



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**  
**PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL Y PREVENCIÓN DE VIH/SIDA-ITS**

Oficio SSP-12-344-10  
Quito, 19 de abril de 2010

Doctora  
Deborah Rugg  
**Jefa de División de vigilancia y Evaluación**  
**ONUSIDA**  
Ginebra-Suiza.-

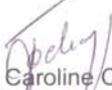
De mi consideración,

El Ministerio de Salud Pública con el apoyo del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida-ONUSIDA, hace llegar a usted el **"Informe Nacional sobre los Progresos realizados en la Aplicación del UNGASS. Ecuador. Período Enero 2008 - Diciembre 2009"**, realizado por el Ecuador

Este documento ha sido elaborado de forma participativa, en el marco del Seguimiento de la Declaración de Compromiso en la Respuesta al VIH/Sida, firmado por los Jefes de Estado y representantes gubernamentales en junio de 2001, durante el período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (UNGASS).

Hago extensiva esta oportunidad para expresarle mis sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,

  
Dra. Caroline Chang  
**MINISTRA DE SALUD PÚBLICA**

Elaborado por: Dr. Rodrigo Tobar  
Revisado por: Dr. Xavier Toledo





# **INFORME NACIONAL SOBRE LOS PROGRESOS REALIZADOS EN LA APLICACIÓN DEL UNGASS**

**ECUADOR**

**Enero de 2008 – Diciembre de 2009**

**2010**



## RESPONSABLES

Dra. Caroline Chang Campos  
**MINISTRA DE SALUD PÚBLICA**

Dr. Ricardo Cañizares  
**SUBSECRETARIO GENERAL DE SALUD**

Dr. Jhon Cuenca  
**SUBSECRETARIO DE PROTECCION SOCIAL**

Dr. Marcelo Aguilar  
**SUBSECRETARIO DE LA REGION COSTA E INSULAR**

Dra. Carmen Laspina  
**DIRECTORA GENERAL DE SALUD**

Dr. Juan Moreira  
**DIRECCION DE CONTROL Y MEJORAMIENTO DE LA SALUD PÚBLICA (E)**

Dr. Rodrigo Tobar  
**JEFE DEL PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE VIH/Sida/ITS**

### **ASISTENCIA TECNICA ONUSIDA**

Jorge Parra Representante UNFPA – Ecuador, Presidente del Grupo Temático de NU sobre el VIH  
Renate Ehmer Coordinadora de ONUSIDA para Perú, Ecuador y Bolivia  
Patricia Bracamonte, Oficial de Monitoreo y Evaluación ONUSIDA  
Doris Herrera, Coordinadora Técnica de ONUSIDA en Ecuador  
Yolanda Andrade Consultora de M&E ONUSIDA - Ecuador

### **CRÉDITOS:**

#### **Recolección, procesamiento y análisis:**

Fausto Patiño  
Gady Torres  
Pablo Dávalos

#### **EQUIPO FACILITADOR DE LA INFORMACIÓN - PNS**

Marcia Robalino  
Susana Tamayo  
Luis Morales

#### **Equipo Técnico UNGASS**

Juan Moreira - MSP/DCMSP  
Marcia Robalino - PNS/Monitoreo y Evaluación  
Kerlly Bermúdez - MCDS/SIISE  
Patricia Bracamonte - ONUSIDA  
Doris Herrera - ONUSIDA  
Yolanda Andrade - ONUSIDA  
Estuardo Albán - INEC  
Santiago Jaramillo - CEPVVS  
Ivette Valcárcel - OPS  
Víctor Aráuz - OPS  
Patricio Bolaños - Municipio de Quito

#### **Redacción Informe Final:**

Fausto Patiño (Consultor)

#### **Revisión Final:**

Dr. Rodrigo Tobar

# I. ÍNDICE

Glosario.....	4
Resumen ejecutivo.....	6
II. Situación actual.....	8
a. La participación de los interesados en el proceso de redacción del informe.....	8
b. La situación de la epidemia.....	9
c. La Respuesta Política y Programática.....	18
d. Los Indicadores UNGASS.....	22
III. Panorama general de la epidemia.....	30
IV. Respuesta nacional a la epidemia de sida.....	31
a. Compromiso y acción nacionales.....	31
b. Conocimiento y Comportamiento.....	69
c. Impacto.....	77
V. Prácticas óptimas.....	80
VI. Principales problemas y acciones correctoras .....	84
VII. Apoyo de los asociados para el desarrollo del país .....	89
VIII. Sistemas de vigilancia y evaluación.....	100
Bibliografía.....	105

## GLOSARIO

<b>AME</b>	Asociación de Municipalidades del Ecuador
<b>ARV</b>	Antirretrovirales
<b>CEPAR</b>	Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social
<b>CEPVVS</b>	Coalición Ecuatoriana de Personas que Viven con el VIH/Sida
<b>DNRS</b>	Dirección Nacional de Rehabilitación Social
<b>EBAS</b>	Equipo Básico de Salud
<b>ENDEMAIN</b>	Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil
<b>FM</b>	Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria
<b>Grupos más expuestos</b>	Segmentos de población que por sus condiciones estructurales o de comportamiento tienen mayor probabilidad de exposición e infección por el VIH.
<b>GTZ</b>	Cooperación Técnica Alemana
<b>HSH</b>	Hombres que tienen sexo con hombres
<b>IEC</b>	Información, Educación y Comunicación
<b>IESS</b>	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
<b>INEC</b>	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
<b>INH</b>	Instituto Nacional de Higiene “Leopoldo Izquieta Pérez”
<b>ITS</b>	Infecciones de Transmisión Sexual
<b>MCDS</b>	Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social
<b>ME</b>	Ministerio de Educación
<b>MSP</b>	Ministerio de Salud Pública del Ecuador
<b>ODM</b>	Objetivos de Desarrollo del Milenio
<b>OPS/OMS</b>	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
<b>OBC</b>	Organizaciones de Base Comunitaria
<b>ONUSIDA</b>	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-Sida
<b>ORAS</b>	Organismo Andino de Salud
<b>PCT</b>	Programa de Control de Tuberculosis
<b>PEM</b>	Plan Estratégico Multisectorial del Ecuador de la respuesta nacional al VIH/Sida 2007-2015
<b>PPE</b>	Profilaxis Post Exposición
<b>PMA</b>	Programa Mundial de Alimentos
<b>PNUD</b>	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
<b>PNS</b>	Programa Nacional de Prevención y Control de VIH/Sida-ITS
<b>PPL</b>	Personas Privadas de Libertad
<b>PTV</b>	Prevención de la Transmisión Vertical
<b>PRONESA</b>	Programa Nacional de Educación de la Sexualidad y el Amor

<b>PVV</b>	Personas que Viven con el VIH
<b>RedTrabSex</b>	Red de Trabajadoras/es Sexuales
<b>SC</b>	Sociedad Civil
<b>SENDAPLES</b>	Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo
<b>SIICE</b>	
<b>SYMAE</b>	Programa Salud y Medio Ambiente Esmeraldas
<b>Riesgo</b>	Se define como la probabilidad de que una persona pueda contraer la infección por el VIH. Ciertos comportamientos crean, intensifican y perpetúan el riesgo
<b>UNESCO</b>	Organización de las Naciones Unidas para la Educación
<b>UNFPA</b>	Fondo de Población de la Naciones Unidas
<b>UNICEF</b>	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
<b>UNIFEM</b>	Fondo de las Naciones Unidas para la Mujer
<b>USFQ</b>	Universidad San Francisco de Quito
<b>TARGA</b>	Tratamiento antiretroviral de gran actividad
<b>TB</b>	Tuberculosis
<b>Trans</b>	Población travesti, transgénero y transexual (MaF)
<b>TS</b>	Trabajadoras/es sexuales
<b>UAI</b>	Unidades de Atención Integral
<b>VIH/Sida</b>	Virus de la Inmunodeficiencia Humana/ Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
<b>Vulnerabilidad</b>	Es consecuencia de un espectro de factores que reducen la capacidad de los individuos o comunidades para evitar la infección por el VIH

## RESUMEN EJECUTIVO

El Informe UNGASS 2010 es el resultado de un esfuerzo colectivo de numerosas personas e instituciones, gubernamentales y no gubernamentales. La participación de muchos de los actores de la respuesta nacional al VIH significó que, en gran medida, se pueda obtener la información necesaria para desarrollar el informe.

La epidemia de VIH en el Ecuador está definida como de baja prevalencia y concentrada en la población HSH. Estas características epidemiológicas se han mantenido desde el Informe UNGASS 2008; sin embargo se han producido cambios importantes en la respuesta nacional, que a pesar de haber mejorado, todavía está distante de los niveles óptimos deseados.

Desde que se diagnosticaron los primeros casos a mediados de la década de los 80, su número se ha incrementado de manera sostenida. Si bien este incremento es tanto para personas con VIH como para personas con Sida, es notorio que la tendencia de crecimiento en el número de personas infectadas responde principalmente al incremento de la captación de casos de VIH, como resultado de la implementación de intervenciones que permitieron la ampliación de la cobertura de servicios tales como: la prevención de la transmisión materno-infantil (PTV), manejo sindrómico de infecciones de transmisión sexual (ITS), modelo de atención a trabajadoras sexuales (TS), modelo de atención a hombres que tienen sexo con hombres (HSH), incremento en el número de centros de consejería y prueba a través de la red de atención del Ministerio de Salud Pública, Instituto Nacional de Higiene (INH), servicios de salud municipales y la sociedad civil.

La tendencia al aumento de casos de VIH, observada desde principios de la presente década, mostró un incremento marcado en los últimos 2 años. En lo que se refiere al número de casos de Sida, la tendencia a la estabilización cambió entre el 2008 y 2009, mostrando un notorio incremento en el número de casos registrados.

En la región Costa se ubica el mayor porcentaje de personas que viven con VIH (PVV) y la provincia de Guayas acumula mayor número de casos de VIH y de Sida. En el último año se registra un cambio importante en el número de casos notificados de VIH en las provincias de Los Ríos y Esmeraldas. Las dos provincias de reciente creación, Santa Elena y Santo Domingo de los Tsáchilas, reportan desde el año 2009 al Programa Nacional de Prevención y Control de VIH/Sida/ITS (PNS); llama la atención el caso de Santo Domingo de los Tsáchilas, que presentó una elevada prevalencia de VIH en mujeres embarazadas.

Para los años 2008 y 2009 el grupo de personas entre 20 y 44 años continúa siendo el segmento poblacional más afectado, presentando en 2009, 72.5% de casos de VIH y el 78.3% de casos de Sida del total nacional. En 2009, entre la población menor de 15 años, el grupo de 1 a 4 años presenta el mayor número de casos, con el 70.6% de casos de VIH y el 52% de casos de Sida. La relación de masculinidad para el año 2009 muestra un predominio masculino en número de casos tanto en VIH como en Sida, con una relación de 2,44:1.

Los esfuerzos del estado y la sociedad civil, apoyados por organizaciones de asistencia técnica, han permitido avances importantes en diversos aspectos de la respuesta a la epidemia. A mediados de 2007 el Plan Estratégico Multisectorial (PEM) fue oficializado y se intentó conformar un comité multisectorial, con amplia participación de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales para su gestión. Tal iniciativa no se concretó y debido a la falta de una instancia de coordinación, no se ha realizado el seguimiento apropiado a la implementación del PEM.

Sin embargo, a través del PNS ha sido posible establecer coordinaciones con otras instancias del Estado y la sociedad civil, que han desembocado en una ampliación del espectro de políticas públicas de respuesta, que cuentan con un marco legal importante como la Constitución de la República 2008, Acuerdos Ministeriales, Ordenanzas Municipales, y otras que propician una mejor respuesta nacional a la epidemia de VIH.

Tanto el sector oficial como la sociedad civil identifican avances en temas de protección de los derechos humanos, de tratamiento y atención a PVV y ciertos aspectos de prevención ejecutados a través de los servicios, en el marco de la garantía de derechos. A su vez se reconoce que es necesario fortalecer intervenciones como: apoyo integral, prevención primaria, información y comunicación, satisfacción de necesidades de niños y adolescentes huérfanos, infectados y afectados por el VIH.

Un aspecto a destacar es el incremento importante del gasto en salud en los dos últimos años. En el trienio 2005 a 2007 hubo un gasto relativo al VIH de 20.6 millones de USD, y en 2008 y 2009 ese gasto llegó a casi 58 millones.

El conocimiento de la situación real de la epidemia, tanto a nivel general, y principalmente, en relación a las poblaciones más expuestas, necesita un esfuerzo mayor, planificado y permanente, a través de la investigación y la vigilancia epidemiológica. Si bien es cierto que el sistema de vigilancia ha tenido algunos avances, es necesario su fortalecimiento para que se convierta en una herramienta eficiente y oportuna para la toma de decisiones. En el año 2009, el PNS ha emprendido un proceso de mejoramiento del sistema de vigilancia que garantizará un mejor diseño de las intervenciones en VIH.

El MSP ha diseñado un nuevo enfoque estratégico de intervención que consiste en:

- Respuesta multisectorial
- Acceso Universal: gratuito y solidario
- Fortalecimiento de la autoridad rectora: conducción, regulación, financiamiento, garantía de acceso y armonización de la provisión de servicios.
- Promoción de la movilización social y comunitaria.
- Enfoque intercultural ( indígenas, Afro y grupos urbanos)
- Enfoque de equidad: (Territorialización, Priorización de Grupos):
  - Alta prevalencia y conductas de riesgo: TS, HSH, Trans, PVV, ITS
  - Vulnerables: Embarazadas, Adolescentes, mujeres madres PVV.

## **II. SITUACIÓN ACTUAL**

### ***a. LA PARTICIPACIÓN DE LOS INTERESADOS EN EL PROCESO DE REDACCIÓN DEL INFORME***

La elaboración del informe de Respuesta Nacional al VIH para el periodo 2008 y 2009, contó con la participación activa de los principales actores que representan a las instancias gubernamentales, organizaciones de la sociedad civil, representantes de las organizaciones de las poblaciones más afectadas por la epidemia de VIH/Sida en el Ecuador y de las agencias de las Naciones Unidas. La participación de las Instituciones estuvo enfocada en las siguientes acciones:

1. Coordinación y seguimiento al proceso por parte del Ministerio de Salud Pública, liderando a un Equipo Técnico Interinstitucional del Informe UNGASS.
2. Entrega de la información necesaria para la preparación de los indicadores de nivel nacional del informe UNGASS 2008-2009: a) Información financiera para el indicador de gastos, b) respuestas a los cuestionarios para la obtención del Índice Compuesto de Política Nacional para el indicador de estado de desarrollo y aplicación de políticas, c) información de indicadores epidemiológicos y operativos del PNS y otras instituciones públicas para los indicadores de programa nacional, indicadores de conocimiento, de comportamiento y de impacto.
3. Participación en talleres socialización, discusión, contextualización y consenso de los resultados encontrados.

La información recolectada proviene de fuentes de carácter oficial que se encuentran publicadas o por publicarse, en registros administrativos, así como también en diferentes estudios que han sido llevados a cabo en el país. Si bien es cierto, que algunos de estos no son representativos del ámbito nacional, proporcionan una idea del comportamiento sobre el VIH en determinados subgrupos y/o en determinadas áreas geográficas.

Las principales actividades que se realizaron en el proceso de elaboración del informe son:

1. Conformación del equipo técnico nacional para Informe UNGASS: Programa Nacional de Prevención y Control de VIH/Sida e ITS (PNS), Subsecretaría de Vigilancia Epidemiológica, MCDS-SIISE, ONUSIDA, INEC, UNFPA, OPS, Coalición Ecuatoriana de Personas que Viven con el VIH/Sida (CEPVVS), Fundación Ecuatoriana Equidad.
2. Preparación del Plan de trabajo para la elaboración del informe UNGASS, entrenamiento a técnicos/as institucionales sobre las Directrices del Informe UNGASS 2010, elaboración y aprobación de Términos de Referencia para las consultorías.
3. Revisión de fuentes y brechas de información para los reportes UNGASS y para el Indicador 1 Gasto Relativo al VIH/Sida 2008 y 2009.
4. Definición y selección de 3 consultorías: una para la construcción del Indicador 1 Gasto Relativo al VIH y Sida, una consultoría cuantitativa (recolección de información) y una descriptiva (redacción del informe).

5. Entrega a consultores seleccionados, de material bibliográfico de ONUSIDA y del PNS referente a Directrices y material correspondiente al informe UNGASS 2008.
6. Recepción, revisión y aprobación del plan de trabajo de cada consultoría.
7. Elaboración de un listado de las instituciones a ser invitadas a participar con sus respectivos delegados y envío de convocatorias.
8. Taller de presentación oficial para el inicio del proceso del Informe UNGASS 2010.
9. Talleres de análisis y consenso con todos los actores.
10. Recolección, depuración y procesamiento de datos.
11. Reuniones quincenales del Equipo Técnico del UNGASS para seguimiento al proceso de entrega de información y revisión de avances.
12. Elaboración de estadísticas nacionales, depuración y consolidación de la información.
13. Talleres para la revisión de resultados del Informe sobre el Gasto Relativo al VIH/Sida, encuestas ICPN e indicadores UNGASS.
14. Circulación del documento borrador del informe final a todos los actores involucrados en el proceso.
15. Recepción de observaciones, corrección del documento, preparación de la versión final de los informes y entrega a la Ministra de Salud.
16. Ingreso de los indicadores al Sistema de reporte en línea de ONUSIDA para el Informe UNGASS 2010.
17. Presentación del Informe Final de país a las Naciones Unidas.

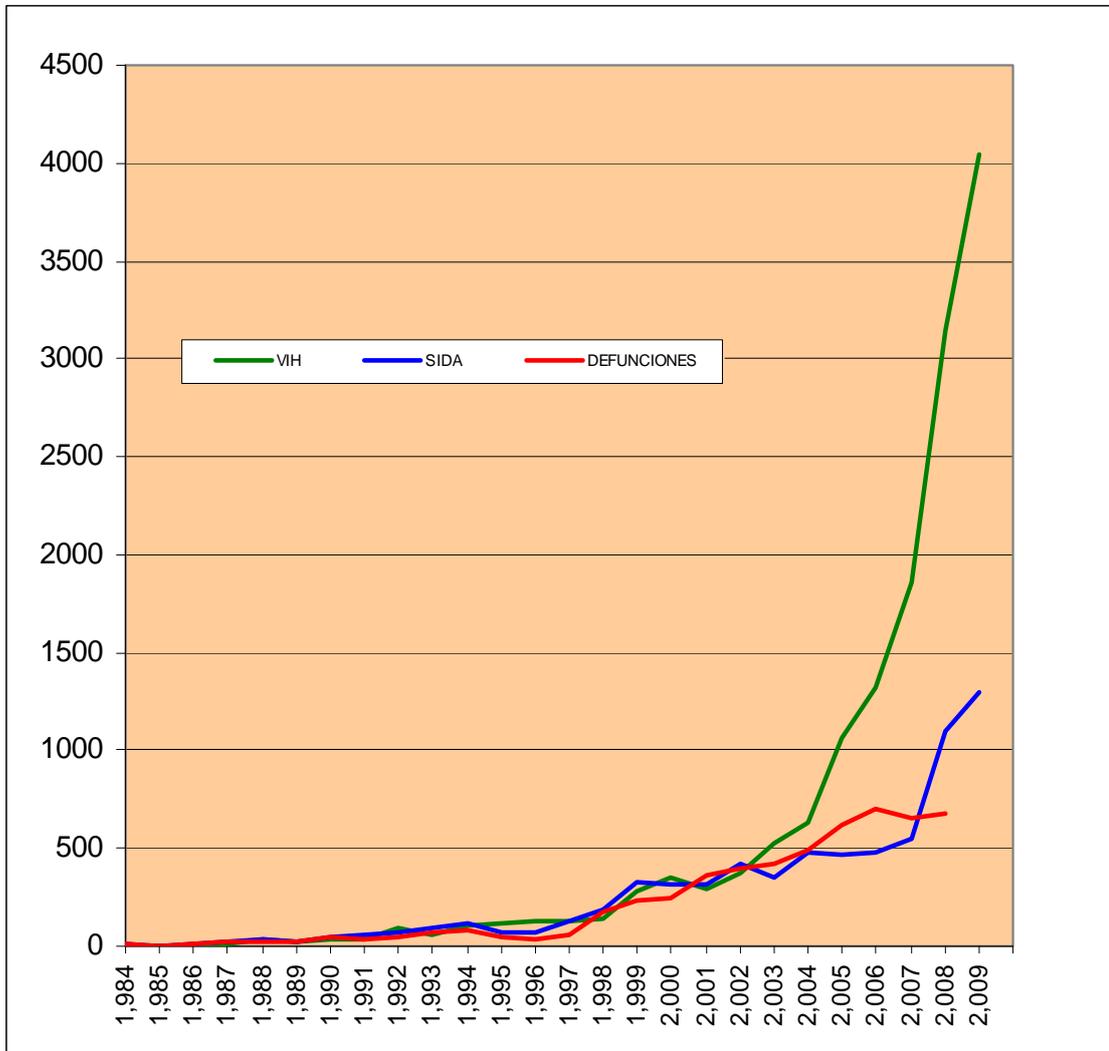
## ***b. LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA EPIDEMIA***

Desde el registro de los primeros casos de VIH y Sida en el país en 1984, la tendencia de la epidemia ha sido hacia el aumento, con un notable incremento de casos en la primera década del presente siglo. Si bien este incremento es tanto para personas con VIH como para personas con Sida, es notorio que la tendencia de crecimiento de personas infectadas responde principalmente al mejoramiento en la notificación de casos de VIH, lo que podría ser consecuencia de la implementación de la estrategia de PTV, así como del incremento de los centros de consejería pre y post prueba a partir del 2007 con el Proyecto del FM.

La tendencia al aumento de casos de VIH, que se venía observando desde principios de la década, presentó un incremento marcado en los últimos 2 años, y la tendencia a la estabilización en el número de casos de Sida de los años previos al periodo de este reporte vio también un cambio, con aumento importante de casos en 2008 y 2009.<sup>1</sup> (Figura 1). Uno de los elementos importantes que explica este notable incremento en la curva de casos de VIH registrados, es el mejoramiento en el sistema de notificación de casos, pues a partir del año 2008, son notificados directamente por los laboratorios que realizan las pruebas confirmatorias, en lugar de las Unidades de Atención Integral, como venían haciéndolo

anteriormente. De la misma manera se modificó el registro de defunciones, al incorporar los datos del INEC basados en certificados de defunción.

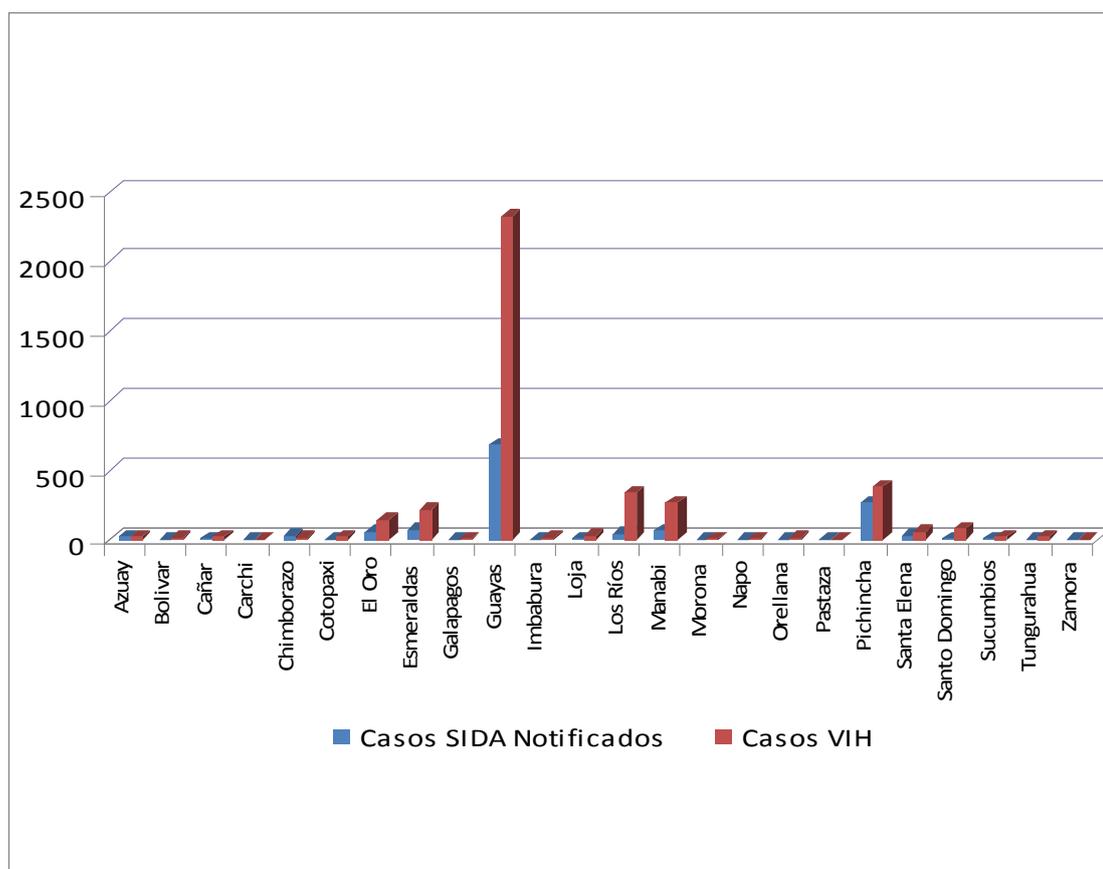
**Figura 1. Evolución Anual de Casos Reportados de VIH, Sida y Defunciones. Ecuador 1984-2009.**



Fuente: PNS. Ministerio de Salud Pública. Ecuador. 2009.

La notificación de casos de VIH y Sida en 2009 reproduce la situación de años anteriores respecto de la distribución territorial. En la región Costa se ubica la mayoría de personas que viven con el VIH y Sida, y Guayas es la provincia con el mayor número de casos de VIH y de Sida. El principal cambio en los últimos dos años es el incremento de casos notificados de VIH en las provincias de Los Ríos y Esmeraldas.<sup>1</sup> (Figura 2).

**Figura 2. Casos de VIH y Sida notificados por provincias. Ecuador 2009.**



Fuente: PNS. Ministerio de Salud Pública. Ecuador. 2009.  
Elaboración: PNS

### **b.1. Tendencia de la epidemia en el tiempo**

Comparados con el periodo de reporte del anterior informe UNGASS,<sup>2</sup> en 2008 y 2009 se observó un incremento significativo de los casos notificados, tanto de VIH como de Sida. Excepto en 2001, el número de casos de VIH se incrementó cada año, con un aumento mayor desde mediados de la década, debido principalmente a un mejor esfuerzo de tamizaje en todo el país. El aumento en el número de casos es tan marcado en 2008 y 2009 que en estos dos años se notificaron más casos que en todo el resto de la década. Los casos de Sida presentaron una tendencia pequeña de crecimiento durante los primeros años de la presente década, con una estabilización hacia la mitad de la misma y un aumento marcado en 2008 y 2009. Estos dos años representan casi el 40% del total de casos de Sida de la década. (Tabla 1).

**Tabla 1. Número de Casos de VIH y Sida registrados por el PNS.  
Ecuador 1984-2009**

Años	Número de casos notificados	
	Sida	VIH
1984	6	2
1985	1	2
1986	6	0
1987	23	9
1988	31	31
1989	29	25
1990	48	37
1991	54	35
1992	69	94
1993	89	64
1994	116	108
1995	71	114
1996	66	133
1997	128	125
1998	184	145
1999	325	282
2000	313	349
2001	321	290
2002	426	376
2003	351	513
2004	482	630
2005	474	1070
2006	478	1317
2007	549	1832
2008	1102	3149
2009	1295	4041
<b>Total</b>	<b>7037</b>	<b>14773</b>

Fuente: PNS. Ministerio de Salud Pública. Ecuador. 2009.  
Elaboración: PNS

## **b.2. Distribución de casos en el Espacio Nacional**

En general la epidemia de VIH en el Ecuador se ha localizado principalmente en las provincias de la Costa. La Tabla 2 muestra la distribución de casos por provincias en 2009.<sup>3</sup>

**Tabla 2. Número de Casos notificados de VIH y Sida en 2008 y 2009**

Provincias	Casos Sida Notificados		Casos VIH Notificados	
	2008	2009	2008	2009
Azuay	25	22	38	22
Bolívar	4	0	4	12
Cañar	5	7	15	24
Carchi	0	0	3	3
Chimborazo	14	29	18	13
Cotopaxi	2	3	13	20
El Oro	39	54	146	144
Esmeraldas	20	70	207	213
Galápagos	0	0	4	5
Guayas	715	684	1656	2329
Imbabura	2	4	11	15
Loja	8	9	28	30
Los Ríos	76	43	298	337
Manabí	47	63	245	264
Morona	1	2	3	6
Napo	0	0	2	8
Orellana	3	0	20	16
Pastaza	1	0	3	2
Pichincha	95	263	199	383
Santa Elena	30	29	46	60
Santo Domingo	9	5	65	77
Sucumbíos	5	7	15	19
Tungurahua	1	1	18	25
Zamora	0	0	1	3
Sin datos	0	0	91	11
<b>Total</b>	<b>1102</b>	<b>1295</b>	<b>3149</b>	<b>4041</b>

Fuente: PNS. Ministerio de Salud Pública. Ecuador. 2009  
Elaboración: PNS

La localización geográfica de los casos se basa en la residencia habitual declarada por la persona en el momento del llenado de la ficha epidemiológica. Por regiones, la Costa presentó en 2009 la mayoría de casos. (Tabla 3).

**Tabla 3. Número de Casos notificados de VIH y Sida en 2009 por región.**

Región	Casos Sida		Casos VIH	
	N	%	N	%
	<b>2008</b>			
<b>Costa</b>	948	73.2%	3424	84.7%
<b>Sierra</b>	338	26.1%	547	13.5%
<b>Oriente</b>	9	0.7%	54	1.3%
<b>Insular</b>	0	0.0%	5	0.1%
	<b>2009</b>			
<b>Costa</b>	936	84.9%	2663	84.6%
<b>Sierra</b>	156	14.2%	347	11.0%
<b>Oriente</b>	10	0.9%	44	1.4%
<b>Insular</b>	0	0.0%	4	0.1%
<b>SD</b>			91	2.9%

Fuente: PNS. Ministerio de Salud Pública. Ecuador. 2009.  
Elaboración: Vigilancia Epidemiológica del PNS

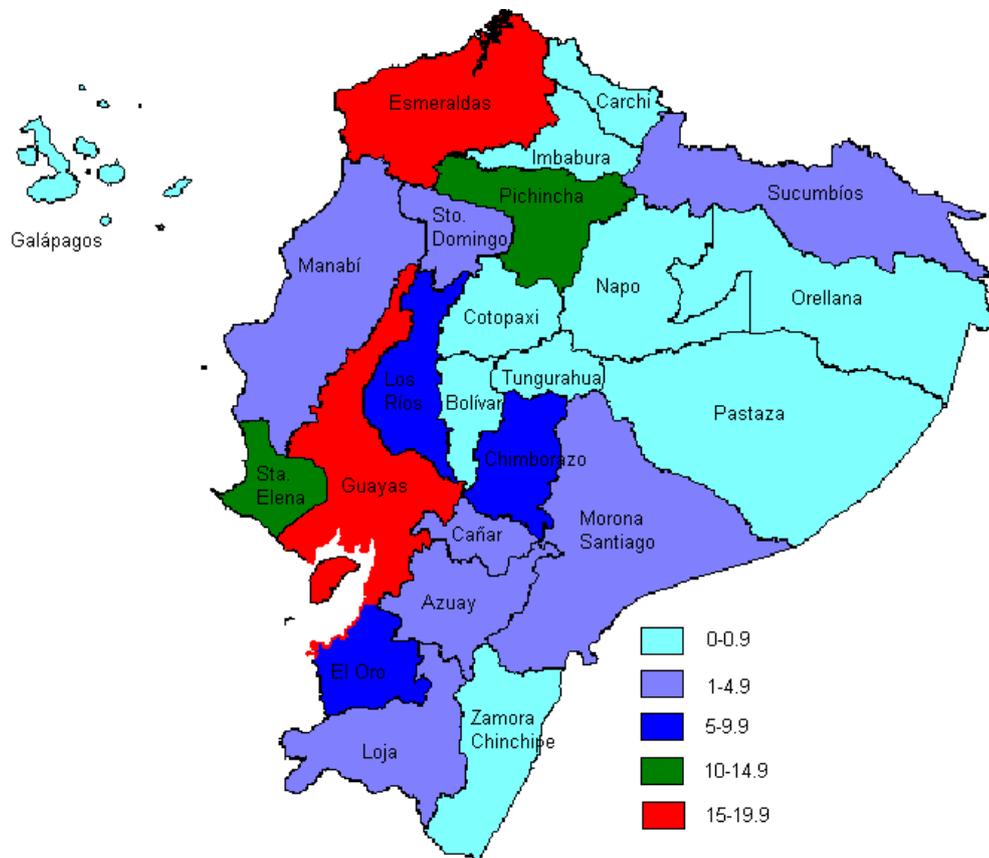
En 2009 Guayas continuó siendo la provincia con mayor número de casos de Sida y con la tasa más alta del país. Es de notar que Esmeraldas presentó un aumento importante de casos respecto de años anteriores y su tasa es la segunda más alta del país. Otro dato que conviene resaltar es el correspondiente a Santa Elena, provincia de reciente creación que ocuparía el tercer lugar de incidencia por provincias en el país. (Tabla 4, Figura 3).

**Tabla 4. Tasa de incidencia de Sida por provincias por 100.000 habitantes. Ecuador 2009.**

Provincia	Tasa x 100.000 habitantes
Esmeraldas	15.43
El Oro	8.55
Guayas	19.93
Los Ríos	5.60
Manabí	4.60
Santa Elena	10.87
Santo Domingo	1.29
Azuay	3.13
Bolívar	0.00
Cañar	2.93
Carchi	0.00
Chimborazo	6.37
Cotopaxi	0.72
Imbabura	0.95
Loja	2.04
Pichincha	10.83
Tungurahua	0.19
Morona	1.48
Napo	0.00
Orellana	0.00
Pastaza	0.00
Sucumbíos	4.04
Zamora Chinchipe	0.00
Galápagos	0.00

Fuente: Fuente: PNS. Ministerio de Salud Pública. Ecuador. 2009.  
Elaboración: Vigilancia epidemiológica del PNS

**Figura 3. Tasa de incidencia de Sida por provincias por 100.000 habitantes. Ecuador 2009.**



Fuente: PNS. Ministerio de Salud Pública. Ecuador. 2009.  
Elaboración: Equipo Consultor

### **b.3. Distribución de casos de VIH y Sida según edad**

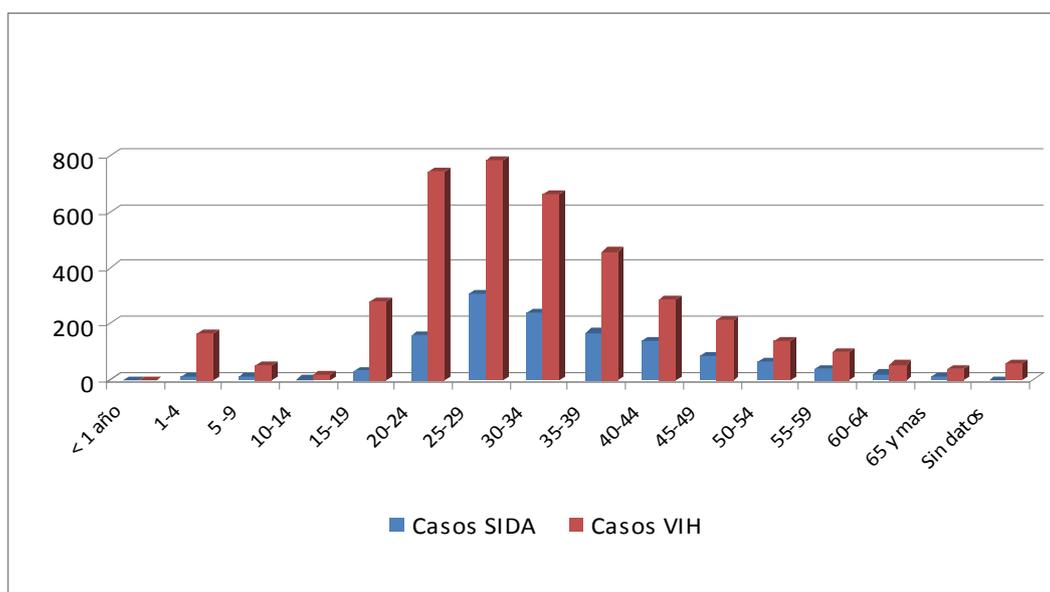
Para los años 2008 y 2009 el grupo de personas entre 20 y 44 años continúa siendo el segmento poblacional más afectado, presentando en 2009, 72.5% de casos de VIH y el 78.3% de casos de Sida del total nacional. En 2009, entre la población menor de 15 años, el grupo de 1 a 4 años presenta el mayor número de casos, con el 70.6% de casos de VIH y el 52% de los casos de Sida.

**Tabla 5. Casos notificados de VIH y Sida por grupos etáreos, Ecuador 2009.**

Grupos Edad	Casos Sida		Casos VIH	
	2008	2009	2008	2009
< 1 año	11	2	0	0
1-4	30	18	26	166
5-9	7	17	19	51
10-14	0	2	10	18
15-19	17	34	228	278
20-24	129	159	645	743
25-29	229	309	712	783
30-34	224	241	497	661
35-39	147	169	357	457
40-44	96	136	212	285
45-49	87	82	169	212
50-54	62	66	89	141
55-59	32	40	69	96
60-64	20	21	49	55
65 y mas	7	13	40	36
Sin datos	4	0	27	59
<b>Total</b>	<b>1102</b>	<b>1295</b>	<b>3149</b>	<b>4041</b>

Fuente: PNS. Ministerio de Salud Pública. Ecuador. 2009  
 Elaboración: Vigilancia epidemiológica PNS

**Figura 4. Casos notificados de VIH y Sida por grupos etáreos. Ecuador 2009.**



Fuente: PNS. Ministerio de Salud Pública. Ecuador. 2009  
 Elaboración: Vigilancia epidemiológica PNS

#### **b.4. Distribución de casos de VIH y Sida por sexo**

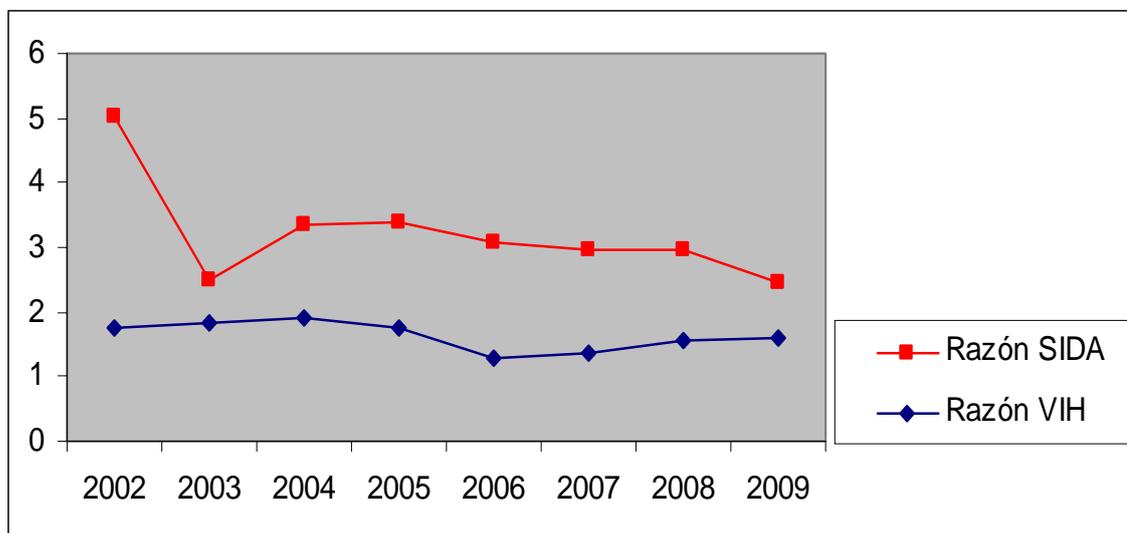
El predominio de la infección en hombres respecto a mujeres se mantiene en 2009. (Tabla 6). La razón hombre/mujer para casos de Sida en 2008 (2.95) se mantuvo similar a la de los 2 años precedentes, pero para 2009 disminuyó a 2.44.<sup>3</sup> (Figura 5).

**Tabla 6. Casos Notificados de VIH y Sida por sexo, Ecuador 2009**

Casos Notificados	Mujeres	Hombres	Sin datos	Total
Casos VIH	1535	2434	72	4041
Casos Sida	376	919	0	1295

Fuente: PNS. Ministerio de Salud Pública. Ecuador.

**Figura 5. Razón de Masculinidad en VIH y Sida. Ecuador 2002-2009.**



Fuente: PNS. Ministerio de Salud Pública. Ecuador. 2009.

## b.5. Mortalidad

El descenso en la mortalidad asociada al Sida reportado en el Informe UNGASS 2008 obedece a que el análisis se basó únicamente en los datos registrados en el PNS. Sin embargo, al analizar los datos oficiales de mortalidad en el Ecuador, reportados por el INEC, (de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10 Lista Corta) registrada a partir de los certificados de defunción reportados por todos los servicios de salud del país, la mortalidad asociada al Sida evidencia un aumento, siguiendo el comportamiento de la epidemia registrado hasta mediados de la presente década. Al momento muestra una estabilización entre 600 a 700 casos de fallecimientos anuales.<sup>1,3</sup> (Figura 1, Tabla 7). Esta estabilización está relacionada también con el mayor acceso a drogas anti-retrovirales.

**Tabla 7. Número de Defunciones Asociadas al VIH /Sida Notificadas por el INEC, Ecuador 1998-2008**

<b>Años</b>	<b>Número de defunciones notificadas</b>
1998	181
1999	231
2000	245
2001	357
2002	395
2003	422
2004	495
2005	618
2006	699
2007	649
2008	678
2009	<b>SD*</b>

\* Información oficial del INEC se reporta en agosto de 2010  
 Fuente: INEC. 2010, PNS. Ministerio de Salud Pública. Ecuador. 2009  
 Elaborado por: Equipo consultor

### ***c. LA RESPUESTA POLÍTICA Y PROGRAMÁTICA***

El país elaboró en 2001 el PEM 2001-2003, constituyendo su primer marco político y programático para organizar de manera más efectiva la respuesta nacional al VIH. Sin embargo, no se evidencia un impacto significativo en la epidemia.

Un avance importante en la respuesta al VIH en el Ecuador fue la elaboración del Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional al VIH/Sida 2007-2015 (PEM). La elaboración del plan durante los años 2005 y 2006, contó con la participación de múltiples sectores del gobierno y la sociedad civil y el apoyo técnico y financiero de ONUSIDA. En mayo de 2007 el PEM fue oficializado y a continuación se intentó conformar un comité multisectorial para su gestión, con amplia participación de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, pero no se concretó.

El PEM se sustenta en el informe UNGASS del Ecuador de 2005 y se alinea a los Objetivos del Milenio constituyendo el marco político y estratégico de la respuesta nacional. En tal sentido, el PEM contempla dos grandes ámbitos, en primer lugar las estrategias comunes que apuntan a generar las condiciones políticas, institucionales y jurídicas para el desarrollo de la respuesta nacional:

- Consolidación del liderazgo y la coordinación interinstitucional e intersectorial y la transversalización;
- Armonización del marco legal –con enfoque de género y diversidad sexual;
- Modelo de prevención consensuado que tome en cuenta la diversidad y la multiculturalidad;
- Promoción de la participación efectiva de la sociedad civil;

- Posicionamiento del tema del VIH/Sida en la sociedad ecuatoriana y en las instancias de decisión;
- Aseguramiento de la disponibilidad de condones en los sectores prioritarios; y,
- Gestión de la información para vigilancia epidemiológica y monitoreo de la respuesta.<sup>2</sup>

En segundo lugar se definen diez sectores prioritarios para las intervenciones:

- 1º Sector prioritario: *Atención, empoderamiento y promoción de derechos de las personas viviendo con el VIH/Sida.*
- 2º Sector prioritario: *Prevención del VIH/Sida en niños, niñas, adolescentes y jóvenes, a través del aseguramiento del ejercicio progresivo de sus derechos.*
- 3º Sector prioritario: *Prevención de la transmisión vertical (madre-hijo) y protección de niños expuestos perinatales.*
- 4º Sector prioritario: *Reducción de la mayor exposición y riesgo frente al VIH/Sida, promoción de derechos en hombres gay, otros hombres con comportamiento bisexual y personas trans.*
- 5º Sector prioritario: *Promoción de derechos, prevención de ITS/VIH/Sida, y desarrollo de habilidades para el sexo seguro en personas que ejercen el trabajo sexual y sus clientes.*
- 6º Sector prioritario: *Promoción de relaciones equitativas de género entre hombres y mujeres, derechos y reducción de la violencia contra las mujeres.*
- 7º Sector prioritario: *Suministro de sangre segura en personas receptoras.*
- 8º Sector prioritario: *Promoción de derechos, atención y comportamientos sexuales seguros en personas privadas de libertad, policía y militares.*
- 9º Sector prioritario: *Inclusión de la población refugiada y solicitante de asilo en respuestas nacionales de prevención y atención, y reducción de la vulnerabilidad y comportamientos de riesgo.*
- 10º Sector prioritario: *Promoción de comportamientos sexuales seguros y reducción del estigma y la discriminación en la población en general y en grupos móviles.*

Casi tres años después de la oficialización del PEM, el país cuenta con un documento de planificación estratégica, que a criterio del sector público y la sociedad civil, brinda el marco general para el accionar, pero no está siendo implementado estrictamente pues no se ha traducido en planes operativos anuales para cada sector y tampoco cuenta con un mecanismo de seguimiento de su ejecución. En septiembre del año 2009 el PNS inicia un proceso de actualización de objetivos y metas encaminado a la construcción de Planes Operativos Anuales con cada sector estratégico. Esto implicará a la vez la definición de mecanismos claros de monitoreo y evaluación de dicho Plan.

Si bien el país no dispone de un órgano de gestión y coordinación multisectorial nacional del VIH reconocido oficialmente, el PNS ha venido cumpliendo ese papel con las normales limitaciones de la capacidad de ingerencia en otros sectores. Sin embargo, ha podido establecer coordinaciones con otras instancias del Estado y la sociedad civil, que han

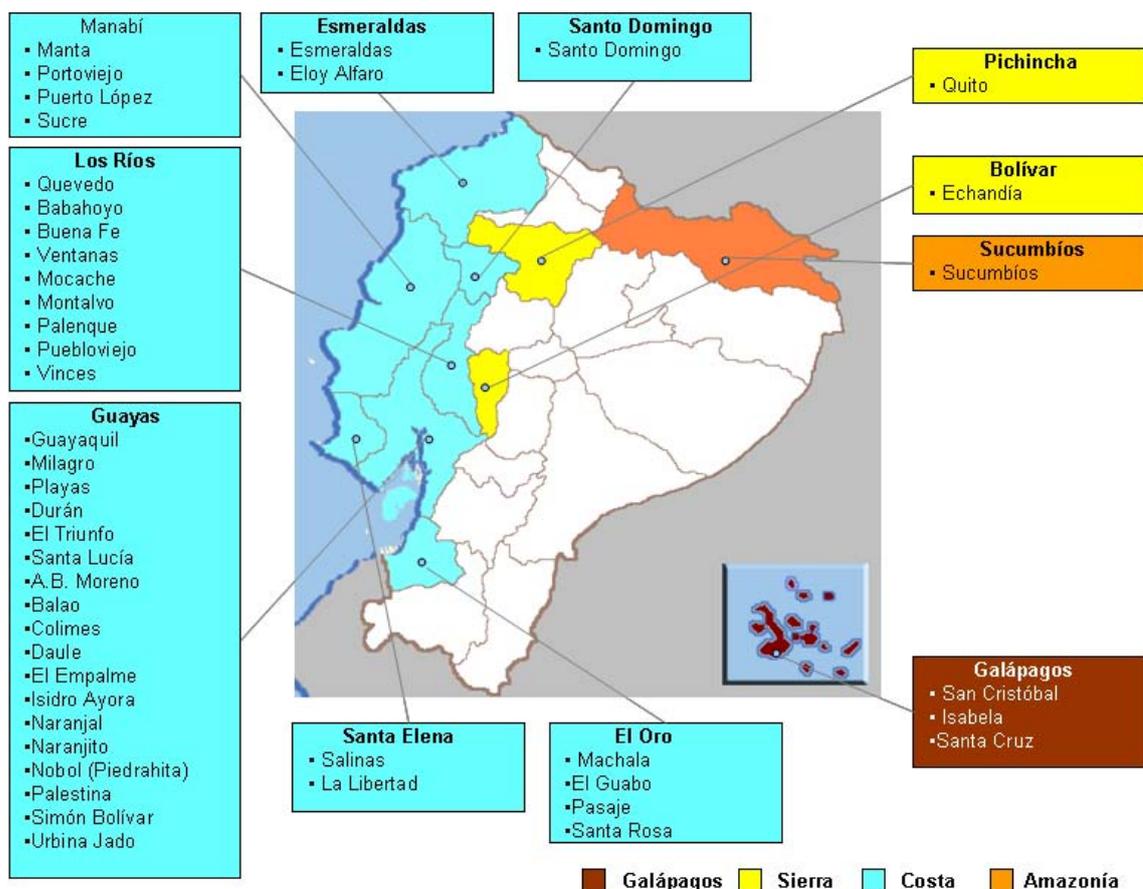
desembocado en una ampliación del espectro de políticas públicas de respuesta como por ejemplo los Acuerdos Ministeriales de las carteras de Educación y de Relaciones Laborales.

Existe actualmente una propuesta que está siendo revisada por el nivel directivo del Ministerio de Salud para constituir la institucionalidad y gobernabilidad de la respuesta al VIH y que propone la conformación de una instancia multisectorial que lidere dicha respuesta con la participación de varios Ministerios y la sociedad civil.

Es necesario destacar que el país cuenta con un indicador de la respuesta nacional en el plan nacional de desarrollo denominado Plan Nacional para el Buen Vivir<sup>4</sup> que es el instrumento base de la gestión gubernamental hasta el año 2013.

En lo programático, el PNS viene trabajando con la Dirección de Mejoramiento de la Salud Pública en un nuevo enfoque de intervención con priorización territorial. Para definir las provincias y cantones de mayor concentración de la epidemia, se utilizaron indicadores de prevalencia de VIH, tasas de mortalidad en Sida, mujeres embarazadas VIH positivas y embarazos en adolescentes. Se definió que la epidemia está concentrada en 11 provincias y 46 cantones del país (Figura 6, Tabla 8). Esta estrategia permitió al PNS dividir al territorio nacional en cantones de alta, mediana y baja prioridad y definir un paquete integral de intervenciones vinculadas a la atención primaria de salud.

**Figura 6. Provincias y Cantones de prioridad alta y media. Ecuador 2008.**



Fuente: PNS. Ministerio de Salud Pública. Ecuador 2010.

Elaboración: Vigilancia epidemiológica del PNS

**Tabla 8. Provincias y Cantones según prioridad para VIH/Sida**

<b>PROVINCIA</b>	<b>ALTA PRIORIDAD</b>	<b>MEDIANA PRIORIDAD</b>	
<b>Guayas</b>	1. Guayaquil 2. Milagro 3. Durán 4. El Triunfo 5. Santa Lucía 6. Playas	7. Naranjito 8. Nobol(Piedrahita) 9. Daule 10. Urbina Jado 11. Balao 12. Simón Bolívar	13. Isidro Ayora 14. Alfredo Baquerizo M 15. Colimes 16. Palestina 17. El Empalme 18. Naranjal
<b>Los Ríos</b>	1. Quevedo 2. Babahoyo 3. Buena Fe 4. Ventanas	5. Pueblo Viejo 6. Palenque 7. Vinces 8. Mocache 9. Montalvo	
<b>Manabí</b>	1. Puerto López 2. Portoviejo 3. Manta	4. Sucre	
<b>Santa Elena</b>	1. Salinas	2. La Libertad	
<b>El Oro</b>	1. Machala	2. Santa Rosa 3. Pasaje 4. El Guabo	
<b>Esmeraldas</b>	1. Esmeraldas	2. Eloy Alfaro	
<b>Galápagos</b>	1. San Cristóbal	2. Isabela 3. Santa Cruz	
<b>Pichincha</b>	1. Quito		
<b>Sucumbíos</b>		1. Lago Agrio	
<b>Santo Domingo</b>		1. Santo Domingo	
<b>Bolívar</b>		1. Echandía	

Fuente: PNS. Ministerio de Salud Pública. Ecuador. 2010  
Elaboración: Equipo consultor

Esta priorización se enmarca en una propuesta de nuevo enfoque en el manejo de la epidemia por parte del MSP, que consiste en:

- Respuesta multisectorial (PEM)
- Acceso Universal: gratuito y solidario

- Fortalecimiento de la autoridad rectora: conducción, regulación, financiamiento, garantía de acceso y armonización de la provisión de servicios.
- Promoción de la movilización social y comunitaria.
- Enfoque intercultural ( indígenas, Afro y grupos urbanos)
- Enfoque de equidad: (Territorialización, Priorización de Grupos):
  - Alta prevalencia y conductas de riesgo: TS, HSH, Trans, PVV, ITS
  - Vulnerables: Embarazadas, Adolescentes, mujeres madres PVV.

En la actualidad, el Ministerio de Salud Pública, a través del PNS y las Unidades de Atención Integral a nivel nacional, brinda las siguientes prestaciones de forma universal y sin costo para el usuario/a.<sup>5</sup>

**Tratamiento y atención**, definidas en la Guía de Atención integral de Personas que Viven con VIH (PVV), elaborada inicialmente en 2004 y con varias actualizaciones, la última en 2009. Estas actividades se realizan en las 28 Unidades de Atención Integral a PVV a nivel nacional, con desconcentración en la entrega de ARV y equipos de salud capacitados en el manejo integral a PVV. Cuenta además con 250 centros de consejería y tamizaje. Se dispone de ARV en presentaciones pediátricas, medicación para enfermedades oportunistas, se practican los exámenes de CD4 y carga viral y se entregan preservativos a PVV mensualmente.

**Prevención de la Transmisión Materno-infantil**, que es una de las estrategias que se ha convertido en una política de salud pública con un fuerte apoyo político gubernamental. Se realiza tamizaje con las pruebas rápidas de diagnóstico de VIH para las gestantes y diagnóstico por medio de Carga Viral DNA a los recién nacidos de madres sero - positivas. Se asegura también el tratamiento correspondiente con la entrega de ARV y leche maternizada. En el año 2009 las Guías de Prevención de la Transmisión Materno-infantil, están actualizadas y listas para su publicación.

**Manejo Sindrómico de ITS (MS-ITS)**, estrategia que consiste en el manejo clínico de la ITS, entrega de medicación gratuita a la persona afectada y a su pareja, oferta de prueba voluntaria para VIH con consejería para el cambio de comportamiento y entrega de condones.

También se debe mencionar que el PNS ha implementado otras actividades que complementan los servicios que presta a la población, tales como acciones de Profilaxis Post Exposición y directrices de Precauciones Universales. En la Guía de Atención Integral de VIH y Sida, se ha destinado un capítulo al manejo de la exposición accidental al virus y profilaxis post-exposición para situaciones no relacionadas con exposición ocupacional VIH, como para el caso de violencia sexual.<sup>6</sup>

En 2008, se elaboraron diagnósticos situacionales de la calidad de los servicios en 7 Unidades de Atención Integral a PVV del MSP, con la participación del PNS, equipos multidisciplinarios de las unidades, la CEPVVS y representantes de usuarios. Esta investigación identificó dificultades técnicas y operativas de los servicios así como en cuanto a las responsabilidades de los usuarios, resultados que aportarán para establecer correctivos y mejorar la calidad de los servicios.<sup>7</sup>

#### **d. LOS INDICADORES UNGASS**

Los indicadores de seguimiento de la Declaración de Compromiso sobre el VIH/Sida, se prepararon de acuerdo a las directrices de ONUSIDA para el desarrollo de indicadores básicos del Informe UNGASS.<sup>8</sup> Como sugiere dicho documento, los indicadores para el periodo 2008-2009 serán analizados en consideración de los valores de los mismos reportados en el informe UNGASS anterior.

Las Directrices de ONUSIDA dividen a los indicadores del UNGASS a nivel nacional en tres categorías:<sup>8</sup>

1. Compromiso y acción nacionales. Estos indicadores se centran en las políticas y las aportaciones estratégicas y financieras destinadas a detener la propagación de la infección por el VIH, con el fin de proporcionar tratamiento, atención y apoyo a las personas infectadas, así como mitigar las consecuencias sociales y económicas de la alta morbilidad y mortalidad debidas al sida. También miden la producción, la cobertura y los resultados del programa; por ejemplo, la prevención de la transmisión materno-infantil, el tratamiento con fármacos antiretrovíricos para aquellos que los necesitan y los servicios para huérfanos y niños vulnerables.

2. Conocimiento y comportamiento nacionales. Estos indicadores abarcan una variedad de resultados específicos de conocimiento y comportamiento, incluidos el conocimiento correcto de la transmisión del VIH, el comportamiento sexual y la asistencia escolar entre los huérfanos.

3. Impacto del programa a nivel nacional. Estos indicadores, como el porcentaje de jóvenes infectados por el VIH, se refieren al grado en que las actividades del programa nacional han logrado reducir las tasas de infección por el VIH y la morbilidad y mortalidad asociadas.

Los indicadores UNGASS del Ecuador para los años 2008 y 2009 se presentan en las tablas siguientes:

## d.1. Compromiso y Acción Nacionales

### d.1.1. Indicador de Medición de gasto relativo a VIH-Sida

**Tabla 9. Gasto total en VIH-Sida para el periodo 2008-2009 por categorías de gasto en USD y porcentaje.**

Indicador 1. Categorías de gasto/ total Instituciones	2008		2009	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
Prevención	13.596.159	52.3%	16.194.710	50.8%
Atención y tratamiento	9.093.065	35.0%	12.250.152	38.4%
Huérfanos y niños vulnerables (HNV)	42.614	0.2%	52.375	0.2%
Gestión y administración de programas	1.534.020	5.9%	1.643.382	5.2%
Recursos humanos	605.149	2.3%	436.193	1.4%
Protección social y servicios sociales	60000	0.2%	32.500	0.1%
Entorno favorable	273.511	1.1%	272.965	0.9%
Investigación relacionada con el VIH	767.412	3.0%	1.017.641	3.2%
<b>TOTAL</b>	<b>25.971.930</b>	<b>100%</b>	<b>31.899.919</b>	<b>100%</b>

Fuente: Informe MEGAS 2010, Matrices entregadas por las Instituciones.  
Elaboración: Equipo consultor

## .1.2. Indicador de estado de desarrollo y aplicación de políticas

**Tabla 10. Calificación de desarrollo y aplicación de políticas por funcionarios del gobierno**

Indicador 2. Índice Compuesto de Política Nacional - A	Fuente	Calificaciones			Observaciones	
		2006	2007	2009		
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos de planificación estratégica en los programas de VIH/sida	Encuesta ICPN	2	6	5	El valor reportado para 2009 corresponde a las calificaciones finales consensuadas en la reunión de validación final	
Promedio de calificación acerca del apoyo político en los programas de VIH/sida	Encuesta ICPN	2	8	7		
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos políticos de apoyo en la prevención del VIH/sida	Encuesta ICPN	2	3	6		
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos de aplicación de los programas de prevención del VIH/sida	Encuesta ICPN	3	4	6		No se califican los esfuerzos nacionales para satisfacer las necesidades de huérfanos y otros niños vulnerables, porque no se considera un indicador clave para epidemias concentradas como la que existe en el país.
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos de aplicación de los programas de servicios de tratamiento, atención y apoyo del VIH	Encuesta ICPN	3	9	9		
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos para satisfacer las necesidades relacionadas con el VIH de los huérfanos y otros niños vulnerables	Encuesta ICPN	1	2	----		Está en curso un esfuerzo interinstitucional de análisis de situación de niñas y niños huérfanos como consecuencia del VIH/Sida. Además existen esfuerzos dispersos y no existe una política exclusiva la para protección y atención integral a huérfanos por VIH/Sida.
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos de vigilancia y evaluación del programa del Sida.	Encuesta ICPN	2	4	7		

**Tabla 11. Calificación de desarrollo y aplicación de políticas por funcionarios de organizaciones no gubernamentales, organismos bilaterales y organizaciones de las Naciones Unidas**

Indicador 2. Índice Compuesto de Política Nacional - B	Fuente	Calificaciones			Observaciones
		2006	2007	2009	
Promedio de calificación acerca de las políticas, leyes y reglamentaciones establecidas para promover y proteger los derechos humanos en relación con el VIH/sida	Encuesta ICPN	3	5	7	El valor reportado para 2009 corresponde a las calificaciones finales consensuadas en la reunión de validación final.
Promedio de calificación acerca del esfuerzo por hacer cumplir las políticas, las leyes y reglamentaciones existentes	Encuesta ICPN	3	5	4	
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos para aumentar la participación de la sociedad civil	Encuesta ICPN	5	7	5	
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos realizados en la aplicación de los programas de prevención del VIH	Encuesta ICPN	2	3	3	
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos realizados en la aplicación de los servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH/Sida.	Encuesta ICPN	3	6	7	
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos para satisfacer las necesidades relacionadas con el VIH de los huérfanos y otros niños vulnerables	Encuesta ICPN	SD	SD	1	

### d.1.3. Indicadores de Programa Nacional

Tabla 12. Indicadores de Programa Nacional

Indicador	Fuente	2008		2009		Observaciones
		N	%	N	%	
3. Porcentaje de unidades de sangre donada que se analiza para la detección del VIH con criterios de calidad asegurada	Secretaría Nacional de Bancos de Sangre a Cruz Roja Ecuatoriana	155441	100	175830/ 175830	100	Se tamiza el 100% de muestras con Microelisa 4ta generación. Cruz Roja mantiene control interno y participa en el Programa de Evaluación Externa de Desempeño en Quito.
4. Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH avanzada que recibe terapia antirretrovírica	MSP-PNS	CD4 menos de 250		CD4 menos de 250		Denominadores calculados con los estimados del modelo matemático de Sistema SPECTRUM. En 2009 se toma en cuenta las estimaciones para necesidad de ARV con CD4 menor a 250 y también CD4 menor a 350.
		Niños	46.8	Niños	61.4	
		296/632		379/617		
		Adultos	39.9	Adultos	38.0	
		3432/ 8607		4752/ 12511		
		CD4 menos de 350				
		Niños		61.4		
		379/617				
		Adultos		29.1		
		4752/ 16350				
5. Porcentaje de embarazadas VIH+ que reciben fármacos antirretrovíricos para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil	MSP-PNS	277/572	48	477/562	85%	Denominador calculado con las estimaciones de embarazadas VIH+ del modelo de Sistema SPECTRUM.
6. Porcentaje de casos estimados de coinfección por el VIH y TB que recibió tratamiento para la TB y el VIH	MSP-Programa de Control de TB	SD		SD		No existen datos para este indicador. El Programa de Control de TB reporta 402 y 434 casos de co-infección para 2008 y 2009, pero no se conoce si recibieron tratamiento para TB y VIH.
7. Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados.	No disponible	SD		SD		No hay encuesta demográfica con ese dato.

8. Porcentaje de poblaciones más expuestas que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	No disponible	SD		SD		No hay encuesta demográfica con ese dato.
9. Porcentaje de poblaciones más expuestas al que llegaron los programas de prevención del VIH	No disponible	SD		SD		No hay encuesta demográfica con ese dato.
10. Porcentaje de huérfanos y niños vulnerables de 0 a 17 años de edad cuyos hogares recibieron apoyo externo básico gratuito para la atención infantil	No disponible	SD		SD		No existen datos
11. Porcentaje de escuelas que impartió educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida durante el último año académico	Ministerio de Educación	SD		19586/31155	63%	La implementación de la malla curricular, que incluye aspectos sobre VIH, inicia en 2009.

## d.2. Conocimiento y Comportamiento

**Tabla 13. Indicadores de Conocimiento y Comportamiento**

Indicador	Fuente	2008		2009		Observaciones
		N	%	N	%	
12. Asistencia actual a la escuela entre huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad	No disponible	SD		SD		No existen datos
13. Porcentaje de mujeres y varones 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.	No disponible	SD		SD		Varios datos provenientes de investigaciones, pero en ninguno están las 5 preguntas juntas, por lo que se describen fuera de la matriz.
14. Porcentaje de poblaciones más expuestas que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus	No disponible	SD		SD		Varios datos provenientes de investigaciones, pero en ninguno están las 5 preguntas juntas, por lo que se describen fuera de la matriz.

15. Porcentaje de mujeres y varones adolescentes y jóvenes que tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años de edad.	No disponible	SD		SD		En el relato se incluye información de investigaciones en varias zonas del país.
16. Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses	No disponible	SD		SD		En el relato se incluyen datos sobre otras poblaciones
17. Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual	No disponible	SD		SD		No existen datos
18. Porcentaje de profesionales del sexo hombres y mujeres que declara haber usado un preservativo con su último cliente	RedTrabSex, 2009. Estudio de Aceptación del Condón Femenino en Mujeres en Edad Reproductiva Usuarías de Servicios Públicos, privados y trabajadoras sexuales en el Ecuador.			247/254	97.2%	
19. Porcentaje de hombres que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual anal con una pareja masculina	No disponible	SD		SD		No existen datos
20. Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual	No disponible	SD		SD		No existen datos
21. Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó	No disponible	SD		SD		No existen datos

### d.3. Impacto

Tabla 14. Indicadores de Impacto

Indicador	Fuente	2008		2009		Observaciones
		N	%	N	%	
22: Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años infectados por el VIH	MSP-PNS	258/ 211927 embarazadas tamizadas	0.12	443/ 260236 embarazadas tamizadas	0.17	Prevalencia estimada por esfuerzo de tamizaje. Unidad de estandarización es provincias.
23: Porcentaje de poblaciones más expuestas infectado por el VIH	No disponible	SD		SD		En relato se presentan datos de resultados de pruebas realizadas en varios centros de reclusión.
24: Porcentaje de adultos y niños con el VIH que sigue con vida y se tiene constancia de que continúa en tratamiento 12 meses después de haber iniciado la terapia anti retroviral	MSP-PNS	SD		600 / 634		Los datos corresponden a dos Unidades de Atención Integral a PVV, Hospital Guayaquil y Hospital de Infectología, que concentran la mayoría de personas con VIH en tratamiento
25: Porcentaje de lactantes infectados por el VIH que nació de madres infectadas	MSP-PNS	SD		26/83	14.8	En 2009 nacieron un total de 364 niños de madres infectadas, y se conoció su situación de profilaxis en 336 de ellas. El porcentaje se calculó tomando el promedio ponderado de las probabilidades de transmisión materno-infantil en embarazadas que recibieron y no recibieron profilaxis para VIH. Para la ponderación se usó la proporción de recepción de profilaxis en las 336 madres de las que se conocía si recibieron o no profilaxis. El denominador del indicador corresponde al número de niños en los que se realizaron pruebas de PCR para carga viral.

### III. PANORAMA GENERAL DE LA EPIDEMIA

Indicador	Fuente	2008		2009		Observaciones
		N	%	N	%	
22: Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años infectados por el VIH	MSP-PNS	258/ 211927 embarazadas tamizadas	0.12	443/ 260236 embarazadas tamizadas	0.17	Prevalencia estimada por esfuerzo de tamizaje. Unidad de estandarización es provincias.
23: Porcentaje de poblaciones más expuestas infectado por el VIH	No disponible	SD		SD		En relato se presentan datos de resultados de pruebas realizadas en varios centros de reclusión.

**Tabla 15. Indicadores de Estado de la Epidemia.**

En general, el VIH/Sida en el Ecuador sigue manteniendo las características definidas para los dos reportes UNGASS anteriores, esto es, una epidemia concentrada, principalmente en HSH, con baja prevalencia en la población general. Según las directrices del informe UNGASS, la prevalencia en mujeres embarazadas se utiliza como indicador aproximado de la prevalencia en la población general. La prevalencia en embarazadas para 2008 fue de 0.12% y para 2009 de 0.17%. Estas prevalencias fueron ajustadas al esfuerzo de tamizaje de cada provincia para evitar el efecto de la diferencia de acceso a las pruebas de tamizaje entre las provincias del país sobre el indicador nacional crudo.

Excepto en 2001, el número de casos de VIH se incremento cada año, con un aumento mayor desde mediados de la década, debido principalmente a un mejor esfuerzo de tamizaje en todo el país. Ese mayor tamizaje se refleja en una mayor detección a partir de 2005 y se hace muy notorio en 2008 y 2009.

No se conoce con certeza la magnitud de la epidemia en los últimos años en poblaciones más expuestas ni en poblaciones vulnerables pues no hay estudios nacionales con este tipo de poblaciones. Entre los pocos datos disponibles, la Dirección Nacional de Rehabilitación Social (DNRS)<sup>9</sup> reporta que de un total de 4024 personas privadas de libertad en centros de reclusión de hombre y mujeres en Quito, Guayaquil, Tulcán, Cuenca, Quevedo y Portoviejo, un 0.7% resultó VIH positivo; sin embargo, no se conocen las circunstancias de realización de pruebas en dichos centros. Este dato contrasta con el reportado en el informe UNGASS anterior, que señalaba una sero-reactividad a primera prueba en PPL de 3.4% según el estudio de línea de base del proyecto del Fondo Mundial de la Universidad San Francisco de Quito (USFQ)<sup>10</sup>. Es posible que los datos reportados por la DNRS tengan un sesgo de selección pues las pruebas realizadas en los centros penitenciarios pueden haber sido aplicadas a voluntarios y quizá no se realizaron en personas VIH positivas ya diagnosticadas.

Según el registro de tarjetas de salud integral de las trabajadoras sexuales<sup>11</sup> reportado por 10 provincias en 2009, de 2647 TS registradas, 2546 se realizaron al menos 1 prueba de VIH y se confirmaron 2 casos, para una prevalencia de 0.08%. Hay que señalar que un 22% de trabajadoras sexuales se movilizaron por su ejercicio laboral en más de una provincia, por lo que los números totales contienen repetición del registro. De forma similar al caso de

PPL, esa prevalencia contrasta con el valor de sero-reactividad a primera prueba del estudio de la USFQ<sup>10</sup> de 2007 que fue de 3.7% para TS.

## IV. RESPUESTA NACIONAL A LA EPIDEMIA

### a. Compromiso y Acción Nacionales

#### a.1. Evolución del gasto

Tabla 16. Gasto total en VIH-Sida para el periodo 2008-2009 por categorías de gasto en USD y porcentaje.

Indicador 1. Categorías de gasto/ total Instituciones	2008		2009	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
Prevención	13.596.159	52.3%	16.194.710	50.8%
Atención y tratamiento	9.093.065	35.0%	12.250.152	38.4%
Huérfanos y niños vulnerables (HNV)	42.614	0.2%	52.375	0.2%
Gestión y administración de programas	1.534.020	5.9%	1.643.382	5.2%
Recursos humanos	605.149	2.3%	436.193	1.4%
Protección social y servicios sociales	60000	0.2%	32.500	0.1%
Entorno favorable	273.511	1.1%	272.965	0.9%
Investigación relacionada con el VIH	767.412	3.0%	1.017.641	3.2%
<b>TOTAL</b>	<b>25.971.930</b>	<b>100%</b>	<b>31.899.919</b>	<b>100%</b>

Fuente: Informe de Gasto relativo al Sida - 2010, Matrices entregadas por las Instituciones.  
Elaboración: Equipo consultor

El Gasto que realizó el país referente a la respuesta a la epidemia de VIH/Sida para los años 2008 y 2009 se estableció en base a consultas a 49 instituciones. Las instituciones identificadas son las más representativas del país en términos de las acciones desarrolladas en VIH/Sida. El cálculo de los gastos se realizó usando la matriz MEGAS abreviada y siguiendo las directrices de ONUSIDA para la elaboración del Informe Gasto relativo al Sida-UNGASS.<sup>8</sup>

Los datos obtenidos de información recopilada establecen que todas las instituciones comprometidas en la respuesta a la epidemia del VIH/Sida habían gastado en conjunto 25.971.930 USD durante el año 2008, y 31.899.919 USD para el año 2009. Estas cifras representan un incremento de 154% en 2008 respecto del año anterior y de 23% en 2009 respecto del año 2008. El gasto para el periodo 2008 y 2009 fue de 57.871.849 USD, que representa una diferencia significativa respecto de los datos recogidos en el Informe UNGASS 2008 que registra un total de 20.6 millones de USD para el trienio 2005-2007.

El gasto que realizó el MSP en VIH/Sida representó el 72.7% del total, lo que indica que en el Ecuador, el MSP es el actor fundamental en la respuesta contra la epidemia del VIH/Sida. A diferencia de lo reportado en el Informe MEGAS 2008, en el cual los fondos internacionales representaron la mayoría del gasto, esta vez los aportes internacionales fueron, en términos relativos, significativamente inferiores para ambos años. Esta diferencia

se explica principalmente por dos razones: En primer lugar, el cálculo del gasto para el presente informe considera también los costos de las actividades realizadas por el MSP en prevención y tratamiento, es decir los costos de la atención brindada durante el periodo y no solamente lo destinado en el presupuesto del PNS a la ejecución de actividades específicas, como compra de condones o medicamentos. El nuevo cálculo incluye los costos de la prestación de servicios, como el tiempo que dedican los médicos a consultas y están debidamente sustentados en los instrumentos contables del MSP.

En segundo lugar, el incremento del gasto del MSP en este periodo refleja también el apoyo político del actual gobierno al MSP como parte de su propuesta de mejorar el apoyo al sector social de la gestión gubernamental. El presupuesto de los ministerios del sector social recibió mejoras sustanciales comparadas con años anteriores. En este sentido, el presupuesto asignado para el MSP se incrementó de 650 millones de USD en el año 2007 a 1.300 millones de USD en el año 2010.

El MSP, gastó en VIH/Sida 19.2 millones de USD en el año 2008, y 22.8 millones de USD en el año 2009, para un gasto total en este periodo de 42.1 millones de USD. El 55.4% del gasto lo destinó a prevención (23.3 millones de USD en ambos años), y el restante 44.6% gastó en atención y tratamiento.

Otras instituciones importantes en el gasto en VIH/Sida para los años 2008 y 2009, fueron: el IESS con un gasto de 2.8 millones de USD, las agencias del sistema de Naciones Unidas, que gastaron en conjunto 3.8 millones de USD, las instituciones de la sociedad civil con un gasto de 4.4 millones de USD.

El gasto total que realizaron las instituciones en la respuesta a la epidemia, puede verse en la tabla 17.

**Tabla 17. Gasto total en VIH/SIDA 2008 y 2009 por instituciones. En USD.**

Instituciones/Años	2008	2009	TOTAL	%
<b>MSP</b>	19.245.700	22.872.720	<b>42.118.420</b>	72.7%
<b>Fondo Global Receptor 1 (MSP)</b>	617.283	367.574	<b>984.857</b>	1,60%
<b>Fondo Global Receptor 2 (CARE)</b>	1.369.452	975.518	<b>2.344.970</b>	4.2%
<b>Otras Instituciones</b>	4.739.495	7.684.107	<b>12.949.270</b>	21.5%
<b>TOTAL</b>	<b>25.971.930</b>	<b>32.598.017</b>	<b>58.044.279</b>	<b>100%</b>

Fuente: Informe Gasto relativo al Sida - 2010.

Elaboración: Equipo consultor

Según tipo de gasto, a prevención se destinó 13.596.160 USD en el año 2008 y 16.202.567 USD en el año 2009 (51.3% del total de gasto en el periodo). Para atención y tratamiento las instituciones (que son básicamente el MSP, el IESS y el ISSFA) destinaron 9.259.551 USD en el año 2008, y 12.365.425 USD en el año 2009 (37.3% del gasto total del periodo). A pesar de que hay un gasto significativamente mayor en prevención, existe una percepción general, tanto entre representantes del sector gubernamental como de la sociedad civil, en que se necesita trabajar arduamente en el área de la prevención para mejorar la respuesta nacional a la epidemia de VIH/Sida. El gasto alto en prevención obedece a que este parámetro incluye los gastos en tamizaje y en consultas a mujeres embarazadas, entre otras actividades; sin embargo, los esfuerzos en otro tipo de acciones de prevención primaria destinados a disminuir el riesgo de adquirir el VIH, son todavía insuficientes.

## a.2. Desarrollo y aplicación de políticas

Las secciones que continúan se basan en el análisis de las respuestas al cuestionario del Índice Compuesto de Política Nacional.<sup>8</sup> El cuestionario fue respondido por representantes de las instituciones gubernamentales y por representantes de organizaciones no-gubernamentales y otros sectores de la sociedad civil. La descripción que sigue, refleja las opiniones de los representantes de las mencionadas instituciones y por consiguiente existen situaciones de opiniones discrepantes y hasta contradictorias entre representantes del gobierno y de la sociedad civil.

**Tabla 18. Calificación de desarrollo y aplicación de políticas por funcionarios del gobierno**

Indicador 2. Índice Compuesto de Política Nacional – A	Fuente	Calificaciones			Observaciones
		2006	2007	2009	
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos de planificación estratégica en los programas de VIH/Sida	Encuesta ICPN	2	6	5	El valor reportado para 2009 corresponde a las calificaciones finales consensuadas en la reunión de validación.  Hay esfuerzos diversos e insuficientes para la protección y atención integral a niñas y niños huérfanos por VIH/Sida. Incluyen entre otros, los grupos de autoapoyo liderados por los hospitales pediátricos del MSP de Quito y Guayaquil, y los esfuerzos de la mesa de protección especial del Consejo Nacional de Protección a la Niñez y Adolescencia. Hay consenso sobre la inexistencia de una política explícita de protección y atención integral a huérfanos por VIH/Sida.
Promedio de calificación acerca del apoyo político en los programas de VIH/Sida	Encuesta ICPN	2	8	7	
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos políticos de apoyo en la prevención del VIH/Sida	Encuesta ICPN	2	3	6	
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos de aplicación de los programas de prevención del VIH/Sida	Encuesta ICPN	3	4	6	
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos de aplicación de los programas de servicios de tratamiento, atención y apoyo del VIH	Encuesta ICPN	3	9	9	
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos para satisfacer las necesidades relacionadas con el VIH de los huérfanos y otros niños vulnerables	Encuesta ICPN	1	2	---	
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos de vigilancia y evaluación del programa del Sida.	Encuesta ICPN	2	4	7	

Los progresos reportados en el informe UNGASS 2006-2007 en comparación con el periodo anterior a ese reporte, en lo referente a los esfuerzos de planificación estratégica y apoyo político a los programas de VIH/Sida, no siguieron esa tendencia, y por el contrario, para 2009 ambas categorías disminuyeron su calificación de esfuerzo.

Los esfuerzos políticos de apoyo a la prevención y a la aplicación de los programas de prevención del VIH presentaron para 2009 una calificación mayor, reflejo del trabajo en las áreas de prevención que se vienen realizando en el país. Cabe señalar que esos esfuerzos son principalmente en grupos programáticos como mujeres embarazadas y personas que acuden a control de Infecciones de Transmisión Sexual.

Otro aspecto en el cual la calificación mejoró en 2009 corresponde a los esfuerzos en el componente de vigilancia y evaluación del programa. El PNS ha hecho en ese sentido importantes avances. El sistema de vigilancia está en proceso de fortalecimiento, al igual que el sistema de información y evaluación; sin embargo, la cultura organizacional que no favorezca de manera suficiente el monitoreo y evaluación ha sido una barrera para mejorar la calidad de la vigilancia.

Dos componentes del Índice Compuesto de Política Nacional, en su parte correspondiente a representantes gubernamentales, no sufrieron cambios respecto de la ponderación realizada para el informe anterior. El primero se refiere a los esfuerzos nacionales de aplicación de los programas de servicios de tratamiento, atención y apoyo, área que mereció una calificación cercana al máximo en ambos informes y que fue reconocida como la de mayor avance en relación al estado que presentó en 2006. El segundo componente que no presentó cambios corresponde a los esfuerzos para satisfacer las necesidades relacionadas con el VIH de los huérfanos y otros niños vulnerables. Al contrario de lo sucedido con los esfuerzos de tratamiento, atención y apoyo, el cuidado de las necesidades de los niños continúa siendo relegado. Consistentemente, este componente obtuvo las calificaciones más bajas en los tres momentos de calificación.

En cuanto a las percepciones de la sociedad civil y cooperación internacional, la promoción de los derechos humanos a través del marco legal y reglamentario continuó la tendencia al alza. Sin embargo, la calificación de los esfuerzos por hacer cumplir las políticas, las leyes y reglamentaciones existentes sufrió un descenso en el periodo, al igual que la calificación del esfuerzo para aumentar la participación de la sociedad civil.

Para las organizaciones no gubernamentales, los esfuerzos de tratamiento, atención y apoyo presentaron un mejoramiento, aunque no en la magnitud expresada por los funcionarios del gobierno y contrario a lo que éstos últimos percibieron respecto de los esfuerzos de prevención, la sociedad civil no vio mejoría en el esfuerzo. Finalmente, tal como lo hicieron los funcionarios de gobierno, las instituciones no gubernamentales dieron una calificación mínima a los esfuerzos por atender las necesidades de los niños en relación al VIH (Tabla 19).

**Tabla 19. Calificación de desarrollo y aplicación de políticas por funcionarios de organizaciones no gubernamentales, organismos bilaterales y organizaciones de las Naciones Unidas**

Indicador Compuesto Nacional - B	2. Índice de Política	Fuente	Calificaciones			Observaciones
			2006	2007	2009	
Promedio de calificación acerca de las políticas, leyes y reglamentaciones establecidas para promover y proteger los derechos humanos en relación con el VIH/Sida		Encuesta ICPN	3	5	7	El valor reportado para 2009 corresponde a las calificaciones finales consensuadas en la reunión de validación.
Promedio de calificación acerca del esfuerzo por hacer cumplir las políticas, las leyes y reglamentaciones existentes		Encuesta ICPN	3	5	4	
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos para aumentar la participación de la sociedad civil		Encuesta ICPN	5	7	5	
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos realizados en la aplicación de los programas de prevención del VIH		Encuesta ICPN	2	3	3	
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos realizados en la aplicación de los servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH/Sida.		Encuesta ICPN	3	6	7	
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos para satisfacer las necesidades relacionadas con el VIH de los huérfanos y otros niños vulnerables		Encuesta ICPN	SD	SD	1	

### a.2.1. Plan Estratégico

Diferentes instancias gubernamentales reconocen que el país cuenta con un plan estratégico multisectorial para responder al VIH (IESS, MSP-PNS, PPNN, MIES, ME, Municipio de Cuenca, FFAA, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, DNRS). Varias de estas instituciones participaron de la elaboración del PEM 2007-2015. El Ministerio de Coordinación del Desarrollo Social así como el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos no participaron de la elaboración del Plan, pues la creación de estos Ministerios fue posterior al proceso.

Los entrevistados consideran que los siguientes sectores están incluidos en la estrategia multisectorial (Tabla 20):

**Tabla 20. Sectores incluidos la estrategia multisectorial y presupuesto específico para el VIH destinado a sus actividades**

Sector	Presupuesto
Salud	Sí
Educación	Sí
Trabajo	Sí
Transporte	Se desconoce
Ejército/Policía	Sí
Mujeres	Sí
Jóvenes	Sí
Otros:	
Personas Privadas de la Libertad	Sí
Justicia	Se desconoce

Fuente: Encuesta ICPN, 2009.

Elaboración: Equipo consultor.

Consideran también que el PEM, incluye a ciertos grupos vulnerables como poblaciones destinatarias específicas. Estos grupos, entornos y otros factores de consideración identificados se presentan a continuación:

**Tabla 21. Poblaciones destinatarias, entornos y asuntos interrelacionados considerados por el PEM**

Poblaciones destinatarias, entornos y asuntos interrelacionados	Considerado
<b>Poblaciones destinatarias</b>	
Mujeres y niñas	Sí
Jóvenes de ambos sexos	Sí
Consumidores de drogas inyectables	No
Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	Sí
Profesionales del sexo	Sí
Huérfanos y otros niños vulnerables	No
<b>Entornos</b>	
Lugar de trabajo	Sí
Escuelas	Sí
Prisiones	Sí
<b>Asuntos interrelacionados</b>	
VIH y pobreza	Sí
Protección de los derechos humanos	Sí
Participación de las personas que viven con el VIH	Sí
Tratamiento del estigma y la discriminación	Sí
Capacidad de decisión de la mujer/igualdad entre los sexos	Sí

Fuente: Encuesta ICPN, 2009.

Elaboración: Equipo consultor.

En cuanto a poblaciones específicas, se aclara que el tipo de epidemia en Ecuador no incluye a los consumidores de drogas inyectables como población expuesta o vulnerable.

Se hace notar que el PEM considera a niños y niñas entre los grupos prioritarios, pero que en el contexto nacional su aplicabilidad no es muy evidente al no ser considerado un grupo numéricamente significativo, por lo que los esfuerzos en relación a esa población en la actualidad no son tan intensos como en las poblaciones vulnerables y expuestas establecidas. En lo referente a los entornos, se hace referencia a la intervención que se realiza en los lugares de trabajo de las trabajadoras sexuales, así como las iniciativas de algunas empresas como parte del compromiso social empresarial. Las poblaciones destinatarias fueron escogidas luego de un análisis de sus necesidades realizado en 2005-2006.

Los principales grupos a los cuales se dirigen las actividades de los programas de VIH en el país son: mujeres embarazadas, recién nacidos expuestos al VIH, personas coinfectadas con TB y VIH, grupos GLBT, PPL, escolares, TS y personas que consultan por ITS.

La estrategia multisectorial no cuenta con planes operativos para todos los sectores a pesar de que se había previsto la realización de planes bianuales para cada sector prioritario. Se reconoce sin embargo que la estrategia contempla objetivos formales del programa, metas, desglose de costos de cada área programática y una indicación de las fuentes de financiación del apoyo a la ejecución del programa. Tampoco existe un plan de monitoreo y evaluación de la aplicación de la estrategia.

La sociedad civil ha tenido participación destacada en el desarrollo de la estrategia nacional multisectorial. En el último semestre de 2009 ha existido participación en el proceso de actualización de objetivos, metas e indicadores de cinco sectores prioritarios del PEM con elaboración de POAS por parte de los grupos prioritarios organizados. El PNS convocó a representantes de la sociedad civil a participar en actividades de capacitación de monitoreo y evaluación de la respuesta nacional a la epidemia, actividad que no ha tenido la continuidad esperada.

Se ha promovido la participación de la sociedad civil también a través de acciones de sensibilización y educación sexual en colegios y con grupos vulnerables.

La sociedad civil ha sido uno de los motores para el trabajo de veeduría para el cumplimiento de derechos en el tema de VIH. Ésta ha promovido que el sector gubernamental vaya responsabilizándose gradualmente de los colectivos más vulnerables. Otra forma de participación se da mediante su trabajo de promoción y prevención en donde no existe suficiente presencia gubernamental. La sociedad civil ha alcanzado un nivel de organización y mantiene coordinación permanente entre sus respectivas instituciones.

En cuanto a la participación de los asociados en la respuesta a la epidemia, estas instituciones han sido parte importante de la misma. A diferencia del periodo de reporte anterior, los representantes gubernamentales consideran que en estos años dichas organizaciones se han alineado con la estrategia nacional. Todas las actividades, del sector público y privado se enmarcan en los parámetros del PEM.

Los entrevistados reconocen que el PEM está integrado a los planes de desarrollo generales del país y se alinea con los objetivos del milenio. El Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación hacen hincapié en que el tema del VIH está integrado al Plan Nacional Para el Buen Vivir 2009 – 2013 respecto del cual, los ministerios públicos tienen que rendir cuentas.

El marco de acción de las Naciones Unidas para la asistencia técnica al país hace referencia al VIH en 6 de sus 10 capítulos y responde al plan nacional de desarrollo. Dicho marco fue firmado en septiembre de 2009, conteniendo su planificación hasta el año 2015.

Los encuestados consideran que el VIH forma parte de las Estrategias para la reducción de la pobreza y del enfoque multisectorial.

Las áreas relacionadas con el VIH incluidas en los planes de desarrollo son:

**Tabla 22. Áreas relacionadas con el VIH incluidas en los planes de desarrollo**

Área	Inclusión
Prevención del VIH	Sí
Tratamiento de las infecciones oportunistas	Sí
Terapia antiretroviral	Sí
Atención y apoyo (incluidos la seguridad social u otros planes)	Sí
Alivio del impacto del VIH	Sí
Reducción de las desigualdades de género que se relacionan con la prevención/tratamiento, atención y/o apoyo relativos al VIH	Sí
Reducción de las desigualdades de ingresos que se relacionan con la prevención/tratamiento, atención y/o apoyo relativos al VIH.	Sí. El MSP brinda atención universal y gratuita y el PNS está proponiendo estrategias tendientes a conseguir equidad de servicios.
Reducción del estigma y la discriminación	Sí. El problema radica en la implementación de las leyes existentes. Está descrito y desarrollado teóricamente, pero no todas unidades del sistema nacional de salud, ni todo su personal, han logrado desarrollarlo en su totalidad.
Mayor poder económico de las mujeres (p. ej., acceso al crédito, a la tierra y a la capacitación)	No. Existen iniciativas por parte del Ministerio Coordinador de Desarrollo Social pero no son específicas al VIH.

Fuente: Encuesta ICPN, 2009.

Elaboración: Equipo consultor.

El país no ha evaluado el impacto del VIH sobre el desarrollo socio-económico. El PNS y el ME, mencionan que hay estudios focalizados de prevalencia y mortalidad en PVV, pero no se convierten en una evaluación de impacto socio-económico.

Las FFAA y PPNN cuentan con estrategias para el VIH y Sida. Respecto del personal penitenciario, la DNRS manifiesta que en los actuales momentos la realización de pruebas de VIH se hace siempre de forma voluntaria y con consejería pre y post prueba. No se ha podido realizar periódicamente, pero la meta es poder realizarlas de forma cuatrimestral en todos los centros de privación de libertad.

Según los representantes de FFAA, la prueba de VIH para el personal es voluntaria con una implementación de consentimiento informado y consejería. Se discute la voluntariedad de la prueba y el representante de FFAA manifiesta que las personas VIH positivas son

aceptadas dentro de la institución armada como personal civil, pero para la carrera militar “deben estar sanos”. Las FFAA consideran que conocer el estatus serológico respecto del VIH no es discriminatorio pues está en función del ejercicio de la carrera militar y es visto como un mecanismo de protección de la persona con VIH, igual que el criterio físico para el personal militar.

En la PPNN, según su representante, las pruebas de VIH son obligatorias, inclusive se descuenta del salario el valor de la prueba y con firma de consentimiento informado. Todas las actividades mencionadas en el cuestionario (Comunicación de cambio de comportamientos, suministro de preservativos, asesoramiento y pruebas del VIH, servicios de infecciones de transmisión sexual, tratamiento antirretrovírico, atención y apoyo) son brindadas al personal uniformado de la Policía.

El país dispone de un marco legal que protege a las poblaciones más expuestas, incluyendo a niños, niñas y adolescentes y su aplicación es vigilada a través de veeduría y organismos como la Fiscalía y la Defensoría del Pueblo. Sin embargo, la aplicación real de las leyes de protección depende mucho del conocimiento de las personas y su capacidad de reclamar, incluso en instituciones como el IESS que tienen mecanismos establecidos (por ejemplo, cuando existió una ruptura de stock en ARV, se generó el camino legal para hacer cumplir el derecho de protección como respuesta a un reclamo).

La Defensoría del Pueblo menciona que el mecanismo se activa con la presentación de quejas, iniciando una actuación de verificación en el sitio en donde se han vulnerado los derechos y se procede a la aplicación de todo el marco constitucional, legal y normativo para proteger los derechos.

Para lograr la meta de acceso universal, existen avances importantes pero aún no se la ha alcanzado. En el año 2008 se realizó el estudio de Priorización para el Acceso Universal a la Prevención, Atención Integral, Cuidado y Apoyo en VIH Sida,<sup>5</sup> donde se construyeron distintos escenarios de coberturas y se identificaron las brechas existentes, pero aún no se ha procedido en el país a fijar metas concretas de acceso universal. El PNS considera que para disminuir la velocidad de avance de la epidemia y dar una respuesta más efectiva el presupuesto actual del Programa debe incrementarse en 50%.

A falta de una línea de base sobre VIH/Sida en el país, se ha actualizado las estimaciones del tamaño de los principales subgrupos de población destinataria con los estudios realizados en el país durante los últimos años, y hay estimaciones de casos VIH y Sida, mortalidad esperada y necesidades actuales y futuras en relación con el número de adultos y niños que necesitan terapia ARV.

Existe vigilancia de la cobertura del programa por sexo y por grupos de población (jóvenes, mujeres/hombres, militares y policías, migrantes y población en general, población en riesgo y vulnerable). La información generada por esta vigilancia sirve a efectos de evaluación de impacto y generación de intervenciones. La vigilancia de coberturas se da desde el nivel parroquial con el objeto de conocer la situación a ese nivel y llevar las acciones a la población vulnerable.

Los principales logros en el campo de la estrategia contra el VIH se consideran al conocimiento y caracterización de la epidemia en grupos vulnerables, el avance en tratamiento y la existencia del PEM.

Según los entrevistados, entre los problemas que quedan por resolver están la garantía de disponibilidad permanente de insumos y medicamentos, la consolidación del PEM, el mejoramiento del sistema de información, el perfeccionamiento de las estrategias, y el

incremento de recursos humanos y financieros para una respuesta adecuada al VIH.

### **a.2.2. Apoyo Político**

Las principales autoridades nacionales y locales del país hablan en público a favor de los esfuerzos relacionados con el VIH en los grandes foros nacionales. Existen fechas especiales como el Día Mundial del VIH/Sida, así como uno o dos eventos formales, que sirven para visibilizar el trabajo y avances de los actores de la respuesta nacional a la epidemia. En tales eventos las autoridades gubernamentales suelen expresar el apoyo a los esfuerzos para confrontar al VIH.

El país no dispone de un organismo de gestión y coordinación multisectorial, aunque muchas instituciones reconocen al PNS como el organismo que lidera, convoca y coordina las acciones a pesar de no tener un reconocimiento oficial como órgano de gestión multisectorial. Este tema generó un largo debate entre los encuestados, sin embargo, el consenso es respecto de la legitimidad del PNS a pesar de la falta de reconocimiento formal (acuerdo inter-ministerial). El PNS es responsable técnico y político de coordinar las estrategias de prevención, promoción atención y tratamiento en función de la epidemia de VIH. Es parte del MSP y por lo tanto ejerce rectoría en los entes mencionados. El PNS funciona como articulador y coordinador entre la sociedad civil y demás organismos estatales para así lograr la mejor selección de estrategias y evitar la duplicidad de esfuerzos. Los principales logros en ese sentido son:

- Integración de todos los actores
- Disminución el costo de los medicamentos ARV
- Ejercicio de los derechos de los trabajadores en función de la voluntariedad de la prueba y no discriminación por estado de VIH
- Articulación de varios esfuerzos de la sociedad civil
- Firma de convenios con organismos internacionales

Los problemas relevantes que existen en cuanto a la interacción entre los sectores público y privado, reconocidos por los entrevistados son:

- Débil coordinación interinstitucional e intersectorial
- Limitado cumplimiento de las leyes e insuficiencia de mecanismos de exigibilidad.
- Dificultades en alcanzar cobertura universal
- Recursos humanos y financieros insuficientes
- Problemas políticos al interior del Mecanismo de Coordinación de País para los proyectos del FM

El presupuesto nacional para la respuesta al VIH es manejado por los organismos del Estado y la sociedad civil no participa de su ejecución. La mayoría de encuestados desconoce el presupuesto anual asignado al PNS.

Al ser el PNS el órgano que reemplaza en términos operativos a una Comisión Nacional del

Sida, provee acciones de apoyo a organizaciones de la sociedad civil (Información sobre las necesidades prioritarias, orientación técnica, adquisición y distribución de fármacos u otros suministros, coordinación con otros asociados de ejecución, desarrollo de las capacidades).

La Constitución de 2008, obliga a revisar, como un proceso formal de construcción, las contradicciones de leyes y políticas con las políticas de control del VIH. Ésta permite con mayor claridad el funcionamiento del PEM, debido a que explicita la protección a grupos más expuestos y vulnerables, tanto en la parte biológica cuanto en la parte social y cultural. El VIH es una de las pocas condiciones de salud nombradas explícitamente en la Constitución. El Estado garantiza la no discriminación, el ejercicio de los derechos humanos y acceso universal al tratamiento.

Entre los aspectos específicos considerados en la Constitución de la República del Ecuador 2008, están:

- Sección séptima – Salud

Art. 32. La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y Bioética, con enfoque de género y generacional.

Art. 363. El Estado será responsable de:

6. Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto.

- Derechos de libertad

Art. 66. No.- 9 El derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, y su vida y orientación sexual. El Estado promoverá el acceso a los medios necesarios para que estas decisiones se den en condiciones seguras.

- Principios de aplicación de los derechos

Art. 11. El ejercicio de los derechos se regirá por los siguientes principios:

1. Los derechos se podrán ejercer, promover y exigir de forma individual o colectiva ante las autoridades competentes; estas autoridades garantizarán su cumplimiento.

2. Todas las personas son iguales y gozaran de los mismos derechos, deberes y oportunidades. Nadie podrá ser discriminado por razones de etnia, lugar de nacimiento, edad, sexo, identidad de género, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, filiación política, pasado judicial, condición socio-económica,

condición migratoria, orientación sexual, estado de salud, portar VIH, discapacidad, diferencia física; ni por cualquier otra distinción, personal o colectiva, temporal o permanente, que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos. La ley sancionará toda forma de discriminación. El Estado adoptará medidas de acción afirmativa que promuevan la igualdad real en favor de los titulares de derechos que se encuentren en situación de desigualdad.

A pesar de la existencia de un marco legal importante, las incoherencias no son con la ley misma, sino con su aplicación y el ejercicio pleno de los derechos.

Desde 2007, los principales logros alcanzados en este campo de apoyo político han sido:

- El fortalecimiento del PNS, que se ha traducido en un incremento presupuestario significativo, principalmente para la implementación de acciones para la Prevención de la Transmisión Materno-infantil del VIH, manejo de infecciones de transmisión sexual, consejería y prueba de VIH, y el financiamiento total de los medicamentos e insumos de laboratorio para VIH por parte del MSP.
- Toma de decisiones basada en una mejor disponibilidad de información estratégica sobre la epidemia. A pesar de esto, el sistema adolece todavía de muchos problemas que serán referidos más adelante.
- La definición explícita del tipo de epidemia e identificación de poblaciones prioritarias, lo que permite enfocar los esfuerzos nacionales.
- Juntar a las organizaciones públicas y privadas en un fin común

Los problemas que quedan por resolver en este campo son:

- Completar la implementación del PEM y la formación de un comité político multisectorial, con el liderazgo del MSP, que coordine su ejecución.
- Alcanzar la cobertura universal
- Sostenibilidad de los procesos

### **a.2.3. Prevención**

Los entrevistados manifiestan unánimemente que el Ecuador no cuenta con una política o estrategia para fomentar la información, educación y comunicación (IEC) sobre el VIH entre la población general. Esto se reconoce como una de las principales debilidades del programa y del país. Se ha planteado convocar a todas las agencias y organizaciones de apoyo para solucionar los temas críticos de comunicación. El Municipio de Cuenca afirma también que la coordinación intersectorial es clave para resolver el problema de comunicación. En esa ciudad, como en tantas otras, muchos trabajan con esfuerzos separados lo que vuelve ineficientes las actividades.

Durante el último año, el país ha efectuado actividades para promover la información correcta sobre el VIH en los medios de comunicación. Existe un manual de actuación del periodista realizado con el PNUD, una guía para los comunicadores y mesas redondas para medios de comunicación.<sup>12</sup> Un trabajo importante se viene realizando con comunicadores sociales, como parte del apoyo de las agencias de asistencia técnica. CARE realizó a

finales de 2009 un taller internacional de sensibilización y formación de periodistas sobre el VIH dirigido a comunicadores de Latinoamérica.

El país no cuenta con una política o estrategia establecidas para promover la educación sobre salud sexual y reproductiva relacionada con el VIH entre los jóvenes. No hay claridad sobre el ámbito de intervención con maestros universitarios ya que sobre ellos no incide el ME sino el Consejo de Educación Superior. A nivel de estudiantes primarios y secundarios, sí están incluidos los temas de salud sexual y reproductiva así como de VIH específicamente, pero estos temas no son parte del plan de estudios en la formación de maestros. Recientemente, las universidades están iniciando la definición de una estrategia para incorporar el VIH en la malla curricular.

La educación impartida en escuelas primarias y secundarias, cuando lo hacen, es igual para ambos sexos, pero no existe una estrategia de educación para jóvenes no escolarizados y con ellos solo existe algún trabajo aislado por parte de la sociedad civil.

En cuanto a las actividades de comunicación, existe consenso entre los entrevistados en que muchas autoridades del gobierno (Presidente, Vicepresidente, Ministra de Salud y otras autoridades) hablan con frecuencia en foros públicos sobre las acciones relacionadas al VIH/Sida y manifiestan su apoyo a los esfuerzos del MSP. En cuanto a la generación de publicaciones y entrega de información impresa, existen manuales de consejería y entrega de material educativo para HSH y TS y hay un esfuerzo con el FM y el PNUD para la formación de promotores que trabajen con personas privadas de la libertad.

Las actividades de comunicación incluyen:

**Tabla 23. Poblaciones y elementos específicos incluidos en las actividades de comunicación**

Actividades de Comunicación	CDI*	HSH†	Profesionales del sexo	Clientes de los profesionales del sexo	Población reclusa	Otras sub-poblaciones [TRANS]
Información para destinatarios específicos sobre reducción del riesgo y educación sobre el VIH	NO	SI	SI	SI	SI	SI
Reducción del estigma y la discriminación	NO	SI	SI	SI	SI	SI
Promoción del preservativo	NO	SI	SI	SI	SI	SI
Asesoramiento y pruebas del VIH	NO	SI	SI	SI	SI	SI
Salud reproductiva, incluidos la prevención y tratamiento de las ITS	NO	SI	SI	SI	SI	SI
Reducción de la vulnerabilidad (p. ej., generación de			NO			NO
Terapia de sustitución de drogas	NO					
Intercambio de jeringas y agujas	NO					

\* CDI: consumidores de drogas intravenosas

† HSH: hombres que tienen sexo con hombres

Fuente: Encuesta ICPN, 2009.

Elaboración: Equipo consultor.

El país ha determinado las necesidades específicas de los programas de prevención a través de encuestas, por el trabajo en el reconocimiento de los casos, y de identificación de zonas priorizadas entre el MSP y el ME. También a través de acciones de organizaciones como CARE y PNUD que han puesto en el tapete temas como Responsabilidad Social Empresarial respecto del VIH.

El país no tiene explícitamente una política de prevención específica para VIH pero tiene políticas de prevención en aspectos de salud sexual y reproductiva con respecto a atención de ITS, salud materno-infantil, entrega de condones, tamizaje de sangre, entre otras.

En cuanto al grado de aplicación de actividades de prevención, los encuestados respondieron:

**Tabla 24. Aplicación de los Programas de Prevención de VIH. Ecuador 2009.**

Componente de prevención del VIH	La mayoría de las personas necesitadas dispone de acceso		
	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Seguridad hematológica	Gob <sup>†</sup> / SC <sup>‡</sup>		
Precauciones universales en entornos de atención sanitaria	Gob		SC
Prevención de la transmisión materno infantil del VIH	Gob / SC		
IEC* sobre reducción del riesgo	Gob	SC	
IEC sobre reducción del estigma y discriminación	Gob	SC	
Promoción del preservativo	Gob	SC	
Asesoramiento y pruebas del VIH	Gob / SC		
Reducción de daños para los consumidores de drogas inyectables		Gob	SC
Reducción del riesgo para los HSH	Gob	SC	
Reducción n del riesgo para los profesionales del sexo	Gob	SC	
Servicios de salud reproductiva, incluidos la prevención y tratamiento de las ITS	Gob / SC		
Educación escolar sobre el VIH para jóvenes	Gob	SC	
Programas para jóvenes no escolarizados		Gob / SC	
Prevención del VIH en el lugar de trabajo	Gob	SC	

\* IEC = Información, educación comunicación

<sup>†</sup> Gob = Representantes de organizaciones del gobierno

<sup>‡</sup> SC = Representantes de organizaciones de la sociedad civil, agencias de cooperación.

Fuente: Encuesta ICPN, 2009.

Elaboración: Equipo consultor.

Los principales logros percibidos por los encuestados en cuanto a la ejecución de programas de prevención tienen que ver con mejor reporte de los casos y mayor conciencia social sobre la epidemia. La sociedad civil reconoce que el PNS ha tenido una mayor intervención y mejor autoría para la planificación de los procesos.

Se avanza en educación sexual y prevención de manera lenta pero paulatina. En el ámbito educativo, se ha progresado en la definición de reglamentos y decretos ministeriales que favorecen la educación para la sexualidad en el ámbito escolar, los que incluyen de manera explícita la prevención de VIH.

En cuanto a problemas por resolver, se mencionan la necesidad de mantener las campañas y los programas de forma continua en los centros educativos y en los sitios de trabajo, y la compra de pruebas rápidas. Los representantes de la sociedad civil consideran que las intervenciones de prevención siguen siendo aisladas, sin medición y en su mayoría desde respuestas de la sociedad civil y con fondos de proyectos que se acaban. No existe una asignación de recursos para la sostenibilidad del trabajo realizado por la sociedad civil, ni hay una política real aplicada desde lo nacional y público.

Las limitaciones de financiamiento fueron recurrentemente citadas como un obstáculo para los programas de prevención y la falta de acceso universal a los servicios.

Desde las organizaciones de PVV, se plantearon acciones específicas a desarrollar en el tema de prevención, que si bien consideran ciertas actividades que ya se vienen realizando, dan un marco apropiado de acción:

1. Determinar políticas para la prevención
2. Determinar sectores prioritarios
3. Asignar presupuestos
4. Establecer competencias y funciones
5. Adoptar modelos probados para la prevención
6. Coordinar acciones
7. Establecer planes y programas
8. Establecer estrategias de lucha contra el estigma y la discriminación relacionados con la sexualidad
9. Contar con recursos económicos suficientes
10. Dejar a un lado los protagonismos institucionales y personales
11. Mayor capacitación y apoyo técnico
12. Establecer mecanismos para rendición de cuentas
13. Establecer mecanismos para intercambio de información y tecnología
14. Asegurar la participación de las poblaciones más afectadas.

#### **a.2.4. Tratamiento, atención y apoyo**

Las acciones de tratamiento, atención y apoyo siguen los lineamientos del PNS, para lo cual se elaboran guías de Atención Integral a PVV<sup>13</sup> que son revisadas y actualizadas periódicamente, siendo la última edición la de 2009. En éstas se delimitan las normativas de prevención, atención, tratamiento y apoyo. Es importante mencionar que con relación al apoyo a PVV, las intervenciones han sido insuficientes a nivel de la respuesta nacional.

El país ha identificado las necesidades en los servicios de tratamiento, atención y apoyo. Estas necesidades fueron determinadas a través de:

- En el año 2007 se establecieron las brechas programáticas y financieras de la

respuesta al VIH del país. Esto ayuda a entender de manera más clara dónde y cómo intervenir de manera más eficiente.

- En el año 2008 se elaboró el Informe del estudio de Acceso Universal<sup>5</sup>.
- En el año 2008, se elaboró un plan de priorización de la respuesta al VIH y se ha trabajado en un plan para operativizar el PEM.
- En el año 2009 el MSP-PNS realizó un análisis epidemiológico nacional que identificó las zonas geográficas de mayor concentración de la epidemia.
- En los años 2008 y 2009, se elaboraron los diagnósticos situacionales de la atención a PVV, en 7 UAI del VIH/Sida.<sup>7</sup>

El país ha continuado su avance en el tratamiento de PVV, mediante esfuerzos importantes para proveer terapia ARV, profilaxis y tratamiento de infecciones oportunistas, diagnóstico y tratamiento de ITS y contactos.

Sin embargo es necesario aclarar que la atención a los usuarios aún es débil en algunos servicios de salud, sobre todo en el tema de estigma y discriminación y en la coordinación al interior de los establecimientos de salud.

La ejecución de servicios de tratamiento, atención y apoyo percibido por los encuestados se aprecia en la siguiente tabla.

**Tabla 25. Ejecución de servicios de tratamiento, atención y apoyo relativos al VIH**

Servicios de tratamiento, atención y apoyo del VIH	La mayoría de las personas necesitadas disponen de acceso	
	De acuerdo	En Desacuerdo
Terapia ARV	Gob / SC	
Atención nutricional		Gob / SC
Tratamiento pediátrico del Sida	Gob / SC	
Tratamientos de las ITS	Gob / SC	
Apoyo psicosocial para las PPV con el VIH y sus familias	Gob	SC
Atención domiciliaria		Gob / SC
Cuidados paliativos y tratamiento de infecciones comunes relacionadas con el VIH	Gob	SC
Asesoramiento y pruebas del VIH para los pacientes con TB	Gob / SC	
Análisis sistemático de la TB de las personas infectadas por el VIH	SC	Gob
Terapia preventiva de la TB para las personas infectadas por el VIH	SC	Gob
Control de la infección de TB y tratamiento el VIH en establecimiento de atención	SC	Gob
Profilaxis con cotrimoxazol en personas infectadas por el VIH	Gob / SC	
Profilaxis posterior a la exposición (p.ej., exposición ocupacional al VIH, violación)		Gob / SC

<b>Servicio de tratamiento del VIH en el lugar de trabajo o sistemas de derivación para tratamiento a través del lugar de trabajo</b>		Gob / SC
<b>Atención y apoyo relacionados con el VIH en el lugar de trabajo (incluidos acuerdos de trabajo alternativos)</b>		Gob / SC

Fuente: Encuesta ICPN, 2009.

Elaboración: Equipo consultor.

El Ecuador ha seguido con la política para el uso de medicamentos genéricos y para la importación paralela de medicamentos para el VIH. La adquisición de ARVs, preservativos y drogas de sustitución se realiza gracias a los mecanismos de gestión regional para la adquisición y suministro de productos esenciales. El Ecuador adquiere medicación ARV en genéricos del Fondo Estratégico de OPS, y forma parte del Organismo Andino de Salud (ORAS) que se encarga de la negociación de medicamentos ARV. Solo el MSP tiene estos mecanismos de adquisición explícitos y aún se está luchando por una sola compra nacional junto con otras instituciones como IESS, PPNN y FFAA.

Los principales logros respecto de la ejecución de programas de atención y apoyo se refieren a:

- Gratuidad de los servicios, especialmente para tratamiento ARV.
- No hay listas de espera de pacientes para ARV pese al aumento de punto de corte de CD4 hasta 350 para el inicio de la terapia ARV
- La creación, fortalecimiento y mejoramiento de las UAI de VIH/Sida y la propuesta para la desconcentración en las unidades operativas de primero y segundo nivel, para brindar atención a las PVV y a la población vulnerable. Sin embargo aún no se alcanzan los niveles adecuados y satisfactorios de prestación de calidad, lo que se encuentra en proceso de mejoramiento.

Los retos que quedan por resolver en cuanto a tratamiento, atención y apoyo tienen que ver con:

- Mejorar la calidad de servicios integrales a los usuarios.
- Establecer un sistema de atención ambulatoria en el marco de la desconcentración de los servicios.
- Establecer una planificación, compra y distribución única de medicamentos e insumos a nivel nacional, para contrarrestar las dificultades de abastecimiento y ruptura de stocks de los prestadores de servicios.
- Generar políticas multisectoriales e integrales de apoyo a PVV, que permitan mejorar su calidad de vida.

La sociedad civil en su rol de veeduría se refirió también a lo siguiente:

- Hay dificultades en el acceso real a los servicios y en la calidad de la atención.
- No existe capacitación y sensibilización al personal que labora en los sitios de atención.

- Falta de asignación oportuna del presupuesto requerido para implementar el modelo de atención del MSP-PNS y otros prestadores públicos de salud.

En cuanto a las necesidades relacionadas con el VIH de los huérfanos y otros niños vulnerables, los entrevistados refieren que el país no cuenta con una política o estrategia que defina las acciones y recién en 2010 se están iniciando esfuerzos para desarrollarla. Existen esfuerzos aislados de buena voluntad de la Iglesia u ONGs, con enfoque asistencialista pero no tienen alcances nacionales ni generan impacto. El estado ha aportado muy poco a través del Instituto Nacional de la Niñez y la Familia (INNFA) también con enfoque asistencialista.

La visibilización de la población de niños/as vulnerables en estado de orfandad a causa del VIH Sida es una prioridad. ONGs y algunas agencias de cooperación se encuentran enfatizando esfuerzos a nivel nacional y a nivel local con el fortalecimiento de modelos de atención de niños/as que corresponden a este tipo de población.

La falta de información sobre la situación de estos niños es quizá el reto más urgente y se hace imperativo realizar investigaciones de niños/as vulnerables y en estado de orfandad a causa del VIH/Sida para visibilizar mejor el problema e incidir en política pública sobre el mismo. El Consejo Nacional de la Niñez y la Adolescencia (CNNA) y el MSP, con apoyo de DNI, CARE, Misión Alianza y UNICEF, iniciaron en 2009 un diagnóstico sobre este tema y no se cuenta con los resultados del estudio.

## **a.2.5. Derechos Humanos**

El marco legal referente a la protección de la discriminación a personas afectadas por el VIH está en función de la Constitución, la Ley de prevención y extensión de asistencia integral de VIH/Sida, las reglamentaciones de protección laboral y acuerdos ministeriales de los ministerios de trabajo y educación, y ordenanzas municipales.

La Constitución Política del Ecuador (aprobada por referéndum en septiembre 2008) tiene una disposición general contra todo tipo de discriminación:

- art. 11 núm. 2: “todas las personas son iguales y gozarán de los mismos derechos deberes y oportunidades nadie podrá ser discriminado por razones..., entre otras, identidad de género, orientación sexual, estado de salud, portar VIH...”

También existen disposiciones específicas recientes en materia de no discriminación a personas viviendo con el VIH/Sida:

- Nivel nacional: Acuerdo Ministerial No. 00398 del 13 de julio del 2006, del Ministerio de Trabajo y Empleo: prohíbe hacer pruebas obligatorias a los empleados, pedir pruebas para empleo, o despedir a un empleado que vive con VIH Sida; impulsa acciones de prevención y no discriminación en el sector laboral. Es un avance significativo en la lucha por garantizar los derechos de las PVV ([www.mintrab.gov.ec](http://www.mintrab.gov.ec)).
- Resolución No. 166.09 del Consejo Nacional de Educación Superior (CONESUP) del 22 de mayo del 2009: prohíbe a las instituciones de educación superior la exigencia de la prueba de VIH para ingresar a estudiar o a trabajar, y prohíbe la exclusión de la comunidad académica a PVV; dispone que las instituciones de educación superior organicen la respuesta al VIH y realicen acciones de prevención (incluido en la

población externa a través de la vinculación con la comunidad); que incorporen el tema en el currículo y en la investigación; que promuevan la prueba voluntaria; y que todo lo anterior se articule con el MSP-PNS.

- Acuerdos ministeriales del Ministerio de Educación y Cultura, cuyos extractos se citan a continuación:
  - Acuerdo 436: Prohibir que las autoridades de los establecimientos educativos públicos y particulares de los diferentes niveles y modalidades del Sistema Educativo Nacionales, exijan a los estudiantes se realicen cualquier tipo de pruebas o exámenes de salud relacionadas con la identificación del VIH/Sida, como requisito para: inscripciones, matriculas, pases de año, graduación o por cualquier situación institucional, por ser atentatorio contra los Derechos Humanos.
  - Acuerdo 403: Institucionalizar la educación sexual en los establecimientos educativos fiscales, particulares, fiscomicionales y municipales del país.
  - Acuerdo 346: Conformar el equipo técnico central del Programa Nacional de Educación de la Sexualidad y el Amor, PRONESA.
- Ordenanzas municipales: Por ejemplo, el Municipio de Quito, incluye en su ordenanza integral de salud varios elementos relativos al VIH y la garantía de derechos humanos relacionados.

Las leyes y reglamentos del país protegen específicamente a las siguientes poblaciones vulnerables:

**Tabla 26. Poblaciones vulnerables protegidas por el marco legal ecuatoriano**

Tipo de Población vulnerable	Protección Legal	
	Si	No
Mujeres	Si	
Jóvenes	Si	
Consumidores de drogas inyectables		No
HSH	Si	
TS		No
PPL		No
Migrantes/poblaciones móviles	Si	
Otras (jóvenes y niños en situación de calle)	Si	

Fuente: Encuesta ICPN, 2009  
Elaboración: Equipo consultor.

Según los entrevistados de la sociedad civil, otras leyes y mecanismos que garantizan la aplicación de leyes y reglamentos de protección a los grupos vulnerables son:

En general:

- En el país existen organizaciones gubernamentales y de sociedad civil que se han agrupado en comités de veeduría ciudadana tanto para velar por el cumplimiento de la ley como para formular nuevas propuestas de protección a las minorías

HSH: La Constitución de la República en su artículo 11 numeral 2 citado anteriormente, garantiza la igualdad y no discriminación por orientación sexual.

A nivel del Distrito Metropolitano de Quito la ordenanza 240 tiene como perspectiva la diversidad en términos de protección "...para promover el respeto a la Diversidad Sexual en Distrito Metropolitano de Quito y erradicar toda forma de violencia y discriminación" y declara al 17 de mayo como Día Contra la Homofobia.

Mujeres y niños:

- Leyes de maternidad gratuita y atención a la infancia en protección para grupos vulnerables.
- Código de la niñez y adolescencia

TS:

- La tarjeta de salud integral que promueve la atención periódica y voluntaria a las trabajadoras sexuales. Éste no es un instrumento represivo ni obligatorio, nada más un instrumento tendiente a garantizar el acceso a los servicios de salud.

Las leyes de protección a esas poblaciones señalan que mujeres y jóvenes, entre otros, tienen garantizados todos sus derechos humanos y que el Estado ha creado organismos gubernamentales especializados para atender las demandas de dichas poblaciones.

La salud es un derecho que garantiza el Estado y este derecho se implementa mediante políticas que se rigen por principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficacia.

Aunque por consenso la sociedad civil no reconoce la existencia de mecanismos efectivos de vigilancia que aseguren el respeto de los derechos humanos, se identifican varias instancias que velan por el ejercicio de los derechos, entre ellas, la Defensoría del Pueblo, La Unidad de Género y Equidad del Ministerio de Relaciones Laborales, las comisarías de la familia, Centros de Equidad y Justicia del Municipio de Quito, entre otros.

Organismos como la Defensoría del Pueblo, creados para garantizar el cumplimiento de la ley, requieren que ante los mismos se presenten instancias de reporte para proceder. Estos organismos resultan insuficientes para atender todos los casos planteados, a pesar de que, lastimosamente, el mayor porcentaje de violaciones a los derechos de poblaciones vulnerables no son reportados. En general, a pesar de tener el marco normativo, no se cuenta con medios y mecanismos que permitan un eficiente control de su aplicación.

Ciertas leyes, reglamentos o políticas del país suponen obstáculos para la prevención, tratamiento, atención y apoyo eficaces relacionados con el VIH para las poblaciones más expuestas y otras subpoblaciones vulnerables, por ejemplo:

- El artículo N° 606 del Código de Procedimiento Penal prohíbe a las personas permanecer por más de 30 minutos paradas en sitios públicos sin un propósito definido a riesgo de perder su libertad. Esto violenta los derechos de las personas e impone un obstáculo para quienes ejercen el trabajo sexual. Éste es uno de los artículos que está siendo debatido en la Comisión Especializada de Justicia y Estructura del Estado de la Asamblea Nacional.

- Las ordenanzas municipales de algunas ciudades niegan el uso de espacios públicos para eventos públicos, lo que ha obstaculizado ciertas actividades de comunicación y promoción de salud organizadas por grupos de la sociedad civil.
- Por políticas y normativas judiciales, las PPL deben asistir a controles médicos fuera del recinto penitenciario escoltados por 2 guías y acompañados de una trabajadora social del área a la que pertenecen. Esto impone un obstáculo cuando ese personal no está disponible para asistir con la persona afectada a sus controles de salud.

Aparte de la protección y fomento de los derechos mencionados en las leyes citadas anteriormente, el PEM en sus principios rectores reconoce que la respuesta al VIH-Sida tiene un enfoque social de derechos que vuelve prioritaria la participación de la sociedad civil organizada y de las PVV como principio regulador del quehacer del Estado (segundo principio rector). Así mismo, reconoce que la garantía del ejercicio y goce de los derechos humanos con un enfoque integral que tome en cuenta el ciclo de vida, es la razón de ser de las políticas, programas y servicios relacionados con la prevención, atención y tratamiento de VIH/Sida (tercer principio rector).

Si bien existe el marco legal que protege contra la discriminación a causa del VIH, los mecanismos para el registro, documentación y tratamiento de esos casos, no son claros o son muy burocráticos. La Defensoría del Pueblo es un espacio de denuncia y hay dos antecedentes de acción por parte de esta instancia: frente a un caso de no inclusión de medicamentos ARV en el sistema de seguridad social y el otro de discriminación laboral, con buenos resultados.

En el Ministerio de Relaciones Laborales, se pueden denunciar casos de discriminación laboral por VIH/Sida, basándose en el artículo 398 del Código del Trabajo. Esta unidad de asesoría que se formó en coordinación con PNUD y CARE apoyó el trabajo con el sector privado.

Existen también reformas al Código Penal que incluyen la tipificación como delito a las acciones de xenofobia, discriminación social y odio.

La participación de PVV se ha dado principalmente en el sector salud, pero aún no es suficientemente representativa. Ha existido una importante participación por parte de los grupos organizados de cada población en la elaboración del PEM y los POAS de los sectores estratégicos así como en la formulación de normas diseñadas por el MSP.

Un avance importante en términos de derechos es la gratuidad vigente en el país para servicios de prevención, medicación ARV y otras intervenciones de atención y apoyo relacionadas con el VIH. La gratuidad está enfocada también en mujeres embarazadas, tratamiento de ITS, atención para PPL, TB y al tratamiento con ARVs. Además, varios servicios todavía son limitados en cobertura como la adquisición de preservativos, el acceso de adolescentes a los servicios de prevención y la accesibilidad de las mujeres a servicios de prevención fuera del periodo de embarazo y parto.

Si bien existe equidad entre hombres y mujeres para recibir servicios relacionados con el VIH, no hay una política que garantice el acceso a dichos servicios y menos aún el acceso de mujeres a dichos servicios fuera del contexto del embarazo y parto. Tampoco existen políticas que aseguren la igualdad de acceso a poblaciones vulnerables y más expuestas. El acceso de PVV al tratamiento ARV es gratuito una vez que han sido enroladas en el programa.

A pesar de que existen regulaciones legales que prohíben las pruebas de VIH a efectos de

trabajo, empleo y educación, su cumplimiento no es completo y ciertas instituciones realizan pruebas sistemáticas de VIH.

El país cuenta también con políticas que requieren que los protocolos de investigación en VIH con participación de seres humanos sean revisados por comités de ética en los cuales hay participación de la sociedad civil y PVV, por ejemplo el comité de ética de la Universidad San Francisco de Quito. Se desconoce la eficacia de dichos comités.

En cuanto al apoyo legal, los miembros de la judicatura no han recibido capacitación sobre cuestiones relativas al VIH y los derechos humanos que pueden surgir en el contexto de su trabajo, ni hay un sistema de ayuda jurídica para el trabajo de asistencia relacionado con el VIH. Por otro lado, sí existen bufetes jurídicos que brindan asesoría gratuita o con precios reducidos y programas de educación sobre sus derechos a PVV, como los consultorios jurídicos de la clínica de Derechos Humanos de la Universidad Católica, del Colegio de Abogados de Pichincha y la asesoría legal que brinda la CEPVVS.

La sociedad civil reconoce la existencia de programas para reducir el estigma y la discriminación vinculados al VIH, los cuales se realizan en medios de comunicación, educación escolar, intervenciones periódicas de personalidades, proyectos sociales de ONGs u organizaciones comunitarias, que operan desde el ámbito privado mas no como programas del estado.

En general, la sociedad civil considera que los principales logros en derechos humanos en aspectos relacionados con el VIH son:

- La inclusión de las poblaciones vulnerables y más expuestas en mesas de diálogo y toma de decisiones
- Las políticas en el sistema educativo
- El marco general de la Constitución 2008 y posicionar el tema de VIH a nivel de la Constitución y en ciertos acuerdos ministeriales y ordenanzas
- El empoderamiento de la sociedad civil, especialmente PVV
- El PEM 2007-2015
- La protección contra la discriminación en el ámbito laboral y educativo.
- En el campo de la Salud, acceso a ARV. Acceso a pruebas y atención integral.

Entre los problemas que quedan por resolver en este campo, se mencionaron:

- Acceso universal a educación e insumos para la prevención y tratamiento antirretroviral
- Operativización de las leyes para garantizar el acceso de todos los grupos, haciendo efectivas las políticas y logrando una respuesta integral tomado en cuenta el contexto cultural
- Que las declaraciones de la constitución se traduzcan en leyes, reglamentos , acuerdos, ordenanzas y decretos específicos, y éstos en planes y programas con personal capacitado y multidisciplinario, con infraestructura, y presupuesto que permita la sostenibilidad
- Que las personas afectadas ejerzan sus derechos de ciudadanía

Entre los logros por hacer cumplir el marco legal, se destacó:

- La elaboración y aprobación de la nueva normativa de atención y acceso a salud integral
- La exigibilidad la sociedad civil y PVV, a través de la Defensoría del Pueblo, que genera los espacios y mecanismos para una veeduría ciudadana

- La participación de diversas organizaciones en algunos espacios de acuerdos mínimos de trabajo.

Los problemas que todavía existen en lo referente a hacer cumplir políticas y leyes sobre derechos humanos en VIH son:

- Aumentar la participación, disminuir el centralismo, mirar la esfera cultural, modernizar la justicia, avanzar de la sensibilización a la comprensión y aplicación del marco legal en la realidad
- Falta de compromiso de las autoridades, poca sensibilización de personas e instituciones, débil coordinación interinstitucional
- Definir competencias
- Falta empoderamiento y visibilidad del colectivo de personas afectadas
- Falta de mecanismos de acompañamiento y reparación
- Mayor difusión del contenido de políticas y normas con énfasis en la obligatoriedad de su cumplimiento
- Mecanismos más eficaces de monitoreo (interno) y veeduría social (control externo) para generar mecanismos de información y promoción de derechos que fortalezcan el desarrollo de procesos de exigibilidad del cumplimiento de las leyes
- Planificación, ejecución, monitoreo y evaluación conjunta de logros como país, en función de territorios.

### **a.2.6. Participación de la Sociedad Civil**

Los representantes de la sociedad civil valoran de manera alta (4/5) su contribución al fortalecimiento del compromiso político de los líderes nacionales y a la formulación de políticas y estrategias.

Los grupos comunitarios se han movilizado fuertemente con el apoyo de la cooperación internacional para insertar en la agenda del Estado el tema de VIH, en un contexto integral y han sido un motor para movilizar la respuesta multisectorial.

Un espacio de acción para la sociedad civil fue la Asamblea Constituyente, donde el rol que cumplió fue preponderante.

La participación de la sociedad civil en la formulación del PEM fue importante y ha cumplido un rol relevante de veeduría, tanto en atención integral como en prevención.

Hay que mencionar las acciones realizadas por la Coalición Ecuatoriana de PVV (CEPVVS), como parte de las acciones apoyadas por la Iniciativa BACKUP de la GTZ para impulsar la conformación de la Red Ecuatoriana de Organizaciones con trabajo en VIH/Sida (REDEVIDA), integrada por 26 grupos de PVV y núcleos provinciales de la CEPVVS.

Pese a los limitados recursos de la sociedad civil, se han podido impulsar iniciativas de respuesta a la epidemia, principalmente de prevención y la ejecución de proyectos alineados al PEM. Cabe resaltar el esfuerzo realizado por algunas ONGs en procesos de difusión de aprendizajes, en implementación de políticas sobre VIH/Sida con diferentes actores clave y otras organizaciones, trabajo con poblaciones transgénero.

Se logró el funcionamiento del CAI (Comité Asesor Interinstitucional), con el ME, para el apoyo en la implementación de la Ley de Sexualidad y el Amor.

Reconocen también que se debe hacer un esfuerzo por mejorar la calidad y cantidad de participación de las organizaciones de la sociedad civil para lograr una participación amplia

y diversa, con mayor inclusión de universidades, iglesias y otras ONGs que por diferentes razones no participan o lo hacen en forma limitada.

La participación de la sociedad civil en la formulación del PEM fue percibida como muy importante (4/5) tanto en cantidad como en calidad.

**Tabla 27. Participación de la Sociedad Civil en la Respuesta al VIH**

Ámbito de Participación	Valoración (1-5)
Inclusión de servicios de la SC en:	
Estrategia nacional del Sida	2
Presupuesto nacional del Sida	0
Informes nacionales sobre Sida	2
Inclusión de la SC en:	
Desarrollo del plan nacional de vigilancia y evaluación	1
Comité nacional de vigilancia y evaluación	1
Esfuerzos locales de vigilancia y evaluación	1

Fuente: Encuesta ICPN, 2009.

Elaboración: Equipo consultor.

La inclusión, coordinación y articulación de la sociedad civil con el sector público todavía es débil a pesar de su rol a nivel de formulación de estrategias y metodologías. Esa debilidad se ve reflejada en la poca participación en prestación de servicios, asignación de presupuesto y vigilancia y evaluación. En lo referente a servicios la sociedad civil realiza consejería y tamizaje, educación, pero no administra tratamiento. La sociedad civil también brinda apoyo técnico, transferencia de tecnologías, promoción y defensa de los Derechos Humanos y mantiene un constante encuentro con las autoridades para acciones de incidencia política. Los entrevistados manifiestan que, lastimosamente, estos esfuerzos no se reflejan en los informes nacionales sobre el Sida que se elaboran anualmente a propósito del Día Mundial del VIH/Sida.

La participación en vigilancia es débil pues no existen planes formales para eso ni tiene el país mecanismos para evaluar los avances del PEM aunque si hay todo un sistema de vigilancia en el MSP, que produce información. No existe hasta la presente, un sistema de monitoreo conjunto que pueda medir el aporte de la respuesta intersectorial al VIH Sida.

El Mecanismo de Coordinación de País para la ejecución de los proyectos financiados por el FM es una instancia de veeduría donde la participación de la sociedad civil es imperativa para la ejecución de los proyectos financiados por el FM.

En general, los representantes de la sociedad civil perciben que son invitados coyunturales sin capacidad activa de participación y con frecuencia sólo validan procesos. Según sus representantes, falta interés por parte del Estado para la intervención de la sociedad civil en estos temas.

Las organizaciones que trabajan en VIH/Sida son numerosas y de diverso tipo, sin embargo no se visibiliza un trabajo coordinado a nivel nacional, sino más bien a nivel local es donde su trabajo es más visible. Existen redes nacionales de grupos más expuestos y vulnerables que se han organizado para influir en la política pública y trabajar con las autoridades de gobierno.

En cuanto al acceso de la sociedad civil a financiamiento y apoyo técnico, en los últimos dos años ha mejorado, principalmente por su participación en el proyecto financiado por el FM, pero sigue siendo muy limitado.

El Estado no asigna recursos a la sociedad civil para la implementación de proyectos en VIH/Sida; la sociedad civil gestiona fondos ante agencias nacionales e internacionales, los cuales son insuficientes para lograr las metas de la respuesta nacional a la epidemia.

Todavía existen organizaciones con insuficiente desarrollo y capacidad institucional, lo cual limita su acceso a financiamiento nacional e internacional. Aquellas organizaciones que tienen un adecuado conocimiento técnico han tenido mayores oportunidades en el país, las mismas que han logrado participar continuamente en proyectos del FM o de otros organismos financiadores de proyectos. En el país todavía es escasa la participación de organizaciones ligadas a las religiones.

En cuanto al aporte de la sociedad civil en programas de VIH, la percepción de los encuestados es la siguiente:

**Tabla 28. Estimación del aporte de la Sociedad Civil en servicios relacionados con el VIH**

Servicio	Aporte
Prevención para jóvenes	51 –75%
Prevención para las poblaciones más expuestas:	
- Consumidores de drogas inyectables	NA
- HSH	>75%
- TS	<25%
Asesoramiento a pruebas	25 – 50%
Reducción del estigma y discriminación	>75%
Servicios clínicos (IO*/terapia ARV)	<25%
Atención domiciliarias	<25%
Programa para HNV†	>75%

\* IO = Infecciones Oportunistas

† HNV = Huérfanos y otros Niños Vulnerables

Fuente: Encuesta ICPN, 2009.

Elaboración. Equipo consultor.

Los principales logros de los esfuerzos por aumentar la participación de la sociedad civil en los últimos años son:

- La permanencia y fortalecimiento de algunas organizaciones y liderazgos
- Participación en Asamblea Constituyente
- A nivel del sector salud se ha logrado que sus sugerencias sean tomadas en cuenta, no así en otras áreas como educación, empleo y sobre todo en el sector privado
- Educación a la sociedad a través de seminarios y foros de discusión
- Alcance a pares entre población transgénero, a través de la información, para la prevención, incentivando el correcto uso del preservativo
- Participación en la Reforma a la Ley de VIH
- Incorporación de plataforma en la Constitución 2008

Los problemas identificados por la sociedad civil que quedan por resolver son:

- Asignación por parte del Estado de por lo menos el 50% de los recursos para la sostenibilidad de las acciones que realiza la sociedad civil
- Fragmentación y establecimiento de complementariedad con responsabilidades del estado y no suplir su función
- Participación sin mayor coordinación
- Limitaciones técnicas y financieras
- Débil ejercicio de rendición de cuentas
- Poco intercambio y gestión de conocimientos
- Débil capacidad organizacional
- Deficiencias de mecanismos de monitoreo, evaluación y articulación de estos actores
- La participación de organizaciones de la sociedad civil en los proyectos del FM ha llevado a que dichas organizaciones disminuyan su rol de incidencia política por dedicar sus esfuerzos primordialmente a la implementación de actividades de dichos proyectos.

### a.3. Desarrollo de Áreas Programáticas

#### a.3.1. Seguridad hematológica

**Tabla 29. Indicador de Seguridad Hematológica**

Indicador	Fuente	2008		2009		Observaciones
		N	%	N	%	
3. Porcentaje de unidades de sangre donada que se analiza para la detección del VIH con criterios de calidad asegurada	Secretaría Nacional de Bancos de Sangre a Cruz Roja Ecuatoriana	155441	100	175830	100	Se tamiza el 100% de muestras con Microelisa 4ta generación. Cruz Roja mantiene control interno y participa en el Programa Evaluación Externa de Desempeño en Quito.

La Red Nacional de Bancos de Sangre reportó un total de 155441 unidades de sangre donada en 2008 y 175830 unidades de sangre donada en 2009 en sus diferentes establecimientos, de las cuales se realizaron pruebas de tamizaje para VIH al 100% de las mismas. La Red está conformada por la Cruz Roja Ecuatoriana, el Ministerio de Salud Pública, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, la Junta Nacional de Beneficencia, Fuerzas Armadas y hospitales privados. Todas las instituciones cuentan con centros hematológicos de cribado de sangre.

El tamizaje para VIH de las unidades de sangre es parte del paquete de análisis que realizan las instituciones y que incluye además pruebas para enfermedad de Chagas, Sífilis, Hepatitis B y C. Todos los donantes son sometidos a una encuesta de autoexclusión.

**Tabla 30. Unidades de sangre analizada según cumplimiento de normas de control de calidad por hemocentro. Ecuador 2009.**

Nombre del centro hematológico de cribado sistemático de sangre	Sangre donada	Sangre analizada con criterio de calidad asegurada
Cruz Roja del Ecuador	119926	119926
MSP	3077	3077
IESS	22763	22763
Junta de Beneficencia	22152	22152
Hospitales privados	4101	4101
Fuerzas Armadas	3841	3841
<b>TOTAL</b>	<b>175830</b>	<b>175830</b>

Fuente: Secretaria de Bancos de Sangre del Ecuador, 2009

Elaboración: Equipo consultor.

Como fue reportado en el Informe UNGASS 2006-2007, para asegurar la calidad de la sangre donada, la Red de Bancos de Sangre ha desarrollado un plan con tres contenidos (fundamentado en la Gerencia de Calidad ISSO 9000): 1) Gerencia de Calidad para dotar de una normativa a los Bancos de Sangre y para habilitar y acreditar los mismos, 2) Programa de Evaluación Externa de desempeño, para mejorar la calidad y seguridad de las pruebas serológicas en los Bancos de Sangre (el Laboratorio de Investigación en Enfermedades Infecciosas de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, actúa como laboratorio evaluador y está encargado del programa de evaluación externa de desempeño con el apoyo de la Universidad de OHIO, 3) Incremento de la Donación Voluntaria. Según la Secretaria Nacional de Sangre de la Cruz Roja Ecuatoriana, toda la sangre donada que cumple con la ficha técnica, es analizada con criterio de "calidad asegurada".

En Quito y Guayaquil se procesan casi el 70% de las unidades, siendo la sede central de la Cruz Roja en Quito la institución que más unidades analiza.

### a.3.2. Terapia Antirretrovírica

**Tabla 31. Indicador de Cobertura de Tratamiento ARV**

Indicador	Fuente	2008		2009		Observaciones
		N	%	N	%	
4. Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH avanzada que recibe terapia antirretrovírica	MSP-PNS	CD4 menos de 250		CD4 menos de 250		Denominadores calculados con los estimados del modelo matemático del Sistema Spectrum. En 2009 se toma en cuenta las estimaciones para necesidad de ARV con CD4 menor a 250 y también CD4 menor a 350. No hubo casos de fallecimiento entre las personas que recibieron ARV. No se tiene información sobre abandonos o transferencias.
		Niños 296/632	46.8	Niños 379/617		
		Adultos 3432/ 8607	39.9	Adultos 4752/ 12511	39	
		CD4 menos de 350		CD4 menos de 350		
		Niños 379/617		Adultos 4752/ 16350	30	

Desde el inicio de la terapia ARV en el país, la cobertura ha ido mejorando de manera sostenida. En el año 2007, un total de 3205 personas recibieron terapia ARV, para 2008, el total, incluyendo niños y adultos fue 3728 y a diciembre del 2009 fue de 5131. Esto significa una cobertura del 100% de PVV con tratamiento ARV que están captados y atendidos por el MSP-PNS.

A pesar de este incremento y de cobertura en números absolutos, el porcentaje de personas que recibieron ARV en relación con el total estimado de personas que necesitaban ARV, disminuyó en los dos últimos años respecto del % reportado para 2007 en el Informe UNGASS 2008. La explicación de este resultado esta dada por el ajuste realizado a la estimación en el sistema Spectrum de ONUSIDA, ya que los números estimados resultaron en denominadores más altos para este indicador. Si tal es el caso, el porcentaje reportado en el informe anterior sobreestimaba el porcentaje de personas que recibieron ARV y los porcentajes reportados para 2008 y 2009 estarían más ajustados a la situación real.

De acuerdo a las estimaciones del sistema Spectrum, del total de personas con infección por VIH que necesitó ARV en el año 2009, 4.7% y 3.6% fueron niños, según el corte de CD4 sea 250 o 350 respectivamente.

Las 28 UAI a PVV que existen en el país están provistas de medicamentos ARV, por lo que no existen personas en lista de espera para recibir esa medicación. Sin embargo en el año 2009 se produjo un desabastecimiento de algunos medicamentos ARV, tanto en el MSP como en el IESS, dado que existieron dificultades en la gestión, adquisición y suministro de medicamentos ARV e insumos, el uso y manejo del nuevo sistema de compras públicas dispuesto por el Instituto Nacional de Compras Públicas del gobierno (INCOP) y el inicio de terapia con un corte de 350 CD4 que no estaba planificado por el MSP-PNS.

Por tanto, los bajos porcentajes que muestra este indicador se relacionan con las deficiencias de detección de casos, pues, como se señaló anteriormente, en 2009 se notificaron 1295 casos de Sida en todo el país y las estimaciones del sistema Spectrum son notoriamente más altas.

Para mejorar la atención a este grupo de personas, el PNS ha propuesto las siguientes acciones, en el marco del nuevo enfoque de intervención donde se realiza la priorización por provincias cantones y parroquias. Entre estas acciones se encuentran:

**Tabla 32. Estrategias con enfoque de riesgo y equidad**

INTERVENCIONES	Prioridad Cantonal		
	Alta	Media	Baja
Tamizaje a personas con signos tempranos de VIH	X	X	X
Tamizaje a personas con conductas de riesgo y alta prevalencia de VIH sin signos de Sida	X	X	X
Oferta de prueba voluntaria en unidades de atención primaria con prueba rápida en sangre digital	X	X	
Bajar el punto de corte de CD4 a 350 para inicio de ARV	X		
Monitoreo de adherencia	X	X	
Consejería para mejora de adherencia	X		
Tamizaje de paciente con TB para VIH	X	X	
Diagnostico de enfermedad tuberculosa en PVVS	X	X	

Fuente: PNS. Ministerio de Salud Pública. Ecuador. 2010

Elaboración: Equipo Técnico PNS

### a.3.3. Prevención de la Transmisión Maternoinfantil

Tabla 33. Indicador de Profilaxis de Transmisión Maternoinfantil

Indicador	Fuente	2008		2009		Observaciones
		N	%	N	%	
5. Porcentaje de embarazadas VIH+ que reciben fármacos ARV para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil	MSP-PNS	277/572	48%	477/562	85%	Denominador calculado con las estimaciones de embarazadas VIH+ del Sistema Spectrum.

Fuente: PNS. Ministerio de Salud Pública. Ecuador. 2010

El porcentaje de cobertura de profilaxis con ARV en embarazadas VIH+ en 2008, presenta un descenso comparado con lo reportado en el informe UNGASS 2006-2007. Una de las explicaciones esta relacionada a la calidad de los datos de 2008 que no fue satisfactoria debido a problemas del sistema de vigilancia del PNS. Debe considerarse también que el denominador del indicador para el reporte UNGASS anterior fue estimado a partir del esfuerzo de tamizaje por provincia, ya que las estimaciones anteriores del sistema Spectrum sobreestimaban el número de embarazadas VIH+. La estimación arrojó un número de embarazadas VIH + inferior en un 34% al año precedente, que aparenta ser una disminución demasiado grande. Para el cálculo del indicador en el presente informe se utilizó el software del sistema Spectrum, el mismo que fue ajustado con el objetivo de obtener valores más precisos en función de la realidad del país.

Es importante notar que en el año 2009 el porcentaje de embarazadas VIH+ que recibieron ARV alcanza el 85%, lo que demuestra una mejor captación, notificación y esfuerzo de tamizaje realizado en el país. El porcentaje de mujeres embarazadas a las cuales se les ha realizado pruebas de tamizaje ha ido en aumento, siendo de 59% en 2008 y alcanzando en 2009 el 73%. En números absolutos las mujeres embarazadas que se realizaron pruebas de tamizaje para VIH en los últimos años son: 188.024 en 2006, 202.878 en 2007, 211.927 en 2008 y 260.236 en 2009.

Las coberturas de tamizaje y prevalencia a nivel nacional en los dos últimos años se resumen en la siguiente tabla:

**Tabla 34. Coberturas de Tamizaje de Embarazadas para VIH y prevalencia por provincias. Ecuador 2008-2009.**

PROVINCIAS	2008					2009				
	Población embarazadas	Tamizadas	VIH positivas	Cobertura %	% positivas	Población embarazadas	Tamizadas	VIH positivas	Cobertura %	% positivas
Esmeraldas	11734	9833	34	83.8	0.35	11,751	6687	51	56.9	0.76
El Oro	14840	12374	11	83.4	0.09	14,875	11441	44	76.9	0.38
Guayas	90113	85108	119	94.4	0.14	81,701	81350	278	99.6	0.34
Los Ríos	20625	12027	16	58.3	0.13	20,647	12139	19	58.8	0.16
Manabí	39118	18842	23	48.2	0.12	39,012	26754	4	68.6	0.01
Santa Elena						7,956	7122	0	89.5	0.00
Santo Domingo de los Tsáchilas						10,352	4087	25	39.5	0.61
Azuay	18538	3120		16.8	0.00	18,558	14565	0	78.5	0.00
Bolívar	4736	3469		73.2	0.00	4,702	3790	0	80.6	0.00
Cañar	6408	3704	1	57.8	0.03	6,391	4325	3	67.7	0.07
Carchi	4075	2105		51.7	0.00	4,054	2550	0	62.9	0.00
Chimborazo	11733	6231	7	53.1	0.11	11,697	6091	2	52.1	0.03
Cotopaxi	11055	4200		38.0	0.00	11,087	5406	0	48.8	0.00
Imbabura	10617	4166		39.2	0.00	10,657	4563	0	42.8	0.00
Loja	11804	5639	6	47.8	0.11	11,729	6556	4	55.9	0.06
Pichincha	66279	24197	53	36.5	0.22	55,776	38033	36	68.2	0.09
Tungurahua	12032	2399		19.9	0.00	12,046	4758	0	39.5	0.00
Morona	5248	1083		20.6	0.00	5,255	2292	0	43.6	0.00
Napo	3676	3088	1	84.0	0.03	3,712	4293	0	115.7	0.00
Orellana	4430	1960		44.2	0.00	4,500	2451	2	54.5	0.08
Pastaza	2674	2323	1	86.9	0.04	2,700	3797	1	140.6	0.03
Sucumbíos	4963	3561	5	71.8	0.14	5,030	4296	8	85.4	0.19
Zamora Chinchipe	3001	2164		72.1	0.00	2,997	2578	0	86.0	0.00
Galápagos	574	334		58.2	0.00	579	312	0	53.9	0.00
<b>Total general</b>	<b>358271</b>	<b>211927</b>	<b>277</b>	<b>59,15</b>	<b>0,13</b>	<b>357764</b>	<b>260236</b>	<b>477</b>	<b>72,7</b>	<b>0,18</b>

Fuente: PNS. Ministerio de Salud Pública. Ecuador. 2010.

Elaboración: Equipo consultor

Según el Programa Nacional de VIH/Sida, todas las mujeres embarazadas detectadas como VIH+ reciben medicamentos ARV para prevenir la transmisión madre-hijo. El importante esfuerzo de tamizaje en 2009 se reflejó en un aumento del número de embarazadas VIH+ detectadas que superó ampliamente la meta anual del programa (meta de embarazadas VIH+ que inician ARV: 372, cumplimiento de meta: 128%). Para el año 2010, el PNS se ha planteado una meta de tamizaje de 322.200 mujeres embarazadas, esperando detectar a 501 embarazadas con infección por VIH.

### a.3.4. Cogestión del tratamiento de la Tuberculosis y el VIH

Tabla 35. Indicador de Respuesta a la Coinfección TB-VIH

Indicador	Fuente	2008		2009		Observaciones
		N	%	N	%	
6. Porcentaje de casos estimados de coinfección por el VIH y tuberculosis que recibió tratamiento para la tuberculosis y el VIH	MSP-Programa de Control de TB	SD				No existen datos completos para este indicador. El Programa de Control de Tuberculosis reporta 402 y 434 casos de co-infección para 2008 y 2009, pero no se conoce si recibieron tratamiento para Tuberculosis y VIH.
				SD		

El Sistema de información y vigilancia del PNS no registra la totalidad de los datos referentes a usuarios con coinfección de VIH-TB. Los únicos datos oficiales del MSP que hacen referencia a este indicador son producidos por el sistema de registro del Programa Nacional de Control de Tuberculosis (PCT). Sin embargo, el registro de estos casos adolece de inexactitud debido a que se refiere a pacientes de TB en los que se ha identificado infección por VIH, sea que el paciente presentaba dicha infección antes de la detección de su TB y lo reportó al programa de TB, o bien que se determinó su estado de VIH+ mediante tamizaje de pacientes tuberculosos.

En ambos casos la detección de coinfección es inexacta. Es probable que el paciente con TB no conozca su estado serológico para VIH, y por tanto no lo reporte al programa de TB. Por otro lado, el tamizaje de VIH a pacientes con TB no está completamente institucionalizado en el PCT, y consecuentemente no tiene amplias coberturas.

Se realizó un esfuerzo inicial de tamizaje en las 6 provincias con más altas tasas de prevalencia de VIH y TB (Guayas, Pichincha, El Oro, Los Ríos, Manabí y Sucumbíos) en el año 2007<sup>14</sup>, en el marco del proyecto de Expansión de la Estrategia DOTS en Ecuador, financiado por el FM. En las provincias mencionadas el tamizaje alcanzó coberturas elevadas, con un total de alrededor de 2.000 pacientes sometidos a la prueba, que representaban más del 90% de pacientes bajo tratamiento de TB en esas provincias durante el tiempo que demoró el tamizaje. A partir del año 2008 el PCT no consiguió institucionalizar las actividades de tamizaje por problemas operativos, con la consiguiente disminución de la cobertura; así vemos que en este año el tamizaje de VIH a nivel nacional alcanzó a 959 de los 7.126 pacientes de TB estimados (13%). En 2009 se tamizaron 1.803 pacientes de un total de 7.345 pacientes de TB (25%).<sup>15</sup>

Si asumimos que los pacientes reportados con coinfección provienen de aquellos tamizados, encontramos prevalencias de VIH en pacientes de TB demasiado elevadas (42% para 2008 y 24% para 2009), por lo que suponemos que el registro de casos de coinfección por el programa de TB proviene del tamizaje y de información de los propios pacientes. Debemos anotar que el incremento en el número absoluto de casos de coinfección entre 2007 (según resultados de tamizaje)<sup>14</sup>, y los reportados en 2008 (402)<sup>16</sup> y 2009 (434)<sup>17</sup> se debe principalmente a que el tamizaje de 2007 se realizó en 6 provincias y durante unos 5 meses, mientras que el reporte de los 2 últimos años es de 12 meses en cada año. Según la estimación realizada en el informe UNGASS anterior, los casos de coinfección en 2007

serían 379 (sin considerar los casos de TB diagnosticados en PVV). Este número absoluto es compatible con los reportados en los 2 años siguientes.

Los casos reportados por el programa de TB en 2009<sup>17</sup> presentaron la siguiente distribución:

**Tabla 36. Distribución de casos de co-infección TB-VIH reportados por el Programa de Control de Tuberculosis. Ecuador 2009.**

GRUPO DE EDAD POR SEXO																
0 - 14		15 - 24		25 - 34		35 - 44		45 - 54		55 - 64		65 y +		SUBTOTAL		TOTAL
M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
12	6	44	11	150	32	75	28	45	12	13	3	2	1	341	93	434

Fuente: PCT. Ministerio de Salud Pública. Ecuador. 2010.

Elaborador por equipo consultor

Si aplicamos la prevalencia de coinfección encontrada en 2007 en los pacientes tamizados (7.5%), asumiendo un comportamiento similar de la epidemia, al total de pacientes de TB en 2008 y 2009, se puede estimar que el número de casos de coinfección (sin contar a los PVV diagnosticados de TB) sería de 534 y 551 respectivamente.

Si de la misma forma consideramos que todos los pacientes reportados con coinfección reciben tratamiento para ambos procesos tendríamos que 75% y 79% de pacientes coinfectados recibió tratamiento para TB y VIH en 2008 y 2009 respectivamente.

El manejo integral de pacientes con coinfección VIH-TB es quizá, en ambos programas del MSP, el componente con mayores dificultades. El tamizaje de VIH en pacientes con TB es bajo, y por otro lado la evaluación de TB en pacientes VIH+ ha presentado dificultades para el PNS.

Uno de los obstáculos para la realización de tamizaje de VIH en pacientes con TB es que la muestra de sangre se obtiene por punción venosa y no por punción digital. Esto significa que el paciente debe trasladarse al laboratorio del área de salud correspondiente para extraerle la muestra. El Programa de TB ha tratado de conseguir, sin éxito, que las pruebas de tamizaje se realicen en las unidades operativas de atención (Centros y Subcentros de Salud), con muestras de punción digital para aumentar la cobertura de realización de pruebas. Sin embargo, esta solicitud ha recibido la negativa del PNS y del sistema de laboratorios del MSP, aduciendo temor a incrementar el porcentaje de resultados falsos, positivos y negativos.

En 2007 un comité de expertos en VIH-TB, conformado por representantes de ambos programas del MSP y expertos de otras instituciones, elaboró la Guía de Atención Integral de la coinfección VIH/Sida-TB, que fue actualizada en marzo de 2009<sup>18</sup>. Esta guía incluye algoritmos de evaluación de TB en pacientes VIH+, que si bien siguen los parámetros científicos internacionales actuales, presentan dificultades para su aplicabilidad nacional dadas las condiciones del sistema de servicios de salud del Ecuador.

Un estudio de validación de la aplicabilidad de esos algoritmos, realizado entre 2008 y 2009 (MSP-CARE)<sup>19</sup>, reveló los siguientes problemas para el diagnóstico de coinfección en PVV:

- No existe pleno consenso entre los médicos sobre criterios clínicos y científicos de evaluación de TB en estos pacientes.

- No existe suficiente colaboración por parte de los médicos tratantes de ciertas UAI a PVV para la aplicación de los flujogramas.
- Las citas médicas son programadas cada uno o dos meses, lo que determina un tiempo demasiado largo para completar los flujogramas.
- Los costos de ciertos exámenes que no se realizan en las UAI a PVV del MSP dificultan la realización de los mismos por parte de los usuarios.
- Las autoridades provinciales, donde funcionan las UAI a PVV y otras instituciones no muestran mayor sensibilización ni interés sobre el tema de la co-morbilidad TB-VIH.
- En algunas provincias, como Pichincha, hace falta mayor involucramiento de los responsables del PCT provincial en este tema, en particular para poder aplicar los algoritmos y dar el seguimiento que se requiere. En cuanto a las otras provincias, todavía no se aplican los algoritmos porque primeramente se está validando la guía.
- Hay dificultades con la obtención y distribución de pruebas de PPD, así como falta de capacitación al personal sobre aplicación e interpretación de la prueba en todas las clínicas donde se llevará a cabo.

### a.3.5. Las Pruebas de VIH en la Población General

**Tabla 37. Indicador de Progreso en Asesoramiento y Pruebas de VIH en Población General**

Indicador	Fuente	2008		2009		Observaciones
		N	%	N	%	
7. Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados.	No disponible	SD		SD		No hay encuesta demográfica con ese dato.

La encuesta ENDEMAIN realizada en 2004, y que brindó información para el anterior reporte UNGASS, no ha sido aplicada nuevamente en el país, razón por la cual no se pueden obtener datos para varios de los indicadores con muestras nacionales.

Con el fin de reportar datos aproximados a este indicador, cabe destacar que el PNS-MSP reporta que 293.228 mujeres y 84.060 hombres se sometieron a prueba de tamizaje durante el año 2009. No es posible saber cuántas de esas personas conocen los resultados, pues en un significativo número de casos esas pruebas obedecen a solicitudes de demanda espontánea y no se tiene la certeza de que esas personas recibieran los resultados. El tamizaje en embarazadas en 2009, obedece principalmente a la implementación de la estrategia de prevención de la Transmisión Materno-infantil (260.236) como una política sanitaria en el país. Si consideramos que la prueba de tamizaje en embarazadas se ofrece como parte del paquete de servicios de atención prenatal (estándar mínimo = 5 controles médicos durante el embarazo) podemos suponer que una inmensa mayoría de embarazadas conoció el resultado de la prueba. Con ese supuesto, en ese grupo, el porcentaje de mujeres que se realizó la prueba y conoce el resultado deber ser cercano a la totalidad.

Adicionalmente existen algunos estudios que aportan datos como por ejemplo el realizado por CEPAR (2009)<sup>20</sup>, que utiliza una muestra de 608 personas en la provincia de Sucumbíos, reporta que el 87% de hombres y 87% de mujeres que se sometieron a la prueba de VIH, tenían conocimiento relacionado a las pruebas de VIH.

Otro estudio de CEPAR a nivel nacional, pese a ser más antiguo (2004),<sup>21</sup> presenta datos interesantes respecto de las inequidades en diversos estratos de la población en relación al conocimiento sobre las pruebas de VIH. (Tabla 38)

**Tabla 38. Conocimiento sobre Pruebas de VIH en mujeres en edad fértil en Ecuador en 2004 (N=9545)**

	<b>Conocimiento sobre Pruebas de VIH (%)</b>
<b>Área</b>	
Urbana	75.7
Rural	47.4
<b>Región</b>	
Costa	72.4
Sierra	60.4
Amazonía	47.8
Insular	95.5
<b>Edad</b>	
15-24	64.6
25-34	66.2
35-49	67.1
<b>Instrucción</b>	
Ninguna	41.6
Primaria	45.5
Secundaria	72.1
Superior y post grado	89.5
<b>Grupo étnico</b>	
Indígena	34.0
Mestizo	67.0
Otro	70.2
<b>Total</b>	<b>65.9</b>

Fuente: CEPAR, 2004  
Elaborado por equipo consultor

A pesar de ser un estudio del año 2004, sus datos son importantes para identificar los grupos de la población general con menores conocimientos sobre el diagnóstico de VIH. Si bien el Ecuador tiene una epidemia concentrada y los esfuerzos deben primordialmente dirigirse a los grupos vulnerables y más expuestos, puede suponerse que una situación semejante suceda entre esos grupos.

### a.3.6. Las Pruebas de VIH en las poblaciones más expuestas

**Tabla 39. Indicador de Progreso en Asesoramiento y Pruebas de VIH en Poblaciones más Expuestas**

Indicador	Fuente	2008		2009		Observaciones
		N	%	N	%	
8. Porcentaje de poblaciones más expuestas que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	No disponible	SD		SD		No hay encuesta demográfica con ese dato.

Para este indicador tampoco existen datos de una fuente de información nacional confiable en los últimos dos años. Más aún, existe información de estudios focalizados en ciertas áreas geográficas donde se explora la realización de pruebas de VIH, pero casi ninguno reporta el conocimiento de los resultados.

Otro estudio de CEPAR, conducido en 2006,<sup>22</sup> reporta que el 96% de HSH (N=240) y el 100% de las TS (N=288) en las ciudades de Quito, Guayaquil, Santo Domingo, Esmeraldas, Portoviejo y Quevedo que se realizaron pruebas de tamizaje, buscaron el resultado de sus pruebas de VIH. Según el registro de tarjetas de salud integral de las TS,<sup>11</sup> en 2009 el 96.2% de ellas se realizó pruebas de tamizaje en 10 provincias del país.

El estudio mencionado de CEPAR de 2006 reporta que el 98% de HSH y el 97% de las TS tuvieron conocimiento sobre sus pruebas de VIH. El estudio de CEPAR de 2009, realizado en la provincia de Sucumbíos<sup>20</sup> en una muestra de 50 trabajadoras sexuales, reporta que el 96% tuvo conocimiento sobre sus pruebas de VIH. Sobre este mismo tema, un estudio de la Fundación Equidad en 2006<sup>23</sup>, conducido en Esmeraldas, Guayaquil, Portoviejo, Quevedo, Santo Domingo y Quito, en 261 HSH, reporta que el 82% de ellos tuvieron conocimiento sobre sus pruebas de VIH.

Varios estudios desarrollados en el país en los últimos años reportan la realización de pruebas de VIH en diferentes grupos. Los resultados son:

**Tabla 40. Realización de pruebas de VIH. Ecuador 2004-2009.**

<b>Grupos Poblacionales</b>	<b>Se realizó prueba (%)</b>	<b>Estudio y muestra</b>	<b>Localización del estudio</b>
HSH	80	CEPAR, 2006 (N=300) <sup>1</sup>	<sup>1</sup> Quito, Guayaquil, Santo Domingo, Esmeraldas, Portoviejo y Quevedo <sup>22</sup>
	85	Equidad, 2006 (N=261) <sup>2</sup>	<sup>2</sup> Esmeraldas, Guayaquil, Portoviejo, Quevedo, Santo Domingo, Quito <sup>23</sup>
	44	International HIV/AIDS Alliance, 2005 (N=2691) <sup>3</sup>	<sup>3</sup> Santo Domingo de los Colorados, Esmeraldas, Quevedo, Machala, Milagro, Daule, Quito y Guayaquil <sup>24</sup>
TS	96	CEPAR, 2006 (N=300) <sup>1</sup>	
	90	CEPAR, 2009 (N=50) <sup>4</sup>	<sup>4</sup> Provincia de Sucumbíos <sup>20</sup>
	95	RedTrabSex, 2009 (N=254) <sup>5</sup>	<sup>5</sup> Provincia de Sucumbíos <sup>25</sup>
	91	International HIV/AIDS Alliance, 2005 (N=2746) <sup>3</sup>	
Púerperas adolescentes < 17 años 17 a 19 años	28		<sup>6</sup> Guayaquil <sup>26</sup>
	23	Chedraui, 2007 (N=338) <sup>6</sup>	
Población general sexualmente activa Hombres Mujeres	30	(N=100) (N=238)	<sup>7</sup> Cuenca <sup>27</sup>
		Soto, 2009 (N=404) <sup>7</sup>	
	48	(N=215)	
	25	(N=189)	
Mujeres en edad fértil	14	CEPAR, 2004 (N=9545) <sup>8</sup>	<sup>8</sup> Nacional <sup>21</sup>

Fuente: Varios estudios, 2004-2009.  
Elaborado por equipo consultor

El grupo poblacional de TS presenta porcentajes elevados de realización de pruebas de VIH. Este hecho pudo inicialmente estar influido por el hecho de que hasta el año 2007 las TS (excepto aquellas en práctica clandestina) debían obligatoriamente obtener un carné para ejercer su trabajo y hacerse controles de salud, siendo esa una posibilidad significativa para promocionar y realizar las pruebas de VIH. Es importante mencionar que en dos estudios posteriores el porcentaje de realización de las pruebas para VIH sigue siendo elevado, lo que sugiere que este grupo poblacional está sensibilizado de su riesgo de exposición al VIH, habiendo contribuido a este logro las actividades implementadas en el Proyecto Ecuador VIH-SIDA-MSP-FG. En segundo lugar se encuentra el grupo de HSH, excepto en el estudio más detallado. Hacia este grupo se ha dirigido en buena medida el trabajo de la sociedad civil.

### a.3.7. Poblaciones más expuestas: programas de prevención

**Tabla 41. Indicador de Progreso de los Programas de Prevención en Poblaciones más Expuestas**

Indicador	Fuente	2008		2009		Observaciones
		N	%	N	%	
9. Porcentaje de poblaciones más expuestas al que llegaron los programas de prevención del VIH	No disponible	SD		SD		No hay encuesta demográfica con ese dato.

No hay datos del PNS referentes a este indicador. Los estudios referidos de CEPAR (2006 y 2009)<sup>20, 22</sup> preguntaron a los encuestados de diferentes grupos poblacionales si conocen dónde se puede hacer las pruebas de VIH. Los resultados reportados son:

**Tabla 42. Conocimiento de lugar donde se puede realizar pruebas de VIH. Ecuador**

Grupos Poblacionales	Conoce donde se realizan Pruebas de VIH (%)	Estudio y muestra
HSH	91	CEPAR, 2006 (N=300)
TS	91	CEPAR, 2006 (N=300)
	94	CEPAR, 2009 (N=50)
Adolescentes y jóvenes:		CEPAR, 2009 (N=315)
Hombres	80	
Mujeres	80	
Población general:		CEPAR, 2009 (N=608)
Hombres	83	
Mujeres	84	

Fuente: CEPAR 2006, 2009.  
Elaboración: Equipo consultor

Es notorio que las poblaciones más expuestas tienen un mejor conocimiento que la población general, incluyendo adolescentes y jóvenes. Esto puede ser resultado de los esfuerzos que se han realizado en prevención a nivel nacional, tanto por el MSP-PNS, instituciones públicas, ONG y SC. Los esfuerzos de prevención hasta el año 2009 no han alcanzado todavía niveles adecuados; sin embargo, se observa una mejor cobertura en los grupos más expuestos de la sociedad.

### a.3.8. Apoyo a los niños afectados por el VIH y el Sida

**Tabla 43. Indicador de Apoyo a Hogares de Huérfanos y Niños Vulnerables**

Indicador	Fuente	2008		2009		Observaciones
		N	%	N	%	
10. Porcentaje de huérfanos y niños vulnerables de 0 a 17 años de edad cuyos hogares recibieron apoyo externo básico gratuito para la atención infantil	No disponible	SD		SD		No existen datos

Los hogares de niños, niñas y adolescentes, infectados o afectados por el VIH, que han recibido apoyo externo básico para la atención infantil no han sido registrados. Muy poco trabajo se ha desarrollado con este grupo, y solo hay algunas experiencias aisladas.

CARE ha trabajado con un grupo de aproximadamente 150 niños en los últimos 2 años, con el objeto de mejorar su vínculo afectivo familiar y educativo como parte de las actividades del proyecto UNIVIDA, financiado por la Unión Europea.<sup>28</sup> Dicho proyecto trabaja en el desarrollo de una escuela de formación para voluntarios y personal que trabaja con niños y adolescentes afectados por el VIH, con el propósito de fortalecer sus capacidades técnicas para incentivar en los niños y adolescentes una elevada autoestima, seguridad, prevención de abuso, ejercicio de derechos y pensamiento crítico.

Hay esfuerzos diversos e insuficientes para la protección y atención integral a niñas y niños huérfanos por VIH/Sida. Incluyen, entre otros, los grupos de autoapoyo liderados por los hospitales pediátricos del MSP de Quito y Guayaquil, y los esfuerzos de la mesa de protección especial del CNNA. Hay consenso sobre la inexistencia de una política explícita de protección y atención integral a huérfanos por VIH/Sida.

### a.3.9. Educación escolar sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida

**Tabla 44. Indicador de Avance en Aplicación de la Educación Sobre VIH**

Indicador	Fuente	2008		2009		Observaciones
		N	%	N	%	
11. Porcentaje de escuelas que impartió educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida durante el último año académico	Ministerio de Educación	SD		19586/ 31155	63%	La implementación de la malla curricular, que incluye aspectos sobre VIH, inicia en 2009.

Durante los años 2008 y 2009 se continúa con la implementación de la malla curricular con contenidos de sexualidad, con énfasis en la prevención de VIH, en los establecimientos de educación primaria y secundaria, dentro de los parámetros de la ley de educación de la sexualidad y el amor, con el propósito de que maestros y maestras trabajen la temática

uniformemente. La malla curricular, de construcción participativa, incluye además de prevención del VIH/Sida, temas como la prevención de embarazo en adolescentes, la violencia de género, la erradicación de los delitos sexuales, y la trata y tráfico con fines de explotación sexual. Esta malla curricular dio paso a la elaboración de nuevos instrumentos y materiales que los maestros y los estudiantes del sistema educativo tendrán que utilizar.

El país cuenta hasta finales del año 2009 con un 63% de establecimientos de educación primaria y secundaria con maestros capacitados y actualizados en la mencionada malla curricular. Según el reporte final de la ejecución del Proyecto Ecuador VIH-SIDA-MSP-FG 2 Ronda, cerca del 40% de estudiantes de los niveles primario y secundario recibieron por lo menos una charla sobre sexualidad y amor con énfasis en VIH. Será necesario realizar evaluaciones de estas acciones, para analizar el grado de conocimiento adquirido por los estudiantes y su repercusión en el cambio de actitudes y prácticas, para medir la calidad de la intervención y el impacto sobre la epidemia del VIH/Sida.

## b. Conocimiento y comportamiento

### b.1. Los Jóvenes

**Tabla 45. Indicadores de Conocimiento y Comportamiento en Población Joven**

Indicador	Fuente	2008		2009		Observaciones
		N	%	N	%	
12. Asistencia actual a la escuela entre huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad	No disponible	SD		SD		No existen datos.
13. Porcentaje de mujeres y varones 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.	No disponible	SD		SD		Varios datos provenientes de investigaciones, pero en ninguno están las 5 preguntas juntas, por lo que se describen fuera de la matriz.
15. Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años	No disponible	SD		SD		En el relato se incluye información de investigaciones en varias zonas del país.

Algunas investigaciones se han realizado en los últimos años que proveen datos sobre estos temas, y a pesar de que no corresponden exactamente a las preguntas del indicador UNGASS, brindan información importante para la planificación de intervenciones que apunten a mejorar el conocimiento general sobre el VIH.

Lo que más llama la atención de los resultados de varios estudios presentados en la tabla 46 es la falta de conocimiento sobre la Transmisión Materno-infantil a través de la leche materna. En el estudio de CARE<sup>29</sup> (evaluación de una intervención con adolescentes y jóvenes embarazadas) pocas adolescentes respondieron correctamente a las preguntas sobre la transmisión madre-hijo en general. Llama la atención que la muestra era de adolescentes y jóvenes embarazadas o en periodo post parto, asistiendo a centros de control del embarazo o control del recién nacido.

Tanto en el estudio de CARE, como en el de GTZ-MSP con metodología de Recorrido Participativo,<sup>30</sup> se aprecia un incremento en el porcentaje de jóvenes con conocimiento sobre las formas de transmisión del VIH luego de intervenciones específicas que contemplaban capacitación sobre temas de salud sexual y reproductiva.

Tabla 46. Conocimiento sobre Transmisión del VIH. Ecuador 2007-2009

Estudio y muestra	Grupo de estudio	Conoce Forma de Transmisión (%)				
		Transmisión vertical	Lactancia materna	Por sangre infectada	Relaciones sexuales	Vaginal Anal
	<b>Adolescentes y Jóvenes</b>					
Chedraui, 2007 <sup>26</sup> (N=338)	Púerperas	93.5	65.1	94.1		
CEPAR, 2009 <sup>20</sup> (N=315)	Hombres Mujeres			93 91	98 100	
GTZ, 2007 <sup>30</sup> (N=3003) (N=3003)	Ambos sexos Pre intervención Post intervención		34.9 92	94.2 97.6		83.5 47.2 95.3 84.5
CARE, 2010 <sup>29</sup> (N=33) (N=37)	Embarazadas y púerperas Intervención Comparación	5 9		81 97	87 91	
Misión Alianza, 2009 <sup>31</sup> (N=330) (N=330)	Ambos sexos Pre intervención Post intervención	61.7 58.8	42.6 78.7	85.2 94.2	71.8 79.9	32.5 72.3
SYMAE, 2009 <sup>32</sup> (N=900) (N=900)	Ambos sexos Pre intervención Post intervención	45.2 76.4	45.4 96.2	92.1 96.9	85.2 98.9	44.2 89.6
	<b>Población general</b>					
Soto, 2009 <sup>27</sup> (N=189) (N=215)	Hombres Mujeres		11.6 15.3			
CEPAR, 2009 <sup>20</sup> (N=608)	Hombres Mujeres			97 94	99 98	

Fuente: Varios estudios. 2007-2009

El estudio en adolescentes puérperas en Guayaquil (Chedraui, 2007)<sup>26</sup> mostró también que algún porcentaje de mujeres jóvenes tiene conocimientos equivocados respecto de la transmisión del VIH. Casi un 10% de las encuestadas respondió que el VIH se transmite por hablar con una persona infectada. Los estudios que evalúan la metodología del Recorrido Participativo, GTZ en 2007,<sup>30</sup> Misión Alianza en 2009<sup>31</sup> y SYMAE (Programa Salud y Medio Ambiente Esmeraldas) en 2009,<sup>32</sup> reportan también tasas altas de conocimientos equivocados respecto de la transmisión del VIH (Tabla 47).

**Tabla 47. Conocimientos incorrectos de adolescentes sobre transmisión del VIH. Ecuador 2007-2009.**

Estudio	Lugar	Considera Forma de Transmisión (%)	
		Beso	Picadura de mosquito
GTZ, 2007 <sup>30</sup>	Guayas, Manabí, El Oro, Esmeraldas, Pichincha, Azuay		
(N=3003 Pre intervención)		33.5	28.6
(N=3003 Post intervención)		11.6	6.5
Misión Alianza, 2009 <sup>31</sup>	Guayaquil		
(N=330 Pre intervención)			36
(N=330 Post intervención)			16.4
SYMAE, 2009 <sup>32</sup>	Esmeraldas		
(N=900 Pre intervención)			45.6
(N=900 Post intervención)			5.4

Fuente: Varios estudios. Ecuador 2007-2009

Elaboración : Equipo consultor

También la población general tiene conocimientos equivocados sobre el VIH. Un estudio de la Red de TS, llevado a cabo en mujeres en edad fértil de varias ciudades del país en 2007 (N=111),<sup>33</sup> encontró que algo más de una cuarta parte de ellas consideraba que el VIH se transmite con el beso.

Un estudio de la Escuela Politécnica del Chimborazo (ESPOCH) de 2007 (N=180 estudiantes)<sup>34</sup> sobre uso del condón reporta que más de la mitad de los encuestados respondieron incorrectamente sobre varios aspectos (Tabla 48). Así mismo, el 51% de jóvenes en el estudio de GTZ (N=3.003)<sup>30</sup> no tuvo la percepción de que el condón reduce el riesgo de infectarse, antes de la intervención de Recorrido Participativo.

**Tabla 48. Conocimientos correctos e incorrectos sobre el preservativo entre estudiantes de la ESPOCH. Ecuador 2007.**

<b>Conocimientos</b>	<b>Correcto %</b>	<b>Incorrecto %</b>
El uso del preservativo no es seguro para prevenir el VIH-Sida	37,2	62,8
El preservativo solo previene embarazos y no protege contra ITS	52,2	47,8
Los preservativos mejores de usar son los hechos de látex, con lubricante a base de agua	47,8	52,2
Usar dos preservativos te da más seguridad de que funcione	47,2	52,8
Se puede usar preservativos con cremas o vaselina porque es buena como lubricante	37,2	62,8
Usar condones tiene algunas contraindicaciones y efectos adversos	46,1	53,9
Hay que desenrollar el preservativo antes de ponérselo al pene	46,1	53,9
<b>Promedio de conocimientos</b>	<b>44%</b>	<b>56%</b>

Fuente: Estudio ESPOCH, 2007.

El grado de conocimiento que tienen los adolescentes y jóvenes de diversas regiones del país sobre el uso de condón y la actividad sexual con una sola pareja como mecanismos de disminución del riesgo de transmisión de VIH se puede observar en la tabla 49.

**Tabla 49. Conocimiento de disminución del riesgo de transmisión de VIH entre adolescentes. Ecuador 2004-2009.**

Estudio	Lugar	Sexo	Conoce que disminuye el riesgo de transmisión de VIH (%)		
			Uso de condón	Fidelidad a 1 pareja	Abstinencia
Chedraui, 2007 (N=338) <sup>26</sup>	Guayaquil	Ambos	73.3		29.9
Cordero, 2005 (N=407) <sup>35</sup>	Gualaceo	Hombres	54.2	36.9	45.2
		Mujeres	37.1	38.4	52.2
CEPAR, 2009 (N=315) <sup>20</sup>	Sucumbíos	Hombres	76	42	22
		Mujeres	64	47	24
Soto, 2009 (N=404) <sup>27</sup>	Cuenca	Hombres	95.8		
		Mujeres	90.7		
CEPAR, 2004 (N=2566) <sup>22</sup>	Nacional	Ambos	47	22.6	16.3

Fuente: Varios estudios. Ecuador 2004-2009

Estos datos muestran que hubo un importante avance en el conocimiento sobre estas formas de disminuir el riesgo de transmisión del VIH, por los esfuerzos de comunicación en el último quinquenio, aunque se pueden apreciar también las diferencias de conocimiento entre distintos sectores del país, e incluso entre sexos. Tanto las entidades estatales como organizaciones de la sociedad civil, con el apoyo de organizaciones de asistencia internacional y financiamiento externo (FM, Unión Europea, PNUD) han realizado esfuerzos importantes de comunicación. Sin embargo, lo realizado hasta la fecha está lejos aún de alcanzar óptimos niveles en IEC.

En relación a la actividad sexual en población de adolescentes y jóvenes, no existen datos nacionales para los últimos dos años. El estudio del Observatorio de los Derechos de la Niñez y Adolescencia (ODNA, 2007),<sup>36</sup> conducido en los cantones de la frontera norte del país en 1204 jóvenes escolarizados entre 12 y 17 años reporta que el 31% de mujeres y 59% de hombres tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años. El estudio de Cordero en Gualaceo (2005)<sup>35</sup> reporta que el 8.6% de adolescentes (ambos sexos) tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años. Este dato es más cercano al reportado para mujeres en el informe UNGASS anterior con información del estudio ENDEMAIN 2004 (10.4%). Las diferencias con el estudio del ODNA, pueden deberse a importantes contrastes regionales, como se mencionó anteriormente. Merece especial consideración el factor socio-cultural, por los cuales los hombres tienden a iniciar su vida sexual más tempranamente, como refleja el estudio del ODNA.

Varios de los estudios ya mencionados en grupos específicos muestran datos respecto del inicio de la actividad sexual en jóvenes. La tabla 50 presenta información sobre edad de primeras relaciones sexuales en adolescentes y jóvenes de diversos sectores del país.

**Tabla 50. Edad de inicio de actividad sexual en adolescentes y jóvenes. Ecuador 2007-2009.**

<b>Estudio</b>	<b>Lugar</b>	<b>Sexo</b>	<b>Promedio de edad de primera relación sexual (años)</b>
Chedraui, 2007 (N=357) <sup>26</sup> (puérperas adolescentes)	Guayaquil	Ambos	15.3
CEPAR, 2009 (N=315) <sup>20</sup> (adolescentes y jóvenes)	Sucumbíos	Hombres Mujeres	14.2 16
CEPAR, 2009 (N=608) <sup>20</sup> (población general)	Sucumbíos	Hombres Mujeres	15.1 16.9

Fuente: Varios estudios. Ecuador 2007-2009  
Elaboración: Equipo consultor

## b.2. Población general

Tabla 51. Indicadores de Comportamiento Sexual de Alto Riesgo

Indicador	Fuente	2008		2009		Observaciones
		N	%	N	%	
16. Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses	No disponible	SD		SD		En el relato se incluyen datos sobre otras poblaciones
17. Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual	No disponible	SD		SD		No existen datos

No existen datos nacionales sobre estos indicadores. Sin embargo, en una encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad realizada a estudiantes de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo en 2007 (N=370),<sup>37</sup> 219 hombres y mujeres reportaron tener relaciones sexuales, de ellos el 44.8% de estudiantes hombres y 5.4% de estudiantes mujeres dijeron tener más de una pareja sexual.

Un estudio en PPL (ambos sexos) conducido en 2008 en varios centros de reclusión (N=1195) por la DNRS, GTZ y MSP,<sup>38</sup> reportó los siguientes datos respecto del número de parejas sexuales: 2 parejas: 16.6%, 3 parejas: 5.2%, 4 parejas: 3.2%, 5 parejas: 2.4%, 6 parejas: 1.9%, 7 y más parejas: 6.2%. En total, 35.5% de PPL declararon tener más de una pareja sexual en los últimos 12 meses.

El estudio de la ESPOCH refleja que el número de hombres que declaran tener más de una pareja sexual es mucho mayor que el de las mujeres. Esto, sumado al inicio más temprano de la actividad sexual por parte de los hombres, puede reflejar comportamientos machistas que deben ser abordados en los programas de IEC, con la perspectiva de reducir los comportamientos de riesgo entre la población general.

### b.3. Poblaciones más expuestas

**Tabla 52. Indicadores de Conocimiento y Comportamiento en Poblaciones Más Expuestas**

Indicador	Fuente	2008		2009		Observaciones
		N	%	N	%	
14. Porcentaje de poblaciones más expuestas que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus	No disponible					Varios datos provenientes de investigaciones, pero en ninguno están las 5 preguntas juntas, por lo que se describen fuera de la matriz.
18. Porcentaje de profesionales del sexo hombres y mujeres que declara haber usado un preservativo con su último cliente	(RedTrabSex, 2009)				97.2% (N=254)	
19. Porcentaje de varones que declara haber usado un preservativo durante el último coito anal con una pareja masculina	No disponible					No existen datos
20. Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual	No disponible					No existen datos
21. Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó	No disponible					No existen datos

Varios estudios (Tabla 53) demuestran que hace falta incrementar los esfuerzos de IEC con las poblaciones más expuestas para mejorar sus conocimientos sobre prevención del VIH. La epidemia de VIH/Sida en Ecuador se concentra en HSH, y tanto este grupo poblacional como el de profesionales del sexo, representan las poblaciones más expuestas, sin embargo, en ambos grupos los conocimientos sobre prevención aún no alcanzan niveles óptimos.

Por otro lado, es alto también el porcentaje de personas con conocimientos equivocados sobre las formas de transmisión del VIH, como lo demuestra el estudio de PPL en varios centros de reclusión (DNRS, GTZ y MSP, 2008).<sup>38</sup> (Tabla 54).

**Tabla 53. Conocimiento de disminución del riesgo de transmisión de VIH por poblaciones más expuestas/vulnerables. Ecuador 2006-2009.**

ESTUDIO	Conoce que disminuye el riesgo de transmisión de VIH (%)		
	Uso de condón	Fidelidad a 1 pareja	Abstinencia
<b>HSH</b>			
Equidad, 2006 (N= 261) <sup>23</sup>	78.2	64.8	67.8
<b>TS</b>			
CEPAR, 2009 (N=50) <sup>20</sup>	98	42	
RedTrabSex, 2007 (N= 78) <sup>33</sup>	80	59	
<b>Personas privadas de libertad</b>			
DNRS, GTZ y MSP, 2008 (N= 1195) <sup>38</sup>	85.5	90.9	

Fuente: Varios estudios. Ecuador 2006-2009  
Elaboración: Equipo consultor

**Tabla 54. Conocimientos equivocados sobre transmisión de VIH entre personas privadas de libertad. Ecuador 2008.**

Situación	Descarta como forma de
	Transmisión de VIH (%)
Compartir cubiertos, platos o vasos con una persona que tiene VIH	43.2
Por la picadura de mosquitos	61.3
Trabajar con personas que tienen el VIH	84.6
Dar la mano a una persona que tiene VIH	87.9
Cuando una persona con VIH besa a otra en la mejilla	82.2

Fuente: DNRS, GTZ y MSP. Ecuador 2008.<sup>38</sup>  
Elaboración: Equipo consultor

No hay datos nacionales sobre el uso de condón por parte de profesionales del sexo en la última relación sexual con un cliente. El único dato disponible corresponde a un estudio con una muestra pequeña en Sucumbíos (CEPAR 2009) y todas reportaron haber usado un condón. Ese mismo estudio reporta que el 92% de profesionales del sexo usaron condón con sus clientes en los últimos 6 meses. El estudio de RedTrabSex de 2009 (N= 254) en Sucumbíos reporta que el 97.2 % de TS usa siempre un condón en sus relaciones con clientes.

Respecto del grupo poblacional de consumidores de drogas inyectables, no se considera que sea una población numéricamente grande en el país y en consecuencia no existen datos oficiales sobre ese grupo.

## c. Impacto

**Tabla 55. Indicadores del Progreso Logrado en la Reducción de la Infección**

Indicador	Fuente	2008		2009		Observaciones
		N	%	N	%	
22: Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años infectados por el VIH	MSP-PNS	258/ 211927 embarazadas tamizadas	0.12	443/ 260236 embarazadas tamizadas	0.17	Prevalencia estimada por esfuerzo de tamizaje. Unidad de estandarización es provincias.
23: Porcentaje de poblaciones más expuestas infectado por el VIH	No disponible	SD		SD		En relato se presentan datos de resultados de pruebas realizadas en varios centros de reclusión.
24: Porcentaje de adultos y niños con el VIH que sigue con vida y se tiene constancia de que continúa en tratamiento 12 meses después de haber iniciado la terapia anti retrovírica	MSP-PNS	SD		600 / 634		Los datos corresponden a dos Unidades de Atención Integral a PVV, Hospital Guayaquil y Hospital de Infectología, que concentran la mayoría de personas con VIH en tratamiento
25: Porcentaje de lactantes infectados por el VIH que nació de madres infectadas	MSP-PNS	SD		26/83	14.8	Para el informe INGASS el país decidió calcular el porcentaje tomando el promedio ponderado de las probabilidades de la transmisión materno infantil en las embarazadas que recibieron y no recibieron profilaxis para VIH. Se utilizó la proporción de las 336 madres que se conocía que recibieron o no profilaxis durante el embarazo y/o parto. El numerador son los niños infectados con VIH (26) nacidos en el 2009, y el denominador del indicador (83) corresponde al número de niños en los que se realizaron pruebas de PCR en el primer año de edad y que nacieron en el 2009

En 2008 se tamizaron para VIH a 211.927 mujeres embarazadas resultando positivas confirmadas 277 con una tasa de prevalencia cruda de 0.13%. En el año 2009, el MSP realizó tamizaje para VIH a 260.236 mujeres embarazadas de las cuales 477 fueron positivas con pruebas confirmatorias, dando una tasa de prevalencia cruda de 0.18%.

Las tasas de prevalencia ajustadas según esfuerzo de tamizaje fueron de 0.12% y 0.17% para 2008 y 2009, respectivamente. El informe UNGASS anterior señalaba que la disminución de la tasa de prevalencia ajustada entre 2006 y 2007, de 0.18% a 0.1%, tenía baja confiabilidad debido a factores como priorización de tamizaje con expansión paulatina hasta cobertura nacional en 2007 y tamizaje según sospecha de riesgo inicialmente. En 2008, el sistema de vigilancia del PNS sufrió deficiencias de registro de información que vuelven poco confiables los datos referentes a ese año. Para 2009, aun cuando el registro de información no es óptimo, la confiabilidad de los datos es mayor. La tasa ajustada para 2009 es muy cercana a la tasa de 2006, evidenciando que los esfuerzos de tamizaje y tratamiento durante el periodo todavía no producen cambios importantes en la presentación de la epidemia en mujeres embarazadas. La calidad de la información es una limitante para un análisis e interpretación de los datos.

De acuerdo a las tasas estandarizadas, las provincias de la región costa como: Esmeraldas, El Oro, Guayas, Los Ríos y Santo Domingo de los Tsáchilas y la provincia de Sucumbíos de la región oriental siguen presentando las tasas más elevadas del país (Tabla 56). Santo Domingo de los Tsáchilas, que hasta el año 2008 reportaba como parte de la provincia de Pichincha, en el año 2009 que reporta por primera vez como provincia nueva, lo hace con una de las tasas más altas del país (0.61%) y con la estandarización por esfuerzo de tamizaje se convierte en la tasa más alarmante (1.13%). Su reporte permite ver que el VIH/Sida sigue allí un comportamiento similar al del resto de la región costa del país. Sin embargo, la elevada tasa que presenta amerita una investigación detenida de su situación respecto de la epidemia para determinar si esa tasa se debe a que el tamizaje se realizó en embarazadas de mayor riesgo y por eso presenta valores elevados o si dicha provincia tiene una situación epidemiológica diferente del resto del país.

Por otro lado, Santa Elena, que también reporta por primera vez como provincia nueva, no presentó casos positivos en 2009, lo que llama la atención pues esta provincia era parte de Guayas que constantemente ha presentado tasas elevadas. También es importante observar el incremento en la tasa de Esmeraldas.

**Tabla 56. Porcentaje de Embarazadas VIH+ y prevalencia estandarizada por esfuerzo de tamizaje. Ecuador 2008-2009.**

Provincia	2008		2009	
	% positivas	Prevalencias estimadas	% positivas	Prevalencias estimadas
Esmeraldas	0.35	0.24	0.76	0.97
El Oro	0.09	0.06	0.38	0.36
Guayas	0.14	0.09	0.34	0.25
Los Ríos	0.13	0.13	0.16	0.19
Manabí	0.12	0.15	0.01	0.02
Santa Elena	---	---	0.00	0.00
Santo Domingo	---	---	0.61	1.13
Azuay	0.00	0.00	0.00	0.00
Bolívar	0.00	0.00	0.00	0.00
Cañar	0.03	0.03	0.07	0.07
Carchi	0.00	0.00	0.00	0.00
Chimborazo	0.11	0.13	0.03	0.05
Cotopaxi	0.00	0.00	0.00	0.00
Imbabura	0.00	0.00	0.00	0.00
Loja	0.11	0.13	0.06	0.08
Pichincha	0.22	0.35	0.09	0.10
Tungurahua	0.00	0.00	0.00	0.00
Morona	0.00	0.00	0.00	0.00
Napo	0.03	0.02	0.00	0.00
Orellana	0.00	0.00	0.08	0.11
Pastaza	0.04	0.03	0.03	0.01
Sucumbíos	0.14	0.12	0.19	0.16
Zamora Chinchipe	0.00	0.00	0.00	0.00
Galápagos	0.00	0.00	0.00	0.00
<b>Total general</b>	<b>0,13</b>	<b>0,12</b>	<b>0,18</b>	<b>0,17</b>

Fuente: PNS. Ministerio de Salud Pública. Ecuador. 2010.  
Elaboración: Equipo consultor

Respecto de la prevalencia de la epidemia en los grupos más expuestos o más vulnerables, el único dato disponible se refiere a PPL. La DNRS reporta en 2009 una prevalencia de 0.7% de positividad en PPL en centros penitenciarios de varias ciudades del país.<sup>9</sup> El centro de reclusión de Quito tiene la tasa más alta (1%, N=1147), seguido de Guayaquil (0.5%, N=1667). No hay datos anteriores en esta población ni datos de los dos últimos años en otros grupos que permitan comparar las tasas para analizar la tendencia de la epidemia y los posibles efectos de la respuesta nacional.

En cuanto a la sobrevida de pacientes que iniciaron tratamiento antirretroviral 12 meses antes, según datos del PNS del Hospital Gilbert Pontón y Enrique Maridueña de la ciudad de Guayaquil, que concentran aproximadamente el 80% de pacientes recibiendo ARV, 94.6% de los que iniciaron tratamiento en 2008 continúan vivos en 2009. (Tabla 57).

**Tabla 57. Sobrevida de PVV que iniciaron Tratamiento ARV 12 meses antes. Ecuador 2009.**

Hospital	Iniciaron Tratamiento en 2008	Viven en 2009	% de sobrevida
Guayaquil	140	132	94.3
Infectología	494	468	94.7
Total	634	600	94.6

Fuente: PNS. Ministerio de Salud Pública. Ecuador. 2010.

Elaboración: Equipo consultor

Comparando con la sobrevida reportada en el informe UNGASS anterior, se nota un incremento de 80.2% a 94.6% de sobrevida. Esto puede ser el resultado de dos factores. En primer lugar, porque el informe anterior reportó la sobrevida en un periodo mayor, de 2004 a 2007, por tanto la probabilidad de fallecer en un tiempo mayor es igualmente más alta. Y en segundo lugar, los avances de la terapéutica ARV y las mayores coberturas que el PNS va logrando apuntan también hacia una mayor sobrevida de pacientes recibiendo ese tratamiento.

Respecto de la transmisión materno-infantil, para el indicador 25 se usaron datos del sistema de vigilancia epidemiológica pasiva (formato SIVE003) que permite conocer el número de niños nacidos de madres VIH positivas que recibieron y no recibieron profilaxis con ARV. No se usaron los datos del sistema de monitoreo de PNS para reporte de indicadores debido a que dicho sistema solamente permite conocer el número de embarazadas con VIH que recibieron profilaxis con ARV. Teniendo en cuenta esta consideración, el sistema de vigilancia epidemiológica pasiva reporta 364 lactantes expuestos que nacieron de madres infectadas en 2009. Se conoce la situación de profilaxis de la madre en 336 casos, de ellas 254 madres (75.6%) recibieron ARV durante el embarazo o en el parto y 82 (24.4%) no recibieron profilaxis. El sistema solo reporta pruebas para VIH con PCR para carga viral en 83 niños. No hubo casos de niños infectados entre madres que recibieron profilaxis con ARV. De los 83 niños estudiados para VIH, 40 nacieron de madres que recibieron ARV y 43 de madres que no recibieron ARV. El porcentaje de lactantes infectados se ponderó de acuerdo a la proporción de madres que recibieron o no profilaxis entre las 336 que se conoce esa información. El porcentaje ponderado de lactantes infectados por el VIH que nació de madres infectadas fue para 2009 de 14.8%.

Según información proporcionada por personal clave del hospital Gineco-obstétrico Isidro Ayora y hospital pediátrico Baca Ortiz de la ciudad de Quito, todas las mujeres

embarazadas que se controlan en el hospital Isidro Ayora son tamizadas para VIH (a las 36 semanas de embarazo y/o en la labor de parto). Si alguna de las pruebas es reactiva se hacen pruebas confirmatorias. Todas las embarazadas VIH positivas reciben terapia con ARV y los recién nacidos son controlados en el hospital Baca Ortiz donde se realiza la prevención para VIH. De acuerdo a la información proporcionada, ninguno de los niños que nacieron de madres infectadas que recibieron tratamiento antirretroviral fue VIH+ en los últimos dos años (aproximadamente 200 niños).

En general, a pesar de las limitaciones de los datos, se puede considerar que los esfuerzos para disminuir la transmisión materno-infantil en el país son efectivos cuando se alcanza a brindar terapia antirretroviral a las mujeres embarazadas VIH+; sin embargo, el diagnóstico de niños infectados significa que, son los niños hijos de madres VIH+ que nacieron antes del 2007, fecha en la cual todavía no se implementaba la estrategia de PTV, además esto se puede ser el resultado de una baja captación durante el embarazo especialmente en los servicios a nivel rural.

## V. PRÁCTICAS ÓPTIMAS

En los dos últimos años, las prácticas óptimas en la Respuesta Nacional al VIH/Sida pueden observarse en dos ámbitos de acción: el PNS y la SC.

El PNS ha continuado con las actividades que fueron descritas en el informe UNGASS 2006-2007 como prácticas óptimas:

**Incidenia Política:** En el periodo 2008-2009 y en especial en el año 2009, se observa un avance significativo en el trabajo realizado de incidencia política, no solo en el sector público sino desde la sociedad civil. Normativas legales, regulaciones institucionales, acuerdos ministeriales, han sido el resultado de los esfuerzos de diferentes sectores por lograr que las esferas de decisión tomen medidas que contribuyan a mejorar el impacto de las actividades de respuesta a la epidemia.

El PNS ha buscado el apoyo político de las autoridades del MSP y de otras autoridades gubernamentales para dar gobernabilidad y sostenibilidad a las intervenciones exitosas y políticas sanitarias en VIH/Sida. En ese marco, ha elaborado una propuesta para conformación de una estructura ejecutiva política, con el liderazgo del MSP, para que dirija la Respuesta Nacional al VIH/Sida en el país y se garantice los tres unos: un solo rector, un solo Plan y un solo sistema de monitoreo y evaluación de la Respuesta Nacional. Esta propuesta se ha presentado a las autoridades de salud para su aprobación y las consultas en varias instancias de gobierno. Una vez aprobada esta propuesta, el MSP-PNS convocará a organizaciones públicas y privadas para conformar esta estructura ejecutiva multisectorial de la respuesta Nacional de VIH/Sida y proceder a definir sus aspectos operativos.

**Atención Integral a PVV:** Esta estrategia, que el país se ha convertido en una política sanitaria ha continuado con éxito en el PNS. Para el año 2009 se logró un 104% de cumplimiento de la meta anual prevista en el número de PVV que recibieron terapia antirretroviral. Se ha cubierto al 100% de personas con VIH captadas que requieren ARV y el parámetro para el inicio del tratamiento, es el valor de CD4, el mismo cambió de 250 a 350 en el año 2010, es decir mayor número de personas ingresan a esa terapia. Hasta diciembre del 2009, 5131 personas recibieron tratamiento antirretroviral, un incremento sostenido en los últimos años (ingresaron 931 PVV en 2007, 1196 en 2008 y 1403 en 2009). A pesar del cambio en el valor de CD4 para ingreso a tratamiento, no hay listas de espera por una mejor accesibilidad a los

servicios de las 28 Unidades de Atención Integral de VIH/Sida del MSP en el país. Se brindó también tratamiento para infecciones oportunistas a 368 personas que viven con el VIH.

**Prevención de la Transmisión Materno-infantil:** Es otro de los componente de la respuesta al VIH que mejor implementación y desarrollo ha experimentado, y al igual de que el componente de AI a PVV se convirtió en una política sanitaria. Intervenciones de otros sectores de atención a la salud en la población ecuatoriana, como es la ley de Maternidad Gratuita del MSP, los planes de atención prenatal, entre otros, sumados al efecto mediático de la atención a la mujer embarazada, permitieron que la prevención y la atención en VIH/Sida a las mujeres embarazadas reciba apoyo político y gestión operativa efectivos para su consolidación.

Ha continuado la capacitación de recursos humanos en unidades operativas de primer nivel, segundo y tercer nivel del MSP y otras instituciones de salud, y se ha ampliado la cobertura de tamizaje en prácticamente todas las provincias. A nivel nacional se alcanzó en 2009 un porcentaje de tamizaje de 72.7% del total de embarazadas, manteniendo un incremento sostenido (32% en 2006, 51% en 2007, 59% en 2008). La detección de mujeres embarazadas VIH+ sobrepasó el número estimado para 2009 (477 embarazadas VIH+, 128% de la meta anual) a pesar de no alcanzarse la meta de tamizaje, que llegó a 91% de lo planificado (260236 tamizadas de una meta de 286207). Todas las mujeres embarazadas VIH+ recibieron profilaxis con antirretrovirales para reducir el riesgo de Transmisión Materno-infantil del virus.

El PNS tiene previsto este año realizar ajustes a la estimación del número de mujeres embarazadas que requieren antirretrovirales.

Un total de 315 recién nacidos atendidos en instituciones públicas de salud de madres VIH + recibieron profilaxis con antirretrovirales para reducir el riesgo de transmisión de madre a hijo (94% de la meta estimada).

**Manejo Sindrómico de ITS:** Esta estrategia, también convertida en una política sanitaria, tuvo también un buen desempeño en los últimos dos años. En 2009 se brindó atención con manejo Sindrómico de ITS a 334.004 pacientes, lo que representa un cumplimiento de 105% de la meta anual prevista. Se brindó consejería pre-prueba de VIH a 189.523 personas con ITS (93% de la meta anual) y se distribuyeron 3.568.122 condones entre las poblaciones vulnerables (237.875 entre pacientes con ITS).

En 2009 se capacitó a 648 personas en Manejo Sindrómico de las ITS y PTV en unidades de 1ro, 2do y 3er nivel de atención, en provincias prioritarias con mayor prevalencia de VIH y Sida.

En el año 2009, el componente de Manejo Sindrómico de ITS actualizo las guías de ITS, donde se incluye el manejo etiológico y acciones en el control de ITS en el segundo y tercer nivel.

### **Objetivos y Estrategia de Control de VIH/Sida.-**

El MSP-PNS, con la participación del proceso de mejoramiento de la calidad de la atención de Salud Pública, ha desarrollado una propuesta de acción con los siguientes objetivos y estrategias:

#### **Objetivo General:**

Disminuir la velocidad de la progresión de la epidemia y el Impacto de la Infección por VIH fortaleciendo las capacidades del PNS.

### Objetivos Específicos:

- Reducir el riesgo por VIH e ITS de la población en grupos más expuestos y vulnerables.
- Disminuir la Mortalidad por Sida.
- Fortalecer los servicios de salud del MSP en VIH/Sida-ITS
- Fortalecer los Sistemas de Información de Vigilancia Epidemiológica, Monitoreo y Evaluación de los servicios de salud en VIH/Sida-ITS.
- Fortalecer la respuesta multisectorial al VIH/Sida-ITS en el Marco del PEM 2007-2015

### Estrategias

- Respuesta multisectorial (PEM)
- Acceso Universal: gratuito y solidario
- Fortalecimiento de la autoridad rectora: conducción, regulación, financiamiento, garantía de acceso y armonización de la provisión de servicios.
- Promoción de la movilización social y comunitaria
- Enfoque intercultural (indígenas, Afro y grupos urbanos)
- Equidad: (Territorialización, Priorización de Grupos):
- Alta prevalencia y conductas de riesgo: TS, HSH, PVVS, ITS
- Vulnerables: Embarazadas, Adolescentes, mujeres madres PVVS.

Para la implementación y cumplimiento de estos objetivos y estrategias se ha diseñado un paquete de acciones integrales e integradas por niveles de atención en relación a la alta, mediana y baja prioridad de las provincias y cantones, considerando las tasas de prevalencia y grupos según riesgos epidemiológicos para VIH/Sida (Tablas 58, 59 y 60).

**Tabla 58. Prestación por niveles de atención**

<b>PRESTACIONES POR NIVELES DE ATENCIÓN</b>			
<b>INTERVENCIONES Y ATENCIONES POR NIVELES</b>	<b>3er. Nivel</b>	<b>2do. Nivel</b>	<b>1er. Nivel</b>
Tamizaje a personas con signos tempranos de VIH	X	X	X
Tamizaje a personas con conductas de riesgo y alta prevalencia de VIH sin signos de Sida	X	X	X
Oferta de prueba voluntaria en unidades de atención primaria con prueba rápida en sangre digital	X	X	X
Punto de corte de CD4 a 350 para inicio de ARV	X		
Tratamiento con dosis fijas combinadas	X		
Nutrición y estilos de vida	X	X	X
Consejería para mejora de adherencia	X	X	X
Monitoreo de adherencia	X		
Tamizaje de paciente con TB para VIH	X	X	X
Diagnostico de TB en PVVS	X	X	
Tratamiento preventivo de Neumocistis y TB en PVVS	X	X	
Seguimiento a pacientes VIH+ (CD4 y Carga Viral)		X	
Capacitación de EBAS y equipos de atención primaria en MS-ITS, PTV, Consejería y Nutrición		X	X
Oferta gratuita de condones grupos alta prevalencia y vulnerables	X	X	X

Fuente: PNS. Ministerio de Salud Pública. Ecuador. 2009.

Elaborado: Equipo Técnico PNS

**Tabla 59. Intervenciones para reducir la mortalidad por VIH**

OBJETIVOS ESPECIFICOS	INTERVENCIONES	GRUPOS BLANCO
Diagnostico precoz y acceso a ARV	Tamizaje a personas con signos tempranos de VIH	Pacientes ambulatorios con signos tempranos
	Uso de pruebas rapidas con sangre digital a nivel de APS.	Todos los pacientes
	Bajar el punto de corte de CD4 a 350 para inicio de ARV	PVV
	Tamizaje a personas con conductas de riesgo y alta prevalencia de VIH sin signos	ITS, Trabajadoras Sexuales, HSH, contactos de PVVS
Mejorar la adherencia al tratamiento ARV	Dosis fijas combinadas	PVV
	Monitoreo de adherencia	PVV
	Consejeria para mejora de adherencia	PVV
Profilaxis y tratamiento de coinfecciones	Tamizaje de paciente con TB para VIH	Pacientes con diagnostico de TB
	Diagnostico de enfermedad tuberculosa en PVV	PVV
	Tratamiento preventivo de TB en PVV	PVV
	Tratamiento preventivo de Neumocistis	PVV

Fuente: PNS. Ministerio de Salud Pública. Ecuador. 2009.

Elaborado: Equipo Técnico PNS

**Tabla 60. Intervenciones para Reducir la velocidad de transmisión del VIH**

OBJETIVOS ESPECIFICOS	INTERVENCIONES	GRUPOS BLANCO
Incrementar la oferta de prueba voluntaria	Oferta de prueba voluntaria en unidades de atención primaria con prueba rápida en sangre digital a:	Embarazadas, ITS, Constactos de PVV, TS, TB, HSH.
Manejo Sindromico de ITS	Capacitación de EBAS y equipos de atención primaria en Manejo Sindromico	ITS
Mercadeo social de condones	Oferta gratuita de condones	ITS, TS, HSH, PVV y Adolescentes
Reduccion de la vulnerabilidad de niños-as y adolescentes	Educación a adolescentes	Adolescentes escolarizados de todas las areas y no escolarizados de areas prioritarias

Fuente: PNS. Ministerio de Salud Pública. Ecuador. 2009.

Elaborado: Equipo Técnico PNS

## VI. PRINCIPALES PROBLEMAS Y ACCIONES CORRECTORAS

Este punto se analizará en relación a los problemas referidos en el periodo de reporte anterior.

### a. Prevención

Tabla 61. Problemas en 2007 y Situación Actual en Prevención.

Problemas en 2007	Situación actual
<p><b>Transmisión materno infantil</b></p> <p>Las bajas coberturas de diagnóstico de VIH en gestantes en varias provincias (menores de 50%) no permiten alcanzar la meta de ningún niño expuesto con Sida.</p> <p><b>Poblaciones más expuestas</b></p> <p>La información sobre el número de HSH que existen en el país, continúa siendo un problema en el Ecuador. La cobertura de los establecimientos de salud hacia la población HSH es baja y se reduce a la actividad de ONG.</p> <p><b>Población general</b></p>	<p>A excepción de Esmeraldas, todas las demás provincias mejoraron la cobertura de tamizaje. Sin embargo, 3 provincias de la Sierra, Imbabura, Cotopaxi y Tungurahua; una del Oriente, Morona; y la nueva provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas, presentan coberturas menores al 50%. Pese a tener la cobertura más baja de tamizaje, Santo Domingo de los Tsáchilas presenta la segunda tasa cruda más alta de prevalencia de VIH y la tasa ajustada más elevada del país.</p> <p>El PNS debe poner especial atención a estas provincias, para incrementar la cobertura de tamizaje y observar detenidamente la situación de Santo Domingo y de confirmarse la prevalencia elevada (al igual que Esmeraldas) realizar intervenciones específicas en estas provincias.</p> <p>La situación de información respecto al grupo de HSH, así como de otros grupos más afectados y vulnerables, ha mejorado. Sin embargo, se requieren acciones para ampliar la cobertura y la calidad de las prestaciones. En el caso de la atención a HSH, se ha implementado un modelo de atención con una guía e instrumentos, con la finalidad de hacer ajustes y replicar este servicio en otras provincias del país.</p> <p>Con relación a las TS, el MSP-PNS fortaleció la Red de (SAISS) con normativa actualizada, capacitación al personal de salud en sexualidad, manejo Síndromico de ITS, consejería y el, uso y manejo de la tarjeta integral de salud para las TS.</p> <p>A finales del año 2009 se inició una ronda de reuniones con colectivos Trans, ONG, y agencias de Naciones Unidas, con la finalidad de establecer una línea de base de prevalencia de VIH, y formular por parte del PNS un modelo de atención específico para este grupo.</p>

<p>La principal estrategia para la población general está dirigida a la educación sexual de los escolares y jóvenes. La medición de cobertura en la aplicación de educación sobre el VIH basada en aptitudes de la vida no puede ser posible aún porque no se han realizado estudios de investigación al respecto y no está funcionando el sistema de información.</p> <p>Las intervenciones dirigidas a adolescentes y jóvenes no escolarizados presenta bajas coberturas y está restringido a proyectos financiados por Fondo Global</p>	<p>El Ministerio de Educación, a través del Programa de Educación sobre la Sexualidad y el Amor, desarrolló la malla curricular, y comenzó a capacitar a profesores y estudiantes en 2009. Hasta el momento, un 63% de establecimientos educativos han implementado dicha malla curricular.</p> <p>Se debe fortalecer el sistema de monitoreo e incorporar la evaluación periódica de contenidos y resultados de los esfuerzos de educación en temas de salud sexual y reproductiva, con participación de profesores, estudiantes y padres de familia, que permita una adaptación continua de la malla curricular y la identificación de estrategias efectivas de enseñanza.</p> <p>Se requiere desarrollar estrategias de abordaje a los niños, niñas y adolescentes no escolarizados y callejizados.</p>
<p><b>Manejo Sindrómico</b></p> <p>Hay un notable crecimiento de las coberturas de manejo sindrómico, pero todavía son insuficientes. No se ofrece pruebas voluntarias, ni preservativos a todos los pacientes que consultan por ITS.</p> <p>No hay servicios de promoción de cambio de conductas para personas con conductas riesgo persistentes (repetidores de ITS)</p> <p><b>Oferta de condones</b></p> <p>Se oferta condones gratuitos a PVV y personas que consultan con ITS, pero su cobertura todavía es insuficiente.</p> <p>No hay un programa de mercadeo social de condones para reducir barreras de acceso de población general y grupos expuestos.</p> <p>Los condones son importados y pagan impuestos que encarecen su costo.</p>	<p>Ha mejorado la cobertura de manejo sindrómico, la oferta de pruebas voluntarias y preservativos gratuitos. Sin embargo, todavía este tipo de enfermedades son consideradas tabú en establecimientos y población. Aparte de los servicios de consejería, no hay un enfoque específico de promoción de cambios de conductas de riesgo persistentes.</p> <p>Todavía hay muchas personas que ante la oferta de pruebas de VIH declina su realización para no enfrentar una situación que puede ser negativa y considerada desastrosa. Ha de ponerse mayor énfasis en el avance en terapias antirretrovirales, que han cambiado sustantivamente el pronóstico y calidad de vida de los PVV, resaltando la importancia de un diagnóstico oportuno.</p> <p>Hay un aumento significativo, en el año 2009, en la gestión, adquisición y suministro de condones para los usuarios atendidos tanto por el MSP y ONG, como por agrupaciones de la sociedad civil.</p> <p>El programa de mercadeo se encuentra actualmente aún en proceso de elaboración.</p> <p>Posiciones conservadoras radicales, como las manifestadas por algunas religiones, pueden afectar a las estrategias de distribución gratuita de condones, pues basan su abordaje del tema en la abstinencia y fidelidad en la actividad sexual.</p>

## b. Tratamiento, Atención y Apoyo

**Tabla 62. Problemas en 2007 y Situación Actual en Tratamiento, Atención y Apoyo.**

Problemas en 2007	Situación actual
<p><b>Diagnóstico de VIH</b></p> <p>Cerca del 30% de casos confirmados en el laboratorio nacional desaparecen y no se aplica la ficha de investigación epidemiológica, por lo que no se sabe en qué fase de la epidemia están y no se incluyen en las estadísticas actuales.</p> <p><b>Tratamiento antirretroviral</b></p> <p>El porcentaje de casos de infección avanzada (Sida) que reciben ARV se estima en 25%. Todavía el diagnóstico es tardío.</p> <p>No existe un sistema de información funcionando que permita la vigilancia del tratamiento antirretroviral que se entrega en el MSP y otras Instituciones. Los datos permiten observar el crecimiento de la cobertura de tratamiento en los dos últimos años, pero no se conoce la sobrevivencia y adherencia al tratamiento en el último año.</p> <p><b>Coinfección TB-VIH</b></p>	<p>La situación del sistema de notificación de casos VIH en el año 2008 se mantuvo.</p> <p>En el año 2009 el PNS-OPS inició un estudio de subnotificación, la formación de un equipo de vigilancia nacional, y la actualización del Manual e instrumentos que permitieron mejorar las deficiencias de los años 2007 y 2008.</p> <p>En el 2009, se implementa el sistema Integral de información del Sida, que permite tener datos de las Historias clínicas; a finales de año contamos con 3.500 historias clínicas</p> <p>Conjuntamente con la Fundación Clinton, se implementó una base de datos exclusiva para PVV con terapia ARV.</p> <p>No existe un sistema de farmacovigilancia que permita ver las reacciones adversas a los medicamentos y la adherencia al tratamiento.</p>

<p>No hay acuerdo entre los médicos clínicos que manejan tuberculosis con los que manejan PVV, en relación al manejo de la co-infección.</p> <p>La información del manejo de la co-infección TB-VIH, es todavía insuficiente y no representan el esfuerzo realizado por ambas Estrategias de Control.</p>	<p>En 2008 se elaboró la guía de atención integral al paciente con co-infección, que fue revisada en 2009. Se definieron protocolos de atención con algoritmos para diagnóstico de TB en pacientes con VIH, los cuales no se han podido implementar hasta la fecha por dificultades operativas de los establecimientos de salud. Continúa la discrepancia entre los médicos tratantes de esos pacientes respecto de los procesos para el diagnóstico de TB en personas con VIH.</p> <p>El tamizaje de VIH en pacientes con TB tampoco ha sido óptimo. En 2008 se logró hacer las pruebas al 13% del número estimado de pacientes con TB para ese año y en 2009 se duplicó ese porcentaje.</p> <p>El funcionamiento del Comité de Co-infección de TB-VIH no ha sido suficientemente implementado, aunque existe algún grado de coordinación entre los dos Programas.</p> <p>En 2008 y 2009, el programa de control de TB, con el apoyo de CARE, en el marco del proyecto del Fondo Mundial, desarrolló un sistema automatizado de información, que contemplaba un componente de co-infección. Actualmente dicho sistema no ha logrado implementarse.</p>
<p><b>Apoyo a huérfanos</b></p> <p>El indicador está referido a países donde la epidemia es generalizada por lo que no se cuenta con esta información actualmente.</p>	<p>Hay esfuerzos diversos e insuficientes para la protección y atención integral a niñas y niños huérfanos por VIH/Sida. Incluyen, entre otros, los grupos de autoapoyo liderados por los hospitales pediátricos del MSP de Quito y Guayaquil, y los esfuerzos de la mesa de protección especial del Consejo Nacional de Protección a la Niñez y Adolescencia. Hay consenso sobre la inexistencia de una política explícita de protección y atención integral a huérfanos por VIH/Sida.</p>

## c. Conocimiento y Comportamiento

**Tabla 63. Problemas en 2007 y Situación Actual en Conocimiento y Comportamiento.**

Problemas en 2007	Situación actual
<p><b>Huérfanos</b></p> <p>No se cuenta con información necesaria con respecto al número, condiciones socioeconómicas y la escolaridad de los huérfanos y niños vulnerables en general, pues se considera que por características culturales del país el huérfano no queda en estado de desamparo o abandono ya que el familiar más cercano se hace cargo del niño.</p>	<p>Se desconoce la situación de niñas y niños huérfanos como consecuencia del VIH/Sida. No se conoce su situación de salud, acceso a atención médica, acceso a escuela e insumos educativos, apoyo psicológico, apoyo socio-económico y de protección integral. Está en curso un análisis de situación liderado por el MSP y el CNNA. Existe un apoyo puntual a niñas y niños huérfanos atendidos en los hospitales pediátricos del MSP de Quito y Guayaquil.</p>
<p><b>Población más expuesta</b></p> <p>Se observa que el grado de conocimiento y su aplicación en el comportamiento de prevención de las ITS y VIH por parte de los HSH; los valores son preocupantes y explica el porqué de la tipificación de la epidemia como concentrada.</p>	<p>Las recomendaciones hechas en el informe anterior siguen vigentes a la fecha: Capacitación de educadores de pares (PEPs), promoción del uso adecuado del condón en poblaciones expuestas; incidencia política para desarrollar actividades que faciliten el acceso a la atención e información a la población HSH y TS, incremento de la cobertura de consejería y servicios de tamizaje y tratamiento de ITS, bajo una perspectiva de diversidad en HSH y TS.</p>
<p>Las TS usan condón con sus clientes, pero no con sus parejas.</p>	<p>Se debe fortalecer la investigación con poblaciones más expuestas, y socializar las existentes. La Base de Datos y Referencias para una Estrategia Basada en Evidencias, producida por el PNS en 2009, es un importante avance en este campo, pues rescata y presenta de manera sistemática un número importante de estudios realizados en el país en los últimos años. Un esfuerzo por analizar la calidad y relevancia de dichos estudios, que ofrezca información válida y confiable sobre la producción científica en VIH en el Ecuador, permitiría a los interesados (sean de la academia, de programas oficiales, proyectos específicos, grupos de la sociedad civil, organizaciones de PVV, entre otros) contar con información oportuna y adecuada que alimente su quehacer como parte de la respuesta nacional a la epidemia.</p>

	Hay incipientes esfuerzos en trabajar en temas de prevención positiva tanto a nivel comunitario como desde los servicios.
<p><b>Poblaciones menos expuestas</b></p> <p>La inclusión de la evaluación de conocimientos en la encuesta de condiciones de vida permite conocer cuáles son los conocimientos de la población general.</p> <p>Los resultados de las preevaluaciones de recorrido participativo son una fuente de datos de adolescentes escolarizados sobre conocimientos y comportamientos.</p> <p>Se dispone de la base de datos para hacer nuevas exploraciones que permitan identificar las características y focalizar intervenciones educativas.</p>	Se cuenta con informes de las intervenciones de Recorrido Participativo, que brindan información para el mejor conocimiento de aspectos de conocimiento y comportamiento sobre VIH de la población de adolescentes y jóvenes. Análisis más exhaustivos de las bases de datos de estas evaluaciones pueden aportar más información para el desarrollo del programa de IEC dirigido a este grupo y a la población general.

## VII. APOYO DE LOS ASOCIADOS

El Informe UNGASS 2006-2007 hace un recuento detallado de las acciones de muchas organizaciones en contribución al esfuerzo nacional de respuesta a la epidemia de VIH/Sida. Dichas organizaciones (agencias de Naciones Unidas, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, nacionales e internacionales), han mantenido el apoyo al MSP durante 2008 y 2009 y son parte importante de los logros alcanzados en el periodo.

Las agencias y programas de las Naciones Unidas volvieron a tener en este periodo un rol importante de apoyo a la respuesta nacional contra la epidemia de VIH/Sida, en muy variadas intervenciones enmarcadas en el PEM, como se puede ver a continuación:

### **ONUSIDA:**

Entre los principales procesos en los que el Programa de Naciones Unidas para el VIH/Sida ONUSIDA ha contribuido para el fortalecimiento de la respuesta nacional se pueden mencionar:

En el ámbito de la planificación encaminada a alcanzar el Acceso Universal ONUSIDA apoyó país en el proceso de Priorización para el Acceso Universal, mediante un exhaustivo análisis del estado programático y financiero de la respuesta nacional y la definición de escenarios y brechas en estos dos ámbitos, que permitirían definir las metas de país de acuerdo a una priorización de intervenciones, desde un enfoque de epidemia concentrada.

En cuanto a la construcción del sistema de monitoreo y evaluación del país, ONUSIDA ha apoyado el fortalecimiento de la evidencia y la generación de información estratégica a través de. 1) La elaboración de las estimaciones sobre la epidemia 1990-2015; 2) la asistencia técnica y financiera para la elaboración de los informes del Gobierno del Ecuador UNGASS 2008 y 2010 con sus respectivos estudios de medición del gasto; 3) el desarrollo del componente de información estratégica de ASAP, mediante la recopilación de la evidencia nacional relativa al VIH/Sida e ITS y el consiguiente análisis calidad de los principales estudios encontrados en el país. Proceso que ha avanzado hacia la capacitación al país en la metodología de triangulación de la información en relación a preguntas epidemiológicas clave para la epidemia de Ecuador.

Aportó con apoyo técnico y financiero para la movilización de fondos mediante el auspicio de los procesos de elaboración de los proyectos a ser presentados en la 8va y 9na Rondas de convocatorias del FM, siendo aprobada la propuesta de la 9na Ronda.

En coordinación con OPS se ha apoyado en la definición de protocolos para la generación de un estudio de prevalencia de VIH en población HSH, que iniciará en el año 2010 en la ciudad de Quito y posteriormente se extenderá a 4 ciudades más del país.

Respondiendo al mandato de los Tres Unos, ONUSIDA ha apoyado en la construcción de una propuesta para la conformación de una instancia de coordinación multisectorial de la respuesta nacional y al proceso de actualización del PEM. En el ámbito de la SC ha canalizado algunos apoyos dirigidos a la disminución del estigma y discriminación hacia PVV y poblaciones más expuestas.

Durante los dos últimos años, ONUSIDA ha fortalecido su rol de coordinación de la asistencia técnica del Sistema de Naciones Unidas hacia la respuesta nacional, encaminándose hacia una Programación Conjunta de Naciones Unidas sobre el VIH que optimice los esfuerzos interagenciales y sus resultados.

#### **PNUD:**

El Proyecto de Respuestas Multisectoriales al VIH Sida del PNUD, implementado entre los años 2006 a 2009, con el aporte principal de Cooperación Española, otros cofinanciadores como la Cooperación Holandesa y ONUSIDA, tuvo como principales logros durante los años 2008 y 2009 a los siguientes:

En el apoyo a la planificación estratégica, gobernabilidad y legislación de la respuesta nacional y local:

- Apoyo al PNS en la formulación de las propuestas para la conformación de una instancia multisectorial para la implementación del PEM y definición de procesos de planificación, monitoreo y evaluación a niveles provinciales y cantonales. Se trabajó en la definición de términos de referencia de la comisión, perfiles de técnicos, entre otros, además de iniciar ya procesos locales de planificación multisectorial y de conformación de comisiones cantonales y provinciales.
- Incidencia política para la elaboración de la reforma a la Ley en VIH/Sida y ha participado en el diseño de las ordenanzas municipales y los acuerdos sectoriales en VIH.

- Apoyo para la elaboración del PEM de la CEPVVS y conformación de núcleos en catorce provincias del país.
- Apoyo al PNS la planificación de POAs para 4 sectores prioritarios: HSH, TS, PPL y Adolescentes.
- Apoyo en la realización del taller de elaboración de lineamientos para la coordinación entre diferentes programas del MSP (TB, VIH, embarazo en adolescentes, salud mental, epidemiología) para poder implementar en las provincias una estrategia más coordinada y más eficiente para frenar la tuberculosis, el VIH y el embarazo en adolescentes, entre otros problemas de salud pública.
- Apoyo a la Dirección Provincial de Salud de Manabí para asumir su liderazgo y rectoría en la respuesta local al VIH. Manabí es la provincia con el trabajo de coordinación provincial de la respuesta en VIH/Sida más avanzado en el país.
- Apoyo en la implementación de los diferentes planes cantonales en el marco del Plan Provincial de Respuesta al VIH. Se apoyó a la realización del diagnóstico local de la situación de VIH y tuberculosis en el cantón Puerto López, cantón de alta incidencia de VIH/Sida. A través de este proceso se ha fortalecido la comisión local de VIH/Sida en Puerto López.
- Se diseñó con el PNS, la Asociación de Municipalidades del Ecuador (AME) y las demás contrapartes y socios del PNUD una plataforma virtual de intercambio de experiencias, monitoreo y evaluación para seguir coordinado acciones, enviar información, y conocer qué tipo de acciones están realizando los gobiernos locales.

En cuanto a fortalecimiento de capacidades para responder al VIH a través de la Escuela de Formación de Promotores:

- Sistematización de la Escuela de Promotores de Respuesta al VIH con los testimonios de 50 promotores formados.
- Firma de un convenio con la CEPVVS para realizar escuelas de formación de promotores en respuesta al VIH/Sida con diversos sectores como Universidades, gobiernos locales y empresas, junto con la participación de más de 60 PVV de varias ciudades del país.
- Transferencia de la metodología de la escuela de formación de promotores a la CEPVVS con lo cual esta organización continúa utilizando esta estrategia de formación.
- Conjuntamente con la Coalición y con CARE, se realizó una sistematización de la experiencia de las escuelas de promotores durante tres años.
- Conjuntamente con la AME, el PNS, CARE y PNUD se organizó el Premio Mejores Practicas Seccionales, capítulo especial VIH-Sida. El objetivo de este premio es visibilizar las acciones que realizan los gobiernos locales en alguna temática.

En el sector académico:

- Validación de la Guía para responder al VIH el sector académico con aportes de las universidades que participaron en el programa, de CONESUP y del PNS.<sup>40</sup>
- Organización de dos ciclos de formación: una en la Universidad de Guayaquil para docentes, estudiantes y personal de bienestar estudiantil bajo la modalidad de Escuela de formación de Promotores. Se cerró el ciclo con 35 promotores y varios eventos masivos organizados desde la misma universidad. Otra, en la Universidad Central para docentes, estudiantes y con un grupo amplio de Personas que viven con VIH.
- Se realizó con el CONESUP, el PNS, y con participación de UNFPA, OPS y el PMA, un seminario sobre el Rol del Sector Académico en la respuesta al VIH-Sida.
- Elaboración de la Guía metodológica para responder al VIH-Sida en el sector académico, un documento que servirá de apoyo para la implementación de la resolución y que ofrece ideas, herramientas y respaldo académico sobre temas transversales como el enfoque de género.
- En el sector laboral en conjunto con CARE y el Ministerio de Relaciones Laborales se realizó una evaluación del impacto del trabajo en el sector privado con las 11 empresas que fueron premiadas en febrero 2007 por su trabajo en VIH.
- En cuanto a las personas privadas de la libertad se realizó con el MSP, la DRNS y el Ministerio de Justicia un taller de planificación de acciones concretas en el marco de la política de VIH-Sida, ITS y TB, establecido el año anterior y aprobado por el Consejo Nacional de Rehabilitación. Se incluye la formación de promotores de salud y se utilizará la metodología de la escuela de promotores de VIH/Sida, para elaborar materiales en TB.

#### **OPS:**

Durante el periodo la cooperación técnica de la OPS al país, teniendo como contraparte principal al ente rector de la respuesta nacional a la epidemia el MSP, del Ecuador y del PNS, se ha organizado bajo los lineamientos de cooperación en los siguientes temas: Vigilancia Epidemiológica; Investigación; Atención Integral a las personas viviendo con VIH y Eliminación de la transmisión materna infantil del VIH y la Sífilis Congénita; Promoción y Fomento de Alianzas contra el VIH. Las principales estrategias y acciones en cada uno de los lineamientos de la cooperación se describen a continuación:

#### **Vigilancia Epidemiológica**

Esta línea de cooperación está orientada a apoyar al país en el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia, seguimiento y evaluación a nivel nacional e investigaciones que permitan seguir de cerca el progreso en la consecución de los objetivos. Los principales logros en este componente son:

Desde el 2008 el PNS en Ecuador cuenta con las normas nacionales del sistema de notificación. Las mismas fueron evaluadas mediante un estudio para identificar el nivel de notificación, el registro de la mortalidad por Sida y causas asociadas, la estimación

de la población de alto riesgo (HSH y TS), y los conocimientos Actitudes y prácticas de la población frente al VIH e ITS.

Con la información de estudio durante el 2009 se inició la actualización de las normas del Sistema de Vigilancia, se inició su aplicación y los ajustes del Sistema que serán aplicados durante el 2010.

Bajo este componente de cooperación la OPS también ha contribuido a la elaboración de los respectivos informes UNGASS y Acceso Universal del periodo 2008-2009

### **Investigación**

Esta línea de cooperación permite desarrollar la capacidad para la formulación de protocolos y la ejecución de las mismas investigaciones con rigor científico asegurando la aplicación de investigaciones similares en otros lugares del territorio nacional o nuevas investigaciones. Entre las principales tenemos:

Se apoyó la formulación y validó el Protocolo de Investigación para el estudio de incidencia, prevalencia y comportamiento del VIH y otras ITS en población HSH y se realizó la investigación formativa que permitirá la implementación del estudio en Quito en el 2010.

Se realizó los Estudios de Subnotificación y Monitoreo y Evaluación. También se brindó apoyo técnico y financiero para la preparación de la propuesta de Proyectos a ser presentados al FM.

### **Atención Integral A Personas Viviendo Con VIH y Sida**

Esta línea de cooperación ofrece apoyo al país para actividades de prevención, tratamiento y atención del VIH/Sida incluyendo enfoque innovadores para aumentar la cobertura de las intervenciones a personas con difícil acceso y poblaciones vulnerables. Los resultados más destacados en el periodo fueron:

Se actualizó las normas de atención en el 2008, se promovió la respuesta a la coinfección TB-VIH mediante la formulación del plan de trabajo país (Reunión de Gerencia de coinfección TB-VIH, Bogotá, 2009) y se fortaleció el Comité multisectorial de coinfección.

El MSP inició el desarrollo del modelo de gestión del VIH para los 3 niveles de atención en el marco de una atención descentralizada; inició un proceso de descentralización al segundo nivel de los servicios de AI del VIH; se inicio el proceso de capacitación en promoción, prevención y diagnóstico con pruebas rápidas a los Equipos Básicos de Salud (EBAS) y se elaboró un POA para desconcentrar la atención en Guayaquil de acuerdo al análisis de procedencia e los pacientes.

Se inicio la actualización de las guías de atención conjunta de la sífilis congénita y la transmisión madre-hijo del VIH y se puso en marcha conjuntamente con UNICEF de la iniciativa regional para la eliminación de la transmisión madre-hijo de VIH y la sífilis congénita.

Se apoyó la formulación de propuesta de guías para Consejería y se apoyó la evaluación de la calidad de los servicios de consejería. El MSP tomó acciones para el incremento de la oferta y fortalecimiento de los servicios de Consejería mediante la incorporación de médicos y otro personal de salud y su capacitación.

## **Promoción de Alianzas**

Esta línea de cooperación está orientada a mantener el compromiso político y movilizar recursos mediante la promoción y el fomento de alianzas contra el VIH/Sida y a aumentar la participación de la comunidad y las personas afectadas para ampliar el alcance y el desempeño de los programas de control. Entre los principales resultados constan:

Con la Asociación de Facultades de Enfermería del Ecuador ASEDEFE se ha promovido la capacitación en prevención y atención del VIH de los recursos de enfermería y su extensión a la comunidad, siguiendo la experiencia de la REDEVIHDA.

En el marco de la Organismo Andino de Salud (ORAS-CONHU) y en coordinación con UNICEF se desarrolló protocolos y planificó la Investigación de ARV Pediátricos en la Subregión Andina, que será realizada en 2010.

## **UNFPA:**

Durante el 2008 y 2009 el Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA respecto a VIH ha orientado sus intervenciones a fomentar la integralidad y multi-sectorialidad que dimensione los vínculos del VIH con la imposibilidad del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de jóvenes no escolarizados, mujeres, personas que ejercen el trabajo sexual y, el uso y acceso al condón. Guardó concordancia con las prioridades nacionales de abordar las inequidades económicas, sociales y culturales determinadas por la condición de edad, etnia, orientación sexual, condición laboral, género y sexo.

La intervención tuvo dos ámbitos de acción, uno a nivel nacional en apoyo a las iniciativas del Gobierno en el marco del mandato del UNFPA teniendo como principales aliados a los MSP, ME, FFAA, PPNN y, en el ámbito local con autoridades de cinco provincias (Orellana, Sucumbíos, Manabí, Chimborazo y Bolívar) que incluyen gobiernos locales, Direcciones Provinciales de Salud, Educación y Organizaciones de Mujeres, Jóvenes y Comunitarias.

En línea con el fortalecimiento de las capacidades nacionales y locales UNFPA apoyó al MSP en:

- Revisión y actualización de la normativa de salud sexual y reproductiva, incluido la normativa de atención integral de adolescentes en la que incluye la atención a adolescentes que viven con VIH-Sida;
- Definición e implementación de la Norma de Atención Integral a las personas que ejercen el trabajo sexual;
- Acciones de promoción prevención de prevención VIH-Sida con Población joven;
- Acciones para la disponibilidad asegurada de condones, complementada con estudios respecto a las barreras sociales y culturales que impiden su uso. Con el mismo propósito se desarrollaron acciones con la Red de Trabajadoras Sexuales del Ecuador, contribuyendo al ejercicio de su derecho a recibir una atención en salud integral y de calidad.

Con la Dirección Nacional de Salud de la Policía, se desarrolló una propuesta encaminada a mejorar el conocimiento de las condiciones laborales y contextuales relacionadas con la salud sexual y reproductiva, la prevención de VIH-Sida/ITS y la violencia basada en el género con la mujer policía. Se ha fortalecido la participación de

FFAA y PPNN en COPRECOS Ecuador, articulando la propuesta nacional con la iniciativa en América Latina.

#### **UNIFEM:**

En el Ecuador, a lo largo de los años 2008 y 2009, UNIFEM ha brindado apoyo técnico y financiero a las Mujeres que viven con VIH y a sus organizaciones para que se fortalezcan y se empoderen para poder participar de manera activa en la respuesta nacional y regional al VIH (Comisión de Género y Participación de las Mujeres de la Coalición Ecuatoriana de Personas que viven con VIH –CEPVVS-).

Asimismo, ha proporcionado apoyo técnico al PNS y al MSP en general en temas de género y salud, género y VIH con énfasis en VIH y Mujeres (participación en la elaboración de las Normas y Protocolos de atención integral a la violencia de género, intrafamiliar y sexual, transversalización del enfoque de género en el sector salud, fortalecimiento de capacidades institucionales dentro del MSP).

UNIFEM ha apoyado también proyectos que buscan abordar el vínculo entre el VIH y la violencia contra las Mujeres (investigación sobre la PPE -Profilaxis post exposición al VIH en caso de violación sexual-, Encuentro Regional para intercambiar Buenas Prácticas de organizaciones que trabajan en el vínculo entre el VIH/Sida y la Violencia Contra las Mujeres en el cual Ecuador participó y elaboró un plan de acción concertado entre varias organizaciones e instituciones para trabajar VIH y Violencia y VIH y Mujeres).

#### **UNESCO:**

Ha ejecutado el proyecto *Apropiaciones Culturales para la prevención del VIH y Sida en zonas de frontera de Ecuador, Perú y Colombia* financiado con fondos del Secretariado de ONUSIDA y ejecutado por la Oficina Multipaís de UNESCO en Quito. Su objetivo ha sido contribuir al fortalecimiento de políticas educativas para la prevención del VIH/Sida en adolescentes y jóvenes en zonas de frontera y contextos de vulnerabilidad. Hasta diciembre de 2009 el Proyecto alcanzó los siguientes resultados:

- Capacitación a 176 personas entre docentes, futuros docentes y estudiantes como facilitadores en Sexualidad Integral y prevención de VIH para seguir trabajando con metodologías lúdicas adaptadas para adolescentes, jóvenes, docentes, futuros docentes y padres de familia en sus instituciones y comunidades;
- Diseño de una metodología adaptada a las necesidades locales con un enfoque de derechos y a la realidad de los/las jóvenes que viven en frontera;
- Acuerdos de trabajo colaborativo entre las instituciones locales participantes, así como también con los Institutos Pedagógicos de las provincias y departamentos participantes;
- Conformación de redes institucionales binacionales creadas entre las instituciones participantes en zonas de frontera;
- Diseño de planes de trabajo institucionales para la inserción de la malla curricular sobre Educación para la Sexualidad del ME alineada a la Declaración de México 2008;

- Fortalecimiento de alianzas con otras agencias e instituciones para la continuación del proyecto en el 2010 conjuntamente con el PNUD y UNIFEM.

## **UNICEF:**

UNICEF ha contribuido con los esfuerzos nacionales en la respuesta para frenar la epidemia de VIH/Sida, en el marco del PND, PEM, ODM, UNDAF, y de los Tres Unos en lo siguiente:

- Apoyo en la prevención de la transmisión vertical del VIH. Para el efecto realizó las siguientes acciones: i) continuidad de la campaña de información, educación y comunicación social a través de medios masivos de alcance nacional y local, ii) reproducción y difusión de materiales educativos en los servicios públicos de salud, iii) apoyo a unidades desconcentradas del MSP y otros actores locales en Morona Santiago, Sucumbíos y Esmeraldas, para el monitoreo del progreso del acceso a la prueba gratuita de VIH durante el embarazo y al tratamiento preventivo a la madre y al niño, iv) aporte para la difusión amplia de la guía para la alimentación y nutrición de niñas y niños no amamantados, v) asesoría técnica internacional para normar el uso de fórmulas lácteas en niñas y niños recién nacidos hasta 6 meses, y alimentación complementaria a niñas y niños de 6 meses a 2 años de edad, y vi) asistencia técnica internacional para la discusión de normas y guías de prevención de la transmisión vertical.
- Apoyo al monitoreo del gasto público en VIH/Sida. Para el efecto, realizó las siguientes acciones: asesoría técnica a los Ministerios de Economía y de Salud Pública para el establecimiento de un sistema de vigilancia continua del monto y calidad de gasto, con énfasis en el acceso universal al programa de VIH/Sida, en los rubros de prevención y tratamiento.
- Apoyo a la actualización del análisis de situación de niñas, niños y adolescentes huérfanos como consecuencia del VIH/Sida, mediante asistencia técnica al MSP, CNNA, DNI y otros actores, en el análisis y en la construcción de lineamientos de política pública para su protección.
- Apoyo a la prevención de VIH/Sida en adolescentes privados de la libertad, mediante la asistencia técnica al MSP y Ministerio de Justicia y Derechos Humanos para el análisis de situación de salud y establecimiento y aplicación de un plan de acción para la protección integral en salud y prevención de VIH/Sida. Esto beneficia a los 14 Centros del Adolescentes Infractores (CAI) a nivel nacional.
- Apoyo a la actualización de información sobre situación de VIH/Sida en niñas, niños y adolescentes, mediante apoyo al MSP y Observatorio de los Derechos de la Niñez y Adolescencia (ODNA) para llevar adelante i) la veeduría ciudadana de la mortalidad neonatal en hospitales de Quito y Morona Santiago, que incluye el análisis de la prevención de la transmisión vertical del VIH/Sida, y ii) la encuesta de análisis de situación de niñas, niños y adolescentes a los 20 años de la Convención de los Derechos del Niño (CDN), que incluye información sobre la aplicación de políticas para control de VIH/Sida en el marco de las 4P: prevención de la transmisión vertical, tratamiento pediátrico, prevención en adolescentes y prevención de huérfanos/as.

- Apoyo en medidas de protección especial para prevención de VIH/Sida en niñas, niños y adolescentes de alto riesgo por ser víctimas de maltrato, abuso sexual y explotación sexual comercial, mediante asistencia técnica a los Concejos Cantonales de Niñez y Adolescencia en territorios de Frontera Norte, para definir rutas de prevención y atención.

## **PROGRAMA MUNDIAL DE ALIMENTOS:**

Los objetivos estratégicos de PMA incluyen principios programáticos para enfrentar la epidemia de VIH/Sida. Conjuntamente con el PNS se ha orientado la gestión a promover la atención a la alimentación y nutrición de PVV en dos ámbitos: la promoción de una alimentación y nutrición saludables partiendo de la elaboración de un documento conceptual y el diseño de normas técnicas para los establecimientos que permitan organizar un servicio de nutrición.

Durante el año 2010 se trabaja en torno a un POA que busca como producto el desarrollo de un modelo de nutrición en el marco del sistema de atención integral del PNS y de las intervenciones de la DNN. Para el efecto se elaborará un documento conceptual y una guía normativa, una metodología de capacitación. Una investigación normativa sobre seguridad alimentaria y nutrición de PVV orientará el desarrollo de las actividades de educación nutricional que se desarrollen en el modelo.

La situación de seguridad alimentaria y la nutrición de las PVV son el punto de entrada en el trabajo de PMA. Adicionalmente al diseño e implementación del modelo nutricional para PVV, PMA ha propuesto el desarrollo de un proyecto piloto de nutrición e inclusión social, que tiene como meta mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral, en cuatro UAI a PVV del MSP en las provincias de Pichincha y Guayas. Los objetivos del proyecto piloto comprenden:

- Asistencia alimentaria y nutricional para PVV en cuatro clínicas del MSP, implementada e integrada a un mecanismo de corresponsabilidades condicionadas.
- Mecanismo de corresponsabilidades condicionadas para las PVV en funcionamiento, en coordinación entre el MSP y otras entidades gubernamentales.

La SC también ha sido un actor importante en la respuesta nacional al VIH/Sida. Como ejemplos del rol de la SC, en este informe se quiere rescatar ciertas actividades que desde ese sector se han ejecutado, sobre todo acciones en sectores donde el estado ecuatoriano ha tenido tradicionalmente dificultades para llegar o donde las prioridades del programa han relegado a ciertos segmentos de la población.

## **CARE PROYECTO UNIVIDA**

La otra acción de la respuesta a la epidemia que queremos resaltar se refiere a una serie de intervenciones realizadas en el marco del proyecto UNIVIDA. El proyecto UNIVIDA es implementado en 11 provincias por CARE Internacional-Ecuador con financiamiento de la Unión Europea, en asocio con múltiples organizaciones como CEMOPLAF, Redima, y socios estratégicos y apunta a avanzar hacia los Objetivos del Milenio y a contribuir al cumplimiento del PEM.

Los principios en los cuales se basa el proyecto son la diversidad de factores, la

naturaleza complementaria de las acciones, la integralidad del enfoque social, psicológico y biológico, la combinación de estrategias de prevención, atención y tratamiento, la sinergia de esfuerzos, recursos y acciones de organizaciones públicas y privadas y socios estratégicos y, de manera primordial, la participación activa de la comunidad. El proyecto se implementa desde una perspectiva de género y con un enfoque basado en derechos.

UNIVIDA interviene con cinco componentes: IEC, mejoramiento de la calidad de la atención, seguridad económica y social, incidencia política y aprendizaje.

Usando una estrategia interinstitucional y multisectorial, el proyecto apunta a cambios substanciales de comportamiento en la población objetivo (mujeres, adolescentes y jóvenes, poblaciones móviles, PVV). El proyecto ha usado diversos métodos de IEC para asegurar que los grupos víctimas de discriminación y estigma sexual son informados acerca de del VIH, de sus derechos y responsabilidades.

El proyecto UNIVIDA apoya al ME en la institucionalización de la educación de la sexualidad a través de la implementación del Programa Nacional para la Educación de la Sexualidad y el Amor a través de la capacitación de profesores que participan en PRONESA, proveyéndoles de metodologías, materiales y procesos de evaluación a ser aplicados con estudiantes y sus padres en procesos que garanticen el aprendizaje en la vida diaria para un cambio de comportamiento.

Esos métodos incluyen arte, educación de pares y entrenamiento en liderazgo. La intervención se enfoca en situaciones asociadas al VIH/Sida como valores, uso de drogas, violencia, machismo, que tienen un impacto en las relaciones sexuales con el objeto de modificar no solamente el comportamiento sexual sino un comportamiento social más amplio. Treinta y siete establecimientos fueron seleccionados por sus propuestas innovadoras de aprendizaje sobre VIH/Sida, embarazo temprano, ITS, violencia doméstica, para ser tratado desde los jóvenes para los jóvenes, con un involucramiento de los estudiantes en las soluciones a esos problemas. Los establecimientos fueron seleccionados por jurados estudiantiles.

En lo referente a incidencia política, en asocio con el PNUD y la AME han conseguido el desarrollo de 39 ordenanzas municipales sobre políticas locales en VIH en gobiernos cantonales. Un aspecto de importante avance se refiere al programa de Responsabilidad Social Empresarial para sensibilizar a directivos, formar facilitadores y promover el desarrollo de prácticas no discriminatorias. Más de 400 empresas privadas han participado de esta iniciativa. A través de ferias de aprendizaje, las empresas han compartido sus logros y reflexiones. En uno de esos eventos el Ministro de Trabajo hizo el lanzamiento de la guía metodológica para dar respuesta al VIH en el lugar de trabajo. En 2008 se realizó en el país el primer encuentro internacional de responsabilidad empresarial en VIH en el que 10 empresas privadas y una organización del sector público (IESS-Hospital Carlos Andrade Marín) fueron reconocidas por sus avances sobre VIH.

En lo referente a servicios de salud, los objetivos son un incremento descentralizado de organizaciones que provean servicios de consejería, tamizaje, atención básica y prevención de la Transmisión Materno-infantil, e incrementar el número de usuarios de estos servicios debido a la calidad de la atención, confidencialidad y respeto.

Adicionalmente, se han implementado experiencias demostrativas para facilitar el desarrollo económico a través de microcréditos para PVV, creación de grupos de auto apoyo y asistencia a niños y niñas afectados por el virus.

La intervención con niños afectados por el VIH y con sus padres apunta a mejorar el proceso de desarrollo psicológico, afectivo y social de los niños a través de dinámicas lúdicas de aprendizaje en un trabajo conjunto con 15 organizaciones.

## **FUNDACIÓN CLINTON**

La Iniciativa de la Fundación Clinton para el Acceso a los Medicamentos ha colaborado directamente con el PNS-MSP en la elaboración de herramientas para el análisis de consumo y monitoreo de los ARVs. Asimismo han apoyado técnicamente en la consecución de ARVs de precios más reducidos. Para este efecto se ha asesorado en la elaboración del Plan Anual de Compras 2008-2009 para ARVs.

## **KIMIRINA**

### **EL RECORRIDO PARTICIPATIVO**

Esta metodología de IEC, se ha implementado en varias zonas del país desde 2006 con la participación de varias instituciones gubernamentales y no gubernamentales. La GTZ, desarrolló inicialmente el proyecto “Fortalecimiento de las acciones de Información, Educación y Comunicación (IEC) para la prevención del VIH/Sida” en población escolarizada en colegios públicos de 6 provincias (Pichincha, Azuay, El Oro, Guayas, Manabí y Esmeraldas).

El proceso de implementación requirió amplia difusión, concertación interinstitucional, validación y adaptación de materiales con un enfoque participativo donde confluyeron muchas organizaciones que forman parte de la respuesta multisectorial.

La meta de llegar a 120.000 estudiantes fue alcanzada en las provincias de intervención y se crearon capacidades institucionales en varias organizaciones para facilitar procesos de educación y comunicación con jóvenes.

La metodología del Recorrido Participativo ha sido replicada por otras organizaciones. El Programa Salud y Medio Ambiente Esmeraldas (SYMAE) ejecutó el proyecto de implementación de la metodología “Recorrido Participativo para la prevención de VIH/Sida en adolescentes y jóvenes escolarizados y no escolarizados”. El proyecto alcanzó a 8241 adolescentes y jóvenes escolarizados y 2500 no escolarizados de las zonas urbanas marginales y de las comunidades rurales del cantón Esmeraldas en 2009 en coordinación con el Municipio de Esmeraldas y la Cooperación Técnica Belga.

En la provincia de Guayas también se replicó esta metodología en 2009 en el Proyecto “Hablemos de VIH” ejecutado por Misión Alianza Noruega para la prevención de VIH/Sida en 5200 adolescentes y jóvenes escolarizados, maestros y padres de familia de zonas urbano marginales de Guayaquil (Flor de Bastión).

En todos los sitios mencionados, la intervención con metodología de Recorrido Participativo demostró importantes cambios de conocimiento en la población objetivo.

El Recorrido Participativo es una metodología de información, interactiva, altamente participativa, concebida para ser utilizada en los programas de IEC con población adolescente y joven, mayor de 12 años, concentrada en escuelas, colegios, organizaciones comunitarias, universidades, redes sociales, grupos de apoyo,

fábricas, u otros formas de organización de la comunidad. Esta metodología es económicamente sostenible y llega a los niveles cognitivo, emocional y conductual de los participantes.<sup>32</sup>

## **VIII. VIGILANCIA Y EVALUACIÓN**

Un plan de vigilancia y evaluación como tal no existe y el sistema de información no está estandarizado ni automatizado, lo que implica que el acopio y tabulación de información en el PNS no es completo y no garantiza una vigilancia apropiada a nivel nacional.

Sin embargo, el MSP-PNS ha realizado un esfuerzo muy importante en los años 2008 y 2009 para mejorar el sistema de información integral del Sida (SIISIDA), el sistema de vigilancia epidemiológico y el de monitoreo y evaluación.

### **Sistema de Vigilancia Epidemiológico (SVE)**

Con relación al sistema de vigilancia epidemiológica en el año 2009 se inicio un proceso de actualización y mejoría, con el objetivo de implementar una vigilancia de 2da. Generación con la implantación estudios centinelas en las poblaciones de mayor exposición. Existe un plan operativo de anual del sistema de vigilancia que permiten obtener elementos para la elaboración de un plan de vigilancia, pero no podríamos asumirlo como tal. Probablemente a nivel del MSP-PNS, se podría contemplar como un plan pero no es específico ni se incluyen todos los prestadores de servicios.

El MSP-PNS en el marco de su rectoría, plantea que el sistema de vigilancia actualizado tiene los instrumentos desarrollados, mecanismos de recolección, periodicidad y un reporte eficiente de indicadores, por lo que se puede asumir que el sistema de vigilancia cumple los requisitos de plan de vigilancia, el mismo que será presentado y validado en el marco de la PEN de la Respuesta Nacional con la finalidad alcanzar un compromiso multisectorial y monitorear y evaluar la implementación e impacto de la respuesta nacional.

El sistema de vigilancia de MSP tiene seguimiento sistemático del programa, encuestas comportamentales y produce información para investigaciones científicas a través de indicadores definidos y normalizados. Cuenta con directrices e instrumentos para recopilación de datos y estrategia de análisis, pero aun es débil la estrategia de evaluación de desempeño del sistema, de la calidad de los datos y aun mas las estrategias de divulgación.

Las prioridades de vigilancia y evaluación se han determinado a través de la evaluación del sistema nacional de vigilancia, siendo la caracterización de la epidemia un ejemplo de uso efectivo de los datos.

La unidad de vigilancia del PNS asegura el reporte de datos a través de informes mensuales manuales, electrónicos, reuniones de seguimiento y sistema de consolidación de datos. Las principales dificultades y que se convierten en los retos para el año 2010, es mejorar la calidad y llegada oportuna del dato, evaluar del desempeño del sistema y la capacitar al personal en los servicios de salud responsables de la recolección y flujo de datos e incorporar a las instituciones públicas, privadas, ONG y sociedad civil en el sistema de información, vigilancia y de

monitoreo y evaluación en el marco de la rectoría del MSP, por ser la epidemia una enfermedad de declaración obligatoria y del PEM de la respuesta nacional.

El SVE al igual que el SIISIDA y producen información para análisis y uso a nivel cantonal, provincial y nacional. El programa publica por lo menos una vez al año un informe de vigilancia y evaluación sobre el VIH.

### **Sistema Integrado de información del Sida (SIISIDA)**

El MSP-PNS con la finalidad de contar con información actualizada y oportuna diseño el SIISIDA como una herramienta integradora de toda la información clínica y de gestión necesaria para el área médica y de investigación, por tanto se convierte en la principal fuente de información para los tomadores de decisiones y para la elaboración de planes. Una de las características de este sistema es el de trabajar on-line

El SIISIDA fortalece y apoya el monitoreo y la atención de los pacientes y el desempeño de los proveedores de servicios en VIH y Sida en los distintas UAI, a nivel de indicadores de proceso, cobertura resultado y ofreciendo al usuario información en línea del avance del estado de salud del paciente.

En este sistema también forma parte el subsistema de gestión, adquisición y suministro de medicamentos ARV.

Actualmente se encuentra instalado en 28 Unidades de atención a PVVS, en los Centros de Atención del MSP y se espera instalar en los servicios de atención de las FFAA, PPNN, e IESS en el año 2010.

### **Sistema Integrado de monitoreo y evaluación (SIMEC)**

El MSP-PNS en el marco de la ejecución del Proyecto Ecuador VIH/Sida-ITS MSP-FG 2da. Ronda, se diseño el SIMEC el mismo que cuenta con un software y en el año 2009 se realizó su última actualización y validación por todas las instituciones que formaban parte de la ejecución del proyecto.

Es un instrumento de Apoyo Gerencial de Proyectos, que sirve para planificar y monitorear la ejecución tanto programática como financiera tomando como unidad básica de reporte un periodo de acuerdo a las necesidades del POAs.

Por las características del sistema y el uso y manejo ya realizado por numerosos actores tanto de la sociedad civil como del sector público, es el sistema a utilizarse en el monitoreo y evaluación del PEM de la respuesta Nacional, en el año 2010.

El grado de utilización de los datos del sistema de vigilancia se puede observar en la siguiente tabla:

**Tabla 64. Grado de Utilización de los datos del Sistema de Vigilancia de VIH**

Tipo de Utilización	Grado de Utilización	Ejemplo de Utilización
	(1-5)	
Revisión de la estrategia nacional contra el Sida:	5	Prevalencia de casos de VIH y Sida
Asignación de recursos	4	Tamizaje
Mejoramiento de programas	4	Planificación para tendencia de la epidemia

Fuente: Encuesta ICPN, 2009.  
Equipo consultor

Los principales logros en cuanto al SVE en el periodo de este reporte son la actualización de normas, conformación de equipo técnico nacional asesor de vigilancia, y la realización de un estudio de subnotificación en los cantones Quito y Guayaquil, que nos dan una idea acerca de cómo está marchando, tanto el sistema de vigilancia como de la atención, en los diferentes niveles.

El principal reto pendiente es la automatización del sistema que se realizará previa su validación en cinco áreas demostrativas.

El reporte de la Consultoría de apoyo al Proyecto de Vigilancia Sanitaria y Control de Enfermedades en la elaboración de los Informes UNGASS y Acceso Universal del período 2008 -2009<sup>41</sup>, señala que el estudio de subnotificación mencionado, conducido a finales de 2009, encontró bajos niveles de confirmación de casos probables ( $\leq 55\%$ ) así como de notificación de casos confirmados ( $\leq 75\%$ ).

En dicho estudio se identificaron las siguientes barreras para el tamizaje y la confirmación de casos:

- Horario inadecuado.
- Colas para recibir un turno.
- Observación de reducida garantía de confidencialidad.
- Costo de la prueba.
- Maltrato (miradas, tonos de voz, disposiciones corporales, expresiones, etc.) de parte del primer contacto con el servicio: estadística, médicos, obstetricias, trabajadoras/es sociales, psicólogas/os, programas.
- Inadecuada información.
- Desabastecimiento de pruebas de tamizaje, que lleva a que muchas personas que tomaron la decisión de realizarse una prueba desistan de hacerlo. En muchas de las unidades que realizan tamizaje informan que no tienen pruebas rápidas para la demanda espontánea, ya que estas son para las mujeres embarazadas, TS o personas con TB.
- Desabastecimiento de un segundo tipo de prueba (prueba de marca diferente).

- Insuficiente capacidad de tamizaje para las personas que demandan una prueba y que no se encuentran en los grupos considerados prioritarios (personas que se encuentran realizando un trámite de visa para salir del país, adolescentes que no asisten a un centro educativo, personas que necesitan certificados de trabajo, extranjeros o la demanda espontánea). Con frecuencia no se dispone de consejeros, para asistir a estas personas ya que muchas veces demandan la prueba en horas de la tarde cuando muchos de los y las consejeras han terminado su jornada laboral o cuando el centro de salud se encuentra abarrotado de mujeres gestantes o niños menores de cinco años.

Igualmente, se identificaron barreras para la notificación de casos:

- Desconocimiento de los procedimientos, muchas veces relacionado con el cambio frecuente de profesionales o el cambio de normativas e instrumentos que no han sido adecuadamente socializados, por ejemplo, el llenado del formulario de solicitud de la prueba suele ser incompleto o no se conoce su manejo o la ruta que debe seguir; en esas circunstancias es frecuente encontrar formularios inadecuadamente llenados o suele usarse solicitudes alternativas, determinando un inadecuado flujo de la información.
- El envío de muestras desde las unidades de tamizaje con pedidos diferentes a la solicitud de prueba confirmatoria lleva a que se pierde información valiosa que debe ser notificada.
- La no legitimación de los casos tamizados y/o confirmados realizados en la Cruz Roja por parte del INH y/o UAI a PVV podría generar una pérdida significativa de pacientes que al tener que volver a entrar en un proceso de diagnóstico optan por abandonar el proceso.
- Reducida supervisión y acompañamiento de la Dirección Provincial de Salud en el proceso notificación para vigilar el cumplimiento de tiempos, procedimientos y la calidad de la información.

En el informe final de la Consultoría se plantea una propuesta de mejoramiento del Sistema de Vigilancia, Monitoreo y Evaluación del VIH/Sida en el Ecuador cuyos objetivos son:

- Reforzar la vigilancia epidemiológica y estrechar la relación entre la vigilancia epidemiológica y la toma de decisiones en materia de prevención y de planificación de servicios.
- Aumentar la calidad de los sistemas vigilancia epidemiológica en el ámbito provincial y local, manteniendo los sistemas de información que están en funcionamiento y mejorando la cobertura y calidad de ser necesario.
- Definir y consolidar la vigilancia de las conductas de riesgos en las poblaciones específicas y en población general.
- Flexibilizar los sistemas de vigilancia de modo que puedan adaptarse a las necesidades y cambios en la evolución de la epidemia.
- Proporcionar, generar, compartir y diseminar la información epidemiológica relevante y oportuna para la toma de decisiones destinadas a reducir el impacto de la epidemia del VIH/Sida e ITS.

- Apoyar a los programas nacionales y provinciales de VIH/Sida en la gestión y planificación de recursos y actividades destinadas a un control más eficaz de la epidemia.
- Reforzar las políticas de salud pública y los programas para prevenir y controlar la transmisión del VIH por vía sexual, sanguínea o parenteral y la transmisión de madre a hijo.
- Ampliar y mejorar la difusión de resultados de los sistemas de vigilancia, adaptando los mensajes en función de la población destinataria.

## Bibliográfica:

1. Ministerio de Salud Pública. PNS-Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH/Sida. Reporte de datos absolutos. 2009.
2. Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social, ONUSIDA. Declaración de Compromiso sobre VIH-Sida, UNGASS. Informe del Gobierno del Ecuador Relativo al Periodo 2006-2007. 2008.
3. Ministerio de Salud Pública. PNS-Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH/Sida. Indicadores Básicos del Programa Nacional de VIH/Sida e ITS. 2009.
4. SENPLADES. Secretaría Nacional de Planificación. Plan Nacional Para el Buen Vivir. 2009.
5. Kusunoki L, Navarro C, Guanira J, Velásquez C. Priorización para el Acceso Universal a la Prevención, Atención Integral, Cuidado y Apoyo en VIH/Sida. Ecuador 2008 - 2013. 2008.
6. Ministerio de Salud Pública. PNS. Guía de Atención Integral de VIH-Sida. *Borrador Final*. 2010.
7. CEPVVS. Coalición Ecuatoriana de Personas que Viven con el VIH/Sida. Diagnósticos de la Situación de las Clínicas de VIH/Sida del Hospital Teófilo Dávila de Machala, Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, Enrique Garcés de Quito, Eugenio Espejo de Quito, Abel Gilbert Pontón de Guayaquil, Delfina Torres Viuda de Concha de Esmeraldas. *Policopia*. Quito. 2009.
8. ONUSIDA. Directrices para el Desarrollo de Indicadores Básicos. Informe 2010. 2009.
9. DNRS. Dirección Nacional de Rehabilitación Social, MSP. Informe de Actividades de la campaña de pruebas rápidas realizadas a las personas privadas de libertad de los centros de rehabilitación social de la provincia de Guayas y Pichincha. *Estudio no publicado*. 2009.
10. Universidad San Francisco de Quito, CARE Internacional. Documento Técnico de Línea de Base del Proyecto VIH/Sida del Fondo Mundial. 2007.
11. Ministerio de Salud Pública. Registro de Tarjetas de salud integral de las trabajadoras sexuales. 2010.
12. PNUD. Guía de Producción para Responder al VIH-Sida desde la Comunicación Social. Quito. 2009.
13. Ministerio de Salud Pública. Guía de Atención Integral a PVVS.
14. Ministerio de Salud Pública. Programa de Control de Tuberculosis, CARE Internacional-Ecuador. Estudio de Prevalencia de VIH en personas con Tuberculosis en tratamiento en el MSP. *Estudio no publicado*. 2007.
15. CARE Internacional-Ecuador, MSP-Programa de Control de TB. Proyecto Expansión de la Estrategia DOTS en Ecuador (Fondo Mundial). Semester 8 Progress Report. 2009.

16. Ministerio de Salud Pública. Programa de Control de Tuberculosis. Informe Anual de Casos de Tuberculosis. Ecuador 2008. 2009.
17. Ministerio de Salud Pública-Programa de Control de TB. Informe Anual de Casos de Tuberculosis. Ecuador 2009. 2010.
18. Ministerio de Salud Pública. Programa de Control de Tuberculosis. Programa Nacional de VIH/SIDA. Guía de Atención Integral de la Co-morbilidad TB-VIH/SIDA. 2009.
19. Ministerio de Salud Pública. Programa de Control de Tuberculosis, CARE Internacional-Ecuador. Estudio de Validación de la Implementación de la Guía de Diagnóstico de Tuberculosis en Personas Viviendo con VIH/SIDA. 2009.
20. CEPAR. Situación de la salud sexual y reproductiva, VIH/Sida y violencia intrafamiliar en la provincia de Sucumbíos, Ecuador. *Informe publicado sin ISBN*. 2009.
21. CEPAR. Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil, ENDEMAIN. [http://www.cepar.org.ec/endemain\\_04/separatas/separatas.htm](http://www.cepar.org.ec/endemain_04/separatas/separatas.htm). 2004.
22. CEPAR. Estudio sobre Grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad frente al VIH/Sida. Informe de Resultados. 2006.
23. Fundación Ecuatoriana Equidad, Fundación Amigos por la Vida. Aproximación al comportamiento de hombres gay y otros hombres de comportamiento bisexual en seis localidades del Ecuador. 2006.
24. International HIV/AIDS Alliance, FIJCG, INSP. Prevención en las Fronteras: Reporte Basal Ecuador. 2005.
25. Redtrabasesex. Red de Trabajadoras Sexuales del Ecuador. Dinámica del Trabajo Sexual en la provincia de Sucumbíos, Ecuador. *Informe publicado sin ISBN*. 2009.
26. Chedraui P, Van Ardenne R, Wendte JF, Quintero J, Hidalgo L. Knowledge and practice of family planning and HIV prevention behavior among just delivered adolescents in Ecuador: The problem of adolescent pregnancies. *Arch Gynecol Obstet*. 2007(276):139-144.
27. Soto P. Línea de Base en Conocimiento y Percepciones Sobre Sexualidad y VIH/SIDA en Cuenca - Ecuador. 2009.
28. CARE Internacional-Ecuador. Programa de Formación de Facilitadores Infantiles. Proyecto UNIVIDA (Unión Europea). 2010.
29. CARE Internacional-Ecuador. Leveraging Information from the Field to Transform U.S. Policy toward Developing Countries "LIFT UP". Health Component Report. Ecuador. 2010.
30. GTZ. Informe del proyecto "Fortalecimiento de las acciones de Información, Educación y Comunicación (IEC) para la prevención del VIH/Sida". Guayaquil. 2007.
31. Misión Alianza, Montero JJ, Cordero A. Informe Final del Proyecto de Implementación de la Metodología "Recorrido Participativo Para la Prevención

- de VIH/Sida en Adolescentes y Jóvenes Escolarizados y Padres de Familia". Guayaquil. 2009.
32. SYMAE, Montero JJ. Informe Final del Proyecto de Implementación de la Metodología "Recorrido Participativo Para la Prevención de VIH/Sida en Adolescentes y Jóvenes Escolarizados y No Escolarizados". Programa Salud y Medio Ambiente Esmeraldas. 2009.
  33. Redtrabsex. Red de Trabajadoras Sexuales del Ecuador. Estudio de Aceptación del Condón Femenino en Mujeres en Edad Reproductiva Usuarias de Servicios Públicos, privados y trabajadoras sexuales en el Ecuador. [www.onusida.ec/.../4659.RESULTADOS\\_ESTUDIO\\_CONDON\\_FEMENINO\\_REDTRABSEXECUADOR.doc](http://www.onusida.ec/.../4659.RESULTADOS_ESTUDIO_CONDON_FEMENINO_REDTRABSEXECUADOR.doc). 2007.
  34. ESPOCH. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. Aplicación de una estrategia de comunicación para promover el uso correcto del preservativo para prevenir las ITS y el VIH-Sida en la Facultad de Salud Pública de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. 2007.
  35. Cordero M. Línea de Base en Salud Sexual y Reproductiva de Jóvenes en Gualaceo. *Estudio no publicado*. 2005.
  36. ODNA. Observatorio de los Derechos de Niños y Adolescentes. Ser Adolescente en la Frontera Norte. <http://www.odna.org/ODNA-PDF/ser.pdf>. 2007.
  37. ESPOCH. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. Estudio Sobre Infidelidad en Personas que han Tenido o Tienen Pareja Estable. 2008.
  38. DNRS. Dirección Nacional de Rehabilitación Social, GTZ, MSP. Estudio CAP: Programa de prevención de transmisión del VIH/Sida e ITS en las personas privadas de libertad de los CRS. 2008.
  39. FESGO. Federación Ecuatoriana de sociedades de Ginecología y Obstetricia. Transmisión Vertical de VIH/Sida de Madre a Hijo. Ecuador. 2007.
  40. PNUD. Guía Metodológica para responder al VIH-Sida en el Sector Académico. Quito. 2009.
  41. OPS. Propuesta de Mejoramiento al Sistema de Vigilancia, Monitoreo & Evaluación del VIH-Sida en el Ecuador. 2010.

# *Anexos*

**Entrevistados para el ICPN**

(Indiquen **todos** los entrevistados cuyas respuestas se han recogido para rellenar [partes de] el ICPN en la siguiente tabla; añadan tantas filas como sean necesarias)

**ICPN - PARTE A (para que respondan los funcionarios gubernamentales)**

Organización	Nombre/Cargo	Entrevistados para la parte A (indicar sobre qué partes se ha preguntado a cada encuestado)				
		A.I	A.II	A.III	A.IV	A.V
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA (MSP)-PROGRAMA NACIONAL DE	RODRIGO TOBAR, JEFE DEL PROGRAMA NACIONAL DE SIDA	X	X	X	X	X
IESS (INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL)	CARMEN ALARCÓN, DELEGADA DEL DIRECTOR, SEGURO	X	X	X	X	
MCDS (MINISTERIO DE COORDINACIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL)	RUTH LUCIO, ASESORA DE LA MINISTRA, ENCARGADA DE LOS TEMAS DE SALUD	X	X	X		
POLICÍA NACIONAL	FERNANDO SALAZAR, DELEGADO INSTITUCIONAL	X	X	X		
MIES (MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL)	LOURDES CALI, DELEGADA POR LA MINISTRA	X	X	X		
MINISTERIO DE EDUCACIÓN	LUIS ÁLVAREZ	X	X	X		
MUNICIPIO DE CUENCA	PATRICIO LUZURIAGA	X	X	X		
FUERZAS ARMADAS		X	X	X		

M JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS	GUILLERMO YÁNEZ / ANALISTA DE RIESGOS PENITENCIARIOS	X	X	X		
-------------------------------------	--	---	---	---	--	--

Cuestionario del Índice Compuesto de Política Nacional

**Parte A**

**(Para que respondan los funcionarios del gobierno)**

1. ¿Ha desarrollado el país una estrategia nacional multisectorial para responder al VIH?

(Las estrategias multisectoriales deben incluir, por lo menos, las desarrolladas por ministerios, como las que se mencionan a continuación en el apartado 1.2.)

Sí

Período cubierto: 2007-2015

SE TOMA COMO PUNTO DE PARTIDA AL PEM

*Si la respuesta es negativa o “no corresponde” (N/C), explique brevemente los motivos.*

*Si la respuesta es afirmativa, responda las preguntas 1.1 a 1.10; de lo contrario, pase a la pregunta 2.*

- 1.1 ¿Desde cuándo tiene el país una estrategia multisectorial? Número de años: [3]

- 1.2 ¿Qué sectores están incluidos en la estrategia multisectorial con un presupuesto específico para el VIH destinado a sus actividades?

Sectores	Incluido en la estrategia	Presupuesto asignado
Salud	Sí	Sí
Educación	Sí	Sí
Trabajo	Sí	Sí
Transporte	Se desconoce	Se desconoce
Ejército/Policía	Sí	Sí

Mujeres	Sí	Sí
Jóvenes	Sí	Sí
Sociedad Civil	Sí	Sí
Rehabilitación Social	Si	Si

\* Cualquiera de los siguientes sectores: agricultura, finanzas, recursos humanos, justicia, minería y energía, planificación, obras públicas, turismo, comercio e industria.

*Si no hay un presupuesto asignado para algunos o ninguno de los sectores anteriores, explique qué financiación se utiliza para asegurar la ejecución de las actividades específicas relacionadas con el VIH de dicho sector:*

### **1.3 La estrategia multisectorial, ¿está dirigida a las siguientes poblaciones destinatarias, entornos y asuntos interrelacionados?**

Poblaciones destinatarias

- a. Mujeres y niñas: SI
- b. Jóvenes de ambos sexos: SI
- c. Consumidores de drogas inyectables: NO

SE ACLARA QUE EL TIPO DE EPIDEMIA DE ECUADOR, NO INCLUYE A LOS CDI COMO POBLACIÓN EXPUESTA O VULNERABLE,

- d. Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres: SI
- e. Profesionales del sexo: SI
- f. Huérfanos y otros niños vulnerables: NO

SE EXPLICA CON EL PEM, QUE LA DISCUSIÓN DE INCLUSIÓN DE HUÉRFANOS ERA CLARA, QUE APLICABA EN OTROS CONTEXTOS COMO EL DE ÁFRICA, POR LO QUE OBVIAMENTE LOS ESFUERZOS CON ESA POBLACIÓN EN LA ACTUALIDAD NO SERIAN TAN INTENSOS COMO EN LAS POBLACIONES VULNERABLES Y EXPUESTAS ESTABLECIDAS.

- g. Otras subpoblaciones vulnerables específicas\*

Entornos

- h. Lugar de trabajo: SI  
SE EXPLICITA A LAS TS Y LA INTERVENCIÓN QUE SE REALIZA EN SUS LUGARES DE TRABAJO.
- i. Escuelas: SI
- j. Prisiones: SI

Asuntos interrelacionados

- k. VIH y pobreza: SI
- l. Protección de los derechos humanos: SI
- m. Participación de las personas que viven con el VIH: SI
- n. Tratamiento del estigma y la discriminación: SI
- o. Capacidad de decisión de la mujer/igualdad entre los sexos: SI

**1.4 ¿Fueron identificadas las poblaciones destinatarias a través de un proceso de evaluación de necesidades?**

SI

*Si la respuesta es afirmativa, ¿cuándo se efectuó dicha evaluación de necesidades?*

Año: 2005

EL CONSENSO SE ESTABLECE EN EL 2005, YA QUE S UBICA EL PROGRAMA NACIONAL 2005, POR QUE TODO INICIA DE LA PROPUESTA CON LA SEGUNDA RONDA DEL FORO GLOBAL.

\* Subpoblaciones, aparte de los consumidores de drogas inyectables, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y los profesionales del sexo, que se han identificado localmente como poblaciones expuestas a un riesgo elevado de transmisión del VIH (tales como clientes de los profesionales del sexo, migrantes transfronterizos, trabajadores migrantes, desplazados internos, refugiados o presos).

*Si la respuesta es negativa, explique cómo se identificaron las poblaciones destinatarias:*

1.5 ¿Cuáles son las poblaciones del país a las que van destinados los programas del VIH? *[especificar]*

IESS: MENCIONA LAS REGIONES DEL PAÍS, PNS: RIESGO, PPNN POBLACIONES.  
EN EL CONSENSO SE MENCIONAN CLARAMENTE LAS POBLACIONES DE RIESGO: TS, HSH Y PPL.

1.6 ¿Incluye la estrategia multisectorial un plan operativo?

## SI

1.7 ¿Incluye la estrategia multisectorial o el plan operativo?:

EL PNS MENCIONA QUE NO SE HA LOGRADO ELABORAR UN PLAN OPERATIVO.

a. Objetivos formales del	Sí	CONSENSO GENERAL sin discusión
b. Metas o hitos claros	Sí	
c. Un desglose de los costos de	Sí	
d. Una indicación de las fuentes de financiación	Sí	
e. Un marco de vigilancia y evaluación	No	El auditorio comparte la respuesta del PNS, MENCIONANDO que ellos son los concedores por lo que están de acuerdo.

1.8 ¿Ha asegurado el país la “integración y participación plenas” de la sociedad civil\* en el desarrollo de la estrategia multisectorial?

### Participación activa

*Si la participación es activa*, explique brevemente cómo se organizó:

A TRAVÉS DE CONCIENTIZACIÓN Y EDUCACIÓN EN COLEGIOS Y GRUPOS VULNERABLES.

CONVOCATORIA DE ACTORES PRINCIPALES Y PARTICIPACIÓN EN PEM ADEMÁS DE CAPACITACIÓN Y SE CAPACITO EN MONITOREO Y EVALUACIÓN.

POR CONVOCATORIA DEL MSP ECUADOR.

LAS TRES RESPUESTAS SON COMPLEMENTARIAS Y NO EXCLUYENTES.

EL PNS, PREGUNTA COMO FUE LA ORGANIZACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN CIVIL POR SECTORES PRIORITARIOS, PREVIO A LA ADMINISTRACIÓN ACTUAL. Y PONE SOBRE LA MESA LA MANERA DE ORGANIZACIÓN, ACTUALMENTE A TRAVÉS DE GRUPOS PRIORITARIOS. CUANDO ELABORARON EL PEM DEL 2007 LA MANERA DE ORGANIZARSE FUE A TRAVÉS DE REUNIONES SUCESIVAS Y DE MANERA ACTIVA.

SE AÑADE LA FORMA DE ORGANIZAR EL COMITÉ DE MONITOREO DEL PLAN ESTRATÉGICO, RAZÓN POR LO CUAL SE CAPACITA EN CUESTIONES DE MONITOREO Y EVALUACIÓN, GARANTIZANDO UNA FORMA DE ORGANIZACIÓN Y PARTICIPACIÓN DE LA SOCIEDAD CIVIL, TODO ESTO REALIZADO EN LA NUEVA JEFATURA DEL PNS.

\* La sociedad civil incluye, entre otras, las redes de personas que viven con el VIH; las organizaciones de mujeres, de jóvenes, religiosas, de servicios relacionados con el sida, de base comunitaria, de grupos de afectados clave (incluidos los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los profesionales del sexo, los consumidores de drogas inyectables, los migrantes, los refugiados/poblaciones desplazadas y los presos); las organizaciones sindicales, de derechos humanos; etc. A efectos del ICPN, el sector privado se considera por separado.

94

1.9 ¿Han respaldado la mayor parte de los asociados para el desarrollo externos (bilaterales y multilaterales) la estrategia multisectorial?

**SI  
NO EXISTE DISCUSIÓN.**

1.10 ¿Han ajustado y armonizado los asociados externos para el desarrollo sus programas relacionados con el VIH con la estrategia nacional multisectorial?

**Sí, todos los asociados**

2. **¿Ha integrado el país el VIH en sus planes de desarrollo general, tales como: (a) el plan de desarrollo nacional, (b) la evaluación nacional común/ el Marco de las Naciones Unidas para la Asistencia al Desarrollo, (c) la Estrategia para la reducción de la pobreza, y (d) el enfoque multisectorial?**

**Sí**

**EL PROGRAMA MENCIONA QUE SE DEBE ANADIR EL PROGRAMA NACIONAL DEL BUEN VIVIR, EL MEC LO AFIRMA PERO MENCIONA QUE POSTERIORMENTE DEBE HACERSE MAYOR ANÁLISIS EN FUNCIÓN DE LA DESAGREGACIÓN. ADICIONALMENTE LOS MINISTERIOS PÚBLICOS TIENEN QUE RENDIR CUENTAS EN LOS PLANES ESTABLECIDOS EN EL PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR (PLAN NACIONAL DEL**

**DESARROLLO) SE PROPONE QUE EL TERMINO ES PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR. ONUSIDA HACE UNA ACLARACIÓN SOBRE LA EVALUACIÓN NACIONAL COMÚN EN EL MARCO DE INTERVENCIÓN DE LAS NNUU PARA LA ASISTENCIA Y EL MISMO CONTIENE EN VARIOS CAPÍTULOS AL VIH Y RESPONDE AL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO, DICHO MARCO FUE FIRMADO EN SEPTIEMBRE, ENTREGANDO LA PLANIFICACIÓN HASTA EL AÑO 2015, INCLUYENDO EN 6 DE SUS 10 CAPÍTULOS AL VIH, EN RESUMEN ES UN MARCO DE ACCIÓN.**

**EN LA ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE LA POBREZA, SE DISCUTE SI EXISTE DE MANERA EXPLICITA, EL MIES MENCIONA QUE EL PLAN EXISTE, SI SE REMITE A LA PREGUNTA BASE. EN OTROS PLANES, SE MENCIONA QUE EL VIH ESTA INCLUIDA COMO UNA ENFERMEDAD CATASTRÓFICA, PERO ESTO ESTA INCLUIDO EN EL PLAN DE DESARROLLO.**

2.1 *Si la respuesta es afirmativa, ¿en qué plan(es) de desarrollo específico(s) está integrado el apoyo al VIH?*

a. Plan de desarrollo nacional	Sí		
b. Evaluación nacional común/ Marco de las Naciones Unidas para la Asistencia al	Sí		
c. Estrategia para la reducción de la pobreza	Si		
d. Enfoque multisectorial	Sí		
e. Otros: <i>[especificar]</i>	No		

2.2 *Si la respuesta es afirmativa, ¿cuáles de las siguientes áreas específicas relacionadas con el VIH están incluidas en uno o más de los planes de desarrollo?*

Área relacionada con el VIH incluida en el/los plan/es de desarrollo		
Prevención del VIH	Sí	
Tratamiento de las infecciones oportunistas	Sí	
Terapia antirretrovírica	Sí	
Atención y apoyo (incluidos la seguridad social u otros planes)	Sí	

Alivio del impacto del VIH	Sí	ES UNA PREGUNTA BASTANTE AMPLIA., EL INCLUIRLA EN EL ÁMBITO DE LAS CATASTRÓFICAS MAS EL ENFOQUE DE DERECHO AFIRMA ESTA PREGUNTA
Reducción de las desigualdades de <i>género</i> que se relacionan con la prevención/tratamiento, atención y/o apoyo relativos al VIH	Sí	
Reducción de las desigualdades de <i>ingresos</i> que se relacionan con la prevención/tratamiento, atención y/o apoyo relativos al VIH	No	EL PNS NO TIENE MUY CLARO EL ASUNTO, ESTÁN INICIALMENTE PROPONIENDO ESTRATEGIAS QUE AFECTARÍAN LA DESIGUALDAD DE INGRESO QUE SE TRABAJARAN EN ESTE AÑO.
Reducción del estigma y la discriminación	Si	EL PROBLEMA RADICA EN LA IMPLEMENTACIÓN, ESTA DESCRITO Y DESARROLLADO TEÓRICAMENTE, PERO NI LAS MISMAS UNIDADES DEL MSP HAN LOGRADO DESARROLLARLO EN SU TOTALIDAD, POSIBLEMENTE POR LA DIFERENCIA EN EL MANEJO DE LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES QUE VEN A UN MISMO PACIENTE. HACE FALTA TRABAJAR, PERO LA DIFERENCIA INSTITUCIONAL ES MUY GRANDE.
Mayor poder económico de las mujeres (p. ej., acceso al crédito, a la tierra y a la capacitación)	No	EXISTEN INICIATIVAS POR PARTE DEL MINISTERIO COORDINADOR DE DESARROLLO SOCIAL PERO NO SON ESPECIFICAS CON VIH
Otros: <i>[especificar]</i>	Sí	No

3. ¿Ha evaluado el país el impacto del VIH en el desarrollo socioeconómico a efectos de planificación?

No

**El PNS, menciona que tienen evaluaciones sobre el impacto de**

**prevalencia y mortalidad en PVVS, pero no se convierte en una evaluación de impacto, simplemente una interpretación de datos descriptivos. Según el MEC, existen estudios focalizados únicamente, la estrategia ASAP se menciona, pero se aclara que se enmarca en el campo de la prevalencia.**

3.1 *Si la respuesta es afirmativa*, ¿en qué grado ha incidido en las decisiones de asignación de recursos?

Bajo Alto  
0 1 2 3 4 5

4. ¿Cuenta el país con una estrategia para abordar los problemas del VIH entre sus cuerpos uniformados nacionales (incluidas las fuerzas armadas, de policía, los cuerpos para el mantenimiento de la paz, el personal penitenciario, etc.)?

Si

No hay comentarios ni discusión

4.1 *Si la respuesta es afirmativa*, ¿cuáles de los siguientes programas se han puesto en marcha más allá de la fase piloto para llegar a una proporción significativa de uno o más cuerpos uniformados?

Comunicación de cambio de comportamientos	Sí	No hay comentarios ni discusión
Suministro de preservativos	Sí	
Asesoramiento y pruebas del VIH	Sí	
Servicios de infecciones de transmisión sexual	Sí	
Tratamiento antirretrovírico	Sí	
Atención y apoyo	Sí	
Otros: <i>[especificar]</i>	Sí	

**Si se proporcionan asesoramiento y pruebas del VIH a los servicios uniformados**, describa brevemente el enfoque que se ha adoptado a ese respecto (p. ej., indique si la prueba del VIH es voluntaria u obligatoria, etc.)

MCDS, EL ISSFA HA DESARROLLADO UN ENFOQUE CURATIVO Y PREVENTIVO. EL REPRESENTANTE DE FUERZAS ARMADAS MENCIONA

QUE NO ES UN PRESTADOR DE SERVICIOS. ADICIONALMENTE MENCIONAN QUE LA PRUEBA ES VOLUNTARIA CON UNA IMPLEMENTACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE 2 AÑOS Y CONSEJERÍA, EL PNS DISCUTE ESA AFIRMACIÓN, DUDANDO DE LA VOLUNTARIEDAD DE LA PRUEBA, HABRÍA QUE VERIFICARLO A PESAR DE QUE EXISTA LA NORMA. SE PREGUNTA SI EXISTEN PERSONAS QUE SE NIEGAN Y SON ACEPTADAS DENTRO DE FUERZAS ARMADAS, Y SI EL RESULTADO FUERA POSITIVO DEBERÍAN SER ACEPTADAS, NO SE ACEPTAN EFECTOS DISCRIMINATORIOS, PERO PARA ENTRAR EN LAS INSTITUCIONES DE LAS FUERZAS PUBLICAS DEBEN ESTAR SANOS, CASO CONTRARIO NO ENTRAN, INICIANDO UNA DISCUSIÓN SOBRE DISCRIMINACIÓN, LOS ARGUMENTOS DE LOS REPRESENTANTES DE FUERZAS ARMADAS SON EN EL CAMPO DEL RENDIMIENTO Y EN FUNCIÓN DE LA PROTECCIÓN DE LA PERSONA CON VIH, IGUAL QUE EL CRITERIO FÍSICO PARA LOS PARACAIDISTAS Y PILOTOS, ESTO ES PROTECCIÓN Y NO DISCRIMINACIÓN. ESTO SOLO APLICA PARA FUNCIONARIO DE FUERZAS ARMADAS PERO NO COMO FUNCIONARIO PUBLICO CIVIL.

EN LA POLICÍA NACIONAL, LAS PRUEBAS DE VIH SON OBLIGATORIAS, INCLUSIVE DESCONTANDO DEL SALARIO EL VALOR DE LA PRUEBA Y CON FIRMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO. LA VOLUNTARIEDAD ES UNA FORMA.

EN RESUMEN LA VOLUNTARIEDAD SOBREPASA EL ÁMBITO DE LA SANIDAD, ADEMÁS ESTA NORMADO EN TODAS LAS INSTITUCIONES PERO EL CUMPLIMIENTO DE LA NORMA ES LO QUE SE VE AFECTADO. UN ASPECTO POSITIVO ES QUE LAS PERSONAS CONOCEN SU ESTATUS SEROLÓGICO Y QUE CONOCIÉNDOLO, NO HAYA DISCRIMINACIÓN HACIENDO UNA SELECCIÓN ADVERSA DE LAS PVVS.

**5. ¿Dispone el país de leyes o regulaciones que protejan específicamente de la discriminación a las poblaciones más expuestas u otras subpoblaciones vulnerables?**

**SI**

**5.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿a qué poblaciones?**

a. Mujeres	Sí	NO HAY DISCUSIÓN
b. Jóvenes	Sí	
c. Consumidores de drogas inyectables	Sí	
d. Hombres que tienen relaciones sexuales con	Sí	
e. Profesionales del sexo	Sí	
f. Internos en prisiones	Sí	

g. Migrantes/poblaciones móviles	Sí
h. Otros: NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES	Sí

*Si la respuesta es afirmativa*, explique brevemente los mecanismos establecidos para asegurar la aplicación de dichas leyes:

CAPACITACIÓN, VEEDURÍA, FISCALÍA Y DEFENSORÍA DEL PUEBLO.  
NO SE GENERA MAYOR DISCUSIÓN.

Comente brevemente en qué medida están aplicándose en la actualidad dichas leyes:

SEGÚN EL PNS, DEPENDE MUCHO DEL CONOCIMIENTO DE LAS PERSONAS Y SU CAPACIDAD DE RECLAMAR, LOS MECANISMOS ESTABAN ESTABLECIDOS, POR EJEMPLO EL IESS, CUANDO EXISTIÓ UNA RUPTURA DE STOCK EN ARV, SE GENERO EL CAMINO LEGAL PARA HACER CUMPLIR EL DERECHO DE PROTECCIÓN, ESTO SOLO SE VISIBILIZA CUANDO HAY UN RECLAMO Y SE EVIDENCIA EL RESPALDO CONSTITUCIONAL.

SEGÚN LA POLICÍA NACIONAL, SE ESTÁN CUMPLIENDO SATISFACTORIAMENTE.

LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO, MENCIONA QUE EL MECANISMO SE ACTIVA CON LA PRESENTACIÓN DE QUEJAS, INICIANDO UNA ACTUACIÓN VERIFICANDO EN EL SITIO EN DONDE SE HAN VULNERADO LOS DERECHOS. APLICAMOS TODO EL MARCO CONSTITUCIONAL, LEGAL Y NORMATIVO PARA PROTEGER LOS DERECHOS.

**6. ¿Existen en el país leyes, reglamentos o políticas que supongan un obstáculo para la prevención, tratamiento, atención y apoyo eficaces relacionados con el VIH en las subpoblaciones vulnerables?**

NO

NO SE GENERA DISCUSIÓN

6.1 *Si la respuesta es afirmativa*, ¿para qué subpoblaciones?

a. Mujeres	Sí
b. Jóvenes	Sí
c. Consumidores de drogas inyectables	Sí
d. Hombres que tienen relaciones sexuales con	Sí

e. Profesionales del sexo	Sí
f. Internos en prisiones	Sí
g. Migrantes/poblaciones móviles	Sí
h. Otros: <i>[especificar]</i>	NO

*Si la respuesta es afirmativa*, describa brevemente el contenido de las leyes, los reglamentos o las políticas:

Comente brevemente de qué forma suponen un obstáculo:

**7. ¿Ha realizado el país el seguimiento de los compromisos adquiridos con el fin de alcanzar el acceso universal, y adoptados durante la Reunión de Alto Nivel sobre el VIH/Sida de junio de 2006?**

SI

**7.1 ¿Se han revisado la estrategia nacional y el presupuesto nacional para el VIH en consecuencia?**

SI

DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL MSP, A NIVEL DEL PNS, ESTAMOS OBLIGADOS A TRABAJARLO, PERO EN EL MARCO DEL PEM, NO SE HA VUELTO A TOCAR DESDE EL 2008. LA RESPUESTA NO ES INSTITUCIONAL SINO A NIVEL DEL PEM. POR EJEMPLO SI SE EVALÚA EL PRESUPUESTO DEL MSP, NO PODRÍAMOS GENERAR COBERTURAS UNIVERSALES, PRIMERO POR EL DESCONOCIMIENTO DE LAS PVVS ACERCA DE SU ESTATUS SEROLÓGICO. NUESTRO DÉFICIT ACTUAL ES DEL 50% A NIVEL DE PRESUPUESTO COMO PARA DISMINUIR LA INTENSIDAD DE AVANCE DE LA EPIDEMIA.

**7.2 ¿Se han actualizado las estimaciones del tamaño de los principales subgrupos de población destinataria?**

SI

NO HAY DISCUSIÓN

**7.3 ¿Hay estimaciones fiables de las necesidades actuales y futuras en relación con el número de adultos y niños que necesitan terapia antirretrovírica?**

SI

NO HAY DISCUSIÓN GRUPAL

**7.4 ¿Se vigila la cobertura del programa del VIH?**

SI  
NO HAY DISCUSIÓN GRUPAL

(a) *Si la respuesta es afirmativa*, ¿se vigila la cobertura por sexo (varones, mujeres)?

SI  
NO HAY DISCUSIÓN GRUPAL

(b) *Si la respuesta es afirmativa*, ¿se vigila la cobertura por grupos de población?

SI  
NO HAY DISCUSIÓN GRUPAL

*Si la respuesta es afirmativa*, ¿para qué grupos de población?

JÓVENES, MUJERES, HOMBRES, MILITARES Y POLICÍAS, MIGRANTES Y  
POBLACIÓN EN GENERAL: IESS  
POBLACIÓN EN RIESGO Y VULNERABLE: MSP-PNS  
GLBT: MCDS  
POBLACIÓN JOVEN Y ADULTA: PPNN

NO HAY DISCUSIÓN GRUPAL

Explique brevemente qué uso se le da a esta información:

EVALUACIÓN DE IMPACTO Y GENERACIÓN DE ESTRATEGIAS, PARA  
CONOCIMIENTO DEL TEMA.

(c) ¿Se vigila la cobertura por zona geográfica?

SI

*Si la respuesta es afirmativa*, ¿a qué niveles geográficos (provincial, de distrito, otros)?

TODA LA DISCUSIÓN COINCIDE QUE LA VIGILANCIA SE DA DESDE EL NIVEL PARROQUIAL.

Explique brevemente qué uso se le da a esta información:

EVALUACIÓN DE IMPACTO Y GENERACIÓN DE ESTRATEGIAS, PARA CONOCIMIENTO DEL TEMA Y LLEVAR LAS ACCIONES A LA POBLACIÓN VULNERABLE.

**7.5 ¿Ha desarrollado el país un plan para fortalecer los sistemas de salud, incluidos la infraestructura, los recursos humanos y las capacidades, y los sistemas logísticos de suministro de fármacos?**

SI

En general, ¿cómo calificaría los <i>esfuerzos de planificación estratégica</i> de los programas relacionados con el VIH en 2009?											
2009 Muy deficientes											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<i>Desde 2007, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:</i>											
TENER CONOCIMIENTO DE LOS GRUPOS VULNERABLES Y CARACTERIZAR LA EPIDEMIA EN GRUPOS VULNERABLES											
<i>¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?:</i>											
MEDICACIÓN CONTINUA Y CONSOLIDACIÓN DEL PEM, ADEMÁS DE MEJORAR EL SISTEMA DE INFORMACIÓN.											

El apoyo político incluye al gobierno y los líderes políticos que hablan abierta y frecuentemente sobre el sida y presiden habitualmente reuniones importantes sobre el sida, la asignación de presupuestos nacionales para el apoyo de programas del VIH, y el empleo eficaz de las organizaciones gubernamentales y de la sociedad civil para el apoyo de programas del VIH.

1. ¿Los altos cargos hablan en público a favor de los esfuerzos relacionados con el VIH en los grandes foros locales por lo menos dos veces por año?

Presidente/jefe del gobierno	Sí	EXISTEN FECHAS COMO EL DÍA DEL VIH Y SIDA ASÍ COMO UNO O DOS EVENTOS FORMAL
Otros altos cargos	Sí	
Otros funcionarios regionales y/o de distrito	Sí	

2. ¿Dispone el país de un órgano de gestión/coordinación multisectorial nacional del VIH reconocido oficialmente (Consejo Nacional del Sida o equivalente)?

NO

SE DISCUTE SI LAS ACTIVIDADES DEL PNS SON COMPATIBLES CON LAS DE UN ÓRGANO DE GESTIÓN Y DE COORDINACIÓN MULTISECTORIAL, A PESAR QUE NO ESTE FORMALMENTE ESTABLECIDO. MIES, MENCIONA QUE ESTA DE ACUERDO YA QUE EL MSP TIENE EL PODER DE CONVOCATORIA, ONUSIDA MENCIONA QUE ES UN ORGANISMO SECTORIAL QUE NO TIENE FORMALIDAD NI RECONOCIMIENTO OFICIAL COMO ÓRGANO DE GESTIÓN MULTISECTORIAL, POR LO QUE EL PAÍS AUN NO DISPONDRÍA DE DICHO ÓRGANO. LAS OTRAS INSTITUCIONES MENCIONAN QUE RECONOCEN AL PNS COMO EJECUTOR DE ACCIONES COORDINADORAS MULTISECTORIALES.

SEGÚN EL MEC, NO EXISTE NINGUNA CONSTITUCIÓN FORMAL AUNQUE EN LA PRACTICA EL PNS REALICE DICHAS ACTIVIDADES.

ADEMÁS EL PNS MENCIONA AL PEM COMO UN PROCESO FORMAL Y CONSTITUIDO QUE EJERCERÍA ESAS FUNCIONES.

EN UNA REFLEXIÓN GRUPAL, SE MENCIONA EN CONSENSO, QUE EL PNS EJERCE ESAS FUNCIONES Y SERIA UN EQUIVALENTE, ADICIONALMENTE QUE ESTA EN CONSTRUCCIÓN LA PARTE FORMAL Y OFICIALMENTE ESTABLECIDAS, NO SE DISCUTE LA LEGITIMIDAD DEL PROGRAMA NACIONAL.

LA DISCUSIÓN SE ENFOCA EN LA DECISIÓN DE INCLUIR AL PNS COMO EL EQUIVALENTE, LA INTERVENCIÓN DE ONUSIDA ES INTERPRETADA POR EL PNS COMO UN POSICIONAMIENTO HACIA EL ESTRICTO SENTIDO DE LA

ORGANIZACIÓN FORMALMENTE ESTABLECIDA MEDIANTE UN ACUERDO MINISTERIAL, POR LO QUE EL DEBATE ES EXTENSO Y EN 3 OCASIONES SE REALIZA UN CAMBIO DE LA PREGUNTA.

*Si la respuesta es negativa*, por qué y de qué forma se están gestionando los programas del sida:

EL PROGRAMA NACIONAL DE SIDA ES EL RESPONSABLE TÉCNICO POLÍTICO DE COORDINAR LAS ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y CURACIÓN EN FUNCIÓN DE LA EPIDEMIA DE VIH-SIDA. ES PARTE DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y POR LO TANTO EJERCE RECTORÍA EN EL TEMA ANTES MENCIONADO. EL PNS FUNCIONA COMO ARTICULADOR Y COORDINADOR ENTRE LA SOCIEDAD CIVIL Y DEMÁS ORGANISMOS ESTATALES PARA ASÍ LOGRAR LA MEJOR SELECCIÓN DE ESTRATEGIAS Y EVITAR LA DUPLICIDAD DE ESFUERZOS.

2.1 *Si la respuesta es afirmativa*, ¿cuándo se creó?

2.2 *Si la respuesta es afirmativa*, ¿quién es el presidente?

2.3 *Si la respuesta es afirmativa*, el órgano de coordinación multisectorial nacional del sida:

¿Tiene atribuciones?	Sí	
¿Tiene liderazgo y participación activos del gobierno?	Sí	
¿Tiene una composición definida? <i>Si la respuesta es afirmativa</i> , ¿cuántos miembros lo componen?		
¿Incluye a representantes de la sociedad civil? <i>Si la respuesta es afirmativa</i> , ¿cuántos representantes?		
¿Incluye a personas que viven con el VIH? <i>Si la respuesta es afirmativa</i> , ¿cuántas personas con el VIH?		
¿incluye al sector privado?		
¿Tiene un plan de acción?	Sí	No
¿Tiene una Secretaría en funcionamiento?	Sí	No

¿Se reúne al menos una vez al trimestre?	S	N
¿Revisa las medidas sobre las decisiones políticas de forma habitual?	í	o
¿Promueve activamente decisiones políticas?	S	N
¿Concede la oportunidad a la sociedad civil de influir en la toma de decisiones?	í	o
¿Fortalece la coordinación de los donantes para evitar la financiación paralela y la duplicación de esfuerzos en materia de programación y preparación de informes?	Sí	No
	Sí	No

**3. ¿Cuenta el país con un mecanismo que promueva la interacción entre el gobierno, la sociedad civil y el sector privado para ejecutar programas y estrategias relativos al VIH?**

SI

*Si la respuesta es afirmativa*, describa brevemente los principales logros:

- INTEGRACIÓN DE TODOS LOS ACTORES
- DISMINUIR EL COSTO DE LOS MEDICAMENTOS ARV
- EJERCICIO DE LOS DERECHOS DE LOS TRABAJADORES EN FUNCIÓN DE LA VOLUNTARIEDAD DE LA PRUEBA
- EXISTE UN ESFUERZO DEL SECTOR CIVIL
- FIRMA DE CONVENIOS CON ORGANISMOS INTERNACIONALES

Describa brevemente los principales problemas:

- ESFUERZO INSTITUCIONAL DÉBIL
- CUMPLIMIENTO DE LA LEY
- COBERTURA UNIVERSAL

**4. ¿Qué porcentaje del presupuesto nacional relativo al VIH se dedicó a actividades llevadas a cabo por la sociedad civil durante el año o pasado?**

0% (PNS)

LA MAYORÍA LO DESCONOCEN.

**5. ¿Qué tipo de apoyo ofrece la Comisión Nacional del Sida (o equivalente) a las organizaciones de la sociedad civil para la ejecución de actividades relacionadas con el VIH?**

EL PLANTEAMIENTO DEL PNS ES QUE ELLOS SON EL EQUIVALENTE A UNA COMISIÓN NACIONAL, YA NO SE MENCIONA LA CONSTITUCIÓN FORMAL (RECONOCIMIENTO OFICIAL).

Información sobre las necesidades prioritarias	Sí	
Orientación técnica	Sí	
Adquisición y distribución de fármacos u otros	Sí	
Coordinación con otros asociados de ejecución	Sí	
Desarrollo de las capacidades	Sí	
Otros:[especificar]	Sí	

**6. ¿Ha revisado el país las políticas y la legislación nacionales para determinar cuáles, si las hubiera, son contradictorias con las políticas de control nacional del sida?**

SI

**6.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿se han enmendado las políticas y la legislación para que sean coherentes con las políticas nacionales de control del sida?**

LA NUEVA CONSTITUCIÓN OBLIGA A HACER DICHA REVISIÓN COMO UN PROCESO FORMAL DE CONSTRUCCIÓN, ADICIONALMENTE, LAS LEYES SE VAN CONSTRUYENDO EN FASES. LA NUEVA CONSTITUCIÓN PERMITE CON MAYOR CLARIDAD EL FUNCIONAMIENTO DEL PEM, DEBIDO A QUE EXPLICITA LA PROTECCIÓN A GRUPOS DE RIESGO Y VULNERABLES, TANTO EN LA PARTE BIOLÓGICA (UBICAR AL VIH/SIDA COMO CATASTRÓFICA) CUANTO EN LA PARTE SOCIAL Y CULTURAL (EXPLICITANDO LA PROTECCIÓN EN FUNCIÓN DE DISCRIMINACIÓN). EL VIH ES UNA DE LAS PICAS ENFERMEDADES NOMBRADAS EXPLÍCITAMENTE EN LA CONSTITUCIÓN.

*Si la respuesta es afirmativa, enumere las políticas/leyes y describa cómo se enmendaron:*

## Derechos del buen vivir

### Sección séptima

#### Salud

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y Bioética, con enfoque de género y generacional.

Art. 363.- El Estado será responsable de:

6. Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto postparto.

#### Derechos de libertad

9. El derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, y su vida y orientación sexual. El Estado promoverá el acceso a los medios necesarios para que estas decisiones se den en condiciones seguras.

### **Principios de aplicación de los derechos**

**Art. 11.-** El ejercicio de los derechos se regirá por los siguientes principios:

1. Los derechos se podrán ejercer, promover y exigir de forma individual o colectiva ante las autoridades competentes; estas autoridades garantizarán su cumplimiento.
2. Todas las personas son iguales y gozaran de los mismos derechos, deberes y oportunidades. Nadie podrá ser discriminado por razones de etnia, lugar de nacimiento, edad, sexo, identidad de género, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, filiación política, pasado judicial, condición socio-económica, condición migratoria, orientación sexual, estado de salud, portar VIH, discapacidad, diferencia física; ni por cualquier otra distinción, personal o colectiva, temporal o permanente, que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos. La ley sancionará toda forma de discriminación. El Estado adoptará medidas de acción afirmativa que promuevan la igualdad real en favor de los titulares de derechos que se encuentren en situación de desigualdad.

*Enumere y describa las incoherencias que persisten entre las políticas/legislación y las políticas de control nacional del sida:*

LAS INCOHERENCIAS NO SON CON LA LEY MISMA, SINO CON LA APLICACIÓN DEL EJERCICIO DE SUS DERECHOS, EL IESS, MENCIONA QUE AUN EL DESCONOCIMIENTO SEROLÓGICO Y EL OCULTARLO CUANDO SE LO CONOCE ES UN PROBLEMA QUE DEBE INTERVENIRSE.

En general, ¿cómo calificaría el *apoyo político* al programa del VIH en 2009?  
PODRÍA EXISTIR SESGOS EN RESPONDER ESTE TIPO DE PREGUNTAS, SEGÚN EL MEC, SI SE PERCIBE VOLUNTAD POLÍTICA. SEGÚN EL PNS LA VISIBILIZARÍAN DE ELLOS COMO ESFUERZO POLÍTICO EN TRABAJO CON OTRAS INSTITUCIONES ES INTENSA. EL PRESUPUESTO SIGUE SIENDO UN FACTOR A MANERA DE BARRERA.

0 A 10

9

*Desde 2007, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:*

TENER INFORMACIÓN, UN SISTEMA QUE SE VA FORTALECIENDO Y POCO A POCO VA PRODUCIENDO ESTADÍSTICAS.  
EL FORTALECIMIENTO DEL PNS Y LA IDENTIFICACIÓN DE POBLACIÓN PRIORITARIA.

*¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?:*

*FALTA DE FUNCIONAMIENTO DEL PEM, COBERTURA UNIVERSAL.*

1. **¿Tiene establecida el país una política o estrategia para fomentar la información, educación y comunicación (IEC) sobre el VIH entre la población general?**

NO

ES UNA DE LAS PRINCIPALES DEBILIDADES DEL PROGRAMA Y DEL PAÍS. PARA ESTO ESTAMOS PLANTEANDO CONVOCAR TODAS LAS AGENCIAS PARA SOLUCIONAR LOS TEMAS CRÍTICOS DE COMUNICACIÓN Y PREVENCIÓN, QUE VAN LIGADOS Y SI NO SE PRIORIZAN, TODO EL FINANCIAMIENTO DEBE IR DIRIGIDO A LA ATENCIÓN DE CASOS NUEVOS,

TODO ESTO DEPENDE DE UNA POLÍTICA DE IEC. EL MUNICIPIO DE CUENCA AÑADE QUE LA COORDINACIÓN INTERSECTORIAL ES CLAVE PARA RESOLVERLO, EN CUENCA, TODOS TRABAJAN CON ESFUERZOS SEPARADOS LO QUE VUELVE INEFICIENTE LAS ACTIVIDADES.

1.1 *Si la respuesta es afirmativa*, ¿qué mensajes clave se promueven explícitamente?

Marcar los mensajes clave promovidos explícitamente

a. Abstinencia sexual	
b. Aplazamiento del inicio de la actividad sexual	
c. Fidelidad	
d. Reducción del número de parejas sexuales	
e. Uso sistemático del preservativo	
f. Práctica de relaciones sexuales seguras	
g. Evitar las relaciones sexuales remuneradas	
h. Abstenerse del consumo de drogas inyectables	
i. Uso de equipo de inyección estéril	
j. Combatir la violencia contra las mujeres	
k. Mayor aceptación y participación de las personas que viven con	
l. Mayor participación de los varones en programas de salud	
m. Circuncisión masculina bajo supervisión médica	
n. Conocimiento del estado serológico con respecto al VIH	
o. Prevención de la transmisión materno infantil del VIH	
Otros: <i>[especificar]</i>	

1.2 ¿Ha efectuado el país una actividad o ejecutado un programa durante el último año para promover una información correcta sobre el VIH en los medios de comunicación?

**SI**

EXISTE UN MANUAL DE ACTUACIÓN DEL PERIODISTA REALIZADO CON EL PNUD, UNA GUÍA PARA LOS COMUNICADORES, ADICIONALMENTE MESAS REDONDAS PARA MEDIOS DE COMUNICACIÓN.

2. **¿Tiene el país una política o estrategia establecidas para promover la educación sobre salud sexual y reproductiva relacionada con el VIH entre los jóvenes?**

**SI**

2.1 ¿Forma parte el VIH del plan de estudios de

EN LOS MAESTROS NO INCIDE EL MEC SINO, EL CONESUP, POR LO QUE NO ESTA CLARA LA INTERVENCIÓN EN MAESTROS. A NIVEL DE ESTUDIANTES PRIMARIOS Y SECUNDARIOS, SI ESTÁN INCLUIDOS LOS TEMAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA ASÍ COMO DE HIV ESPECÍFICAMENTE. EN LAS UNIVERSIDADES SE ESTA INICIANDO LA ESTRATEGIA PARA INCORPORAR EL VIH EN LA MALLA CURRICULAR.

Las escuelas primarias?	Sí	
Las escuelas secundarias?	Sí	
La formación de maestros?	No	

2.2 ¿Proporciona la estrategia/plan de estudios la misma educación sobre salud sexual y reproductiva a los jóvenes de ambos sexos?

SI

2.3 ¿Tiene el país una estrategia de educación sobre el VIH para los jóvenes no escolarizados?

NO

SOLO HAY TRABAJO AISLADO POR PARTE DE LA SOCIEDAD CIVIL.

**3. ¿Tiene el país una política o estrategia para promover la información, educación y comunicación y otras intervenciones sanitarias preventivas para las subpoblaciones más expuestas u otras subpoblaciones vulnerables?**

SI

EL PNS, MENCIONA QUE A NIVEL DE PRESIDENCIA HAY UN PROCESO FORMAL DE TRANSMISIÓN DE ACCIONES HACIA LA POBLACIÓN.

*Si la respuesta es negativa, explíquelo brevemente:*

3.1 *Si la respuesta es afirmativa, ¿qué subpoblaciones y qué elementos de la prevención del VIH cubre la política/estrategia?*

HSY Y TS: MANUALES DE CONSEJERÍA Y ENTREGA DE MATERIAL

EDUCATIVO

PPL: ESFUERZO CON EL FONDO GLOBAL Y EL PNUD PARA LA FORMACIÓN DE PROMOTORES.

Marque las poblaciones y elementos específicos incluidos en la política/estrategia

	CDI*	HSH**	Profesionales del sexo	Cientes de los profesionales del sexo	Población reclusa	Otras subpoblaciones* [TRANS]
Información para destinatarios específicos sobre reducción del riesgo y	NO	SI	SI	SI	SI	SI
Reducción del estigma y la	NO	SI	SI	SI	SI	SI
Promoción del preservativo	NO	SI	SI	SI	SI	SI
Asesoramiento y pruebas del	NO	SI	SI	SI	SI	SI
Salud reproductiva, incluidos la prevención y tratamiento de las	NO	SI	SI	SI	SI	SI
Reducción de la vulnerabilidad (p. ej.,	N/C	N/C	NO	N/C	N/C	NO
Terapia de sustitución de	NO	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C
Intercambio de jeringas y	NO	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C

\* CDI = consumidores de drogas inyectables

\* HSH = hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

En general, ¿cómo calificaría los esfuerzos políticos de apoyo a la prevención del VIH

9

Desde 2007, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:

¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?:

4. **¿Ha identificado el país necesidades específicas en los programas de prevención del VIH?**

SI

*Si la respuesta es afirmativa, ¿cómo se determinaron dichas necesidades específicas?*

CON ENCUESTAS, POR EL TRABAJO EN EL RECONOCIMIENTO DE LOS CASOS.

DESDE EL MEC, EN CONJUNTO CON EL MSP, EN LA IDENTIFICACIÓN DE ZONAS PRIORIZADAS LO QUE PERMITE AL ÁREA DE EDUCACIÓN DISEÑAR ESTRATEGIAS EFICIENTES DE INTERVENCIÓN, POR EJEMPLO EN LA RELACIÓN DE EMBARAZO ADOLESCENTE, TUBERCULOSIS Y VIH.

*Si la respuesta es negativa, ¿cómo están ampliándose los programas de prevención del VIH?*

4.1 ¿En qué grado se ha aplicado la prevención del VIH?

NO HAY MUCHA DISCUSIÓN EN ESTA PREGUNTA, ONUSIDA Y PNS PROPONEN ESTABLECER LAS MAYORÍAS.

Componente de prevención del VIH	La mayoría de las personas necesitadas dispone de acceso		
Seguridad hematológica	De acuerdo		
Precauciones universales en entornos de atención sanitaria	De acuerdo		
Prevención de la transmisión materno infantil del VIH	De acuerdo	En desac	N/C
IEC* sobre reducción del riesgo	De acuerdo		
IEC* sobre reducción del estigma y discriminación	De acuerdo		
Promoción del preservativo	De acuerdo		
Asesoramiento y pruebas del VIH	De acuerdo		
Reducción de daños para los consumidores de drogas inyectables	En desacuerdo		
Reducción del riesgo para los hombres que tienen relaciones sexuales con	De acuerdo		
Reducción n del riesgo para los	De acuerdo		



**2. ¿Ha identificado el país necesidades específicas en los servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH?**

SI

*Si la respuesta es afirmativa, ¿cómo se determinaron?*

POR QUE SON POBLACIONES SUSCEPTIBLES, EL TRABAJO PERMANENTE CON PVVS. NO SE GENERA NINGUNA DISCUSIÓN.

*Si la respuesta es negativa, ¿cómo están ampliándose los servicios de tratamiento, atención y apoyo relativos al VIH?*

**2.1 ¿En qué grado están ejecutándose los siguientes servicios de tratamiento, atención y apoyo relativos al VIH?**

Servicio de tratamiento, atención y apoyo del	La mayoría de las personas necesitadas dispone de acceso	
Terapia antirretrovírica	De acuerdo	SI, PERO ESTO NO DEBE OCULTAR LOS PROBLEMAS DE DESABASTECIMIENTO Y RUPTURA DE STOCK.
Atención nutricional	En desacuerdo	ESTA INICIANDO, HAY QUE DIFERENCIAR EN INFORMACIÓN Y PROMOCIÓN DE BUENOS HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN, PERO LA ATENCIÓN Y CUIDADO NUTRICIONAL, SE ESTA INCLUYENDO EN ESTOS MOMENTOS.
Tratamiento pediátrico del sida	De acuerdo	
Tratamiento de las infecciones de	De acuerdo	
Apoyo psicosocial para las personas que viven con el VIH y sus familias	De acuerdo	
Atención domiciliaria	En desacuerdo	
Cuidados paliativos y tratamiento de infecciones comunes relacionadas con el VIH	De acuerdo	

Asesoramiento y pruebas del VIH para los pacientes con tuberculosis	De acuerdo	ESTA NORMADO
Análisis sistemático de la tuberculosis de las personas infectadas por el VIH	En desacuerdo	LA NORMA EXISTE, PERO LA META PROPUESTA NO SE CUMPLIÓ. CON LO PRESENTADO POR EL PAÍS SE PRESENTARON EL 30% (1800 CASOS DE 6000) PERO FORMALMENTE SE ACEPTAN MUCHOS MENOS (600 DE LOS 1800)
Terapia preventiva de la tuberculosis para las personas infectadas por el VIH	En desacuerdo	SE ESTA REALIZANDO PREVENCIÓN CON ISONIAZIDA, POR PARTE DEL ENCARGADO DE VIH, EL PROBLEMA SERIO ES QUE LA EVALUACIÓN DE TB ES COMPLEJA PRO QUE LA MAYORÍA DE PVVS DESARROLLAN TB EXTRA PULMONAR, LO QUE AMERITARÍA EXÁMENES DE DIAGNOSTICO MAS COMPLEJOS.
Control de la infección de tuberculosis y tratamiento del VIH en establecimientos de atención	En desacuerdo	LA PREGUNTA NO ES MUY CLARA, EN NUESTRO PAÍS, LA MAYORÍA TIENE CONTROL DE LA INFECCIÓN. EL PROBLEMA RADICA EN LOS PACIENTES QUE NO SON IDENTIFICADOS ADEMÁS DE OTRO GRUPO DE PACIENTES NO SE LES DA TRATAMIENTO POR EL PROBLEMA DE LA MULTIRESISTENCIA. SEGÚN EL PNS, LAS NORMAS PARA 2010, ESTÁN ACTUALIZADAS, EL PROBLEMA ES EN LA DISPONIBILIDAD DE LA MEDICACIÓN COMPLETA.
Profilaxis con cotrimoxazol en personas infectadas por el VIH	De acuerdo	EL IEES CAMBIA SU CRITERIO, DEBIDO A QUE SI SE REALIZA EL MANEJO EN LAS PERSONAS CON HIV.

Profilaxis posterior a la exposición (p. ej., exposición ocupacional al VIH, violación	En desacuerdo	ESTE ANÁLISIS DEBE HACERSE POR SEPARADO, YA QUE EN EL ÁMBITO OCUPACIONAL LA RESPUESTA ES MAS RÁPIDA DEBIDO AL CONOCIMIENTO DEL PERSONAL QUE SE EXPONE, PERO EN EL CASO DE PROBLEMAS DE VIOLACIÓN DEPENDE DE MUCHAS MAS INSTITUCIONES Y DEBERÍA TRABAJARSE MAS.
Servicios de tratamiento del VIH en el lugar de trabajo o sistemas de derivación para tratamiento a través del lugar de trabajo	En desacuerdo	EL IESS MENCIONA QUE TODO SE CANALIZA A TRAVÉS DE LOS PRESTADORES Y EN COORDINACIÓN CON EL PROGRAMA, LOS LUGARES DE TRABAJO DESCONOCEN EN UN 80% EL ESTATUS SEROLÓGICO DE SUS EMPLEADOS.
Atención y apoyo relacionados con el VIH en el lugar de trabajo (incluidos acuerdos de trabajo	En desacuerdo	
Otros programas: <i>[especificar]</i>		

3. **¿Dispone el país de una política para el desarrollo/uso de medicamentos genéricos o para la importación paralela de medicamentos para el VIH?**

**SI**

4. **¿Tiene el país mecanismos de gestión *regional* para la adquisición y suministro de productos esenciales como fármacos antirretrovíricos, preservativos y drogas de sustitución?**

**SI**

**SOLO EL MSP TIENE LOS MECANISMOS VISIBLES, AUN SE ESTA LUCHANDO EN UNA SOLA COMPRA NACIONAL.**

*Si la respuesta es afirmativa, ¿para qué productos?: [especificar]*

110

En general, ¿cómo calificaría los esfuerzos <i>dedicados a la ejecución de programas de tratamiento, atención y apoyo en 2009?</i>
8
<i>Desde 2007, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:</i>  EL ACCESO ES UNIVERSAL Y GRATUITO, NO HAY LISTAS DE ESPERA DE PACIENTES
<i>¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?:</i>  COMPRA ÚNICA NACIONAL SISTEMA DE INFORMACIÓN

5. ¿Tiene el país una política o estrategia para hacer frente a las necesidades adicionales relacionadas con el VIH de los huérfanos y otros niños vulnerables?

NO

**EN 2010 RECIÉN SE ESTÁN INICIANDO ESFUERZOS PARA DESARROLLAR LA POLÍTICA, HAY UN ESFUERZO AISLADO PERO NO TIENE ALCANCES NACIONALES NI GENERA IMPACTO. LAS ESTRATEGIAS SON ESCASAS.**

- 5.1 *Si la respuesta es afirmativa, ¿hay en el país alguna definición operativa para “huérfano” y “niño vulnerable”?*

Sí No

- 5.2 *Si la respuesta es afirmativa, ¿tiene el país un plan de acción nacional específico para los huérfanos y otros niños vulnerables?*

Sí No

- 5.3 *Si la respuesta es afirmativa, ¿tiene el país una estimación del número de huérfanos y otros niños vulnerables al que han llegado las intervenciones*

existentes?

Sí

No

*Si la respuesta es afirmativa, ¿a qué porcentaje de huérfanos y otros niños vulnerables se llega?  
% especificar]*

En general, ¿cómo calificaría los esfuerzos dedicados a satisfacer las necesidades relacionadas con el VIH de los huérfanos y otros niños
6
<i>Desde 2007, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:</i>
MUY POCOS, SOLO ESFUERZOS AISLADOS, PERO EN 2010 SE ESTA INICIANDO EL PROCESO.
<i>¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?:</i>

#### VIGILANCIA Y EVALUACIÓN

1. ¿Tiene establecido el país un plan nacional de vigilancia y evaluación (V+E)?

**SI**

*Si la respuesta es negativa, describa brevemente los problemas:*

EL PLAN COMO TAL NO EXISTE DEBIDO A QUE NO SE HA INICIADO EL PROCESO DE ELABORACIÓN, EL SISTEMA DE INFORMACIÓN ES CLAVE EN ESTA DEBILIDAD, DEBIDO A QUE NO HAY ESTANDARIZACIÓN NI AUTOMATIZACIÓN, LO QUE IMPLICA QUE EL ACOPIO Y TABULACIÓN DE INFORMACIÓN EN EL PNS NO ES COMPLETA Y NO GARANTIZA LA VIGILANCIA A NIVEL NACIONAL OCACIONANDO SUBREGISTRO OFICIAL.

TÉCNICAMENTE COMO UN PLAN DE VIGILANCIA, NO SE TIENE, LO QUE ES UN APROXIMADO ES UN SISTEMA DE INFORMACIÓN DE EVALUACIÓN Y VIGILANCIA QUE SE ESTA ACTUALIZANDO Y MEJORANDO. EN 2010 SE ESTA TRABAJANDO EN SITIOS CENTINELAS, PERO AL NO TENER UN PLAN EL TRABAJO COORDINADO MULTISECTORIAL NO SE PUEDE DESARROLLAR EN UN 100%. HAY ELEMENTOS DE UN PLAN DE VIGILANCIA QUE ESTÁN DESARROLLADOS PERO NO PODRÍAMOS ASUMIRLO COMO UN PLAN, ESPECIALMENTE POR LA AUSENCIA DE TRABAJO MULTISECTORIAL. PROBABLEMENTE A NIVEL DE MINISTERIO DE SALUD, SE PODRÍA CONTEMPLAR COMO PLAN PERO NO ES ESPECIFICO NI SE INCLUYEN TODOS LOS PRESTADORES DE SERVICIOS.

EL PNS PLANTEA QUE EL SISTEMA ACTUAL TIENE LOS INSTRUMENTOS DESARROLLADOS, MECANISMOS DE RECOLECCIÓN, PERIODICIDAD Y UN REPORTE EFICIENTE DE INDICADORES; SI EL PLAN ESTA LIGADO AL PROGRAMA, ENTONCES SI PODRÍAMOS ANALIZAR Y ASUMIR QUE EL SISTEMA DE VIGILANCIA CUMPLE LOS REQUISITOS DE PLAN DE VIGILANCIA.

ONUSIDA MANTIENE FIRMEMENTE UN CRITERIO ACERCA DE LA DIFERENCIA ENTRE EL PLAN (QUE ES LO QUE PREGUNTA LA ENCUESTA) Y LO QUE TIENE EL PNS QUE ES UN SISTEMA DE VIGILANCIA. ADEMÁS MANIFIESTA QUE EL PLAN TIENE UN COMPROMISO MULTISECTORIAL Y ESTA ENFOCADO AL SEGUIMIENTO DE LA IMPLEMENTACIÓN E IMPACTO DE LA ESTRATEGIA DEL PEM.

1.1 *Si la respuesta es afirmativa*, años cubiertos: 12

1.2 *Si la respuesta es afirmativa*, ¿el plan ha contado con el respaldo de los asociados clave de vigilancia y evaluación?

SI

1.3 *Si la respuesta es afirmativa*, ¿se elaboró el plan de vigilancia y evaluación en consulta con la sociedad civil y las personas que viven con el VIH?

NO

EN COSAS PUNTUALES SE HA TRABAJADO CON ORGANIZACIONES ESPECIALIZADAS.

1.4 *Si la respuesta es afirmativa*, ¿disponen los asociados clave de requisitos sobre vigilancia y evaluación (incluidos los indicadores) en consonancia con el plan nacional de vigilancia y evaluación?

Sí, todos los	Sí, la mayor parte de los asociados	Sí, pero sólo algunos asociados	No
---------------	-------------------------------------	---------------------------------	----

*Si la respuesta es Sí, pero sólo algunos de los asociados, o No*, describa brevemente cuáles son los problemas:

2. ¿Incluye el plan de vigilancia y evaluación lo siguiente?

<p>Una estrategia para la recopilación de datos</p> <p><i>Si la respuesta es afirmativa,</i></p> <p>¿Comprende ésta: una vigilancia sistemática del programa?</p> <p>SI</p> <p>Encuestas comportamentales?</p> <p>SI</p> <p>Vigilancia del VIH? evaluación / estudios de investigación?</p> <p>SI</p> <p>PRODUCCIÓN CIENTÍFICA A NIVEL DE LOS EPIDEMIÓLOGOS DEL MSP, TAMBIÉN SE APOYA A UNIVERSIDADES Y ORGANIZACIONES CIVILES.</p>
<p>¿Un grupo bien definido y normalizado de indicadores?</p> <p>SI</p>
<p>¿Directrices sobre los instrumentos de recopilación de datos?</p> <p>SI</p>
<p>¿Una estrategia para evaluar la calidad de los datos (validez, fiabilidad)?</p> <p>NO</p>
<p>¿Una estrategia de análisis de los datos?</p> <p>SI</p>
<p>¿Una estrategia de divulgación y uso de los datos?</p> <p>NO</p> <p>NO EXISTE DIVULGACIÓN DE LOS DATOS, EL USO SI ES CLARO.</p>

3. ¿Existe un presupuesto para el plan de vigilancia y evaluación?

**SI**

EL PRESUPUESTO ES GENERAL, NO SE HAN ELABORADO LÍNEAS ESPECIFICAS DE FINANCIAMIENTO.

3.1 *Si la respuesta es afirmativa,* ¿qué porcentaje de la financiación total del programa del VIH se ha destinado a actividades de evaluación y vigilancia en el presupuesto?

2%

3.2 *Si la respuesta es afirmativa,* ¿se ha conseguido la financiación completa?

NO

*Si la respuesta es negativa*, describa brevemente los problemas:

- FALTA DE CULTURA PARA MONITOREO Y EVALUACIÓN.
- NO SE HA LOGRADO LOS MECANISMOS DE INTEGRACIÓN EN UN SISTEMA ÚNICO DE INFORMACIÓN.

3.3 *Si la respuesta es afirmativa*, ¿está realizándose un seguimiento de los gastos en vigilancia y evaluación?

Sí No

4. Las prioridades de vigilancia y evaluación, ¿se han determinado a través de la evaluación del sistema nacional de vigilancia y evaluación?

SI

LA CARACTERIZACIÓN DE LA EPIDEMIA ES UN EJEMPLO DE USO EFECTIVO DE LOS DATOS.

*Si la respuesta es afirmativa*, describa brevemente con qué frecuencia se lleva a cabo una evaluación nacional de la vigilancia y en qué consiste:

TRIMESTRAL

*Si la respuesta es negativa*, describa brevemente cómo se determinan las prioridades de vigilancia y evaluación:

5. ¿Existe una unidad funcional nacional de vigilancia y evaluación

Sí

*Si la respuesta es negativa*, ¿cuáles son los principales obstáculos para establecer una unidad funcional de vigilancia y evaluación?

5.1 *Si la respuesta es afirmativa*, la unidad nacional de vigilancia y evaluación

¿Está ubicada en la CNS (o equivalente)?		No
¿En el Ministerio de Salud?	Sí	
¿En otra parte? <i>[especificar]</i>		No

5.2 ***Si la respuesta es afirmativa***, ¿cuántos y qué tipo de profesionales permanentes o temporales trabajan en la unidad nacional de vigilancia y evaluación?

Número de empleados permanentes:		
Cargo: <i>[especificar]</i>	¿Jornada completa / media jornada?	¿Desde cuándo?:
Cargo: <i>[especificar]</i>	¿Jornada completa / media jornada?	¿Desde cuándo?:
<i>[Agregue los que sean necesarios]</i>		
Número de empleados temporales:		
Cargo: <i>[especificar]</i>	¿Jornada completa / media jornada?	¿Desde cuándo?:
Cargo: <i>[especificar]</i>	¿Jornada completa / media jornada?	¿Desde cuándo?:
<i>[Agregue los que sean necesarios]</i>		

5.3 ***Si la respuesta es afirmativa***, ¿se dispone de mecanismos para asegurar que todos los asociados importantes para la ejecución presenten sus informes/datos a la unidad de vigilancia y evaluación para incluirlos en el sistema nacional de vigilancia y evaluación?

Sí

***Si la respuesta es afirmativa***, describa brevemente los mecanismos que se emplean para compartir datos:

INFORMES MENSUALES MANUALES, ELECTRÓNICOS, REUNIONES DE SEGUIMIENTO, SISTEMA DE CONSOLIDACIÓN DE DATOS

¿Cuáles son las principales dificultades?

CALIDAD Y LLEGADA OPORTUNA DEL DATO, EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL SIV, CAPACIDAD DEL PERSONAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD

**6. ¿Existe un Grupo o Comité de Trabajo de Vigilancia y Evaluación que se reúne periódicamente para coordinar las actividades de vigilancia y evaluación?**

SI, se reúne periódicamente

6.1 ¿Tiene representación de la sociedad civil?

No

*Si la respuesta es afirmativa*, describa brevemente quiénes son los representantes de la sociedad civil y cuál es su papel:

7. ¿Existe una base de datos nacional central de información relacionada con el VIH?

SI

7.1 *Si la respuesta es afirmativa*, describa brevemente la base de datos nacional y quién la gestiona

SISTEMA AUTOMATIZADO, PARTE DE HCs, SUBSISTEMA DE MEDICAMENTOS, SIVE. ADMINISTRADO EN NIVEL CENTRAL MSP

7.2 *Si la respuesta es afirmativa*, ¿incluye información sobre el contenido, las poblaciones destinatarias y la cobertura geográfica de los servicios relacionados con el VIH, así como sobre las organizaciones ejecutoras?

b. Sí, pero sólo sobre algunas de las cosas: *[especificar]*

7.3 ¿Existe un sistema de información de salud funcional?\*

En el nivel nacional	Sí
En el nivel de subnacional <i>Si la respuesta es afirmativa, ¿en qué nivel(es)?</i> NACIONAL, PROVINCIAL, CANTONAL	Sí

*(\*Los datos recibidos periódicamente de los establecimientos de salud se agrupan a nivel de distrito y se envían al nivel nacional. Los datos se analizan y usan a distintos niveles).*

8. ¿Publica el país por lo menos una vez al año un informe de vigilancia y evaluación sobre el VIH que incluya datos de vigilancia del VIH?

SÍ

9. ¿En qué grado se utilizan los datos de vigilancia y evaluación

9.1 para el desarrollo / la revisión de la estrategia nacional contra el sida?:

5

Proporcione un ejemplo específico:

PREVALENCIA DE VIH Y CASOS SIDA

¿Cuáles son las principales dificultades, si las hay?

CALIDAD Y LLEGADA OPORTUNA DEL DATO, EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL SIV, CAPACIDAD DEL PERSONAL EN LAS UOS

9.2 para la asignación de recursos

4

Proporcione un ejemplo específico:

PLANIFICACIÓN PARA TENDENCIA DE LA EPIDEMIA, TAMIZAJE. PEM

¿Cuáles son las principales dificultades, si las hay?

NINGUNA

9.3 ¿para mejorar los programas?:

4

Proporcione un ejemplo específico:

PLANIFICACIÓN PARA TENDENCIA DE LA EPIDEMIA, TAMIZAJE. PEM

¿Cuáles son las principales dificultades, si las hay?

NINGUNA

10. ¿Existe un plan para aumentar la capacidad humana en el ámbito de la vigilancia y evaluación a nivel nacional, subnacional y de prestación de servicios?

a. Sí, a todos los niveles

10.1 ¿Se impartió en el último año capacitación en vigilancia y evaluación

a nivel nacional?	SÍ	
<i>Si la respuesta es afirmativa</i> , Número de personas capacitadas:		
a nivel subnacional?	SÍ	
<i>Si la respuesta es afirmativa</i> , Número de personas capacitadas:		
a nivel de prestación de servicios, incluida la sociedad	NO	
<i>Si la respuesta es afirmativa</i> , Número de personas capacitadas:		

10.2 ¿Se llevaron a cabo otras actividades de desarrollo de capacidades en

vigilancia y evaluación aparte de la capacitación?

No

*Si la respuesta es afirmativa, describa qué tipo de actividades:  
especificar*

En general, ¿cómo calificaría los <i>esfuerzos de vigilancia y evaluación</i> del programa del
7
<i>Desde 2007, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:</i>
ACTUALIZACIÓN DE NORMAS, CONFORMACIÓN DE EQUIPO TÉCNICO ASESOR DE VIGILANCIA, ESTUDIOS DE SUBNOTIFICACION
<i>¿Cuálles son los problemas que quedan por resolver en este campo?:</i>
AUTOMATIZACIÓN, PREVIA VALIDACIÓN EN 5 ÁREAS DEMOSTRATIVAS

## Parte B

REDTRABSEX
QUIMERA
KIMIRINA
EQUIDAD
PNUD
ALFIL
UNFPA
CARE
JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL

(Para que respondan los representantes e las organizaciones no gubernamentales, los organismo, bilaterales y organizaciones de las naciones unidas)

### I.- DERECHOS HUMANOS

1.- ¿Dispone el país de leyes y reglamentaciones que protejan de la discriminación a las personas que viven con el VIH? (P. ej., disposiciones generales contra la discriminación o disposiciones que mencionen específicamente el VIH, centradas en la escolarización, vivienda, atención de salud, etc.)

<b>Sí</b>	<b>No</b>
-----------	-----------

1.1. **Si la respuesta es afirmativa**, especifique si se menciona concretamente el VIH y de qué manera, o si se trata de una disposición general contra la discriminación: (especificar)

- Todos están en función del ministerio de trabajo, protección laboral, constitución y la ley de prevención y extensión de asistencia integral de VIH sida para ecuador.
  - disposición general contra todo tipo de discriminación con mención específica: Constitución Política del Ecuador (aprobada por referéndum en septiembre 2008), art. 11 núm. 2: "todas las personas son iguales y gozarán de los mismos derechos deberes y oportunidades nadie podrá ser discriminado por razones..., entre otras, identidad de género, orientación sexual, estado de salud, portar VIH..." - disposiciones específicas en materia de no discriminación a personas viviendo con el VIH-SIDA: Nivel nacional: Acuerdo Ministerial No. 00398 del 13 de julio del 2006, del Ministerio de Trabajo y Empleo: prohíbe hacer pruebas obligatorias a los empleados, pedir pruebas para empleo, o despedir a un empleado que vive con VIH SIDA; impulsa acciones de prevención y no

discriminación en el sector laboral. Es un avance significativo en la lucha por garantizar los derechos de las PVVS (Ver [www.mintrab.gov.ec](http://www.mintrab.gov.ec)). Resolución No. 166.09 del Consejo Nacional de Educación Superior (CONESUP) del 22 de mayo del 2009: prohíbe a las instituciones de educación superior la exigencia de la prueba de VIH para ingresar a estudiar o a trabajar, y prohíbe la exclusión de la comunidad académica a PVVS; dispone que las instituciones de educación superior organicen la respuesta al VIH y realicen acciones de prevención (incluido en la población externa a través de la vinculación con la comunidad); que incorporen el tema en el currículo y en la investigación; que promuevan la prueba voluntaria; y que todo lo anterior se articule con el MSP-PNS. Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional al VIH/sida 2007-2015 (PEM), que fue elaborado por el Ministerio de Salud y el Programa Nacional del Sida con el apoyo de PNUD, a través del Proyecto Respuestas Multisectoriales al VIH/SIDA. El PEM fue elaborado a través de un proceso consensuado entre el estado y sus asociados con la finalidad de reflejar el estado de la epidemia, su relación con las condiciones socio-económicas, culturales y políticas y la capacidad de Ecuador para dar una respuesta planificada y efectivo. En la elaboración del PEM participaron activamente mujeres y hombres viviendo con VIH/SIDA, grupos vulnerables, instituciones, y organizaciones que trabajan con hombres, mujeres, adolescentes, niños, y niñas, hombres que tienen sexo con hombre, policías, militares, trabajadoras-es sexuales, personas privadas de la libertad y personas refugiadas. Adicionalmente se incluyó el Ministerio de Trabajo, municipios, entre otros. cuyo lanzamiento público lo realizó la Ministra de Salud y en el que se establecen 10 sectores prioritarios de intervención para responder a la epidemia.

- Ley de educación y trabajo establece la prohibición de prueba obligatoria de VIH sida, lo que es coherente con la protección de derechos de la personas
- Se expresan acuerdos ministeriales del MEC, cuyos extractos se citan a continuación
  - Prohibir a las autoridades de los establecimientos educativos públicos y particulares de los diferentes niveles y modalidades del Sistema Educativo Nacionales, exijan a los estudiantes se realicen cualquier tipo de pruebas o exámenes de salud relacionadas con la identificación del VIH/SIDA, como requisito para : inscripciones, matriculas, pases de año, graduación o por cualquier situación institucional, por ser atentatorio contra los Derechos Humanos (acuerdo 436)
  - Institucionalizar la educación sexual en los establecimientos educativos fiscales, particulares, fiscomisionales y municipales del país (acuerdo 403)
  - Conformar el equipo técnico central del Programa Nacional de Educación de la Sexualidad y el Amor, PRONESA (acuerdo 346)

**2.- ¿Dispone el país de leyes y reglamentos que protejan específicamente a las poblaciones más expuestas y otras subpoblaciones vulnerables?**

<b>Sí</b>	<b>No</b>
-----------	-----------

2.1.- Si la respuesta es afirmativa, ¿a qué subpoblaciones?

a. Mujeres	Si		
b. Jóvenes	Si		
c. Consumidores de drogas inyectables		No	
d. Hombres que tienen sexo con otros hombres	Si		
e. Profesionales del sexo		No	
f. Internos en prisiones		No	
g. Migrantes/poblaciones móviles	Si		
h. Otras (jóvenes y niños en situación de calle)	Si		

Si la respuesta es afirmativa, explique brevemente los mecanismos establecidos para asegurar la aplicación de dichas leyes:

En general

- En el país existen organizaciones gubernamentales y de sociedad civil que se han agrupado en comités de veeduría ciudadana tanto para velar por el cumplimiento de la ley como para formular nuevas propuestas de protección a las minorías

HSH y Gays

- Para hombres gays existe la constitución la cual es la normativa general y a nivel de distrito metropolitano de Quito la ordenanza 240. Esta ordenanza tiene como perspectiva la diversidad en términos de protección, **“Ordenanza 240:** para promover el respeto a la Diversidad Sexual en el Distrito metropolitano de Quito y erradicar toda forma de violencia y discriminación” y declara al 17 de mayo como Día contra la Homofobia.

Mujeres y niños

- Leyes de maternidad gratuita y atención a la infancia en protección para grupos vulnerables. Hay que diferenciar lo que son protocolos de atención de lo que son normas, leyes que implican garantía para el ejercicio del derecho
- Existe ley de juventud

Trabajadoras Sexuales

- Las medidas son el marco de la protección de la maternidad o de la transmisión por vía vertical. En el caso de las trabajadoras del sexo más bien se vulneran sus derechos al imponer el sistema de salud pública el control de sus cuerpos y la obligatoriedad de la prueba.
- La tarjeta de salud integral no es un instrumento represivo ni obligatorio, es controles de salud nada mas este garantiza el acceso a eso servicios de salud.
- Deberían haber reglamentaciones en el trabajo sexual, reglamentación para las casas de trabajo sexual y eso recién nosotros estamos trabajando en el ministerio de gobierno en términos de VIH no hay
- Están pidiendo que se derogue el artículo 606 que dice que si están más de media hora paradas en una esquina se van presas. Lo que violenta los derechos de las personas.

Describa brevemente el contenido de esas leyes:

- Dichas leyes en todo su contexto señalan que mujeres, jóvenes, entre otros tienen garantizados todos sus derechos humanos y que el Estado ha creado organismos gubernamentales especializados para atender las demandas de dichas poblaciones.
- El artículo 11 numeral 2 dice que todas las personas somos iguales ante la ley, nadie podrá ser discriminado por... (entre otras) orientación sexual, edad, sexo, estado de salud, portar VIH... La salud es un derecho que garantiza el Estado... este derechos se garantiza mediante políticas.... Y esta se rige por principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficacia... Artículo 329 de la constitución: las y los jóvenes tendrán derechos a ser sujetos activos en la producción /// Artículo 331 sobre la protección de los derechos de las mujeres, se prohíbe toda forma de discriminación, acoso o acto de violencia de cualquier índole... La ordenanza 240 la municipalidad del Distrito Metropolitano de Quito, declara la discriminación por orientación sexual como una violación de los derechos humanos fundamentales, que se contraponen con la constitución política de la Republica del Ecuador...

Comente brevemente en que grado están siendo aplicadas actualmente:

- Los organismos creados para este efecto garantizan el cumplimiento de la ley siempre y cuando se presenten instancias de reporte<sup>3</sup> en los mismos, pero a la vez resultan insuficientes para atender todos los casos planteados. Lastimosamente el mayor porcentaje de violaciones a los derechos de poblaciones vulnerables no son reportados y por lo tanto no son resueltos y siguen replicándose constantemente actos de abuso en el medio social. Por lo señalado anteriormente a pesar de tener el marco normativo, la aplicación y seguimiento de la ley no cuenta con medios y mecanismos que permitan que sea eficiente.
- Lamentablemente ninguna de estas disposiciones está aun en vigencia pues para esto se necesita de una reglamentación secundaria (leyes, decretos, acuerdos, ordenanzas y reglamentos)
- d. HSH: disposiciones anti-homofobia (nuevo Código Penal). Cuestión: ¿han sido los miembros del sistema judicial adecuadamente formados para la aplicación de la nueva normativa? f. Política nacional de prevención y atención en VIH-SIDA-ITS y TB en el sistema de rehabilitación social: el POA de esta política se ejecuta desde mayo del 2009; está prevista su evaluación a finales de enero del 2010. a. Mujeres (promoción relaciones de género, violencia contra las mujeres); b. Jóvenes (Prevención en niños, jóvenes y adolescentes); e. Profesionales del sexo (TS): Ejecución en curso (POAs nacionales, provinciales y por sector prioritario) g. Población refugiada y solicitante de asilo (sector prioritario del PEM)
- Todas están siendo aplicadas y son base legal para la generación de normativa operativa. 151
- No se evidencia que exista un plan financiado para su implementación y sostenibilidad lo cual dificulta su evaluación

3.- ¿Existe en el país leyes, reglamentos o políticas que suponga obstáculos para la prevención, tratamiento, atención y apoyo eficaces relacionados con el VIH para las poblaciones más expuestas y otras subpoblaciones vulnerables?

<b>Si</b>	<b>No</b>
-----------	-----------

3.1. Si la respuesta es afirmativa, ¿para qué subpoblaciones?

a. Mujeres		<b>No</b>	
b. Jóvenes		<b>No</b>	
c. Consumidores de drogas inyectables	<b>Si</b>		
d. Hombres que tiene sexo con otros hombres		<b>No</b>	
e. Profesionales del sexo		<b>No</b>	
f. Internos en prisiones		<b>No</b>	
g. Migrantes/ poblaciones móviles		<b>No</b>	
h. (especificar)	Otras	<b>No</b>	

**Si la respuesta es afirmativa**, describe brevemente el contenido e la leyes, reglamentación o políticas:

- En ordenanzas municipales en algunas ciudades que obstaculizan como Guayaquil, en donde las negativas de participar y utilizar espacios públicos para eventos culturales son negados.
- La constitución aun debe aterrizar en leyes y reglamentos, por lo que la implementación aun es distante.
- Esta obstaculizado por la penalización de drogas
- Por el código penal yo puedo demandar si no hay atención HSH
- El tema es como reducir esos obstáculos a través de una normativa pero no existe una normativa que obstaculice
- En el ex penal García Moreno hay varios casos y ellos van el día de control va al hospital del sur por su condición de privados de la salud escoltados con 2 guías y aparte de eso les acompaña la trabajadora social del área de donde ellos son pero ellos son los más cumplidos a los chequeos no faltan nunca. Cosa que los no estamos privados no lo hacemos
- Existe una norma que limita el poder realizarse una prueba voluntaria a los adolescentes menores de 18 años, puesto que solicita la autorización de los padres para que se pueda realizar la misma.

Comente brevemente de que forma supone un obstáculo:

- El no permitir la libertad del ejercicio de ciudadanía en poblaciones expuestas.
- Supone un obstáculo en la medida en que los jóvenes no pueden realizarse libremente la prueba, y el solicitar autorización de los padres, este hecho les limita su decisión personal de hacerse este examen que debería ser voluntario y confidencial.

**4. ¿Se mencionan explícitamente la promoción y protección de los derechos humanos en algunas políticas o estrategias relacionadas, con el VIH?**

Si	No
----	----

**Si la respuesta es afirmativa**, describa brevemente de qué forma se menciona los derechos en dicha políticas o estrategias relacionadas con el VIH:

- En Ecuador, a partir de la Constitución Política del 2008 hay la definición de un estado de derechos, pero aún están en construcción muchos documentos, políticas y estrategias donde se incluye directamente estas definiciones. El Plan estratégico Multisectorial de la Respuesta al VIH/Sida es un ejemplo, solamente a nivel de constitución en el artículo 11 numeral 2
- La ley menciona claramente que una persona con estado serológico positivo no puede ser discriminada por ningún motivo y que al momento en que se produzca un hecho violatoria debe denunciarse ante la Autoridad competente.
- PEM: Segundo principio rector: La respuesta al VIH-SIDA tiene un enfoque social de derechos que vuelve prioritaria la participación de la sociedad civil organizada y de las PVVS como principio regulador del quehacer del Estado... Tercero: La garantía del ejercicio y goce de los derechos humanos con un enfoque integral que tome en cuenta el ciclo de vida es la razón de ser de las políticas, programas y servicios relacionados con la prevención, atención y tratamiento de VIH-SIDA.

**5.- ¿Existen algún mecanismo para registrar, documentos y tratar casos de discriminación sufridos por las personas que viven con el VIH, las poblaciones mas expuestas y/u otras subpoblaciones vulnerables?**

<b>Si</b>	<b>No</b>
-----------	-----------

**Si la respuesta es afirmativa, escriba brevemente el mecanismo:**

- El acceso a la justicia y lograr sanción para casos de discriminación está aún entre un sí y un no, porque ya la constitución da pautas, sin embargo, se trata también de correlación de fuerzas, de saber revertir las relaciones de poder y hacer un uso decisorio del derecho, por encima incluso de marcos legales obsoletos.
- Existe la ley pero no los mecanismos o son muy burocráticos.
- En la defensoría del pueblo si existe pero no han abierto la oficina ni nada, pero ya existe el antecedente de una denuncia que no se estaba incluyendo en la lista los antivirales en el IESS y hubo una acción desde la defensoría del pueblo, aunque la ley orgánica dice que debe existir un departamento.
- Las reformas al código penal sí, lo contempla no necesita un reglamento esta en el código penal y se puede hacer uso del código a los anteriores delitos se sumaron por xenofobia discriminación social, odio. los mecanismos existen que no se los use es el problema, lo que va en función del ejercicio de los derechos
- Los mecanismos no son explícitos a mi criterio, estos dependen de las estrategias institucionales que se realicen por cada grupo, en el caso de Alfil, nosotros realizamos denuncias amparadas en la Defensoría del Pueblo, es uno de nuestros espacios de trabajo para la denuncia.
- En el Ministerio de Relaciones Laborales, se pueden denunciar casos de discriminación laboral por VIH SIDA, basándose en el artículo 398 del código de trabajo, esta unidad de asesoría se formó en coordinación con PNUD, Ministerio de Trabajo y CARE apoyo para el manejo con el sector privado

**6.- ¿Ha facilitado el gobierno, por medio del apoyo político y financiero, la participación de las personas que viven con el VIH, las poblaciones más expuestas y/u otras subpoblaciones vulnerables en la formulación de políticas y en la ejecución del programa gubernamental sobre el VIH?**

<b>Si</b>	<b>No</b>
-----------	-----------

**Si la respuesta es afirmativa, escriba algunos ejemplos:**

- Principalmente con el sector salud, Se han hecho procesos participativos, aún no son suficientemente representativos, pero sí existe la apertura y la experiencia.
- Formulación del PEM: con "metodología participativa, inclusiva, flexible y multisectorial. ...cerca de 300 delegados de instituciones del gobierno nacional, de los gobiernos locales y de la sociedad civil organizada (...). Un papel preponderante han jugado las PVVS..." [Metodología del proceso, documento PEM, pág. 23] ejecución: participación de PVVS y poblaciones más expuestas (TS, HSH, PPL) en los talleres de evaluación y revisión de los POAs 2009 del PEM por sector estratégico y niveles territoriales; y en la elaboración de los POAs 2010.
- Derecho a una atención sin diferencias de sexo, edad, orientación sexual o condición de salud, condición laboral.
- Las PVVS y otros grupos más expuestos han participado en la formulación del Plan

Estratégico, la formulación de normas diseñadas por el MSP

**7.- ¿Tiene el país una política de gratuidad para los siguientes servicios?**

a.- Prevención del VIH	Si	
b.- Tratamiento antirretroviral	Si	
c.- Intervenciones de atención y apoyo relacionado con el VIH	Si	

**Si la respuesta es afirmativa**, teniendo en cuenta las limitaciones de recursos, describa brevemente los pasos fijados para ejecutar estas políticas e incluya información sobre cualquier restricción o obstáculo en el acceso de las diferentes poblaciones:

- No hay ni política de VIH, ni de gratuidad, pero está en proceso. En ciertas cosas que están relacionados con VIH por ejemplo los exámenes especializados relacionados generan gastos de bolsillo en clínicas privadas, se supone que es gratuito porque atención prevención y apoyo va mas allá de simplemente el aspecto clínico va por todas las redes de apoyo el acceso donde puede acceder la gente, la gratuidad en una proporción importante, se da por aporte de recursos no estatales.
- Ministerio de relaciones laborales tiene políticas establecidas, el problema de la legitimidad y el cumplimiento de las mismas es el problema, también podemos analizarlo desde el punto de vista del ejercicio del derecho.
- No sabemos cuál es la política de prevención del país, No hay servicios de prevención
- El Estado ha fijado que será el proveedor de los tratamientos antirretrovirales, para pacientes viviendo con VIH, las limitaciones básicas están en la carencia del inventario de medicamentos necesarios. Respecto a otras intervenciones de apoyo, existe la atención gratuita para mujeres en general para controles regulares.
- La mejor política de Estado es la atención y entrega de tratamientos para las personas con VIH, Estas acciones se instrumentan a través del Programa Nacional del SIDA del Ministerio de Salud.
- Dentro de lo que es prevención del VIH SIDA, se puede mencionar las campañas de información y gratuidad de la prueba voluntaria a toda mujer embarazada como parte de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. Así como el tratamiento ARV para las personas que lo necesitan que se incluye en las normas de atención a personas que viven con VIH SIDA.

**8. ¿Tiene establecido en el país una política que asegure a varones y mujeres la igualdad en el acceso a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionado con el VIH?**

Si No

8.1 En concreto, ¿tienes establecido una política que asegure el acceso de las mujeres a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionado con el VIH fuera del contexto del embarazo y el parto

Si No

**9.- ¿Tiene establecido el país una política que asegure a las poblaciones más expuestas y/u otras subpoblaciones vulnerables la igualdad en el acceso a las prevención, tratamiento y apoyo relacionado con el VIH?**

Si No

**Si la respuesta es afirmativa**, ¿incluye dicha política diferentes enfoques para asegurar la igualdad en el acceso de las distintas poblaciones:

- El Ecuador posee el Plan Estratégico Multisectorial en donde se incluye el trabajo con poblaciones vulnerables en líneas de prevención, tratamiento y apoyo. El acceso a PVVS al tratamiento ARV es gratuito una vez que han sido enroladas en el programa

**10. ¿Tiene establecido el país una política que prohíba las pruebas sistemáticas del VIH a efectos generales de trabajo y empleo (contratación, funciones/traslados, designación, promoción, cese)?**

Si	No
----	----

**11. ¿Tienes establecida el país una política que asegure que los productos de investigación del VIH en los que participan seres humanos sen revisados y aprobados por un comité nacional o local de ética?**

Si	No
----	----

**11.1 Si la respuesta es afirmativa**, ¿participa en el comité de revisión ética representantes de la sociedad civil y de personas que viven con el VIH?

Si	No
----	----

Si la respuesta es afirmativa, describa la eficacia de dicho comité de revisión:

- Depende del comité de ética, no todo tiene representación. Por ejemplo nosotros trabajamos con el comité técnico de la universidad San Francisco de Quito ellos tienen un equipo de profesionales y el resto de representantes son secundarios, además todo comité de ética no puede estar constituido solo por profesionales. Un punto de formalidad es que existe la regulación en la que todos los comités de ética tienen que estar registrado en el instituto de ciencia y tecnología del ministerio de salud
- Desconocemos si hay procesos de rendición de cuentas de dichos comités por lo que no podemos dar nuestra opinión

**12.- ¿Tiene establecidos el país mecanismos de vigilancia que asegure el respeto de los derechos humanos?**

-Existencia de instrumentos nacionales independientes para la promoción y protección de los derechos humanos, incluidas comisiones e derechos humanos, de reforma de la legislación, organismos de control y defensores del pueblo que consideren como parte de su ámbito de trabajo los asuntos relacionados con el VIH

Si	No
----	----

-Puntos focales en los departamentos gubernamentales de salud y de otro tipo de vigilen los abusos en materia de derechos humanos y discriminación relacionados con el VIH en áreas como el empleo y la vivienda

Si	No
----	----

-Indicadores de desempeño y patrones de referencia para el cumplimiento de las normas de derechos humanos en el contexto de los esfuerzos relacionados con el VIH

Si	No
----	----

**Si la respuesta es afirmativa, describa algunos ejemplos:**

**13.- En los últimos dos años, ¿se ha sensibilizado/capacitado a los miembros de la judicatura (incluidos los del fuero laboral) sobre cuestiones relativas al VIH y los derechos humanos que pueden surgir en el contexto de su trabajo?**

Si	No
----	----

**14.- ¿Están disponibles en el país los siguientes servicios de apoyo jurídico?**

Si	No
----	----

- Sistema de ayuda jurídica para el trabajo de asistencia relacionado con el VIH

Si	No
----	----

- Bufetes jurídicos el sector privado o centro jurídico vinculado a la universidad que ofrezcan servicios de asesoría gratuitos o a un precio reducido a las personas que viven con el VIH

Si	No
----	----

- Existen para educar y sensibilizar a las personas que viven con el VIH sobre sus derechos

Si	No
----	----

Desde la sociedad civil, en el ámbito de estado defensoría publicas

**15. ¿Existen programas diseñados para reducir el estigma y la discriminación vinculados al VIH?**

Si	
----	--

--	--

Si la respuesta es afirmativa, ¿qué tipo de programas?

Medios de comunicación	<b>Si</b>	
Educación escolar	<b>Si</b>	
Intervenciones periódicas de personalidades	<b>Si</b>	
Otras (especificar) Proyectos sociales, civil ONGs – comunitarias No es un sistema, integrado no sostenible, no son un sistema Existen programas señalados pero desde el ámbito privado mas no como programa de estado	<b>Si</b>	

En general, ¿Cómo calificarías las políticas, leyes y reglamentación establecidas para promover y proteger los derechos humanos en relación con el VIH en 2009?

**7**

Desde 2007, ¿Cuáles han sido los principales logros en este campo?:

- La inclusión de las poblaciones vulnerables y más expuestas en mesas de diálogo y toma de decisiones
- Las políticas en el sistema educativo. El marco general de la Constitución 2008 y con ciertos acuerdos ministeriales y ordenanzas
- Se ha establecido en los cuerpos legales más importantes CPE, Leyes Nacionales
- La nueva Constitución; el empoderamiento de la sociedad civil (PVVS), el Plan Estratégico Multisectorial 2007-2015.
- En el ámbito laboral, no pueden ser despedidos o no se niegue el ingreso. En educación no exigir la prueba para ingreso (por reglamento). - En el campo de la Salud, acceso a ARV. Acceso a pruebas y atención integral. - En la Policía Nacional, no dar de baja por condición de PVVS, La creación de artículo 398 del Ministerio de Trabajo, trabajado en coordinación con CARE y otras organizaciones, como la creación de artículo 403 del Ministerio de Educación, basado en la experiencia de CARE en la provincia de Santa Elena.

¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?:

- Principalmente el acceso a educación e insumos para la prevención y tratamiento antirretroviral, así como la operativización de las leyes que garantice el acceso de todos los grupos, haciendo efectivas las políticas y se apuntale una respuesta integral no solo parcial ni por sectores de población, tomado en cuenta la aplicación y el contexto cultural
- que estas declaraciones a nivel de constitución se traduzcan en leyes, reglamentos, acuerdos, ordenanzas y decretos específicos, luego se traduzcan en planes y programas y que los planes y programas cuenten con personal capacitado y multidisciplinario, con infraestructura, establecimientos de organigramas y flujos de atención con un presupuesto que permita la sostenibilidad
- que las personas afectadas ejerzan sus derechos de ciudadanía

En general, ¿Cómo calificarías el esfuerzo para hacer cumplir las políticas, leyes y reglamentaciones existentes en 2009?

**4**

Desde 2007, ¿Cuáles han sido los principales logros en este campo?

- La elaboración y aprobación de la nueva normativa de atención y acceso a salud integral
- La exigibilidad la sociedad civil y PVVS, a través de la Defensoría del Pueblo, que genera los espacios y mecanismos para una veeduría ciudadana.
- Ordenanzas, que exista mayor sensibilización a nivel municipal.
- La participación de diversas organizaciones en algunos espacios de acuerdos mínimos de trabajo.

¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?

- La operativización de estas leyes
- más participación, menos centralismo, mirar la esfera Cultural, modernizar la justicia, avanzar de sensibilización a la comprensión y aplicación en la realidad
- falta compromiso de las autoridades, sensibilización de personas e instituciones, coordinación inter institucional, definir competencias no todo puede ser salud, falta empoderamiento y visibilidad de las personas afectadas
- falta de mecanismos de acompañamiento y reparación
- Mayor difusión del contenido de políticas y normas; mayor énfasis en la obligatoriedad de su cumplimiento; mecanismos más eficaces de monitoreo (interno) y veeduría social (control externo), para generar mecanismos de información, promoción de derechos que fortalezcan la generación de mecanismos de exigibilidad y veeduría social del cumplimiento de estos logros.
- Planificación, ejecución, monitoreo y evaluación conjunta de logros como país, en función de territorios.

## II. PARTICIPACION DE LA SOCIEDAD CIVIL+

**1. ¿En que grado a contribuido la sociedad civil a fortalecer el compromiso político de los lideres principales y formulación de políticas/estrategias nacionales?**

4

### **Comentarios y ejemplos**

- Los grupos comunitarios se han movilizado fuertemente con el apoyo de la cooperación internacional para agendar dentro del Estado el tema de VIH en un contexto integral
- En Ecuador la sociedad civil ha sido el motor para movilizar la respuesta multisectorial, hemos sido los que hemos desarrollado experticias, movilización, incidencia política.
- En la Asamblea Constituyente el rol de SC fue preponderante\
- La sociedad civil ha incidido para la formulación de algunas políticas
- Veeduría de la CPVVS, especialmente con el componente de Atención integral (suministro de ARV y otros insumos). La participación activa de la coalición de las personas viviendo con VIH/SIDA en la formulación del PEM.
- Pese a los limitados recursos se han podido impulsar iniciativas de prevención principalmente.
- Algunos actores de la sociedad civil, han apoyado de forma importante puesto que gracias a su aporte se han llevado a cabo procesos participativos. Se debe reconocer que hay que hacer un esfuerzo por mejorar la calidad y cantidad de participación de las organizaciones de la sociedad civil para lograr una

participación amplia y diversa de actores de la sociedad civil, por ejemplo universidades, iglesias y otras ONGs que por diferentes razones no participan.

- CARE ha impulsado procesos de difusión de aprendizajes en implementación de políticas, a actores clave y demás organizaciones.
- Formación del CAI (Comité Asesor Interinstitucional) para el Ministerio de Educación, que apoya a la implementación de la Ley de Sexualidad y el Amor)
- Ejecución de proyectos alineados al Plan Estratégico Multisectorial.
- Experiencias de modelos de implementación de políticas a nivel de territorio.

**2.- ¿En que grado han participado los representantes de la sociedad civil en el proceso de planificación y presupuesto para el Plan Estratégico Nacional sobre el VIH o el plan de actividad actual (asistencia a las reuniones de planificación y revisión de ante proyectos?)**

Bajo					Alto
0	1	2	3	4	5

**Comentarios y ejemplos**

- Ha faltado más participación, menos centralismo. Por parte del Ministerio de Salud siempre ha estado invitada la sociedad civil
- Fue importante en cantidad y calidad, La deficiencia que existió es que no hubo un liderazgo real nacional, sino que estuvo dirigido básicamente por NNUU
- Participación de PVVS y grupos prioritarios del PEM en la evaluación de los POAs 2009 y en la elaboración de los POAs 2010 para su sector
- Los talleres de validación y construcción de insumos para su producto final por ejemplo
- De lo que conocemos el Plan Estratégico no tiene un presupuesto definido es la suma de aportes con recursos nacionales e internacionales por lo que no podemos opinar

**3. Los servicios prestados por la sociedad civil en los ámbitos de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionaos con el VIH, ¿en que grado se incluyen en?**

- a. la estrategia nacional de sida? 2
- b. el presupuesto nacional para el sida 0
- c. los informe nacionales sobre el sida? 2

**Comentarios y ejemplos**

- Un poco diferenciar, la sociedad civil no está dando tratamiento, pero si hacen tamizaje. El tema de prevención es un tema sin solución en ningún nivel. Todo esfuerzo se ve afectado porque la inclusión, coordinación y articulación de la sociedad civil en el estado todavía es débil.
- La sociedad civil ha tenido y tiene un papel preponderante pero suma debilidad para incidir en la asignación de presupuesto.
- Están desconexos y no obedecen necesariamente a una gobernabilidad nacional
- La sociedad civil no tiene la capacidad que tiene el estado solo puede ayudar en brindar apoyo técnico, transferencia de tecnologías, vigilar los procesos

- Según el informe MEGAS período 2005-2007, las instancias de la sociedad civil fueron las que mayormente contribuyeron a las actividades de prevención y promoción, tanto con recurso financieros como recursos humanos. Lastimosamente, estos esfuerzos no se reflejan en los informes nacionales sobre el SIDA.
- La participación de la sociedad civil, es importante en la medida en que se realizan acciones importantes que fortalecen la respuesta a nivel de territorio frente al VIH SIDA. Por ejemplo CARE tiene aportes importantes en atención integral al VIH SIDA, así como al Sistema de Información Nacional de Sida.
- El presupuesto ejecutado por programas en CARE en alineación al Plan Estratégico Multisectorial de intervención son importantes también.
- 

**4. ¿En qué grado se incluye a la sociedad civil en los aspectos relacionados con la vigilancia y evaluación de la respuesta al VIH?**

a. en el desarrollo del plan nacional de vigilancia y evaluación

1

b. participando en el comité nacional de vigilancia y evaluación / grupos e trabajo encargados de coordinar las actividades de vigilancia y evaluación

1

c. en los esfuerzos de vigilancia y evaluación a nivel local

1

**Comentarios y ejemplos**

- un plan nacional realmente no hay, no existe, es un sistema del ministerio de salud al cual deberían responder.
- Los hemos vinculado o no con la vigilancia que estamos haciendo si
- Todo lo que signifique plan de vigilancia no existe formalmente, pero hay un sistema actuando y hay acciones a las respuestas de VIH.
- Existe un constante encuentro especialmente con las autoridades de salud para actividades de vigilancia epidemiológica
- Vigilancia de la respuesta no hay, no existe ni en la sociedad civil, el país no tiene mecanismos para evaluar los avances del plan estratégico
- Si no hubiera que hacer el reporte UNJAS no hubiera ningún proceso de identificación de indicadores
- En los indicadores de país para evaluar el VIH La referencia es UNGASS y los objetivos del milenio y luego lo que venga en el 2015. pero en ese marco si hay todo un sistema de vigilancia que produce información y que es del ministerio. No existe hasta la presente, un sistema de monitoreo conjunto que pueda medir el aporte de la respuesta intersectorial al VIH SIDA.
- El UNGASS es un informe que se nutre de lo que ha trabajado el MSP con la sociedad civil nosotros tenemos 7 indicadores que se convierten en indicadores nacionales lo que no hay es el plan.
- El MCP es un organismo de vigilancia donde la sociedad civil está presente.
- Los representantes de la sociedad Civil son invitados coyunturales sin capacidad activa de participación. Con frecuencia sólo validan procesos. Falta mucho interés por parte del estado para la intervención de la sociedad civil en estos temas, a pesar que los procesos de monitoreo y evaluación aun necesitan mucho apoyo tanto en el diseño como en la implementación, la sociedad civil está dispuesta a colaborar desde sus experticias

**5. ¿En qué grado la representación del sector e la sociedad civil en los esfuerzos relacionados con el VIH incluyen diversas organizaciones (redes de personas que viven con el VIH, organizaciones de profesionales del sexo, organizaciones basadas en la fe?**

4

**Comentarios y ejemplos**

- Las organizaciones que trabajan en VIH SIDA son numerosas, y de diverso tipo, sin embargo no se visibiliza un trabajo coordinado a nivel nacional, sino más bien a nivel de territorio en lo local es en donde en algunos casos se visibiliza la respuesta es multisectorial.
- Lo que estamos hablando es que existe un mecanismo de coordinación país pero esto es solo para fondo global, en general en respuesta de país es poco.
- Existen redes nacionales de grupos más expuestos y vulnerables que se han organizado cada vez más para influir en la política pública y trabajar con las autoridades de gobierno, Si hay participación en las redes en las actividades, siempre ha habido a nivel de provincia, Hay buena representación en Ecuador de estos sectores: MCP, La Coalición Nacional de PVVS en Quito, entre otras.
- No hay participación de organizaciones basadas en la fe, falta incluir a universidades. Falta involucrar a otras ONGs que trabajan en salud y que han sido relegadas.

**6.- ¿En qué grado la sociedad civil puedes acceder al**

a. apoyo financiero adecuado para ejecutar actividades relacionadas con el VIH?

3

b. apoyo técnico adecuado para ejecutar actividades relacionadas con el VIH?

1

**Comentarios y ejemplos**

- habido un mayor acceso que hace dos años
- el Fondo Global si ha permitido trabajar, para alguna organizaciones ha sido más fácil porque hay una coyuntura internacional
- El estado no asigna recursos a la sociedad civil y desde las organizaciones internacionales, los fondos son insuficientes, se asignan montos muy bajos para procesos muy complejos. Cada vez los recursos existentes para intervenciones de VIH son más limitados, afectando de manera directa a las instancias de la sociedad civil.
- El apoyo recibido desde NNUU es muy bajo, la sociedad civil no recibe apoyo técnico de organizaciones que están en el país para ofrecerlo. además existe muy pocas organizaciones con una adecuado conocimiento técnico y ejercicio para la rendición de cuentas
- Solo aquellas ONGs que son tomada en cuenta en proyectos del MCP u otros proyectos como los implementados por CARE o KIMIRINA tienen la oportunidad de participar, pero hay muchas otras ONGs y organizaciones basadas en la fe que no tienen esa opción

**7. ¿Qué porcentaje e los siguientes programas/relacionados con el VIH se estima que proporciona la sociedad civil?**

De lo poco que se hace con jóvenes y con HSH, quien está trabajando somos las organizaciones,

La sociedad civil hace más del 75 por ciento, Lo que se ha hecho para prevención es repartir condones, Kimirina y el MSP.

Este componente es el más difícil de contestar, porque es subjetivo, el problema para la sociedad civil es que una charla que da el ministerio no es prevención. Es como una llovizna en el paute. Solo sociedad civil tiene procesos sostenidos

Como sociedad civil nos conviene visibilizar que no cubrimos, el papel de la sociedad civil no es montar servicios de salud, eso es papel del estado, nuestro papel es promover servicios innovadores.

Prevención para jóvenes	25%	25 – 50%	51 –75%	75%
<b>Prevención para las poblaciones más expuestas</b>				
- Consumidores de drogas inyectables	25%	25 – 50%	51 –75%	75%
- Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	25%	25 – 50%	51– 75%	75%
-Profesionales del sexo	25%	25 – 50%	51– 75%	75%
<b>Asesoramiento a pruebas</b>	25%	25 – 50%	51– 75%	75%
<b>Reducción del estigma y discriminación</b>	25%	25 – 50%	51– 75%	75%
<b>Servicios clínicos (IO*/terapia antirretrovírica)</b>	25%	25 – 50%	51– 75%	75%
<b>Atención domiciliarias</b>	25%	25 – 50%	51– 75%	75%
<b>Programa para HNV**</b>	25%	25 – 50%	51– 75%	75%

\*IO = Infecciones oportunistas

\*\*HNV=Huérfanos y otros niños vulnerables

**En general, ¿cómo calificarías los esfuerzos destinados a aumentar la participación de la sociedad civil en 2009?**

**5**

Desde 2007, ¿Cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?

- Aumentar la participación de la sociedad civil
- La permanencia y fortalecimiento de algunas organizaciones y liderazgos.
- Participación en Asamblea Constituyente. Hubo potenciación. En otros casos sigue fragmentación
- A nivel del sector salud se ha logrado que sus sugerencias sean tomadas en cuenta, no así en otras áreas como educación, empleo y sobre todo en el sector privado
- Los logros, han sido predominantemente en la educación a la sociedad civil a través de seminarios y foros de discusión, por otro lado nuestro programa de de alcance a pares entre población transgénero, a través de la información y la prevención incentivando el correcto uso del preservativo.
- Participación directa en la definición del PEM 2007-2015, en la definición de los proyectos de Fondo Global, en la definición de la Reforma a la Ley de VIH
- Incorporación de plataforma en la Constitución 2008

¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?

- Que el estado asigne por lo menos el 50% de los recursos para la sostenibilidad de las acciones que realiza la sociedad civil
- Fragmentación y establecimiento de complementariedad con responsabilidades del estado y no suplir su función
- 1.- mayor participación 2.- mayor coordinación 3.- reconocer limitaciones, técnicas, financieras 4.- ejercicio de rendición de cuentas 5.- intercambio y gestión de conocimientos 6.- fortalecimiento organizacional
- Falta de productos de asistencia y prevención, acompañamiento, también insumos básicos como el lubricante que prácticamente es desconocido por parte de la población.
- Implementación del PEM y priorización de las acciones en los grupos más expuestos
- Falta visualizar mecanismos de monitoreo, evaluación y articulación de estos actores

### III. PREVENCIÓN

1. ¿Ha identificado el país necesidades específicas en los programas de prevención del VIH?

Si

No

**Si la respuesta es afirmativa, ¿Cómo se determinaron dichas necesidades específicas?**

- La sociedad civil ha notado, cuales son las poblaciones vulnerables pero el estado también hizo todo esto
- La epidemia sigue estando concentrada en hombres que tienen sexo con otros hombres, trabajadoras sexuales, jóvenes adultos y mujeres, por tanto los lineamientos estratégicos están alineados a trabajar en esas áreas y grupos
- Constan en el Plan estratégico multisectorial, pero no se está aplicando. La prevención está descuidada por el estado al no apoyar a la sociedad civil para que continúe con sus programas y acciones; y al no exigir que el Ministerio de Educación, por ejemplo, cumpla su rol.
- Falta de lubricantes en sachets Mayor inversión en lo difusivo por parte del Estado. Mayor atención asistencial en especial en las poblaciones más vulnerables. Programas específicos dedicados a la naturaleza de cada población. Efectiva distribución gratuita de preservativos, hay quejas de que en bodegas caducan sin entregarse a los grupos que lo necesitan.
- A través de estudios nacionales y proyectos. A través de acciones de organizaciones como CARE que han puesto en el tapete temas como Responsabilidad social empresarial y VIH/SIDA, trabajo con proyectos de microcrédito a PVVS y huérfanos

**Si la respuesta es negativa, ¿Cómo se están ampliando los programas de prevención del VIH?**

- En el Ecuador a parte de la política muy exitosa de la prevención vertical, no

existe otra para la prevención para las poblaciones más expuestas

¿En qué grado se han ejecutado los siguientes componentes de prevención el VUH?

Componentes de prevención del VIH	La mayoría de las personas necesitadas disponen de acceso		
Seguridad hematológica	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Precaución universal en entornos de atención sanitaria	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
IEC* sobre reducción del riesgo	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
IEC* sobre reducción del estigma y discriminación	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Promoción de preservativos	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Asesoramientos y pruebas del VIH	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Reducción de daños para los consumidores de drogas inyectables	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Reducción del riesgo para los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	De acuerdo	En desacuerdo	N/c
Reducción del riesgo para los profesionales del sexo	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Servicios de salud reproductiva, incluidos la prevención y tratamiento e las infecciones de transmisión sexual	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Educación escolar sobre el sida para jóvenes	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Programas para jóvenes no escolarizados	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Prevención del VIH en el lugar de trabajo	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Otros (especificar)	De acuerdo	En desacuerdo	N/C

\* IEC= información, educación comunicación

En general, ¿Cómo calificarías los esfuerzos realizados en la ejecución de los programas de prevención del VIH EN 2009?

**3**

Desde 2007, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?

- El programa nacional de Sida, ha tenido una mayor intervención y mejor autoría para la planificación de los procesos.
- Se avanza en educación sexual y salud de manera lenta pero paulatina, se avanza lentamente en el asunto de la prevención con altibajos en este referido trabajo.
- En el ámbito educativo, la definición de reglamentos y decretos ministeriales que favorece la educación para la sexualidad en el ámbito escolar, que incluye de manera explícita la prevención de VIH
- El haber realizado acciones de prevención a través de las organizaciones a nivel de territorio, y la inclusión de diferentes actores frente a la epidemia

¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?

- Siguen siendo aislados, sin medición y desde respuestas de la Sociedad Civil, en su mayoría, o con fondos de proyectos que se acaban. No hay política real aplicada desde lo nacional y público.
- Presupuesto principalmente y acceso universal, no asignación de recursos para sostenibilidad del trabajo de la sociedad civil
- Asumir la prioridad e invertir en ella, determinar políticas para la prevención, determinar sectores prioritarios, asignar presupuestos, establecer competencias y funciones y adoptar modelos probados para la prevención
- establecer estrategias de lucha contra el estigma y la discriminación relacionados con la sexualidad
- Dejar a un lado los protagonismos institucionales y personales
- Mayor capacitación y apoyo técnico
- establecer mecanismos para rendición de cuentas
- establecer mecanismos para intercambio de información, tecnología
- asegurar la participación de las poblaciones más afectadas
- Como siempre la parte económica, siempre recurrente.
- Contar con una política nacional/Plan estratégico para la prevención de VIH y la promoción de derechos
- Trabajo concertado, planificado y evaluado. No bajar el nivel de esfuerzos sino aumentarlo para asegurar que detenemos el nivel de incremento de la epidemia

#### IV. TRATAMIENTO, ATENCION Y APOYO

##### 1. ¿Ha identificado el país necesidades específicas relacionadas con los servicios de tratamiento, atención y apoyo del VIH?

**Si**  **No**

**Si la respuesta es afirmativa, ¿cómo se determinaron dichas específicas?**

- La creación de protocolos e infraestructura propia para cada población vulnerable, aunque debe analizar cómo hacerlo para que no se vuelva discriminatorio
- En el año 2009 se establecen las brechas programáticas y financieras de la respuesta al VIH del país: Informe de Acceso Universal. Esto ayuda a entender de manera más clara dónde y cómo intervenir de manera más eficiente.
- Se cuenta con un mapeo nacional de las zonas geográficas en donde se concentra la epidemia
- Se cuenta con un plan de priorización de la respuesta y uno para operativizar el PEM
- A través de estudios nacionales, sin embargo se necesita fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica

**Si la respuesta es negativa, ¿cómo se están ampliando los servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH?**

- Existe una política desde las autoridades sanitarias que pueden ser detalladas mejor por ellas mismas.

¿En qué grado se ha puesto en marcha los siguientes servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH?

<b>Servicios de tratamiento, atención y apoyo del VIH</b>	<b>La mayoría de las personas necesitadas disponen de acceso</b>		
Terapia antirretrovírica	<b>De acuerdo</b>	<b>En Desacuerdo</b>	N/C
Atención nutricional	<b>De acuerdo</b>	<b>En Desacuerdo</b>	N/C
Tratamiento pediátrico del sida	<b>De acuerdo</b>	<b>En Desacuerdo</b>	N/C
Tratamientos de las infecciones de transmisión sexual	<b>De acuerdo</b>	<b>En Desacuerdo</b>	N/C
Apoyo psicosocial para las personas que viven con el VIH y sus familias	<b>De acuerdo</b>	<b>En Desacuerdo</b>	N/C
Atención domiciliaria	<b>De acuerdo</b>	<b>En Desacuerdo</b>	N/C
Cuidados paliativos y tratamiento de infecciones comunes relacionadas con el VIH	<b>De acuerdo</b>	<b>En Desacuerdo</b>	N/C
Asesoramiento y pruebas del VIH para los pacientes con tuberculosis	<b>De acuerdo</b>	<b>En Desacuerdo</b>	N/C
Análisis sistemático de la tuberculosis de las personas infectadas por el VIH	<b>De acuerdo</b>	<b>En Desacuerdo</b>	N/C
Terapia preventiva e la tuberculosis para las personas infectadas por el VIH	<b>De acuerdo</b>	<b>En Desacuerdo</b>	N/C
Control de la infección de tuberculosis y tratamiento el VIH en establecimiento de atención	<b>De acuerdo</b>	<b>En Desacuerdo</b>	N/C
Profilaxis con cotrimoxazol en personas infectadas por el VIH	<b>De acuerdo</b>	<b>En Desacuerdo</b>	N/C
Profilaxis posterior a la exposición (p.ej., exposición ocupacional al VIH, violación)	<b>De acuerdo</b>	<b>En Desacuerdo</b>	N/C
Servicio de tratamiento del VIH en el lugar de trabajo o sistemas de derivación para tratamiento a través del lugar de trabajo	<b>De acuerdo</b>	<b>En Desacuerdo</b>	N/C
Atención y apoyo relacionados con el VIH en el lugar de trabajo (incluidos acuerdos de trabajo alternativos)	<b>De acuerdo</b>	<b>En Desacuerdo</b>	N/C
Otros programas: (especificar)	<b>De acuerdo</b>	<b>En Desacuerdo</b>	N/C

En general, ¿Cómo calificarías los esfuerzos en la ejecución de los servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH en 2009?

6

¿Cuáles han sido los principales logros en este campo?

- El funcionamiento eficiente de las clínicas del SIDA dependen de su ubicación geográfica
- Cobertura en clínicas y desconcentración ha ampliado cobertura;
- La implementación de las Clínicas de Sida en las Unidades operativas, como instancias especializadas para brindar atención a las PVVS y la población general. U5
- La creación de las clínicas del VIH SIDA

¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?

- Acceso real y calidad siguen siendo problemas en clínicas
- No existe una adecuada capacitación y sensibilización del personal que labora en estos

sitios

- La calidad de la atención de las clínicas es deficiente, hace falta mayor capacitación técnica y Humana de los equipos.
- La calidad de atención tanto en recurso físico, como recursos humanos y presupuesto para implementar el modelo de atención sugerido por el Programa Nacional de Sida

**2. ¿Tiene el país una política o estrategia para abordar las necesidades adicionales relacionadas con el VIH de los huérfanos y otros niños vulnerables?**

Si	No	N/C
----	----	-----

2.1 **Si la respuesta es afirmativa**, ¿existen en el país una definición operativa de "huérfanos" y "niños" vulnerables"?

Si	No
----	----

2.2. **Si la respuesta es afirmativa**, ¿tiene el país un plan de acción nacional específico para los huérfanos y otros niños vulnerables?

Si	No
----	----

2.3 **Si la respuesta es afirmativa**, ¿tiene el país una estimación de los huérfanos y niños vulnerables a los que llegan las intervenciones existentes?

Si	No
----	----

**Si la respuesta es afirmativa**, ¿a qué porcentaje de huérfanos y niños vulnerables se está llegando? %  
(especificar)

En general, ¿Cómo calificarías los esfuerzos destinados a satisfacer las necesidades relacionadas con el VIH de los huérfanos y otros niños vulnerables en 2009?

1

Desde 2007, ¿Cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?

- No hay nada, sólo esfuerzos de buena voluntad de Iglesia, ONGs, con enfoque asistencialista. El estado máximo ha aportado algo a través de INNFA o con enfoque asistencialista también
- La visibilización de la población de niños/as vulnerables en estado de orfandad a causa del VIH SIDA es una prioridad. CARE se encuentra enfatizando esfuerzos a nivel nacional y a nivel local con el fortalecimiento de modelos de atención de niños/as que corresponden a este tipo de población.

¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?

- TODOS
- CARE conjuntamente con otras organizaciones, se encuentra apoyando a que se realice la investigación de niños/as vulnerables en estado de orfandad a causa del VIH SIDA, con esta investigación se podrá visibilizar e incidir en política pública en este tema

**República del Ecuador  
Ministerio de Salud Pública  
ONUSIDA**

## **INFORME UNGASS 2010**

### **Indicador 1: Gasto relativo al VIH y Sida en el Ecuador 2008-2009**

#### **Informe final**

Elaborado por: **Econ. Pablo Dávalos**  
Abril, 2010

## **Resumen ejecutivo**

El Informe sobre el Gasto en VIH y Sida, para los años 2008 y 2009 se realizó en base a consultas a 49 instituciones involucradas en la respuesta a la epidemia al VIH/Sida. El proceso se construyó de manera democrática, participativa y transparente, bajo la rectoría y conducción del Programa Nacional del VIH y Sida (PNS) del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, y con el apoyo de la agencia de Naciones Unidas, ONUSIDA.

Para el Indicador 1 del UNGASS 2008 y 2009 se utilizó una Matriz MEGAS abreviada que contenía información de las fuentes de financiamiento y las categorías de gasto. El proceso arrancó en enero del año 2010, y los resultados son los siguientes:

Los datos presentados y la información recopilada establecen que todas las instituciones comprometidas en la respuesta a la epidemia del VIH se habían gastado en conjunto **25.971.930 USD** durante el año **2008**, y **31.899.919 USD** para el año **2009**, es decir, un incremento del 28,3% con respecto al año anterior. Este gasto da un total para ambos años de **57.871.849 USD**. Esta es una diferencia significativa con respecto a los datos recogidos en el MEGAS 2005-2007 que registra un total de 20.6 millones de USD.

En este gasto, puede apreciarse que el MSP representó el 72.7% del total del gasto en VIH/Sida, lo que indica que en el Ecuador, el MSP es el actor fundamental en la respuesta contra la epidemia del VIH/Sida. Puede verse también que a diferencia del MEGAS 2005-2007 en el cual los fondos internacionales representaron la mayoría del gasto, esta vez los aportes del Fondo Mundial representaron apenas el 5.8% del total del gasto en VIH y Sida para ambos años.

El **MSP**, gastó en VIH y Sida **19.2 millones de USD en el año 2008**, y **22.8 millones de USD en el año 2009**, para un gasto total en este periodo de 42.1 millones de USD. El 55.4% del gasto lo destinó a prevención (23.3 millones de USD para 2008 y 2009), y el restante 44.6% gastó en atención y tratamiento.

Otras instituciones importantes en el gasto en VIH y Sida para los años 2008 y 2009, fueron: el IESS con un gasto de 2.8 millones de USD, las agencias del sistema de Naciones Unidas, que gastaron en conjunto 3.8 millones de USD, las instituciones de la sociedad civil con un gasto de 4.4 millones de USD.

## Glosario de términos utilizados

ARV	Antiretrovirales
CEPVVS	Coalición Ecuatoriana de Personas que viven con VIH/Sida
FM	Fondo Mundial de lucha contra la Tuberculosis, VIH y Sida y Malaria
GTZ	Cooperación Técnica Alemana
HNV	Huérfanos y niños vulnerables
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
INEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
INH	Instituto Nacional de Higiene “Leopoldo Izquieta Pérez”
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MCP	Mecanismo Coordinador país
MEGAS	Medición del Gasto en VIH/Sida
MIES	Ministerio de Inclusión Económica y Social
MRL	Ministerio de Relaciones Laborales
MSP	Ministerio de Salud Pública
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-SIDA
OPS - OMS	Organización Panamericana de Salud – Organización Mundial de la Salud
PEM	Plan Estratégico Multisectorial
PNS	Programa Nacional de prevención y control de VIH/Sida e ITS
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PPL	Persona privada de libertad
PVVS	Personas que viven con VIH
TAR	Tratamiento antirretroviral
TB	Tuberculosis
TCS	Clientes de trabajadoras sexuales
TS	Trabajadores sexuales
TV	Transmisión Vertical
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

## **Tabla de contenidos**

1.- Introducción

### **2. Informe metodológico**

2.1. El informe MEGAS 2005-2007

2.2. Las cuentas satélites de salud

2.3. Las directrices metodológicas

2.3.1. La matriz fuentes de financiamiento/categorías de gasto

2.4. Identificación de actores y estrategia multisectorial

2.5. Aspectos de procedimiento

2.5.1. Estrategia de socialización con actores involucrados: conclusiones y recomendaciones

2.6. Procesos institucionales para la elaboración del MEGAS 2008-2009

2.7. Evaluación y criterios sobre la información recibida

### **3. Análisis del Gasto en VIH y Sida para el periodo 2008-2009**

3.1. El Gasto en VIH y Sida para el periodo 2008-2009

3.1.1. Precisiones metodológicas del gasto en VIH y Sida en 2008 y 2009

3.1.2. El Gasto en VIH y Sida de 2008 y 2009 y las previsiones realizadas

3.2.- El gasto en VIH y Sida del MSP

3.2.1. Conclusiones del gasto en VIH y Sida del MSP

3.3.- El gasto en VIH y Sida de las instituciones públicas excluido el MSP

3.4. El Gasto en VIH y Sida en Instituciones Internacionales

3.4.1. Conclusiones del gasto de organizaciones internacionales

3.5. El gasto en VIH y Sida en instituciones privadas y organizaciones de la sociedad civil

3.5.1. Conclusiones del gasto en VIH y Sida de las organizaciones privadas y de la sociedad civil

3.6. El Fondo Mundial

3.6.1. Receptor 1: MSP

3.6.2. Receptor 2: CARE

### **5. Conclusiones**

6. Anexos

## Índice de cuadros

Cuadro No.1	
Gasto total en VIH Y SIDA 2008 y 2009. ....	Pág. 21
Cuadro No. 2	
Gasto total en VIH Y SIDA con desglose de Otras Instituciones 2008 y 2009 .....	Pág. 22
Cuadro No. 3	
Gasto total en VIH/Sida, de todas las Instituciones Por categoría de gasto: PREVENCIÓN 2008 y 2009. ....	Pág. 23
Cuadro No. 4	
Gasto total en VIH/Sida, de todas las Instituciones Por categoría de gasto: Atención y tratamiento 2008 y 2009. ....	Pág. 24
Cuadro No. 5	
Gasto total en VIH/Sida, de todas las Instituciones Por categoría de gasto 2008. ....	Pág. 24
Cuadro No. 6	
Gasto total en VIH/Sida, de todas las Instituciones Por categoría de gasto .....	Pág. 25
Cuadro No. 7	
Población y gasto per cápita en VIH/Sida .....	Pág. 26
Cuadro No. 8	
Brechas de gasto entre Modelo Priorización y Necesidad de recursos y Gasto Efectivamente realizado. 2008 y 2009. ....	Pág. 30
Cuadro No. 9	
Estructura del gasto en VIH y Sida del MSP, por años y por categoría de gasto .....	Pág. 32
Cuadro No. 10	
Gasto total de Instituciones públicas y semipúblicas Excluyendo al MSP. 2008-2009. ....	Pág. 35
Cuadro No. 11	
Gasto total de Instituciones públicas y semipúblicas Excluyendo al MSP en PREVENCIÓN. 2008-2009. ....	Pág. 36
Cuadro No. 12	
Gasto total en VIH y Sida de Instituciones Internacionales. ....	Pág. 37
Cuadro No. 13	
Gasto total en VIH de Instituciones Internacionales en PREVENCIÓN.....	Pág. 38
Cuadro No. 14	
Gasto en VIH Y SIDA por categorías y por año-ONUSIDA .....	Pág. 39
Cuadro No. 15	
Gasto en VIH y Sida por categorías y por año, OPS .....	Pág. 40
Cuadro No. 16	
Gasto en VIH y Sida por categorías y por año, CARE con financiamiento de la Unión Europea .....	Pág. 41
Cuadro No. 17	
Gasto en VIH Y SIDA, sector privado y organizaciones de la sociedad civil. ....	Pág. 42
Cuadro No. 18	
Estructura del gasto de la fundación Equidad .....	Pág. 45
Cuadro No. 19	
Estructura del gasto de la CEPVVS por categorías y por años .....	Pág. 46
Cuadro No. 20	
Subreceptores del Fondo Mundial Receptor 2: CARE .....	Pág. 49
Cuadro No. 21	
Distribución por categoría de gasto Receptor 2: CARE .....	Pág. 50

## Índice de Gráficos

### **Gráfico No. 1**

Gasto en VIH y SIDA por categorías para todas las instituciones. Año 2008

### **Gráfico No. 2**

Estructura porcentual por categoría de gasto total del MSP en VIH/Sida.  
Año 2008

### **Gráfico No. 3**

Estructura porcentual por categoría de gasto total del MSP en VIH/Sida.  
Año 2009

### **Gráfico No. 4**

Participación porcentual del gasto en prevención de las instituciones públicas y semipúblicas, excluyendo al MSP. 2008-2009

### **Gráfico No. 5**

Comparativo del gasto en VIH y Sida por categorías y por año, agencia ONUSIDA

### **Gráfico No. 6**

Comparativo del gasto en VIH y Sida por categorías y por año, OPS

### **Gráfico No. 7**

Comparativo del gasto en VIH y Sida por categorías y por año, Unión Europea (Proyecto CARE)

### **Gráfico No. 8**

Gasto en VIH y Sida por instituciones privadas y sociedad civil

### **Gráfico No. 9**

Participación porcentual del gasto en VIH y Sida de las instituciones privadas y de la sociedad civil en el Año 2009

### **Gráfico No. 10**

Participación porcentual del gasto en VIH y Sida de las instituciones privadas y de la sociedad civil en el Año 2009 por categoría de gasto

### **Gráfico No. 11**

Participación porcentual del gasto de las instituciones privadas y de la sociedad civil en el Año 2009 por categoría de gasto SIN la Fundación Equidad

### **Gráfico No. 12**

Distribución de recursos entre receptores del Fondo Mundial, 2008-2009

### **Gráfico No. 13**

Porcentaje de distribución de los subreceptores del Fondo Mundial  
Receptor 1: MSP. Año 2008

### **Gráfico No. 14**

Porcentaje de distribución de los subreceptores del Fondo Mundial  
Receptor 1: MSP. Año 2009

### **Gráfico No. 15**

Estructura del ingreso de los Subreceptores Fondo Mundial-Receptor 2: CARE  
Años 2008-2009. En USD

### **Gráfico No. 16**

Población por quintiles de ingreso que ha oído alguna vez sobre el VIH/Sida  
Año 2006 (proyección 2009)

### **Gráfico No. 17**

Población del área urbana de 12 años y más que ha oído hablar alguna vez sobre el VIH y Sida por quintiles de hogar

### **Gráfico No. 18**

Población del área rural  
Población del área urbana de 12 años y más que ha oído hablar alguna vez sobre el VIH y Sida por quintiles de hogar. Año 2006 (proyección 2009)

### **Gráfico No. 19**

Población de 12 años y más con conocimientos sobre las formas de contagio del VIH y Sida por quintiles de hogar. Relaciones sexuales sin condón  
Año 2006 (proyección 2009)

### **Gráfico No. 20**

Población de 12 años y más con conocimientos sobre las formas de contagio del VIH y Sida por quintiles de hogar. El uso de baños públicos  
Año 2006 (proyección 2009)

**Gráfico No. 21**

Población de 12 años y más con conocimientos sobre las formas de contagio del VIH y Sida por quintiles de hogar. Uso de jeringas usadas o transfusiones

Año 2006 (proyección 2009)

**Gráfico No. 22**

Población de 12 años y más con conocimientos sobre las formas de contagio del VIH y Sida por quintiles de hogar. Compartiendo platos con personas infectadas

Año 2006 (proyección 2009)

**Gráfico No. 23**

Población Área rural

Población de 12 años y más con conocimientos sobre las formas de contagio del VIH y Sida por quintiles de hogar. Año 2006 (proyección 2009). Relaciones sexuales sin condón

**Gráfico No. 24**

Población de 12 años y más con conocimientos sobre las formas de contagio del VIH y Sida por quintiles de hogar. Año 2006 (proyección 2009). Uso de baños públicos

**Gráfico No. 25**

Población de 12 años y más con conocimientos sobre las formas de contagio del VIH y Sida por quintiles de hogar. Año 2006 (proyección 2009). Uso de jeringas usadas o transfusiones

**Gráfico No. 26**

Población de 12 años y más con conocimientos sobre las formas de contagio del VIH y Sida por quintiles de hogar. Compartiendo platos con personas infectadas

Año 2006 (proyección 2009).

# Gasto relativo al VIH y Sida en el Ecuador Periodo 2008-2009

## 1.- Introducción

El Ecuador es suscriptor de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM's), aprobado por las Naciones Unidas en el año 2000<sup>1</sup>. En tal virtud, el gobierno ecuatoriano ha considerado que los ODM's sirven de marco de referencia para el establecimiento de políticas públicas que permitan mejores condiciones de vida para su población. El sexto ODM, justamente, hace referencia a los esfuerzos que el Estado ecuatoriano debe realizar para combatir la epidemia del VIH, en ese sentido, la respuesta a la epidemia del VIH y Sida se convierte en política de Estado.

Ahora bien, es de indicar que según datos del PNS del MSP, los casos acumulados de VIH y de VIH y Sida para el año 2008 fueron de 5.746 y 10.803, respectivamente; mientras que los casos acumulados de VIH y de VIH y Sida para el año 2009 fueron de 7.041 y 14.844, respectivamente<sup>2</sup>.

En tal virtud, la autoridad sanitaria declaró al VIH/Sida, en el caso del Ecuador, como una epidemia concentrada y, en consecuencia, desarrolló una estrategia multisectorial en la cual participa de forma activa el sector público, en especial a través del MSP como institución rectora, las organizaciones no gubernamentales, las organizaciones multilaterales, organizaciones de la sociedad civil y del sector privado, para generar políticas públicas que permitan cumplir con lo establecido con el respectivo ODM.

El presente estudio de gasto relativo al VIH y Sida para el periodo correspondiente a los años 2008 y 2009, constituye una continuación del esfuerzo realizado durante el periodo 2005-2007 (MEGAS 2005-2009), en un contexto de importantes cambios políticos e institucionales que dan cuenta del creciente rol del Estado para definir las políticas públicas, en especial en el ámbito de la salud. Los datos que se presentan han sido construidos a partir de la información otorgada por las instituciones, organizaciones y sectores involucrados en la estrategia multisectorial, y dan cuenta de que en este bienio el Ecuador ha realizado una inversión significativa en el gasto en VIH/Sida.

---

<sup>1</sup> Declaración del Milenio: aprobada el 8 de septiembre del año 2000, en la 8va. Sesión plenaria del 55º. Periodo de sesiones. Doc. A/RES/55/2 del 13 de septiembre de 2000.

<sup>2</sup> Programa Nacional del VIH/Sida, MSP, Indicadores Básicos del Programa Nacional de VIH/Sida e ITS, 2009, mimeo, 2010.

Sin embargo, es de anotar que el Ecuador aún está lejos de constituir un verdadero sistema nacional de salud tal como lo establece la Constitución Política. El MSP es la institución rectora del sistema, pero la atención y cobertura pública, según datos del propio MSP, llega al 60% de la población<sup>3</sup>, mientras que el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, IESS, y en especial el segmento del Seguro Social Campesino, llegan a cerca del 20% de la población que no está cubierta por el MSP<sup>4</sup>, y otras instituciones, como SOLCA, Junta Nacional de Beneficencia y clínicas y hospitales privados, han concentrado su atención en los sectores urbanos de las grandes ciudades. Este panorama indica que el sistema de salud está fragmentado, aunque es de reconocer que el MSP ha realizado una importante inversión en salud en los últimos años. Esta percepción es importante para comprender las dinámicas que adoptó el gasto en VIH y Sida para los años 2008 y 2009.

La coyuntura 2007-2010 presenta un importante cambio en el enfoque de la política fiscal y del rol del Estado en la sociedad. Mientras que en periodos anteriores la política económica utilizaba a la política fiscal, y en especial al financiamiento a la salud y a la educación, como variables de ajuste macroeconómico, de tal manera que su financiamiento era débil y el enfoque de su atención era focalizado, a partir de los cambios políticos sucedidos en el Ecuador en el año 2007, y en especial con la aprobación del nuevo texto Constitucional en el año 2008, puede notarse un cambio importante en el financiamiento que el Estado hace a la salud. Este cambio puede constatararse cuando en el presupuesto fiscal del año 2007 el presupuesto a la salud era de 650 millones de dólares, mientras que el presupuesto previsto para el año 2010 es de más de 1.300 millones de dólares<sup>5</sup>.

A la par del crecimiento de los recursos fiscales para el área de salud, el Estado recobra su rol de regulador y de rector de lo que la Constitución aprobada en el año 2008 establece como el Sistema Nacional de Salud (Art. 359 de la Constitución Política del Ecuador). Al mismo tiempo, el gobierno ha adoptado decisiones importantes en lo que hace referencia a la provisión de medicamentos genéricos, a la gratuidad de la atención en los centros y subcentros de salud, y al enfoque de la prevención y atención familiar, lo que ha cambiado de manera importante el sentido de las políticas públicas en salud, el financiamiento a la salud, y el manejo institucional del sector. Esto puede notarse en el ámbito de la epidemia concentrada del VIH y Sida cuando su gasto crece de forma importante en los años 2008 y 2009.

Sin embargo, también es de destacar que han influido en esta coyuntura aspectos exógenos, como el hecho de que el Ecuador como país exportador de petróleo haya tenido una coyuntura favorable en los años 2008 y 2009 producto de los altos precios del hidrocarburo, y que provocaron una fuerte liquidez fiscal, lo que determinó que el gobierno asigne importantes recursos a los sectores sociales, en especial a la salud y a la educación, en un hecho sin precedentes en toda la década. En efecto, si se compara las transferencias

---

<sup>3</sup> ONUSIDA: Acceso universal, doc. cit.

<sup>4</sup> Ibidem

<sup>5</sup> Banco Central, Boletín Trimestral. Gasto del Sector Público, marzo 2010

fiscales al sector salud en el periodo 2007 al 2010, se puede ver que son mayores que la suma de todo el gasto en salud en el periodo 1998-2006.

Estos datos son importantes a la hora de comprender el gasto en Salud (MEGAS) para el bienio 2008-2009, porque puede notarse un crecimiento significativo del gasto público que solamente puede ser comprendido gracias a este contexto. En efecto, mientras que el gasto en salud para el periodo 2005-2007 fue de 20.6 millones de dólares, los datos recolectados correspondientes a los años 2008 y 2009 nos indican un gasto en VIH y Sida es de 57.9 millones de dólares, y del total de este gasto el 72.7% corresponde al gobierno nacional a través de su Ministerio de Salud Pública (MSP). Se trata, a no dudarlo, de una cifra significativa que supera incluso las expectativas de varias agencias, entre ellas la brecha proyectada por el mismo PNS con apoyo de ONUSIDA, aunque está por debajo de las expectativas del Informe Necesidad de financiamiento que, de otra parte, el PNS también había realizado para el año 2008 y 2009, como se verá más adelante.

Esta cifra de 57.9 millones de dólares para el gasto en VIH y Sida corresponde a un total de 49 instituciones entrevistadas para el presente estudio, y que implican una cobertura mayor que el anterior estudio MEGAS 2005-2007 que se realizó con un total de 17 instituciones. Para este estudio también se han considerado la valoración de actividades contenidas en las categorías de gasto de la matriz MEGAS 2008 y 2009, lo que amplió la posibilidad de incorporar gastos efectuados por las instituciones en la respuesta a la epidemia del VIH/Sida. Es de indicar que en esta oportunidad se realizó el estudio del gasto en VIH y Sida a partir de una matriz abreviada que consideraba solamente las fuentes de financiamiento y las categorías de gasto, a diferencia del MEGAS del año 2005-2007 que representó un esfuerzo mayor porque también consideró la población beneficiaria y los proveedores de servicios.

Los datos se presentan en esta oportunidad agregados en grandes actores, y desagregados en instituciones, para comprender la dinámica del gasto en VIH y Sida realizado por las diferentes instituciones durante los años 2008 y 2009. Se hace un énfasis especial en el gasto de instituciones relevantes, como es el caso del MSP. Para la construcción de los datos se han realizado todos los ajustes contables pertinentes para evitar una doble contabilidad, habida cuenta de que hay instituciones que reciben financiamiento de varias fuentes. Es de indicar que los resultados del presente estudio se han basado en la información entregada por las instituciones y contempla el gasto efectivamente realizado. También se han realizado cálculos en función de los gastos efectivamente realizados y en conformidad con lo establecido por la metodología del MEGAS.

De otra parte, con los datos obtenidos se realizan comparaciones con las brechas establecidas por la ONUSIDA y por las estimaciones realizadas por el MSP a través del PNS. Estas comparaciones son importantes para comprender la dinámica del gasto comparada con la eficiencia de las políticas adoptadas. Con este informe del gasto para 2008 y 2009, el Ecuador cumple con sus compromisos internacionales y demuestra que los cambios institucionales y políticos que se están llevando adelante permiten cumplir con las metas previstas en los ODM's.

## **2. Proceso metodológico**

### **2.1. El Informe MEGAS 2005-2007**

La elaboración del Informe del Gasto relativo al VIH y Sida del Ecuador para los años de 2008 y 2009, contó como punto de partida el primer informe sobre el gasto: Informe MEGAS 2005-2007. En este informe puede apreciarse que el monto total del gasto en VIH y Sida para el periodo en mención alcanzó a **20.588.494** US dólares, de los cuales el 54% (11.197.073 US dólares) correspondieron a fondos internacionales. En dicho estudio se puede apreciar que el aporte del Estado es menor que el aporte de la cooperación internacional.

Ahora bien, es de indicar que el periodo 2005-2007 estuvo caracterizado por una serie de cambios políticos e institucionales, entre ellos la consulta popular del mes de diciembre del año 2005 en el cual la ciudadanía aprobó que el gasto en salud tenga un crecimiento del 0.5% anual a partir de ese año hasta alcanzar el 4% del Producto Interno Bruto del país. Estas decisiones se hicieron en virtud de que el gasto en salud era utilizado como variable de ajuste en el esquema económico vigente hasta entonces, lo que determinó una ausencia importante del financiamiento público en áreas estratégicas de la salud pública, entre ellas el gasto en VIH/Sida.

El Informe MEGAS 2005-2007 se elaboró, en lo fundamental, con el aporte de varias instituciones (entre ellas los subreceptores del Fondo Mundial), que llenaron los datos de las matrices del gasto, proveedores y población beneficiaria, aunque se contactó con el mayor número de instituciones pero solamente entregaron los datos 17 de las instituciones contactadas. Los datos de este informe MEGAS 2005-2007 muestran que el Estado concentró su gasto en atención y tratamiento, mientras que las instituciones multilaterales lo hicieron en la prevención y las organizaciones de la sociedad civil concentraron su atención en la gestión de los respectivos programas, esta situación tendrá algunas variaciones en los años posteriores.

En consideración a la metodología, alcances y resultados del MEGAS 2005-2007 se planificó el proceso del MEGAS para los años 2008 y 2009, tratando de ampliar la cobertura de las instituciones que forman parte de la respuesta a la epidemia del VIH y Sida e incorporando valoraciones sobre los servicios que prestan las instituciones y que forman parte de su gasto efectivo en VIH/Sida.

### **2.2. Las cuentas satélites de salud**

En el periodo 2003-2005, el Ecuador realizó un importante ejercicio de contabilidad nacional ubicando las cuentas satélites en salud a partir de las matrices de cuentas nacionales, con el fin de ubicar la valoración y la contribución de diferentes sectores, entre ellos el sector público y el sector privado, al gasto, consumo e inversión en salud.

En estas cuentas satélites se determinó el flujo insumo-producto relacionado con el sector salud para comprender la demanda agregada de salud y la oferta agregada de salud. Se trató de un ejercicio que dio cuenta de que el sector, más allá del gasto fiscal, tenía una importante contraparte en el sector privado y en el consumo de hogares, de tal manera que constituía el 2,7% del PIB a términos constantes en conformidad con lo establecido en las Cuentas Satélites.

Para la elaboración del MEGAS de los años 2008 y 2009, se consideró la información correspondiente a las Cuentas Satélites en salud como un insumo importante para comprender las dinámicas, los actores y los procesos insumo-producto a nivel agregado de la salud, sobre todo para comprender los flujos agregados de inversión-consumo en el sector salud<sup>6</sup>.

Esta información permitió identificar el gasto agregado en salud y la importancia de los diferentes sectores en el sector salud. Lamentablemente, no existe un ejercicio que actualice las cuentas satelitales para el periodo del MEGAS 2008 y 2009. Sin embargo, la información recabada de las cuentas satélites permitió identificar los procesos agregados de gasto-inversión y consumo del sector salud.

### 2.3. Las directrices metodológicas

Con el fin de mejorar la calidad y pertinencia de los datos que se presenten para el *Informe mundial sobre los progresos realizados* de 2010, ONUSIDA perfeccionó los indicadores nacionales y las directrices complementarias, más acorde a los tipos de epidemias existentes en los países. En este proceso de perfeccionamiento (que se refleja en el manual "*Directrices para el desarrollo de indicadores básicos*") se considera también la información recibida de múltiples participantes destacados, incluidos los comités nacionales del VIH y Sida sus equivalentes, organizaciones de la sociedad civil y personas que viven con el VIH/Sida. Las directrices abordan 25 indicadores para el informe UNGASS 2010, de los cuales el indicador No. 1 es el Gasto nacional e internacional relativo al VIH y Sida por categoría y fuente de financiamiento. A diferencia del MEGAS 2005-2007, la matriz para el estudio del gasto en VIH y Sida ha sido abreviada para comprender los flujos entre las fuentes de financiamiento y las categorías de gasto. La matriz a ser utilizada en este informe se denomina **Matriz de Financiación Nacional**, se trata de una hoja de cálculo que permite a los países registrar los gastos relativos al VIH y Sida en 8 categorías que son las siguientes:

1. Prevención (con 22 subcategorías de gasto)
2. Atención y tratamiento (con 15 subcategorías de gasto)
3. Huérfanos y niños Vulnerables HNV (con 6 subcategorías de gasto)
4. Gestión y administración de programas (con 11 subcategorías de gasto)
5. Recursos humanos (con 3 subcategorías de gasto)
6. Protección social y servicios sociales excluidos HNV (con 4 subcategorías de gasto)

---

<sup>6</sup> Cfr [www.inec.gov.ec/cuentas](http://www.inec.gov.ec/cuentas) satelites salud

7. Entorno favorable (con 5 subcategorías de gasto)
8. Investigación relacionada con el VIH (con 5 subcategorías de gasto)

Cada una de las categorías a su vez contiene una subcategoría para las actividades no desglosadas por tipo, y otra que hace referencia a las actividades sin clasificación en otras categorías.

Las fuentes de financiamiento previstas para la medición del gasto de los años 2008 y 2009, y que constan en la respectiva matriz son:

- Públicas
  - o Central Nacional
  - o Subnacional
  - o Banco de Desarrollo (préstamos, no reembolsables)
  - o Seguridad social
  - o Otras instituciones públicas
- Internacionales
  - o Bilaterales
  - o Órganos de las Naciones Unidas
  - o Fondo Mundial
  - o Banco de Desarrollo (no reembolsables)
  - o Otras multilaterales
- Privadas
  - o Empresas (con fines de lucro)
  - o Consumidores (desembolsos directos)
  - o Otras privadas

Las Directrices para el desarrollo de indicadores básicos del UNGASS y en especial aquellas que hacen referencia a la elaboración del Indicador No. 1, son muy puntuales y precisas a la hora de establecer los lineamientos de registro y control contable, de tal manera que registran flujos reales, presupuestos efectivamente realizados y evitan, de esta manera, una doble contabilidad. Para el estudio del gasto de los años 2008 y 2009, se ha procedido en primer lugar a determinar los flujos presupuestarios efectivamente gastados en las categorías previstas en las matrices del Indicador No. 1, luego se ha procedido a verificar las fuentes de financiamiento y evitar el doble registro de partidas de gasto, sobre todo en aquellas instituciones que registran datos propios y datos de otras fuentes de financiamiento. La información presentada en el Informe relativo al gasto en VIH y Sida de los años 2008 y 2009 ha sido diseñada en consideración a los presupuestos efectivamente gastados por las instituciones en conformidad con las categorías de gasto, y evitando una doble contabilidad. Son datos, en consecuencia, depurados y que permiten comprender la dinámica del gasto en VIH y Sida para los años 2008 y 2009.

### **2.3.1. La matriz fuentes de financiamiento/categorías de gasto**

La matriz de datos para la elaboración del Indicador No. 1 del UNGASS, y con la cual se ha trabajado con las instituciones que conforman la Estrategia Multisectorial, corresponde a la diseñada por ONUSIDA y es la siguiente:

País		0																			
Prevalencia esperada:																					
Muestra esperada en:																					
Indique mes y año (M/AAAA):		Mes:	Año:																		
		0	0																		
		0	0																		
Número de la muestra local:																					
Muestra esperada en:		Unidad (x, y)																			
Tipo de cambio promedio con respecto al dólar:		0.00																			
<b>Fuentes de financiación</b>																					
Categorías del gasto relativo al SIDA	TOTAL	Fuente pública					Fuente internacional					Fuente privada (aportado por la promotor de estudios)									
		Pública (subtotal)	Comando / Naciones	Subvenciones	Banco de desarrollo (reembolsado) (e. Postuma)	Seguridad Social	Todas las otras públicas	Internacional (subtotal)	Bilaterales	Multilaterales			Organos de las Naciones Unidas	Fondo Mundial	Banco de desarrollo (no reembolsado)	Todas las otras multilaterales	Todas las otras internacionales	Privada (subtotal)	Instituciones con fines de lucro / Empresas	Consumidores / donaciones directas	Todas las otras privadas
TOTAL																					
<b>Prevencción (sub-total)</b>																					
B.01 Comunicación para el cambio social y comportamiento																					
B.02 Motivación de la comunidad																					
B.03 Asesoramiento y pruebas voluntarias (APV)																					
B.04 Reducción del riesgo para poblaciones vulnerables y accesibles																					
B.05 Prevención - jóvenes escolarizados																					
B.06 Prevención - jóvenes no escolarizados																					
B.07 Prevención de la transmisión del VIH dirigida a personas que viven con el VIH (PVV)																					
B.08 Programas de prevención para profesionales del sexo y sus clientes																					
B.09 Programas para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH)																					
B.10 Programas de reducción de daños para consumidores de drogas inyectables (CDI)																					
B.11 Programas de prevención en el lugar de trabajo																					
B.12 Comercialización social del preservativo																					
B.13 Suministro de preservativos masculinos en el sector público y comercial																					
B.14 Suministro de preservativos femeninos en el sector público y comercial																					
B.15 Mascarillas																					
B.16 Prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS)																					
B.17 Prevención de la transmisión matemática (PTM)																					
B.18 Circunscisión masculina																					
B.19 Seguridad hemorrágica																					
B.20 Inyecciones médicas seguras																					
B.21 Pruebas serológicas																					
B.22 Pruebas para la exposición (PPE)																					
B.23 Actividades de prevención no dirigidas por intervención																					
B.24 Actividades de prevención s.c.a.																					
<b>Atención y tratamiento</b>																					
B.25 Atención ambulatoria																					
B.26.01 Inoculación y prueba por microrriego del preservativo (MPP)																					
B.26.02 Prueba de base y tratamiento ambulatorio de infecciones oportunistas (IO)																					
B.26.03 Inyección antiretroviral																					
B.26.04 Inyección antiretroviral asociada con la terapia antiretroviral																					
B.26.05 Vigilancia de laboratorio específica en relación con el VIH																					
B.26.06 Programa de atención serológica para TVY																					
B.26.07 Tratamiento psicológico y servicios de apoyo																					
B.26.08 Atención educativa ambulatoria																					
B.26.09 Atención domiciliar																					
B.26.10 Medicina tradicional / servicios de atención y tratamiento cultural																					
B.26.11 Servicios de atención ambulatoria no dirigidos por intervención																					
B.26.12 Servicios de atención ambulatoria s.c.a.																					
B.27 Atención hospitalaria																					
B.27.01 Tratamiento hospitalario de infecciones oportunistas (IO)																					
B.27.02 Atención paliativa hospitalaria																					
B.27.03 Servicios de atención hospitalaria no dirigidos por intervención																					
B.27.04 Servicios de atención hospitalaria s.c.a.																					
B.28 Transferido de pacientes y rescate de emergencia																					
B.29 Servicios de atención y tratamiento no dirigidos por intervención																					
B.30 Servicios de atención y tratamiento s.c.a.																					
<b>B.31 Difusión y sitios vulnerables (B.31) (sub-total)</b>																					
B.31.01 Educación para HIV																					
B.31.02 Atención básica de la salud para HIV																					
B.31.03 Apoyo a la familia (al hogar para HIV)																					
B.31.04 Apoyo comunitario para HIV																					
B.31.05 Servicios sociales para HIV y costos administrativos																					
B.31.06 Atención institucional para HIV																					
B.31.07 Servicios para HIV no dirigidos por intervención																					
B.31.08 Servicios para HIV s.c.a.																					
<b>B.32 Gestión y administración de programas (sub-total)</b>																					
B.32.01 Planificación, coordinación y gestión de programas																					
B.32.02 Costo de administración y transacciones asociadas con la gestión y el desembolso de fondos																					
B.32.03 Vigilancia y evaluación																					
B.32.04 Investigación de operaciones																					
B.32.05 Vigilancia serológica (seroprevalencia)																					
B.32.06 Vigilancia de la farmacoresistencia al VIH																					
B.32.07 Sistemas de suministro de insumos																					
B.32.08 Estrategia de la información																					
B.32.09 Seguimiento de pacientes																					
B.32.10 Monitoreo y evaluación de implementaciones																					
B.32.11 Pruebas del VIH obligatorias (no IPT)																					
B.32.12 Gestión y administración de programas no dirigidos por tipo																					
B.32.13 Gestión y administración de los programas s.c.a.																					
<b>B.33 Recursos humanos</b>																					
B.33.01 Recrutamiento y capacitación para recursos humanos																					
B.33.02 Incentivos para fortalecer una fuerza de trabajo sobre el VIH																					
B.33.03 Capacitación																					
B.33.04 Recursos humanos no dirigidos por tipo																					
B.33.05 Recursos humanos s.c.a.																					
<b>B.34 Promoción social y servicios sociales (relacionados con HIV) (sub-total)</b>																					
B.34.01 Promoción social a través de beneficiarios mentores																					
B.34.02 Promoción social a través de beneficiarios en riesgo																					
B.34.03 Promoción social a través de la provisión de servicios sociales																					
B.34.04 Proyectos de generación de ingresos específicos con el VIH																					
B.34.05 Servicios de promoción social y servicios sociales no dirigidos por tipo																					
B.34.06 Servicios de promoción social y servicios sociales s.c.a.																					
<b>B.35 Entorno favorable (sub-total)</b>																					
B.35.01 Serodivulgación																					
B.35.02 Programas de derecho humano																					
B.35.03 Desarrollo institucional específico del sida																					
B.35.04 Programas específicos del sida orientados a las mujeres																					
B.35.05 Programas para reducir la violencia de género																					
B.35.06 Entorno favorable no dirigido por tipo																					
B.35.07 Entorno favorable s.c.a.																					
<b>B.36 Investigación relacionada con el VIH (sub-total)</b>																					
B.36.01 Investigación básica																					
B.36.02 Investigación clínica																					
B.36.03 Investigación epidemiológica																					
B.36.04 Investigación en ciencias sociales																					
B.36.05 Investigación relacionada con las vacunas																					
B.36.06 Actividades de investigación relacionada con el VIH no dirigidos por tipo																					
B.36.07 Actividades de investigación relacionada con el VIH s.c.a.																					

## **2.4. Identificación de actores y estrategia multisectorial**

Para la elaboración del Indicador No. 1 del UNGASS, que define la medición del gasto en VIH/Sida, también se consideró el avance y la estructura de la respuesta nacional ante la epidemia, generada por el Sistema nacional de salud y los demás actores que aportan a la respuesta nacional al VIH/Sida. Se estableció, asimismo, una coordinación permanente con el Programa Nacional del VIH y Sida del MSP, quien se convirtió en la instancia de acompañamiento, monitoreo, apoyo y rectoría para la construcción del MEGAS 2008 y 2009.

Desde el Programa Nacional del VIH y Sida (PNS) del MSP, se establecieron los mecanismos metodológicos del tratamiento, atención y apoyo para la prevención de transmisión vertical, y los costos que se efectuaron en este proceso. De la misma manera, el PNS fue clave a la hora de evaluar el manejo sintomático de ITS, porque permitió evidenciar en términos financieros el Plan Nacional de respuesta a la epidemia de VIH y Sida del año 2001-2003, que conjuntamente con el MEGAS 2005-2007, fueron insumos importantes para el MEGAS de los años 2008 y 2009. El PNS fue el actor convocante a los diferentes talleres con las instituciones involucradas en la respuesta a la epidemia.

Para la elaboración del MEGAS correspondiente a los años 2008 y 2009, también se consideró al Mecanismo Coordinador de País (MCP), que es el responsable de la conducción política y seguimiento de los proyectos financiados por el Fondo Mundial (Fondo Mundial), como la instancia que determina las políticas de cumplimiento de los objetivos del Fondo Mundial para ubicar la estrategia de gasto de los receptores del Fondo Mundial.

En ese sentido, también fue importante la revisión y el análisis del Plan estratégico y Plan Operativo del MCP elaborado en el año 2007, en donde se daba cuenta de los objetivos estratégicos al mediano y al largo plazo, a fin de determinar las instituciones y organizaciones públicas, multilaterales y de la sociedad civil, involucradas en la respuesta a la epidemia del VIH/Sida.

Se identificaron a varias de las organizaciones que representan al sector de la sociedad civil en la respuesta relacionada con el VIH/Sida; entre ellas se puede mencionar la existencia de varias redes, coaliciones y organizaciones no gubernamentales.

## **2.5. Aspectos de procedimiento**

### **2.5.1. Estrategia de socialización con actores involucrados: conclusiones y recomendaciones**

Con el propósito de generar un espacio de consenso y legitimidad para la elaboración del Indicador No. 1 del UNGASS, se procedió a realizar un taller con todas las instituciones involucradas en la respuesta a la epidemia del VIH/Sida. Este taller de trabajo fue convocado por el MSP a través del PNS, y

se realizó una convocatoria amplia a todas las instituciones involucradas en la respuesta a la epidemia del VIH/Sida.

El objetivo de este taller fue el de abrir un espacio de socialización entre las instituciones públicas, ONG's, privadas y redes de la sociedad civil comprometidas en la respuesta de la epidemia del VIH/Sida, y organizaciones de cooperación internacional, sobre los contenidos y la metodología del gasto en VIH y Sida (MEGAS) prevista en el manual "*Directrices para el desarrollo de indicadores básicos*, con el propósito de establecer convergencias y apoyos interinstitucionales para la elaboración del Indicador 1 del UNGASS para los años 2008 y 2009. En este espacio, también fue importante la rectoría al proceso de construcción del Informe del gasto en VIH y Sida 2008 y 2009, por parte del MSP.

En este taller se expusieron, entre otros aspectos, los siguientes contenidos relacionados con el MEGAS:

- Presentación de los objetivos y metodologías utilizados en el Informe MEGAS 2005-2007 (Entidades que participaron en la recopilación del MEGAS 2005-2007)
- Principales resultados del MEGAS 2005-2007: gasto por fuentes de financiamiento, por categorías de gasto, por población beneficiaria, por proveedores de servicios.
- Estrategias y acuerdos interinstitucionales a seguir para la elaboración del Indicador No. 1 del UNGASS para los años 2008 y 2009, y rol de rectoría del proceso por parte del MSP.

Los asistentes a este evento, y que representaban a las instituciones comprometidas en la respuesta a la epidemia del VIH/Sida, establecieron los siguientes criterios con respecto al taller:

- Se recalcó que hubo una falta de información oportuna para la socialización de los resultados del MEGAS 2005-2007, lo que implica que este nuevo informe relativo al gasto para los años 2008 y 2009 tenga que ser socializado entre los actores involucrados antes de que se entregue el Informe País a NNUU.
- La presentación de los datos y resultados del MEGAS 2005-2007 aparecen descontextualizados con respecto a las incidencias, promoción, prevención, cobertura, gastos per cápita, gastos globales, gastos por institución, incidencias de los gastos sobre la epidemia.
- Algunos de los participantes al taller indicaron que era necesario un tratamiento más adecuado a los datos que permita comprender los valores monetarios, más que las referencias porcentuales, y que estos valores monetarios del gasto en VIH y Sida sean contextualizados con las políticas públicas de gasto en salud para comprender de mejor manera el aporte de los diferentes sectores
- Es necesario recalcar, para el próximo Informe del Gasto, una discriminación más tamizada entre los aportes del Fondo Mundial y los aportes de las instituciones públicas y privadas.

- Ese realizó una especificación a las instituciones asistentes, de que el registro de datos en la Matriz de Informe del Gasto es sobre los gastos efectivamente realizados para el periodo 2008 y 2009 y no de los gastos programados, ni previstos, ni estimados.

Estos criterios fueron recogidos al momento de elaborar el Informe del Indicador No. 1 del UNGASS para el periodo que corresponde a los años 2008 y 2009. Asimismo, este taller permitió la socialización y la generación de acuerdos para que las instituciones comprometidas en la respuesta a la epidemia del VIH/Sida, colaboren de la mejor manera y en el menor de los plazos, en la entrega de los respectivos datos de gasto en VIH y Sida incurridos durante el periodo de estudio.

## **2.6. Procesos institucionales para la elaboración del Indicador 1 del UNGASS para los años 2008 y 2009**

Para el proceso de construcción del Indicador 1 del UNGASS, y a partir de las especificaciones establecidas por el PNS y desde la evaluación tanto del MEGAS 2005-2007, cuando del Plan Estratégico Multisectorial, se procedió a identificar en un abanico de amplio espectro a todas las instituciones públicas, multilaterales, privadas y organizaciones de la sociedad civil, involucradas en la respuesta a la epidemia del VIH Y SIDA. Se identificaron 49 instituciones directamente involucradas, a las cuales se les envió la matriz del Indicador No. 1 del UNGASS, y para aquellas que solicitaron apoyo y asesoría, se les visitó y ayudó a llenar los datos del gasto efectivamente realizado. Finalmente, las instituciones que participaron en este proceso de construcción del MEGAS 2008 y del 2009, fueron las siguientes:

### **Instituciones públicas (13)**

1. Ministerio de Salud Pública
2. Programa Nacional de Prevención y Control de VIH/Sida e ITS
3. Ministerio de Educación
4. Ministerio de Relaciones Laborales
5. Ministerio de Inclusión Económica y Social
6. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos
7. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
8. Municipio de Quito
9. Municipio de Guayaquil
10. Municipio de Cuenca
11. Asociación de Municipalidades del Ecuador, AME
12. Fuerzas Armadas
13. Policía Nacional

### **Fondo Mundial**

#### **Subreceptores del MSP (9)**

1. Unidad Técnica de Gestión del MSP
2. Programa Nacional del VIH y Sida
3. Ministerio de Educación - PRONESA
4. Dirección Nacional de Rehabilitación Social
5. Policía Nacional

6. Instituto Nacional de Higiene Leopoldo Izquieta Pérez
7. Cruz Roja Ecuatoriana
8. Fuerzas Armadas
9. CARE

**Subreceptores de CARE (7)**

1. Fundación Famivida
2. Fundación Pájara Pinta
3. Coalición Ecuatoriana de Personas que viven con VIH y Sida C.E.P.V.V.S.
4. Fundación VIVIR
5. Asociación 21 de Septiembre-REDTRABSEX
6. Fundación Quimera
7. Fundación Nuevos Horizontes

**Multilaterales (11)**

1. ONUVIH Y SIDA
2. PNUD
3. UNFPA
4. UNESCO
5. UNICEF
6. UNIFEM
7. PMA
8. ACNUR
9. OPS
10. GTZ
11. Unión Europea (proyecto CARE)

**Privados y Organizaciones de la Sociedad Civil (9)**

1. Junta de Beneficencia de Guayaquil
2. Red de dispensarios Médicos de la Arquidiócesis de Guayaquil, REDIMA
3. KIMIRINA
4. Asociación ALFIL
5. Cruz Roja Ecuatoriana
6. Fundación VIHDA
7. Fundación Equidad
8. Plan Internacional
9. MAP Internacional

**Organizaciones que recibieron recursos desde varias fuentes de financiamiento:**

- Fundación Pájara Pinta
- Coalición Ecuatoriana de Personas que viven con VIH y Sida C.E.P.V.V.S.
- Fundación VIVIR
- Asociación 21 de Septiembre-REDTRABSEX
- Fundación Quimera
- Red de dispensarios Médicos de la Arquidiócesis de Guayaquil, REDIMA
- KIMIRINA
- Asociación ALFIL

- Cruz Roja Ecuatoriana
- Fundación VIHDA
- Fundación Equidad
- Plan Internacional
- MAP Internacional

## **2.7. Evaluación y criterios sobre la información recibida**

Ahora bien, es de indicar que en el proceso de llenar la Matriz MEGAS para los años 2008 y 2009, manifestaron los siguientes aspectos:

- Las categorías de gasto de la matriz del indicador 1 del UNGASS, no siempre coinciden con los criterios de gasto de la Institución de ahí que hayan tenido que armonizar de alguna manera su contabilidad con la matriz presentada
- Existen programas que implican gastos que no son contempladas en las matrices del indicador No. 1 del UNGASS y que en algunos casos no pudieron ser incorporadas, sobre todo porque se trataba de información no cuantificada, como por ejemplo el programa para personas privadas de libertad PPL que desarrolla la Cruz Roja Ecuatoriana
- Los costos externos positivos, por ejemplo, lo que hace referencia al voluntariado en algunas redes y organizaciones de la sociedad civil, que tiene un costo pero otra lógica en el registro financiero, no puede ser visualizado en la matriz del MEGAS
- Los costos de transacción que tienen que asumir las instituciones tampoco son visualizados en la matriz
- Algunas instituciones manifestaron que la matriz no es amigable para el manejo contable.

### 3. Análisis del Gasto en VIH Y Sida para los años 2008 y 2009

#### 3.1. Datos generales: el Gasto en VIH Y Sida para los años 2008 y 2009

Los datos presentados y la información recopilada establecen que todas las instituciones comprometidas en la respuesta a la epidemia del VIH y Sida habían gastado en conjunto **25.971.930 USD** durante el año **2008**, y **31.899.919 USD** para el año **2009**, es decir, un incremento del 28,3% con respecto al año anterior. Este gasto da un total para ambos años de **57.871.849 USD**. Esta es una diferencia significativa con respecto a los datos recogidos en el MEGAS 2005-2007 que registra un total de 20.6 millones de USD. Más adelante se establecerán algunos criterios entre ambos informes que permitan comprender y explicar estas diferencias.

En el cuadro No. 1 se presenta una serie de datos agregados del gasto en VIH Y SIDA en tres grandes rubros: el **Ministerio de Salud Pública (MSP)**, el **Fondo Mundial** y sus receptores, y **Otras Instituciones** que incluyen la cooperación internacional, organizaciones de la sociedad civil, entre otras, para el año 2008, 2009 y también para ambos años.

En este gasto agregado, puede verse que en el año 2008, el MSP representó el 76% del total del gasto en VIH y Sida de ese año. En el año 2009 el MSP representó el 72% del total del gasto en VIH/Sida. Para ambos años, en promedio, el MSP representó el 72.7% del total del gasto en VIH/Sida, lo que indica que en el Ecuador, el MSP es el actor fundamental en la respuesta contra la epidemia del VIH/Sida. Puede verse también que a diferencia del MEGAS 2005-2007 en el cual los fondos internacionales representaron la mayoría del gasto, esta vez los aportes del Fondo Mundial representaron apenas el 5.8% del total del gasto en VIH y Sida para ambos años.

**Cuadro No.1**  
**Gasto total en VIH Y SIDA**  
**2008 y 2009. En USD**

Instituciones/Años	2008	2009	TOTAL	
MSP	19.245.700	22.872.720	<b>42.118.420</b>	
Fondo Mundial Receptor 1 (MSP)	617.283	367.574	<b>984.857</b>	
Fondo Mundial Receptor 2 (CARE)	1.369.452	975.518	<b>2.344.970</b>	
Otras Instituciones	4.739.495	7.684.107	12.949.270	

<b>TOTAL</b>	<b>25.971.930</b>	<b>31.899.919</b>	<b>57.871.849</b>	
--------------	-------------------	-------------------	-------------------	--

Fuente: Matrices entregadas por las Instituciones

Elaboración: Equipo consultor

En el cuadro No. 2 puede verse un desglose del rubro "Otras Instituciones", que comprende básicamente tres subsectores:

- las instituciones públicas (excluyendo al MSP),
- las instituciones multilaterales y de la cooperación internacional al desarrollo, y
- las instituciones privadas y de la sociedad civil (redes, coaliciones, fundaciones y ONG's).

En este desglose puede observarse que la participación de estas instituciones crece casi en el doble (97%) entre el año 2008 y 2009. El crecimiento más importante se produce en las instituciones públicas (excluyendo al MSP) que pasa de 1.1 millones USD, en el año 2008 a 3.2 millones de USD en el año 2009, mientras que el sector privado y la sociedad civil se incrementa en un 44% al pasar de 1.8 millones de USD a 2.4 millones de USD.

En el primer caso se debe al hecho de que el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), entregó información detallada en el año 2009 por un gasto en VIH y Sida por 2.8 millones de USD. En el caso de las instituciones privadas se debe al aporte de la Fundación Equidad que se incrementa en el 36.7%, al pasar de 873 mil USD en el año 2008 a 1.2 millones de USD, en el año 2009. Ambas circunstancias explicarían, entonces, el hecho de un incremento tan importante de este rubro durante este periodo.

**Cuadro No. 2**  
**Gasto total en VIH Y SIDA con desglose de Otras Instituciones**  
**2008 y 2009 En USD**

<i>Instituciones/Años</i>	<b>2008</b>	<b>%</b>	<b>2009</b>	<b>%</b>	<b>TOTAL</b>
<i>MSP</i>	19.245.700	76.2	22.872.720	70.1	42.118.420
<i>Fondo Mundial Receptor 1 (MSP)</i>	617.283	2.4	367.574	1.4	984.857
<i>Fondo Mundial Receptor 2 (CARE)</i>	1.369.452		975.518		2.344.970
<i>Otros (Instituciones Públicas excluyendo MSP)</i>	1.094.323	5,3	3.274.603	2,9	4.368.926
<i>Otros (todas las instituciones internacionales y multilaterales)</i>	1.825.986	2,2	1.980.112	11,5	3.806.098
		7,1			
<i>Otros (sector privado y organizaciones de la sociedad civil)</i>	1.819.186		2.429.392	5,8	4.248.578

		7.1		7.9	
<b>Total Otros</b>	<b>4.739.495</b>	<b>16,1</b>	<b>7.684.107</b>	<b>25.6</b>	<b>12.423.602</b>
<b>TOTAL</b>	<b>25.971.930</b>	<b>100%</b>	<b>31.899.919</b>	<b>100%</b>	<b>57.871.849</b>

Fuente: Matrices entregadas por las Instituciones  
Elaboración: Equipo consultor

Si este fue el comportamiento de las instituciones con respecto al gasto agregado del VIH y Sida para los años 2008 y 2009, es importante destacar que el 88% del total del gasto para ambos años corresponde, básicamente a las categorías de prevención con el 51.7% del total del gasto en VIH/Sida, y atención y tratamiento con el 36.3% del total del gasto en VIH/Sida. Las categorías de Gestión y Administración de Programas y de Recursos Humanos, alcanzan el 7,2% del total del gasto en VIH y Sida para ambos años. Puede establecerse, por consiguiente, que en el Ecuador el gasto en VIH/Sida, durante los años 2008 y 2009, estuvo concentrado en la prevención y en la atención y tratamiento.

En el cuadro No. 3 puede observarse el gasto agregado de todas las instituciones en prevención. En el año 2008 la institución más importante en gastos de prevención fue el MSP con el 75.8%. Para el año 2009 el aporte del MSP en prevención sube al 80.4%. Para los años 2008 y 2009, **el MSP gastó en prevención 23.3 millones de USD**, que corresponde al 78.3% del gasto total en prevención que se realizó en esos años, lo que indica que el MSP se constituyó en la institución más importante en la prevención de la epidemia del VIH/Sida. Los aportes de las otras instituciones son más bien marginales. Las instituciones públicas excluyendo al MSP, representaron el 7.1% en el 2008 y el 5.8% en el 2009. La cooperación internacional y las multilaterales, de su parte, aportaron a las actividades de prevención con el 4.9% en el año 2008 y con el 5.3% en el año 2009.

**Cuadro No. 3**  
**Gasto total en VIH/Sida, de todas las Instituciones**  
**Por categoría de gasto: PREVENCIÓN**  
**2008 y 2009. En USD**

Gastos totales en prevención de VIH Y SIDA por Instituciones	2008	%	2009	%	TOTAL
MSP	10.317.570	75.8	13.029.577	80.4	23.347.147
Fondo Mundial Receptor 1 (MSP)	65.119	0.5	21.038	0.2	86.157
Fondo Mundial Receptor 2 (CARE)	1.188.554	8.8	781.324	4.8	1.969.878
Otros (Instituciones Públicas excluyendo MSP)	971.368	7.1	934.671	5.8	1.913.899
Otros (todos las instituciones internacionales y multilaterales)	668.301	4.9	870.138	5.3	1.538.439
Otros (sector privado y organizaciones de la sociedad civil)	385.248	2.8	557.961	3.4	943.209

<b>Total Otros</b>	2.024.917	14.9	2362770,7	14.6	4.387.688
<b>TOTAL</b>	<b>13.596.160</b>	<b>100%</b>	<b>16.194.710</b>	<b>100%</b>	<b>29.790.870</b>

Fuente: Matrices entregadas por las Instituciones

Elaboración: Equipo consultor

**Cuadro No. 3.1**  
**Gasto total en VIH/Sida, de todas las Instituciones**  
**Por subcategorías de gasto: PREVENCIÓN**  
**2008 y 2009. En USD**

Gasto por subcategorías en Prevención	2008	2009
<b>01 Prevención (sub-total)</b>	<b>13.596.159</b>	<b>16.194.710</b>
01.01 Comunicación para el cambio social y comportamental	973.700	159.438
01.02 Movilización de la comunidad	303.657	195.354
01.03 Asesoramiento y pruebas voluntarias (APV)	698.300	346.699
01.04 Reducción del riesgo para poblaciones vulnerables y accesibles	118.363	82.868
01.05 Prevención – jóvenes escolarizados	130.848	254.021
01.06 Prevención – jóvenes no escolarizados	482.608	114.321
01.07 Prevención de la transmisión del VIH dirigida a personas que viven con el VIH (PVV)	449.150	218.015
01.08 Programas de prevención para profesionales del sexo y sus clientes	434.817	191.211
01.09 Programas para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH)	746.878	342.136
01.10 Programas de reducción de daños para consumidores de drogas inyectables (CDI)	0	0
01.11 Programas de prevención en el lugar de trabajo	32.946	64.433
01.12 Comercialización social del preservativo	60.000	64.984
01.13 Suministro de preservativos masculinos en el sector público y comercial	77.357	31.692
01.14 Suministro de preservativos femeninos en el sector público y comercial	0	0
01.15 Microbicidas	0	0
01.16 Prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS)	113.569	7.203.799
01.17 Prevención de la transmisión maternoinfantil (PTMI)	30.755	114.366
01.18 Circuncisión masculina	0	0
01.19 Seguridad hematológica	0	49.958
01.20 Inyecciones médicas seguras	0	0
01.21 Precauciones universales	0	5.000
01.22 Profi laxis posterior a la exposición (PPE)	0	2.000
01.98 Actividades de prevención no desglosadas por intervención	5.505.821	5.772.800

01.99 Actividades de prevención s.c.o.	406.827	4.856
--	---------	-------

Fuente: Matrices entregadas por las Instituciones  
Elaboración: Equipo consultor

### Gasto en atención y tratamiento

En lo que hace referencia a la atención y tratamiento, puede observarse en el cuadro No. 4 que en el año 2008 hubo un gasto de 9.1 millones de USD, de los cuales el 96.4% corresponden al MSP, mientras que en el año 2009 hubo un gasto en atención y tratamiento, de 12.5 millones de USD, de los cuales el 79.6% corresponden al MSP. El monto total para ambos años en atención y tratamiento es de 21.343.217 USD, que corresponde al 36% del gasto total en ambos años. En este rubro consta la información en atención y tratamiento del IESS por un monto de 2.2 millones de USD. Como puede apreciarse en el cuadro, los aportes de las demás instituciones en atención y tratamiento, comparado con el gasto agregado, es relativamente marginal.

**Cuadro No. 4**  
**Gasto total en VIH/Sida, de todas las Instituciones**  
**Por categoría de gasto: Atención y tratamiento**  
**2008 y 2009. En USD**

Gastos totales en Atención y tratamiento de VIH Y SIDA por todas las Instituciones	2008		2009		TOTAL	
		%		%		%
MSP	8.928.130	96.4	9.843.143	79.6	18.771.273	86.8
Otros (Instituciones Públicas excluyendo MSP)	33.400	1.1	2.242.332	18.1	2.348.508	10.8
Otros (todas las instituciones internacionales y multilaterales)	51.162	0.6	31.535	0.2	82.697	0.3
Otros (sector privado y organizaciones de la sociedad civil)	80.373	1.9	133.142	1.9	422.498	1.9
<b>Total Otros</b>	164.935		2.407.009		2.853.703	
<b>TOTAL</b>	<b>9.093.065</b>	<b>100%</b>	<b>12.250.152</b>	<b>100%</b>	<b>21.343.217</b>	<b>100%</b>

Fuente: Matrices entregadas por las Instituciones  
Elaboración: Equipo consultor

Los gastos en prevención, atención y tratamiento, son el 88% del gasto total en VIH y Sida para los años 2008 y 2009, y tuvieron al MSP como su actor fundamental.

**Cuadro No. 4.1**  
**Gasto total en VIH/Sida, de todas las Instituciones**  
**Por subcategorías de gasto: Atención y tratamiento**

**2008 y 2009. En USD**

<b>Gasto por subcategorías: Atención y tratamiento</b>	2.008	2.009
<b>02 Atención y tratamiento</b>	<b>9.093.065</b>	<b>12.250.152</b>
<b>02.01 Atención ambulatoria</b>	1.975.203	
02.01.01 Asesoramiento y pruebas por iniciativa del proveedor (APIP)	0	1.000
02.01.02 Profi laxis y tratamiento ambulatorios de infecciones oportunistas (IO)	131.539	226.553
02.01.03 Terapia antirretrovírica	1.091.033	
02.01.04 Apoyo nutricional asociado con la terapia antirretrovírica	0	75.770
02.01.05 Vigilancia de laboratorio específica relacionada con el VIH	725.757	
02.01.06 Programas de atención odontológica para PVV	0	0
02.01.07 Tratamiento psicológico y servicios de apoyo	26.864	33.615
02.01.08 Atención paliativa ambulatoria	0	78.870
02.01.09 Atención domiciliaria	0	0
02.01.10 Medicina tradicional y servicios de atención y tratamiento informales	0	0
02.01.98 Servicios de atención ambulatoria no desglosados por intervención	10	4.800
02.01.99 Servicios de atención ambulatoria s.c.o.	0	0
<b>02.02 Atención hospitalaria</b>	7.045.261	
02.02.01 Tratamiento hospitalario de infecciones oportunistas (IO)	0	
02.02.02 Atención paliativa hospitalaria	0	33.516
02.02.98 Servicios de atención hospitalaria no desglosados por intervención	0	2.132.380
02.02.99 Servicios de atención hospitalaria s.c.o.	3.896.587	0
<b>02.03 Traslado de pacientes y rescate de emergencia</b>	0	0
<b>02.98 Servicios de atención y tratamiento no desglosados por intervención</b>	3.148.674	2.657.059
<b>02.99 Servicios de atención y tratamiento s.c.o.</b>	0	0

Fuente: Matrices entregadas por las Instituciones  
Elaboración: Equipo consultor

**Gasto total en VIH y Sida para los años 2008 y 2009**

En los siguientes cuadros puede observarse el panorama completo del gasto en VIH y Sida realizado por todas las Instituciones de acuerdo a las ocho categorías de gasto que constan en la Matriz correspondiente. Los datos presentados nos muestran la concentración del gasto realizada por las diferentes instituciones en los años 2008 y 2009.

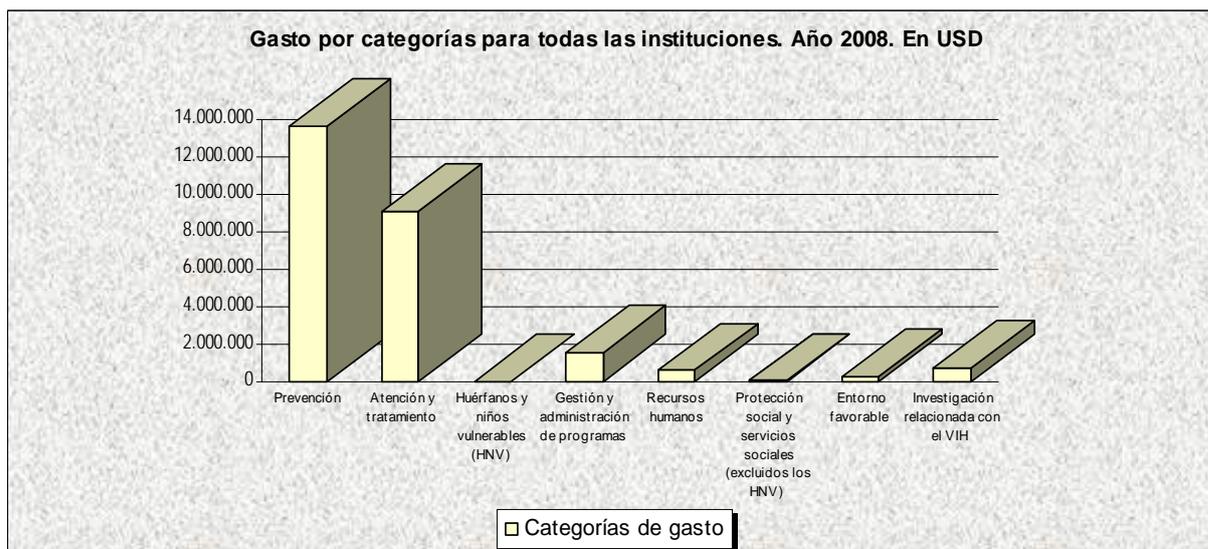
**Cuadro No. 5  
Gasto total en VIH/Sida, de todas las Instituciones**

**Por categoría de gasto  
2008. En USD**

Categorías de gasto	MSP	Fondo Mundial Recep 1	Fondo Mundial Recep 2	Otras Instituciones			TOTAL
				Instituciones públicas sin MSP	Internacionales	Privadas y sociedad civil	
Prevención	10.317.570	65.118	1.188.554	971.368	66.8301	385248	13.596.159
Atención y tratamiento	8.928.130	0	0	33.400	51.162	80.373	9.093.065
Huérfanos y niños vulnerables (HNV)	0	0	0	0	34.357	8257	42.614
Gestión y administración de programas	0	346.016	180.898	1.500	522.414	483.192	1.534.020
Recursos humanos	0	206.149	0	87.055	143.636	168.309	605.149
Protección social y servicios sociales (excluidos los HNV)	0	0	0	0	60.000	0	60000
Entorno favorable	0	0	0	1.000	243.834	28.677	273.511
Investigación relacionada con el VIH	0	0	0	0	102.282	665.130	767.412
<b>TOTAL</b>	<b>19.245.700</b>	<b>617.283</b>	<b>1.369.452</b>	<b>1.094.323</b>	<b>1.825.986</b>	<b>1.819.186</b>	<b>25.971.930</b>

Fuente: Matrices entregadas por las Instituciones  
Elaboración: Equipo consultor

**Gráfico No. 1  
Gasto en VIH y SIDA por categorías para todas las instituciones. Año  
2008. En USD**



Fuente: Matrices entregadas por las Instituciones  
Elaboración: Equipo consultor

**Cuadro No. 6**  
**Gasto total en VIH/Sida, de todas las Instituciones**  
**Por categoría de gasto**  
**2009. En USD**

Categorías de gasto	MSP	Fondo Mundial Recep 1	Fondo Mundial Recep 2	Otras Instituciones			TOTAL
				Instituciones públicas sin MSP	Instituciones Internacionales	Privadas y sociedad civil	
Prevención	13.029.577	21.038	781324,22	934671	870138,7	557.961	16.194.710
Atención y tratamiento	9.843.143	0	0	2242332	31535	133.142	12.250.152
Huérfanos y niños vulnerables (HNV)	0	0	0	0	42449	9926	52.375
Gestión y administración de programas	0	273.059	194193,45	48400	523561,67	604.168	1643.382,12
Recursos humanos	0	73.477	0	15000	150389,32	197.327	436.193,32
Protección social y servicios sociales (excluidos los HNV)	0	0	0	0	30000	2.500	32.500
Entorno favorable	0	0	0	34200	223306	15.459	272.965
Investigación relacionada con el VIH	0	0	0	0	108732,38	908.909	1.017.641,38
<b>TOTAL</b>	<b>22.872.720</b>	<b>367.574</b>	<b>975.517,67</b>	<b>3.274.603</b>	<b>1.980.112,07</b>	<b>2.429.392</b>	<b>31.899.919</b>

Fuente: Matrices entregadas por las Instituciones  
 Elaboración: Equipo consultor

**Gasto per cápita en VIH Y SIDA**

Los cálculos del gasto en VIH-VIH Y Sida para la población toman en cuenta los criterios metodológicos y los cálculos demográficos realizados por el PNS-MSP para los años 2008 y 2009. Con estos criterios, se ha procedido a calcular, en función de las tasas de prevalencia, los costos per cápita en atención y tratamiento, que corresponde al 88% de los gastos totales en VIH Y SIDA realizados por las diferentes instituciones durante 2008 y 2009.

El costo per cápita para atención y tratamiento corresponde a cálculos reales sobre el gasto efectivamente realizado por las instituciones en estas categorías de gasto, en conformidad con las estadísticas de atención y cobertura del PNS y del INEC. Estos datos pueden visualizarse en el siguiente cuadro:

**Cuadro No. 7**  
 Población y gasto per cápita en VIH/Sida

Costos per cápita (datos reales) en Atención y tratamiento	Gasto per cápita 2008	Gasto per cápita 2009	Gasto per cápita TOTAL
Costo per cápita de <b>consultas ambulatorias VIH</b>		<b>113 USD</b>	<b>113 USD</b>
Costo per cápita de <b>consultas ambulatorias VIH Y SIDA</b>		<b>928.1 USD</b>	<b>928.1 USD</b>

Costo per cápita hospitalización <b>VIH Y SIDA</b>	<b>158.29USD</b>	<b>158.29USD</b>
Costo per cápita de <b>consultas ambulatorias ITS</b>	<b>20.5 USD</b>	<b>20.5 USD</b>

**Fuente:** Matrices de gasto en VIH/Sida, PNS-MSP  
**Elaboración:** Equipo consultor

### 3.1.1. Precisiones metodológicas del gasto en VIH Y SIDA en 2008 y 2009

Los datos presentados se diferencian claramente del Informe MEGAS 2005-2007, y de los escenarios que habían sido construidos a este tenor. Son necesarias, por consiguiente, algunas precisiones metodológicas al respecto:

- Los datos corresponden a un total de 49 instituciones consultadas, que entregaron información financiera sobre el gasto efectivamente realizado en VIH/Sida, a diferencia del Informe MEGAS 2005-2007 que se construyó sobre un total de 17 Instituciones. Este enfoque exhaustivo pudo darse por la facilidad que encontraron las instituciones con la metodología de Matriz MEGAS abreviada, y por la metodología utilizada de acercamiento y apoyo para la recopilación de datos, así como por el rol de rectoría del PNS-MSP y la asistencia técnica por parte de ONUSIDA .
- Los datos han sido construidos de tal manera que se ha evitado la doble contabilidad y muestran el gasto efectivamente realizado y no el gasto programado ni previsto conforme las directrices del MEGAS 2008-2009. En ese sentido se apegaron a lo establecido en las *Directrices para el desarrollo de indicadores básicos* de Naciones Unidas (Manuales NASA).
- Los datos agregados por categoría de gasto, que se presentan en los primeros cuadros, se realizaron sumando los aportes entregados en las matrices y depurándolos para evitar un doble registro, y se lo hace para visualizar la tendencia y los actores fundamentales del gasto en VIH/Sida.
- Los datos agregados muestran las grandes tendencias del gasto en VIH/Sida, en donde la prevención conjuntamente con el tratamiento cubren el 88% del gasto total en VIH y Sida para el periodo en estudio, mientras que la gestión de programas y los recursos humanos captaron el 8% de los recursos, y se visualiza, además, el rol del Estado como actor fundamental, con más del 72% del gasto en VIH y Sida para ambos años.
- Los datos agregados también presentan a los grandes actores del gasto en VIH/Sida: el Estado a través del MSP, la cooperación internacional, las organizaciones de la sociedad civil y del sector privado, y otras instituciones y permite comprender su participación en porcentaje en el gasto en VIH/Sida.
- En el caso del MSP se llevó adelante la recomendación establecida en el Manual del MEGAS, que en su página 25 establece la necesidad de contabilizar el gasto efectivamente realizado por las instituciones llevando al efecto las estimaciones pertinentes que permitan dar cuenta del gasto en VIH/Sida. Para el efecto se llevó adelante un cálculo de la siguiente manera:

- Se contabilizó todo el gasto en ARV para los años 2008 y 2009
  - Se contabilizaron los condones efectivamente distribuidos durante 2008 y 2009
  - Se contabilizó lo gastado en leches
  - Se contabilizó lo gastado en ITS
  - Se contabilizó lo gastado en laboratorios, exámenes (pruebas CD4 y otras)
  - Se lograron contabilizar los casos efectivamente atendidos para 2008 y 2009 en VIH/Sida
  - Se estimó el costo del personal de salud dedicado efectivamente al VIH y Sida en base a los datos de gasto y personal del MSP
  - Se contabilizó el número de consultas por paciente efectivamente realizadas y se determinó el número de consultas para VIH y Sida para los años 2008 y 2009.
  - Se procedió a calcular, con base a los datos del gasto efectivamente realizado, el gasto unitario, para de esta manera incorporar en el gasto en VIH y Sida el gasto en personal de salud realizado por el MSP.
  - Si no se procedía de esta manera el gasto en personal de salud que trabaja en VIH y Sida corría el riesgo de ser invisibilizado o, en su defecto, ser sobredimensionado.
  - No se contabilizó, ni se imputó ningún gasto de administración, ni tampoco gastos en infraestructura, ni en depreciación de activos fijos, ni en costos de transacción, ni gastos de operación y mantenimiento. Tampoco se consideraron los gastos externos positivos.
  - Los gastos considerados constan de manera efectiva en el presupuesto ejecutado del MSP conforme consta en el registro de gastos contables de la institución.
- Este cálculo determinó una estructura de costos de la siguiente manera:

#### VIH

- Para el cálculo en **Casos o Eventos** del costo efectividad de la gestión de la intervención en salud frente a las enfermedades crónicas transmisibles como la del VIH, se tuvieron en cuenta los registros obtenidos de personas con VIH del INH de los años 2008 y 2009. Los casos o eventos corresponden al número de personas VIH positivas de los años 2008 y 2009. El cálculo de consultas ambulatorias corresponde a dos consultas por paciente. En el estado VIH no se registran hospitalizaciones ni muertes. El **Costo en dólares de condones** corresponde a la relación entre el costo por unidad de condones, US \$0.05 y unidades entregadas por cada año. En el año 2008 se entregaron 750,000 condones, y en el año 2009 se entregaron 3'500,000. Los costos de **consultas ambulatorias** se calcularon a US \$ 113 por consulta y por el total de consultas ambulatorias por año, incluyendo los costos de exámenes de carga viral, CD4 y otros.

#### SIDA

- Para el cálculo en **Casos o Eventos** del costo efectividad de la gestión de la intervención en salud frente a la etapa Sida, se tuvieron en cuenta los registros obtenidos de personas con Sida de los años 2008 y 2009 hecha por el Programa Nacional del VIH/Sida. El cálculo de **consultas**

**ambulatorias** corresponde a cuatro consultas por paciente por año calculadas a US\$ 928.1, que incluye exámenes y tratamientos con ARV. **Costos de Hospitalización** se calculó en US\$ 158.29, que incluye los costos de tratamiento de Infecciones Oportunistas.

### ITS

- Para el cálculo en **Casos o Eventos** del costo efectividad de la gestión de la intervención en salud frente a las Infecciones de Transmisión Sexual se tuvieron en cuenta los casos registrados obtenidos por el Programa Nacional del VIH Y SIDA obtenidos de los años 2008 y 2009. El cálculo de **consultas ambulatorias** corresponde a dos consultas por paciente y por año. En el caso de Infecciones de Transmisión Sexual no se hace hospitalización ni están registradas muertes. El **Costo en dólares** corresponde a los costos del cálculo de consultas ambulatorias, tratamientos, tratamiento para Infecciones Oportunistas y exámenes por año. Los costos de **consultas ambulatorias** se calcularon a US \$ 20.5 por consulta y el total de consultas ambulatorias por año, incluyendo los costos de consulta de US\$18 más US\$ 2.5 calculado por tratamiento para ITS, cálculo realizado con el apoyo de la Fundación Clinton.
- Esta metodología se utilizó para poder visualizar el costo realizado efectivamente por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, durante los años 2008 y 2009 en la respuesta al VIH/Sida. No se trata de un gasto estimado ni tampoco de un modelamiento de necesidades de recursos, sino de una metodología prevista por el MEGAS (página 25), que en este caso permite visualizar el aporte real del MSP. El promedio de consultas ambulatorias para VIH y Sida y para ITS, es un recurso metodológico que se sustenta en el número real de pacientes y en el gasto real del MSP durante los años 2008 y 2009, y conforme consta en los registros contables y financieros del MSP. La metodología del cálculo contó con el apoyo de la Fundación Clinton y se la utiliza en varios países para determinar de manera más precisa y extensa el gasto institucional en VIH/Sida. Esta metodología enriquece el MEGAS y presenta un gasto en VIH y Sida más acorde con la realidad.
- En el caso de *Otras instituciones públicas* excluyendo el MSP, el gasto se incrementa de 568 mil USD a 3.8 millones de USD, básicamente por la entrega de datos del IESS para el año 2009, que registra 2.8 millones de USD en gasto efectivamente realizado en VIH/Sida, en el informe MEGAS 2005-2007, el IESS no entregó información. Es de suponer que si el IESS entrega información para el año 2008, probablemente el gasto en VIH Y SIDA aumente en los rubros respectivos.
- En el caso de *Otras instituciones multilaterales*, el incremento se debe a la presencia del proyecto de la Unión Europea con CARE y que vincula tuberculosis y VIH/Sida en un proyecto de gran alcance, además del aporte de las agencias y programas de Naciones Unidas, y de la GTZ alemana.
- En el caso de *Otras instituciones del sector privado* y de la sociedad civil, el aporte de la Fundación Equidad es importante, así como los aportes de la Cruz Roja Ecuatoriana, por fuera de aquellos recibidos por el Fondo Mundial.

- Los datos no presentan una distinción entre prevención primaria y secundaria, de ahí que sería interesante en un estudio más a profundidad determinar el gasto en prevención de manera más exhaustiva.
- Aún hay instituciones públicas, privadas y de la sociedad civil por contactarse en un esfuerzo más amplio y que permita un mayor conocimiento del gasto en VIH/Sida, por ejemplo, el caso de las clínicas y hospitales privados, el caso del gasto privado de hogares, empresas farmacéuticas, entre otros.

### 3.1.2. El Gasto en VIH y Sida de 2008 y 2009 y las previsiones realizadas

Los datos del gasto en VIH y Sida para los años 2008 y 2009, pueden ahora compararse y contrastarse con las estimaciones y proyecciones realizadas por dos estudios, el primero de ellos se denomina: “Priorización para el acceso universal a la prevención, atención integral, cuidado y apoyo en VIH/Sida. Ecuador 2008 – 2013”, realizado por un conjunto de expertos y coordinado por ONUSIDA. En este estudio se define la línea base, las necesidades de financiamiento para el periodo 2008-2013, y en función de las necesidades de financiamiento y de la estructura del gasto en VIH/Sida, vigente al momento se hace una prognosis a futuro y se establecen varias brechas en conformidad con diferentes escenarios de prevención, atención, seguimiento y evaluación de los programas existentes en VIH/Sida.

El segundo estudio es una base de datos construida por el PNS-MSP, en función del documento: “Necesidad de recursos para VIH/Sida: Modelo de cálculo de los recursos necesarios para la prevención, atención y atenuación. Diciembre de 2006.”, con la colaboración de expertos de Futures Institute, Glastonbury, CT, USA y de la University of Cape Town, Cape Town, South Africa, con base a un modelo originalmente realizado por el Banco Mundial. Este es un modelo que calcula el total de recursos que se necesitan en el ámbito nacional para brindar prevención y atención de VIH y Sida y apoyo a los huérfanos y los niños vulnerables. Este modelo consta de tres submodelos: prevención, atención y tratamiento, y atenuación. El modelo, para el caso del Ecuador, ha sido desarrollado por el PNS del MSP con información que comprende el periodo 2008-2015.

**Cuadro No. 8**  
**Brechas de gasto entre Modelo Priorización y Necesidad de recursos y Gasto Efectivamente realizado. 2008 y 2009. En millones de USD**

<i>Comparación entre los Modelos y el Gasto efectivamente realizado</i>	<i>Modelo Priorización para el acceso universal</i>		<i>Modelo Necesidad de recursos para VIH Y SIDA</i>		<i>Gasto efectivamente realizado</i>	
			<i>PNS-MSP</i>		<i>2008-2009</i>	
<i>Años</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>
<i>USD en millones</i>	14.1	16.1	49.9	53.5	25.3	32.5
<i>Diferencia con gasto</i>	<b>+11.2</b>	<b>+16.4</b>	<b>-24.6</b>	<b>-7.2</b>		

realizado (Brecha)						
--------------------	--	--	--	--	--	--

**Fuente:** "Priorización para el acceso universal a la prevención, atención integral, cuidado y apoyo en VIH Y SIDA. Ecuador 2008 – 2013", PNS-MSP Base de datos: Necesidad de recursos para VIH/Sida: Modelo de cálculo de los recursos necesarios para la prevención, atención y atenuación.

**Elaboración:** Equipo consultor

Los datos presentados nos muestran que el modelo de Priorización para el acceso universal, mantiene variables restringidas, a pesar de que proyecta un volumen de gasto para una cobertura del 100% en prevención. Comparado con ese modelo de Priorización, el gasto efectivamente realizado en el Ecuador, muestra una brecha positiva de 11.2 millones de USD para el año 2008, y 16.4 millones de USD para el año 2009. Esto significaría que de acuerdo al modelo de Priorización para el acceso universal, el Ecuador habría superado ampliamente las metas previstas de gasto en VIH/Sida.

En el caso del modelo de Necesidad para recursos para VIH/Sida, puede verse que la estimación prevista por el modelo comparado con lo efectivamente gastado, establece una brecha negativa con respecto al gasto efectivamente realizado.

Esta brecha negativa es de -24.6 millones de USD para el año 2008, y -7.2 millones de USD para el año 2009. En conformidad con este modelo, el Ecuador habría necesitado 103.4 millones de USD para cubrir las necesidades de recursos y gastos en VIH y Sida para ambos años, y solamente habría gastado 57.8 millones de USD en ese periodo, es decir, habría un déficit de 45.5 millones de USD para el periodo.

Es de indicar que el estudio de Necesidades de Financiamiento para el VIH y Sida, contempla los costos administrativos, la depreciación de activos fijos, los costos de transacción, entre otros costos y gastos, por lo que el financiamiento se amplía de forma considerable con relación al presupuesto existente en el PNS y en el MSP.

### **3.2.- El gasto en VIH y Sida del MSP**

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) es el actor fundamental en la respuesta nacional a la epidemia del VIH/Sida. Los datos presentados nos indican que su peso es gravitante y contribuye con el 72% del gasto en VIH y Sida para los años 2008 y 2009, con el 79% del gasto total en prevención, y 86% del gasto en atención y tratamiento, para los años 2008 y 2009. Además, a través del PNS, el MSP es la instancia rectora de las políticas con respecto al VIH/Sida.

Hay que indicar, de otra parte, que el MSP ha manejado un presupuesto público, para los años 2008 y 2009, de 2.200 millones de USD, que ha significado un incremento importante con respecto a otros años. Para el año 2010, el MSP tenía estimado un presupuesto de 1.200 millones de USD. Esta información es relevante para comprender la dinámica del gasto del MSP en VIH y Sida para los años 2008 y 2009.

Para el presente estudio se ha partido de una valoración en prevención y tratamiento para ITS, PV, consultas ambulatorias, costos de hospitalización, en función de los datos efectivamente reportados y de los gastos efectivamente realizados, para estimar costos globales de prevención, diagnóstico, atención, tratamiento, y profilaxis, conforme consta en la explicación expuesta en la sección 3.1.1., entonces, no se tratan ni de estimaciones ni de proyecciones, sino de cálculos sobre gastos efectivamente realizados tal como recomiendan los respectivos manuales del NASA (MEGAS) de Naciones Unidas.

El MSP, gastó en VIH y Sida 19.2 millones de USD en el año 2008, y 22.8 millones de USD en el año 2009, para un gasto total en este periodo de 42.1 millones de USD. El 55.4% del gasto lo destinó a prevención (23.3 millones de USD para 2008 y 2009), y el restante 44.6% gastó en atención y tratamiento. En el año 2008 destinó 10.3 millones de USD para prevención y 8.9 millones de USD en atención y tratamiento, mientras que en el año 2009 destinó 13.1 millones de USD en prevención y 9.8 millones de USD en atención y tratamiento.

En la prevención, el gasto en ITS representó el 47.5% del gasto en prevención del año 2008, y el 54.1% para el año 2009. En PTV, el MSP gastó 5.3 millones de USD en el año 2008 (53%), y 5.7 millones de USD en el año 2009 (44%). En atención y tratamiento, el gasto más fuerte está en costos de hospitalización VIH y Sida que representa el 38.9% del total de gasto en atención y tratamiento para los años 2008 y 2009. Los datos pueden verse en el siguiente cuadro:

### Cuadro No. 9

Estructura del gasto en VIH y Sida del MSP, por años y por categoría de gasto

Categorías de gasto		Actividades/años	2008	2009	Total
Prevención, diagnóstico y tratamiento de ITS			4.951.570	7.142.200	<b>12.093.770</b>
prevención	PTV		5.330.000	5.772.800	<b>11.102.800</b>
prevención	CONDONES		36.000	35.000	<b>71.000</b>
prevención	LECHES			79.577	<b>79.577</b>
<b>TOTAL PREVENCIÓN (MSP)</b>					<b>23.347.147</b>
<b>Servicios de atención y tratamiento</b>					
Costos Consultas ambulatorias					
VIH*			1.600.365	2.034.442	3.634.807
VIH **			3.459.957	4.324.018	7.783.975
Costos hospitalización ***					
VIH			289.152	361.362	650.514
TAR para pacientes con Tb			41.250	44.501	85.751
Prestación de servicios			388.732	523.558	912.290
Atención y profilaxis que no es TAR****			3.148.674	2.555.262	5.703.936
<b>TOTAL ATENCIÓN Y TRATAMIENTO (MSP)</b>					<b>18.771.273</b>
<b>Total</b>			<b>19.245.700</b>	<b>22.872.720</b>	<b>42.118.420</b>

Fuente: MSP, PNS

Elaboración: Equipo consultor

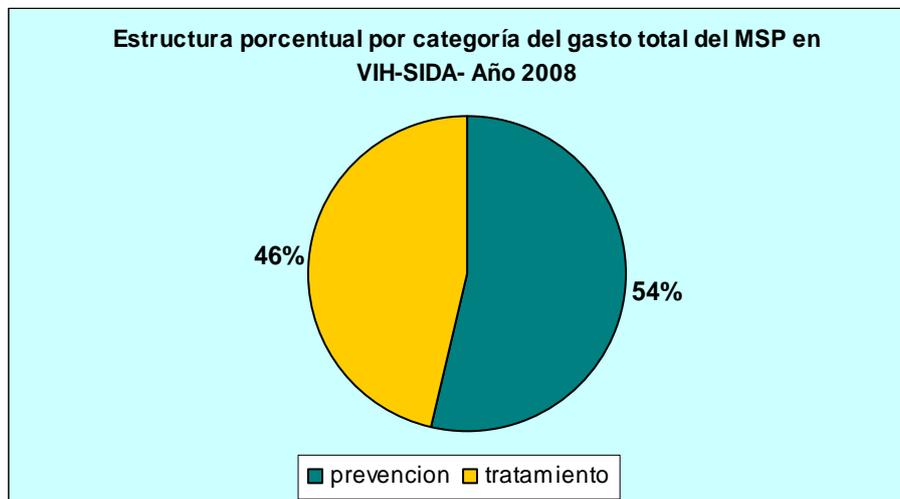
\* Cálculo realizado con 2 consultas por paciente/año, a 113 USD por consulta, incluyendo costos de exámenes de carga viral, CD4 y otras  
 \*\* Calculado con 4 consultas promedio por paciente/año a 928.1 USD que incluye exámenes y tratamientos (ARV)  
 \*\*\* Calculado en 158.6 USD paciente/año, que incluye los costos de infecciones oportunistas  
 \*\*\*\* Calculado sobre la población necesitada de atención como valor residual, y definida como los pacientes que necesitan ART y no la reciben y comprende atención domiciliaria, a la atención paliativa, a la consejería, al suministro de profilaxis y demás.<sup>7</sup>

La profilaxis representa una parte importante de la atención y el tratamiento no ART. Cuando se menciona a la atención y tratamiento que no es ART, se hace referencia a la atención y tratamiento de los pacientes no sometidos a ART, es decir, al tratamiento de las infecciones oportunistas, a la atención domiciliaria, a la atención paliativa, a la consejería, a los análisis de laboratorio, al suministro de profilaxis y demás, que implicó un gasto de 3.1 millones de USD para el año 2008 y 2.55 millones de USD para el año 2009, representando el 28% del gasto total en atención y tratamiento para los años 2008 y 2009.

El comportamiento del gasto total de MSP en VIH/Sida, para los dos años de estudio, puede visualizarse en los siguientes gráficos:

**Gráfico No. 2**

Estructura porcentual por categoría de gasto total del MSP en VIH/Sida. Año 2008

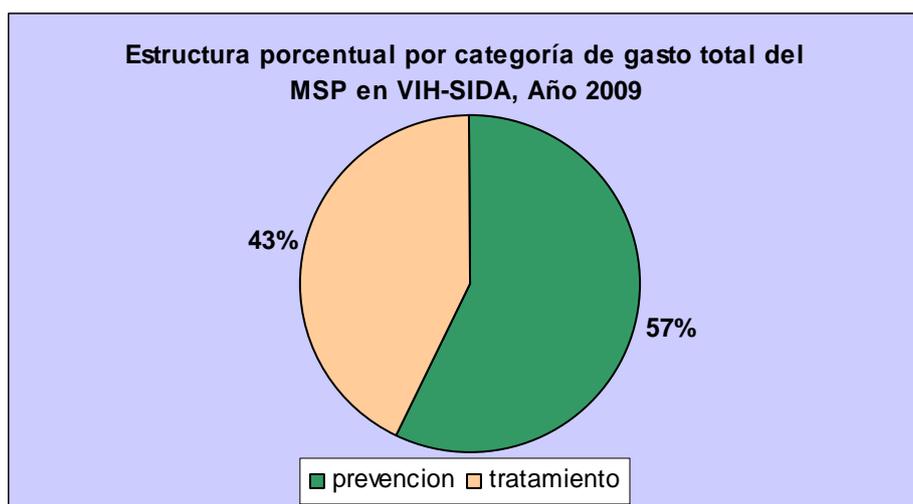


Fuente: MSP, PNS, Matrices entregadas  
 Elaboración: Equipo consultor

**Gráfico No. 3**

Estructura porcentual por categoría de gasto total del MSP en VIH/Sida. Año 2009

<sup>7</sup> Con base a los parámetros establecidos en: **Bollinger, Lori y Stover, John**: Necesidad de recursos para VIH/SIDA: Modelo de cálculo de los recursos necesarios para la prevención, atención y atenuación. Futures Institute, Glastonbury, CT, USA, University of Cape Town, Cape Town, South Africa, Diciembre de 2006



Fuente: MSP, PNS, Matrices entregadas  
 Elaboración: Equipo consultor

### 3.2.1. Conclusiones del gasto en VIH y Sida del MSP

El MSP es la institución más importante en el gasto en VIH y Sida para los años 2008 y 2009. Comparado con el estudio MEGAS 2005-2007 que da un peso menor al MSP con respecto a los donantes externos, puede concluirse que ahora es el Estado a través del MSP la institución más representativa del gasto en VIH/Sida.

El gasto del MSP ha estado enfocado básicamente a las acciones de prevención realizadas a través de los servicios y a la atención y tratamiento. Sin embargo, aún hace falta un estudio más pormenorizado que contemple:

- Las economías de escala del gasto del MSP, es decir, los niveles de eficiencia y eficacia de este gasto, en función de los objetivos planteados en el mediano y largo plazo;
- Los costos externos del gasto del MSP, tanto aquellos costos externos positivos como negativos
- Los costos de transacción del gasto del MSP en VIH y Sida(en especial aquellos costos de tipo administrativo y de procedimientos que no constan en las matrices de gasto)

Puede señalarse que, por el momento, los datos presentados no permiten discriminar los gastos en la prevención por tipos (primaria o secundaria), ni tampoco las intervenciones en las poblaciones más expuestas, en especial aquellas denominadas como “poblaciones puente”.

Con respecto a las brechas, las estimaciones de ambos estudios del PNS establecen importantes brechas negativas con respecto al gasto en el estudio de Necesidades de Financiamiento, mientras que las estimaciones del modelo de Priorización para el acceso universal permiten establecer brechas positivas con respecto al gasto previsto y al gasto efectivamente realizado para los años 2008 y 2009.

Esto nos indica que si bien el gasto es importante, también es importante establecer las condiciones de ese gasto, es decir, tratar de que el gasto sea lo más eficiente posible y genere el máximo de rendimiento social y epidemiológico esperado.

### 3.3.- El gasto en VIH y Sida de las instituciones públicas excluido el MSP

Para la elaboración del informe MEGAS 2008-2009, se ha consultado a todas las instituciones públicas y semipúblicas involucradas en la respuesta contra la epidemia del VIH/Sida. Se han separado los gastos de aquellas instituciones públicas o semipúblicas que reciben recursos del Fondo Mundial y se han registrado los gastos efectivamente realizados por estas instituciones. Este conjunto de instituciones realizó un gasto de 1.094.323 USD en el año 2008, y de 3.274.603 USD en el año 2009. Este incremento sustancial se debe al hecho de que el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, IESS, entregó datos correspondientes al año 2009, pero no entregó datos para el año 2008. Es el mismo caso para el Ministerio de Inclusión Económica y Social, MIES, que no entregó datos para el año 2009.

El aporte de estas instituciones públicas y semipúblicas al gasto en VIH/Sida, representó el 2.2% del total del gasto en el año 2008, y el 11.5% del total del gasto en el año 2009. En el caso del Municipio de Guayaquil, además del gasto presentado para el año 2008, existe también el gasto realizado a través de la Fundación VIHDA que se registrará en el siguiente apartado de instituciones de la sociedad civil. El dato más importante a resaltar es la presencia del IESS, que representa el 64.5% del total del gasto de las instituciones públicas y semipúblicas. De hecho, el IESS reporta 2.8 millones de USD, de los cuales 685.531 fueron para prevención y 2.13 millones para atención y tratamiento.

**Cuadro No. 10**  
Gasto total de Instituciones públicas y semipúblicas  
Excluyendo al MSP. 2008-2009. En USD y %

Instituciones públicas y semipúblicas	2008	2009	TOTAL	%
Ministerio de Inclusión Económica	480.246	n.d.	480.246	10.9
Ministerio de Educación	62.601	150.868	213.469	4.8
Ministerio de Relaciones Laborales	87.000	34.000	121.000	2.7
Ministerio de Justicia	7.851	36.000	43.851	1.0
IESS	n.d.	2.819.895	2.819.895	64.5
ISSFFA	33.400	85.968	119.368	2.7
ISSPOL	69.913	n.d.	69.913	1.6
Municipio de Guayaquil	250.000	n.d.	250.000	5.7
Municipio de Quito	94.000	136.672	230.672	5.2
Municipio de Cuenca	9.312	11.200	20.512	0.5
<b>TOTAL</b>	<b>1.094.323</b>	<b>3.274.603</b>	<b>4.368.926</b>	<b>100%</b>

Fuente: Matrices entregadas por instituciones públicas y semipúblicas  
Elaboración: Equipo consultor

Las instituciones públicas concentraron su gasto, en su mayoría, en la prevención. El IESS, y el ISSFA, son las únicas instituciones que registran

datos en atención y tratamiento. Para el caso del IESS, el 75,7% de su gasto (2.13 millones de USD) está concentrado en tratamiento y atención hospitalaria, mientras que el 24,3% (685 mil USD), es para prevención. El Ministerio de Educación concentra el 100% de su gasto en prevención. En el caso del Ministerio de Relaciones Laborales, el 57,5% de su gasto ha sido efectuado en actividades de prevención, el 28,3% en recursos humanos en programas relacionados con la respuesta a la epidemia del VIH/Sida. El Ministerio de Justicia, de su parte, destinó el 32,5% de su presupuesto para actividades de prevención. En el caso del Municipio de Guayaquil, la información enviada hace referencia al hecho de que el 100% de los recursos se habrían destinado para diferentes actividades de prevención. En el caso del Municipio de Quito, se habría destinado el 100% para actividades de prevención tanto primaria cuanto secundaria. Estos datos pueden verse en el siguiente cuadro:

### Cuadro No. 11

Gasto total de Instituciones públicas y semipúblicas  
Excluyendo al MSP en PREVENCIÓN. 2008-2009. En USD y %

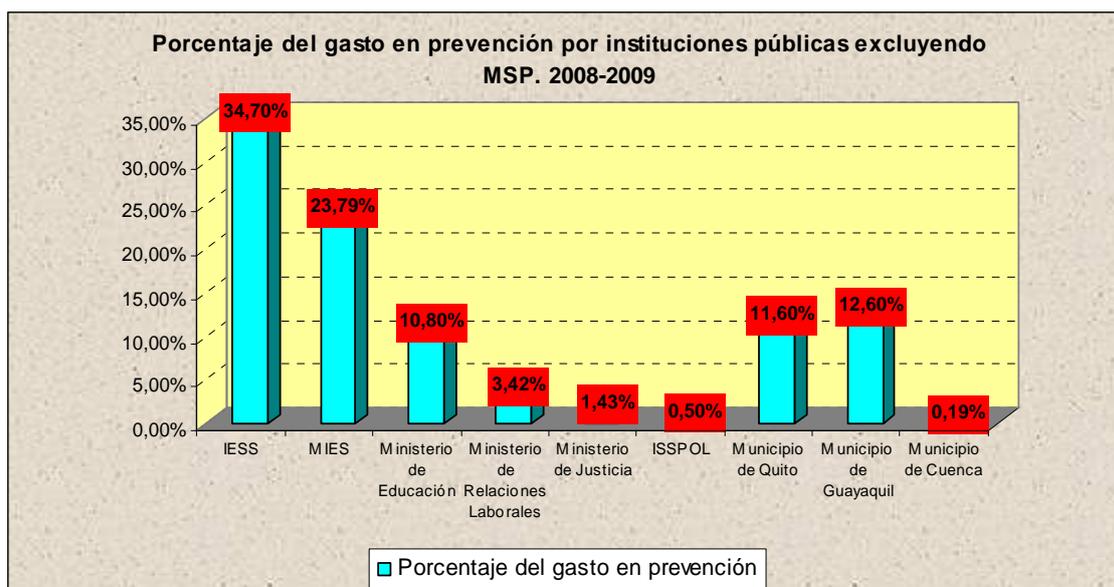
Gasto de las Instituciones públicas y semipúblicas	2008	2009	TOTAL
Ministerio de Inclusión Económica y Soc.	480.246	n.d	<b>480.246</b>
Ministerio de Educación	58.900	155.548	<b>214.448</b>
Ministerio de Relaciones Laborales	65.500	4.000	<b>69.500</b>
Ministerio de Justicia	7.851	15.000	<b>22.851</b>
Municipio de Quito	94.000	136.672	<b>230.672</b>
Municipio de Guayaquil	250.000	n.d	<b>250.000</b>
Municipio de Cuenca	2.800	2.000	<b>4.800</b>
ISSPOL	12.071	3.180	<b>15.251</b>
IESS	n.d	685.531	<b>685.531</b>
<b>TOTAL</b>	<b>971.368</b>	<b>1.001.931</b>	<b>1.973.299</b>

Fuente: Matrices entregadas por instituciones públicas y semipúblicas  
Elaboración: Equipo consultor

En el siguiente gráfico puede verse la participación porcentual del gasto en prevención entre las diferentes instituciones públicas y semipúblicas. Puede notarse la importancia que tiene el IESS también para la prevención, con el 34.7% del total del gasto en prevención, le sigue en orden de importancia el MIES con el 24.3%, el Municipio de Guayaquil con el 12.6% y el Municipio de Quito con el 11.6%, y el Ministerio de Educación con el 10.8%

### Gráfico No. 4

Participación porcentual del gasto en prevención de las instituciones públicas y semipúblicas, excluyendo al MSP. 2008-2009



Fuente: MSP, PNS, Matrices entregadas

Elaboración: Equipo consultor

Como conclusiones se puede señalar que el gasto de las instituciones públicas y semipúblicas, excluido el MSP, se concentró en la prevención y, en el caso del IESS y del ISSFFA en la atención y tratamiento.

### 3.4. El Gasto en VIH y Sida en Instituciones Internacionales

Otro de los sectores importantes en la respuesta multisectorial contra la epidemia del VIH Y SIDA son los donantes internacionales, incluyendo los bilaterales y los multilaterales. Para este informe se ha considerado a las instituciones del sistema de Naciones Unidas, la cooperación internacional al desarrollo y la cooperación bilateral. Los datos presentados nos muestran un total de 3.806.098 USD para los años 2008 y 2009 por parte de las instituciones internacionales. De éstos, el 43,5% corresponden a instituciones del sistema de Naciones Unidas (sin contar OPS), el 43,1% a la cooperación al desarrollo por parte de la Unión Europea, a través del proyecto CARE, el 12,1% a la OPS y el restante 2% a la GTZ alemana. Estos datos pueden verse en el siguiente cuadro:

**Cuadro No. 12**

Gasto total en VIH y Sida de Instituciones Internacionales. Por año y porcentaje. En USD

Instituciones internacionales	2008	2009	TOTAL	%
ONUSIDA	176.667	186.243	362.910	9,0%
PNUD	311.729	229.191	540.920	14,0%
UNFPA	258.905	282.126	541.031	14,2%
UNESCO	57.967	n.d.	57.967	1,0%
UNICEF	n.d.	45.000	45.000	11,8%
UNIFEM	n.d.	36.374	36.374	1,0%
PMA	n.d.	37.710	37.710	1,0%
CARE (financiado por Unión	816.339	825.122	1.641.461	43,1%

Europea)				
OPS	204.379	258.550	462.929	12,1%
GTZ	n.d.	79.796	79.796	2,0%
<b>TOTAL</b>	<b>1.825.986</b>	<b>1.980.112</b>	<b>3.806.098</b>	
				<b>100%</b>

**Fuente:** Matrices entregadas por instituciones internacionales

**Elaboración:** Equipo consultor

Las instituciones internacionales, en lo fundamental, han concentrado su gasto en la prevención. Para el año 2008, el gasto en prevención fue del 36.6% del gasto total de ese año. Para el año 2009, el gasto en prevención fue de 43.9% del gasto total de ese año. La institución que más gasto en prevención hizo fue CARE en el Proyecto financiado por la Unión Europea, con el 40.7% del total del gasto en prevención realizado por instituciones internacionales y de la cooperación. Los datos de prevención realizados por las instituciones internacionales pueden verse en el siguiente cuadro:

### Cuadro No. 13

Gasto total en VIH de Instituciones Internacionales en **PREVENCION**.  
2008-2009. En USD

<i>Instituciones internacionales y de la cooperación internacional</i>	2008	2009	TOTAL
<i>PNUD</i>	130.171	97.818	<b>227.989</b>
<i>UNFPA</i>	143.568	197.944	<b>341.512</b>
<i>UNESCO</i>	42.704	N.D.	<b>42.704</b>
<i>ONUSIDA</i>	5.063	N.D.	<b>5.063</b>
<i>UNICEF</i>	N.D.	34.000	<b>34.000</b>
<i>UNIFEM</i>	N.D.	31.374	<b>31.374</b>
<i>OPS</i>	64.297	84.750	<b>149.047</b>
<i>GTZ</i>	N.D.	79.796	<b>79.796</b>
<i>CARE (financiamiento UE)</i>	282.498	344.456	<b>626.954</b>
<b>TOTAL</b>	<b>668.301</b>	<b>870.138</b>	<b>1.538.439</b>

**Fuente:** Matrices entregadas por instituciones internacionales

**Elaboración:** Equipo consultor

En términos generales, la prevención corresponde al 40.4% del total del gasto de las instituciones internacionales durante los años 2008 y 2009. La gestión y administración de programas corresponde al 21%. Ahora bien, un análisis más detallado del aporte por categorías de gasto nos dice que instituciones como el PNUD, destinaron el 42,0% del gasto en prevención, el 45,1% en gestión de programas y recursos humanos y el 12,9% en entorno favorable. UNFPA destinó el 63% de su gasto en actividades de prevención y un 25% en gestión de programas y recursos humanos. UNESCO presenta datos solamente para el año 2008, de los cuales el 73% se destinaron para prevención y 27% para recursos humanos. UNICEF no registra datos en el 2008, pero sí en el 2009, de los cuales el 75% corresponde a gastos en prevención y el 25% para investigación. El PMA reporta un 100% de gastos en recursos humanos y

gestión y administración de programas. UNIFEM registra un 86% de su gasto para actividades de prevención y un 14% para recursos humanos, la GTZ registra un gasto del 51% para el fortalecimiento de la atención integral de las PVVS.

De las instituciones internacionales, cabría realizar un análisis más detallado de tres de ellas por cuanto sus actividades son variadas e incluyen varias categorías de gasto, se trata de ONUSIDA, la OPS y el proyecto de CARE financiado por la Unión Europea.

En el caso de ONUSIDA, puede constatar que el rubro más importante lo constituye el gasto en entorno favorable abarcando el 66% del total del gasto para 2008 y 2009, luego consta el gasto en investigación con el 17%, y finalmente los gastos en gestión y administración de programas que absorben un 16% del gasto total. Estos datos pueden apreciarse en el siguiente cuadro y gráfico:

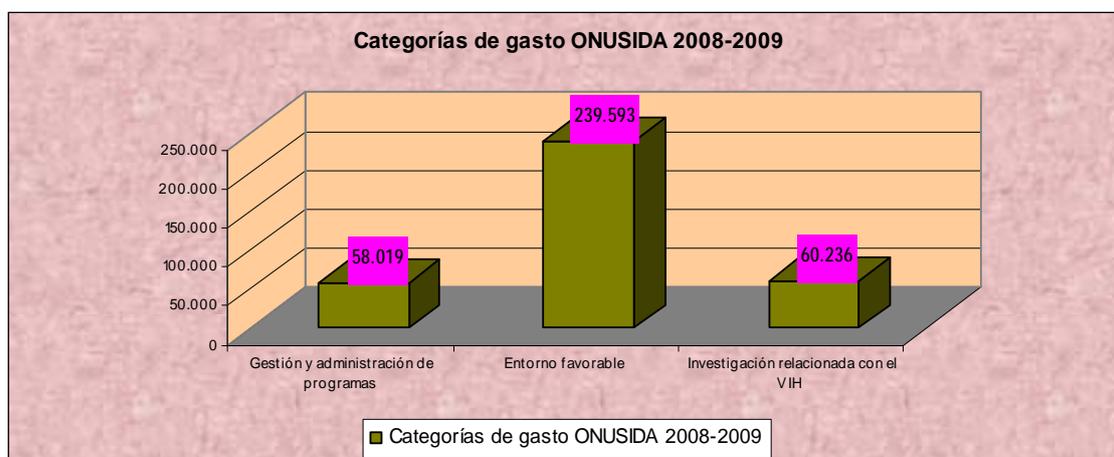
**Cuadro No. 14**  
Gasto en VIH Y SIDA por categorías y por año, agencia **ONUSIDA**

ONUSIDA	2008	2009	TOTAL	%
Prevención (sub-total)	5.063	0	<b>5.063</b>	1
Gestión y administración de programas (sub-total)	14.275	43.744	<b>58.019</b>	16
Entorno favorable (sub-total)	107.830	131.763	<b>239.593</b>	66
Investigación relacionada con el VIH (sub-total)	49.500	10.736	<b>60.236</b>	17
<b>Total</b>	<b>176.667</b>	<b>186.243</b>	<b>362.911</b>	100,00

Fuente: Matrices ONUSIDA

Elaboración: Equipo consultor

**Gráfico No. 5**  
Comparativo del gasto en VIH y Sida por categorías y por año, agencia ONUSIDA



Fuente: Matrices ONUSIDA

Elaboración: Equipo consultor

En el caso de la Organización Panamericana de la salud, OPS, puede observarse que el gasto más importante es la prevención que constituye el 32,2% del gasto total para el periodo. Le sigue el gasto en gestión y administración de programas con el 28,5%, y los recursos humanos con el 19,4%, el gasto en entorno favorable absorbió el 14,5% del gasto total y la investigación fue apenas del orden del 2,8%. Estos datos pueden verse en el siguiente cuadro y gráfico:

**Cuadro No. 15**  
Gasto en VIH y Sida por categorías y por año, OPS

<b>OPS</b>			
<i>Categorías</i>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>TOTAL</b>
<i>Prevención</i>	64297	84750	<b>149.047</b>
<i>Atención y tratamiento</i>	5000	4800	<b>9.800</b>
<i>Gestión y administración de programas</i>	61500	71400	<b>132.900</b>
<i>Recursos humanos</i>	41250	49100	<b>90.350</b>
<i>Entorno favorable</i>	32332	35000	<b>67.332</b>
<i>Investigación relacionada con el VIH</i>	0	13500	<b>13.500</b>
<b>TOTAL</b>	<b>204379</b>	<b>258550</b>	<b>462.929</b>

**Fuente:** Matrices OPS

**Elaboración:** Equipo consultor

**Gráfico No. 6**  
Comparativo del gasto en VIH Y SIDA por categorías y por año, OPS



**Fuente:** Matrices OPS

**Elaboración:** Equipo consultor

De todas las instituciones internacionales, quizá haya que resaltar el proyecto que la Unión Europea lleva adelante con CARE, y que vincula la tuberculosis con el VIH/Sida, y que al momento de la investigación constituye el aporte más importante, conjuntamente con el Fondo Mundial asimismo llevado adelante por CARE y sus subreceptores. Este proyecto representa por sí solo el 43% del

gasto total de las instituciones internacionales. Este proyecto, además, contempla todas las categorías de gasto y, de hecho, de las instituciones internacionales, es el único que lo hace. Los componentes más importantes de este proyecto son la prevención (38,1%), y la gestión y administración de programas (36,9%). También es importante añadir que conjuntamente con los gastos en investigación de la Fundación Equidad, este proyecto es el que más aporta a esta categoría de gasto. Pueden visualizarse estos datos, en el siguiente cuadro y gráfico

### Cuadro No. 16

Gasto en VIH y Sida por categorías y por año, CARE con financiamiento de la Unión Europea

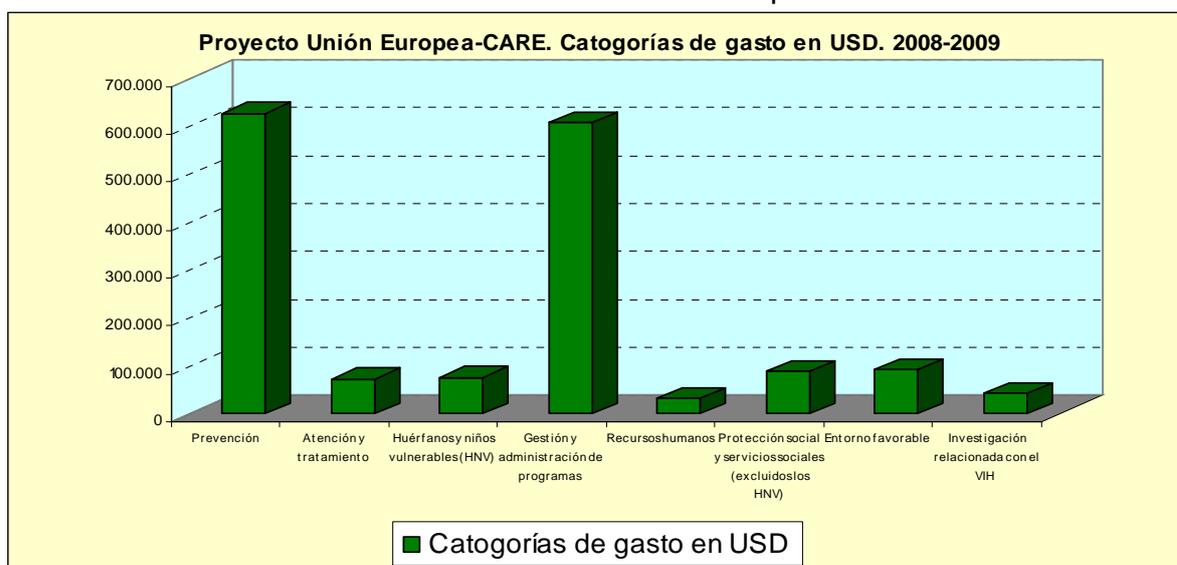
Unión Europea (Proyecto CARE)			
Categorías	2008	2009	TOTAL
Prevención	282.498	344.456	<b>626.954</b>
Atención y tratamiento	46.162	26.735	<b>72.897</b>
Huérfanos y niños vulnerables (HNV)	34.357	42.449	<b>76.806</b>
Gestión y administración de programas	291.595	315.721	<b>607.316</b>
Recursos humanos	12.080	19.488	<b>31.568</b>
Protección social y servicios sociales (excluidos los HNV)	60.000	30.000	<b>90.000</b>
Entorno favorable	77.158	14.975	<b>92.133</b>
Investigación relacionada con el VIH	12.488	31.298	<b>43.786</b>
<b>TOTAL</b>	<b>816.339</b>	<b>825.122</b>	<b>1.641.461</b>

Fuente: Matrices CARE

Elaboración: Equipo consultor

### Gráfico No. 7

Comparativo del gasto en VIH y Sida por categorías y por año, CARE con financiamiento de la Unión Europea



Fuente: Matrices CARE

Elaboración: Equipo consultor

### 3.4.1. Conclusiones del gasto de organizaciones internacionales

Las instituciones internacionales gastaron en VIH y Sida en el año 2008, 1.825.986 USD, y en el año 2009, 1.980.112 USD, para un total de gasto en ambos años de 3.806.098 USD, que representó el 6.5% del total del gasto en VIH y Sida de todas las instituciones para los años 2008 y 2009.

El Informe del gasto en VIH y Sida para el año 2008 y 2009, en conformidad con los parámetros metodológicos establecidos y la Estrategia Multisectorial, ubicó a nueve instituciones internacionales, de las cuales siete pertenecen al sistema de Naciones Unidas, y las restantes son la GTZ alemana y CARE en un proyecto financiado por la Unión Europea. Del gasto de estas instituciones, el proyecto de CARE financiado por la Unión Europea corresponde al 43% del gasto total para 2008-2009, mientras que el gasto de la GTZ corresponde al 2% del gasto total.

Sumados los presupuestos de las Agencias y Programas, Naciones Unidas tendría un aporte total de \$2.126.741 en los dos años, que constituye un 65,20% del total del gasto de las organizaciones internacionales.

Puede observarse que las instituciones internacionales tienen una tendencia al gasto en prevención, pero también es de indicar que muchas instituciones tienen un importante gasto en la categoría de gestión y administración de programas y en recursos humanos. Es de señalar el aporte de ONUSIDA al gasto en entorno favorable. El proyecto de CARE financiado por la Unión Europea mantiene una estructura de gasto en todas las categorías de gasto.

### 3.5. El gasto en VIH y Sida en instituciones privadas y organizaciones de la sociedad civil

Para la elaboración del Informe del Indicador 1 del UNGASS se incorporaron los datos de 8 instituciones privadas y de la sociedad civil, que tuvieron un gasto en VIH y Sida de **1.819.186 USD** para el año 2008, y de **2.429.392 USD**, para el año 2009, para un gasto total de **4.248.578 USD** para ambos años, que representa el 9,37% del gasto total en VIH Y SIDA. De este sector puede verse que la Fundación Equidad corresponde al 46,7% del total del gasto en VIH/Sida, la segunda organización en importancia es la Cruz Roja Ecuatoriana con el 18,2% del gasto total, y Kimirina con el 10,7%, entre las más importantes. En el siguiente cuadro y gráfico puede verse la estructura del gasto por instituciones privadas y de la sociedad civil:

**Cuadro No. 17**

Gasto en VIH Y SIDA, sector privado y organizaciones de la sociedad civil. En USD

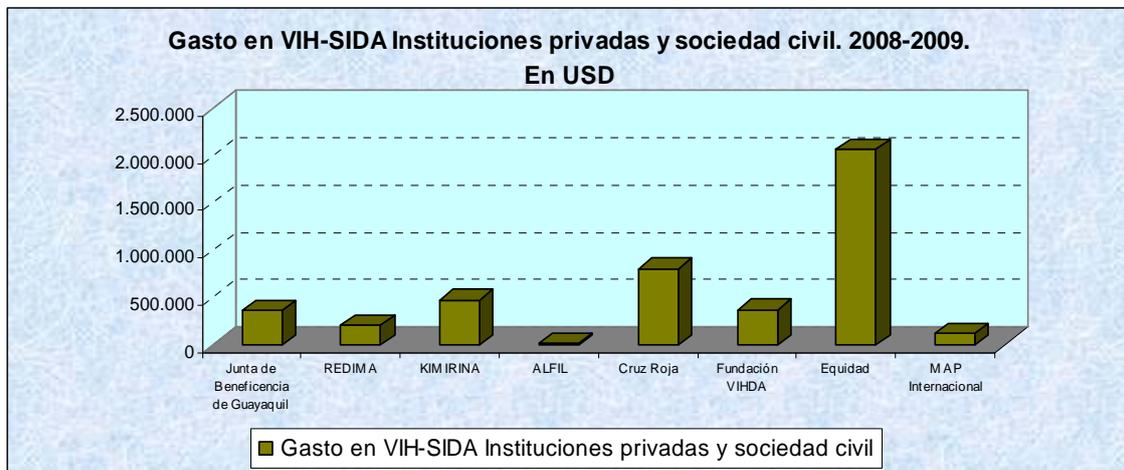
Instituciones sector privado y sociedad civil	2008	2009	TOTAL
Junta de Beneficencia de Guayaquil	145.701	215.197	<b>360.898</b>

REDIMA	105.921	99.254	<b>205.175</b>
KIMIRINA	141.898	332.770	<b>474.668</b>
Asociación ALFIL	n.d.	12.994	<b>12.994</b>
Cruz Roja	441.919	363.896	<b>805.815</b>
Fundación VIHDA	44.642	154.913	199.555
Fundación Equidad	873.030	1.196.609	<b>2.069.639</b>
MAP Internacional	66.075	53.759	<b>119.834</b>
<b>TOTAL</b>	<b>1.819.186</b>	<b>2.429.392</b>	<b>4.248.578</b>

**Fuente:** Matrices organizaciones de la sociedad civil, sector privado  
**Elaboración:** Equipo consultor

### Gráfico No. 8

Gasto en VIH Y SIDA por instituciones privadas y sociedad civil

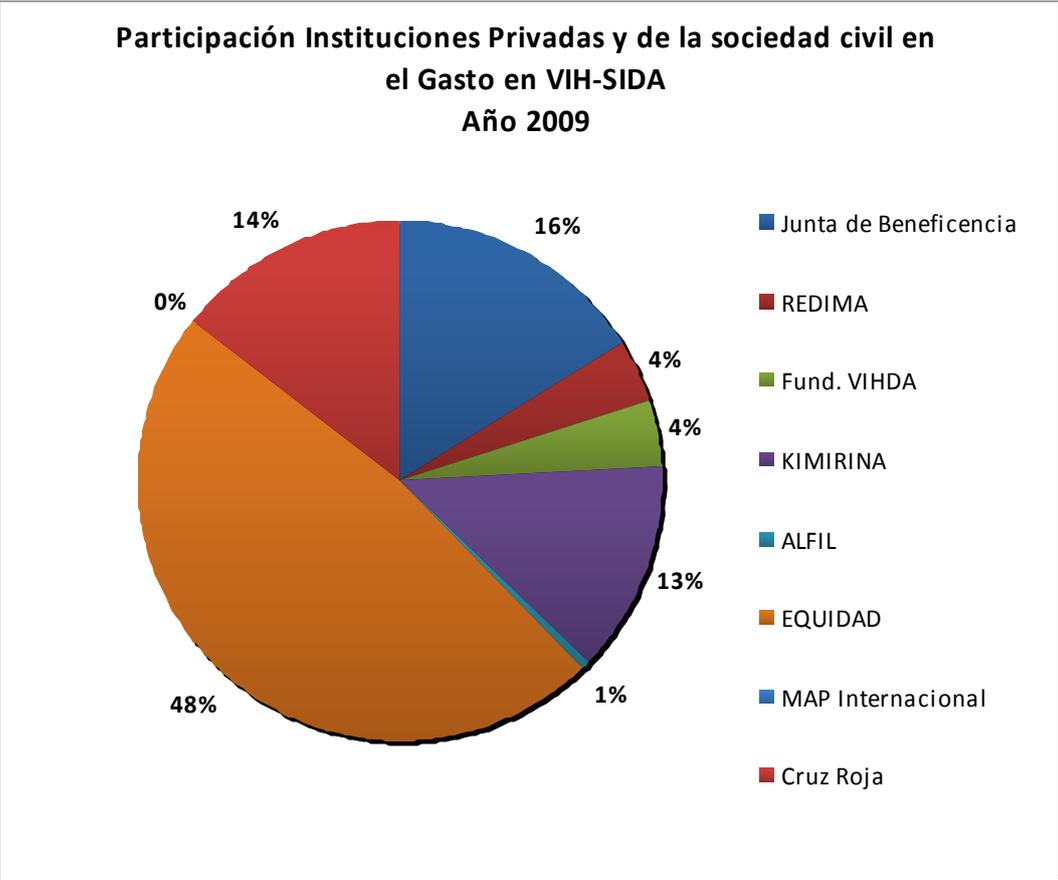


**Fuente:** Matrices organizaciones de la sociedad civil, sector privado  
**Elaboración:** Equipo consultor

Con respecto al año 2009 puede verse la participación porcentual de las diferentes instituciones del sector privado y de la sociedad civil en el siguiente gráfico en el cual se constata la importancia que tiene para el sector la Fundación Equidad:

### Gráfico No. 9

Participación porcentual del gasto de las instituciones privadas y de la sociedad civil en el Año 2009



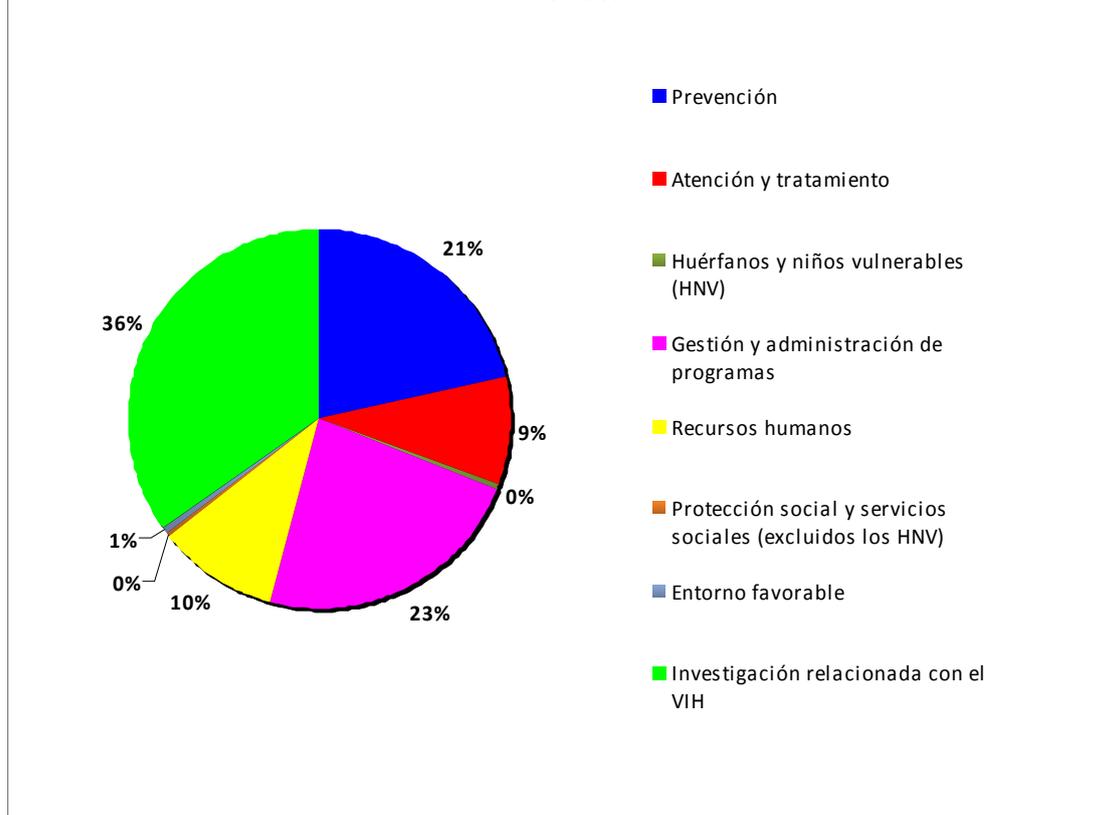
**Fuente:** Matrices organizaciones de la sociedad civil, sector privado  
**Elaboración:** Equipo consultor

En las categorías de gasto aparece como un componente importante la investigación relacionada con el VIH, con el 36% del gasto del año 2009, el 21% para prevención, el 9% para atención y tratamiento, el 10% para recursos humanos y el 23% para gestión y administración de programas, conforme puede apreciarse en el siguiente gráfico:

**Gráfico No. 10**

Participación porcentual del gasto de las instituciones privadas y de la sociedad civil en el Año 2009 por categoría de gasto

**Organizaciones privadas y de la sociedad civil por categoría de gasto,  
incluida Fundación Equidad.  
Año 2009**



**Fuente:** Matrices organizaciones de la sociedad civil, sector privado  
**Elaboración:** Equipo consultor

Sin embargo, estos datos y la distribución de la composición del gasto entre las diferentes categorías cambia cuando nos aproximamos al sector y comprendemos la estructura de gasto de la Fundación Equidad, en donde puede apreciarse que el componente de investigación relacionada con el VIH y Sida representa el 76% del total del gasto durante el periodo de estudio. Es un caso importante porque el gasto total en investigación relacionada con el VIH representa apenas el 4,3% del gasto total (2.029.274), y de ese gasto total el aporte de Equidad corresponde al 77,5%, siendo la institución que más gasto ha realizado en investigación, conforme puede verse en el siguiente cuadro:

**Cuadro No. 18**

Estructura del gasto de la fundación Equidad por categorías y por años.  
En USD

<b>Fundación EQUIDAD</b>			
Categorías de gasto/Años	2008	2009	Total
Prevención	118.400	171.200	<b>289.600</b>
Atención y tratamiento	6.000	6.000	<b>12.000</b>
Gestión y administración de programas	71.000	95.000	<b>166.000</b>
Recursos humanos	2.500	3.500	<b>6.000</b>
Protección social y servicios		2.500	<b>2.500</b>

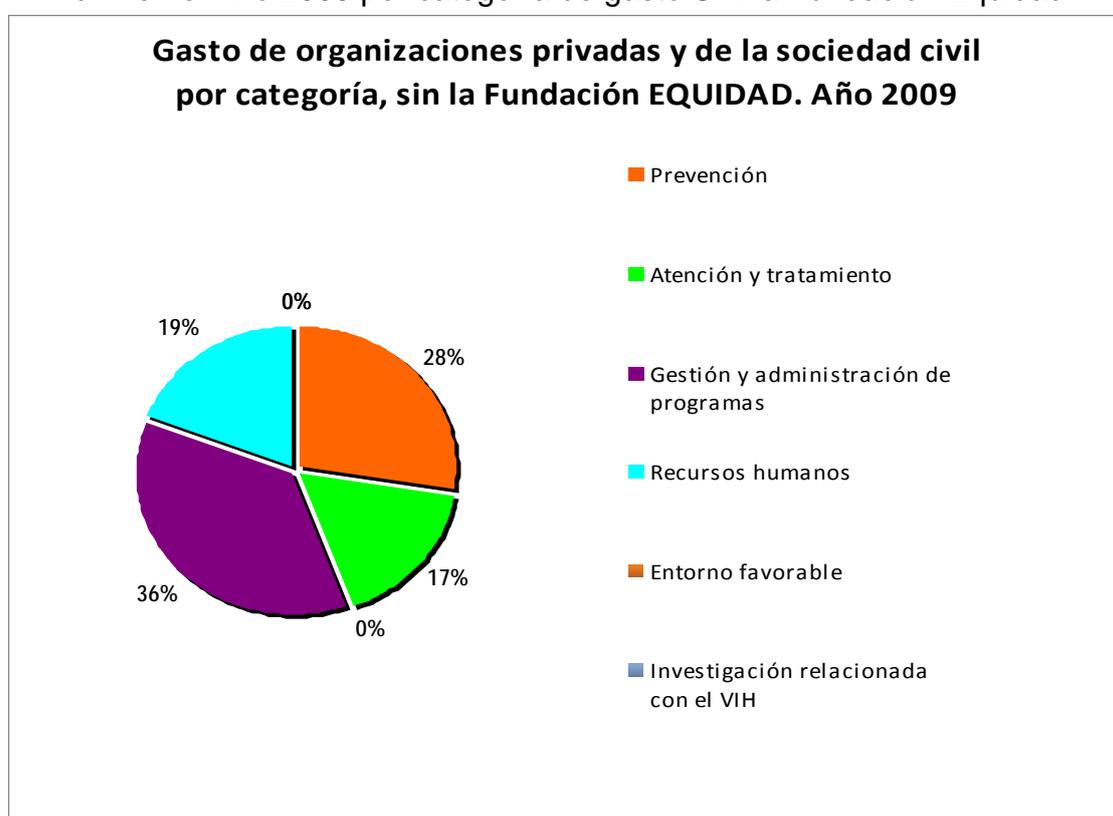
sociales (excluidos los HNV)			
Entorno favorable	10.000	9.500	<b>19.500</b>
Investigación relacionada con el VIH	665.130	908.909	<b>1.574.039</b>
<b>TOTAL</b>	<b>873.030</b>	<b>1.196.609</b>	<b>2.069.639</b>

**Fuente:** Matrices Equidad  
**Elaboración:** Equipo consultor

Como puede apreciarse, la estructura del gasto de Equidad transforma la composición del gasto por categorías realizado por las organizaciones privadas y de la sociedad civil, por ello, es importante saber cuál es el comportamiento de este sector con respecto al gasto en VIH Y Sida para el periodo 2008-2009 sin la presencia de Equidad. Esto puede apreciarse en el siguiente gráfico:

### Gráfico No. 11

Participación porcentual del gasto de las instituciones privadas y de la sociedad civil en el Año 2009 por categoría de gasto SIN la Fundación Equidad



**Fuente:** Matrices organizaciones de la sociedad civil, sector privado  
**Elaboración:** Equipo consultor

Los datos, en consecuencia, muestran una distribución del gasto por categorías de forma diferente a aquella en la cual constaba Equidad. En esta nueva distribución podemos observar que la gestión y administración de programas absorbe el 36% del gasto, siendo el más importante de todos los componentes, seguido por prevención que representa el 28% del gasto total, y de recursos humanos con 19% del total del gasto para el año 2009.

## Instituciones de la sociedad civil que son receptores de fondos: la Coalición Ecuatoriana de Personas que viven con VIH/Sida CEPVVS

Existe un conjunto de otras instituciones que reciben fondos de diversos sectores y que en virtud de la no duplicación de gastos no han sido contabilizadas en otras fuentes de financiamiento, pero son importantes actores del gasto en VIH y Sida. Uno de los casos más importantes, por su trabajo en la sociedad civil, es la Coalición Ecuatoriana de Personas que Viven con VIH/Sida, CEPVVS. Esta coalición recibió fondos por un total de 307.544 USD para los años 2008 y 2009, de los cuales el 60.7% corresponde al Fondo Mundial, el 26.7% a otros donantes internacionales, el 7.2% a las NNUU, y el 5.4% al sector privado. Su estructura de gasto puede ser visualizado en el siguiente cuadro:

**Cuadro No. 19**  
Estructura del gasto de la CEPVVS por categorías y por años.  
En USD

CEPVVS	2008	2009
<i>Categorías de gasto</i>		
<b>Prevención</b>	0	0
<b>Atención y tratamiento</b>	0	0
<b>Huérfanos y niños vulnerables (HNV)</b>	0	0
<b>Gestión y administración de programas</b>	21.511	27.966
<b>Recursos humanos</b>	69.240	78.344
<b>Protección social y servicios sociales (excluidos los HNV)</b>	6.550	20.000
<b>Entorno favorable</b>	23.390	35.960
<b>Investigación relacionada con el VIH</b>	0	24.583
<b>TOTAL</b>	120691	186853

**Fuente:** Matrices organizaciones de la sociedad civil, sector privado

**Elaboración:** Equipo consultor

### 3.5.1. Conclusiones del gasto en VIH Y SIDA de las organizaciones privadas y de la sociedad civil

Los datos de las organizaciones privadas y de la sociedad civil muestran una fuerte tendencia de estas instituciones hacia el gasto en administración y recursos humanos (55% del total del gasto para el año 2009). Mientras que las instituciones internacionales de alguna manera centraban su atención en la prevención, conjuntamente con las instituciones públicas y semipúblicas (excluyendo al IESS), en el caso de las organizaciones privadas y de la sociedad civil, por su misma estructura social y por el hecho de insertarse en el tejido social de manera más directa, su trabajo se centra más en la gestión de programas y en la administración de recursos que en otras categorías de gasto.

El análisis de este sector cambia con la incorporación de la institución Equidad, puesto que tiene un presupuesto importante (48% del total del sector para el

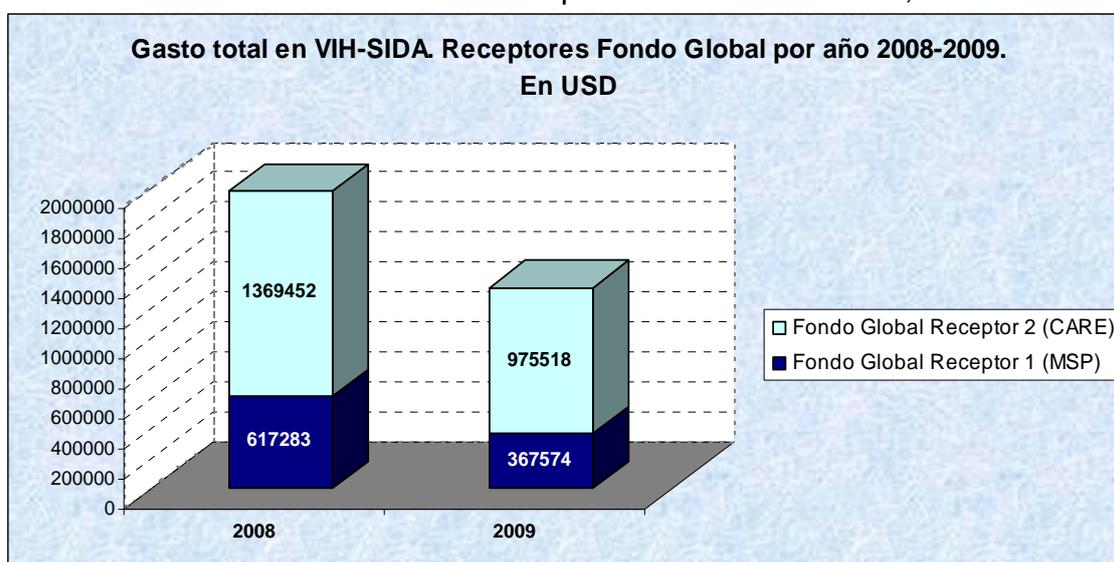
año 2009) y, además, es la institución que más gasto ha realizado en investigación relacionada con el VIH (77,5% del total del gasto en investigación). Esto se debe a que la investigación que realiza es principalmente de tipo clínico, lo cual implica altos costos de tecnología y seguimiento de casos

### 3.6. El Fondo Mundial

El Fondo Mundial (o también Fondo Mundial), tiene dos receptores principales: el Receptor 1 que es el Ministerio de Salud Pública (MSP), y el receptor 2 que es la institución CARE. El comportamiento y la distribución de los recursos del Fondo Mundial entre los respectivos subreceptores fue la siguiente:

**Gráfico No. 12**

Distribución de recursos entre receptores del Fondo Global, 2008-2009



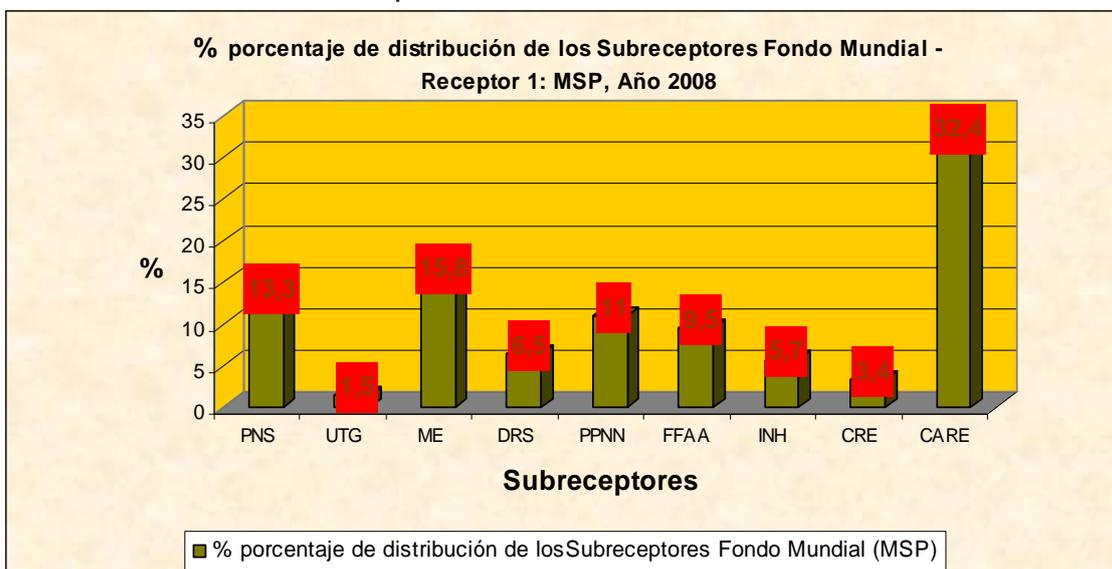
**Fuente:** Matrices entregadas Fondo Mundial  
**Elaboración:** Equipo consultor

En el año 2008 los recursos del Fondo Mundial alcanzaron 1.9 millones de USD, de los cuales el 68.5% fueron captados por el receptor 2 (CARE). En el año 2009, los recursos del Fondo Mundial alcanzaron 1.3 millones de USD, de los cuales el receptor 2 (CARE) captó el 72.6%. Los receptores del Fondo Mundial tienen a su vez varios subreceptores.

#### 3.6.1. Receptor 1: MSP

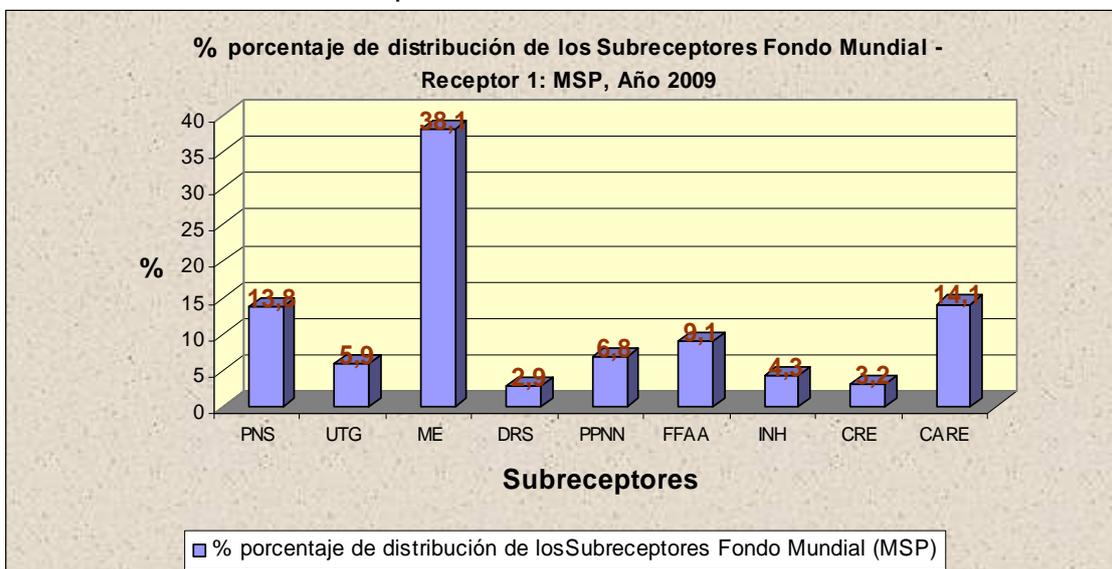
El Receptor 1 (MSP), tiene 9 subreceptores: el Programa Nacional del VIH y Sida (PNS) del MSP, la Unidad Técnica de Gestión (UTG), el Ministerio de Educación (ME), la Dirección de Rehabilitación Social (DRS), la Policía Nacional (PPNN), las Fuerzas Armadas (FFAA), el Instituto Nacional de Higiene Izquierda Pérez (INH), la Cruz Roja Ecuatoriana (CRE), y la organización CARE. En el año 2009, los recursos del Fondo Mundial en un 30% se destinaron al Ministerio de Educación. Los subreceptores del receptor 1 (MSP), si se excluye al Ministerio de Educación, recibieron un promedio de 7,5% de los recursos del Fondo.

**Gráfico No. 13**  
 Porcentaje de distribución de los subreceptores del Fondo Mundial  
 Receptor 1: MSP. Año 2008. En %



Fuente: MSP: UTG-Fondo Mundial  
 Elaboración: Equipo consultor

**Gráfico No. 14**  
 Porcentaje de distribución de los subreceptores del Fondo Mundial  
 Receptor 1: MSP. Año 2009. En %



Fuente: MSP: UTG-Fondo Mundial  
 Elaboración: Equipo consultor

### 3.6.2. Receptor 2: CARE

El Receptor 2 del Fondo Mundial es CARE, quien a su vez tiene 7 subreceptores, que en el periodo 2007-2009 recibieron 2.077.442 USD. La organización que más recursos recibió fue Famivida con el 43,1%. La que

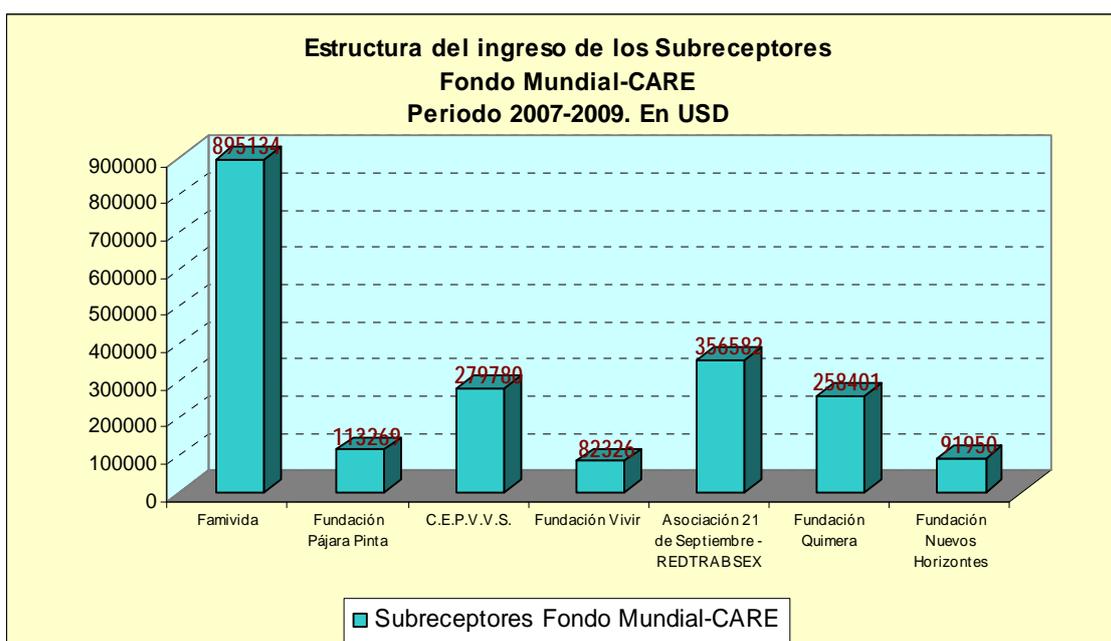
menos recursos recibió fue Fundación Vivir con el 3,9% del total de recursos del Fondo. Los datos pueden apreciarse en el siguiente cuadro y gráfico:

**Cuadro No. 20**  
Subreceptores del Fondo Mundial  
Receptor 2: CARE, Años 2008-2009

Receptores Fondo Mundial CARE	Valor recibido	Porcentaje
Famivida	895134	43,1%
Fundación Pájara Pinta	113.269	5,4%
C.E.P.V.V.S.	279.780	13,4%
Fundación Vivir	82.326	3,9%
Asociación 21 de Septiembre - REDTRABSEX	356.582	17,1%
Fundación Quimera	258.401	12,4%
Fundación Nuevos Horizontes	91.950	4,3%
Total	2.077.442	100%

Fuente: CARE-Fondo Mundial  
Elaboración: Equipo consultor

**Gráfico No. 14**  
Estructura del ingreso de los Subreceptores Fondo Mundial-Receptor 2: CARE  
Años 2007-2009. En USD



Fuente: CARE-Fondo Mundial  
Elaboración: Equipo consultor

CARE utilizó los recursos del Fondo Mundial, en las siguientes categorías de gasto:

**Cuadro No. 21**  
 Distribución por categoría de gasto  
 Receptor 2: CARE, Años 2007-2009

Categorías de gasto	2008	2009
01 Prevención (sub-total)	1.188.554,09	781.324,22
04 Gestión y administración de programas (sub-total)	180.898,32	194.193,95
<b>TOTAL</b>	<b>1.369.452,41</b>	<b>975.518,17</b>

**Fuente:** CARE-Fondo Mundial  
**Elaboración:** Equipo consultor

Como puede apreciarse, en el año 2008 el 86.7% de los recursos del receptor 2 del Fondo Mundial fueron destinados a la prevención. En el año 2009 se destinaron el 80% de los recursos a actividades de prevención. En los reportes entregados, CARE solamente presenta gastos en estas dos categorías de gasto. La información de los subreceptores de CARE, está agregada para todo el bienio 2008-2009.

## 5. Conclusiones

El Informe del Indicador 1 del UNGASS para el periodo 2008-2009 se construyó en función de las orientaciones establecidas en el documento: “*Directrices para el desarrollo de indicadores básicos*”, y bajo la rectoría del Programa Nacional del VIH Y SIDA del Ministerio de Salud Pública, con el apoyo de ONUSIDA.

En este proceso se contactaron 49 instituciones involucradas con la Estrategia Multisectorial. Las instituciones respondieron de forma favorable y contribuyeron a llenar los datos de la matriz presentada en donde constaban los flujos de gastos efectivamente realizados por fuente de financiamiento y por categoría de gasto. El proceso de medición del gasto para los años 2008 y 2009, se construyó de forma democrática y participativa.

El presente informe constata un proceso económico y social del Ecuador, caracterizado por importantes cambios jurídicos e institucionales en los que el Estado asume un rol cada vez más importante en el financiamiento del sector social y, específicamente, en el sector salud. Esto puede constatarse cuando el presupuesto asignado para el MSP se incrementa de 650 millones de USD en el año 2007 a 1.300 millones de USD en el año 2010.

También pudo constatar los cambios jurídicos que se procesaron en el Ecuador, precisamente en esos años, y que determinaron la elaboración de una nueva Carta Constitucional que establece al Sistema Nacional de Salud como instancia de rectoría de las políticas públicas en salud. Esto ha significado un fortalecimiento institucional del MSP y, en particular, del PNS en estos dos últimos años.

El PNS-MSP se ha constituido en la instancia rectora de las políticas públicas en VIH y Sida y en el actor más importante en el gasto en VIH/Sida. En virtud de su rol de rectoría, el PNS obtuvo una respuesta altamente favorable a su convocatoria a las instituciones que forman parte de la respuesta nacional al VIH/Sida, expresada en el número importante de instituciones que entregaron su información relativa al gasto en VIH y Sida.

Para el año 2008 las instituciones comprometidas con la respuesta a la epidemia gastaron **25.971.930 USD**, mientras que para el año 2009 el gasto se incrementó a **31.899.919 USD**. Esto da un total de **57.871.849 USD** de gasto efectivo por parte de todas las instituciones comprometidas. Esto significa una gran diferencia en lo registrado por el estudio MEGAS 2005-2007 que llegó a establecer un monto de 20.6 millones de USD. Frente a esto son necesarias algunas aclaraciones:

- a) para el Indicador No 1 del UNGASS, 2008 y 2009 se amplió la cobertura de instituciones que reportaron gastos a 49, mientras que el MEGAS 2005-2007 reportó 17 instituciones;
- b) el MSP reportó gastos efectivamente realizados a través de nuevas metodologías de identificación de gasto en ITS, PTV, VIH, VIH/Sida, profilaxis,

entre otros. Estas metodologías reconocen los costos de las consultas ambulatorias, los costos de hospitalización, los costos de tratamiento (que incluyen ARV), entre otros;

c) se recolectó información de una de las instituciones más importantes que no reportó en el MEGAS 2005-2007, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, IESS, que reporta gastos para el año 2009 por 2.8 millones de USD.

d) El presente estudio trabajó con la metodología del MEGAS rápido o simplificado, cuya base de recolección de la información constituye una matriz que a sido simplificada en relación a la utilizada en el MEGAS 2005-2007, lo cual significó una mayor facilidad y disposición por parte de las instituciones para entregar la información.

Adicionalmente, otro factor que facilitó la entrega de información fue la presentación metodológica sobre el Indicador 1, a los principales actores de la respuesta nacional, desde el MSP, la sociedad civil, el sector privado y la cooperación internacional. Esto determinó que al contar con un alto nivel de información, en el presente informe se visualice la importancia en el MEGAS 2008 y 2009 del MSP como el actor fundamental del gasto en VIH y Sida con un aporte del 72% del total del gasto realizado en ambos años, seguido por el aporte del conjunto de instituciones públicas, semipúblicas, internacionales y de la sociedad civil y el sector privado con el 21%, mientras que el Fondo Mundial aportó con el 7%.

De la misma manera, para comprender la dinámica del gasto en VIH/Sida, se realizó una agregación de los datos de acuerdo a categoría de gasto y se llegó a determinar que las categorías de prevención y atención y tratamiento constituían el 88% del gasto total que las instituciones habían realizado en el año 2008 y 2009, y por tanto solamente un 7,28 % se dedicó a gasto en RRHH y gestión de programa, lo cual implicaría una alta eficiencia en el gasto a nivel general

En prevención, las instituciones gastaron **13.5 millones USD**, en el año 2008 y **16.1 millones de USD** en el año 2009, para un total de 29.8 millones de USD en ambos años. En atención y tratamiento las instituciones (que son básicamente el MSP, el IESS y el ISSFA), gastaron **9.1 millones de USD** en el año 2008, y **12.2 millones de USD** en el año 2009, para un gasto total de 21.3 millones de USD en ambos años.

Con estos datos se procedió a comparar las estimaciones establecidas por dos estudios: un estudio de Modelo de Priorización para el acceso universal en el cual se identificó un superávit del gasto efectivamente realizado con respecto a las estimaciones del modelo en 11.2 millones de USD para el año 2008 y 16.4 millones de USD para el año 2009. En cambio, si se tomaba como referente el Modelo de Necesidad de recursos para VIH/Sida, el gasto realizado se convertía en déficit de 24.6 millones de USD en el año 2008 y 7.2 millones en el año 2009. Estos datos ponen al gasto efectivamente realizado justo en la mitad entre dos estimaciones diferentes.

El Indicador 1 Gasto relativo al VIH y Sida para los años 2008 y 2009, en virtud de la importancia que tiene el gasto realizado por el MSP, realiza un estudio

más detallado del gasto en VIH y Sida realizado por esta institución. Los datos muestran que el MSP gastó 10.317.570 USD, en prevención en el año 2008, y 13.029.577 USD en el año 2009. En atención y tratamiento, el MSP gastó 8.928.130 USD en el año 2008, y 9.843.143 USD en el año 2009, para un total de gasto de **19.245.700 USD** en el año 2008 y **22.872.720 USD** en el año 2009, para un total en ambos años de **42.118.420 USD**, lo que la convierte en la institución más importante del gasto en VIH Y SIDA en los años 2008 y 2009.

El MSP como institución rectora en la respuesta al VIH, principalmente en el último quinquenio, ha experimentado un crecimiento a nivel nacional, en donde ha tenido un rol protagónico expresado en el fortalecimiento de su rectoría política y técnica, así como en el incremento de los servicios y prestaciones que ha logrado instalar. Las acciones de PTMI, prevención y atención a ITS, consejería y prueba en todo el país, más la implementación y fortalecimiento gradual de 28 unidades de atención integral a PVVS, significan un relevante esfuerzo institucional expresado a través de las cifras presentadas en el presente informe.

Esto, además, ha implicado un cambio en cuanto al balance entre el gasto registrado en acciones de prevención vs. aquellas de atención y tratamiento, pues, tradicionalmente se había expresado en un predominio de gasto destinado a atención y tratamiento por sobre aquel de prevención. Sin embargo, los datos del presente informe permiten visualizar los importantes recursos gastados en las acciones de prevención, ejecutadas a través de los servicios, alterando significativamente las proporciones entre estas categorías de gasto y evidenciando el nuevo enfoque en política pública en salud que tiene el MSP.

El presente Informe del Gasto 2008 y 2009, también presenta el comportamiento del gasto de las instituciones públicas y semipúblicas, en donde es de destacar el aporte del IESS con 2.8 millones de USD que representa por sí solo el 65% el gasto de las instituciones públicas y semipúblicas excluyendo, por supuesto, al MSP.

En el caso de las instituciones internacionales, el Informe de medición del gasto 2008 y 2009 rescata el aporte de las agencias y organizaciones del sistema de Naciones Unidas comprometidas con la respuesta a la epidemia, que en conjunto representan el 66% del gasto total de estas instituciones. El presente estudio también identificó un importante proyecto entre la Unión Europea y CARE y lo incluyó en el gasto en VIH/Sida. El estudio del gasto 2008 y 2009 también incorpora los gastos realizados por organizaciones, redes, coaliciones, fundaciones y entidades del sector privado, que no reciben recursos del Fondo Mundial y que tienen otras fuentes de financiamiento. Entre estas organizaciones, se detectó el importante aporte de la Fundación Equidad con 1.8 millones de USD para 2008 y 2009.

Si se compara el peso de los recursos externos al país entre el informe MEGAS 2005-2007 y el presente informe del gasto 2008 y 2009, es posible apreciar la manera por la cual el país ha ido asumiendo gradualmente una responsabilidad programática y presupuestaria cada vez mayor en la respuesta al VIH. Esto se

evidencia principalmente en dos aspectos: el financiamiento casi total del gasto en medicamentos e insumos por parte de las instituciones nacionales; y, en segundo lugar, en el significativo gasto en acciones de prevención a través de los servicios.

No obstante no se evidencia suficiente inversión pública en acciones de promoción de estilos de vida saludables para la reducción del riesgo, sobre todo aquella dirigida a poblaciones más expuestas, así como acciones de información, educación y comunicación, tanto para estas poblaciones como para la población general.

Debido a que la metodología de MEGAS rápido o abreviado utilizada en el presente estudio, no permite obtener información por población beneficiaria, no se ha podido constatar si efectivamente el gasto está respondiendo fielmente al tipo de epidemia concentrada del Ecuador. Sin embargo, la información recabada no evidencia un gasto importante en acciones dirigidas específicamente a grupos como HSH, TS, PPL. En cambio si se ha registrado el gasto dirigido a personal uniformado.

Siendo los adolescentes y jóvenes un grupo de vulnerabilidad al VIH de acuerdo con las cifras epidemiológicas, tampoco se evidencia una proporción importante de gasto desde el sector educativo, concretamente el Ministerio de Educación.

Un dato digno de resaltar es el bajo nivel de gasto en investigación (apenas el 3% del gasto total para ambos años), pues son muy pocas las instituciones que registran esta actividad, y son específicamente del sector de sociedad civil y cooperación internacional, es decir no se evidencia inversión pública en este rubro.

El Informe del gasto 2008 y 2009, en su anexo, hace una referencia a las encuestas de condiciones de vida del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, que plantea preguntas específicas sobre la percepción que tienen los hogares por quintiles de ingreso sobre el VIH/Sida. Si bien la forma de preguntar del INEC no coincide con los términos que ahora se utilizan, es importante señalar las diferencias de percepciones que tienen los hogares por quintiles de ingreso con respecto a la epidemia. Los hogares más pobres y situados en el sector rural, tienen con respecto a la epidemia una serie de prejuicios que son diferentes, en cambio, a los estratos con ingresos más altos. Estas diferentes percepciones por diferencias de ingresos pueden ayudar a la definición de políticas públicas con respecto a la respuesta nacional al VIH/Sida.

# **ANEXOS**

# Población y VIH/Sida

## Población y VIH Y SIDA por quintiles de ingreso

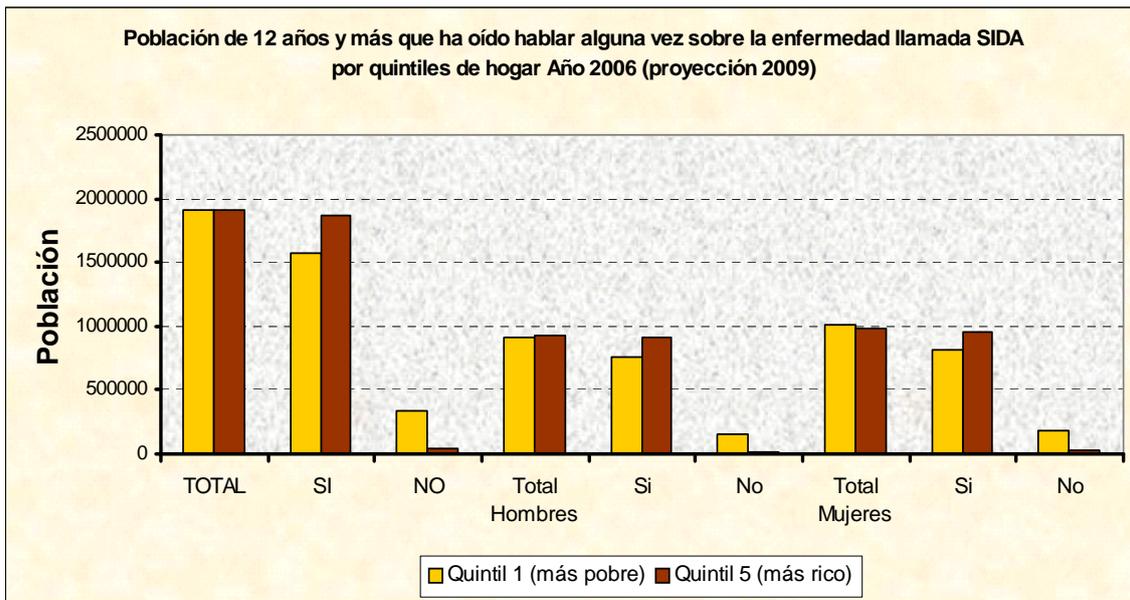
Otro de los aspectos a señalar es la situación social y económica del Ecuador que se evidencia en la forma por la cual se distribuye el ingreso y que genera un fenómeno de concentración del ingreso en los sectores más ricos de la sociedad. Las estadísticas regionales muestran al Ecuador como uno de los países en donde más injustamente se distribuye el ingreso. De acuerdo a esos datos, el 20% más rico de la sociedad (quintil 5) participa de la renta nacional en más del 56%, mientras que el 20% más pobre (quintil 1), apenas participa con el 2,7%. Sin embargo, la concentración del ingreso no es solamente un fenómeno económico sino también social que incide en los comportamientos y en las percepciones que tienen los estratos sociales sobre aspectos de la realidad.

El Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos, INEC, lleva adelante las Encuestas de Condiciones de Vida (ECV), en las que incorporó recientemente una encuesta por estructura del ingreso sobre las percepciones, conocimientos, hábitos y tendencias que tiene la población con respecto al VIH Y SIDA. La encuesta del INEC utiliza los términos “contagio” y “enfermedad” para el VIH Y SIDA y deben mantenerse de esta manera (a pesar de que en los nuevos documentos oficiales se habla más de respuesta y transmisión), habida cuenta de que la población respondió a esos términos utilizados y las respuestas se estructuraron en función de los términos “enfermedad” y “contagio”.

Como puede apreciarse en el siguiente cuadro el quintil más pobre tiene menor información con respecto al VIH Y SIDA que el quintil más rico.

### **Gráfico No. 16**

Población por quintiles de ingreso que ha oído alguna vez sobre el VIH y Sida  
Año 2006 (proyección 2009)

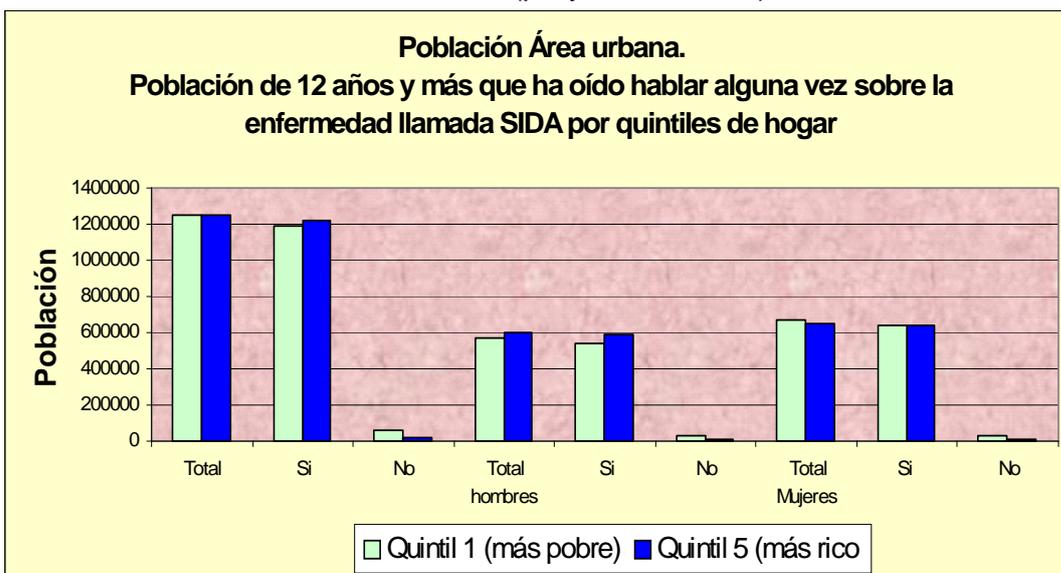


**Fuente:** INEC, Quinta Ronda ECV  
**Elaboración:** Equipo consultor

Las diferencias de percepción también cambian si la población vive en el área urbana o en el área rural, en este caso podemos notar que no hay mucha diferencia entre los estratos de ingresos en el sector urbano y rural con respecto al VIH Y SIDA, ya que los medios de comunicación, las políticas públicas, las instituciones y organizaciones de la sociedad civil, de alguna manera tienen más presencia en el sector urbano que en el sector rural. Esto nos indica también que con una buena estrategia de comunicación se puede llegar a toda la población independientemente de la estructura del ingreso.

**Gráfico No. 17**

Población del área urbana de 12 años y más que ha oído hablar alguna vez sobre el VIH y Sida por quintiles de hogar  
 Año 2006 (proyección 2009)



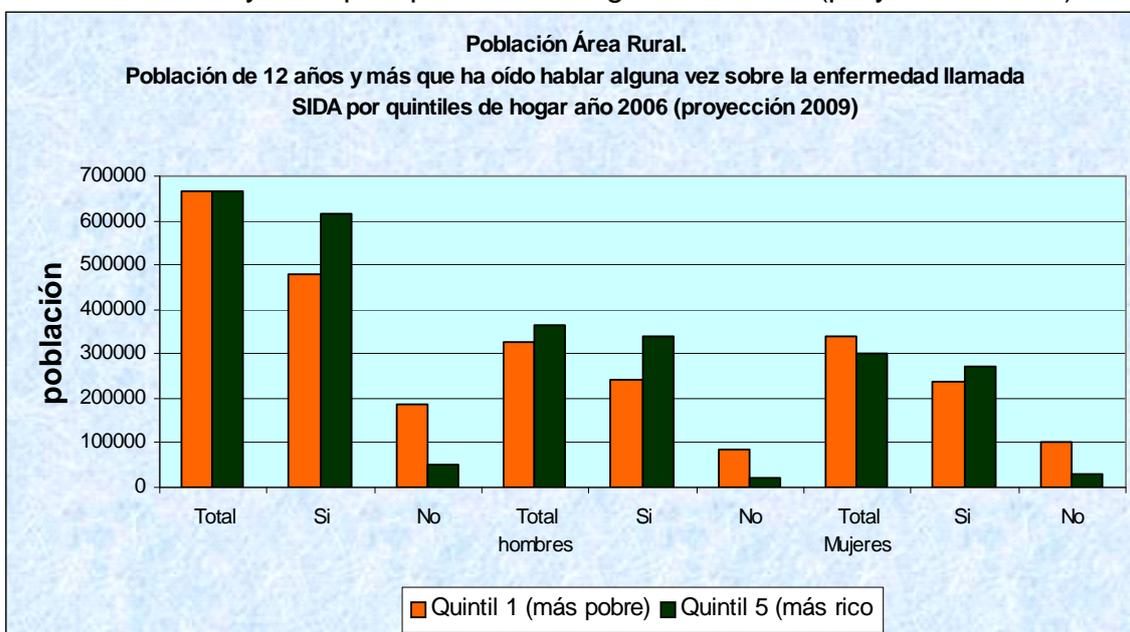
**Fuente:** INEC, Quinta Ronda ECV  
**Elaboración:** Equipo consultor

La situación cambia cuando se toma en consideración al sector rural. Los pobres del sector rural tienen menos información y, en consecuencia, sus percepciones sobre el VIH y Sida son diferentes tanto al sector urbano, cuanto a los estratos de mayor ingreso del mismo sector rural. Puede pensarse que en virtud de que la epidemia del VIH y Sida es concentrada y su prevalencia está en las ciudades, sobre todo las poblaciones más expuestas (PVVS, HSH, TS), quizá no sea prioritaria la prevención en el sector rural, pero a pesar de ser una epidemia concentrada, los esfuerzos deben estar dirigidos al conjunto de los sectores sociales, sobre todo por las dinámicas urbano-rural y por la movilidad social y demográfica. En el siguiente gráfico consta la información sobre VIH y Sida en el sector rural y por quintiles de hogar.

### Gráfico No. 18

#### Población del área rural

Población del área urbana de 12 años y más que ha oído hablar alguna vez sobre el VIH y Sida por quintiles de hogar. Año 2006 (proyección 2009)



Fuente: INEC, Quinta Ronda ECV

Elaboración: Equipo consultor

La investigación del INEC presente en las ECV, indica también las percepciones que tienen los hogares por quintiles sobre las formas de contagio. Mientras que el quintil 5 (más rico) tiene un amplio conocimiento sobre la transmisión por relaciones sexuales sin condón, el quintil más pobre tiene diferencias importantes sobre este conocimiento con respecto al quintil más rico, como puede apreciarse en el siguiente gráfico.

### Gráfico No. 19

Población de 12 años y más con conocimientos sobre las formas de contagio del VIH y Sida por quintiles de hogar. Relaciones sexuales sin condón Año 2006 (proyección 2009)



**Fuente:** INEC, Quinta Ronda ECV  
**Elaboración:** Equipo consultor

De la misma manera con respecto al uso de baños públicos como fuente de transmisión. Las diferencias de criterios entre los quintiles 1 y 5 son importantes, como puede verse en los siguientes gráficos.

**Gráfico No. 20**

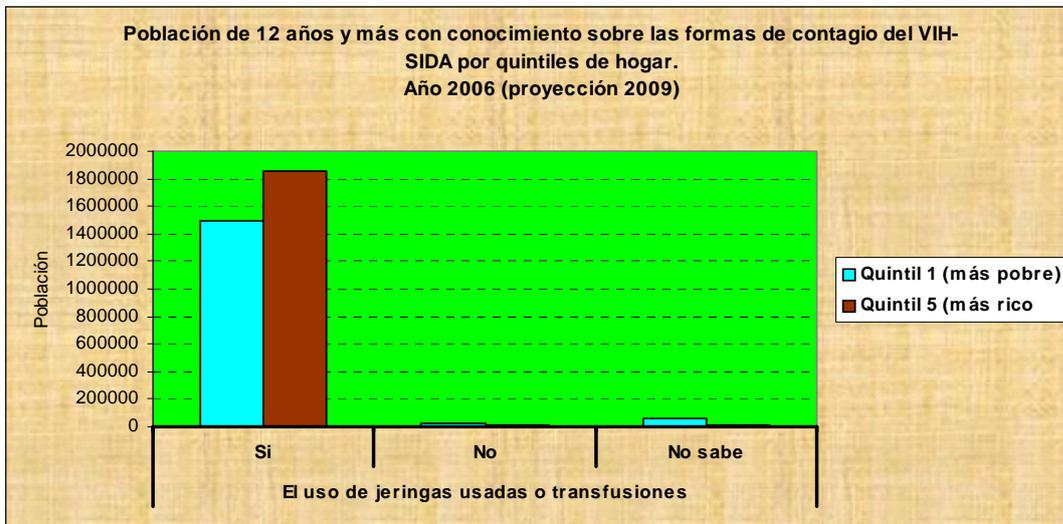
Población de 12 años y más con conocimientos sobre las formas de contagio del VIH y Sida por quintiles de hogar. El uso de baños públicos  
 Año 2006 (proyección 2009)



**Fuente:** INEC, Quinta Ronda ECV  
**Elaboración:** Equipo consultor

**Gráfico No. 21**

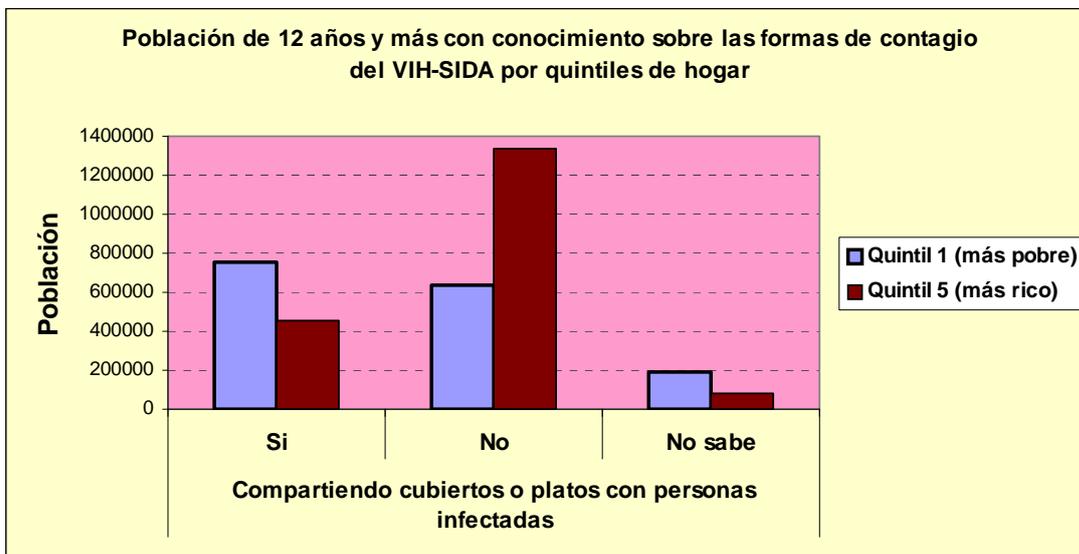
Población de 12 años y más con conocimientos sobre las formas de contagio del VIH y Sida por quintiles de hogar. Uso de jeringas usadas o transfusiones  
 Año 2006 (proyección 2009)



**Fuente:** INEC, Quinta Ronda ECV  
**Elaboración:** Equipo consultor

**Gráfico No. 22**

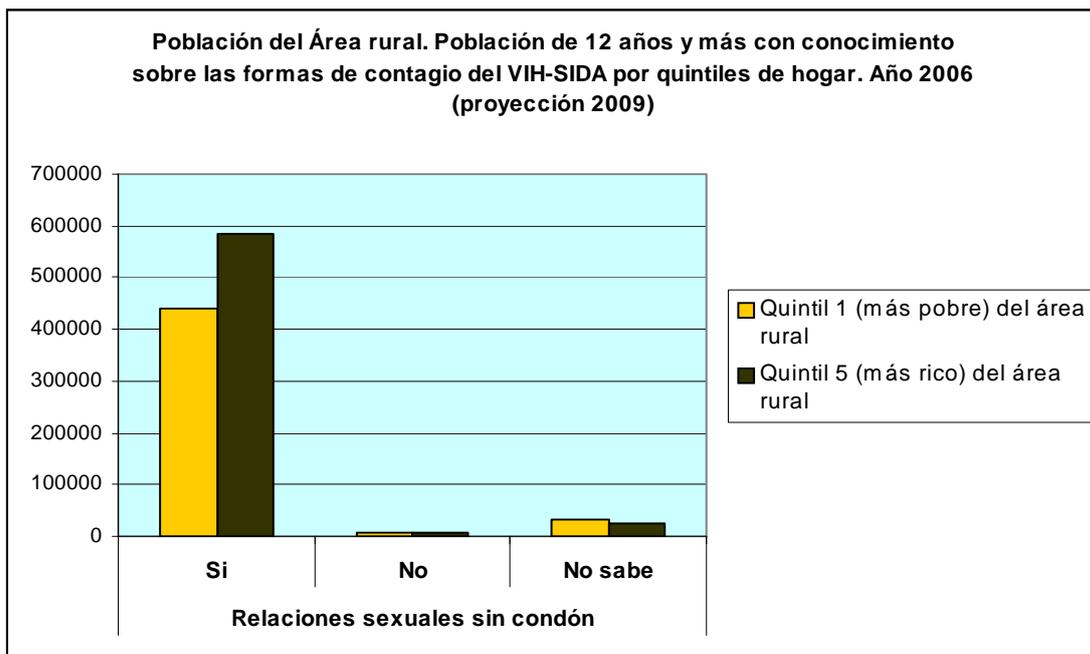
Población de 12 años y más con conocimientos sobre las formas de contagio del VIH y Sida por quintiles de hogar. Compartiendo platos con personas infectadas  
 Año 2006 (proyección 2009)



**Fuente:** INEC, Quinta Ronda ECV  
**Elaboración:** Equipo consultor

**Gráfico No. 23**

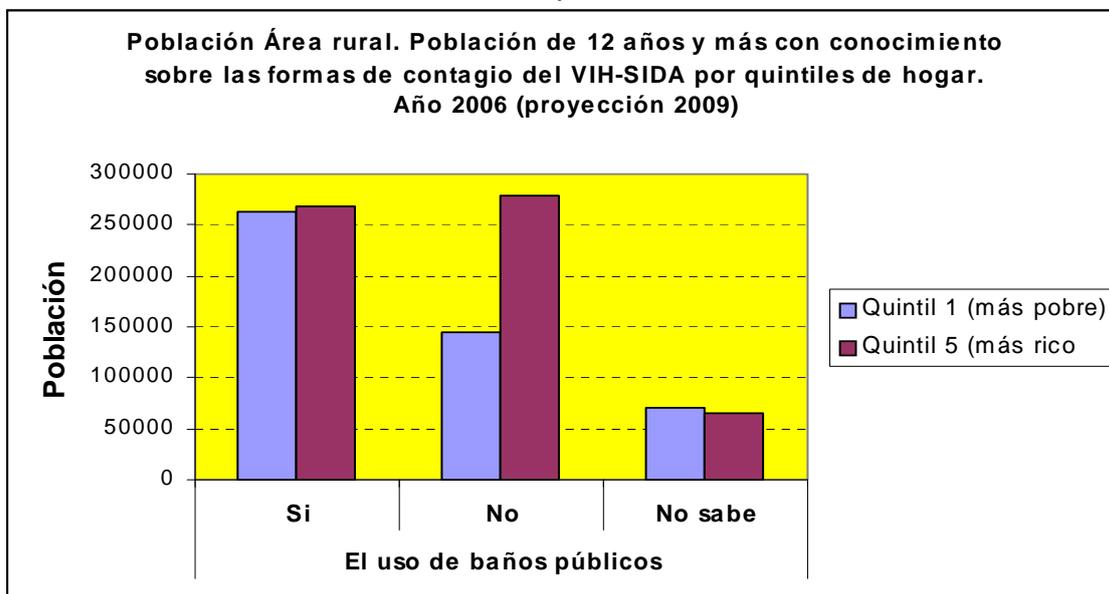
Población Area rural  
 Población de 12 años y más con conocimientos sobre las formas de contagio del VIH y Sida por quintiles de hogar. Año 2006 (proyección 2009). Relaciones sexuales sin condón



Fuente: INEC, Quinta Ronda ECV  
 Elaboración: Equipo consultor

**Gráfico No. 24**

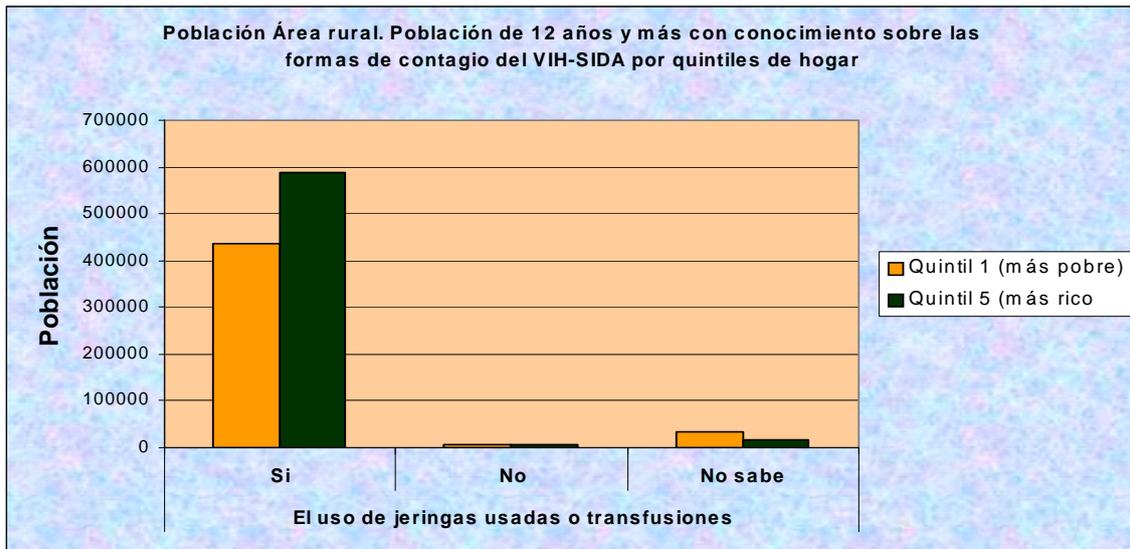
Población de 12 años y más con conocimientos sobre las formas de contagio del VIH Y SIDA por quintiles de hogar. Año 2006 (proyección 2009). Uso de baños públicos



Fuente: INEC, Quinta Ronda ECV  
 Elaboración: Equipo consultor

**Gráfico No. 25**

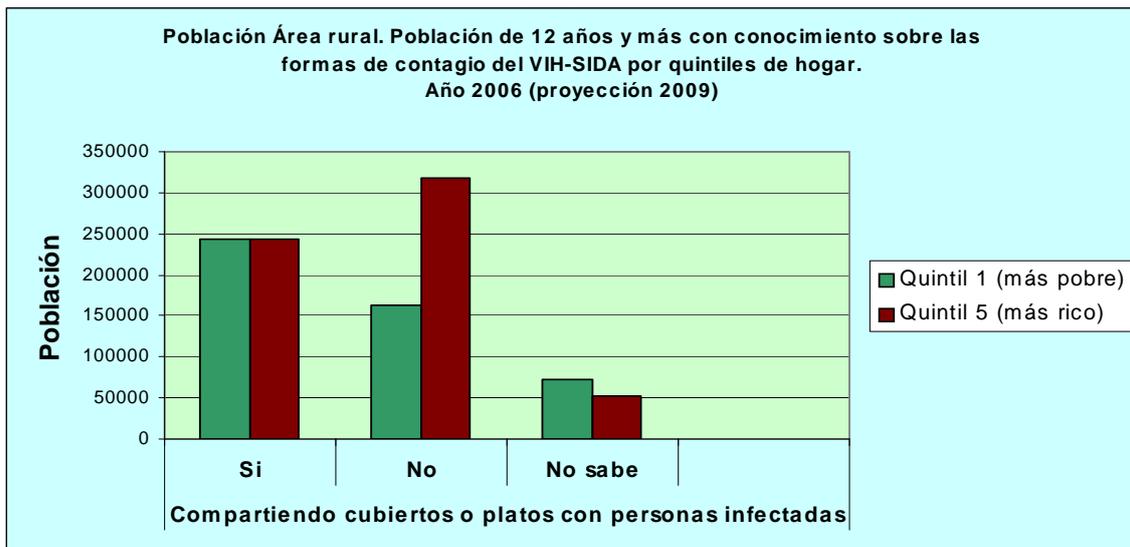
Población de 12 años y más con conocimientos sobre las formas de contagio del VIH y Sida por quintiles de hogar. Año 2006 (proyección 2009). Uso de jeringas usadas o transfusiones



**Fuente:** INEC, Quinta Ronda ECV  
**Elaboración:** Equipo consultor

**Gráfico No. 26**

Población de 12 años y más con conocimientos sobre las formas de contagio del VIH y Sida por quintiles de hogar. Compartiendo platos con personas infectadas  
 Año 2006 (proyección 2009).



**Fuente:** INEC, Quinta Ronda ECV  
**Elaboración:** Equipo consultor

# Matrices globales del gasto en VIH y Sida\*

## Matriz Global 2008

Categorías del gasto relativo al SIDA	Fuentes de financiación										Fuentes de financiación					Fuentes de financiación			
	Dólares Americanos	Fuente pública					Fuente intercomunitaria					Fuente particular (comisión para la promoción de donantes)							
		Públicas (nacionales)	Comunales / Nacionales	Subnacionales	Banco de desarrollo (reembolsable) (ej. Petrosbras)	Seguridad Social	Todas las otras públicas	Internacionales (subsidio)	Bilaterales	Multilaterales				Privadas (voluntario)	Instituciones con fines de lucro / Empresas	Consumidores / donaciones directas	Todas las otras privadas		
										Organos de las Naciones Unidas	Fondo Mundial	Banco de desarrollo (no reembolsable)	Todas las otras multilaterales					Todas las otras internacionales	
TOTAL	Dólares Americanos	Dólares Americanos	Dólares Americanos	Dólares Americanos	Dólares Americanos	Dólares Americanos	Dólares Americanos	Dólares Americanos	Dólares Americanos	Dólares Americanos	Dólares Americanos	Dólares Americanos	Dólares Americanos	Dólares Americanos	Dólares Americanos	Dólares Americanos	Dólares Americanos		
TOTAL	25,917,939	21,349,122	19,252,796	1,028,000	0	73,110	1,125,986	0	107,094	1,786,720	0	86,539	0	1,493,166	0	0	1,493,166		
B01 Promoción (subsidio)	13,796,899	10,362,442	29,372,282	40,000	0	0	1,125,986	0	305,474	1,723,972	0	82,949	0	302,542	0	0	607,744		
B01.01 Comunicación para el cambio social y comportamental	973,710	1,427,710	29,372,282	14,276	0	0	668,300	0	99,305	472,614	0	5,220	0	182,822	0	0	238,850		
B01.02 Movilización de la comunidad	303,457	19,000	0	19,000	0	0	46,320	0	66,574	0	35,240	0	0	109,638	0	0	137,077		
B01.03 Asesoramiento y pruebas voluntarias (APV)	698,300	0	0	0	0	0	301,150	0	0	2,410,936	0	107,763	0	348,150	0	0	457,113		
B01.04 Reducción del riesgo para poblaciones vulnerables y accesibles	118,561	0	0	0	0	0	39,100	0	99,180	0	0	0	0	59,161	0	0	59,161		
B01.05 Promoción - pheros occidentales	139,848	0	0	0	0	0	69,520	0	27,080	0	0	0	0	49,464	0	0	120,948		
B01.06 Promoción - pheros occidentales	452,668	151,000	0	151,000	0	0	169,100	0	0	1,974,832	0	3,107	0	160,500	0	0	160,857		
B01.07 Promoción de la transmisión de VIH dirigida a personas que viven con el VIH (PVV)	440,150	0	0	0	0	0	23,570	0	0	2,002,432	0	4,150	0	224,575	0	0	228,908		
B01.08 Programas de promoción para profesionales del sector y sus clientes	434,817	0	0	0	0	0	27,490	0	38,066	1,939,412	0	27,490	0	277,490	0	0	277,490		
B01.09 Programas para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HRM)	746,370	0	0	0	0	0	0	0	0	3,948,120	0	0	0	373,420	0	0	333,420		
B01.10 Programas de reducción de daños para consumidores de drogas inyectables (CDI)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
B01.11 Programas de promoción en el lugar de trabajo	32,946	0	0	0	0	0	16,470	0	0	642,210	0	10,070	0	16,470	0	0	26,544		
B01.12 Comercialización social del preservativo	60,000	30,000	30,000	0	0	0	0	0	12,000	0	0	0	0	38,000	0	0	12,000		
B01.13 Servicios de promoción mancomunada en el sector público y comercial	77,557	0	0	0	0	0	40,200	0	7,800	3,881,440	0	0	0	38,670	0	0	38,670		
B01.14 Servicios de promoción mancomunada en el sector público y comercial	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
B01.15 Microfinanzas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
B01.16 Promoción, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS)	113,560	0	0	4,151,370	0	0	36,700	0	40,860	0	16,780	0	0	58,780	0	0	73,560		
B01.17 Promoción de la transmisión no monogámica (PTM)	30,755	0	0	0	0	0	15,370	0	0	0	10,070	0	0	15,370	0	0	24,440		
B01.18 Comunicación transmedia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
B01.19 Seguridad biométrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
B01.20 Inyecciones médicas seguras	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
B01.21 Pruebas rápidas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
B01.22 Pruebas rápidas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
B01.23 Pruebas rápidas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
B01.24 Pruebas rápidas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
B01.25 Pruebas rápidas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
B01.26 Pruebas rápidas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
B01.27 Pruebas rápidas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
B01.28 Pruebas rápidas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
B01.29 Pruebas rápidas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
B01.30 Pruebas rápidas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
B01.31 Pruebas rápidas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
B01.32 Pruebas rápidas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
B01.33 Pruebas rápidas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
B01.34 Pruebas rápidas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
B01.35 Pruebas rápidas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
B01.36 Pruebas rápidas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
B01.37 Pruebas rápidas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
B01.38 Pruebas rápidas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
B01.39 Pruebas rápidas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
B01.40 Pruebas rápidas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
B01.41 Pruebas rápidas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
B01.42 Pruebas rápidas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
B01.43 Pruebas rápidas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
B01.44 Pruebas rápidas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
B01.45 Pruebas rápidas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
B01.46 Pruebas rápidas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
B01.47 Pruebas rápidas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
B01.48 Pruebas rápidas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
B01.49 Pruebas rápidas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
B01.50 Pruebas rápidas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
B01.51 Pruebas rápidas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
B01.52 Pruebas rápidas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
B01.53 Pruebas rápidas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
B01.54 Pruebas rápidas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
B01.55 Pruebas rápidas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
B01.56 Pruebas rápidas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
B01.57 Pruebas rápidas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
B01.58 Pruebas rápidas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
B01.59 Pruebas rápidas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
B01.60 Pruebas rápidas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
B01.61 Pruebas rápidas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
B01.62 Pruebas rápidas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
B01.63 Pruebas rápidas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
B01.64 Pruebas rápidas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
B01.65 Pruebas rápidas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
B01.66 Pruebas rápidas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
B01.67 Pruebas rápidas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
B01.68 Pruebas rápidas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
B01.69 Pruebas rápidas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
B01.70 Pruebas rápidas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
B01.71 Pruebas rápidas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
B01.72 Pruebas rápidas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
B01.73 Pruebas rápidas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
B01.74 Pruebas rápidas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
B01.75 Pruebas rápidas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
B01.76 Pruebas rápidas	0																		

