con porcentajes separados para hombres y mujeres y desagregarse por grupos de edad de 15 a 19 y de 20 a 24 años.
Instrumento de medición y fuente de información:	Encuestas de indicadores sobre VIH y sida, encuesta sobre indicadores múltiples u otras encuestas.
Responsable de reportar:	MINED-INJUVE
Financiamiento	GOES
Línea base:	Encuesta Nacional de Salud, MINSAL-INS, 2014 (MICS) 31 % INJUVE "Sondeo de conocimientos sobre salud integral"2020 35 %
Meta:	50 %
Interpretación e información adicional:	Este indicador permite efectuar el seguimiento a los conocimientos correctos sobre el VIH en la población general, los cuales son indispensables para la adopción de comportamientos que reduzcan el riesgo de infección. Este indicador es particularmente útil cuando los conocimientos sobre el VIH y el sida son escasos en la pobla-

	ción, porque facilita la medición de las mejoras graduales a lo largo del tiempo; y porque puede ayudar a que se mantengan niveles altos de conocimiento, cuando se han alcanzado.
--	--

Indicador 15 Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años.

Eje estratégico del PENM:	Eje 2: Continuo de la prevención y la atención Eje 3: Entorno favorable para la protección social y sinergias para el desarrollo sostenible.
Acción estratégica:	AE.2.1.10. Promover la educación sexual integral a jóvenes escolarizados y no escolarizados. AE.3.4. Potenciar programas de prevención de violencia, violencia sexual en mujeres, niñez y población clave.
Referencia técnica:	PENM 2.1.10. ETMI OPS/OMS 2.4
Objetivo:	Medir los progresos realizados para aumentar la edad en la que las mujeres y hombres de 15 a 24 años de edad tienen su primera relación sexual.
Recopilación de datos:	Quinquenal
Reporte del indicador:	Quinquenal
Método de medición:	Se define una muestra nacional representativa y se pregunta a los y las entrevistadas si han tenido alguna vez relaciones sexuales y, si la respuesta es afirmativa, se les pregunta: ¿A qué edad sostuvieron su primera relación sexual? Numerador: Número de entrevistados (de 15 a 24 años) que declara haber tenido su primera relación sexual antes de los 15 años. Denominador: Número total de entrevistados de 15 a 24 años. El indicador debe presentarse en forma de porcentajes separados por hombres y mujeres, y desglosarse por grupos de edad de 15 a 19 y de 20 a 24 años.
Instrumento de medición y fuente de información:	Encuestas sobre indicadores sobre VIH y sida, encuesta sobre indicadores múltiples u otras encuestas representativas.
Responsable de reportar:	MINSAL-INJUVE-MINED
Financiamiento	GOES
Línea base:	Encuesta Nacional de Salud, MINSAL-INS, 2014 (MICS) 11 % (Dato solo mujeres) ESTUDIO MINSAL-CID Gallup 2014 24.3 % MINED, Encuesta de Salud Escolar, 2013 11.35 %

Meta:	En ambos sexos: 20 %
Interpretación e información adicional:	Este indicador permite medir el aplazamiento de la primera relación sexual en los y las jóvenes (como factor para reducir el posible riesgo de exposición sexual al VIH). La ventaja de utilizar la edad de la primera relación sexual (en lugar de la edad promedio de la primera relación sexual) es que requiere un cálculo sencillo y facilita la comparación a través del tiempo. Es importante tomar en cuenta que, si las acciones de prevención del VIH promueven la abstinencia y el aplazamiento de la primera relación sexual, las respuestas de los jóvenes pueden estar sesgadas, incluso con la declaración deliberadamente falsa de la edad de su primera relación sexual.

CE.2.2. Acceso a diagnóstico temprano con aseguramiento de la calidad.

Indicador 16 Número de PV que han sido diagnosticadas con la infección del VIH y conocen su estado serológico respecto a la infección del VIH y porcentaje respecto del total de PV: total y desagregado por poblaciones clave (HSH, TS y MT). (Segundo pilar de la cascada)

Eje estratégico del PENM:	Eje 2. Continuo de la prevención y atención. Componente 2.2 Acceso a diagnóstico temprano. Conociendo el status VIH.
Acción estratégica:	AE.2.2.1. Fortalecer las estrategias en la búsqueda de casos e indicación de la prueba de VIH para que toda persona positiva conozca su diagnóstico.
Referencia técnica:	Marco del monitoreo del continuo de atención en VIH OMS 2014, Indicador 1.2, GAM:1.1
Objetivo:	Medir el progreso en la aplicación de la prueba de VIH, la consejería para la prueba de VIH y la notificación de casos de infección por el VIH en la población general y la clave.
Recopilación de datos:	Anual
Reporte del indicador:	Anual, desglose por sexo, grupo de edad: <15, ≥15; subgrupos poblacionales (MT, HSH, TS)
Método de medición:	Numerador: Número de personas que han sido diagnosticadas con la infección por el VIH y notificadas y que siguen vivos en el período de referencia. Desagregación por subgrupos, por ejemplo: HSH: Número de HSH que han sido diagnosticados y notificados con la infección del VIH y que siguen vivos. TS: Número de TS que han sido diagnosticados y notificados con la infección por el VIH y que siguen vivos. MT: Número de MT que han sido diagnosticados y notificados con la infección por el VIH y que siguen vivos. Denominador: Número total estimado de personas con VIH (HSH, TS y MT)
Instrumento de medición:	SUMEVE, FVIH01

ción y fuente de información:	Estimaciones y proyecciones de Spectrum.
Responsable de reportar:	MINSAL, ISSS
Financiamiento	GOES
Línea base:	Informe nacional sobre el estado de situación del VIH en El Salvador en cumplimiento del plan nacional de monitoreo y evaluación del Plan estratégico nacional multisectorial, 2019 72 % (19242/26893) SUMEVE HSH, MT y TS: Por definir
Meta:	Población Total: 95 % HSH: 95 % MT: 95 % TS: 95 %
Interpretación e información adicional:	Permite estimar la brecha de diagnóstico de personas con VIH en el país. El numerador (personas diagnosticadas con VIH y que siguen vivas) corresponde al segundo pilar de la cascada del continuo de la atención. ¹⁷

Indicador 17 Prevalencia de VIH en poblaciones clave (TS, HSH, MT).

Eje estratégico del PENM:	2.2 Acceso a diagnóstico temprano con aseguramiento de la calidad. Conociendo el status VIH
Acción estratégica:	AE.2.2.1. Fortalecer las estrategias en la búsqueda de casos e indicación de la prueba de VIH para que toda persona positiva conozca su diagnóstico.
Referencia técnica:	PENM 2.2.1-GAM 3.3A y 3.3B, FM: HIV 1-9a ^(M) , HIV 1-9b ^(M)
Objetivo:	Medir los progresos realizados en la reducción de la prevalencia de la infección por VIH en poblaciones claves.
Recopilación de datos:	Anual
Reporte del indicador:	Anual
Método de medición:	Para efectos de este indicador se considera poblaciones claves: hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), Mujeres transgénero (TRANS) y trabajadoras/es sexuales (TS).
	Para encuestas: Numerador: Número de población clave que tienen diagnóstico positivo de VIH Denominador: Total de la población clave estimada Para Vigilancia de prevalencia de VIH en VICITS (FM): Numerador: Número de casos nuevos y conocidos de VIH en población clave que consultan en las clínicas VICITS durante el periodo a reportar. Denominador: Número total de población clave que se atendieron en las VICITS en el periodo a reportar.
Instrumento de medición y fuente de	Estudios de estimación del tamaño de población clave y prevalencias Ministerio de Salud, Unidad del Programa de ITS/VIH, Informe clínicas

¹⁷ Organización Mundial de la Salud, Marco del Monitoreo del Continuo de la Atención al VIH, OMS, 2014

información:	VICITS, SIAP VICITS
Responsable de reportar:	MINSAL
Financiamiento	MINSAL, FM
Línea base:	Plan, Estimación de tamaño y sero-prevalencia de VIH en mujeres trabajadoras sexuales en El Salvador 2016 8.1 % Plan, Estimación de tamaño de la población y sero-prevalencia de VIH en hombres que tienen sexo con hombres El Salvador 2016 10.5 % Plan, Talla poblacional, comportamiento sexual y prevalencia de VIH TRANS, 2014 16.2 % VICITS HSH: 20.54 % TRANS: 27.19 % GAM 2019: HSH 7.8 % (184/2351), TS 1.2 % (12/1015)
Meta:	HSH* 2022: 21.54 %, 2023: 22.54 %, 2024: 23.54 % TRANS* 2022: 28.19 %, 2023: 29.69 %, 2024: 30.19 % *Metas por revisar según evaluación de medio término del PENM 2022-2026

Indicador 18 Porcentaje de resultados de VIH positivos entre el total de pruebas de VIH realizadas en poblaciones claves.

Eje estratégico del PENM:	Componente 2.2 Acceso a diagnóstico temprano con aseguramiento de la calidad.
Acción estratégica	AE.2.2.1. Fortalecer las estrategias en la búsqueda de casos e indicación de la prueba de VIH para que toda persona positiva conozca su diagnóstico.
Tipo de indicador:	FM: (HSH: HTS-Other 1, TRANS: HTS-Other 2, TS: HTS-Other 3)
Objetivo:	Medir los progresos realizados en la reducción del índice de positividad de los casos de VIH en poblaciones claves.
Recopilación de datos:	Anual
Reporte del indicador:	Anual
Método de medición:	Numerador: Número de pruebas de VIH realizadas a HSH, TS y MT con resultado positivo en el periodo a evaluar. Denominador: Número de pruebas de VIH realizadas a HSH, TS y MT en el periodo a evaluar.
Instrumento de medición:	SUMEVE

ción y fuente de información:	
Responsable de reportar:	MINSAL
Financiamiento	MINSAL
Línea base:	VICITS 2019. HSH: 7.8 % (184/2 351) MTS: 1.2 % (12/1 015) MT: 2.4 % (8/331) Fuente: APMG HEALTH, "Evaluación en países focalizados, evaluación de VIH de El Salvador, marzo 2020
Meta:	HSH* 2022: 3.7 %, 2023: 5.7 %, 2024: 7.7 % MT* 2022: 4 % 2023: 6 %, 2024: 8 % TS* 2022: 0.94 % 2023: 1.39 %, 2024: 1.7 % *Metas por revisar según evaluación de medio término del PENM 2022-2026
Interpretación e información adicional:	El volumen de pruebas y los datos sobre positividad son útiles para la vigilancia del programa. Conocer el número de personas que se someten a pruebas anualmente y la modalidad de prueba o la realización de las autoevaluaciones es fundamental para la previsión de productos y la planificación del personal. Los datos de positividad entre las personas sometidas a prueba que han recibido un resultado también pueden ayudar a validar el número de personas que reciben un diagnóstico reciente a través de sistemas de notificación de rutina y estimaciones de la prevalencia del VIH, a partir de datos que provienen de encuestas. Por último, cuando se desglosan por edad, sexo, modalidad de prueba y estado del VIH, estos datos son útiles para evaluar la eficacia de la prestación de los HTS y abordar las deficiencias en diversos entornos, contextos y poblaciones. Además de las actividades de vigilancia del programa, los volúmenes de análisis anuales y las tasas de positividad son datos que se deben ingresar en el modelo de ONUSIDA para supervisar el progreso hacia los primeros

	95 (el 95 % de las personas que viven con el VIH conocen su estado serológico respecto del VIH).
--	--

Indicador 19 Porcentaje de población clave que se sometió a la prueba de VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados.

Eje estratégico del PENM:	Eje 2 Continuo de la prevención y atención.
Acción estratégica:	AE.2.2.2. Incrementar la toma de prueba VIH a poblaciones clave y sus parejas sexuales.
Referencia técnica:	Indicador de resultado. GAM 3.4A, 3.4B y 3.4D
Objetivo:	Medir el progreso en la provisión de servicios de consejería (asesoramiento) y pruebas del VIH en las poblaciones con mayor riesgo y vulnerabilidad.
Recopilación de datos:	Quinquenal
Reporte del indicador:	Quinquenal
Método de medición:	Para efectos de este indicador se considera poblaciones claves a: hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), mujeres trans (MT), trabajadoras/es sexuales (TS). Personas privadas de libertad (PPL) Se les hacen las siguientes preguntas a los encuestados/as: ¿Se ha sometido a la prueba del VIH en los últimos 12 meses? Si la respuesta es afirmativa: No queremos saber los resultados de la prueba, pero ¿los conoce usted? ¿le entregaron sus resultados? Los datos para este indicador deben desagregarse por sexo y edad (<25 años y ≥25 años).
Indicador 21-a	Numerador: Número HSH que ha recibido la prueba en los últimos doce meses y conoce los resultados Denominador: Número de HSH incluidos en la muestra.
Indicador 21-b	Numerador: Número MT que ha recibido la prueba en los últimos doce meses y conoce los resultados. Denominador: Número de MT incluidas en la muestra.
Indicador 21-c	Numerador: Número TS que ha recibido la prueba en los últimos doce meses y conoce los resultados. Denominador: Número de TS incluidas en la muestra.
Indicador 21-d	Numerador: Número PPL que ha recibido la prueba en los últimos doce meses y conoce los resultados. Denominador: Número de PPL incluidas en la muestra.

Instrumento de medición y fuente de información:	Encuestas CAP y/o de vigilancia del comportamiento con HSH, MT, TS y PPL, aplicando metodologías que permitan representatividad de la población meta.
Responsable de reportar:	MINSAL (HSH, MT, TS y PPL). MJSP (PPL).
Financiamiento	GOES con asistencia del Fondo Mundial, CDC.
Línea base:	Línea de base enfocada a prevención, equidad y empoderamiento (CAP), en hombres que tienen sexo con hombres y mujeres trans de El Salvador, PNUD, 2013. (pg. 91) HSH: 85.9 % (457/532) Estudio de conocimiento, actitudes y prácticas para la prevención de VIH en mujeres trabajadoras sexuales de El Salvador, 2013. PNUD/componente VIH-Sida de El Salvador. TS: 98 % Estimación de talla de población encuesta de comportamiento sexual y seroprevalencia de VIH en mujeres trans, Plan. año 2014 MT: 95 % (155/161). San Salvador. PUDR 2015 Base LB Brechas programáticas, MINSAL 2015, PPL: 58.3 % (19 051/32 645)
Meta:	HSH: 90 % MT: 90 % TS: 90 % PPL: 90 %
Interpretación e información adicional:	Este indicador permite efectuar el seguimiento a la cobertura de servicio de pruebas de VIH con las poblaciones con mayor riesgo y vulnerabilidad, como factor fundamental para la prevención de la transmisión del VIH a otras personas, la prevención secundaria de las personas infectadas y la decisión de buscar tratamiento. Hacer un seguimiento a lo largo del tiempo de las poblaciones con mayor riesgo y vulnerabilidad puede resultar difícil debido a la dificultad de acceder a ellas, puesto que muchos de sus grupos son poblaciones ocultas. Por lo tanto, se debe informar sobre la naturaleza de la muestra para facilitar la interpretación y el análisis a lo largo del tiempo. Cuando se presenten informes con este indicador, debe incluirse la información sobre el tamaño de la muestra, la calidad y fiabilidad de los datos y cualquier otra información relacionada, que ayude a facilitar el análisis. Para maximizar la utilidad de los datos, se recomienda que la muestra utilizada para el cálculo de este indicador se use para el cálculo de los demás indicadores relacionados con estas poblaciones.

Indicador 20 Número de personas de la población clave que se realizan auto prueba de VIH en los establecimientos de salud.

Eje estratégico del PENM:	Componente 2.2 Acceso a diagnóstico temprano con aseguramiento de la calidad.
Acción estratégica	AE. 2.2.2. Incrementar la toma de prueba VIH a poblaciones clave y sus parejas sexuales.
Referencia técnica:	PENM AE.2.2.1, FM
Objetivo:	Medir el progreso en la aplicación del auto prueba en la población clave
Recopilación de datos:	Anual
Reporte del indicador:	Anual
Método de medición:	Numerador: Número de personas de la población clave que se le realizan auto prueba de VIH Desagregación por subgrupos, por ejemplo: HSH: Número de HSH que se le realizan auto prueba de VIH TS: Número de TS que se le realizan auto prueba de VIH. MT: Número de MT que se le realizan auto prueba de VIH
Instrumento de medición y fuente de información:	SUMEVE
Responsable de reportar:	MINSAL
Financiamiento	MINSAL
Línea base:	0
Meta:	Por definir durante la implementación.
Interpretación e información adicional:	El autoanálisis del VIH es una manera de llegar a más personas cuya infección no ha sido diagnosticada y representa un avance para dotarlas en capacidad de acción y decisión además permite que las personas utilicen la saliva o la sangre obtenida mediante un pinchazo en el dedo para conocer su estado en privado, en un entorno que les resulte cómodo. En caso de que el usuario se realice auto prueba fuera de un establecimiento de salud, se aconseja que aquellos que han obtenido resultado positivo,

acudan a un centro de salud para realizar una prueba de confirmación.

CE.2.3. Atención y tratamiento a las personas con VIH

Indicador 21 Número de personas con diagnóstico de infección por el VIH incorporados a servicios de atención y tratamiento de la infección por el VIH y porcentaje respecto del total de PV, total y desagregado por poblaciones clave (HSH, TS y MT). (Tercer pilar de la cascada)

Eje estratégico del PENM:	Eje 2. Continuo de la prevención y la atención Componente 2.3 Atención y tratamiento a las personas con VIH
Acción estratégica:	AE.2.3.1. Fortalecer la vinculación de personas diagnosticadas con VIH en los servicios de salud
Referencia técnica:	Marco del monitoreo del continuo de atención en VIH OMS 2014 indicador 2.1.
Objetivo:	Vigilar la tendencia en la vinculación de personas con diagnóstico de infección por el VIH a los servicios de atención a salud.
Recopilación de datos:	Anual
Reporte del indicador:	Anual Desglosado por: Sexo Grupo de edad: 0-4, 5-14, ≥ 15 Poblaciones clave (HSH, TS y MT)
Método de medición:	Numerador: Número total de personas seropositivas que tuvieron un recuento de linfocitos CD4 o una CV o un retiro de TAR o una consulta de atención a la infección por el VIH en el año determinado. Denominador: Número total estimado de personas con VIH
Instrumento de medición y fuente de información:	Formulario FVIH-05 para evaluación de paciente. SUMEVE, Estimaciones y proyecciones de Spectrum
Responsable de reportar:	MINSAL ISSS
Financiamiento	GOES
Línea base:	Informe nacional sobre el estado de situación del VIH en El Salvador en cumplimiento del Plan nacional de monitoreo y evaluación del Plan estratégico nacional multisectorial, 2019 54 % (14606/26893) (SUMEVE- SPECTRUM) HSH: 58% MT: 47% TS: 8%
Meta:	Población Total: 93 % HSH: 93 % MT: 93 % TS: 93 %

Interpretación e información adicional:	Este indicador permite vigilar la tendencia en la vinculación de personas con diagnóstico de infección por el VIH a los servicios de atención en salud, pero no mide los detalles ni la calidad de la atención en salud prestada. Tampoco capta la retención en los servicios de atención durante el período. (1) (Tercer pilar de la cascada)
--	--

Indicador 22 Número de PV que se mantienen en servicios de atención y tratamiento de la infección por el VIH y porcentaje respecto del total de PV, y desagregado por poblaciones clave (HSH, TS y MT). (Cuarto pilar de la cascada).

Eje estratégico del PENM:	Eje 2. Continuo de la prevención y la atención Componente 2.3 Atención y tratamiento a las personas con VIH
Acción estratégica:	AE.2.3.2. Promover estrategias innovadoras que aseguren la retención de las personas en los servicios de salud.
Referencia técnica:	Marco del monitoreo del continuo de atención en VIH OMS 2014 indicador 2.3
Objetivo:	Vigilar la tendencia de retención de PV en los servicios de salud integral.
Recopilación de datos:	Anual
Reporte del indicador:	Anual Desglosado por: Sexo Grupo de edad: 0-4, 5-14, ≥ 15 Poblaciones clave (HSH, TS y MT)
Método de medición:	Numerador: Número de personas con infección por el VIH en servicios de atención que: a) Han tenido dos o más consultas de atención en los últimos 12 meses y/o b) Se les ha realizado al menos una* vez la medición de los linfocitos CD4 en los últimos 12 meses y/o c) Se les ha realizado al menos una* vez la medición de la carga viral en los últimos 12 meses y/o d) Han recogido al menos tres veces ARV en los últimos 12 meses. *Evaluación de la Adherencia al tratamiento antirretroviral, CAPACITY, 2014 ¹⁸ Denominador: Número total estimado de personas con VIH.
Instrumento de medición y fuente de información:	SUMEVE y Estimaciones y proyecciones de Spectrum Formulario para evaluación de paciente (FVIH-05), Sistema de información de laboratorio y farmacia.
Responsable de reportar:	MINSAL e ISSS

¹⁸ CAPACITY, Evaluación de la adherencia al tratamiento antirretroviral, El Salvador, 2014.

Financiamiento	GOES
Línea base:	Informe nacional sobre el estado de situación del VIH en El Salvador en cumplimiento del plan nacional de monitoreo y evaluación del Plan estratégico nacional multisectorial, 2019. 41 % (11075/26893) (SUMEVE, SPECTRUM)
Meta:	Población Total: 92 % HSH: 92 %; MT: 92 %; TS: 92 %.
Interpretación e información adicional:	Lograr que las personas con VIH se mantengan en el proceso de atención es fundamental para obtener resultados óptimos en materia de salud. En el caso de las personas que no muestran signos que indiquen la necesidad inmediata de recibir TAR, las consultas médicas ofrecen la oportunidad de detectar, prevenir y tratar otras afecciones y condiciones comórbidas y la monitorización clínica y de laboratorio, con el fin de iniciar el TAR tan pronto como se presenten indicios de que es el momento oportuno para hacerlo. Error: no se encontró el origen de la referencia (Cuarto pilar de la cascada)

Indicador 23 Número de adultos y niños que se encuentran en tratamiento antirretroviral y porcentaje respecto del total de PV, total y desagregado por poblaciones clave (HSH, TS y MT). (Quinto pilar de la cascada).

Eje estratégico del PENM:	Eje 2. Continuo de la prevención y la atención Componente 2.3 Atención y Tratamiento a las Personas con VIH
Acción estratégica:	AE.2.3.3. Garantizar la TAR a las personas con VIH.
Referencia técnica:	Marco del Monitoreo del Continuo de Atención en VIH OMS 2014 Indicador 3.1, GAM: TS (3.5 A); HSH (3.5B); MT (3.5D); FM Indicador: TCS-1.1 ^(M)
Objetivo:	Medir el progreso en la provisión de tratamiento antirretroviral a todas las personas con VIH que lo necesitan.
Recopilación de datos:	Anual
Reporte del indicador:	Anual Desglosado por: Sexo Grupo de edad: 0-4, 5-14, ≥15 Poblaciones clave (HSH, TS y MT)
Método de medición:	Numerador: Número de adultos y niños que actualmente recibe tratamiento antirretroviral al final del período de notificación. Denominador: Número total estimado de personas con VIH. Este indicador debe desglosarse por sexo y edad (0-14; ≥ 15 años).
Instrumento de medición y fuente de información:	- Formulario FVIH-05 para evaluación de paciente. - Sistema de información de laboratorio y farmacia. SUMEVE, Estimaciones y proyecciones de Spectrum
Responsable de reportar:	MINSAL. ISSS
Financiamiento	GOES
Línea base:	Informe nacional sobre el estado de situación del VIH en El Salvador en cumplimiento del Plan nacional de monitoreo y evaluación del Plan estratégico nacional multisectorial, 2019. 37 % (10 062/26 893), SUMEVE- SPECTRUM 2019.
Meta:	Población Total: 90 % FM: 2022: 72 % 2023: 77 % 2024: 82 % Metas por revisar según evaluación de medio término del PENM 2022-2026
Interpretación e información adicional:	A medida que avanza la epidemia del VIH, un mayor número de personas alcanza fases avanzadas de la infección por el VIH. La terapia antirretroviral es una intervención clave que ha demostrado ser efectiva en reducir la mortalidad y morbilidad entre las personas con VIH. La terapia antirretroviral debe ofrecerse juntamente con otros servicios de atención y apoyo más amplios. (1) (Quinto pilar de la cascada)

Indicador 24 Porcentaje de personas con diagnóstico nuevo de VIH que han iniciado terapia antirretroviral.

Eje estratégico del PENM:	Eje 2. Continuo de la prevención y la atención Componente 2.3 Atención y tratamiento a las personas con VIH
Acción estratégica:	AE. 2.3.3. Garantizar la TAR a las personas con VIH.
Referencia técnica:	FM Indicador: HTS-5
Objetivo:	Medir el progreso en la provisión de tratamiento antirretroviral a todas las personas con VIH que lo necesitan.
Recopilación de datos:	Anual
Reporte del indicador:	Anual
Método de medición:	Numerador: Número de personas con nuevo diagnóstico de VIH dentro del período de notificación, que iniciaron TAR en los primeros 7 días desde su diagnóstico. Denominador: Número de personas con nuevo diagnóstico de VIH dentro del período de notificación.
Instrumento de medición y fuente de información:	Formulario FVIH-05 para evaluación de paciente. Sistema de información de laboratorio y Farmacia. SUMEVE, Estimaciones y Proyecciones de Spectrum
Responsable de reportar:	MINSAL. ISSS
Financiamiento	GOES
Línea base:	18 % (153/862) (SUMEVE 2020)
Meta:	FM: 2022: 23 % 2023: 30 % 2024: 40 % Metas por revisar según evaluación de medio término del PENM 2022-2026
Interpretación e información adicional:	El inicio rápido del TAR se define como el comienzo del tratamiento dentro de los 7 días desde el diagnóstico de la infección por el VIH. La introducción de la recomendación de “tratar a todos” (TAR para todas las personas con infección por el VIH independientemente de la cifra de linfocitos CD4) apoya el inicio rápido del TAR, incluido el ofrecimiento de iniciar el tratamiento el mismo día del diagnóstico de la infección por el VIH cuando no existan contraindicaciones clínicas. A las personas sin contraindicaciones para el inicio rápido del TAR se les debe dar información completa sobre sus beneficios y ofrecer el inicio rápido del tratamiento, incluida la opción de comenzar el mismo día del diagnóstico de la infección por el VIH. El inicio rápido del TAR es especialmente importante en las personas con cifras muy bajas de linfocitos CD4, en las que el riesgo de muerte es alto. No se debe forzar a las personas a comenzar de inmediato, y se les debe brindar apoyo para que tomen una decisión fundamentada respecto a cuándo iniciar el TAR. ¹⁹

¹⁹ Directrices para el tratamiento de la infección avanzada por el VIH y el inicio rápido del tratamiento antirretroviral. Julio 2017. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2018. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Indicador 25 Porcentaje de establecimientos que dispensan medicamentos antirretrovirales que han experimentado desabastecimiento de al menos un fármaco en los últimos 12 meses.

Eje estratégico del PENM:	Eje 2: Continuo de la prevención y la atención
Acción estratégica:	AE.2.3.3. Garantizar la TAR a las personas con VIH.
Referencia técnica:	Marco del monitoreo del continuo de atención en VIH OMS 2014 Indicador 3.9, GAM indicador 1.5
Objetivo:	Medir si existe o no un suministro continuo e ininterrumpido de medicamentos ARV en los establecimientos de salud.
Recopilación de datos:	Anual
Reporte del indicador:	Anual.
Método de medición:	Numerador: Número de establecimientos de salud que dispensa ARV y que ha experimentado el desabastecimiento de uno o más fármacos ARV necesarios durante los 12 últimos meses. Denominador: Número total de establecimientos de salud que dispensa ARV.
Instrumento de medición y fuente de información:	Registros del Programa Nacional ITS VIH SIDA Sistema de información de Farmacia. SINAB
Responsable de reportar:	MINSAL E ISSS
Financiamiento	GOES
Línea base:	GAM 2019 40 % (8/20)
Meta:	10 %
Interpretación e información adicional:	Este indicador mide el desabastecimiento de antirretrovirales. Desabastecimiento: se define como la ausencia completa de un fármaco ARV durante al menos un día en la farmacia o dispensario de los establecimientos de salud (Hospitales, clínicas, centros de atención). No se incluyen almacenes ni bodegas centrales.

Indicador 26 Porcentaje estimado de casos incidentes de tuberculosis en personas seropositivas que recibieron tratamiento para la tuberculosis y el VIH.

Eje estratégico del PENM:	Eje 2: Continuo de la prevención y la atención
Acción estratégica:	AE.2.3.4. Prevenir y manejar completa y oportunamente la coinfección VIH- TB.
Referencia técnica:	GAM Indicador 10.1
Objetivo:	Medir los progresos en la detección y el tratamiento de la TB en las personas con VIH.
Recopilación de datos:	Los datos deben recopilarse de manera continua en los establecimientos de salud y se agruparán periódicamente, preferentemente de forma mensual o trimestral.
Reporte del indicador:	Anual. Los informes deben contener los datos del año más reciente y las estimaciones disponibles por la OMS.
Método de medición:	Se utilizarán los datos y estimaciones: Numerador: Número de adultos infectados por el VIH que recibe en la actualidad terapia antirretroviral y que ha empezado un tratamiento para la tuberculosis (de acuerdo con las directrices del programa nacional de tuberculosis) durante el año sobre el que se informa. Denominador basado en población: Número estimado de casos de tuberculosis en personas con VIH. Denominador basado en registros de programa: Número total de personas con tuberculosis activa durante el periodo de notificación entre quienes se registraron por primera vez en la atención para el VIH. Los casos de tuberculosis se definen como los nuevos casos que han ocurrido en ese año, y específicamente excluye los casos latentes. Es importante que aquellos que suministran atención relacionada con el VIH y terapia antirretroviral registren el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis. Si es posible, también se debe informar el número de pacientes atendidos por el VIH que han empezado un tratamiento para la tuberculosis, pero aún no reciben terapia antirretroviral. De este modo, se reflejarían los casos de tuberculosis detectados y tratados entre las personas con VIH. Los datos para este indicador deben desglosarse por sexo, niños (<15 años) y adultos (≥15 años)
Instrumento de medición y fuente de información:	Registros e informes del establecimiento acerca de la TAR e instrumentos de vigilancia, Programa Nacional de Tuberculosis.
Responsable de reportar:	MINSAL ISSS
Financiamiento	GOES
Línea base:	GAM (año 2019): (185/185)
Meta:	100 %

Interpretación e información adicional:	OMS calcula las estimaciones anuales del número de casos incidentes de tuberculosis en personas que viven con el VIH. Las estimaciones del denominador de 2018, facilitadas por los países sobre la notificación y la cobertura del tratamiento antirretroviral, solo están disponibles desde la segunda mitad del año de notificación y no es necesario incluirlas en el momento de presentar los informes. Las estimaciones de 2017 se pueden consultar en: http://www.who.int/tb/country/data/download/en/ Este indicador proporciona una medida de hasta qué punto la colaboración entre los programas nacionales de tuberculosis y el VIH aseguran que las personas infectadas por el VIH y tuberculosis puedan acceder a un tratamiento adecuado para ambas enfermedades. Es por ello que este indicador puede ser afectado por una baja utilización de las pruebas del VIH, un acceso deficiente a los servicios de atención y a la terapia antirretroviral, y un acceso deficiente al diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis. Existen indicadores separados para cada uno de estos factores y es conveniente hacer referencia a ellos cuando se interpretan los resultados de este indicador. Todos los casos de tuberculosis en personas con VIH deberían empezar un tratamiento para la tuberculosis. La detección y el tratamiento adecuados de la tuberculosis prolongarán la vida de las personas con VIH y reducirán la carga de la tuberculosis en la comunidad.
---	---

Indicador 27. Porcentaje de personas en tratamiento antirretroviral y elegibles para el tratamiento preventivo de la TB (TPT) que inician el (TPT), durante el período de notificación.

Eje estratégico del PENM:	Eje 2: Continuo de la prevención y la atención
Acción estratégica:	AE.2.3.4. Prevenir y manejar completa y oportunamente la coinfección VIH- TB.
Referencia técnica:	GAM Indicador 10.3
Objetivo:	Medir los progresos realizados en la prevención de la infección por tuberculosis en las personas con VIH.
Recopilación de datos:	Anual
Reporte del indicador:	Anual
Método de medición:	Numerador: Número total de personas que reciben terapia antirretroviral y son elegibles para TPT que comenzaron con TPT durante el periodo de notificación,

	Denominador: Número total de personas que reciben terapia antirretroviral y que son elegibles para recibir el TPT durante el periodo de notificación. El indicador debe desglosarse por sexo y edad (<5 años, 5–14 años y 15+ años)
Instrumento de medición y fuente de información:	Registros del Ministerio de Salud (SUMEVE) de establecimientos o estudios especiales, sistemas de información del Programa Nacional de Tuberculosis
Responsable de reportar:	MINSAL ISSS
Financiamiento	GOES
Línea base:	GAM LB (2019): 58.5 % (330/564)
Meta:	85 %
Interpretación e información adicional:	Este indicador permite efectuar el seguimiento de las tendencias en el suministro de terapia preventiva con INH en población de personas con VIH. Permite conocer el nivel de acceso al servicio, pero no ofrece información sobre la efectividad y la calidad de la atención.

CE.2.4. Adherencia a la terapia antirretroviral (TAR)

Indicador 28 Número de adultos y niños tratados con antirretrovirales con supresión virológica en el periodo de notificación y porcentaje respecto del total de PV, total y desagregado por población clave. (HSH, TS Y MT) (Sexto pilar de la cascada)

Eje estratégico del PENM:	Eje 2: Continuo de la prevención y la atención
Acción estratégica	AE. 2.4.1. Fortalecer la adherencia a la TAR de las personas con VIH
Tipo de indicador:	Marco de monitoreo del continuo de la atención, 5.1.
Objetivo:	Medir el efecto del tratamiento antirretroviral en la replicación viral.
Recopilación de datos:	En la medida que las personas con VIH (PV) comienzan la TAR, se indica la medición de la CV para el monitoreo de la efectividad de los ARV por lo tanto deben recopilarse datos de cohorte de manera continua para dichas PV.
Reporte del indicador:	Anual
Método de medición:	Numerador: Número de adultos y niños tratados con antirretrovirales en el periodo de notificación con supresión virológica (por ejemplo, ≤ 1000 copias). Denominador: Número total estimado de personas con VIH. Este indicador debe desglosarse por sexo y edad (0-14; ≥ 15 años).
Instrumento de medición y fuente	SUMEVE FVIH-05, recetas y formulario para estudio virológico e inmunológico (FVIH-04)

de información:	
Responsable de reportar:	MINSAL. ISSS
Financiamiento	GOES
Línea base:	Informe nacional sobre el estado de situación del VIH en El Salvador en cumplimiento del plan nacional de monitoreo y evaluación del plan estratégico nacional multisectorial, 2019. 32.73 % (8803/26893), SUMEVE, SPECTRUM 2019.
Meta:	General: 86 % HSH: 86 %. MTS: 86 %. MT: 86 %. Metas por revisar según evaluación de medio término del PENM 2022-2026
Interpretación e información adicional:	Según las Directrices unificadas sobre el uso de medicamentos antirretrovirales para el tratamiento y la prevención de la infección por el VIH (Directrices OMS, Ginebra, 2015), un umbral de carga viral ≥ 1000 copias/ml marca el fracaso terapéutico y se considera el nivel por encima del cual un paciente no está suprimiendo el virus. La carga viral de los pacientes tratados con antirretrovirales ofrece indicios de la observancia del tratamiento, el cumplimiento del paciente con el seguimiento de la enfermedad y de la calidad de la atención prestada. Cuando se mide mediante un registro de terapia antirretroviral u otros datos programáticos, puede servir también para saber cuántas personas tratadas con antirretrovirales se realizaron una prueba para determinar su carga viral en el último año.

Indicador 29 Porcentaje de personas en TAR a quienes se les ha realizado una prueba de carga viral en los últimos 6 meses.

Eje estratégico del PENM:	Eje 2: Continuo de la prevención y la atención
Acción estratégica	AE.2.4.1. Fortalecer la adherencia a la TAR de las personas con VIH
Tipo de indicador:	FM indicador: TCS-Other1
Objetivo:	Medir el efecto del tratamiento antirretroviral en la replicación viral.
Recopilación de datos:	En la medida que las personas con VIH (PV) comienzan la terapia antirretroviral (TAR), se indica la medición de la CV para el monitoreo de la efectividad de los ARV por lo tanto deben recopilarse datos de cohorte de manera continua para dichas PV.
Reporte del indicador:	Anual
Método de medición:	Numerador: Número de personas con VIH en TAR y con al menos un resultado de CV de rutina en los últimos 6 meses. Denominador: Número de personas con VIH en TAR.
Instrumento de medición y fuente de información:	Formulario para estudio virológico e inmunológico (FVIH-04) FVIH-05 y recetas SUMEVE
Responsable de re-	MINSAL.

portar:	ISSS
Financiamiento	GOES
Línea base:	64 % (8 570/13 336) (SUMEVE, 2020)
Meta:	2022: 67 % 2023: 70 % 2024: 73 %
Interpretación e información adicional:	Uno de los objetivos del Programa de TAR es aumentar la supervivencia de los individuos infectados y disminuir la probabilidad de transmisión del VIH. La prueba de CV ayuda a identificar a las personas que pueden tener problemas para tomar su medicamento regularmente, lo que permite proporcionar mayor asesoramiento para mejorar la adherencia al tratamiento. En segundo lugar, permite detectar, la posible resistencia a medicamentos antirretrovirales.

Indicador 30 Porcentaje de personas con VIH que reciben tratamiento antirretroviral y tienen carga viral suprimida sobre el total de personas que tienen al menos 6 meses de TAR.

Eje estratégico del PENM:	Eje 2: Continuo de la prevención y la atención
Acción estratégica	AE.2.4.1. Fortalecer la adherencia a la TAR de las personas con VIH
Tipo de indicador:	Marco de monitoreo del continuo de la atención, 5.2. FM indicador: HIV 0-12
Objetivo:	Medir el efecto del tratamiento antirretroviral en la replicación viral.
Recopilación de datos:	En la medida que las personas con VIH (PV) comienzan la terapia antirretroviral (TAR), se indica la medición de la CV para el monitoreo de la efectividad de los ARV por lo tanto deben recopilarse datos de cohorte de manera continua para dichas PV.
Reporte del indicador:	Anual
Método de medición:	Numerador: Número de personas con VIH en TAR por al menos 6 meses y con al menos un resultado de CV de rutina que tenga supresión viral (menor de 1000 copias por ml) durante el período del reporte (se tomará en cuenta el último recuento de CV menor de 1000 copias durante el período). Denominador: Número de personas con VIH en TAR por al menos 6 meses, con al menos un resultado de CV de rutina en un registro médico o de laboratorio durante el período de reporte.
Instrumento de medición y fuente de información:	Formulario para estudio virológico e inmunológico (FVIH-04) FVIH-05 y recetas SUMEVE
Responsable de re-	MINSAL.

portar:	ISSS
Financiamiento	GOES
Línea base:	73 % (Dato sólo MINSAL SUMEVE, 2020)
Meta:	2022: 84 % 2023: 87 % 2024: 90 %
Interpretación e información adicional:	Uno de los objetivos del Programa de TAR es aumentar la supervivencia de los individuos infectados y disminuir la probabilidad de transmisión del VIH. La prueba de CV ayuda a identificar a las personas que pueden tener problemas para tomar su medicamento regularmente, lo que permite proporcionar mayor asesoramiento para mejorar la adherencia al tratamiento. En segundo lugar, permite detectar, la posible resistencia a medicamentos antirretrovirales.

EE.3. Eje estratégico 3. Entornos favorables para la protección social y sinergias para el desarrollo sostenible

Indicador 31 Porcentaje de denuncias con resolución favorable hacia las personas con VIH, poblaciones claves y población general.

Eje estratégico del PENM:	Entornos favorables para la protección social y sinergias para el desarrollo sostenible
Acción estratégica	AE.3.7. Fortalecido el sistema de registro, monitoreo, evaluación y divulgación sobre los DDHH relacionados al VIH por la PDDH del VIH.
Tipo de indicador:	PENM A.E.3.7.3.
Objetivo:	Promover la interposición de denuncias por parte de las personas con VIH, las poblaciones claves y la población general, cuando la situación sea asociada a algún acto de estigma y discriminación vinculado a la vulneración de derechos laborales en el lugar de trabajo, incluida la petición de realización de la prueba de VIH de manera coercitiva, ya sea para optar a un trabajo o permanecer en el.
Recopilación de datos:	Anual
Reporte del indicador:	Anual
Método de medición:	Numerador: Número de denuncias con resolución favorable hacia las personas con VIH, poblaciones claves y población general. Denominador: Número total de denuncias realizadas por las personas con VIH, las cuales fueron recibidas en MINSAL, PPDH, MINTRAB

Instrumento de medición y fuente de información:	Petición realizada por la CONAVIH
Responsable de reportar:	CONAVIH
Financiamiento	CONAVIH
Línea base:	0
Meta:	Por definir durante la implementación.
Interpretación e información adicional:	Petición de la CONAVIH a los diferentes integrantes de la subcomisión que tengan que ver con el seguimiento y apoyo a las violaciones de derechos laborales de las personas con VIH, población clave y población general. Este indicador evaluará las denuncias recibidas en las diferentes organizaciones de defensa de los derechos humanos de las personas con VIH, las captadas por la Unidad de Derecho a la Salud del Ministerio de Salud, Procuraduría de la Defensa de los Derechos Humanos y el Ministerio de Trabajo y Previsión Social.

EE.4. Eje estratégico 4. Gestión, monitoreo y evaluación

Indicador 32 Porcentaje de cumplimiento de plan de capacitación.

Eje estratégico del PENM:	Gestión, monitoreo y evaluación
Acción estratégica	AE.4.3. Gestionar de forma eficiente los recursos humanos para para contribuir de manera eficiente en la respuesta acelerada a la epidemia.
Tipo de indicador:	PENM 4.3
Objetivo:	Disminuir las brechas de conocimientos, actitudes y prácticas de los RRHH en armonía al cumplimiento de metas del PENM.
Recopilación de datos:	Anual
Reporte del indicador:	Anual
Método de medición:	Numerador: Número de temáticas contenidas en los planes de formación y capacitación que se brindaron en el año en curso. Denominador: Número de temáticas contenidas en los planes de formación y capacitación.
Instrumento de	Plan nacional de formación y capacitaciones.

medición y fuente de información:	
Responsable de reportar:	MINSAL
Financiamiento	GOES, FM.
Línea base:	100 % (Plan de formación y capacitaciones 2019)
Meta:	100 %
Interpretación e información adicional:	La importancia del plan de formación para la empresa reside en su capacidad para diseñar programas formativos que permitan una mejora progresiva de las destrezas de los trabajadores.

VII. Gestión del plan nacional de monitoreo y evaluación

Con base en el Marco de trabajo para un sistema funcional nacional de monitoreo y evaluación en VIH y sus doce componentes, se explican a continuación los formatos de gestión que se implementarán en El Salvador para la efectiva ejecución del Plan nacional de monitoreo y evaluación 2022--2026.

7.1 Estructuras organizativas con funciones de monitoreo y evaluación del VIH

Actualmente en El Salvador existen estructuras técnicas para el monitoreo y evaluación, entre estas, la Unidad de monitoreo y evaluación de la Unidad del Programa ITS/VIH (UITS) y la Unidad de Vigilancia de la Salud (UNVS); el Comité de monitoreo y evaluación del Mecanismo Coordinador de País (MCP-ES), las unidades de monitoreo y evaluación del Proyecto Fondo Mundial, el Programa de VIH y TB del Departamento de Vigilancia Sanitaria (ISSS). Todas estas se aglutinan en la Subcomisión Nacional de Monitoreo y Evaluación que es el grupo multisectorial constituido y delegado por la Comisión Nacional contra el VIH (CONAVIH) para liderar el monitoreo y evaluación de la respuesta nacional al VIH. Actualmente esta subcomisión recibe la asistencia técnica de ONUSIDA, está compuesta por puntos focales de las siguientes instancias:

- Ministerio de Salud/ Unidad del Programa de ITS/VIH

- Ministerio de Salud/Unidad de Vigilancia de la Salud
- Instituto Salvadoreño del Seguro Social /Programa de VIH y TB/Departamento de Vigilancia Sanitaria.
- Ministerio de Educación
- Proyecto Fondo Mundial/ Ministerio de Salud
- Proyecto Fondo Mundial/ Plan Internacional
- MCP-El Salvador
- Ministerio de Defensa Nacional (Comando de Sanidad Militar)
- Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos.

Según el artículo 18 de la Ley de prevención y control de la infección provocada por el virus de la Inmunodeficiencia humana, la comisión de la CONAVIH debe estar formada por:

a) Un representante debidamente acreditado por el Ministerio de Salud, quien la coordinará; b) Un representante debidamente acreditado del Consejo Superior de Salud Pública; c) Un representante debidamente acreditado del Ministerio de Relaciones Exteriores; d) Un representante debidamente acreditado de la Procuraduría Para la Defensa de los Derechos Humanos; e) Un representante debidamente acreditado de las Asociaciones o Fundaciones cuyo objetivo sea la prevención, protección y defensa ante el VIH, legalmente establecidas; f) Un representante debidamente acreditado del Colegio Médico; g) Un representante debidamente acreditado de la Secretaría de Inclusión Social; y h) Un representante debidamente acreditado del Instituto Nacional de La Juventud. Por lo tanto, dentro de las atribuciones que tiene la CONAVIH es proponer mecanismos para supervisar, monitorear y evaluar la aplicación e impacto de las acciones de prevención, atención y control del VIH, que nos permita tener un perfil epidemiológico continuamente actualizado.

Razón por la cual se formó la Subcomisión de Monitoreo y Evaluación de la CONAVIH que está consolidada, participan 20 personas de las diferentes institucio-

nes y organizaciones mencionadas anteriormente, sumando el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) existen recursos humanos en monitoreo y evaluación que trabajan a tiempo completo y parcial. Las principales actividades de esta subcomisión son las siguientes:

- a) Promover la creación de capítulos de monitoreo y evaluación multisectoriales en el ámbito departamental /local que contribuirá al seguimiento de la respuesta nacional al VIH.
- b) Fortalecer la participación activa de los delegados a la Subcomisión de Monitoreo y Evaluación de la CONAVIH, integrando otras entidades que son relevantes en la respuesta la VIH, como la Dirección General de Centros Penales, el ISNA, el CONNA, la PNC, Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial entre otras.
- c) Promover que cada una de las instituciones de sociedad civil y de las instituciones de salud locales, deleguen personal para monitoreo y evaluación, con claridad en sus funciones a través de términos de referencia elaborados para tal fin.
- d) Continuar con los procesos de formación de recursos humanos en materia de monitoreo y evaluación para VIH, definiendo las necesidades de formación en las instituciones que trabajan en la respuesta nacional al VIH.
- e) Motivar que existan responsables del tema de VIH, con funciones y mandatos escritos y responsabilidades definidas en monitoreo y evaluación, con planes anuales y objetivos claros en monitoreo y evaluación.

7.2 Desarrollo de recursos humanos para monitoreo y evaluación del VIH

- a) Se continuará con un plan nacional de desarrollo de formación del recurso humano en monitoreo y evaluación avalado a nivel nacional por CO-NAVIH y distribuido a las instituciones. El Plan de formación debe basarse en las necesidades y capacidades de estos. En dicho plan se establecerán capacitaciones continuas en monitoreo y evaluación para el personal en el nivel superior, regional y local.
- b) Continuar con un proceso de capacitación, seguimiento a destrezas y competencias a través de tutorías en el uso de herramientas, reportes, uso de la información, en los temas de la vigilancia de indicadores, la sostenibilidad a la respuesta al VIH, entre otros.
- c) Monitorear la acción estratégica del PENM 2022-2026, 4.3 "Gestionar de forma eficiente los recursos humanos para para contribuir de manera eficiente en la respuesta acelerada a la epidemia"

7.3 Alianzas para planificar, coordinar y gerenciar el sistema de monitoreo y evaluación en VIH

- a) Este componente está dirigido a desarrollar alianzas con actores nacionales e internacionales involucrados en la planificación y gestión del Sistema nacional de monitoreo y evaluación en VIH, será a través de la Subcomisión Nacional de Monitoreo y Evaluación quien con las instituciones nacionales definirá los mecanismos y flujos de comunicación para organizar, planificar y administrar el Sistema de información. Esto implica la participación de puntos focales de monitoreo y evaluación de instituciones públicas y de la sociedad civil en la Subcomisión de Monitoreo y Evaluación. Se definirán las instituciones y organizaciones que tomarán parte en los procesos, y se implementarán los canales rutinarios para la coordinación de actores y el intercambio de información.

- b) Se potenciarán las alianzas en el nivel local y regional, así como la coordinación entre actores clave para monitoreo y evaluación, además de establecer los canales rutinarios de comunicación para facilitar el intercambio de información entre todos los actores clave para el monitoreo y evaluación.
- c) Los informes nacionales elaborados por la Subcomisión Nacional de Monitoreo y Evaluación serán difundidos internamente, y utilizados por instituciones y organizaciones de la sociedad civil para la toma de decisiones, además se garantizará que sean difundidos en los ámbitos locales y departamentales.

7.4 Plan multisectorial de monitoreo y evaluación en VIH

Con el objetivo de desarrollar un plan que describa las necesidades de información, indicadores nacionales estandarizados, procedimientos y herramientas de recolección de datos, roles y responsabilidades para la implementación del Sistema nacional de monitoreo y evaluación, se elaboró, para el período 2022-2026, el Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación vinculado al Plan Estratégico Nacional para el mismo período, su elaboración fue con participación multisectorial; a partir del Plan se priorizó el paquete básico los indicadores en el Plan de Monitoreo y Evaluación para el seguimiento del PENM, con fichas, flujo de información, línea de base y metas.

El Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación se elaboró basado en parámetros técnicos nacionales e internacionales para monitoreo y evaluación en VIH, describe la implementación de los 12 componentes de un Sistema monitoreo y evaluación en VIH. Se han incluido en el presente Plan los indicadores de seguimiento al continuo de atención para el alcance de las metas 95 95 95.

Para alcanzar la apropiación y mayor utilidad del Plan de monitoreo y evaluación, por los actores de la respuesta nacional, se han considerado las siguientes acciones:

- a) Realizar un proceso de difusión, considerando la amplia gama de actores que participaron en la formulación del PENM, haciendo énfasis en el empoderamiento de las instituciones y la visibilización de los beneficios del monitoreo y evaluación, para la apropiación del plan y su utilización.
- b) Establecer un mecanismo de difusión del trabajo realizado por la subcomisión de Monitoreo y Evaluación.
- c) Sesiones para retroalimentar sobre los contenidos y compromisos, cada año, después de las evaluaciones anuales.
- d) A partir del Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación, se promoverá que las instituciones locales y las que conforman la Subcomisión de Monitoreo y Evaluación elaboren sus planes en concordancia con el Plan Nacional.

7.5 Plan de trabajo anual y costeo de monitoreo y evaluación en VIH

Para operativizar el Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación, la Subcomisión Nacional de Monitoreo y Evaluación liderará la formulación de planes operativos anuales (POA) costeados, tomando la base conceptual, política y presupuestaria del PENM y considerando como punto de partida los planes y presupuestos de la CONAVIH, el sector gubernamental, las unidades ejecutoras del Fondo Municipal, sociedad civil, y cooperantes.

- a) Los Planes de trabajo anuales tendrán las actividades, responsables, cronograma, costos para cada uno de los años de ejecución del Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación, elaborados por los miembros de la Subcomisión Nacional de Monitoreo y Evaluación.
- b) Adicional a las evaluaciones del PENM, se realizarán evaluaciones de los POA, contrastando con el análisis de MEGAS, con el fin de identificar brechas presupuestarias e implementar acciones de gestión y movilización de recursos para los subsecuentes planes anuales.

- c) Para las organizaciones que no tienen planes de monitoreo y evaluación, se recomienda que se elaboren planes costeados, que incluyan el año en curso y que incluyan estrategias de comunicación con los actores locales y tomar como base el Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación y sus indicadores priorizados.

7.6 Incidencia, comunicación y cultura de monitoreo y evaluación en VIH

Con el objetivo de promover niveles crecientes de conocimiento y compromiso para el monitoreo y evaluación de VIH entre formuladores de políticas, gerentes de programas, personal de programas y otros actores claves, se realizará un plan de cabildeo e incidencia política con autoridades nacionales, para lograr el apoyo político al más alto nivel para asegurar el funcionamiento del Sistema de Información, que asuma los compromisos establecidos en el monitoreo y evaluación, garantice la transparencia y rendición de cuentas y fomente una cultura de uso de información.

- a) Se elaborarán materiales de monitoreo y evaluación por la Subcomisión Nacional de Monitoreo y Evaluación, de CONAVIH, el PNS y el MCP-ES.
- b) Se elaborará una estrategia de comunicación nacional dirigida a diferentes audiencias: tomadores de decisión, población clave, población general y plan de comunicación de monitoreo y evaluación específico para VIH, además de un proceso de divulgación de los productos del sistema de monitoreo y evaluación, en las regiones y en el nivel local.
- c) Se promoverá que el personal que ocupa cargos de dirección y/o gerencias realicen acciones relacionadas con el monitoreo y evaluación, de esa manera se conseguirá instaurar una cultura de monitoreo y evaluación.

7.7 Programa de monitoreo rutinario de VIH

Con el objetivo de producir información oportuna y de calidad para el monitoreo programático rutinario, se realizarán las siguientes acciones:

- Utilización de los instrumentos creados por el MINSAL, para la recolección de la información desagregada por población clave, se cuenta con una base de datos bien definida (SUMEVE), que tiene la información de atención y tratamiento.
- Seguimiento a los resultados del monitoreo programático rutinario para la construcción de los indicadores, por parte de la Subcomisión de Monitoreo y Evaluación, haciendo énfasis en poblaciones clave y los indicadores priorizados.
- Dar seguimiento a la información financiera que se reportan y monitorean través del estudio MEGAS, se harán comparaciones de gasto en cada uno de los años.
- La información epidemiológica, pronóstico de atención, prevención y derechos humanos será gestionada y alimentada por los actores de la respuesta nacional ante el VIH, se almacenará y procesará en la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud, a través del SUMEVE.
- Se promoverá que se verifique la calidad del dato de forma rutinaria desde el nivel local hasta el nivel superior y se diseñen sistemas para detectar y solucionar errores en la información reportada.
- La recopilación de la información se efectuará basada en protocolos, considerando las necesidades de los tomadores de decisión, y para dar respuesta a las solicitudes nacionales e internacionales (compromisos políticos), con agenda consensuada para la presentación de informes (Acción Acelerada, Lineamientos OMS 2015, Cascada de Atención).

- Se promoverá la consolidación de datos de país de las instituciones prestadoras de servicios de salud del Sistema Nacional Integrado de Salud: MINSAL, ISSS, ISBM y Comando de Sanidad Militar)
- Se realizarán revisiones conjuntas periódicas del desempeño que incluirán el reporte de resultados en comparación con los objetivos especificados y las metas programadas en el PENM, y la explicación de cualquier desviación de los mismos. En estas revisiones serán incluidas las revisiones de los sistemas de salud, educación, trabajo y legal.
- Para detectar y solucionar errores en la información reportada, no se conocen sistemas, por lo que se recomienda establecer un sistema de detección temprana de los posibles errores en el proceso de transferencia de información.

7.8 Encuestas y vigilancia

El objetivo de este componente es producir datos oportunos y de alta calidad con encuestas y vigilancia, por lo que se harán las siguientes acciones:

- A través de la Subcomisión Nacional de Monitoreo y Evaluación se actualizará la agenda de investigaciones, y se priorizarán los estudios más relevantes para el país en materia de VIH.
- Se dará seguimiento a la vigilancia centinela en las clínicas VICITS, dirigida a población clave y se harán los análisis respectivos.
- También se mantendrá actualizada la base de datos y referencias (que incluirá los datos de la vigilancia epidemiológica rutinaria, como de estudios de vigilancia del comportamiento y biológica), que permita la identificación de brechas de información, con relación a la vigilancia epidemiológica.
- Además, normará y proporcionará asistencia en investigaciones especiales relativas al estudio de la epidemia de VIH y las ITS. Se promoverá que

los estudios especiales reporten los indicadores priorizados en el Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación.

- Promover la realización de encuestas e investigaciones de vigilancia epidemiológica de segunda generación, que permita la toma de decisiones y el ejercicio de los derechos humanos en los centros de trabajo públicos y privados.

7.9 Bases de datos sobre VIH a nivel nacional y subnacional

El objetivo del componente es desarrollar la base de datos nacionales y subnacionales de VIH, que permitan disponer de información relevante para la formulación de políticas y la gestión y mejoramiento de los programas.

- El Salvador dispone de una robusta y gran base de datos en línea (SUMEVE), que actualmente funciona para recolectar, analizar y compartir información epidemiológica, de atención y tratamiento del VIH. Se ha desarrollado la capacidad técnica cualificando técnicos informáticos, digitadores y analistas de sistema.
- Se tiene previsto para este ciclo de planificación 2022-2026, implementar un plan de gestión para mejorar el funcionamiento del SUMEVE con: 1) Establecer mecanismos, procedimientos y períodos de tiempo para transmitir, ingresar, extraer, consolidar y transferir datos entre las diferentes bases (SIAP/SEPS/SIMMOW) y el SUMEVE; 2) Promover la difusión de información del El SUMEVE de forma semestral; 3) fortalecer los registros de información del ISSS al SUMEVE e incorporar otros proveedores de servicios de salud; 4) Diseñar e implementar el módulo de protección social, prevención, derechos humanos, mitigación del impacto, entre otros, por parte de otros actores que no sean del sector salud; 5) Definir los procesos de control de la calidad de los datos en el sistema.

7.10 Supervisión capacitadora y auditoría de datos

El objetivo de este componente es vigilar periódicamente la calidad de los datos y atender cualquier obstáculo para la generación de datos de alta calidad, es decir, válidos, confiables, suficientes y oportunos.

- Se promoverán y establecerán los mecanismos de supervisión capacitante y auditoría pertinente en los diferentes niveles de salud.
- Se establecerá un espacio de participación en donde la sociedad civil pueda conocer las auditorías de datos y los resultados de supervisiones.
- Se creará un protocolo de auditoría de datos de servicios rutinarios de VIH en los programas ejecutados por el MINSAL, MINTRAB, MINED, Sociedad Civil y otros.

7.11 Investigación y evaluación en VIH

El objetivo es identificar preguntas clave de investigación y evaluación, coordinar estudios para responder a las necesidades identificadas y promover la utilización de los resultados de la evaluación e investigación.

- Se mantendrá actualizada la base de datos y referencias para una estrategia basada en evidencia y se identificarán las brechas de información con relación a investigaciones y evaluaciones.
- Además, se actualizará la agenda de investigación nacional, considerando la necesidad de datos para los indicadores básicos y complementarios, y que oriente el desarrollo de investigaciones y evaluaciones. La definición de periodos en que se realizarán, las instancias responsables y la identificación de fuentes de financiamiento.
- Se espera realizar dos evaluaciones del PENM, una en 2023 y otra en 2026. Las evaluaciones anuales de la CONAVIH (a través de la Subcomisión de Monitoreo y Evaluación).
- Se estimulará y promoverá investigaciones en salud en VIH para las regiones y SIBASI, en los ámbitos locales.

- Se incentivará el análisis de las investigaciones y datos epidemiológicos oficiales que responden a indicadores nacionales, a nivel Regional y local así como en las ONG.
- Se solicitará la participación de una representación de la Subcomisión Nacional de Monitoreo y Evaluación en el Comité de Ética del CSSP, en aquellos estudios que sean de las áreas del VIH con la finalidad de armonizar la información para el reporte de indicadores nacionales.

7.12 Uso y difusión de la información

El objetivo de este componente es difundir y utilizar la información del sistema de monitoreo y evaluación para guiar la formulación de políticas, así como la planificación y el fortalecimiento de programas.

- A través de la Subcomisión Nacional de Monitoreo y Evaluación se continuará elaborando un informe anual sobre la situación de la epidemia y la respuesta, que analizará el conjunto de indicadores básicos, definirá las brechas existentes y hará recomendaciones a las instancias correspondientes.
- La información será adaptada y presentada para facilitar su uso en todos los niveles de la respuesta, incluyendo los beneficiarios de los servicios de VIH y la población general.
- Se actualizará un Plan de Comunicaciones que incluya: los tiempos y métodos de divulgación y disseminación de la información, cronograma de actividades de divulgación de la información, establecer mecanismo de socialización de información (talleres, páginas Web, redes sociales, etc.)
- Se crearán las directrices para apoyar el análisis, presentación y uso de datos.
- Se mejorará difusión de datos, oportunos y completos de la información generada, con información disponible en lenguaje adecuado para las diferentes audiencias.
- Se promoverá la realización de encuestas de satisfacción de usuarios.

Se plantean los mecanismos a través de los cuales se dará a conocer la información:

- Informes nacionales de situación de la epidemia
- Informes de actividades: se registrará lo que se ha realizado según los respectivos planes de trabajo.
- Noticias y artículos de opinión: enviados a medios de comunicación para influenciar la opinión pública.
- Reportes de visitas y seguimientos.

Se desarrollará un calendario de entrega de información, incluyendo los reportes de GAM, Fondo Mundial y otros.

Los medios a través de los cuales se compartirá la información con las partes interesadas y la población general son:

- Páginas Web de CONAVIH, MINSAL, ISSS, PNUD, MCP-ES, y ONG
- Reuniones sectoriales informativas periódicas para analizar avances y alcances del monitoreo.
- Publicaciones en periódicos de mayor circulación.
- Conferencias de prensa.
- Listas de distribución de correos
- Redes sociales

VIII. Gestión para la mejora continua de la calidad

Objetivo general:

Generar las bases para el establecimiento de una cultura de aseguramiento de la calidad en la respuesta nacional al VIH/ sida en El Salvador.

Objetivos específicos:

1. Garantizar la calidad del proceso de ciclo de vida de los datos (gestión de datos), y la calidad de estos, para el cumplimiento de indicadores contractuales del Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación.
2. Asegurar la calidad de procesos claves que se medirán a través de los indicadores del Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación.
3. Garantizar la calidad del proceso de atención integral a personas con VIH a través de la verificación del cumplimiento de estándares de procesos normalizados.
4. Proponer la implementación de Círculos de Control de la Calidad.

Requisitos generales para la gestión de la calidad

La gestión de la Calidad del Plan Monitoreo y Evaluación se fundamenta en la gestión por procesos, para lo cual se espera que su implementación se realice de manera gradual y con base a los siguientes requisitos:

- Revisar, analizar y mejorar el proceso de gestión de la información, necesario para gerenciar el funcionamiento y seguimiento de todos los procesos.
- Determinar los recursos, métodos y criterios que aseguren el funcionamiento efectivo y el control de los procesos priorizados: proceso de atención integral (prevención y promoción de la salud, consejería y prueba diagnóstica, terapia antirretroviral (gestión de fármacos y suministros de salud, etc.), proceso de educación continua y permanente, proceso de gestión de datos y los procesos del Plan de Monitoreo y Evaluación.
- Realizar el seguimiento de los procesos priorizados.
- Implementar las acciones necesarias para lograr los resultados planificados y la mejora continua de los procesos con funciones diferenciadas por los niveles gerencial y operativo del sistema.

- Provisión de conocimientos básicos sobre calidad para la ejecución efectiva del presente Sistema de Garantía de la Calidad. Tabla 6 Metodologías de mejora continua de la calidad.

Solución individual del problema

Es el enfoque más simple de mejoramiento de la calidad. El enfoque se puede encontrar en el trabajo cotidiano cuando las personas identifican problemas, reconocen su capacidad de solucionarlos y se sienten con el poder para hacer los cambios necesarios. Lo más destacado de este enfoque es que se usa para abordar problemas que no son interdependientes con otras personas. Esto significa que una sola persona puede tomar e implementar las decisiones necesarias para enfrentarlo. La solución individual de problemas requiere poco tiempo y datos y es la menos compleja en términos metodológicos.

Solución rápida de problemas en grupo

Es un abordaje en el cual una serie de pequeños cambios progresivos se prueba y posiblemente se implementan. Este abordaje conlleva muchas pruebas de pequeños o medianos cambios individuales en sistemas similares. Al igual que la solución individual, este abordaje puede ser utilizado en cualquier circunstancia, aunque generalmente requiere que los equipos tengan alguna experiencia en la solución de problemas y/o busquen un mentor para ayudar a implementar este abordaje rápidamente. Este abordaje es menos riguroso en tiempo y recursos que los dos abordajes siguientes porque se basa mayormente en datos existentes y en la intuición del grupo, minimizando, procedimientos prolongados de recolección de datos. La solución rápida de problemas en equipo puede incluir un análisis de las causas, pero implementado en una forma menos rigurosa que en la solución de problemas sistemática. Los grupos son generados "ad hoc" y se disuelven una vez que se consigue el nivel deseado de mejora.

Solución sistemática de problemas a través de equipos de mejora (Círculos de Control de Calidad)

Se usa a menudo para problemas complejos o recurrentes que requieren un análisis detallado; produce cambios significativos en los sistemas o procesos. Lo fundamental en este abordaje es un estudio detallado de las causas de los problemas para poder desarrollar soluciones. Este análisis detallado generalmente involucra recolección de datos, requiere tiempo y recursos considerables.

En este abordaje se puede distinguir dos modalidades: la modalidad de problema designado (o “seleccionado pasivamente”) y la modalidad de problema seleccionado “activamente”. En el primer caso el proceso se inicia con el análisis causal, en el segundo se inicia desde la captación e identificación de problemas u oportunidades de mejora.

Mejoras continuas en los procesos

El más complejo de los cuatro abordajes, involucra un equipo permanente que continuamente recoge, monitorea y analiza datos para mejorar procesos principales a lo largo del tiempo. Las mejoras en los procesos generalmente ocurren en organizaciones donde se designan recursos permanentes en la mejora de calidad. El equipo permanente puede usar alguno de los otros tres abordajes para la mejora de la calidad, por ejemplo, formar equipos “ad hoc”, para resolver problemas específicos. La tabla siguiente compara los cuatro abordajes en mejoras continuas.

Tabla 6 Metodologías de mejora continua de la calidad

Indicadores	Solución individual de problemas	Solución rápida de problemas en equipo	Solución sistemática de problemas en equipo	Mejoras continuas en los procesos
Cuando se usará el abordaje	Cuando se sabe que el problema depende de una sola persona	Cuando el equipo necesita resultados rápidos y cuenta con muchas ideas intuitivas	Cuando el problema es complejo, recurrente o requiere análisis	Cuando un proceso principal o sistema requiere monitoreo o mejoras continuas
Equipos	Innecesarios	Ad hoc	Ad hoc	Permanentes
Datos	Casi ninguno	Puede funcionar con pocos datos	Necesita datos para llevar a cabo análisis de raíz de las causas para comprender las causas del problema	Puede requerir datos del monitoreo continuo, puede necesitar recolectar más
Tiempo	Poco	Poco	Limitado al tiempo necesario	Continuo

FUENTE: JA Ros Guasch, Análisis de roles de trabajo en equipo: un enfoque centrado en comportamientos. Universidad Autónoma de Barcelona, 2006. <https://core.ac.uk/download/pdf/13278405.pdf>

Componentes del modelo de mejora continua de la calidad

- A. Mejorar la calidad implica utilizar métodos apropiados para cerrar la brecha entre los niveles actuales y los niveles esperados definidos por estándares o metas.
- B. Medir la calidad es un paso muy importante. Si tomamos como referencia el ciclo de "Shewhart" o PDCA, medir sería el tercer paso: Planificar – Ejecutar – Medir – Actuar.

- C. Existe una gran variedad de abordajes para la mejora de la calidad, dependiendo de la estructura y del problema al cual se quieran aplicar estas mejoras: desde la simple solución de problemas individuales, hasta la solución rápida de problemas en equipo, soluciones sistemáticas de problemas en equipo, rediseño, análisis, reestructuración sistemática y continua de un proceso.

Operativización de la mejora continua de la calidad (MCC)

Preguntas iniciales:

- Determinación de objetivo: ¿Qué deseamos alcanzar?
- Establecimiento de indicadores: ¿Cómo sabemos que hicimos un cambio para mejorar?
- Descripción del cambio (mejora): ¿Qué cambios hicimos que resultaran en una mejora?

Tipos de cambios:

- Eliminar pasos innecesarios.
- Mejorar flujo de actividades, (organizar mejor las actividades del proceso)
- Cambiar la distribución, disposición o ambiente de trabajo
- Diseñar sistemas para evitar errores.

Aplicación de la mejora continua de calidad (MCC)

- Definir los procesos a mejorar.
- Involucrar a los actores claves de dichos procesos.
- Conformar los Círculos de control de la calidad (CCC).
- Establecer los sitios donde se aplicará la experiencia.
- Definir estándares.
- Elaboración de instrumentos recolección, monitoreo y análisis de los estándares.
- Levantamiento de línea basal.
- Seguimiento de línea basal.
- Análisis y presentación de resultados.

El nivel gerencial de un sistema de garantía de la calidad debe ser el ente rector que propone las políticas, procesos claves estandarizados (a ser estudiados y mejorados en primera instancia) y documentación de referencia para los mismos, los indicadores, metas y estándares. A nivel local es importante la detección y manejo de determinantes de satisfacción o insatisfacción de los usuarios de la provisión de servicios prestados.

Determinantes de satisfacción del usuario externo:

- Calidad técnica.
- Calidad social (trato humano y personalizado, empatía, confort de las instalaciones, etc.).
- Organización y funcionamiento de la referencia – contra referencia entre los niveles que componen la red formal e informal que operativiza el proyecto.

Abordaje de cuatro pasos para la mejora de la calidad:

Primer paso: Identificar. Consiste en determinar qué mejorar. Esto puede involucrar un problema, una oportunidad de mejora, un proceso o un subsistema que requiera ser mejorado.

Segundo paso: Analizar. Descomponer lo que se necesita saber o entender acerca de este problema u oportunidad antes de considerar los cambios.

Tercer paso: Diseñar. Se formula una hipótesis acerca de cuáles cambios, intervenciones, o soluciones solucionarán el problema. Se desarrolla una estrategia de implementación de la solución basada en esta hipótesis.

Cuarto paso: Implementar y probar. Las posibles soluciones basadas en la hipótesis se implementan para prueba para ver si esta produce las mejoras esperadas.

Equipos de mejora: Círculos de control de calidad (CCC)

Los CCC serán una herramienta que le permitirá a la gerencia del programa y del proyecto la participación de los trabajadores de todos los niveles, en las diferentes iniciativas de calidad priorizadas, utilizando grupos pequeños de profesionales de la salud, o relacionados directamente que se reunirán con cierta regularidad para identificar las causas de los problemas de su trabajo y proponer soluciones a la gerencia.

Instauración de estructura operativa de mejora continua de la calidad (Círculos de control de calidad)

- Se propone instaurar como unidades operativas de la calidad a los CCC. Estos equipos de calidad estarán conformados por los equipos técnicos de las clínicas TAR.
- Los CCC son equipos de trabajo de auto aprendizaje, gestionan los procesos de educación continua y permanente, y analizan y proponen mejoras a procesos claves de atención a sus usuarios.
- El proceso que se propone analizar y mejorar en forma continua es del de Atención Integral a las PVS.
- La medición de la calidad se operativizará, a través del desarrollo de CCC que funcionaran en clínicas TAR, de hospitales que se designen como sitios centinela de la red nacional de salud (3 hospitales).
- Se realizarán auditorías semestrales, para retroalimentar al CCC. Las mejoras que se observen en la infraestructura y en el desempeño de los equipos técnicos de las clínicas TAR, serán retomados por el nivel central del MINSAL (Programa Nacional VIH), para que se estandaricen y adopten por las clínicas TAR de la red nacional de hospitales en El Salvador.
- Las auditorías semestrales serán realizadas por miembros del Programa Nacional de VIH del MINSAL, y sus delegados mediante la administración de instrumentos, cuya información será sistematizada y analizada para luego formular recomendaciones que retroalimenten los procesos, para que sean retomados por los equipos técnicos de las clínicas TAR y/o las instancias correspondientes.

Subcomisión Nacional de Monitoreo y Evaluación

La Subcomisión de Monitoreo y Evaluación supervisará la calidad de estos procesos y asesorará técnicamente la formación y seguimiento de los Círculos de Control de Calidad Pilotos que se establecerán en hospitales centinela.

IX. Matriz de planificación

La entidad responsable de coordinar la implementación del Plan de Monitoreo y Evaluación es la Subcomisión Nacional de Monitoreo y Evaluación y la consecuente ejecución le corresponde a los implementadores: UITs-VIH, unidades de Monitoreo y Evaluación de otras instancias gubernamentales, MCP-ES, Unidades de Monitoreo y Evaluación del Fondo Mundial y ONG de la sociedad civil. La responsabilidad directa en cada actividad será definida en los planes operativos anuales. Ver Tabla 7

Tabla 7 Matriz de actividades del Plan de monitoreo y evaluación 2022-2026.

Actividades		Fecha de ejecución	Responsables
Componente 1. Estructuras organizativas con funciones de Monitoreo y Evaluación del VIH			
1	Elaborar plan de trabajo anual de Subcomisión Nacional de Monitoreo y Evaluación.	2022	Subcomisión de Monitoreo y Evaluación.
2	Actualizar el manual de funcionamiento de Subcomisión Nacional de Monitoreo y Evaluación.	2022	Subcomisión de Monitoreo y Evaluación.
3	Definir cronograma para monitoreo de indicadores básicos	2022	Subcomisión de Monitoreo y Evaluación.
4	Promover a través de las estructuras organizativas de los servicios de salud el seguimiento de indicadores priorizados.	2022-2026	Subcomisión de Monitoreo y Evaluación.
5	Fortalecer la participación de los delegados a la Subcomisión de Monitoreo y Evaluación de la CONAVIH, integrando otras entidades que son relevantes en la respuesta al VIH como la Dirección General de Centros Penales, el ISNA, el CONNA, la PNC, Bienestar Magisterial entre otras.	2022	Subcomisión de Monitoreo y Evaluación.

Actividades	Fecha de ejecución	Responsables
6 Establecer que en las instituciones que trabajan en VIH tengan un responsable con funciones y mandatos escritos definidos en Monitoreo y Evaluación y que la institución cuente con planes anuales y objetivos claros en Monitoreo y Evaluación.	2022-2026	Subcomisión de Monitoreo y Evaluación.
7 Elaborar una matriz operativa unificada y consensuada para dar seguimiento a los indicadores, la cual deberá ser utilizada por las instituciones que pertenecen a la Subcomisión de Monitoreo y Evaluación	2022	Subcomisión de Monitoreo y Evaluación.
8 Monitorear la elaboración de un plan operativo anual de las instituciones que pertenecen a la Subcomisión de Monitoreo y Evaluación, el cual debe comprender acciones para dar respuesta a los indicadores priorizados en este documento. (anual)	2022-2026	Subcomisión de Monitoreo y Evaluación.

Componente 2. Desarrollo de recursos humanos para monitoreo y evaluación en respuesta al VIH		
09	Elaborar un diagnóstico de las necesidades para el fortalecimiento de los conocimientos en los recursos humanos que trabajan en Monitoreo y Evaluación.	2022 Subcomisión de Monitoreo y Evaluación.
10	Elaborar el plan nacional de desarrollo de formación y fortalecimiento del recurso humano en Monitoreo y Evaluación avalado a nivel nacional por CONAVIH distribuido a las instituciones. El Plan de Formación debe basarse en las necesidades y capacidades de estos.	2022 Subcomisión de Monitoreo y Evaluación.
11	Fortalecer los conocimientos de los epidemiólogos de los hospitales que brindan atención integral en monitoreo y evaluación de VIH para que sea tomado en cuenta en los avances de sala situacional de VIH	2022-2026 UITS/MINSAL
12	Proceso de sensibilización o acercamiento con Instituciones educativas para la inclusión del componente de Monitoreo y Evaluación de VIH. Como una herramienta de Salud Pública, para profesionales en la carrera de salud.	2022-2026 Subcomisión de Monitoreo y Evaluación.,
13	Gestionar la inclusión del componente de M y E en currícula y programas educativos de carreras técnicas y universitarias.	2022-2026 MINED e INJUVE
14	Diseñar una base de datos del recurso humano capacitado en Monitoreo y Evaluación, así como de docentes y/o capacitadores con competencias en Monitoreo y Evaluación. La base de datos del recurso humano formado debe considerar tanto al personal de instituciones de salud, como de otras instituciones que forman parte de la respuesta al VIH y sociedad civil.	2023 Subcomisión de Monitoreo y Evaluación.
Componente 3. Alianzas para planificar, coordinar y administrar el sistema de M y E en respuesta al VIH		
15	Actualizar el plan de comunicaciones existente (PREVENSIDA), priorizando las redes sociales	2022 Subcomisión de Monitoreo y Evaluación.
16	Establecer responsabilidades, roles, canales de comunicación y procesos entre los equipos de Monitoreo y Evaluación del Unidad del Programa ITS/VIH, MCP-ES y de otras estructuras del Sistema de Monitoreo y Evaluación.	2022 Subcomisión de Monitoreo y Evaluación.
17	Implementar plan de fortalecimiento y sostenibilidad para la subcomisión de Monitoreo y Evaluación, y otras instancias clave.	2022-2026 Subcomisión de Monitoreo y Evaluación.

18	Definir canales de comunicación entre actores clave en el ámbito nacional, local /departamental para el análisis y uso de información estratégica.	2022	Subcomisión de Monitoreo y Evaluación.
19	Difundir los informes nacionales elaborados por la Subcomisión Nacional de Monitoreo y Evaluación y promover su utilización por instituciones y organizaciones de la sociedad civil para la toma de decisiones, además se garantizará que sean difundidos en los ámbitos locales y departamentales.	2022-2026	CONAVIH y la Subcomisión de Monitoreo y Evaluación.
Componente 4. Plan Nacional de M y E del VIH			
20	Realizar un proceso de socialización del Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación, considerando la amplia gama de actores que participaron en la formulación del PENM, haciendo énfasis en el empoderamiento de las instituciones y la identificación de los beneficios del Monitoreo y Evaluación, que tenga como resultado una apropiación del plan de monitoreo y su utilización.	2022	Subcomisión de Monitoreo y Evaluación.
21	Sesiones para evaluar sobre los contenidos y compromisos, del Plan Operativo cada año.	2022-2023	Subcomisión de Monitoreo y Evaluación.
22	Realizar dos evaluaciones: una de medio término y una evaluación final del Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación.	2023-2026	Subcomisión de Monitoreo y Evaluación.
23	A partir del Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación, promover que las instituciones locales y las que conforman la Subcomisión de M y E elaboren sus planes operativos de M y E en concordancia con el Plan Nacional.	2023	CONAVIH y Subcomisión de Monitoreo y Evaluación.
Componente 5. Plan de trabajo nacional, anual de Monitoreo y Evaluación del VIH, presupuestado			
24	Formular planes operativos anuales (POA) costeados.	2022-2026	Subcomisión de Monitoreo y Evaluación.
25	Realizar evaluaciones anuales de los POA, contrastando con el análisis de MEGAS.	2022-2026	Subcomisión de Monitoreo y Evaluación.
Componente 6. Promoción, comunicación y cultura para Monitoreo y Evaluación del VIH			
26	Elaborar e implementar un plan con autoridades nacionales de todos los sectores que trabajan en la respuesta nacional para el registro de información, reportes periódicos y uso para la toma de decisiones.	2022	Instituciones miembros de la CONAVIH.
27	Promover que personal que ocupa cargos de dirección y/o gerencias se realicen acciones relacionadas con el M y E, de esa manera se conseguirá instaurar una cultura de M Y E.	2022-2022	Subcomisión de Monitoreo y Evaluación.
Componente 7. Monitoreo programático rutinario del VIH			
28	Realizar inventario, creación y readecuación de las herramientas esenciales y equipo para la gestión de la información (recopilación, transferencia, almacenaje y análisis) para medir Indicadores no sanitarios, como acciones de derechos humanos, entorno favorable, educación, entre otros.	2023	Instituciones miembros de CONAVIH y otras (CONNA, ISNA, ISBM, etc.)
29	Contar con el acceso a un sistema de información para que las instituciones que trabajan en la respuesta nacional al VIH puedan registrar acciones de prevención, derechos humanos, entornos favorables, educación, etc.	2023	Instituciones miembros de CONAVIH y otras (CONNA, ISNA, ISBM, etc.)

30	Hacer análisis de información financiera que se reportan y monitorean a través del estudio MEGAS, hacer comparaciones de gasto en cada año	2022-2026	Subcomisión de Monitoreo y Evaluación.
31	Promover la verificación de la calidad del dato de forma rutinaria desde los niveles locales hasta el nivel central y diseñar sistemas para detectar y solucionar errores en la información reportada.	2022-2026	Subcomisión de Monitoreo y Evaluación.
32	Promover la consolidación de datos de país de las instituciones y colaboradores que conforman el Sistema Nacional Integrado de Salud: MIN-SAL, ISSS, ISBM, Sanidad Militar, entre otros)	2022-2026	Subcomisión de Monitoreo y Evaluación.
Componente 8. Encuestas y vigilancia epidemiológica			
33	Definir un cronograma de actividades para la recolección, procesamiento, análisis y entrega de datos para operativizar los indicadores básicos y complementarios del Plan de Monitoreo y Evaluación (incluyendo datos de sitios centinelas).	2022-2026	Subcomisión de Monitoreo y Evaluación.
34	Actualizar la Base de Datos y Referencias (que incluirá los datos de la vigilancia epidemiológica rutinaria, como de estudios de vigilancia del comportamiento y biológica)	2022-2026	Subcomisión de Monitoreo y Evaluación.
35	Gestión con el INS para incorporar temas de VIH en la agenda nacional de investigación, priorizando estudios más relevantes para el país en materia de VIH.	2022	Subcomisión de Monitoreo y Evaluación.
36	Elaborar una agenda de investigación de VIH para proponerla al INS (Criterios de priorización)	2022-2026	Subcomisión de Monitoreo y Evaluación.
37	Seguimiento a la vigilancia centinela en las clínicas VICITS dirigida a población clave y hacer los análisis respectivos.	2022-2026	Subcomisión de Monitoreo y Evaluación.
38	Promover en las diferentes instituciones que realizan estudios de VIH la inclusión de los indicadores priorizados en el Plan de Monitoreo y Evaluación del PENM 2022-2026	2022-2026	Subcomisión de Monitoreo y Evaluación.
39	Promover la realización de investigaciones de vigilancia epidemiológicas de segunda generación que permita la toma de decisiones y de derechos humanos en los centros de trabajo públicos y privados.	2022-2026	Subcomisión de Monitoreo y Evaluación.
Componente 9. Bases de datos nacionales y subnacionales sobre el VIH			
40	Establecer mecanismos, procedimientos y períodos de tiempo para transmitir, ingresar, extraer, consolidar y transferir datos entre las diferentes bases (SIAP/SEPS/SIMMOW) y el SUMEVE	2022-2026	Subcomisión de Monitoreo y Evaluación.
41	Describir los procesos de control de la calidad de los datos en el SUMEVE	2023	Subcomisión de Monitoreo y Evaluación.
Componente 10. Supervisión capacitante y auditoría de datos			
42	Validar las guías e instrumentos que se utilicen para realizar supervisión y auditoría de datos en las instituciones que trabajan en la respuesta nacional al VIH	2022	Instituciones miembros de CO-NAVIH
43	Realizar supervisión y auditoría de la calidad de los datos y retroalimentación	2022-2026	Subcomisión de Monitoreo y Evaluación.
44	Continuar con el espacio de participación en donde la sociedad civil socialice las auditorías de datos y los resultados de supervisiones.	2022	Subcomisión de Monitoreo y Evaluación.

Componente 11. Evaluación e investigación del VIH			
45	Realizar dos evaluaciones a medio término del PENM 2022-2026	2024-2025	Subcomisión de Monitoreo y Evaluación.
46	Análisis de las cartas de retroalimentación y calificaciones de los Receptores Principales del Proyecto del Fondo Mundial.	2022-2023	Subcomisión de Monitoreo y Evaluación.
47	Actualizar la agenda de investigación nacional, considerando la necesidad de datos para los indicadores básicos y complementarios, y que oriente el desarrollo de investigaciones y evaluaciones. La definición de periodos en que se realizarán, las instancias responsables y la identificación de fuentes de financiamiento.	2023-2026	y Subcomisión de Monitoreo y Evaluación.
48	Continuar el análisis de las investigaciones y datos epidemiológicos oficiales que responden a indicadores nacionales, en las Regionales de Salud, SIBASI y en las ONG.	2022-2026	Subcomisión de Monitoreo y Evaluación.

Componente 12. Difusión y uso de los datos			
49	Diseñar y ejecutar un plan de difusión y uso de la información	2022	Comunicaciones de la CONAVIH
50	Continuar con la elaboración de los informes anuales sobre la situación de la epidemia y la respuesta al VIH.	2022-2026	Subcomisión de Monitoreo y Evaluación.
51	Desarrollar un calendario de entrega de información, incluyendo los reportes GAM, MEGAS y Fondo Mundial.	2022-2026	Subcomisión de Monitoreo y Evaluación.
52	Ejecutar un calendario anual de sesiones de análisis de información con base a reportes semestrales y anuales, y otra información relevante.	2022-2026	Subcomisión de Monitoreo y Evaluación.
53	Elaborar materiales con información de monitoreo y evaluación para apoyar las acciones de análisis y uso de la información.	2022-2026	Subcomisión de Monitoreo y Evaluación.
54	Utilizar información de monitoreo y evaluación para la toma de decisiones	2023	Subcomisión de Monitoreo y Evaluación.

X. Financiación

En el Plan Estratégico Nacional Multisectorial de VIH 2022-2026 (PENM), se estimó para el periodo de su ejecución, se necesitarán \$ 309 412 247 para todas las acciones contenidas en el mismo. De este presupuesto se estimó para el mismo periodo se necesitarían \$10 983 905 para programas de gestión, investigación, seguimiento y evaluación, logística, formación de recursos y otras áreas, repre-

sentando el 3.5 % del monto total estimado para las acciones del PENM. Tabla 8

Tabla 8. Estimaciones de recursos necesarios para políticas, administración, investigación, monitoreo y evaluación 2022 - 2026

Acciones estratégicas 2022-2026	Presupuesto					TOTAL 2022 - 2026
	2022	2023	2024	2025	2026	
Tasa global de inflación para cada año	1.4 %	1.20 %	1.05 %	1 %	1.16 %	
1.3. Desarrollar procesos de rendición de cuentas programática y financiera.	\$83 212	\$84 210	\$85 095	\$85 946	\$86 943	\$425 405
4.1. Gobernanza, gestión estratégica y administración de programas	\$110 844	\$112 174	\$113 352	\$114 486	\$115 814	\$566 671
4.2. Gestión costo efectiva, ágil y oportuna en la adquisición de los insumos biomédicos de la respuesta al VIH, considerando un stock de emergencia, con todas las medidas de bioseguridad.	\$138 537	\$140 200	\$141 672	\$143 089	\$144 749	\$708 247
4.3. Gestionar de forma eficiente los recursos humanos para para contribuir de manera eficiente en la respuesta acelerada a la epidemia.	\$1 663 793	\$1 683 758	\$1 701 438	\$1 718 452	\$1 738 386	\$8 505 827
4.4. Realizar investigaciones relacionadas con el VIH pertinentes (excluida la investigación de operaciones)	\$45 476	\$46 022	\$46 505	\$46 970	\$47 515	\$232 486
	\$106 658	\$107 938	\$109 071	\$110 162	\$111 440	\$545 269
Total:	\$2 148 520	\$2 174 302	\$2 197 133	\$2 219 104	\$2 244 846	\$10 983 905

Fuente: MINSAL, PENM 2022-2026

XI. Disposiciones finales

a) Sanciones por el incumplimiento

Es responsabilidad del personal de los establecimientos de los diferentes niveles del Ministerio de Salud, dar cumplimiento al presente *Plan de monitoreo y evaluación del PENM VIH e ITS de El Salvador 2022-2026*, caso contrario se aplicarán las sanciones establecidas en la legislación administrativa respectiva.

b) De lo no previsto

Todo lo que no esté previsto en el presente plan, se resolverá a petición de parte, por medio de escrito dirigido al Titular de esta Cartera de Estado, fundamentando la razón de lo no previsto, técnica y jurídicamente.

XII. Vigencia

El presente plan, entrará en vigencia a partir de la fecha de la firma de los mismos, por parte del Titular de esta Cartera de Estado.

San Salvador a los doce días del mes de septiembre del año dos mil veintidós.

The image shows a handwritten signature in blue ink, followed by a circular official stamp. The stamp contains the text "MINISTERIO DE SALUD" at the top, "SAN SALVADOR" in the middle, and "C.A." at the bottom, with a small emblem in the center.

Dr. Francisco José Alabi Montoya
Ministro de Salud *Ad honorem*

XIII. Bibliografía

1. Ministerio de Salud de El Salvador, Sistema Único de Monitoreo Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH (SUMEVE), año 2020. <https://sumeve.salud.gob.sv/>
2. MERG/ONUSIDA. Marco de trabajo para un sistema funcional nacional de MyE en VIH. Ginebra 2008. <https://www.unaids.org/es>
3. Ministerio de Salud de El Salvador. Plan Estratégico Nacional Multisectorial en respuesta al VIH-sida e ITS 2022-2026. http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/planes/plan_estrategico_nacional_multisectorial_vih_its_2016_2020_v2.pdf
4. Ministerio de Salud de El Salvador, Unidad del Programa de ITS/VIH, Sistema Único de Monitoreo y Evaluación y vigilancia Epidemiológica del VIH-Sida, 2020 <https://sumeve.salud.gob.sv/>
5. Ministerio de Salud, Unidad del Programa de ITS/VIH, Informe clínicas VICITS, año 2019. <https://www.salud.gob.sv/programas/unidad-del-programa-de-its-vih/>
6. Estudios multicéntricos de prevalencia de VIH-ITS en El Salvador 2002.
7. Encuesta Centroamericana de Vigilancia del Comportamiento Sexual de ITS y VIH 2008. <https://mcr-comisca.org/actividades-regionales/febrero-2014-curso-de-malaria/encuestas-de-vigilancia-de-comportamiento-evc/85-encuesta-centroamericana-de-vigilancia-de-comportamiento-sexual-y-prevalencia-de-vih-its-en-poblaciones-vulnerables-2010/file>
8. Ministerio de Salud de El Salvador, Estudio VICITS 2012. <https://www.salud.gob.sv/programas/unidad-del-programa-de-its-vih/>
9. Plan Internacional, Estimación de tamaño y encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas comportamiento sexual, y sero-prevalencia de VIH en mujeres trabajadoras sexuales en El Salvador 2016. https://mcpelsalvador.org.sv/wp-content/uploads/2020/01/Anexo_5_Estudio-tama%C3%B1o-pobl-TS-PLAN-2016.pdf
10. Ministerio de Salud de El Salvador, Unidad del Programa de ITS/VIH, Informe clínicas VICITS, año 2012 <https://www.salud.gob.sv/programas/unidad-del-programa-de-its-vih/>
11. Estimación de tamaño de la población y encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas comportamiento sexual, y seroprevalencia de VIH en hombres que tienen sexo con hombres, El Salvador 2016.

https://mcpelsalvador.org.sv/wp-content/uploads/2020/01/Anexo_4_Estudio-tama%C3%B1o-pobl-HSH-PLAN-2016.pdf

12. Plan Internacional, Talla poblacional, comportamiento sexual y prevalencia de VIH TRANS, 2014.
https://mcpelsalvador.org.sv/wp-content/uploads/2020/01/Anexo_6_Estudio-talla-pobl-Trans-PLAN-2014.pdf
13. International Health Partnership. Características de una estrategia nacional robusta. Londres 2009.
<https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1744-8603-8-13>
14. Organización Panamericana de la salud. Guía Práctica para la Ejecución de la Estrategia y Plan de acción para la Eliminación de la Transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en las Américas, 3ª Edición, Washington, DC. 2014.
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/31365>
15. ONUSIDA, Lista de Verificación y lista de referencia para el desarrollo y revisión de un plan estratégico nacional de respuesta al VIH, año 2020.
www.unaids.org/es
16. OMS, Organización Mundial de la Salud: Indicador PrEP.1 del Módulo del seguimiento y evaluación, “Herramienta de la OMS para implementación de la profilaxis previa a la exposición al VIH” octubre 2018.
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51788/OPSCDE19012_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
17. Organización Mundial de la Salud, Marco del Monitoreo del Continuo de la Atención al VIH, OMS, 2014
<https://onusidalac.org/1/index.php/publicaciones/item/1536-marco-de-monitoreo-del-continuo-de-la-atencion-al-vih>
18. CAPACITY, Evaluación de la adherencia al tratamiento antirretroviral, El Salvador, 2014.
https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00KVJ2.pdf
19. Organización Panamericana de la Salud, Directrices para el tratamiento de la infección avanzada por el VIH y el inicio rápido del tratamiento antirretroviral. Julio 2017. Washington, D.C.; 2018. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/50470>