



---

DECLARACION DE  
COMPROMISO  
SOBRE VIH-SIDA, UNGASS

---

**INFORME DEL  
GOBIERNO DEL ECUADOR RELATIVO**

**AL PERIODO  
2006 - 2007**

## **RESPONSABLES**

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

Dr. Ernesto Torres  
**SUBSECRETARIO GENERAL DE SALUD**

Dr. Carlos Velasco  
**SUBSECRETARIO DE PROTECCION SOCIAL**

Dr. Ricardo Cañizares  
**SUBSECRETARIO DE LA REGION COSTA E INSULAR**

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

Dra. Eulalia Narváez  
**DIRECTORA DE CONTROL Y MEJORAMIENTO DE LA SALUD PÚBLICA**

Dra. Maria Elena Rojas Jaramillo  
**JEFE DEL PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE VIH/SIDA/ITS**

### **ASISTENCIA TECNICA ONUSIDA**

Sr. René Mauricio Valdés, Coordinador Residente de SNU en Ecuador  
Sra. Moni Pizani, Presidenta del Grupo Temático y Representante de UNIFEM  
Dra. Ivette Valcárcel, punto focal de ONUSIDA en Ecuador  
César Chérrez-ACNUR, Mariana Egas-FAO, Celia Riera OPS-OMS, Raúl Ayala PMA, Rita Cloet-PNUD, María Gloria Amorozo,-UNESCO, Soledad Guayasamín-UNFPA, Kristina Morales-UNICEF, Viviane Ramel-UNIFEM. Grupo Técnico de VIH del SNU en Ecuador  
Dr. Rubén Mayorga, Coordinador de ONUSIDA para Perú, Ecuador y Bolivia  
Lic. Patricia Bracamonte, Oficial de M&E de ONUSIDA de la Oficina Sub Regional para Perú, Ecuador y Bolivia

### **CREÉDITOS:**

#### **Recolección, procesamiento y análisis: Secretaría Técnica de Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, Unidad de información y análisis, SIISE**

Alberto Valle (consultor – SIISE)  
Kerlly Bermúdez (especialista técnica – SIISE)  
Rosa Espinoza (consultor – SIISE)  
Dr. Pablo Acosta PNS

#### **Redacción Informe:**

Alberto Narváez Ph.D (Consultor – SIISE)

#### **Revisores:**

Dr. Pablo Acosta  
Dra. Ivette Valcarcel  
Lcda. Patricia Bracamonte  
Kerlly Bermúdez

#### **Revisión Final :**

Dra. Carmen Laspina  
Dra. María Elena Rojas

## I. ÍNDICE

I. ÍNDICE .....	3
GLOSARIO.....	4
2. SITUACIÓN ACTUAL.....	6
2.1. LA PARTICIPACIÓN DE LOS INTERESADOS EN EL PROCESO DE REDACCIÓN DEL INFORME .....	6
2.2. LA SITUACIÓN DE LA EPIDEMIA.....	7
2.3. INDICADORES UNGASS - ECUADOR.....	12
3. PANORAMA GENERAL DE LA EPIDEMIA.....	17
4. RESPUESTA NACIONAL A LA EPIDEMIA DE SIDA .....	20
4.1 COMPROMISO Y ACCION NACIONAL .....	20
4.2 DESARROLLO DE AREAS PROGRAMATICAS.....	40
5. PRÁCTICAS ÓPTIMAS.....	64
5.1. INCIDENCIA POLÍTICA .....	64
5.2. ATENCIÓN INTEGRAL A PVVS.....	65
5.3. PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL Y SANGUÍNEA.....	66
5.4. MANEJO SINDRÓMICO DE ITS .....	66
5.5. PLAN ESTRATÉGICO MULTISECTORIAL.....	67
6. PRINCIPALES PROBLEMAS Y ACCIONES CORRECTORAS .....	67
6.1. PREVENCIÓN.....	67
6.2. TRATAMIENTO, ATENCIÓN Y APOYO.....	68
6.3. CONOCIMIENTO Y COMPORTAMIENTO.....	70
7. APOYO DE LOS ASOCIADOS PARA EL DESARROLLO DEL PAÍS .....	71
8. SISTEMAS DE VIGILANCIA Y EVALUACIÓN.....	77
8.1. PANORAMA GENERAL DEL SISTEMA ACTUAL DE VIGILANCIA Y EVALUACIÓN.....	80
8.2. PROGRESOS DEL SISTEMA DE VIGILANCIA Y EVALUACIÓN.....	83
8.3. PROBLEMAS AFRONTADOS EN LA APLICACIÓN DE UN SISTEMA DE VIGILANCIA Y EVALUACIÓN AMPLIO .....	84
8.4. LAS MEDIDAS CORRECTORAS IDEADAS PARA SUPERAR LOS PROBLEMAS .....	85
8.5. NECESIDADES DE ASISTENCIA TÉCNICA EN MATERIA DE VIGILANCIA Y EVALUACIÓN Y DE DESARROLLO DE LAS CAPACIDADES.....	86
BIBLIOGRAFÍA .....	87
ANEXOS.....	88

## GLOSARIO

<b>ARV</b>	Antirretrovirales
<b>ENDEMAIN</b>	Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil
<b>FG</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; también se llaman grupos más vulnerables.
<b>GTZ</b>	Cooperación Técnica Alemana
<b>HSH</b>	Hombres que tienen sexo con hombres
<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>LB-USFQ</b>	Línea de Base Universidad San Francisco de Quito
<b>MCP</b>	Mecanismo Coordinador de País
<b>ME</b>	Ministerio de Educación
<b>MSP</b>	Ministerio de Salud Pública del Ecuador
<b>MSF</b>	Médicos Sin Fronteras
<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>PEM</b>	Plan Estratégico Multisectorial del Ecuador en respuesta al VIH/SIDA
<b>PEPs</b>	Promotores educadores de pares
<b>PTV</b>	Prevención de Transmisión Vertical
<b>PVVS</b>	Personas viviendo con el VIH y SIDA
<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>RP1</b>	Receptor Principal Uno
<b>RP2</b>	Receptor Principal Dos
<b>SIISE</b>	Sistema Integrado de Indicadores Sociales de Ecuador
<b>SIVE</b>	Sistema Integral de Vigilancia Epidemiológica

<b>Riesgo 1</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>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 antirretroviral de gran actividad
<b>TB</b>	Tuberculosis
<b>TS</b>	Trabajadores sexuales
<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

---

<sup>1</sup> ONUSIDA. Directrices prácticas del ONUSIDA para intensificar la prevención del VIH. Hacia el Acceso Universal. 2007

## 2. SITUACIÓN ACTUAL

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

La elaboración del presente informe se realizó mediante la participación activa de los principales actores del gobierno, de la sociedad civil y líderes en la lucha contra el VIH/SIDA en el Ecuador. La colaboración de las Instituciones estuvo dada en: 1) la entrega de la información necesaria para la preparación de los indicadores de nivel nacional del informe UNGASS 2006-2007, 2) respuestas a los cuestionarios para la obtención del Índice Compuesto de Política Nacional, y 3) discusión y contextualización de los resultados encontrados en talleres.

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 al ámbito nacional, proporcionan una idea del comportamiento del VIH en determinados subgrupos y/o en determinadas áreas geográficas.

Los eventos que se realizaron para la elaboración del informe son:

1. Revisión de avances de recolección de datos, reuniones semanales con participación de equipo de SIISE, PNS, UNICEF, UNFPA y PNUD (ONUSIDA).
2. Reunión consultiva para la revisión de avances de indicadores con presentación de fichas técnicas, análisis, validación de indicadores y fuentes con asistencia de todos los sectores: ONGs, MCP, OBC, PNS, Fondo Global e instituciones estatales: Ministerio de Educación (ME), Policía Nacional, Fuerzas Armadas. Donde también se los comprometió a la entrega de información para los procesos de UNGASS y MEGAS. Quito, Hotel Río Amazonas, del 12 de diciembre 2007.
3. Reunión para revisión del primer borrador y correcciones por parte de funcionarios del programa SIISE, PNS, UNFPA, UNICEF, UNIFEM y PNUD, ONUSIDA. Oficinas del PNS, 21 de enero de 2007.
4. Reunión Nacional de Validación: revisión de segundo borrador y validación de resultados de indicadores y encuestas ICPN en taller con la participación de actores claves.(Ver anexo 3) Quito, Hotel Río Amazonas, 22 enero 2008
5. Circulación de la versión de borrador a actores claves para recolección de sugerencias y apreciaciones.
6. Circulación de versión final por e-mail para revisión de actores clave.
7. Presentación de informe final, 31 de enero de 2008.

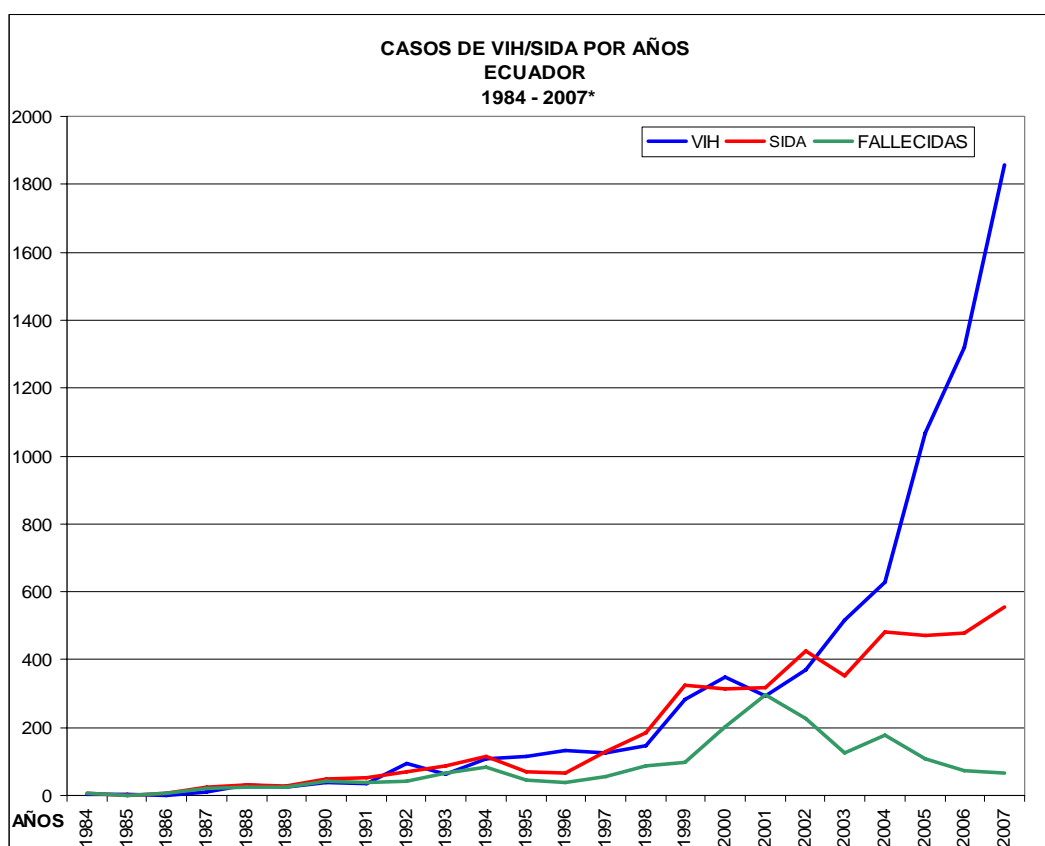
## 2.2. LA SITUACIÓN DE LA EPIDEMIA

### 2.2.1. Comportamiento temporal

El primer caso de SIDA en el Ecuador se notificó en 1984, desde entonces el número se ha incrementado considerablemente. El total de casos de personas infectadas reportadas hasta diciembre de 2007 es de 12.246, de los cuales 4.640 presentaron el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y han fallecido según registros médicos 1.947 (Gráfico 1).

Analizando la tendencia en los últimos tres años, hay un aumento significativo de la notificación de infectados por VIH a expensas fundamentalmente del tamizaje de embarazadas, donantes de sangre, personas que consultan por ITS y tuberculosis. A la vez que, se observa una estabilización en el número de casos de SIDA y un descenso de la mortalidad, Lo que se explica por un incremento en el tamizaje de VIH y por un mayor acceso a ARV.

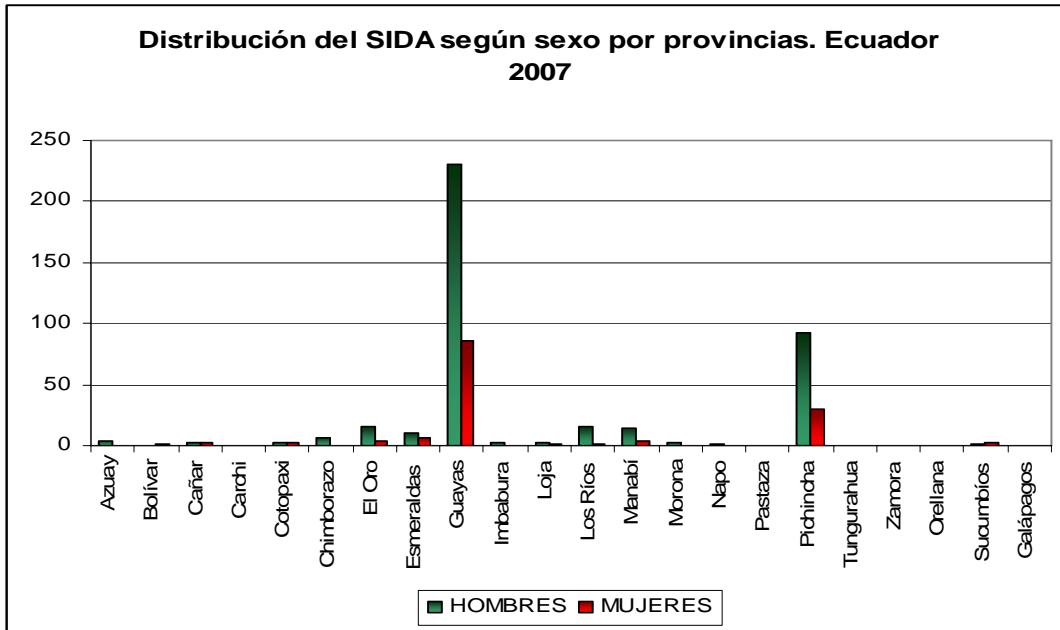
**Gráfico 1. Numero de casos acumulados reportados de VIH/SIDA. Ecuador, 1984-2007.**



**Fuente: Programa Nacional de SIDA. Ministerio de Salud Pública. Ecuador.**

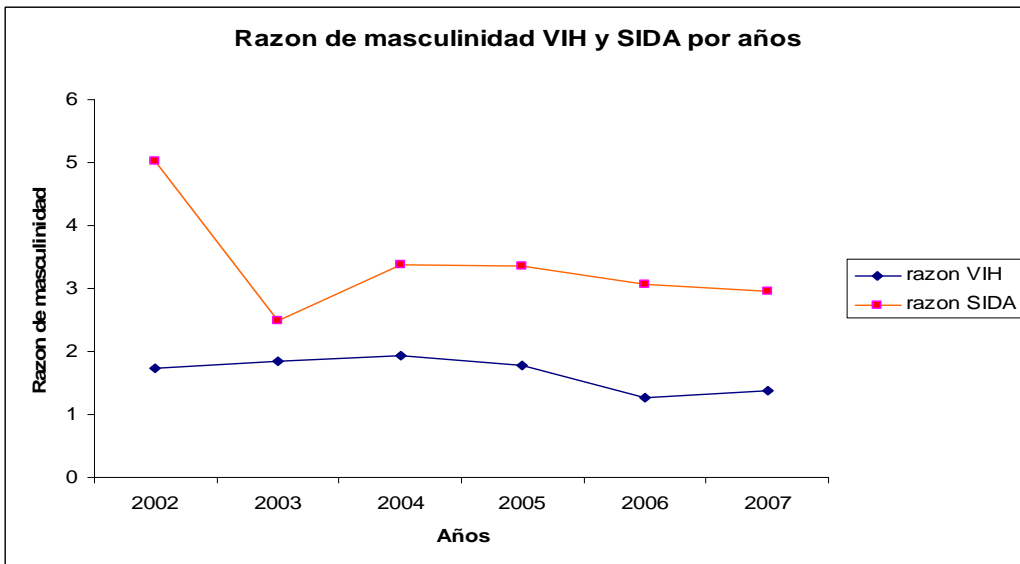
Todavía en el Ecuador hay un predominio de la infección en hombres (Gráfico 2). Sin embargo, del 2002 al 2007 la razón hombre/mujer en personas con VIH avanzado (SIDA), bajó de 5.01 a 2.96 y en los últimos dos años se ha estabilizado. (Gráfico 3.)

**Gráfico 2. Distribución del SIDA según sexo por provincias. Ecuador 2007.**



Fuente: Programa Nacional de SIDA. Ministerio de Salud Pública. Ecuador.

**Gráfico 3. Razón de masculinidad VIH y SIDA. Ecuador 2002-2007.**



Fuente: Programa Nacional de SIDA. Ministerio de Salud Pública. Ecuador.

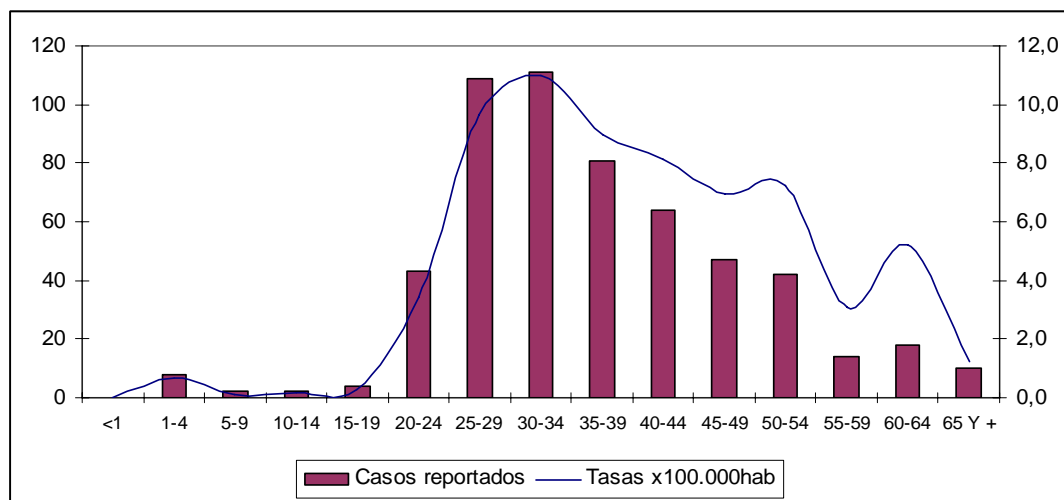


## 2.2.2. Distribución de casos de SIDA por grupos de edad

En el año 2007, los grupos de edad más afectados son los comprendidos entre 20 y 44 años de edad, registrándose un porcentaje de 81.4%, tendencia que se mantiene desde el 2004. (Gráfico 4). Puesto que estos grupos pertenecen a la población económicamente activa, tiene repercusiones en los ámbitos familiares, sociales y económicos así como en el desarrollo de país; razón por la cual el VIH rebasa el ámbito de la salud y se convierte en un problema cuya respuesta debe ser abordada multisectorialmente.

Para el año 2007, el mayor número de niños afectados por SIDA se encuentra entre niños de 1 y 4 años, mientras que en el grupo de 5 a 14 años se producen los fallecimientos. Desde noviembre del 2007, en el primer grupo de edad, el diagnóstico se lo realiza por medio de Carga Viral DNA a las 4 y 6 semanas. Antes, se debía esperar a que el niño cumpliera 18 meses para realizarle una prueba convencional y evaluar sero conversión (Elisa).

**Gráfico 2. Casos reportados de SIDA y tasas por 100.000 habitantes según grupos de edad. Ecuador 2007**

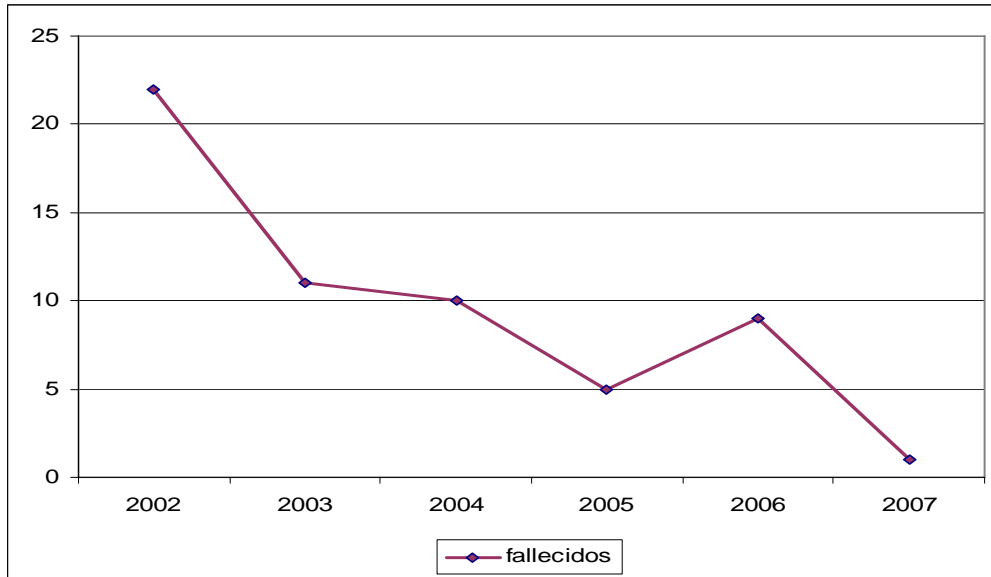


Fuente: Programa Nacional de SIDA. Ministerio de Salud Pública. Ecuador.

La tendencia de la mortalidad en menores de 15 años por SIDA es a la baja (Gráfico 5), lo que se explica porque a partir del año 2005 se implementó en el país la estrategia de prevención de la transmisión vertical de VIH sumado a la entrega gratuita de ARV desde el año 2003 debido a las medidas cautelares y demandas realizadas por las PVVS<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> (MSP-PNS, 2007, Barragán & Laufer, 2006).

**Gráfico 3. Casos reportados de fallecidos en menores de 15 años. Ecuador 2002-2007**

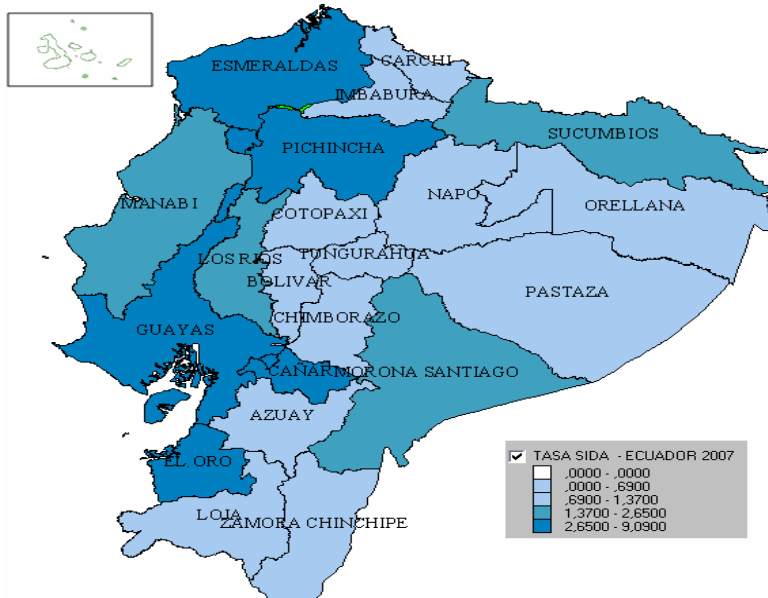


Fuente: Programa Nacional de SIDA. Ministerio de Salud Pública. Ecuador.

### 2.2.3. Distribución geográfica de casos de SIDA

En el año 2007, se registraron 1.858 casos de VIH y 555 casos de SIDA (Gráfico 6). La Provincia de Guayas tuvo 1.360 casos y Pichincha 423 casos de VIH/SIDA, siendo estas las provincias de mayor notificación en el país. En estas dos provincias se encuentran los centros de referencia para la confirmación diagnóstica a nivel nacional.

**Gráfico 6. Distribución tasas de SIDA por provincias. Ecuador 2007**



Fuente: Programa Nacional de SIDA. Ministerio de Salud Pública. Ecuador.

## 2.2.4. Distribución de casos de SIDA según ocupación y sexo

Para el año 2007 la mayor cantidad de casos se encontraron en los obreros (26,6%), seguidos de los desocupados (18,8%), amas de casa o QQ.DD. (16,5%), empleados (11,0%) y comerciantes (9,5%), ver tabla N°1. Observando la incidencia en amas de casa, se pensaría que hay cambio en el patrón de la epidemia. Sin embargo, este se puede explicar mejor debido al incremento del tamizaje de embarazadas. Puesto que el acceso al tamizaje no es igual para todos los grupos, la distribución de casos por ocupación no refleja la verdadera distribución de la epidemia por esta variable.

**Tabla 1. Numero de casos de SIDA reportados según ocupación y sexo. Enero-Noviembre 2007.**

OCUPACION	SIDA			%
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	
Obreros	131	9	140	26,6
Desocupados	92	7	99	18,8
QQ.DD.	3	84	87	16,5
Empleados	44	14	58	11,0
Comerciantes	43	7	50	9,5
Profesionales	24	8	32	6,1
Choferes	16		16	3,0
Vendedores	8	1	9	1,7
Estilistas	8		8	1,5
Cocineros	6		6	1,1
Estudiantes	4	2	6	1,1
Militares	6		6	1,1
Policías	5		5	0,9
Conserjes-Mensajeros	3		3	0,6
Trabajadoras sexuales	1	1	2	0,4
Ebanistas			0	0,0
Marineros			0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>394</b>	<b>133</b>	<b>527</b>	<b>100</b>

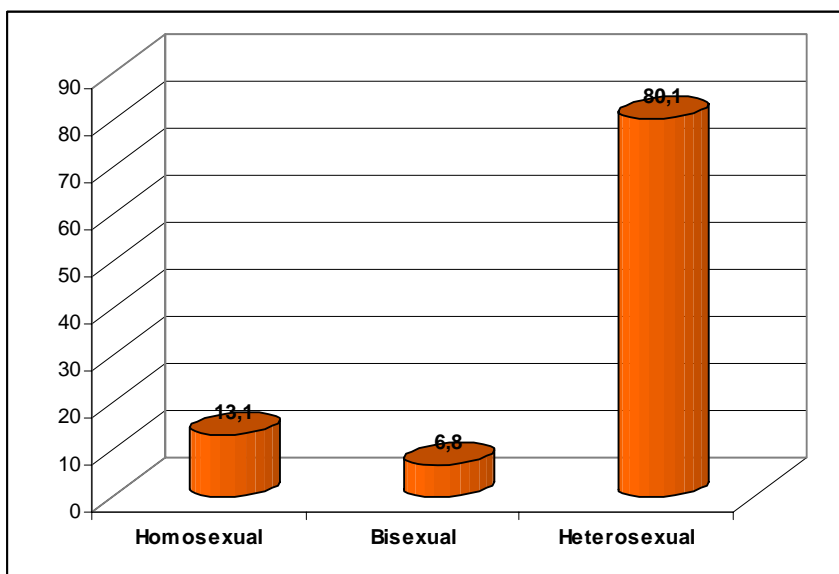
Fuente: Programa Nacional de SIDA. Ministerio de Salud Pública. Ecuador.

En relación a la preferencia sexual (Gráfico 7), en el 2007 hay un predominio de casos heterosexuales (80,1%), la mayoría de los cuales son mujeres. Como ya se explicó anteriormente, esto se debe probablemente al incremento en las coberturas de tamizaje a embarazadas. Por otro lado, el hecho de que 19.4% de casos se reporta en HSH ratifica las altas prevalencias encontradas en los estudios (LB-USFQ) y el hecho de que este sigue siendo el grupo más expuesto.

Cabe destacar que la falta de acceso al tamizaje en población de varones (incluyendo HSH, transgéneros, TS, etc.) y el temor al estigma y la discriminación, influyen para el subregistro. El PNS está trabajando para

desarrollar servicios dirigidos a HSH y a partir del año 2008, incrementará el tamizaje a personas de ambos sexos que consultan por ITS.

**Gráfico 7. Porcentaje de casos VIH/SIDA según preferencia sexual. Ecuador 2007**



Fuente: Programa Nacional de SIDA. Ministerio de Salud Pública. Ecuador.

### **2.3. INDICADORES UNGASS - ECUADOR**

Este Informe comprende Indicadores Nacionales cuya importancia radica en que permite que el país evalúe la eficacia de la respuesta nacional. Los indicadores se dividen en varios grupos:

- I. Compromiso y acción nacional:** los que se centran en las políticas y aportaciones estratégicas y financieras destinadas a detener la propagación de la infección del VIH, con el fin de proporcionar atención y apoyo a las personas infectadas, así como mitigar las consecuencias sociales y económicas debidas al SIDA. Estos indicadores son medidos por entrevistas realizadas a líderes del gobierno y de la sociedad civil, instituciones públicas y privadas involucradas en la lucha contra el VIH/SIDA.
- II. Indicadores de programa nacional:** los que se encargan en medir los esfuerzos nacionales en áreas programáticas que incluyen la seguridad hematológica, la prevención de la transmisión materno infantil del virus, la cobertura de terapia antiretrovívica, la cogestión del tratamiento de la tuberculosis y el VIH entre otros.
- III. Conocimiento y comportamientos nacionales:** abarcan una variedad de resultados específicos de conocimiento y comportamiento que incluyen el conocimiento correcto de la transmisión del VIH, edad de inicio sexual, comportamiento sexual entre otros, los cuales son medidos mediante encuestas poblacionales y estudios de vigilancia centinela.
- IV. Impacto del programa a nivel nacional:** se refieren al grado en que las actividades de los diversos sectores, tanto preventivas como recuperativas y de apoyo han logrado reducir las tasas de infección por

el VIH y la morbi-mortalidad asociada; estos son medidos por estudios de vigilancia centinela.

**Tabla 2. Gasto relativo al SIDA por categorías. Ecuador 2005-2007**

<b>CATEGORIA DEL GASTO RELATIVO AL SIDA</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
1.- Prevención	545.222	2.941.884	2.412.922
2. Atención y tratamiento (subtotal)	1.660.640	3.985.844	3.124.992
3 Huérfanos y niños vulnerables* (subtotal)	19.155	2.621	0
4. Fortalecimiento de la gestión y administración de programas (subtotal)	534.462	1.200.593	376.031
5. Incentivos para recursos humanos** (subtotal)	31.004	1.481.288	503.918
6. Protección social y servicios sociales	0	0	0
7. Desarrollo comunitario y ambiente mejorado	15.279	407.080	91.725
8. Investigación	145.138	189.695	963.497
<b>Total</b>	<b>2.950.902</b>	<b>10.209.005</b>	<b>7.473.085</b>

**Tabla 3. Funcionarios del gobierno**

<b>Indicador</b>	<b>Fuente</b>	<b>2006</b>		<b>2008</b>		<b>Observaciones</b>
		<b>Promedio</b>	<b>%</b>	<b>Promedio</b>	<b>%</b>	
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos de planificación estratégica en los programas de VIH/sida	Encuesta ICPN	2	20	6	60	Junto con las respuestas del Programa y demás actores gubernamentales se ajustaron los datos para este punto
Promedio de calificación acerca del apoyo político en los programas de VIH/sida	Encuesta ICPN	2	20	8	80	
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos políticos de apoyo en la prevención del VIH/sida	Encuesta ICPN	2	20	3	30	
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos de aplicación de los programas de prevención del VIH/sida	Encuesta ICPN	3	30	4	40	
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos de aplicación de los programas de servicios de tratamiento, atención y apoyo del VIH	Encuesta ICPN	3	30	9	90	
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos para satisfacer las necesidades de los huérfanos y otros niños vulnerables	Encuesta ICPN	1	10	2	20	
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos de vigilancia y evaluación del programa del Sida.	Encuesta ICPN	2	20	4	40	

**Tabla 4. Organizaciones no gubernamentales, organismos bilaterales**

Indicador	Fuente	2006		2007		Observaciones
		Promedio	%	Promedio	%	
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	30	5	50	Se ajustaron las respuestas con el consenso realizado con la sociedad civil
Promedio de calificación acerca del esfuerzo por hacer cumplir las políticas, las leyes y reglamentaciones existentes	Encuesta ICPN	3	30	5	50	
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos para aumentar la participación de la sociedad civil	Encuesta ICPN	5	50	7	70	
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos hechos en la aplicación de los programas de prevención del VIH/sida	Encuesta ICPN	2	20	3	30	
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	30	6	60	

**Tabla 5. Indicadores de Programa Nacional**

Indicador	Fuente	2006		2007		Observaciones
		N	%	N	%	
3. Porcentaje de unidades de sangre donada que se analiza para la detección del VIH con criterios de calidad asegurada	Secretaria Nacional de Bancos de Sangre a Cruz Roja Ecuatoriana			138.762	100	Toda la sangre tamizada cumple los estándares de calidad.
4. Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH avanzada que recibe terapia antirretrovírica	MSP-Programa Nacional de SIDA			10.791	29,8	Total PVVS 43164 estimados en <b>Spectrum</b> , de los cuales 25% se estima requieren TARV. Proxy: no se han retirado los fallecidos ni los abandonos, pues el sistema de información se encuentra en construcción.
5. Porcentaje de embarazadas VIH+ que reciben fármacos antirretrovíricos para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil	MSP-Programa Nacional de SIDA	529	49	347	74,6	Se estimó el número de embarazadas VIH+, por estandarizando, por esfuerzo de tamizaje por provincias. Dado que la estimación realizada en Spectrun sobrestimaba el número,
6. Porcentaje de casos estimados de coinfección por el VIH y tuberculosis que recibió tratamiento para la tuberculosis y el VIH	MSP-Programa Nacional de Tuberculosis, 2007			379	39,6	Proxy Toma en cuenta estudio realizado por el programa de Control de Tuberculosis que brinda información de número de pacientes con coinfección a partir de tamizaje para VIH de pacientes con Tb de seis provincias. No se cuenta con datos de pacientes con VIH con coinfección.
7. Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años que se sometió a la prueba del VIH en los	ENDEMAIN 2004			10.084	Mujeres 11,4 15-19 6,8 20-24 13,2 25-49 12,0	Se ha utilizado los resultados de la encuesta ENDEMAIN del año 2004 cuya información se refiere a mujeres de 15 a 49

últimos 12 meses y conoce los resultados.						años de edad, con una muestra representativa del país y que no fue reportado en el informe UNGASS 2004. Sin embargo en el narrativo se compara con otros estudios más recientes que no son representativos de la población general
8. Porcentaje de poblaciones más expuestas que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	Línea de Base USFQ- Proyecto Fondo Global SIDA, Ecuador 2007			HSH 1450 TS 2124	49,9 86,5	Representatividad de HSH que acuden a sitios de encuentro y TS que trabajan en locales. Revisar ficha técnica de LB, Anexo 3.
9. Porcentaje de poblaciones más expuestas al que llegaron los programas de prevención del VIH	Línea de Base USFQ- Proyecto Fondo Global SIDA, Ecuador 2007			HSH 1450 TS 2124	48,7 76,2	Representatividad de HSH que acuden a sitios de encuentro y TS que trabajan en locales. Revisar ficha técnica de LB, Anexo 3.
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					No relevante para el tipo de epidemia en el Ecuador
11. Porcentaje de escuelas que impartió educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida durante el último año académico	No disponible					Se está trabajando en la inclusión de este tema dentro del currículo de las escuelas y colegios. De igual forma, el sistema de información se espera que para el próximo informe incorpore este indicador.

**Tabla 6. Indicadores de Conocimiento y Comportamiento**

Indicador	Fuente	2006		2007		Observaciones
		N	%	N	%	
12. Asistencia actual a la escuela entre huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad	No disponible					No relevante para el estadio de la epidemia en el Ecuador
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.	Encuesta de Condiciones de Vida. INEC 2005-2006	13573	Total 29,0 30.8%H: 31.4% M: 26.7% 15-19: 27.5% 20-24:			Muestra nacional representativa de todo el país (urbano y rural).
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	Línea de Base USFQ- Proyecto Fondo Global SIDA, Ecuador 2007			HSH: 1450 TS: 2124	58,8 46,5	Representatividad de HSH que acuden a sitios de encuentro y TS que trabajan en locales. Revisar ficha técnica de LB, Anexo 3.

transmisión del virus						
15. Porcentaje de mujeres y varones adolescentes y jóvenes que tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años de edad.	ENDEMAIN 2004			11.148 mujeres en edad fértil	10,4	Proxy Población encuestada mujeres de 15 a 45 años Revisar ficha técnica en Anexo 3.
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
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
18. Porcentaje de profesionales del sexo hombres y mujeres que declara haber usado un preservativo con su último cliente	Línea de Base USFQ- Proyecto Fondo Global SIDA, Ecuador 2007			2124	95,2	Proxy Solo se investigaron TS mujeres.
19. Porcentaje de hombres que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual anal con una pareja masculina	Estudio KIMIRINA, octubre 2006			1450	22,6	Es un estudio de caso para medir la intervención de proyecto. Revisar ficha técnica en Anexo 3.
20. Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual	No disponible					No relevante para el perfil de la epidemia en el Ecuador
21. Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó	No disponible					No relevante para el perfil de la epidemia en el Ecuador

**Tabla 7. Indicadores de Impacto de Programa Nacional a Nivel Nacional.**

Indicador	Fuente	2006		2007		Observaciones
		N	%	N	%	



22: Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años infectados por el VIH	MSP-PNS. Reportes de tamizaje regular de embarazadas	116136	0,18	182500	0,1	Prevalencia estimada por esfuerzo de tamizaje. Unidad de estandarización provincias. Se reporta de 15 a 44 años. Revisar ficha técnica en Anexo 3.
23: Porcentaje de poblaciones más expuestas infectado por el VIH	Línea de Base USFQ- Proyecto Fondo Global SIDA, Ecuador 2007			HSH 1131 TS 2282	19,2  3,76	Resultados de sero reactividad para primera prueba. Vironostika cuarta generación S=98%; E=96%. Revisar ficha técnica en Anexo 3.
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. Informe de fin de proyecto de Médicos sin Fronteras			568	80,2	Proxy Período Agosto 2004 a agosto 2007. No hay información disponible en el programa. Revisar ficha técnica en Anexo 3.
25: Porcentaje de lactantes infectados por el VIH que nació de madres infectadas	Información no disponible					

### 3. PANORAMA GENERAL DE LA EPIDEMIA

Indicador	Fuente	2006		2007		Observaciones
		N	%	N	%	
22: Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años infectados por el VIH	MSP-PNS. Reportes de tamizaje regular de embarazadas	116136	0,18	182500	0,1	Prevalencia estimada por esfuerzo de tamizaje. Unidad de estandarización provincias.
23: Porcentaje de poblaciones más expuestas infectado por el VIH	Línea de Base USFQ- Proyecto Fondo Global SIDA, Ecuador 2007			HSH 1131 TS 2282	19,2  3,76	Resultados de sero reactividad para primera prueba. Vironostika cuarta generación S=98%; E=96%.

A pesar de las limitaciones del estudio de LB de la USFQ, se han tomado sus resultados para caracterización de estado actual de la epidemia. Como se explicó en secciones anteriores, un comité técnico de expertos hizo un análisis de la calidad científica del estudio y concluyó que se pueden usar los resultados de sero reactividad de primera prueba. Se recomendó también, que para efectos de caracterización de la epidemia, no usar los resultados de embarazadas y de población general y reemplazarlos por los resultados de tamizaje de embarazadas que dispone el Ministerio de Salud y de donantes de sangre la Cruz Roja Nacional, por las altas coberturas y la buena

representación territorial (Informe de Comité de Expertos para evaluación de Línea Basal, diciembre 2007). En la caracterización de la epidemia para este período se acogen estas recomendaciones.

En el informe UNGASS del período 2004-2005, se caracterizó al Ecuador como un país que se encuentra en fase concentrada de baja prevalencia de la epidemia en la población general. Esta situación se mantiene para el período 2006-2007, con bajas prevalencias en población general y concentrada en HSH.

En el 2007, la prevalencia en embarazadas es de 0,10% en el 2007 (tasa de prevalencia estimada por esfuerzo de tamizaje) y la sero reactividad para primera prueba es de 0,98% en donantes de sangre para el 2006. En orden de prioridad los grupos de más alta sero reactividad para primera prueba son : los HSH (19,2%), TS (3,7%), PPL (3,4%) y Policía (2,9%). (Tabla 8)

Llama la atención que, según el estudio LB-USFQ, los adolescentes no escolarizados presentan una seroreactividad mayor (1,86%) que el personal de las Fuerzas Armadas (1,1%). En este último grupo se incluyeron a jóvenes de 18 a 19 años reclutados para el servicio militar obligatorio y personal hasta oficiales medios (tenientes). Sin embargo, hay que tomar en cuenta que la metodología de este estudio fue sometida a revisión por expertos del país y que los resultados en la parte correspondiente a la medición de la prevalencia han sido cuestionados. En las Fuerzas Armadas todos los reclutas y el personal que solicita un ascenso, son sometidos a tamizaje, por lo que las personas infectadas se excluyeron del estudio.

Debido a que el Valor Predictivo Positivo (VPP) esta influenciado directamente por la prevalencia, es de esperar que los grupos que presentan menor prevalencia presenten también VPP menores, lo que determina que aumenten los falsos positivos en la medida que se reduce la prevalencia. Es posible que en los grupos con seroreactividad menor al 2% (Fuerzas Armadas y adolescentes no escolarizados) las prevalencias estén por debajo o cercanas a 1%, lo que se estaría corroborando con la información institucional de la FFAA, en donde para primera prueba de 63.000 tamizados se encontró una prevalencia de 0,21%.

**Tabla 8. Prevalencia de sero reactividad a primera prueba en grupos programáticos del Proyecto Fondo Global. Ecuador, 2007**

<b>GRUPO</b>	<b>Sero reactivos 1ra prueba %</b>	<b>Sero reactivos 2da prueba %</b>	<b>Confir-mados %</b>	<b>Fuente</b>
Embarazadas (n= 182.500)			0,10	MSP-PNS, 2007
Donantes de sangre (n= 33.401)		0,98		Cruz Roja Quito, 2006
HSH (n=1131)	19,2			LB-USFQ 2007
Trabajadores Sexuales (n=2282)	3,76			LB-USFQ 2007
PPL (n=487)	3,4			LB-USFQ 2007
Fuerzas Armadas (n=342)	1,1			LB-USFQ 2007
Fuerzas Armadas (n= 63.000)	0,21			Dirección de Salud, FFAA, 2007.
Policía (n=275)	2,9			LB-USFQ 2007
Adolescentes no escolarizados (n=1.027)	1,84			LB-USFQ 2007

**Fuente:** LB-USFQ; Cruz Roja Quito, FFAA.

## 4. RESPUESTA NACIONAL A LA EPIDEMIA DE SIDA

### 4.1 COMPROMISO Y ACCION NACIONAL

#### 4.1.1. Evolución del presupuesto y gastos desde 2005 a 2007

El gasto total relativo al SIDA en Ecuador creció del año 2005 al 2006, pero se redujo en el 2007. Esta reducción se produce en casi todas las categorías de gasto, particularmente en prevención, fortalecimiento de la gestión e incentivos en recursos humanos. Hay que tomar en cuenta que en marzo del 2007 se terminó la primera fase del Proyecto Fondo Global y que para la segunda el presupuesto era menor.

En atención y tratamiento no hay una reducción importante, a pesar de que hubo un incremento de las coberturas de TARGA. Esto se debe a que en el 2006 no se compraban todavía medicamentos genéricos y los costos eran altos, la compra de genéricos determina un bajo crecimiento del gasto en este rubro.

Analizando los gastos de acuerdo a la categoría de gasto relativo al VIH/SIDA, se encuentra que fue mayor en la categoría de Atención y Tratamiento, seguido de prevención. El gasto destinado a investigación se incrementa en el 2007 por que en este año se ejecutó el estudio de línea de base de Fondo Global.

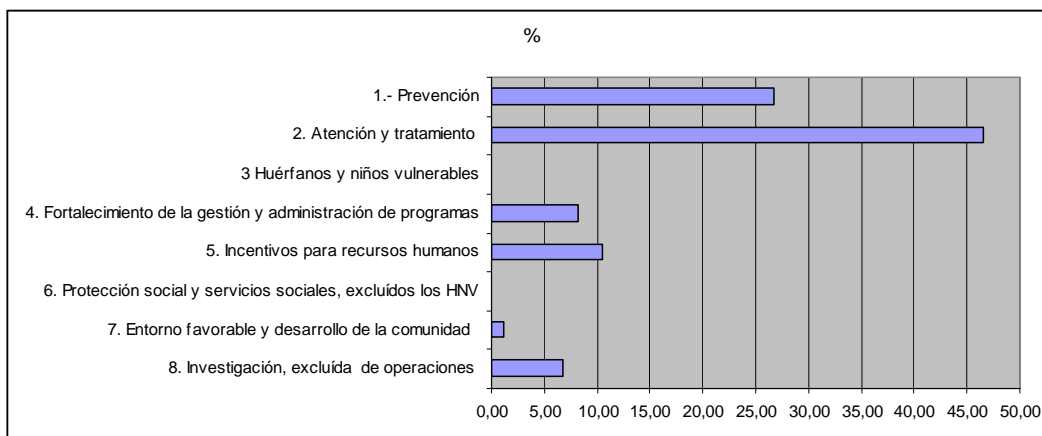
**Tabla 9 Gasto Relativo al Sida por Categoría. Ecuador 2005 - 2007**

<b>CATEGORIA DEL GASTO RELATIVO AL SIDA</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>Total General</b>
1.- Prevención	487.412,4	3.043.582,3	1.549.299,6	5.080.294,3
2. Atención y tratamiento (subtotal)	2.140.746,4	3.600.960,9	3.124.992,3	8.866.699,7
3 Huérfanos y niños vulnerables* (subtotal)	19.155,3	2620,8		21.776,1
4. Fortalecimiento de la gestión y administración de programas (subtotal)	128.291,7	1.067.898,4	361.805,6	1.557.995,7
5. Incentivos para recursos humanos** (subtotal)	31.004,0	1.481.287,6	482.867,8	1.995.159,4
6. Protección social y servicios sociales, excluidos los huérfanos y los niños vulnerables				-
7. Entorno favorable y desarrollo de la comunidad (subtotal)	15.279,4	118.130,2	90.485,4	223.894,9
8. Investigación, excluida la investigación de operaciones que se incluye debajo (subtotal)	145.138,4	189.776,5	963.496,7	1.298.411,6
<b>TOTAL (Moneda Local)</b>	<b>2.967.027,5</b>	<b>9504256,8</b>	<b>6572947,34</b>	<b>19.044.231,6</b>

**Fuente: Encuesta ICPN, 2007.**

Sumando los tres años reportados, el mayor gasto se dió en atención y tratamiento, con un porcentaje cercano al 50%. En prevención se invirtió cerca de la cuarta parte y hay un gasto importante en incentivos para recursos humanos. Los menores gastos se producen en huérfanos, niños vulnerables y en protección y servicios sociales.

**Gráfico 8 Gastos relativo a VIH-SIDA Ecuador 2005-2006**



**Fuente: Encuesta ICPN, 2007.**

#### **4.1.2. Presupuesto y gastos**

El Presupuesto aprobado para el Programa Nacional de Prevención y Control de ITS-VIH/SIDA para el 2007 prioriza la atención de pacientes, la prevención de la transmisión vertical y el manejo sindrómico de las ITS. La prevención de la Transmisión Vertical y el manejo sindrómico son componentes de prevención financiados por el Estado, el Fondo Global contribuyo unicamente con la capaciacion masiva del personal de los diferentes subsectores de salud. Las ONGs con financiamiento de Fondo Global u otros donantes son quienes intervienen en grupos de alta exposición.

A más de los fondos presupuestarios que se presentan en la Tabla 10, según la Dra María Elena Rojas, Jefa del PNS, la Vicepresidencia de la República, destinó fondos extra presupuestarios para mejoras en las clínicas de SIDA de los hospitales pediátricos Baca Ortiz de Quito e Icaza Bustamante de Guayaquil. De esta misma fuente, para el año 2008 se recibirán fondos para centros de atención pediátricos del resto del país

**Tabla 10.** Presupuesto aprobado. Programa de Prevención y Control de ITS-VIH/SIDA. Ecuador, 2007

COMPO- NENTE	ACTIVIDAD	META	PRESUPUESTO	
			CEREPS	EMERGENCIA
Manejo integral de PVVIH	Compra de insumos para laboratorio	1200 pruebas de CD4 realizadas	188.000,0	100.000,0
		13.000 pruebas de CV realizadas	385.000,0	200.000,0
		3000 pruebas diagnóstico IFI y WB	15.000,0	0,0
	Atención de enfermedades oportunistas	2.600 PVVS con tratamiento	225.500,0	265.000,0
	Atención ARV	Compra de condones	300.000,0	0,0
		Compra de ARV	210.000,0	0,0
Total componente: Manejo integral de PVVIH			1 323.500,0	565.000,0
Prevención de la transmisión vertical	Implementación de actividades en prevención de la transmisión vertical del VIH	100% de Áreas de salud realizan tamizaje y consejería a mujeres embarazadas	276.000,0	0,0
		100% de RN, producto de madres VIH positivas reciben ARV y leche maternizada	65.500,0	0,0
Total componente: Prevención de la transmisión vertical del VIH			341.500,0	0,0
Manejo sindrómico de ITS	Implementación de la actividad, manejo sindrómico en unidades de primer nivel de atención	50% de las unidades capacitadas	100.000,0	0,0
		50% de unidades capacitadas, disponen de medicación para ITS	200.000,0	300.000,0
		35.000 pacientes con ITS tamizados para VIH	35.000,0	35.000,0
Total componente: Manejo sindrómico ITS			335.000,0	335.000,0
<b>TOTAL: Programa VIH/SIDA - ITS</b>			<b>2 000.000,0</b>	<b>900.000,0</b>

Fuente: Programa Nacional de Prevención y Control de ITS-VIH/SIDA.  
Memorando SSP-12-491-07

Otra fuente importante de fondos con que cuenta el Ecuador para el trabajo frente a la epidemia de VIH/SIDA, es el asignado por el Fondo Mundial de la lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria. Dichos fondos fueron adjudicados en el año 2003 y ascendían a \$14'000.000,00, para ser utilizados durante un periodo de 5 años. Actualmente, del total de fondos asignados, solo se cuenta con \$5'000.000,00 para ser implementados durante los 3 años que restan del proyecto (2008 a 2010).

Durante el año 2007 se han recibido fondos de agencias de Naciones Unidas y cooperación horizontal: OPS 90.000, UNFPA 126.500, UNICEF 100.000, PNUD 700.000, GTZ 220.000, proyecto DIFID 50.000 ONUSIDA 200.000.

#### 4.2.3. Índice Compuesto de Política Nacional

Analizando el progreso del Índice compuesto de Política Nacional evaluado por funcionarios del gobierno, hay un mejoramiento en todos los indicadores. Se

destacan los progresos en los esfuerzos en apoyo político, planificación estratégica y aplicación del programa de tratamiento y atención, en menor intensidad en vigilancia y evaluación, mientras que en prevención el apoyo es menor.

**Tabla 11. Índice Compuesto de Política Nacional: funcionarios de gobierno**

Indicador	Fuente	2006		2007		Observaciones
		Promedio	%	Promedio	%	
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos de planificación estratégica en los programas de VIH/sida	Encuesta ICPN	2	20	6	60	67
Promedio de calificación acerca del apoyo político en los programas de VIH/sida	Encuesta ICPN	2	20	8	80	75
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos políticos de apoyo en la prevención del VIH/sida	Encuesta ICPN	2	20	3	30	33
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos de aplicación de los programas de prevención del VIH/sida	Encuesta ICPN	3	30	4	40	25
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos de aplicación de los programas de servicios de tratamiento, atención y apoyo del VIH	Encuesta ICPN	3	30	9	90	67
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos para satisfacer las necesidades de los huérfanos y otros niños vulnerables	Encuesta ICPN	1	10	2	20	50
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos de vigilancia y evaluación del programa del Sida.	Encuesta ICPN	2	20	4	40	50

Fuente: Encuesta ICPN, 2007.

Los progresos reportados por la sociedad civil y la cooperación internacional, en los indicadores evaluados son menores a los progresos que reportan los funcionarios de gobierno. El mayor progreso se evidencia en tratamiento y atención, seguido de la promoción de derechos humanos y en el cumplimiento de leyes y reglamentos. El débil avance se reporta en la participación de la sociedad civil en la ejecución de los programas de prevención, la percepción es similar a la de los funcionarios de gobierno.

**Tabla 12. Indicadores de Programas Nacionales. Ecuador 2006-2007.**

Indicador	Fuente	2006		2007		Observaciones
		N	%	N	%	
3. Porcentaje de unidades de sangre donada que se analiza para la detección del VIH con criterios de calidad asegurada	Secretaria Nacional de Bancos de Sangre a Cruz Roja Ecuatoriana			138.762	100	Toda la sangre tamizada cumple los estándares de calidad.
4. Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH avanzada que recibe terapia antirretrovírica	MSP-Programa Nacional de SIDA			10.791	29,8	Total PVVS 43164 estimados en <u>Spectrum</u> , de los cuales 25% se estima requieren TARV. Proxy: no se han retirado los fallecidos ni los abandonos, pues el sistema de información se encuentra en construcción.
5. Porcentaje de embarazadas VIH+ que reciben fármacos antirretrovíricos para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil	MSP-Programa Nacional de SIDA	529	49	347	74,6	Se estimó el número de embarazadas VIH+ por estandarizando por esfuerzo de tamizaje por provincias. Estimación realizada en Spectrun sobrestimaba el número,
6. Porcentaje de casos estimados de coinfección por el VIH y tuberculosis que recibió tratamiento para la tuberculosis y el VIH	MSP-Programa Nacional de Tuberculosis, 2007			379	39,6	Proxy Información de número de pacientes con coinfección a partir de tamizaje para VIH de pacientes con Tb de seis provincias.
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.	Línea de Base USFQ- Proyecto Fondo Global SIDA, Ecuador 2007			2778	9,5%	La LB no investigó población general de 15 a 49 años. Se toma como referencia los adolescentes no escolarizados
8. Porcentaje de poblaciones más expuestas que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	Línea de Base USFQ- Proyecto Fondo Global SIDA, Ecuador 2007			HSH 1450 TS 2124	49,9  86,6	Representatividad de HSH que acuden a sitios de encuentro y TS que trabajan en locales.
9. Porcentaje de poblaciones más expuestas al que llegaron los programas de prevención del VIH	Línea de Base USFQ- Proyecto Fondo Global SIDA, Ecuador 2007			HSH 1450 TS 2124	48,7  76,2	Representatividad de HSH que acuden a sitios de encuentro y TS que trabajan en locales.
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					No relevante para el estadio de la epidemia en el Ecuador
11. Porcentaje de escuelas que impartió educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida durante el último año académico	No disponible					No hay sistema de información sobre estudiantes alcanzados, solo profesores capacitados



#### **4.1.4. Plan estratégico**

Actualmente, el PNS-MSP cuenta con el Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional al VIH/SIDA 2007-2015 (PEM), el cual fue elaborado durante el periodo 2005-2006, con el apoyo técnico y financiero de ONUSIDA y oficializado (lanzamiento) el 24 de mayo del 2007 en la ciudad de Machala. El proceso de construcción del PEM fue participativo, inclusivo, multisectorial, liderado por el MSP a través del PNS, con el protagonismo de las PVVS y sobre la base del Informe de UNGASS 2005. A las reuniones acudieron autoridades de diferentes sectores del gobierno nacional, gobiernos locales, sociedad civil y organismos internacionales. Se realizaron talleres sobre: análisis de la situación y la respuesta, acceso universal, planificación, en los que se trabajó en mesas de concertación y reuniones de revisión y reformulación de los diferentes componentes.

Durante el año 2007 además, se conformó el Equipo multisectorial para la gestión del PEM donde participan los Ministerios de Salud, Educación, Inclusión Económico y Social, Trabajo y Empleo, Gobierno, Fiscalía de la Nación, Fuerzas Armadas y Policía Nacional, las coordinadoras de SIDA, Redes de PVVS, Consejo Nacional de Mujeres, Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia, así como agencias de cooperación internacional GTZ y las Naciones Unidas representada por Programa Conjunto sobre VIH/SIDA, ONUSIDA.

El horizonte temporal del plan se adapta al definido por los Objetivos del Milenio. Trabaja a partir del concepto de epidemia concentrada considerando además los otros grupos de población donde la epidemia se difunde, de acuerdo a la evidencia existente y el análisis realizado por los actores que participaron en su construcción. Parte del análisis según el cual la epidemia no puede reducirse sólo a un problema de salud, constituye el marco político y estratégico donde se enmarcan los programas de la respuesta nacional. El plan estratégico contempla, para ejecutar el conjunto de sus programas, una inversión aproximadamente de 20.000.000 USD por año hasta el 2011 (Plan de Costeo del Plan Estratégico Multisectorial en respuesta al VIH/SIDA 2007-2011).

La ejecución del Plan permitirá el cumplimiento del Objetivo 6 de los ODM. Por otra parte, la implementación del sistema de monitoreo de la epidemia y de la respuesta asegurará la medición de los Indicadores del Objetivo 6, Meta: "Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA, entre otros (ONU, Objetivos de Desarrollo del Milenio. <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/index.html>). Se espera por lo tanto que en el 2009, los sistemas de monitoreo del PEM se hayan implementado en el Observatorio Nacional del VIH/SIDA y que a través de un diseño metodológico específico y riguroso, comiencen a generar una información válida y comparable para los indicadores de los ODM (ONUSIDA, 2007: PEM).

El PEM 2007-2015 del país, considera estrategias comunes que buscan fortalecer a todos los sectores prioritarios para la acción tales como: i) consolidar el liderazgo en una instancia multisectorial que coordine la respuesta

nacional, consensuar un modelo de prevención que tome en cuenta la diversidad y la multiculturalidad, ii) promover la participación efectiva de la sociedad civil, iii) armonizar el marco legal -con enfoque de género y diversidad sexual- en cumplimiento de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y la aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la infancia, iv) posicionar el tema del VIH/SIDA en la sociedad ecuatoriana y en las instancias de decisión, así como la gestión de la información para vigilancia epidemiológica como para el monitoreo de la respuesta.

El Ecuador tiene un marco nacional desde el año 2001. Efectivamente, con el objetivo de fortalecer la respuesta a la epidemia, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, elaboró el Plan Estratégico Nacional sobre VIH/SIDA 2001-2005, plan que fortaleció, principalmente, el Área de Atención, Laboratorios y Bancos de Sangre, lo cual no provocó cambios significativos en el crecimiento de la epidemia dentro de los grupos más afectados y su difusión en la población ecuatoriana en general. El presupuesto que se asignó durante el periodo 2001-2005 al Programa Nacional de SIDA fue insuficiente (Barragán & Laufer, 2006) y es solamente en el año 2006 que adquiere mayor importancia.

En el plan estratégico multisectorial 2007-2015 se consideraron como sectores prioritarios para la acción, a los grupos poblacionales vulnerable bajo ciertas condiciones y a la red de actores institucionales que con sus programas, interactúan con este grupo. Se consideraron también una serie de otros componentes relevantes, como por ejemplo el marco legal, las representaciones socioculturales, conceptos, etc. y finalmente, los recursos económicos. Considerándose como prioritarios a Personas Viviendo con VIH/SIDA, Niñas/os, adolescentes y jóvenes, Hombres que Tienen Sexo con Hombres, trabajadoras y trabajadores sexuales, mujeres, privados de libertad, policías, militares, personas refugiadas y población general.

**Tabla 13. Sectores incluidos en el marco nacional de estrategia y acción multisectorial con un presupuesto específico para el VIH relativo a sus actividades:**

<b>SECTOR</b>	<b>EXISTENCIA</b>
Salud	Afirmativo
Educación	Afirmativo
Trabajo	Afirmativo
Transporte	Negativo
Militares/Policia	Afirmativo
Mujeres	Afirmativo
Jóvenes	Afirmativo
Agricultura	Negativo
Finanzas	Afirmativo
Recursos humanos	Negativo
Justicia	Afirmativo
Minerales y Energía	Negativo
Planificación	Negativo
Obras Públicas	Negativo
Turismo	Negativo
Industria y comercio	Negativo
Otros: Ministerio de Dirección de Rehabilitación (Personas Privados de la Libertad) Ministerio de Inclusión Económica y Social OBC de PVVS, HSH, TS	Afirmativo

Fuente: Encuesta ICPN, 2007.

Desde el Ministerio de Salud y el Programa Nacional se está realizando abogacía con la Vicepresidencia para lograr asignación presupuestaria en cada uno de los sectores del Plan Estratégico. La política de acción multisectorial involucra a múltiples sectores, aunque sus coberturas e intervenciones todavía no tengan un gran significado. Entre las poblaciones que considera el plan están los huérfanos y niños vulnerables, abordaje del estigma y discriminación e igualdad de decisión de géneros pero no se han iniciado actividades. En el caso de huérfanos, aunque no hay estudios, por factores culturales y redes de apoyo familiares se considera que su situación no es prioritaria. En relación de niños/as vulnerables el país no tiene una definición de vulnerabilidad en este grupo.

Con relación a capacidad de decisión de las mujeres, en la formulación del PEM participaron el Consejo Nacional de la Mujer (CONAMU) y organizaciones de base de mujeres. Como parte del apoyo desde Naciones Unidas, PNUD y UNIFEM, apoyaron el fortalecimiento de los grupos de autoayuda de mujeres viviendo con VIH/SIDA, realizaron capacitaciones a las usuarias de la Ley de Maternidad Gratuita sobre sus derechos y el VIH/SIDA. También se realizó una investigación sobre el acceso a la profilaxis de emergencia para los casos de violencia sexual, con base en el cual se incorporó en las normas de atención a PVVS en el capítulo de post exposición laboral y no laboral la profilaxis post exposición (PEP) a mujeres víctimas de violencia sexual. Se está implementando estos servicios en la Clínica del SIDA en Santo Domingo y en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora de Quito. Se espera que para el

2008 las comisarías y las instancias encargadas de los temas de violencia sexual promuevan la PEP como política nacional.

**Tabla 14. Poblaciones destinatarias, entornos y asuntos interrelacionados del PEM**

POBLACION DESTINATARIA	RESPUESTA
a. Mujeres y adolescentes	Afirmativo
b. Mujeres jóvenes / hombres jóvenes	Afirmativo
c. Sub/poblaciones vulnerables específicas[3]	Afirmativo
d. Huérfanos y otros niños vulnerables	Negativo
e. Lugar de trabajo	Afirmativo
f. Escuelas	Afirmativo
g. Cárceles	Afirmativo
H. VIH , SIDA y pobreza	Afirmativo
i. Protección de los Derechos Humanos	Afirmativo
j. Involucramiento de gente viviendo con VIH	Afirmativo
k. Abordaje del estigma y la discriminación	Negativo
l. Capacidad de decisión de la mujer/igualdad entre los sexos	Negativo

**Fuente: Encuesta ICPN, 2007.**

Para la elaboración del Proyecto Fondo Global en el 2002 se identificaron las poblaciones destinatarias a través de un proceso de evaluación / análisis de necesidades, basados en el sistema de notificación de casos, algunos estudios pequeños y localizados y opiniones de informantes calificados. Para el año 2006 se hizo este mismo proceso, que ratificó las poblaciones beneficiarias. Por esta razón, desde el año 2002 no hay un cambio de definición de poblaciones beneficiarias:

- Grupos más expuestos: PVVS, HSH, Trabajadoras Sexuales, Personas Privadas de la Libertad como grupos mas expuestos y a Militares, Policía y migrantes como grupos también expuestos, pero en menor grado que los anteriores.
- Como grupos vulnerables se identificaron a embarazadas, adolescentes, jóvenes escolarizados y no escolarizados y trabajadores como grupos vulnerables. No aparecen entre los grupos vulnerables los niños/as afectados por el VIH/SIDA.

El Plan estratégico aún no incluye un plan operativo sin embargo está presupuestado para el 2008 la elaboración de planes bianuales para cada uno de los sectores identificados en el PEM con el apoyo técnico y financiero de ONUSIDA, No obstante los receptores principales y subreceptores del Proyecto Fondo Global si disponen de planes operativos anuales para el 2006, 2007 y 2008. Tampoco incluye planes de desarrollo nacional, ni metas claras, indicadores de fuente de financiación un marco de vigilancia y evaluación. Lo que si dispone es de un presupuesto detallado de los costos por área programática.

Una de las fortalezas en el país es la integración y participación plenas” de las sociedad civil en el plan del marco estratégico/de acción multisectorial. Se han

involucrado desde el diseño del PEM del 2001 al 2005 así mismo en el del 2007 al 2015. Algunas acciones del PEM están siendo co-ejecutadas entre el Programa y la sociedad civil, en el proyecto Fondo Global y con fondos directos a ONGs u OBCs de donantes internacionales. La sociedad civil ha tenido un papel protagónico en la formulación, ejecución del Proyecto Fondo Global y en el MCP. La presidencia del MCP está en manos de una representante de la sociedad civil. El papel de la sociedad civil en incidencia política es también importante

Los asociados para el desarrollo bilateral y multilateral, particularmente los organismos de Naciones Unidas, GTZ, Médicos Sin Fronteras y otros han tenido también un papel protagónico.

A pesar de lo anterior, los encuestados refieren que, estos organismos no han ajustado y armonizado sus programas relacionados con el VIH y el SIDA con el marco nacional estratégico/de acción multisectorial del país. Pero para la convocatoria a la octava ronda de Fondo Global se tomará como marco de referencia el PEM para armonizar el diseño y ejecución de proyecto a la política nacional del país PEM (a partir del 2008).

Hay proyectos específicos como el Proyecto Provincial en respuesta al VIH/SIDA de Sucumbíos que viene desarrollándose con el apoyo de 9 agencias de las Naciones Unidas y que ha tomado como marco referencial para su replanificación al PEM. Además el Proyecto de Respuestas Multisectoriales al VIH/SIDA ONUSIDA/PNUD/AECI ha desarrollado acciones para fortalecer las capacidades institucionales en gobiernos locales, el sector laboral, el sector académico, mediante diversas estrategias que han sido validadas y apoyadas por el Programa Nacional de SIDA y la Coalición de Personas Viviendo con VIH/SIDA.

Estas actividades se han coordinado con CARE a través del Proyecto Fondo Global y UNIVIDA (Informe segundo año de ejecución marzo-diciembre 2007 del proyecto de Respuestas Multisectoriales al VIH/SIDA ONUSIDA/PNUD/AECI).

### **Integración a planes de desarrollo**

El PEM está integrado a planes de desarrollo nacional y a los objetivos del milenio definidos por el país. Con relación al Plan Nacional de Desarrollo el PEM de VIH/SIDA corresponde a los objetivos 1 y 3 y las metas 1.2: Reducir al Pobreza y la 3.4: Desacelerar la tendencia del VIH / SIDA. Las que se relacionan con la prevención de VIH y disminución de inequidades de ingresos cuándo se relacionan a prevención / tratamiento, atención y /o apoyo de VIH

La Policía, las Fuerzas Armadas y el personal de las cárceles, tienen estrategia y planes de lucha contra el SIDA y son subreceptores del Proyecto Fondo Global. Las actividades que se realizan en estos sectores son: comunicación para el cambio de comportamiento, provisión de preservativo, asesoramiento y pruebas del VIH, servicios de ITS, tratamiento, atención y apoyo de PVVS. Actualmente en estos sectores, la prueba del VIH es voluntaria, hasta hace dos años era obligatorio.

## **Seguimiento de compromisos para alcanzar el acceso universal**

El país ha hecho el seguimiento de los compromisos para alcanzar el acceso universal, adoptados durante la Revisión de Alto Nivel sobre el SIDA de junio de 2006. No se han presentado necesidades superiores a la disponibilidad de recursos, particularmente en Terapia Antiretroviral, Manejo Sintomático de las Infecciones de transmisión sexual y Prevención de la transmisión vertical.

No se han actualizado las estimaciones del tamaño de algunos subgrupos de población destinataria, como HSH y TS, pero si se han hecho estimaciones y previsiones fiables de necesidades futuras del número de adultos y niños que necesitan terapia antirretrovírica.

En relación a la vigilancia de la cobertura del Programa Nacional del VIH y el SIDA, se está vigilando la cobertura de Terapia ARV, tamizaje y terapia profiláctica a embarazadas; y otros grupos como personas infectadas por una ITS a quienes se realiza, manejo sintomático, oferta de prueba voluntaria gratuita, entrega sin costo de medicación para la ITS, condones, medicamentos, para enfermedades oportunistas, entrega de condones a PVVS, cobertura con leche artificial para niños menores de un año que acceden a la atención institucional. No se recoge información por sexo (varones, mujeres), pero para oferta de prueba voluntaria si hay desagregación para embarazadas, trabajadoras sexuales, pacientes con Tuberculosis y pacientes que consultan por ITS. De todos estos datos a nivel nacional se tiene datos por provincia y a nivel de provincia por Área de Salud.

Desde el año 2006 se 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.

### **4.1.5. Apoyo Político**

Durante el año 2004, el apoyo político del gobierno era limitado. Ya en el año 2005, gracias al intenso trabajo de incidencia política, desarrollado particularmente por la sociedad civil, el PNS, y las agencias de Naciones Unidas se incrementó. Para el año 2007 el apoyo político del gobierno, el Congreso, Alcaldes y de líderes políticos es importante. Funcionarios y líderes políticos, han comenzado a hablar frecuentemente acerca del SIDA y presiden habitualmente reuniones importantes y hay asignación de presupuestos públicos para el apoyo de programas del SIDA, así como el involucramiento de las organizaciones gubernamentales y de la sociedad civil en procesos de apoyo a los programas de control y prevención del SIDA.

Del año 2004 hasta el año 2006, fue el MCP el organismo que desarrollo la gestión y coordinación nacional del SIDA. Pero a finales del 2007, como parte de las acciones para la implementación del Plan Estratégico Multisectorial, se ha creado el Comité de Gestión. Este Comité es liderado por la Ministra de Salud Pública, con el apoyo político y financiero de la Vicepresidencia de la

República, Ministros de Estado involucrados en la responsabilidad del PEM, y la Secretaria Técnica a cargo del Programa Nacional del VIH/SIDA

La Ministra de Salud en el año 2007 en desayuno de trabajo gestiona la delegación de puntos focales por sectores para la implementación del PEM. El Programa Nacional es el coordinador de los sectores involucrados y se ha realizado priorización de las líneas a intervenir por sector inscritas en el PEM para una primera fase.

Este comité está conformado por:

- Representantes de Instituciones Gubernamentales: Ministerios de Salud, Educación, Inclusión social, Trabajo y Empleo, Gobierno, Fiscalía de la Nación, Dirección de rehabilitación social, Fuerzas Armadas, Policía Nacional, Consejo Nacional de Mujeres (CONAMU), Consejo Nacional de la Niñez y la Adolescencia (CNN), IESS.
- Gobiernos seccionales: Asociación de Municipalidades del Ecuador (AME),
- Representantes de sociedad civil: coordinadoras de ONG de Guayas y Pichincha, Cruz Roja Ecuatoriana,
- Representantes de PVVS: Coalición de Personas Viviendo con VIH-SIDA,
- Organismos internacionales.

### **Mecanismo Coordinador de País (MCP)**

El Mecanismo Coordinador País (MCP) del Proyecto Ecuador VIH/SIDA, Malaria y Tuberculosis- Fondo Global, conformado en el 2003, es el responsable de la conducción política del Proyecto FG. En él, se articulan las relaciones interinstitucionales con los diferentes sectores tanto gubernamentales, no gubernamentales y autónomos involucrados para la formulación y ejecución de las propuestas.

Para su implementación, el Proyecto Ecuador cuenta con dos (2) Receptores Principales nombrados por el MCP y nueve (9) subreceptores incorporados previa firma de convenios con el Receptor Principal 1, que es el Ministerio de Salud Pública. El Receptor Principal 1 (RP1), es responsable de la supervisión, administración, ejecución técnica y financiera de los objetivos 4, 6 y 7 del Proyecto y el Receptor Principal 2 (RP2) que es CARE Internacional, responsable de la administración, ejecución técnica y financiera de los objetivos 1, 2,3, 5, 8 y 9. Los 2 Receptores Principales están bajo la supervisión general del MCP en lo relacionado a la ejecución proyecto.

Una vez concluida la ejecución de la primera fase del Proyecto, en febrero del 2007, el Mecanismo de Coordinación País (MCP) cuenta con un Plan Estratégico y un Plan Operativo que le permitirá optimizar la toma de decisiones para capitalizar la experiencia adquirida, adaptarse a los cambios del entorno, garantizar el cumplimiento de los fines y objetivos, con eficacia y eficiencia, y garantizar la permanencia de la organización.

El MCP estuvo presidido hasta el año 2005 por el Director General de Salud del MSP. A partir de este año, hasta la presente fecha es presidido por un miembro de la sociedad civil, la Dra. Lilly Marquez.

EL MCP en el marco del proyecto Fondo Global ha sido del 2005 al 2007 el organismo que promueve la interacción entre el gobierno, las personas que viven con el VIH, el sector privado y la sociedad civil para aplicar estrategias y programas relativos al VIH y el SIDA. Desde fines del 2007, el Comité de Gestión del PEM (CG-PEM), ha iniciado el ejercicio de esta función.

**Tabla 15. Características del MCP y del Comité de Gestión del PEM. Ecuador 2007.**

CARACTERÍSTICAS	MCP	CG-PEN
Tiene términos de referencia	Afirmativo	Negativo
Tiene activa participación y liderazgo gubernamental	Afirmativo	Afirmativo
Tiene una membresía definida?	Afirmativo	Negativo
Incluye representantes de la sociedad civil?	Afirmativo	Afirmativo
Incluye gente viviendo con VIH?	Afirmativo	Afirmativo
Incluye el sector privado?	Afirmativo	Negativo
Tiene un plan de acción?	Afirmativo	Negativo
Tiene una secretaría en funcionamiento?	Negativo	Negativo
Al menos reuniones trimestrales?	Afirmativo	Afirmativo
Revisan regularmente acciones en decisiones sobre políticas?	Afirmativo	Afirmativo
Promover activamente decisiones políticas?	Afirmativo	Afirmativo
Dar la oportunidad a la sociedad civil para influenciar en el proceso de toma de decisiones?	Afirmativo	Afirmativo
Se fortalece la coordinación de los donantes para evitar financiamiento paralelo y duplicación de esfuerzos?	Afirmativo	Afirmativo

Fuente: Encuesta ICPN, 2007.

Los dos organismos descritos anteriormente promueven la interacción entre el gobierno, las personas que viven con el VIH, el sector privado y la sociedad civil para aplicar programas y estrategias relativos al VIH y el SIDA. En el MCP existen representantes de las coordinadoras de ONG de las provincias de mayor prevalencia de las enfermedades TB, VIH-SIDA, representantes de las personas afectadas: PVVS mujer y hombre, personas con coinfección TB-VIH, Cruz Roja, Organismos, Internacionales

El MCP tiene un reglamento que incluye términos de referencia, membresía definida, plan de acción y reuniones regulares, pero no posee una secretaria. El MCP se reúne más de cuatro veces al año, ha facilitado la implementación de los proyectos de Fondo Global para VIH/SIDA y TB. Su principal desafío para el año 2008 es la formulación de la propuesta del país para la octava ronda de Fondo Global en los tres componentes: VIH/SIDA, Malaria y Tuberculosis.

El CG-PEM tiene membresía definida y se han planificado reuniones cuatro veces al año. No tiene términos de referencia, plan de acción, ni secretaría, aunque es la Jefa del PNS la secretaria. Tanto el MCP, como el CG-PEN, han facilitado la implementación de las estrategias establecidas, como Prevención de la Transmisión Vertical, elaboración conjunta de normativas (Vigilancia VIH,



Atención Integral de PVVS). Su principal desafío es la implementación del PEM en todos los sectores.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador suscribió convenios de cooperación interinstitucional con el sector privado generando alianzas muy importantes con la Junta de Beneficencia (ONG de la ciudad de Guayaquil) la Iglesia REDIMA, Municipios de Guayaquil y Pichincha, para fortalecer el ámbito de la prevención entre estas estrategias; la transmisión vertical del VIH. Actualmente con fondos estatales se proporciona; pruebas rápidas, antiretrovirales, reactivos para confirmación diagnóstica, y exámenes de CD4 y Carga Viral, leches artificiales condones y medicación gratuitas para la prevención de la transmisión vertical, pero no se dispone de información del monto erogado.

El PNS ofrece apoyo a sus asociados en los siguientes aspectos:

**Tabla 16. Tipo de apoyo que el PNS ofrece a sus asociados. Ecuador 2007.**

TIPO DE APOYO	
Información sobre prioridades de necesidades y servicios	Afirmativo
Materiales/guías técnicas	Afirmativo
Adquisición y distribución de fármacos/insumos	Afirmativo
Coordinación con otros asociados ejecutores	Afirmativo
Fortalecimiento de las capacidades	Afirmativo

Fuente: Encuesta ICPN, 2007.

Aunque se han revisado las políticas y la legislación nacionales para determinar cuáles, si las hubiera, son contradictorias con las políticas de control nacional del SIDA, no se han enmendado.

#### **4.1.6. Derechos Humanos**

Según los entrevistados de la Sociedad Civil, el promedio de puntaje evaluado de desempeño sobre derechos humanos con una escala de 1 a 10, fue de 3 para el 2005 y 5 en el 2007, con una diferencia del 20%.

En el año 1999 el Congreso Nacional expidió la **Ley No.2000-11** Ley para la prevención y asistencia integral de VIH/**SIDA** (02.12.99). En el Artículo 7 de esta ley se contempla “Ninguna persona será discriminada a causa de estar afectada por el VIH/SIDA o fallecer por esta causa”. Adicionalmente en este período se expidieron el Acuerdo del Ministerio de Trabajo y Empleo así como el Reglamento de atención a pacientes.

Dichas leyes, acuerdos y/o reglamentos están orientados a la protección de poblaciones vulnerables como niños y adolescentes, mujeres, jóvenes, Trabajadores/as sexuales.

La garantía de aplicación de estas leyes se basa en mecanismos de coordinación para una apertura multisectorial, así como el fortalecimiento de la capacidad interinstitucional y ciudadana para socializar las leyes y exigir la

restitución de los derechos violentados. Así mismo, se ha establecido un proceso de participación ciudadana en la elaboración de las normas de HSH, TS, PVVS, así como para la elaboración del Plan Estratégico.

En ese mismo sentido, los sistemas de compensación establecidos para asegurar que las leyes tengan el efecto deseado, lo constituyen la institucionalización de espacios para el ejercicio y exigibilidad de los derechos como son la Comisaría de la Mujer, Ley de Maternidad Gratuita, Defensoría del Pueblo Niños, Consejo de la Niñez y Adolescencia, Cabildos entre otros. Un vacío existente es la no existencia de un mecanismo para registrar, documentar y tratar los casos de discriminación sufridos por personas que viven con el VIH y/o por las poblaciones más expuestas.

Por otro lado, si bien se cuenta con leyes que prohíben las pruebas sistemáticas del VIH a efecto de trabajo, empleo, asensos, hay instituciones que cuando detectan entre sus empleados o población personas seropositivas, cumplen con lo establecido por la ley, pero no lo hacen con el personal nuevo que desea ingresar a dichas instituciones. Esto debido a que es requisito para su selección, realizarse la prueba de VIH. Entre las instituciones que tienen esta política se mencionan al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Fuerzas Armadas, Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional, Instituto de Salud de las Fuerzas Armadas.

La política de gratuidad existente en el país y específicamente la referida a los servicios de Prevención de VIH, es todavía limitada. No alcanza cobertura universal y esta enfocada a las mujeres embarazadas, tratamiento de ITS, PPL, tuberculosis y al tratamiento con antiretrovíricos. Además varios servicios son limitados en cobertura como la adquisición de preservativos, el acceso de adolescentes a los servicios de prevención y la accesibilidad de la mujer a servicios de prevención fuera del periodo de embarazo y parto.

También existe un limitado acceso de las poblaciones más expuestas, particularmente HSH a servicios de prevención, tratamiento, acción y apoyo, ya que estos en su mayoría son atendidos por ONG's que los han definido como grupos meta y son abordados dentro de un mismo enfoque. Las TS tienen mejor acceso pero en muchos lugares no son gratuitos.

Las campañas a favor de cambiar las actitudes sociales de estigmatización vinculadas al VIH y el SIDA por actitudes de comprensión y aceptación han sido de baja cobertura, tanto por las organizaciones estatales, así como también por las ONG's. Estas acciones se han ejecutado, en su mayoría, en el día mundial del SIDA y en los grupos que trabajan en el tema, dejando de lado la población en general, así como los medios masivos de difusión e información.

El Ecuador cuenta con un comité de revisión ética, al que pertenecen personas representantes de la sociedad civil, así como también personas que viven con el VIH. Dicho comité se rige por la política de país para asegurar que toda investigación en el área del SIDA y en la que participen seres humanos sea revisada y aprobada por este. Este comité ayuda a cumplir a las investigaciones

con los reglamentos internacionales y locales de ética y protección de las buenas prácticas clínicas y de los derechos humanos.

Como se mencionó anteriormente el país cuenta con instituciones nacionales e independientes para la promoción y protección de los derechos humanos, que consideran como parte de su ámbito de trabajo los asuntos relacionados con el VIH. Entre estas instituciones se pueden mencionar a la Defensoría del Pueblo, Comisión de Derechos Humanos, Consejo Nacional de Mujeres entre otras. El país aún no cuenta con Puntos Focales en las Direcciones Provinciales de Salud que ayuden a la vigilancia de abusos en materia de derechos humanos y discriminación relacionados con el VIH. Tampoco se cuenta con Indicadores de desempeño y patrones de referencia para el cumplimiento de las normas de derechos humanos en el contexto de los esfuerzos de país, relacionados con el VIH.

En el contexto de la aplicación de las leyes, el Ecuador cuenta con programas para educar y sensibilizar a las personas que viven con el VIH sobre sus derechos, logrando el empoderamiento de las PVVS, TS, el personal de salud y el fortalecimiento de OBCs y ONG's. Existen también Bufetes jurídicos del sector privado o centros jurídicos vinculados a las Universidades y ONG's que ofrecen servicios de asesoría jurídica gratuitos o a un precio reducido a las personas que viven con el VIH, pero no se cuenta con un sistema de ayuda jurídica para el trabajo de asistencia relacionado con el VIH y el SIDA. Los esfuerzos para capacitar a los miembros de la judicatura sobre cuestiones relativas al VIH/SIDA y los derechos humanos y que pueden surgir en el contexto de su trabajo o dentro del contexto laboral, han sido débiles.

#### **4.1.7. Participación de la Sociedad Civil**

Respecto al grado de contribución eficaz de la sociedad civil para fortalecer el compromiso político de los principales líderes y la formulación de políticas nacionales, según la escala de ponderación del 1 al 10 se establece que el grado de participación de sus representantes en el proceso de planificación y presupuesto para el Plan Estratégico Multisectorial del SIDA es de tres puntos para el 2005 y de cinco puntos para el 2007.

En referencia a la inclusión que se le dan a los servicios prestados por la sociedad civil en los aspectos de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH, en los planes estratégicos nacionales y en los informes nacionales se otorgó una puntuación de tres. La inclusión de los mismos en el presupuesto nacional, fue valorado con una puntuación de uno.

Al igual que para la elaboración de normas para HSH, TS y PVVS, Vigilancia Epidemiológica, la sociedad civil participo activamente en la elaboración del Plan Estratégico Nacional 2007.

Dentro de las organizaciones que representan al sector de la sociedad civil en los esfuerzos relacionados con el VIH podemos mencionar Redes, Coordinadoras de VIH provinciales, Coaliciones, Organizaciones de Base Comunitaria, ONG's, Mecanismo de Coordinación País, Coalición de PVVS, Asociaciones de Trabajadoras Sexuales, Red de mujeres con VIH, Fundación

FAMIVIDA Fundación Equidad, Cruz Roja, Plan, Corporación KIMIRINA, MAP Internacional e Iglesias, entre otras. El grado de la representatividad de este sector se ponderó con un puntaje de cuatro en la escala del uno al diez.

Referente al grado en que la sociedad civil puede acceder a apoyo financiero para ejecutar actividades relacionadas con el VIH y el acceso a apoyo técnico para aplicar sus actividades de VIH, ambas preguntas obtuvieron una puntuación de tres. En lo referente a los esfuerzos para aumentar la participación de la sociedad civil, el puntaje subió de 5 a 7, entre el 2005 al 2007. Dentro de los progresos realizados desde el 2005 se menciona la “disponibilidad de financiamiento internacional, la participación de la sociedad civil se ha institucionalizado, el sector comunitario esta mejor estructurado para dar respuesta y hay mayor representatividad de todas las provincias”.

#### **4.1.8. Prevención**

El país ha desarrollado un marco nacional de estrategia que promueve la información, educación y comunicación (IEC) sobre el VIH, para la población en general. Los mensajes clave que se promueven son: reducir el número de parejas sexuales, uso consistente de preservativo, práctica de relaciones sexuales seguras y mayor aceptación y participación de las personas que viven con el VIH. Durante el año 2007 se ha promovido información sobre prevención de la Transmisión Vertical del VIH.

Desde el año 2004 se estableció el Programa Nacional de Educación de Sexualidad y el Amor (PRONESA) bajo la responsabilidad del Ministerio de Educación, a través del cual se promueve la educación sobre salud sexual y reproductiva relacionada con el VIH entre los jóvenes escolarizados. Este programa se aplica en escuelas primarias, secundarias e incluye capacitación de maestros. Como se explicó en el narrativo del indicador no se dispone de información del avance de estas actividades.

No existe una estrategia de educación sobre VIH para jóvenes no escolarizados, ni para promover IEC e intervenciones sanitarias preventivas para las sub-poblaciones vulnerables. En el Marco del Proyecto de Fondo Global se ha implementado actividades en HSH, Trabajadoras Sexuales, Personas Privadas de la Libertad, Jóvenes no escolarizados, PVVS. Sin embargo sus coberturas son bajas, por lo que se proyecta incrementarlas para los próximos años e incluirlas dentro de una política nacional para darles sostenibilidad.

Tanto gobierno como sociedad civil coinciden en que el incremento en los esfuerzos para la aplicación de programas de prevención entre el año 2005 y 2007, es discreta de 20% y 30% respectivamente. Las intervenciones que han tenido un mayor desarrollo son: oferta de prueba voluntaria con incremento centros de consejería, incremento de cobertura de prueba de diagnóstico para VIH en embarazadas, personas con ITS y pacientes con tuberculosis y manejo sindrómico de ITS.

## Aplicación de programas de prevención

Tomando como referencia la información del sistema de vigilancia se han identificado las provincias prioritarias para la aplicación de programas de prevención del VIH. Los siguientes programas se han aplicado a nivel de provincias y áreas de salud.

**Tabla 17. Aplicación de los programas de Prevención de VIH/SIDA. Ecuador 2007.**

<b>PROGRAMAS DE PREVENCIÓN</b>	<b>DISPONIBILIDAD</b>
Seguridad sanguínea	En la mayoría de los provincias con necesidades
Precauciones universales en entornos de atención sanitaria	Algunos provincias con necesidades
Prevención de transmisión de VIH materno-infantil	Todos los provincias* con necesidades
IEC sobre reducción del riesgo	Algunos provincias con necesidades
IEC sobre reducción del estigma y la discriminación	No disponible
Promoción de preservativos	Todos los provincias* con necesidades
Asesoramiento y pruebas del VIH	Todos provincias con necesidades
Reducción del daño para usuarios de drogas inyectables	No disponible
Reducción de riesgos para varones que tienen sexo con varones	Algunos provincias con necesidades
Reducción de riesgos para profesionales del sexo	Algunos provincias con necesidades
Programas para otras sub-poblaciones vulnerables	Algunos provincias con necesidades
Servicios de salud reproductiva, incluidos la prevención y tratamiento de las ITS	Algunos provincias con necesidades
Educación escolar sobre el SIDA para jóvenes	Todos los provincias con necesidades
Programas para jóvenes no escolarizados	No disponible
Prevención del VIH en el lugar de trabajo	Algunos provincias con necesidades

**Fuente: Encuesta ICPN, 2007.**

Comparando la aplicación de los programas de prevención entre el 2005 al 2007 la opinión de los encuestados es que hay un incremento del 20 al 40%. El mayor progreso se dio en la estrategia de Prevención de la Transmisión Vertical y manejo sindrómico de ITS. La estrategia de PTV, se inició a partir del año 2005 y se ha incrementado 3 veces mas la cobertura de tamizaje en embarazadas, se ha ampliado el número de establecimientos para consejería y prueba voluntaria, como las clínicas de SIDA de 8 a 26 lo que ha permitido descentralizar la terapia ARV, así como centros de atención para mujeres VIH positivas embarazadas.

En el marco de la ejecución del proyecto de Fondo Global se han realizado intervenciones en grupos específicos a través de Fuerzas Armadas, Policía, Dirección de Rehabilitación Social y ONG seleccionadas. Se espera en los próximos años incrementar la cobertura.

#### 4.1.9. Tratamiento, Atención y Apoyo

Desde el año 2004 en que se formuló la primera guía de atención integral de PVVS se tiene una política o estrategia para promover el tratamiento, atención y apoyo integrales relacionados con el VIH/SIDA, que ha sido actualizada varias veces. En el año 2007 se hizo la última actualización. El manual de atención integral incluye una valoración integral de la PVVS entre estas acciones son: tratamiento, asesoramiento y pruebas del VIH, la atención psicosocial, entrega de condones, medicación para enfermedades oportunistas, apoyo psicológico pero no contempla la atención domiciliaria. (seguimiento)

La atención integral a PVVS es uno de las intervenciones de mayor desarrollo en el país en los últimos 3 años. Para el año 2007, la mayoría de las provincias en las cuales había demanda de servicios disponen de estos y se ofertan los siguientes servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH y el SIDA:

**Tabla 28. Servicios de tratamiento, atención y apoyo**

SERVICIOS	COBERTURA
Terapia antirretroviral	Algunas provincias con necesidades
Cuidado nutricional	Algunas provincias con necesidades
Tratamiento pediátrico de SIDA	Todas las provincias con necesidades
Tratamiento de las infecciones de transmisión sexual	Algunas provincias con necesidades
Apoyo psico-social para personas viviendo con VIH y sus familias	Algunas provincias con necesidades
Atención domiciliaria	No disponible
Atención y tratamiento paliativo de infecciones comunes relacionadas al VIH	Algunas provincias con necesidades
Asesoramiento y pruebas del VIH para pacientes con tuberculosis	Todas las provincias con necesidades
Análisis sistemático de la tuberculosis de las personas infectadas por el VIH	La mayoría de las provincias con necesidades
Terapia preventiva de la tuberculosis para las personas infectadas por el VIH	La mayoría de las provincias con necesidades
Control de la infección de tuberculosis y tratamiento del VIH en establecimientos de atención	Todas las provincias con necesidades
Profilaxis con cotrimoxazol en personas infectadas por el VIH	Algunas de las provincias con necesidades
Profilaxis posterior a la exposición (por ej., exposición ocupacional al VIH, violación)	Algunas de las provincias con necesidades
Servicios de tratamiento del VIH en el lugar de trabajo o sistemas de derivación para tratamiento a través del lugar de trabajo	Algunas de las provincias con necesidades

Prevención del VIH en el lugar de trabajo (incluyendo arreglos alternativos de trabajo)	Algunas de las provincias con necesidades
---	---

**Fuente: Encuesta ICPN, 2007.**

El Ecuador desde el año 2006 definió la política para el uso de medicamentos genéricos y para la importación paralela de medicamentos para el VIH, pero solo en el año 2007 se pudo ejecutar, gracias a los mecanismos de gestión regional para la adquisición y suministro de productos esenciales, como fármacos antirretrovíricos, preservativos y drogas de sustitución. El Ecuador adquiere medicación antiretroviral en genéricos del Fondo Estratégico de OPS, y forma parte del Organismo Andino de Salud (ORAS) que se encarga de la negociación de medicamentos antiretrovirales..

La opinión de los encuestados sobre los esfuerzos de aplicación de los programas de servicios de tratamiento, atención y apoyo del VIH en 2007 y 2005 es de un avance del 30% al 90% respectivamente. Se han identificado como los avances más importantes: creación de 26 clínicas del SIDA a nivel nacional, con descentralización de antiretrovirales y equipos capacitados en el país y fuera de el en manejo integral a PVVS. Adquisición de antiretrovirales genéricos que han abaratado el costo de tratamiento, ubicando a Ecuador como el país con el esquema más barato de Sudamérica en primera línea. Se ha logrado consolidar el sistema de provisión de medicamentos e insumos para VIH/SIDA, se disponen de 250 centros de consejería y de tamizaje, en el año 2008 el INH inicia con el control de calidad del tamizaje, en provincias de mayor incidencia como : Guayas, Manabí y El Oro.

No hay listas de espera, se dispone de antiretrovirales en presentaciones pediátricas, se entrega de medicación gratuita para enfermedades oportunistas. Los medicamentos son entregados a las PVVS en 72 horas máximo luego de recibido el pedido se practican los exámenes de CD4 y Carga viral con mejor oportunidad que en el año 2006, la producción de laboratorio en este campo en el año 2007 triplico en función de años anteriores... Se entrega de preservativos a PVVS mensualmente

No existe una política o estrategia para tratar las necesidades adicionales relacionadas con el VIH/SIDA de los huérfanos y otros niños vulnerables. Se han creado por parte de ONG centros de cuidados para niños huérfanos. Son iniciativas muy pequeñas, sus necesidades de ARV, leches artificiales son atendidas por el Programa Nacional, estas casas se ubican en las provincias de mayor prevalencia y necesidades.

Los esfuerzos desarrollados para satisfacer las necesidades de este grupo según los entrevistados se han incrementado del 10% al 25%. Se esperan los resultados de un estudio que CARE ejecutará en el año 2008, para conocer sus necesidades.

## 4.2 DESARROLLO DE AREAS PROGRAMATICAS

### 4.2.1. Prevención

#### **Seguridad Hematológica**

**Indicador 3: Porcentaje de unidades de sangre donada que se analiza para la detección del VIH con criterios de calidad asegurada**

Indicador	Fuente	2006		2007		Observaciones
		N	%	N	%	
3. Porcentaje de unidades de sangre donada que se analiza para la detección del VIH con criterios de calidad asegurada	Secretaria Nacional de Bancos de Sangre a Cruz Roja Ecuatoriana			138.762	100	Toda la sangre tamizada cumple los estándares de calidad.

En el Ecuador en el año 2007 se tamizaron el 100% de las 138.762 unidades de sangre en las seis instituciones que constituyen la Red Nacional de Bancos de Sangre.

La Red Nacional de Bancos de Sangre está constituida por seis instituciones: Cruz Roja, Ministerio de Salud Pública, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Junta de Beneficencia, Hospitales Privados y Fuerzas Armadas. Cada uno de estos tiene Centros Hematológicos de Cribado de Sangre y 39 Bancos de Sangre de los cuales 25 pertenecen a la Cruz Roja en 19 provincias (Cruz Roja Ecuatoriana, 2008a). Por delegación del Estado Ecuatoriano, la Cruz Roja es desde hace varios años el responsable de organizar la provisión de sangre segura en el país.

En la Cruz Roja, hasta el año 2004 se estaba tamizando a nivel descentralizado en varios Bancos de Sangre, pero a partir del año 2005 se recentralizó el tamizaje para asegurar un adecuado control de calidad. Las Unidades de sangre donadas son tamizadas para VIH, Chagas, Sífilis, Hepatitis B y C. Todos los donantes son sometidos a una encuesta de autoexclusión .



**Tabla 19. Unidades de sangre analizada según cumplimiento de normas de control de calidad por hemocentro. Ecuador 2007.**

NOMBRE DEL CENTRO HEMATOLÓGICO DE CRIBADO SISTEMATICO DE SANGRE	Control de calidad		Unidades de Sangre		
	Procedimientos operativos normatizados	Plan de control externo de calidad	Sangre donada	Sangre analizada	Sangre analizada con criterio de calidad asegurada
Cruz Roja del Ecuador	Si	Si	89.692	89.692	89.692
MSP	Si	Si	1.928	1.928	1.928
IESS	Si	Si	20.576	20.576	20.576
Junta de Beneficencia	Si	Si	18.738	18.738	18.738
Hospitales privados	Si	Si	2.114	2.114	2.114
Fuerzas Armadas	Si	Si	5.714	5.714	5.714
TOTAL	Si	Si	138.762	138.762	138.762

Fuente: Secretaria de Bancos de Sangre del Ecuador, 2007

La Red Nacional de Bancos de Sangre está dirigida por el Consejo Nacional de Sangre y tiene una Secretaria de Bancos de Sangre bajo la responsabilidad de la Cruz Roja Ecuatoriana. Para asegurar la calidad de la sangre se ha desarrollado un plan con tres contenidos (fundamentado en la Gerencia de Calidad ISSO 9000): i) Gerencia de Calidad para dotar de una normativa a los Bancos de Sangre y para habilitar y acreditar los mismos, ii) 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), iii) Incremento de la Donación Voluntaria (Cruz Roja Ecuatoriana, 2008b).

Según la Secretaria Nacional de Sangre de la Cruz Roja, toda la sangre donada que cumple con la ficha técnica, es analizada con criterio de “calidad asegurada”. Según una informante calificada (Dra. Diana Almeida), solo un laboratorio, de la Cruz Roja de Quito, certificación ISSO 9000 – 2001, pero todos están licenciados o habilitados por el Comité de Sangre y están sujetos al programa de evaluación externa. Se mantienen controles de bioseguridad y se utilizan equipos de avanzada tecnología.

La Cruz Roja Ecuatoriana es uno de los miembros más importantes de la red, el servicio de Banco de Sangre se inició el 1ero de mayo de 1948, a partir de esta fecha la red de bancos de sangre cubre todo el territorio nacional. Desde el año 1.985, se realizan pruebas de microelisa para VIH, para el tamizaje obligatorio de todas las unidades de sangre donadas. Este servicio está disponible las 24 horas al día y durante todo el año, cubriendo el 80% de las necesidades de sangre a nivel nacional. Anualmente procesan más de 100.000 unidades de sangre. En la Cruz Roja Quito hasta Diciembre del 2006 de tamizaron 33401 muestras de sangre y se detectaron 327 positivos para primera prueba.

## ***Transmisión Materno Infantil del VIH***

Indicador	Fuente	2006		2007		Observaciones
		N	%	N	%	
5. Porcentaje de embarazadas VIH+ que reciben fármacos antirretrovíricos para reducir el riesgo de transmisión materno-infantil	MSP-Programa Nacional de SIDA	529	49	347	74,6	Se estimó el número de embarazadas VIH+ por estandarizando por esfuerzo de tamizaje por provincias. Estimación realizada en Spectrun sobrestimaba el número,

### ***Indicador 5. Porcentaje de embarazadas VIH+ que reciben fármacos anti-retrovíricos para reducir el riesgo de transmisión materno-infantil***

En el año 2006, el 48,9% (259) mujeres embarazadas VIH positivas recibieron ARV de un total estimado de 529 y en el 2007 este porcentaje subió a 74,1% (257 de 347). Para estimar el número de embarazadas VIH+ se utilizó un procedimiento de estandarización por esfuerzo de tamizaje por provincias, debido a que la estimación realizada con el programa Spectrum estimaba el triple de embarazadas infectadas y se consideró, que con una cobertura de tamizaje del 52%, con énfasis en áreas de altas prevalencias, no era posible que el número de embarazadas infectadas superará el doble.

Esta alta cobertura de tratamiento alcanzadas hasta el 2007 se explica por las altas coberturas de tamizaje en mujeres embarazadas, que fue definida como una prioridad en el país, para alcanzar la meta “no más niños con VIH al 2015”. Durante los años 2006 y 2007 las coberturas de tamizaje han incrementado del 32% al 55% respectivamente.

**Tabla 20. Coberturas de Tamizaje de Embarazadas para VIH y prevalencia por provincias. Ecuador 2006-2007.**

PROVINCIAS	2006					2007				
	Población embarazadas	Tamizadas	VIH positivas	Cobertura %	% positivas	Población embarazadas	Tamizadas	VIH positivas	Cobertura %	% positivas
Azuay	18473	440	2	2,4	0,45	18508	2764	4	14,9	0,14
Bolivar	4838	2244	1	46,4	0,04	4781	2425	0	50,7	0,00
Cañar	6259	1210	0	19,3	0,00	6224	3179	2	51,1	0,06
Carchi	4133	1054	0	25,5	0,00	4100	2247	0	54,8	0,00
Chimborazo	11830	1143	2	9,7	0,17	11775	3141	1	26,7	0,03
Cotopaxi	10959	4076	0	37,2	0,00	11013	3526	0	32,0	0,00
El Oro	14731	6689	11	45,4	0,16	14794	7954	5	53,8	0,06
Esmeraldas	11690	5947	2	50,9	0,03	11713	8279	25	70,7	0,30
Galapagos	562	387	1	68,9	0,26	568	299	0	52,6	0,00
Guayas	91341	53622	169	58,7	0,32	90660	75261	147	83,0	0,20
Imbabura	10329	3577	0	34,6	0,00	10393	3948	0	38,0	0,00
Loja	12019	1792	2	14,9	0,11	11898	4865	2	40,9	0,04
Los Rios	20556	7380	14	35,9	0,19	20595	9788	13	47,5	0,13
Manabi	38716	8494	12	21,9	0,14	38540	20096	36	52,1	0,18
Morona Santiago	5235	161	0	3,1	0,00	5240	696	1	13,3	0,14
Napo	3581	723	1	20,2	0,14	3634	1657	0	45,6	0,00
Orellana	4236	1969	1	46,5	0,05	4344	1392	0	32,0	0,00
Pastaza	2599	846	0	32,6	0,00	2640	1060	0	40,2	0,00
Pichincha	65151	9970	37	15,3	0,37	64928	23692	16	36,5	0,07
Sucumbíos	4773	2709	2	56,8	0,07	4878	2862	5	58,7	0,17
Tungurahua	11989	854	0	7,1	0,00	12014	1715	0	14,3	0,00
Zamora Chinchipe	3019	849	2	28,1	0,24	3008	1654	0	55,0	0,00
<b>Total general</b>	<b>357019</b>	<b>116136</b>	<b>259</b>	<b>32,5</b>	<b>0,22</b>	<b>356248</b>	<b>182500</b>	<b>257</b>	<b>51,2</b>	<b>0,14</b>

Fuente y Elaboración: MSP-PNS, 2007.

El Ecuador durante los años 2006 y 2007 ha realizado un avance importante en la oferta de consejería y prueba voluntaria. A finales del 2005 se logró oficializar el uso de pruebas rápidas, las mismas que son utilizadas en toda unidad que dispone de un laboratorio básico y personal capacitado en consejería pre y post-test. La consejería pre-test para prueba voluntaria se incrementó de 25.046 personas, excluyendo embarazos, en el 2006 a 84.010 en el 2007.

A nivel de unidades de salud del nivel primario y secundario se realizan la primera y segunda prueba; los dobles reactivos son referidos para confirmación a los laboratorios de referencia del Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical "Leopoldo Izquieta Pérez" (INH). El INH dispone de tres laboratorios regionales de referencia donde se utiliza para confirmación IFI y WB. Existen para el 2007, 220 puestos de tamizaje del MSP y otras instituciones públicas y privadas acreditados, que cumplen los procedimientos establecidos en la normativa nacional (MSP-PNS, 2007a).

## Oferta de consejería y prueba voluntaria

Indicador	Fuente	2006		2007		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.	Línea de Base USFQ- Proyecto Fondo Global SIDA, Ecuador 2007			2778	9,5%	La LB no investigó población general de 15 a 49 años. Se toma como referencia los adolescentes no escolarizados

### *Indicador 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*

Según la encuesta ENDEMAIN 2004, el 11,4% de mujeres de 15 a 49 años se sometió a prueba voluntaria y conoció sus resultados. Las adolescentes fueron el grupo de mas baja cobertura (6,8%) y las de 20 a 24 años las de más alta (13,2%). Según la encuesta de línea de base del Proyecto Fondo Global realizada por la Universidad San Francisco de Quito (LB-USFQ) en el 2007, 9,5% de adolescente no escolarizados se hicieron y conocieron sus resultados. Aunque no son comparables los dos estudios, debido a que el ENDEMAIN solo incluye mujeres de 15 a 49 años y la Línea de Base de la USFQ tiene diferentes tramos de edad e incluye los dos sexos en adolescentes. Sin embargo en el estudio LB-USFQ cuenta con una cobertura mayor para el grupo de adolescentes, adicionalmente dada la mayor oferta de prueba voluntaria que ha experimentado el país, puede estos datos reflejar mejor la realidad.

**Tabla 21. 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 Ecuador 2004, 2007 (n = 11. 300)**

Grupos de edad	ENDEMAIN 2004 (n= 11.148 mujeres en edad fértil)	Línea de Base USFQ 2007 %
<b>Total:</b>	<b>11,40 %</b>	
<b>15-20:</b>	<b>6,80 %</b>	<b>9,5%</b>
<b>20-24:</b>	<b>13,20 %</b>	
<b>25-49:</b>	<b>12,00 %</b>	

Fuente: ENDEMAIN 2004; LB-USFQ, 2007.

Se está ofertando sistemáticamente prueba voluntaria gratuita a embarazadas, personas que consultan por ITS, trabajadoras sexuales, personas con tuberculosis y personas que consultan por enfermedades asociadas a VIH/SIDA. Las mayores coberturas se dan en embarazadas e ITS, del resto de grupos, esta información no es registrada, ni es notificada sistemáticamente y en HSH no existen servicios específicos estatales para oferta de prueba voluntaria.

Se espera que la oferta de consejería y prueba voluntaria supere el 50% en todas las provincias del país para el 2008. Este esfuerzo se acompañara del

tamizaje a los compañeros de las embarazadas seropositivas, que junto con la oferta a personas que consultan por ITS y HSH son estrategias focalizadas para alcanzar a la población masculina.

Este indicador tiene importancia, particularmente para los y las jóvenes que tienen barreras para utilizar los servicios y las facilidades referidas a salud sexual y reproductiva. Se conoce que los factores que pueden influenciar el acceso de las personas a los centros donde se realizan la pruebas son su localización, la disponibilidad de transporte, el costo, la percepción de las personas acerca de la confidencialidad del proceso y especialmente del resultado, y la de actitud percibida del personal hacia los/ las jóvenes (ONUSIDA, WHO, UNICEF, 2004). En el país el número de centros que ofertan prueba voluntaria es grande (220) y de cobertura nacional, por lo que es posible que el problema sea el conocimiento por parte de la población urbana de la existencia de estos centros y la baja cobertura de servicios a nivel rural de pobre acceso a centros de salud.

Por lo que es importante para direccionar la respuesta programada, evaluar la cobertura territorial de oferta de prueba voluntaria para definir donde crear nuevos centros de tamizaje y donde llevar adelante campañas con la finalidad de anunciar la disponibilidad de las pruebas, particularmente dirigida a población masculina.

El avance de la oferta de prueba voluntaria, no ha ido al mismo ritmo que el desarrollo de servicios para cambio de conductas que acompañen a las pruebas. Si bien, en la post prueba se trabaja en prevención y promoción de condones y prácticas segura, esto no es suficiente y no se ha evaluado si se cumple. El cambio de conductas es un proceso largo, que requiere incorporar al los prestadores de servicio (médicos, enfermeras y otros) en consejería y referencia. Este último objetivo se esta trabajando en el Manual de Atención de Grupos mas Expuestos y que servirá para ampliar la capacidad de los servicios de salud para cubrir este objetivo (Montoya *et.al.*, 2007: Guía de Atención HSH).

## ***Poblaciones más expuestas al VIH***

Indicador	Fuente	2006		2007		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	Línea de Base USFQ- Proyecto Fondo Global SIDA, Ecuador 2007			HSH 1450 TS 2124	49,9  86,6	Representatividad de HSH que acuden a sitios de encuentro y TS que trabajan en locales.
9. Porcentaje de poblaciones más expuestas al que llegaron los programas de prevención del VIH	Línea de Base USFQ- Proyecto Fondo Global SIDA, Ecuador 2007			HSH 1450 TS 2124	48,7  76,2	Representatividad de HSH que acuden a sitios de encuentro y TS que trabajan en locales.

### ***Indicador 8. Porcentaje de poblaciones más expuestas que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados***

Las Trabajadoras Sexuales y los HSH, según el estudio de LB-USFQ, tienen alto acceso a prueba voluntaria alguna vez en la vida y al conocimiento de los resultados (86,5% y 49,9%), con porcentajes más altos en mayores de 25 años. Este indicador fue tomado de la encuesta LB-USFQ, que se refiere a acceso a prueba alguna vez en la vida y no en los últimos 12 meses, por lo que debe considerarse como un indicador Proxy.

**Tabla 22. Porcentaje de poblaciones más expuestas que se sometió a la prueba del VIH alguna vez en la vida y conoce los resultados. Ecuador, 2007.**

Grupos de edad	HSH			TRABAJADORAS SEXO		
	Si	Población	%	Si	Población	%
< 25	278	664	41,9%	764	875	87,3%
25 y más	445	786	56,6%	1074	1249	86,0%
Total	723	1450	49,9%	1838	2124	86,5%

Fuente: Línea de Base Proyecto Fondo Global SIDA Ecuador.

Estas altas coberturas pueden explicarse por los siguientes hechos:

- En los dos grupos estudiados en la LB-USFQ existen sesgos de selección, porque se tomaron TS de locales (no se incluyeron clandestinas y de esquina) y en HSH a los que se encontraban el día de la encuesta en lugares de encuentro reconocidos, con una mayor representatividad de la provincia del Guayas, en donde se ejecutan intervenciones por parte de varias ONGs.
- Desde hace muchos años el Ministerio de Salud Pública, mantiene como una de sus intervenciones el tamizaje de VIH cada tres meses a Trabajadoras Sexuales. Este era un requisito para obtener un carné de trabajo. Por esta razón las coberturas de tamizaje en trabajadoras sexuales comerciales tanto en los estudios realizados por Corporación KIMIRINA en año 2004 (91%) y en el 2007, así como en el estudio LB-USFQ son altos. Los porcentajes mayores que se observan en el estudio de Corporación KIMIRINA en el 2007, pueden explicarse porque este es una evaluación de medio término de una intervención en 6 provincias. El esfuerzo de tamizaje en este grupo se mantiene.

En HSH, se encontró una alta cobertura de este indicador en Guayas. Los factores que influyen en este resultado son: el tamaño de la muestra que en esta Provincia es mayor al resto provincias del país, y a que durante el año 2006 y 2007 en esta provincia se realizó un estudio de prevalencia y sero tipificación de VIH en este grupo por parte de la Fundación Equidad-FAMIVIDA.

Es importante también resaltar que las diferencias entre la encuesta de línea de base y el estudio Corporación KIMIRINA son importantes: 52,8% para la primera y 75,3% para la segunda. Esta diferencia se explica porque la población del estudio de Corporación KIMIRINA 2006 es una población intervenida por esta fundación (Tabla 16).

Por acuerdo entre el MSP y las TS, después de una demanda, desde Diciembre de 2007 el carné dejó de ser obligatorio, por considerarse un instrumento de explotación y estigmatización. En la medida que, en la mayoría los Servicios de Atención Integral a la Salud Sexual que atienden exclusivamente a TS, son autofinanciados por las usuarias, hay el riesgo de que las intervenciones sobre TS, que contemplan vigilancia de ITS y tamizaje trimestral para VIH se reduzcan.

Para mejorar la oferta de consejería y prueba voluntaria en estos dos grupos el MSP, junto con las TS está analizando nuevas estrategias de intervención y de vigilancia para conocer la evolución de la epidemia en este grupo. Para HSH, aunque el MSP no ha desarrollado servicios dirigidos a este grupo se ha desarrollado un plan servicios para este grupo.

**Tabla23. Porcentaje de poblaciones más expuestas que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados. Ecuador, 2006 (n=900).**

<b>Grupos de edad</b>	<b>HSH %</b>	<b>TS %</b>
> 25	64,6	91,4
25+	81,7	93,0
Total	75,7	92,5

Fuente: Corporación KIMIRINA-CEPAR, 2006.

***Indicador 9: Porcentaje de poblaciones más expuestas al que llegaron los programas de prevención del VIH***

Según la encuesta de LB-USFQ, las trabajadoras sexuales presentan un “alto” acceso a pruebas y a condones (76,2%), mientras que en HSH no llega al 50%. La presencia de servicios especializados para TS y la obligatoriedad de prueba cada tres meses explican el alto acceso a pruebas.

El “alto” acceso a condones se explica por el trabajo que las asociaciones y ONGs hacen con este grupo. También debido a que la encuesta se realizó en locales, donde según informantes claves, los dueños de estos sitios proveen condones. En este sentido, no se conoce el acceso a condones de las TS de la calle, ni de las clandestinas.

En HSH las coberturas reportadas se explican por: a) el número de encuestados fue mayoritariamente del Guayas, donde en los últimos dos años se realizó un estudio de prevalencia, b) existe un importante trabajo de ONGs y activistas HSH en provincias como Guayas y Pichincha que incluye promoción del uso de condón y c) el PNS está entregando condones a PVVS. Hay que recordar que la LB-USFQ, se ejecutó dos años después de iniciado el proyecto Fondo Global, lo que también influye en los resultados positivos de este indicador.

**Tabla 24. Porcentaje de poblaciones más expuestas al que llegaron los programas de prevención del VIH. Ecuador 2007.**

GRUPOS DE EDAD	HSH			TRABAJADORES SEXO		
	Si	Población	%	Si	Población	%
> 25	294	664	44,3%	675	875	<b>77,1%</b>
25+	412	786	52,4%	943	1249	<b>75,5%</b>
Total	706	1450	48,7%	1618	2124	<b>76,2%</b>

Fuente: Línea de Base Proyecto Fondo Global SIDA Ecuador.

En el Ecuador la consejería y tamizaje de VIH son actualmente fortalezas para embarazadas y TS, pero el acceso a consejería, pruebas, condones y lubricantes en HSH es todavía una deficiencia. Esta deficiencia debe ser corregida con urgencia, por las altas prevalencias estimadas de VIH en este grupo. El tamizaje regular de TS está amenazado en la medida que esta deja de ser obligatoria, por lo que es importante trabajar mas en vigilancia y cambio de comportamientos y el acceso a condones de calidad, que según informantes clave es el problema.

Comparando los resultados de la LB-USQF 2007 con la encuesta de CEPAR-Corporación KIMIRINA 2006, los porcentajes son mayores en esta última para HSH, pero menores en TS, a pesar de que esta es población de un área intervenida. Esta discrepancia se explica por la diferente técnica de selección de los encuestados y el sobre muestreo en Guayas, que se explicó en una sección anterior.



**Tabla 25. Porcentaje de poblaciones más expuestas al que llegaron los programas de prevención del VIH. Ecuador 2006.**

<b>Grupos de edad</b>	<b>HSH (n=300) %</b>	<b>TS (n=300) %</b>
> 25	53,1	48,6
25+	56,0	51,5
Total	54,5	54,9

Fuente: Corporación KIMIRINA -CEPAR, 2006.

#### **4.2.2. Tratamiento, atención y apoyo**

##### ***Tratamiento***

<b>Indicador</b>	<b>Fuente</b>	<b>2006</b>		<b>2007</b>		<b>Observaciones</b>
		<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	
4. Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH avanzada que recibe terapia antirretrovírica	MSP-Programa Nacional de SIDA			10.791	29,8	Total PVVS 43164 estimados en Spectrum, de los cuales 25% se estima requieren TARV. Proxy: no se han retirado los fallecidos ni los abandonos, pues el sistema de información se encuentra en construcción.
6. Porcentaje de casos estimados de coinfección por el VIH y tuberculosis que recibió tratamiento para la tuberculosis y el VIH	MSP-Programa Nacional de Tuberculosis, 2007			379	39,6	Proxy Información de número de pacientes con coinfección a partir de tamizaje para VIH de pacientes con Tb de seis provincias.

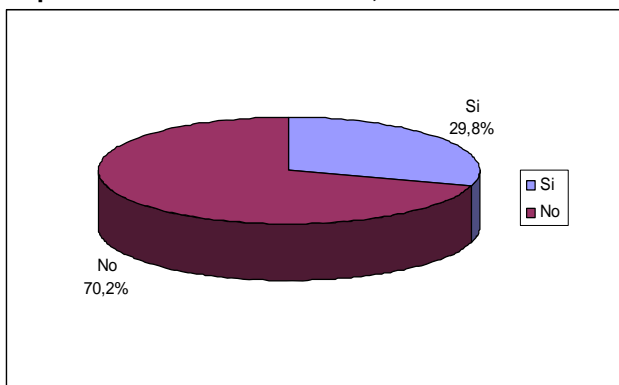
##### ***Indicador 4. Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH avanzada que recibe terapia antiretroviral***

En el Ecuador el Ministerio de Salud Pública inició el tratamiento antiretroviral a personas con VIH avanzada en el año 2004. Antes, otras instituciones como las Fuerzas Armadas, la Policía y el IESS comenzaron a brindar atención integral a pacientes. Para Agosto del 2007, en estas cuatro instituciones 3.214 PVVS (29,8%) están recibiendo terapia antiretroviral de un total estimado de 10.791. El MSP cubre el 81% de casos en TARV (2.600)

La estimación de casos se hizo tomando el 25% del total de casos VIH/SIDA (43.164) estimados con el programa Spectrum. Se tomó el 25% porque, la tendencia de casos detectados en Ecuador de VIH avanzada (SIDA) desde el año 2005 al 2007 es de aproximadamente 25%. Hay que tomar en cuenta que en niños se inicia el tratamiento sin que este en VIH avanzada.

Se utilizaron estas estimaciones, porque no tiene el número de fallecidos y abandonos, y que por ello el numerador sólo representa el número de PVVS enrolados más no los que están en tratamiento. Por lo tanto este es un Proxy.

**Gráfico 9. Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH avanzada que recibe terapia antirretrovírica. Ecuador, enero a octubre 2007.**



Fuente: MSP-PNS, 2007,

En este indicador el Ecuador ha tenido un progreso importante, que ha permitido superar las metas planteadas en el Proyecto Fondo Global. Para fines del 2005, 1.145 personas recibían terapia antirretrovírica de un total de 1.635 casos SIDA, dando un 70.5% de cobertura de los casos notificados (Barragan y Laufer, informe UNGASS 2006). No existe información desagregada por edad y sexo, aunque a nivel de las Clínicas de SIDA se recoge este dato.

En la actualidad el Ecuador cuenta con una creciente disponibilidad de ARV, con financiamiento proveniente de Fondo Global y del Estado. Como resultado de esta mayor disponibilidad, no hay listas de espera y los hospitales tienen una provisión anticipada para dos meses, por lo que es importante mejorar la detección oportuna a nivel primario y secundario.

El mayor esfuerzo del PNS en los dos últimos años, ha sido el fortalecimiento y creación de centros de tratamiento (clínicas del SIDA) en los Hospitales Nacionales de Especialidad y en Hospitales Provinciales en las provincias con mayor demanda. Hasta inicios del 2005 solo existían 6 clínicas, para fines del 2007, existen 26 y 2 están en proceso de acreditación en la Amazonía, con capacidad de brindar atención integral incluyendo ARV en todo el país (MSP-PNS. 2007a). De las 28 clínicas 10 ofertan servicios para tratamiento integral Personas Viviendo con VIH/SIDA (PVVS), 9 para prevención de transmisión vertical (PTV) y 8 ofertan los dos servicios.

**Tabla 36. Clínicas de SIDA para atención de PVVS y prevención de la transmisión vertical. Ecuador 2007**

PROVINCIA	SERVICIO			
	PVVS	PTV	PVVS Y PTV	Total
Pichincha	3	2	1	6
Guayas	2	3	1	6
Manabí			1	1
El Oro			1	1
Esmeraldas			1	1
Los Ríos		2		2
Galápagos		2		2
Cañar	1			1
Loja			1	1
Azuay			1	1
Chimborazo			1	1
Sucumbíos	1			1
Napo	1		1	2
Zamora	1			1
Orellana	1			1
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>28</b>

Fuente. MSP-PNS, 2007a

Desde febrero del 2007 se inició la compra internacional de ARV, que incluye medicamentos genéricos. Para el 2008 con apoyo de OPS se garantizará el acceder a genéricos de buena calidad al 100% de la demanda en el sector público, que cubre el 80% de personas que se estima necesitan antiretrovirales en el país. Otras instituciones como el IESS y las Fuerzas Armadas están haciendo gestiones para realizar compras internacionales.

Un aspecto importante a resaltar es que, en el Ecuador en los últimos tres años (2005 al 2007) ha mejorado ostensiblemente la capacidad de los Servicios de Salud para brindar una atención integral y continua a las personas VIH positivas. Actualmente existe (MSP-PNS, 2007a):

- a. Sistema que brinda tamizaje y resultados para la infección por VIH.
- b. Sistema y equipo calificado para consejería pre y pos test.
- c. Servicios de salud con área de atención para VIH/SIDA y prevención de la transmisión vertical, incluyendo recursos y financiamiento para brindar estos servicios.
- d. Medicamentos para la prevención de infecciones oportunistas programados inicialmente para 350 personas (desde junio 2007),
- e. Capacitación del personal y recursos para prevención en transmisión de VIH y brindar atención básica en tratamiento de PVVS.
- f. Otras intervenciones como: quimiprofilaxis pacientes tuberculosos y niños expuestos, leche maternizada a niños expuestos.
- g. Adicionalmente se está entregando en forma gratuita 15 condones a cada PVVS cada mes para reducir la transmisión y evitar reinfecciones y condones a personas que consultan por ITS. Hasta agosto del 2007 se entregaron 207.000condones.

**Indicador 6: Porcentaje de casos estimados de coinfección por el VIH y tuberculosis que recibió tratamiento para la tuberculosis y el VIH**

En el Ecuador, en el año 2006 se notificaron 3.854 casos reportados y 685 no confirmados por tuberculosis pulmonar, 401 extrapulmonar y 32 por meningitis tuberculosa. No se está realizando tamizaje regular a todos estos pacientes, el MSP no ha logrado implementar un sistema de notificación de coinfección VIH y tuberculosis, por lo que para obtener este indicador se utilizó los resultados de un estudio realizado por el Programa de Control de Tuberculosis en conjunto con el Programa Nacional de SIDA, en seis provincias de alta incidencia de VIH/SIDA y tuberculosis: Guayas, Pichincha, El Oro, Los Ríos, Manabí y Sucumbíos.

En 2.000 pacientes con tuberculosis a los que se les investigó VIH se identificaron 150 casos, con una prevalencia de 7,5% de coinfección. Se estimó que el número de casos de tuberculosis para el año 2007 fue de 5.053 en estas seis provincias. Utilizando como referencia el 7,5%, se obtuvo un número estimado de 379 pacientes con coinfección. Por referencia de informantes clave del programa de tuberculosis, todos estos pacientes fueron tratados para tuberculosis y todos iniciaron tratamiento ARV. El porcentaje estimado de pacientes que fueron tratados es del 39,6%. Este es un indicador Proxy por: ausencia de un sistema de información que ratifique que estos casos recibieron tratamiento, no son datos nacionales y no se incluye a los PVVS que se les diagnóstico tuberculosis en las clínicas del SIDA.

**Tabla 27. Porcentaje de casos estimados de coinfección por el VIH y tuberculosis que recibió tratamiento para la tuberculosis y el VIH. Resultados de 6 provincias. Ecuador 2007**

No pacientes con Tb tamizados	No pacientes VIH+	Prevalencia coinfección	No de casos estimados de coinfección	% estimado de coinfección que recibió tratamiento
2000	150	7,5%	379	39,6%

Fuente: MSP-Programa Nacional de Tuberculosis, 2007.

Para el año 2008 en el marco de homogenización y simplificación de los sistemas de vigilancia de problemas prioritarios, se ha priorizado este componente. Los criterios para priorizar son: i) en el Ecuador la tuberculosis es endémica, ii) que la coinfección VIH tuberculosis ha tenido consecuencias desastrosas en el mundo, por que la probabilidad de un individuo infectado por VIH de contraer la infección tuberculosa al exponerse al bacilo es más alta que la de un individuo no infectado (Ferrer y Valdez, 1998), y iii) existen los recursos necesarios para realizar el tamizaje regular a todo paciente con tuberculosis y brindar tratamiento a toda persona con coinfección.

***Indicador 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 antirretrovírica***

No hay información para este indicador, aunque a nivel de las clínicas del SIDA se hace seguimiento de los pacientes utilizando las fichas específicas. Solamente Médicos Sin Fronteras que inicio sus actividades en la ciudad de Guayaquil en agosto del 2004 y culminó su cooperación en agosto 2007 tiene reportes de seguimiento. El PNS no dispone de registros de seguimiento a nivel nacional, por lo que este indicador no esta disponible.

Por lo anterior se utiliza como indicador Proxy el resultado de seguimiento de PVVS en el período julio 2004 a agosto del 2007, que reporta un porcentaje de 80,2% de sobrevivida de personas que iniciaron tratamiento ARV (MSP-PNS 2007, reporte de Médicos Sin Fronteras). En 12 unidades pertenecientes al MSP, que fueron parte del programa implementado por MSF. Para fin de agosto del 2007, 458 PVVS seguían en tratamiento ARV de un total de 568 que ingresaron al programa en el este período. Se han producido 73 fallecidos conocidos (incluyen 17 que no ingresaron al programa) y 282 abandonos (4,9%) (MSP, 2007a).

El problema más importante, es la alta letalidad que es indicador de diagnóstico tardío y el alto porcentaje de abandonos, en lugares en los que MSF tenía personal dedicado a tiempo completo al programa y un adecuado sistema de seguimiento en las 12 unidades de salud. Para el año 2008 se mejorará detección de infección a nivel primario para que no lleguen en fase tardía.

**Tabla 28. Pacientes detectados e ingresados al programa de julio 2004 hasta el 30 de agosto de 2007. Médicos Sin Fronteras, Ecuador, julio 2004 a agosto 2007.**

	<b>PVVS en TARGA</b>	<b>PVVS no ARV</b>	<b>TOTAL</b>
A fin de agosto de 2007	458	10481	10939
Desde inicio del proyecto	568	1356	1924
Fallecidos conocidos por los servicios	73	144	217
Abandonos conocidos	282	164	
Transferidos conocidos	5	0	5

Fuente: MSP. Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA ITS. Enero a Octubre del 2007. MSP, 2007.

### **4.2.3. IEC, Conocimiento y comportamiento**

#### ***Información Educación y Comunicación***

***Indicador 11. Porcentaje de escuelas que impartió educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida durante el último año académico***

No se dispone de información de este indicador. Sin embargo, el Ministerio de Educación (MEC), ONGs y la cooperación internacional vienen trabajando en

este objetivo desde hace más de 5 años. Durante el año 2007 se han hecho importantes avances, pero todavía no se ha formalizado la inclusión en el currículum de escuelas y colegios, contenidos de la educación basada en la sexualidad y el amor con énfasis en prevención de VIH/SIDA. Para el año 2008 se va a incluir oficialmente dentro del currículum de escuelas y colegios estos contenidos, según referencia de funcionarios de PRONESA.

En varias escuelas y colegios desde el año 2005 se han ejecutado intervenciones para inclusión de estos contenidos en el currículum, pero no se dispone de datos sobre la cobertura de estudiantes intervenidos para el 2007. Efectivamente, en el período 2006 a Octubre del 2007, PRONESA del Ministerio de Educación ha capacitado en el “Programa de la Sexualidad y el Amor” con énfasis en ITS VIH/SIDA a 5 profesores en cada uno de 7642 establecimientos educativos en Guayas, Pichincha, Galápagos, Esmeraldas, Manabí y Sucumbíos, que fueron seleccionadas por tener mayor incidencia.

Con el objetivo de promover información y conocimiento sobre los derechos en sexualidad de niños, niñas y adolescentes, desde el año 2006 se inició el proyecto “Fortalecimiento de las acciones, Educación y Comunicación (IEC) para la prevención del VIH/SIDA”. Este proyecto, conocido como Recorrido Participativo, que fue utilizado en El Salvador, fue ejecutado por la Cooperación Técnica Alemana (GTZ) con la participación de ONGs nacionales y el financiamiento del Proyecto Fondo Global SIDA Ecuador.

Desde el inicio de este proyecto en noviembre de 2006 hasta febrero del 2007 se brindó información sobre diversos tópicos a 133.567 adolescentes, superando la meta del objetivo dos del Proyecto Fondo Global de 120.000 (GTZ, 2007)

## **Población general**

### ***Indicador 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***

Cerca de la tercera parte de encuestados (31,4%) en la Encuesta de Condiciones de Vida 2005-2006, identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual de VIH y rechazan las ideas erróneas sobre la transmisión del virus. Las diferencias entre hombres y mujeres (26,7% y 31,4%); y entre los adolescentes y jóvenes (27,5% y 30,9%) son pequeñas.

**Tabla 29. 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 (n= 13.573)**

<b>GRUPOS DE EDAD</b>	<b>TOTAL %</b>	<b>MUJERES %</b>	<b>HOMBRES %</b>
Adolescentes (15 a 19)	27,5	25,2	29,8
Jóvenes (20 a 24)	30,9	28,4	33,4
Total	29,0	26,7	31,4

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, INEC 2005-2006.

La importancia en la prevención del VIH-SIDA de este indicador radica en varios aspectos:

- La creencia de que una persona de aspecto sano no puede estar infectada por el VIH es una idea errónea común que puede dar lugar a relaciones sexuales no protegidas con personas infectadas.
- Rechazar las principales ideas erróneas sobre los modos de transmisión del VIH es tan importante como el conocimiento correcto de los verdaderos modos de transmisión. Por ejemplo, la creencia de que el VIH se transmite por medio de las picaduras de mosquito puede debilitar la motivación para adoptar un comportamiento sexual seguro, mientras que la creencia de que el VIH puede transmitirse compartiendo alimentos refuerza el estigma al que se enfrentan las personas que viven con VIH-SIDA.

En la medida que este indicador evalúa la promoción de información y conocimientos sobre los derechos en sexualidad de adolescentes y jóvenes y el avance hacia el conocimiento universal de los hechos esenciales sobre la transmisión del VIH, es evidente que en este campo se requiere incrementar los esfuerzos que ya están realizando. Efectivamente todas las organizaciones e instituciones que participan en actividades de promoción realizan actividades de IEC en grupos específicos (vulnerables y de alta exposición, pero debe dirigirse a alcanzar una cobertura universal.

En la medida, que este indicador es particularmente útil en países, en que los conocimientos sobre el VIH y el SIDA son insuficientes, como es el caso de Ecuador, el PNS gestionará para que en futuros estudios, particularmente en el

de condiciones de vida que ejecuta el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos y las encuestas ENDEMAIN se mantengan estas preguntas. De tal manera que se pueda medir las mejoras constantes a través del tiempo.

***Indicador 15. Porcentaje de mujeres y varones adolescentes y jóvenes que tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años de edad.***

No fue posible procesar las preguntas relacionadas a este indicador en la encuesta LB-USFQ por problemas en la base de datos. Por lo que, se utiliza la información de ENDEMAIN 2004, que no fue reportada en el informe UNGASS 2004-2005.

Según ENDEMAIN 2004, el 10,4% de las mujeres encuestadas tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años. El inicio es más prematuro en mayores de 19 años, lo que indica que hay una tendencia generacional a reducir la edad de inicio de la primera relación sexual. En la medida que este indicador evalúa la promoción de conductas sexuales responsables y la promoción de información y conocimiento sobre los derechos en sexualidad de niños, niñas y adolescentes, si las diferencias son estadísticamente significativas, se podría concluir que hay un avance en el impacto de los esfuerzos realizados en relación a educación sobre derechos sexuales y reproductivos.

Hay que considerar también que en este indicador, por los pobres esfuerzos en población general en la promoción del uso de condón y el énfasis en el aplazamiento de la primera relación sexual por parte de grupos religiosos, las respuestas de los jóvenes a las preguntas de la encuesta respectiva pueden estar sesgadas, incluso con la declaración deliberada de una edad falsa al momento de la primera relación sexual, particularmente en mujeres.

**Tabla 30. Porcentaje de mujeres adolescentes y jóvenes que tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años de edad (n= 11.148).**

<b>GRUPO DE EDAD</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
15 a 19		9,5
20 a 24		11,2
Total		10,4

Fuente: ENDEMAIN 2004

En el corto plazo, sería importante procesar y analizar los datos de la investigación LB-USFQ que se refieren a información sobre la edad de inicio de las relaciones sexuales, particularmente en el grupo de 15 a 18 años, porque esto permitirá evaluar los progresos de la respuesta a la epidemia en este importante indicador de impacto.



## ***Población más expuesta al VIH***

### ***Indicador 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***

Según la encuesta LB-USFQ los HSH tienen mayores conocimientos correctos sobre la forma de transmisión sexual del VIH que las TS. En HSH, los menores de 25 años tienen un porcentaje más alto que los mayores mientras que en TS esta diferencia es pequeña. Aunque las TS tienen más acceso a pruebas y condones, son los HSH los que tienen mejores conocimientos, explicado por los sesgos de selección del estudio (lugares de encuentros identificados) lo que supone que los HSH encuestados tienen un nivel educación formal mayor que las TS. Esto sugiere también, que los programas de prevención enfocados en información (desarrollados más por la sociedad civil y con bajo costo) se enfocan en los HSH, mientras que los beneficios desde los centros de salud y ONGs mediante condones y consejería (más costosos en cuanto a recursos financieros y recursos humanos) se dirigen principalmente a TS.

No se tiene información de TS hombres, porque tanto al LB-USFQ y el estudio de CEPAR-Corporación KIMIRINA, no incluyó este grupo, aunque probablemente estén incluidos en las muestras estudiadas.

**Tabla 314. Porcentaje de HSH y TS que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus. Ecuador 2007**

GRUPOS DE EDAD	HSH			TRABAJADORAS SEXO		
	Si	Población	%	Si	Población	%
<25	403	664	60,7%	411	875	47,0%
25 y más	450	786	57,3%	576	1249	46,1%
Total	853	1450	58,8%	987	2124	46,5%

Fuente: Línea de Base Proyecto Fondo Global SIDA Ecuador.

Existe una gran diferencia de resultados obtenidos en este indicador con la encuesta realizada por CEPAR-Corporación KIMIRINA (2006), ya que, a pesar de tratarse de una encuesta de evaluación de medio término en una población intervenida, los porcentajes con conocimientos correctos son menores al estudio LB-USFQ. Estas diferencias podrían explicarse en primer lugar por las técnicas diferentes de selección de la muestra de los dos estudios, los sesgos de selección de la LB-USFQ y porque durante el año 2007 se ejecutaron actividades del proyecto Fondo Global en estos grupos.

**Tabla 32. Porcentaje de HSH y TS que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus. Ecuador 2006.**

Grupos de edad	HSH (n= 300) %	TS (n= 300) %
< 25	20,4	3,8
25 y más	24,2	7,5
Total	22,8	6,2

Fuente: Corporación KIMIRINA-CEPAR, 2006.

***Indicador 18: Porcentaje de profesionales del sexo hombres y mujeres que declara haber usado un preservativo con su último cliente***

Tanto en la encuesta LB-USFQ, como en la de CEPAR-Corporación KIMIRINA, no se estudiaron TS hombres. En las TS mujeres hay un alto porcentaje de uso de condón en los dos grupos de edad en las dos encuestas, con más altos porcentajes en el segundo estudio, por tratarse de población intervenida.

Según informantes calificados y un pequeño estudio realizado en Quito, las TS usan condón con sus clientes, pero no con sus parejas, que con frecuencia tienen conductas sexuales de riesgo (Gervensky *et. al*, 2007).

**Tabla 33. Porcentaje de profesionales del sexo mujeres que declara haber usado un preservativo con su último cliente. Ecuador 2007.**

GRUPOS DE EDAD	Encuesta Línea de Base USFQ, 2007			CEPAR-Corporación KIMIRINA, 2006 (n=300)
	Si	Total	%	%
< 25	837	875	95,7%	100
25 y más	1186	1249	95,0%	99
Total	2023	2124	95,2%	99,3

Fuente: CEPAR-Corporación KIMIRINA, 2004, LB USFQ 2007

***Indicador 19: Porcentaje de hombres que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual anal con una pareja masculina***

Según el estudio de CEPAR-Corporación KIMIRINA en el 2006, el uso de condones en HSH llega a 63,5% en el total de encuestados, con una pequeña diferencia a favor de los mayores de 25 años. La información de LB-USFQ, tiene un alto porcentaje de no respuesta en la pregunta de relaciones sexuales en los últimos 12 meses lo que reduce su representatividad, sin embargo en 450 HSH que tuvieron relaciones sexuales en los últimos 12 meses el porcentaje de los que usaron condón en sexo pagado fue de 22,6 y en no pagado 22,2%. No hay diferencias importantes en el uso de condón en estas dos categorías, aunque se esperaría sea mayor en sexo comercial.

**Tabla 34. Porcentaje de hombres que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual anal con una pareja masculina**

GRUPO DE EDAD	CEPAR-Corporación KIMIRINA, 2006 (N= ) %	LB de USFQ, 2007	
		Comercial (n=450 )%	No comercial (n=450 ) %
<25 (n= )	62,8	--	--
25 y más (n= )	63,9	--	--
Total	63,5	22,6	22,2

Fuente: CEPAR-Corporación KIMIRINA, 2004, LB USFQ 2007

#### 4.2.4. Impacto

##### *Indicador 22. Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años infectados por el VIH*

Debido a que el estudio de prevalencia de VIH realizado en embarazadas y población general de la LB-USFQ solo dispone de resultados de primera prueba, para efectos de caracterización de la epidemia el grupo técnico de evaluación de este estudio recomendó no utilizar estos resultados, sino la prevalencia basada en el tamizaje regular de embarazadas del Ministerio de Salud Pública (CARE, 2007).

En el 2007 el total de mujeres embarazadas tamizadas fue de 182.500, con un total de 257 mujeres confirmadas como VIH positivas utilizando la prueba de IFI o Western Blot. Este índice crudo de casos de VIH en embarazadas obtenido del tamizaje regular realizado por el PNS/MSP entre enero-octubre 2007, es de 0,14%, mientras que la prevalencia ajustada estimada por esfuerzo de tamizaje fue de 0,10. Para el año 2006 con una cobertura de 32% de embarazadas tamizadas, el porcentaje de positivas confirmadas fue de 0,22% y una prevalencia estimada por esfuerzo de tamizaje de 0,18%.

**Tabla 55. Prevalencias cruda y ajustada por esfuerzo de tamizaje de VIH/SIDA en embarazadas. Ecuador 2006- enero-octubre 2007**

AÑO	Prevalencia cruda %	Prevalencia ajustada %
2006 (n= 116.136)	0,22	0,18
2007 (n= 182.500)	0,14	0,1

Fuente: MSP-PNS

Este indicador tiene como limitación la presencia de embarazadas a las que se tamizó más de una vez y representa a la población de embarazadas que tiene acceso a los 220 centros de tamizaje de todo el país. Es posible que las embarazadas de áreas rurales dispersas no estén representadas en este grupo. Por esta razón, a pesar de haber ajustado las prevalencias, las diferencia entre 2006 y 2007 es no confiable.

Tanto con las tasas crudas como las estandarizadas por esfuerzo de tamizaje, hay un descenso importante de la prevalencia entre el 2006 al 2007. esta

diferencia no es confiable debido a varios factores: i) la implementación de centros de oferta de consejería y prueba voluntaria se inició en el 2005 en lugares de alta prioridad en función de las tasas de casos notificados y posteriormente se amplió a lugares de mediana prioridad y solamente en el 2007 se alcanzó una cobertura nacional, ii) la práctica de tamizar solamente a embarazadas con sospecha de riesgos de transmisión de VIH, lo cual, según informantes calificados era una práctica regular en varias provincias, iii) las intervenciones de prevención alcanzaron una amplia cobertura a áreas prioritarias en el 2007, por lo que es muy poco tiempo para conseguir impacto en la reducción de la epidemia.

Antes de iniciarse el programa de prevención de transmisión vertical no había datos, ni había protocolos de vigilancia centinela. Según varios pequeños estudios realizados, en el período 2003 y el 2005, la prevalencia en embarazadas fluctuó de 0% y 1,05% (Laufer, Barragan, UNGASS 2003-2005). Por los tamaños pequeños de la muestra y la falta de representatividad nacional, estos datos no poseen la suficiente validez científica, por lo que no se puede evaluar los adelantos logrados en la reducción de la infección de VIH y de los avances logrados en la instrumentación universal del diagnóstico, tratamiento y asesoramiento eficaces de las infecciones de transmisión sexual en mujeres adolescentes y embarazadas.

Según las prevalencias ajustadas, las provincias con riesgos más altos son Esmeraldas, Guayas, Manabí, El Oro de la Región Costa, Sucumbíos y Morona Santiago de la Región Amazónica fronteriza con Perú, y Azuay en la Región Sierra.

**Tabla. 36 Porcentaje de embarazadas VIH+ y prevalencia estimada por esfuerzo de tamizaje. Ecuador, 2006-2007**

AÑO 2006	2006		2007	
	% positivas	Prevalencias estimada	% positivas	Prevalencias estimada
Azuay	0,45	0,38	0,14	0,12
Bolivar	0,04	0,04	0,00	0,00
Cañar	0,00	0,00	0,06	0,05
Carchi	0,00	0,00	0,00	0,00
Chimborazo	0,17	0,15	0,03	0,03
Cotopaxi	0,00	0,00	0,00	0,00
El Oro	0,16	0,14	0,06	0,05
Esmeraldas	0,03	0,03	0,30	0,25
Galápagos	0,26	0,21	0,00	0,00
Guayas	0,32	0,26	0,20	0,16
Imbabura	0,00	0,00	0,00	0,00
Loja	0,11	0,09	0,04	0,03
Los Ríos	0,19	0,16	0,13	0,11
Manabí	0,14	0,12	0,18	0,15
Morona Santiago	0,00	0,00	0,14	0,12
Napo	0,14	0,12	0,00	0,00
Orellana	0,05	0,04	0,00	0,00
Pastaza	0,00	0,00	0,00	0,00
Pichincha	0,37	0,31	0,07	0,06
Sucumbíos	0,07	0,06	0,17	0,15
Tungurahua	0,00	0,00	0,00	0,00
Zamora Chinchipe	0,24	0,20	0,00	0,00
<b>Total general</b>	<b>0,22</b>	<b>0,18</b>	<b>0,14</b>	<b>0,10</b>

Fuente: MSP-PNS

***Indicador 23. Porcentaje de poblaciones más expuestas infectado por el VIH***

En HSH se encontró una prevalencia de sero reactividad a primera prueba de 19,3% y en TS 3,76% según el estudio de LB-USFQ. En este estudio, se utilizó como primera prueba Vironostika, validada para muestras diluidas a nivel internacional y por la USFQ. La segunda prueba (Murex) no está validada a para ser utilizada en muestras diluidas. Por lo que, se recomienda usar los resultados de reactividad a primera prueba para TS y HSH. Otra limitación del estudio es la representatividad por dominios en HSH, con predominio de encuestados en Guayas. Por todas estas limitaciones se decidió no reportar oficialmente el dato, pero se lo hace como un referente para poder caracterizar la situación de la epidemia.

Considerando las altas prevalencias en este grupo (16% a 25% de acuerdo a diferentes estudios) y un valor predictivo positivo estimado por simulación superior al 90%, se puede asumir que la prevalencia de reactividad a primera prueba para HSH sería un poco menor a la prevalencia de casos si los reactivos a primera prueba hubieran sido confirmados. Con base a esta presunción, la

prevalencia en este grupo sería mayor a 5%, lo cual es un indicador de que el Ecuador está todavía en una epidemia concentrada.

**Tabla 37. Seroreactividad a primera prueba en HSH y TS. Ecuador 2007**

GRUPO	Reactivos 1o prueba	Estudiados	Prevalencia (%)
HSH	218	1131	19,2
TS	86	2282	3,76

Fuente: Encuesta de Línea de Base VIH 2007, USFQ

***Indicador 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 antirretrovírica***

No hay información para este indicador, aunque a nivel de las clínicas del SIDA se hace seguimiento de los pacientes utilizando las fichas específicas. Solamente Médicos Sin Fronteras que inicio sus actividades en la ciudad de Guayaquil en agosto del 2004 y culminó su cooperación en agosto 2007 tiene reportes de seguimiento. El PNS no dispone de registros de seguimiento a nivel nacional, por lo que este indicador no esta disponible.

Por lo anterior se utiliza como indicador Proxy el resultado de seguimiento de PVVS en el período julio 2004 a agosto del 2007, que reporta un porcentaje de 80,2% de sobrevivida de personas que iniciaron tratamiento ARV (MSP-PNS 2007, reporte de Médicos Sin Fronteras). En 12 unidades pertenecientes al MSP, que fueron parte del programa implementado por MSF. Para fin de agosto del 2007, 458 PVVS seguían en tratamiento ARV de un total de 568 que ingresaron al programa en el este período. Se han producido 73 fallecidos conocidos (incluyen 17 que no ingresaron al programa) y 282 abandonos (4,9%) (MSP, 2007a).

El problema más importante, es la alta letalidad que es indicador de diagnóstico tardío y el alto porcentaje de abandonos, en lugares en los que MSF tenía personal dedicado a tiempo completo al programa y un adecuado sistema de seguimiento en las 12 unidades de salud. Para el año 2008 se mejorará detección de infección a nivel primario para que no lleguen en fase tardía.

**Tabla 38. Pacientes detectados e ingresados al programa de julio 2004 hasta el 30 de agosto de 2007. Médicos Sin Fronteras, Ecuador, julio 2004 a agosto 2007.**

	PVVS en TARGA	PVVS no ARV	TOTAL
A fin de agosto de 2007	458	10481	10939
Desde inicio del proyecto	568	1356	1924
Fallecidos conocidos por los servicios	73	144	217
Abandonos conocidos	282	164	
Transferidos conocidos	5	0	5

Fuente: MSP. Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA ITS. Enero a Octubre del 2007. MSP, 2007.

**Indicador 25: Porcentaje de lactantes infectados por el VIH que nació de madres infectadas**

El PNS no dispone de esta información. Para el 2007 se implementó el sistema de información de seguimiento de niños nacidos de madres VIH+. Por lo cual, en el 2008 se conocerá el porcentaje de lactantes nacidos durante el año 2007, una vez que termine el seguimiento de 18 meses.

A pesar de no existir esta información de seguimiento, durante el año 2007 no se reportó ningún caso de VIH en menores de 1 año. En el grupo de 1 a 4 años se detectaron 46 de 59 casos de menores de 14 años. De los 59 casos, 12 se detectaron en estadio SIDA. La mayoría de estos casos son de las provincias del Guayas, porque el sistema no discrimina el lugar de residencia.

Esta información refleja el buen desempeño de la prevención de la transmisión vertical en los dos últimos años, que incluye tamizaje, consejería, la administración de quimioprofilaxis con ARV y leche maternizada a niños recién nacidos expuestos.

**Tabla 39. Número y porcentaje de niños con VIH/SIDA por provincia y edad. Ecuador 2007.**

PROVINCIA	GRUPOS DE EDAD									
	Menor 1 año		1 - 4 años		5 - 9 años		10 - 14 años		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Azuay				0,0					0	0,0
Cañar									0	0,0
Carchi				0,0					0	0,0
Cotopaxi				0,0					0	0,0
Chimborazo									0	0,0
El Oro			1	2,2		0,0			1	1,7
Esmeraldas			1					0,0	1	1,7
Los Ríos			1	2,2					1	1,7
Guayas			27	58,7	4	50,0	4	80,0	35	59,3
Loja			2	4,3					2	3,4
Imbabura				0,0					0	0,0
Manabí			1	2,2		0,0			1	1,7
Pichincha			12	26,1	4	50,0	1	20,0	17	28,8
Tungurahua			1	2,2		0,0			1	1,7
Sucumbíos									0	0,0
Orellana				0,0					0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>		<b>46</b>	<b>97,8</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>59</b>	<b>100,0</b>

FUENTE: MSP-PNS, 2007.

## **5. PRÁCTICAS ÓPTIMAS**

Desde el reporte del primer caso de SIDA en el país, el Ecuador ha experimentado diversas fases. De 1984 a 1993 una fase de creación del programa y de implementación de actividades de vigilancia y prevención. Una segunda fase de 1994 al 2004 de reducción de la mayoría de las intervenciones, por efectos de la Reforma del Sector Salud, que determinó la reducción de funcionarios del nivel central de 20 personas a 3 y una reducción ostensible del presupuesto nacional.

La tercera fase se inicia en el 2004 con la firma del convenio de donación del Proyecto Fondo Global y reactivación del programa nacional. Para el año 2005 el presupuesto del PNS por parte del Estado se incrementa ostensiblemente. Desde el año 2006 se integran varios funcionarios al PNS y para el 2006 es dotado de personal suficiente para ejecutar las intervenciones planificadas. Adicionalmente, en el 2004 se expidió la Ley Nacional de SIDA.

Gracias a estos cambios, se han dado importantes avances. En los últimos dos años, los avances que pueden considerarse como práctica óptimas son:

### **5.1. INCIDENCIA POLÍTICA**

- Involucramiento de las Autoridades de Alto nivel, como el Presidente de la Republica, Ministros de estado en estrategias de prevención del VIH/SIDA.
- Involucramiento de la Sociedad Civil, en el diseño en la implementación de las estrategias de IEC para las campañas de Prevención de la Transmisión Vertical
- Incidencia política de la sociedad civil, organismos de cooperación y el PNS ha permitido que la lucha contra el VIH/SIDA sea una prioridad nacional y disponga de presupuestos y personal suficiente.
- Conformación del Comité Ejecutivo de Gestión para el PEM, liderado por la Señora Ministra de Salud Publica y apoyo de la Vicepresidencia ante ministerios involucrados e el PEM:
- Expedición del reglamento para operativizar la Ley del SIDA
- La constante actividad del PNUD con el Ministerio de Trabajo a permitido que se expida un acuerdo ministerial para proteger a los trabajadores de la discriminación y estigma y que las empresas públicas y privadas se integren a la lucha contra el SIDA.
- Los proyectos de PNUD y Fondo Global para involucrar a Municipios en la lucha contra el SIDA, tiene ya importantes avances.



## **5.2. ATENCIÓN INTEGRAL A PVVS**

- La implementación del Tratamiento Antirretroviral genérico de buena calidad, iniciado en el año 2007, actualmente tiene una cobertura de 3400 personas con VIH que reciben el tratamiento; a pesar que se han presentado algunas dificultades durante su implementación, es una gran fortaleza y una gran oportunidad de mejorar la calidad de vida de las personas con VIH. El MSP cubre el 90% de las necesidades con ARV genéricos, se espera que los otros sectores también accedan a esta estrategia que permite un ahorro muy significativo.
- Articulación del MSP, con el sector privado, Gobiernos locales, Universidades y ONG mediante convenios para asumir compromisos frente al control de la epidemia de VIH/SIDA:
  - Convenio Municipios de Quito y Guayaquil que se encuentran en las provincias de mayor prevalencia.
  - Junta de Beneficencia de Guayaquil en el marco de prevención de la transmisión vertical
  - Convenio con la red de unidades de salud e la iglesia en la provincia del Guayas, REDIMA
  - Convenio con la Fundación Ecuatoriana Equidad para investigación e implementación del modelo de atención en HSH.
  - Convenio con el Organismos Internacional de Migración (OIM) para intervenir en poblaciones de frontera norte.
  - Convenio con la Corporación KIMIRINA para el fortalecimiento institucional.
  - Convenio con la Universidad Católica y Estatal de Guayaquil, Universidad de Loja para la inclusión en pregrado y postgrado del tema en la malla curricular.
  - Convenio con Fundación Clinton para la Planificación anual de ARV.
- Trabajo conjunto entre el MSP y la CEPVVS, para mejorar la calidad del servicio en Clínicas del SIDA, a través de convenio.
- Desarrollo de red nacional de clínicas del SIDA, con cobertura nacional
- Cobertura a todo PVVS que demanda servicios, particularmente TARGA, determinando que ya no haya lista de espera. Durante el 2007 se está brindando tratamiento gratuito de enfermedades oportunistas y condones.
- Fortalecimiento y ampliación de la capacidad resolutive de los laboratorios para confirmación diagnostica y seguimiento de PVVS en terapia exámenes de CD4 y Carga Viral.
- Elaboración de material informativo sobre de adherencia.
- Se cuenta con un manual de nutrición y adherencia.
- Pasantía en el exterior de 30 médicos de las clínicas del SIDA a Republica Dominicana, Brasil, Perú y España.
- Desarrollo del sistema de compra, almacenaje y distribución de medicamentos e insumos para tratamiento integral de PVVS.
- Descentralización de la terapia ARV en 26 Clínicas del SIDA su manejo lo realiza un equipo multidisciplinario formado.

### **5.3. PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL Y SANGUÍNEA**

- El país dispone de protocolos de atención en Prevención de la Transmisión Vertical de VIH.
- Una de las estrategias que ha tenido el apoyo político para su fortalecimiento es la dirigida a la disminución de la transmisión materno infantil. La introducción del tamizaje con las pruebas rápidas de diagnóstico VIH para las gestantes y un proceso permanente de capacitación, está logrando la ampliación de la cobertura de diagnóstico y tratamiento necesario para disminuir el impacto que tiene el VIH sobre la población infantil.
- Capacitación de 4500 profesionales de los tres niveles de atención y en el ámbito intersectorial.
- Implementación de 250 centros de consejería y prueba voluntaria en unidades operativas del MSP y de instituciones no gubernamentales sin fines de lucro.
- Ampliación de las coberturas de tamizaje de embarazadas de 32% en el 2006 a 60% en el 2007, de todo el grupo programático de embarazadas que accedieron a la prueba como parte del control prenatal.
- Ampliación de la red nacional de servicios de atención de embarazadas VIH+, en todos los hospitales provinciales que disponen de un equipo multidisciplinario capacitado.
- Capacitación de 250 consejeros y 320 laboratorista entrenados en prueba rápida.
- Todas las clínicas del SIDA dispone de stock de ARV para la atención de las embarazadas positivas y los recién nacidos.
- Se dispone de un stock de ARV en todos los hospitales para cubrir la demanda de accidentes laborales.
- Implementación de pruebas de carga viral DNA para el diagnóstico de los niños expuestos perinatales.
- Tamizaje a todas las muestras de sangre a nivel nacional, con control de calidad adecuado.

### **5.4. MANEJO SINDRÓMICO DE ITS**

- La estrategia de manejo sindrómico de las ITS, la cual está dirigida a población general, se fortaleció adecuadamente en estos dos últimos años.
- Capacitación de 5000 profesionales de las unidades operativas de nivel uno, en el ámbito inter institucional e intersectorial.
- Esta intervención se acompaña de: 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 cambios de comportamiento, entrega de condones.
- La cobertura en el 2006 fue de 6.5% y en el 2007 del 21.5% de un grupo programado de 840.000 atenciones anuales.

- 1200 unidades del MSP, Seguro Social campesino y ONG se encuentran reportando al sistema de información las atenciones de manejo sindrómico.

## **5.5. PLAN ESTRATÉGICO MULTISECTORIAL**

- La producción del Plan Estratégico Multisectorial (PEM), (parte de los TRES UNOS), considerado como una práctica óptima en el país, por haber sido implementado con la participación de la mayoría de los actores de instituciones gubernamentales, ONGs y OBcs.
- La formulación e implementación del Proyecto Fondo Global es una experiencia multisectorial que ha generado muchos aprendizajes y experiencias de éxito y fracaso que han servido para la consolidación de los subreceptores del proyecto.

## **6. PRINCIPALES PROBLEMAS Y ACCIONES CORRECTORAS**

Los principales problemas que se han identificado alrededor de los indicadores de seguimiento del UNGASS están relacionados a la consecución de los datos para su elaboración, la calidad y representatividad de la información disponible.

La integración de la generación de datos para obtener los indicadores esenciales (incluyendo UNGASS) es una tarea que se emprenderá desde el 2008 para no depender de estudios caros, financiados eventualmente por donantes.

En los siguientes cuadros podemos observar, desde el punto de vista programático, los problemas y acciones de corrección identificadas, algunas ya aplicadas y otras que se encuentran en etapa de planeamiento o ejecución.

### **6.1. PREVENCIÓN**

<b>Problema</b>	<b>Acción correctora</b>
<b>Transmisión materno infantil</b> Las bajas cobertura de diagnóstico VIH en gestantes en varias provincias (menores de 50%) no permite alcanzar la meta de ningún niño expuesto con SIDA.	Establecimiento de metas mínimas por Área de Salud de tamizaje de embarazadas. Introducción de las pruebas rápidas de diagnóstico gratuitas para la gestante en unidades operativas rurales.
<b>Poblaciones más expuestas</b> 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	Crear servicios de atención dirigidos a HSH adscritos a los servicios generales de salud. Capacitación a proveedores en normas de atención de HSH. Desarrollo de servicios dirigidos a promoción de cambios de conductas adscritos a los

ONGs.	servicios de oferta de prueba voluntaria. Incrementar la oferta de condones gratuitos a estos grupos. Formular un proyecto ampliatorio para la 8va ronda de Fondo Global dirigido a HSH.
<b>Población general</b> 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. Las intervenciones dirigidas a adolescentes y jóvenes no escolarizados presenta bajas coberturas y está restringido a proyectos financiados por Fondo Global	Ampliar la cobertura de capacitación a profesores y estudiantes, ya que todavía no es suficiente para cubrir la totalidad de escuelas del país.  Incluir entre los objetivos del proyecto para 8va Ronda la ampliación de cobertura a adolescentes y jóvenes no escolarizados de áreas prioritarias. Par lo cual, utilizando la información de prevalencia de VIH en embarazadas se puede estratificar e identificar territorios prioritarios.
<b>Manejo Sindrómico</b> Hay un notable crecimiento del las coberturas de manejo sindrómico, pero todavía son insuficientes. No se ofrece pruebas voluntarias, ni preservativos a todos los pacientes que consultan por ITS. No hay servicios de promoción de cambio de conductas para personas con conductas riesgos persistentes (repetidores de ITS)	Incrementar la cobertura de manejo sindrómico, la oferta de pruebas voluntarias y preservativos gratuitos.  Desarrollar servicios de promoción de cambios de conductas a personas con conductas de riesgo persistentes.
<b>Oferta de condones</b> Se oferta condones gratuitos a PVVS y personas que consultan con ITS, pero su cobertura todavía es insuficiente. No hay un programa de mercadeo social de condones para reducir barreras de acceso de población general y grupos expuestos. Los condones son importados y pagan impuestos que encarecen su costo.	Incluir en el proyecto para 8va Ronda un proyecto de mercadeo social de condones y crear un Banco Nacional de Condones para comercialización y subsidio cruzado.  Incluir a los condones como un insumo esencial libre de impuestos.

## 6.2. TRATAMIENTO, ATENCIÓN Y APOYO

Problema	Acciones correctivas
<b>Diagnóstico de VIH</b> 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 en que fase de la enfermedad están y no se incluyen en las estadísticas actuales.	Implementar el nuevo formulario de solicitud de examen confirmatorio para dobles reactivos, que contiene toda la información epidemiológica y clínica de estos pacientes. Evaluar la eficacia del diagnóstico con tres pruebas rápidas: una de alta sensibilidad como primera y dos en paralelo para confirmación.
<b>Tratamiento antirretroviral</b> El porcentaje de casos de infección avanzada	Capacitar al personal de salud del nivel

<p>(SIDA) que reciben ARV se estima en 25%. Todavía el diagnóstico es tardío. 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>primario en diagnóstico de SIDA (identificación de enfermedades indicadoras de SIDA). Implementar el sistema de vigilancia y monitoreo de tratamiento y del paquete informático.</p>
<p><b>Coinfección TB-VIH</b> No hay acuerdo entre los clínicos médicos clínicos que manejan tuberculosis con los que manejan PVVS en relación al manejo de la coinfección. La información del manejo de la coinfección TB-VIH, es todavía insuficiente y no representan el esfuerzo realizado por ambas Estrategias de Control.</p>	<p>Implementar el sistema de información de coinfección VIH/Tuberculosis.</p>
<p><b>Apoyo a huérfanos</b> El indicador está referido en países donde la epidemia es generalizada por lo que no se cuenta con esta información actualmente</p>	<p>Organizaciones no gubernamentales prestan apoyo a niños infectados o afectados por el VIH mediante programas diseñados para este fin, pero que todavía no logran generalizarse. Con la ejecución del proyecto aprobado en la quinta ronda del FM, se establecen actividades de apoyo a los niños huérfanos y afectados por el VIH, esta misma iniciativa es apoyada por Socios en Salud y la Red de Asistentes Sociales; actualmente se encuentra en la etapa de elaboración de la línea de base y establecimiento del apoyo alimentario en una primera etapa en Lima. Una vez que se sistematice la intervención, se debe obtener la información necesaria para el UNGASS</p>

### 6.3. CONOCIMIENTO Y COMPORTAMIENTO

Problema	Acción correctora
<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>A pesar de la característica concentrada de nuestra epidemia, se ha visto por necesario iniciar acciones dirigidas hacia los niños infectados y afectados por el VIH, que incluyen los huérfanos. Para lo cual, en el marco del Proyecto UNIVIDA se realizará un estudio de líneas de base que debe ser complementado con fondos adicionales para alcanzar cobertura nacional. Y formular estrategias de apoyo.</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 TS usan condón con sus clientes, pero no con sus parejas.</p>	<p>Incluir como objetivos par el proyecto de la 8va Ronda: la 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 despistaje y tratamiento de ITS, bajo una perspectiva de diversidad en HSH y TS.</p>
<p><b>Población menos expuestas</b></p> <p>La inclusión de la evaluación de conocimientos en la encuesta de condiciones de vida permite conocer cuales 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>	<p>Procesar y analizar la información de la encuesta de Condiciones de Vida y recorrido Participativo para caracterizar las poblaciones con conocimientos inadecuados y desarrollar un programa de IEC dirigido a población general.</p>

## **8. APOYO DE LOS ASOCIADOS PARA EL DESARROLLO DEL PAÍS**

### **Fondo Global:**

La ejecución del Proyecto Ecuador VIH/SIDA-ITS ha permitido fortalecer la prevención en poblaciones vulnerables, con capacitación del personal institucional, IEC para prevención y cambios de comportamiento y entrega de condones a las poblaciones objetivo del proyecto. El Ministerio de Salud Pública a través del Programa nacional del SIDA, La Dirección Nacional de de Rehabilitación Social, la Policía Nacional del Ecuador, las Fuerzas Armadas del Ecuador y el Ministerio de Educación se han beneficiado de esta implementación.

Es importante mencionar, que en la ejecución del Proyecto Ecuador se han implementado nuevas estrategias en el país, como por ejemplo, IEC con la metodología de Recorrido Participativo.

Con relación al objetivo de sangre segura, de ha fortalecido el Programa de Evaluación Externa de Desempeño en los laboratorios de los Bancos de Sangre, se ha garantizado que los laboratorios de la Cruz Roja Ecuatoriana, se fortalezcan con equipos de tecnología avanzada y un personal capacitado.

Se ha mejorado el acceso de la población a pruebas voluntarias con los Centros de Consejería, en los laboratorios del Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical (INH-MT) del Ministerio de Salud Pública, con readecuación física, capacitación del personal y el subsistema integrado de información de consejería a ser utilizado en los 32 laboratorios de la Red del INH-MT.

Es importante mencionar, que el Proyecto viene impulsando el fortalecimiento de los Servicios Sanitarios en VIH/SIDA-ITS de la Dirección Nacional de Rehabilitación Social, Policía y Fuerzas Armadas, con la capacitación del personal institucional en MS-ITS, PTV y AI-PVVS.

El Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, ONUSIDA, que en Ecuador, procura aumentar al máximo la eficiencia y el impacto de las Naciones Unidas en el campo del VIH/SIDA combinando la experiencia, los esfuerzos y los recursos de nueve organizaciones como son ACNUR, FAO, OMS-OPS, PMA, PNUD, UNFPA, UNESCO, UNICEF y UNIFEM. Dentro de sus objetivos prioritarios en los últimos tres años están:

1. Apoyar el desarrollo de políticas públicas nacionales concertadas para la respuesta eficaz a la epidemia del VIH/SIDA, fundamentalmente a través de la construcción participativa del Plan Estratégico Multisectorial en respuesta al VIH/SIDA en el Ecuador 2007-2015, y la reformulación de la ley de VIH/SIDA que rige en el Ecuador desde el 2000 (que se encuentra en proceso de discusión para presentar a la Asamblea Nacional Constituyente).

2. Apoyar el fortalecimiento de las capacidades institucionales de los diversos actores para la respuesta articulada del VIH en el marco de las políticas públicas establecidas. Como por ejemplo, la asistencia técnica y financiera a la Coalición de Personas Viviendo con VIH-SIDA del Ecuador en la formulación de su Plan Estratégico y el fortalecimiento de los núcleos de PVVS en las diferentes provincias del país. De igual forma, apoyo al Mecanismo de Coordinación País en la reformulación de su Reglamento interno y elaboración del plan operativo anual. Soporte técnico al Consejo Nacional de Mujeres para su involucramiento en accionar frente al VIH/SIDA, especialmente para capacitar en liderazgo, comunicación, autoestima, y cultura organizacional a Mujeres Viviendo VIH/SIDA..

- Logros Alcanzados:
- Diseño participativo del Plan estratégico Nacional Multisectorial de la Respuesta al VIH-SIDA 2007-2015.
- Posicionamiento de la problemática del VIH-SIDA en la agenda política nacional: Informes ODM's, presencia en medios de comunicación.
- Incorporación del CONAMU en la respuesta al VIH-SIDA.
- Estudios sobre las necesidades alimentarias de las Personas Viviendo con VIH-SIDA finalizado, el mismo que ha servido de base para la formulación de in Proyecto de Nutrición-VIH/SIDA y Seguridad alimentaria.
- Estudio sobre Género y VIH-SIDA finalizado y difundido.

Por otro lado, PNUD ha implementado desde el 2005 el Proyecto de respuestas multisectoriales al VIH/SIDA, a través del cual trabaja en el desarrollo de capacidades a nivel de los gobiernos locales, municipios y provincias para que sus autoridades puedan ser parte de la política nacional para el VIH/SIDA y desde sus fortalezas locales brinden aporte en la prevención, el respeto a los derechos humanos y en general a las necesidades de las personas viviendo con VIH/SIDA.

El proyecto contempla también un trabajo con el sector laboral, empresas privadas y estatales para asegurar los derechos humanos y laborales de las personas infectadas y ser parte de la prevención para el VIH/SIDA. Asimismo existirá un amplio trabajo de comunicación para que la opinión pública pueda estar informada y sensibilizada ante los temas claves del proyecto.

El proyecto será ejecutado en coordinación con el Programa nacional de SIDA del MSP, el Proyecto del Fondo Global, iniciativas de ONGs y de la sociedad civil en general.

#### **Sectores de Intervención Específicos:**

Gobiernos locales  
Sector laboral  
Sector de Comunicación



## Escuela de promotores en VIH-SIDA Gobiernos Locales

### Logros Alcanzados:

- 35 municipios y 3 gobiernos locales provinciales están participando en el proceso con sensibilización, creación de ordenanzas, diagnósticos locales, planes de intervención y servicios..
- Guía de Trabajo para el sector de Gobiernos locales.
- Se ha validado una metodología de respuesta al VIH-SIDA en 7 universidades con enfoque de género
- Acuerdo Ministerial sobre DDHH y VIH-SIDA en el ámbito laboral. El Ministerio de Trabajo y Empleo ha desarrollado capacidades en DDHH y VIH-SIDA.
- 250 empresas privadas sensibilizadas.
- Guía de Trabajo para el sector laboral en base a recomendaciones de la OIT.
- Distribución de 330.000 productos informativos a nivel nacional. Información en eventos masivos para 40.000 jóvenes. Presencia permanente en radio, prensa y televisión
- Se ha validado la metodología de la Escuela con 4 grupos de participantes de gobiernos locales, sector laboral, CEPVVS y otras organizaciones. 140 promotores/as de diferentes sectores formados/as y a su vez se han alcanzado 5500 personas a través de la réplica de lo promotores.

UNFPA ha contribuido, a través de asistencia técnica y su participación en Comité de Apoyo Interinstitucional (CAI), a la construcción colectiva de la Malla Curricular de Educación de la Sexualidad. Este proceso liderado por el Ministerio de Educación (ME) PRONESA, contó con la asistencia técnica de UNFPA en el marco del Comité de Apoyo Interinstitucional. Esta malla da lineamientos, enfoques y contenidos para la educación de la sexualidad para Educación Básica y Bachillerato; con enfoques basados en el respeto a los derechos humanos, la equidad de género, el enfoque intergeneracional e intercultural.

A su vez para los docentes en formación, se inició a la par un proceso de capacitación e integración de la Educación de la Sexualidad en el currículo de los Institutos Pedagógicos Superiores (ISPED). Sin embargo, este proceso no contó con el seguimiento respectivo. Se ha abierto un espacio de diálogo con del Consejo Nacional de Educación Superior, CONESUP y está pendiente la firma de un Convenio entre CONESUP-ME-CAI para incorporar la ES en los ISPED.

En el tema de Educación de la Sexualidad con enfoque Intercultural de han desarrollado dos materiales de capacitación uno en la Amazonía (Coca) "Vivir Bien" que está siendo usado en las Unidades Educativas a Distancia, y otro para comunidades indígenas de la Sierra elaborado por Jambi Huasi "Sexualidad: Cuerpo Historia y Lenguaje" que fue validado con 8 pueblos

indígenas y que podría ser un material de mucha utilidad para la Dirección Intercultural Bilingüe (DINEIB).

En el ámbito local en el marco del Programa de País 2004-2008; UNFPA está apoyando la aplicación de Educación de la Sexualidad en cinco provincias, Manabí, Chimborazo, Bolívar, Orellana y Sucumbíos, que fueron seleccionadas en mutuo acuerdo con el Estado. En estas provincias se han desarrollado diferentes metodologías para capacitar a los docentes en ES, tales como cursos virtuales, capacitación en cascada, en cada provincia están conformados equipos facilitadores desde las Direcciones de Educación y equipos de capacitación local.

UNFPA provee también de asistencia técnica para: i) el diseño de un modelo operativo para la disponibilidad asegurada de condones que contemple las necesidades, costos, ruta legal, administrativa y mecanismos de accesibilidad para la población vulnerable, así como la compra consolidada e internacional de condones masculinos y femeninos vinculada directamente al Sistema Disponibilidad Asegurada de Anticonceptivos (DAIA), ii) apoyo técnico y financiero para la elaboración de las normas de atención a trabajadoras sexuales.

UNICEF ha apoyado fundamentalmente la estrategia de Prevención de la Transmisión Vertical mediante el diseño e implementación de la campaña comunicacional a través de:

- Realización del taller Regional para Bancos de Leche Humana (pasteurizar la leche) en apoyo a las mujeres hospitalizadas.
- Reunión Nacional para promover los bancos de leche humana y la lactancia con leche materna de madres VIH+ eliminando el virus a través del proceso de pasteurización.
- Inauguración del Banco de leche humana en el Hospital Gineco-obstétrico Isidro Ayora.
- Asistencia técnica al PNS, para actualizar y difundir las normas de Prevención de la Transmisión Vertical y Atención a niñas y niños viviendo con VIH-Sida con enfoque de género.
- Coordinación y capacitación al personal de salud en prevención de la transmisión vertical, involucrando al nivel primario y secundario de atención en salud.
- Elaboración de materiales informativos para la promoción de las pruebas de tamizaje en gestantes.

La OPS-OMS, a través del Fondo Estratégico, ha apoyado en el suministro efectivo y fiable de medicamentos y otros productos básicos relacionados con el VIH/SIDA y la auditoria de calidad de los ARV. Brinda, asistencia técnica para la capacitación al personal de las clínicas de Atención del VIH-SIDA en prevención de ITS y consejería, tratamiento de calidad de ITS y VIH-SIDA y para fortalecer la capacidad del país para producir y usar la información en la planificación y toma de decisiones, a través de auspicios para la participación en eventos internacionales y la realización de eventos de carácter internacional en el país.

UNESCO en coordinación con el Ministerio de Educación llevó a cabo una serie de talleres de sensibilización a docentes en temas relacionados al VIH-SIDA.

ACNUR apoyó técnicamente la formulación en el Plan Estratégico Multisectorial del sector prioritario número 9: 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. Dada la relevancia de este sector en Ecuador por el desplazamiento y solicitud de refugio de cientos de miles de colombianos producto de la crisis interna que afronta Colombia desde hace más de 40 años.

UNIFEM Como respuesta a la tendencia de feminización de la epidemia de VIH/SIDA, marcada por la desigualdad de género, UNIFEM desarrolla una labor interagencial destinada a poner en práctica iniciativas que garanticen la igualdad de género y los derechos humanos de las mujeres en políticas, programas y actividades clave relacionadas con el VIH/SIDA, y apoya campañas mediáticas y otros eventos participativos para sensibilizar a la población sobre la vulnerabilidad de las mujeres.

#### Actividades a nivel de legislación y políticas

En Ecuador, UNIFEM ha sido designado por segundo año consecutivo para coordinar durante el año 2007 el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA ONUSIDA.

Esto ha permitido trabajar cercanamente en los procesos nacionales de definición de planes y políticas, como la planificación estratégica nacional (el Plan estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional al VIH/SIDA 2007-2015), la implementación del proyecto Fondo Global y la reforma a la ley del VIH/SIDA, asegurando la incorporación de la perspectiva de género. Asimismo, ONUSIDA con el apoyo técnico de UNIFEM financió la Red de Trabajadoras Sexuales para que desarrollen un estudio sobre la aceptación del condón femenino en el Ecuador.

#### Actividades con instituciones gubernamentales y no gubernamentales

En su trabajo con organizaciones de mujeres y organizaciones que trabajan en VIH/SIDA, en marzo del 2007, UNIFEM Región Andina llevó a cabo con éxito un taller regional para intercambiar buenas prácticas de organizaciones que trabajan en el vínculo entre el VIH/SIDA y la violencia contra las mujeres. En dicho taller, participaron representantes de Ministerios de Salud, Mecanismos Nacionales de la Mujer, organizaciones de la sociedad civil líderes en el vínculo entre el VIH/SIDA y la violencia contra las mujeres, cuyos proyectos pilotos habían sido apoyados por UNIFEM en 2006, y referentes de la Comunidad Internacional de Mujeres viviendo con VIH/SIDA (ICW) de los cinco países de la región andina. Fue el punto de partida que permitió el logro del objetivo principal: establecer un espacio en el cual esos actores clave que trabajan en los ámbitos mencionados pudiesen reunirse y compartir sus perspectivas, estrategias, buenas prácticas y herramientas para mejorar la colaboración, intercambiar experiencias que ya han funcionado y asegurar una respuesta multisectorial e integral a las pandemias gemelas de VIH/SIDA y violencia contra las mujeres. La creación de instrumentos concretos, tales como Planes

Nacionales de Acción Nacionales y la firma, por todos los participantes de un compromiso a nivel regional para erradicar el VIH/SIDA y la Violencia Contra las Mujeres demostró la voluntad de cada uno de seguir trabajando en esos temas de manera conjunta dando a las mujeres viviendo con VIH el espacio que les pertenece.

En zonas de frontera entre Ecuador con Colombia, donde los factores de riesgo de propagación del VIH son mayores debido a la existencia de población móvil, la afluencia de población desplazada, la proliferación de la trata y la explotación sexual y los altos niveles de pobreza y violencia en las comunidades receptoras, UNIFEM ha impulsado proyectos interagenciales que abordan la interrelación entre la epidemia y la inequidad de género.

Además, el Fondo Fiduciario apoya también un proyecto que promueve cambios de actitud en la población acerca del VIH/SIDA visibilizando la violencia contra las mujeres como un problema estructural, de causa y efecto, que genera discriminación, exclusión y situaciones de riesgo gracias a las participación de mujeres organizadas, de integrantes de grupos escolares y de las autoridades locales, brindando una respuesta local y comunitaria a las pandemias gemelas.

#### Actividades con la comunidad

UNIFEM ha logrado insertar durante varios años consecutivos el tema de la interrelación entre la violencia contra las mujeres y el VIH/SIDA en la campaña de 16 días de activismo, apoyando actividades de difusión y sensibilización con perspectiva de género, particularmente a raíz del día 1 de Diciembre, día Internacional de Lucha contra el VIH/SIDA, con actividades de sensibilización activa hacia los jóvenes durante el Quito Fest, festival internacional de música independiente.

Además, partiendo del principio que es imprescindible que las Mujeres Viviendo con VIH/SIDA sean participes de las respuestas al VIH/SIDA, para no ser únicamente beneficiarias sino actrices activas y lideresas, UNIFEM apoya a las Mujeres Viviendo con VIH/SIDA reforzando sus capacidades y asegurando su presencia en los espacios de decisión.

Otro de los logros alcanzados por el Sistema de las Naciones Unidas es la implementación de un proyecto interagencial en la provincia de Sucumbíos,

**Médicos sin Fronteras** (MSF) ejecutó en Guayaquil desde julio del 2004 un proyecto de atención a VIH-SIDA que llegó a su fin en diciembre del 2007. Dicho proyecto se enmarcó en un convenio de colaboración con el Ministerio de Salud Pública. Esta acción fue encaminada a:

- Mejorar el acceso y la continuidad de la atención médica integral de las PVVS de manera adaptada a cada nivel de atención
- Paralelamente se fortaleció el conocimiento básico sobre VIH-SIDA, así como los derechos de las PVVS a los “beneficiarios” de las unidades del

MSP en la que estuvieron presente, a través de la formación de promotores de salud y la creación de grupos de auto-apoyo para PVVS

En el 2004 se implementó una clínica de VIH-SIDA en el Hospital Abel Gilbert Pontón. Además se inició actividades de prevención de la transmisión vertical para VIH en las maternidades Mariana de Jesús y Guasmo. Se inició el apoyo de actividades en asesorías y pruebas voluntarias en un total de ocho subcentros y centros de salud de las áreas 1, 4 y 11 de la provincia del Guayas. Esta organización asumió hasta el año 2006 la entrega de pruebas rápidas, de exámenes confirmatorios y de seguimiento (CD4 y Cv), que posteriormente fueron asumidas por el PNS. En relación a los ARV fue entregado por MSF hasta junio de 2006, a excepción del esquema D4T-3TC- NVP, que fue asumido por el PNS a partir de marzo de 2007. En los últimos 3 meses del año 2007 realizaron básicamente a actividades de supervisión.

**Corporación KIMIRINA** desde 1999 trabaja en prevención y en la reducción del impacto del VIH-SIDA en la vida de las personas del Ecuador, es la organización promotora del Código de Buenas Prácticas para Organizaciones que trabajan en VIH-SIDA y tiene programas de acompañamiento a personas que viven con el VIH. Su estrategia principal es el uso adecuado y técnico de la comunicación que toma en cuenta los elementos culturales de las poblaciones afectadas, a fin de lograr llegar con sus mensajes a diversos públicos en situación de riesgo.

Como parte de esta labor firmó un convenio con el Instituto de Periodismo Preventivo y Análisis Internacional (IPPAI) con el objetivo de realizar alianzas estratégicas para la prevención del VIH-SIDA en el Ecuador y España con las Asociaciones de Migrantes ecuatorianos.

Para alcanzar los objetivos del convenio el IPPAI y KIMIRINA adquieren las siguientes obligaciones, respectivamente:

- Apoyar y fortalecer las respuestas para la prevención del VIH-SIDA en Ecuador y España con la colonia de migrantes ecuatorianos;
- Promover la coordinación de iniciativas conjuntas en las áreas de: investigación, formación de recursos humanos, presentación de proyectos para la lucha contra el VIH-SIDA y la explotación sexual, y facilitar la articulación de recursos en esos esfuerzos;
- Impulsar acciones informativo-educativas, en todos los segmentos de la población para la prevención de la epidemia;
- Ofrecer asistencia técnica para la formación y generación de redes de periodistas en Periodismo Preventivo sobre VIH-SIDA;
- Facilitar y apoyar procesos de prevención enfocados en aspectos formativos y de información y comunicación;
- Participar en el marco de planes específicos concertados con el IPPAI en acciones de asesoría técnica para desarrollar propuestas nacionales de gestión y atención integral en la lucha contra el VIH-SIDA.

Además con el propósito de "contribuir a la prevención de la epidemia en el lugar de trabajo, incrementar el conocimiento en las personas, y disminuir los mitos y prejuicios que discriminan a la población afectada por el VIH-SIDA" firmaron con Consorcio Ecuatoriano para la Responsabilidad Social (CERES) de "Promoción de prácticas de Responsabilidad Social Corporativa en VIH-SIDA"

Como una de las estrategias para prevenir el VIH-SIDA en la población joven y adolescente, la Corporación KIMIRINA constituyó iniciativas de sensibilización a través del arte lúdico y una de las experiencias exitosas constituyó la "**Caravana para la Vida**" que se realiza con el asocio de @Cuna de Brea@.

A su vez, con el objetivo de aportar con nuevos conocimientos, se han efectuado dos investigaciones: i) "Comportamientos de mujeres que viven con VIH-SIDA efectuada en Quito y Guayaquil" e "Impacto socioeconómico de personas viviendo con el VIH-SIDA en Guayaquil".

**Fundación ecuatoriana Equidad** es una ONG fundada en agosto de 1999 cuya misión es promover políticas de defensa y protección de los derechos humanos, el cuidado integral de la salud, y de las comunidades GLBT, incluyendo el VIH/SIDA e ITS, a través de la incidencia política, la oferta de servicios en un espacio seguro y saludable, y asistencia técnica.

Entre los servicios que prestan se encuentran:

Servicios en Quito:

- Atención médica y psicológica, asesoría y prueba voluntaria para VIH-SIDA e ITS.
- Promoción de la salud sexual masculina
- Centro comunitario para población GLBT
- Línea 1800 para asesoría gratuita de VIH-SIDA e ITS.
- Asesoría técnica al PNS para el modelo de atención de HSH

El consorcio formado por la Fundación Ecuatoriana Equidad y la Fundación Amigos por la Vida (FAMVIDA), llevan a cabo investigación clínica en la ciudad de Guayaquil para evaluar el uso de un ARV, acompañada de estrategia exitosa de prevención (como la promoción del uso consistente del condón, consejería para reducción del riesgo, y diagnóstico y tratamiento de ITS) puede ayudar a prevenir la infección por VIH.

**Cruz Roja** a más de los servicios de banco de sangre, brinda servicios de asesoría en pruebas voluntarias y pruebas de tamizada y confirmatorias en todas las provincias del país.

Realizan actividades de prevención en poblaciones rurales sobre VIH-SIDA-ITS entre otros temas. Adicionalmente, a través del programa Juventud ejecuta actividades de prevención en poblaciones rurales sobre VIH-SIDA-ITS enfocados a jóvenes.

Ha brindado asesoramiento técnico para la elaboración de las normas de consejería en prueba voluntaria y en el manual de licenciamiento y acreditación para centros de consejería.

Además, a participado en la formación de consejeros del MSP, FF.A.A. y Policía Nacional

**Coalición ecuatoriana de PVVS (CPVVS)** fue creada en mayo del 2003, a raíz del primer Encuentro Nacional realizado en Crucita – Manabí, con participación de cerca de 70 PVVS de 7 provincias del país.

El trabajo de la Coalición, desde su creación, se basó principalmente en promover la participación de las personas que viven con vih/sida (PVVS) y mejorar el acceso a atención médica de estas personas, sobre todo a tratamientos Antirretrovirales (ARV's), aspecto que en ese entonces era lo prioritario y urgente.

- Proyecto de fortalecimiento organizativo, como parte del PPF, con apoyo de Corporación Kimirina y Alianza Internacional (finalizado en octubre del 2006)
- Proyecto con ONUSIDA de fortalecimiento a la CEPVVS, que incluye Planificación estratégica, diseño de proyectos y conformación de núcleos provinciales.
- Proyecto con la Coalición Internacional de Activistas en Tratamientos (CIAT) de “Promoción de la participación de las PVVS para la vigencia de sus derechos”, que incluye asesoría legal a PVVS, sensibilización a personal de salud y conformación de Comités de Apoyo a la atención, entre otros...
- Proyecto del objetivo 8 del componente vih/sida del Fondo Global, con apoyo de CARE Ecuador, a través del cual se está fortaleciendo a 23 grupos de PVVS y capacitando a más de 500 PVVS a nivel nacional.
- Convenio con PUND-Naciones Unidas para ejecutar la escuela de capacitación de promotores de la respuesta al vih/sida.
- Proyecto con GTZ para fortalecer la participación de las PVVS.

Para la **campana de prevención de la transmisión vertical** lanzada en agosto del 2006 se contó con la participación de: Red SIDA Azuay, Agencias de Naciones Unidas, Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia, Cruz Roja Ecuatoriana, Corporación KIMIRINA.

## **8. SISTEMAS DE VIGILANCIA Y EVALUACIÓN**

### **8.1. PANORAMA GENERAL DEL SISTEMA ACTUAL DE VIGILANCIA Y EVALUACIÓN**

En el Ministerio de Salud Pública existe una estructura de Vigilancia Epidemiológica, la cual no se ha involucrado con los programas prioritarios como VIH/SIDA/ITS, Tuberculosis, Malaria. Cada uno de ellos maneja directamente el sistema de vigilancia. Este es el caso del PNS que tiene como una de sus responsabilidades la implementación de un sistema de vigilancia epidemiológico especializado que permita obtener información necesaria y actualizada para el diseño de intervenciones a corto, mediano y largo plazo.

Desde la constitución del programa en el año 1987, se implementó la vigilancia pasiva a través de la notificación obligatoria de casos de VIH/SIDA con fichas de investigación epidemiológica para niños y adultos, metodología que se mantiene hasta la actualidad. Como ya se explicó antes, no se notifican los casos confirmados en el INH no investigados. La cobertura de este sistema se restringió fundamentalmente a las unidades operativas de segundo y tercer nivel del MSP por su complejidad les permitía llegar a un diagnóstico de VIH o de SIDA (MSP-PNS, 2007. Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA. PNS, Quito-Ecuador).

A partir del 2005 el Programa implementa dos nuevas estrategias a nivel nacional: Prevención de la Transmisión Vertical del VIH y desde el 2006 Manejo Síndromico de las ITS, cuyas actividades se descentralizaron hasta el primer nivel de atención incluido el diagnóstico de VIH. En los tres últimos años se ofrece prueba voluntaria a pacientes que consultan por ITS, a contactos de PVVS, pacientes con tuberculosis, sospechosos de SIDA y desde hace muchos años se realiza tamizaje regular para VIH a Trabajadoras Sexuales. En estos grupos también se realiza dos pruebas secuenciales y las muestras de personas doblemente reactivas son remitidas al Instituto Nacional de Medicina Tropical e Higiene "Leopoldo Izquieta Pérez". Esta institución a través de dos laboratorios regionales recepta todas las muestras doblemente reactivas identificadas en las unidades del primer y segundo nivel de atención, para su confirmación. Mensualmente genera un informe nacional del número de casos nuevos VIH positivos, convirtiéndose en una nueva fuente de información, cuyos datos superan a las notificaciones vía ficha epidemiológica.

Como consecuencia de esto se están notificando los casos doblemente reactivos principalmente de embarazadas y personas que consultan con ITS desde las áreas de salud. Se ha extendido el uso de pruebas rápidas fundamentalmente en las capitales parroquiales, aunque las coberturas de algunas provincias todavía son bajas.

En el mismo período del 2006 al 2007 se implementaron nuevas clínicas del SIDA en 28 hospitales provinciales y algunos cantonales, mejorando la capacidad resolutoria de estas unidades para el diagnóstico y tratamiento, descongestionando de esta manera los hospitales ubicados en Quito y Guayaquil.



A finales del año 2005 se elaboró un protocolo de vigilancia, pero este no fue validado ni oficializado durante los años 2006 y 2007. Durante el año 2007 se ha formulado un manual de vigilancia que será validado e implementado paulatinamente durante el año 2008.

En la medida que no se ha modificado el antiguo sistema de vigilancia, varios indicadores UNGASS no están disponibles y en otros su disponibilidad no es oportuna para la toma de decisiones. Una limitación del actual del sistema es que no se dispone de una desagregación por cantones, parroquias y áreas de Salud, solo consolidados provinciales y nacionales.

En relación a vigilancia de segunda generación, específicamente la evaluación de la prevalencia y conductas, no se realiza vigilancia regular de conductas en los servicios de salud que ofertan pruebas voluntarias. En el marco del Proyecto Fondo Global, durante el 2007 se realizó un estudio de línea de base para estos objetivos. Este estudio incluyó los siguientes grupos:

**Tabla 40. Contenido de estudios de la Línea de Base de la USFQ según población estudiada. Ecuador 2007.**

POBLACION	PREVALENCIA VIH	CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRACTICAS
Embarazadas	Si	No
Muestras de sangre de población general que acudió a laboratorios MSP	Si	No
Adolescentes no Escolarizados	Si	Si
Estudiantes	Si	Si
FFAA	Si	Si
Hombres que tienen Sexo con Hombres	Si	Si
Policía Nacional	Si	Si
Trabajadoras Sexuales	Si	Si
Personas Privadas de Libertad	Si	No

Desgraciadamente, por el uso de una segunda prueba no validada para muestras diluidas no se pudo tener datos confirmados sobre la prevalencia de los grupos estudiados y una comisión técnica que revisó el estudio recomendó no utilizar estos datos para HSH, embarazadas y población general (CARE, 2007 Informe técnico) y reportar los resultados de prevalencia a primera prueba reactiva de los demás. En las encuestas CAP, a pesar de los problemas de representatividad en el grupo de HSH, por tener muestras mayores a otros estudios, se recomienda usar en este grupo y en los demás en los que los problemas son mayores.

Corporación KIMIRINA, una ONG que recibe fondos de donantes internacionales realizó un estudio CAP en TS y HSH en el año 2006, como parte de una evaluación de medio terminó, por lo que este estudio es generalizable solo para la población de las áreas de intervención de Corporación KIMIRINA. La fundación Equidad realizó un estudio de prevalencia y tipificación de cepas circulantes del virus en Guayaquil.

En la Encuesta de Condiciones de Vida realizada por el INEC se incluyeron preguntas de evaluación de conocimientos, relacionados con el Indicador que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus

El proyecto Fondo Global Ecuador ha desarrollado un sistema de monitoreo y evaluación, que incluye un paquete informático. La implementación del sistema hasta la actualidad es manual y desde el año 2008 será utilizado por todos los Subreceptores del proyecto, incluyendo el PNS.

## **8.2. PROGRESOS DEL SISTEMA DE VIGILANCIA Y EVALUACIÓN**

Como ya se describió en la sección anterior la política de vigilancia y evaluación, esta en revisión y para el 2008 se desarrollarán los contenidos necesarios para la evaluación y vigilancia integral. El plan a implementarse incluye los siguientes aspectos:

<b>CONTENIDOS</b>	<b>EXISTENCIA</b>
Estrategia de recolección de datos y de su análisis	Negativo
Vigilancia comportamental	Negativo
Vigilancia de VIH	Afirmativo
Un grupo de indicadores bien definidos estandarizados	Negativo
Directrices sobre los instrumentos de recopilación de datos	Afirmativo
una estrategia para la recopilación y análisis de datos	Negativo
a Estrategia de disseminación de datos y de su utilización	Negativo

Existe financiamiento del Proyecto Fondo Global para desarrollar el sistema de información desde el 2005, pero desde finales del 2007 se incrementó con financiamiento gubernamental. El PNS ha creado, desde el 2007 una unidad de vigilancia y la Unidad de Gestión del Proyecto Fondo Global del MSP tiene un responsable de monitoreo y evaluación desde el 2005. El Comité de Gestión de PEM y el MCP no disponen de una unidad de vigilancia y evaluación. La Unidad de Vigilancia del PNS esta conformada por tres personas a tiempo completo.

En el MSP, se dispone de mecanismos para asegurar que todos las unidades operativas envíen sus datos al PNS, pero no hay mecanismos para otros socios, a fin de que envíen y presenten sus datos e informes. Para el 2007, no existía un comité de trabajo de vigilancia y evaluación que se reúna periódicamente y coordine las actividades de vigilancia y evaluación, desde el 2008, el Subproceso de Epidemiología creará una unidad que realice esta actividad de todos los programas prioritarios.

Los mayores desafíos en este aspecto son: lograr la participación de todos los socios importantes, crear una cultura de Monitoreo y Evaluación en todos los niveles de gerencia de las instituciones públicas y sociedad civil, mejorar la calidad del registro y análisis de los datos y socialización de la información en los niveles gerenciales para que sirva para la toma de decisiones. Adicionalmente, se debe involucrar a los representantes de la sociedad civil y de las personas viviendo con VIH en las actividades de vigilancia y evaluación.

Existe en la unidad de vigilancia una base de datos nacional central con información de casos y coberturas de los programas que ejecuta el PNS. Para

el 2008 se implementará un sistema automatizado que contiene los módulos de: manejo clínico y adherencia de pacientes, gestión de fármacos y medicamentos, producción de servicios en la que se incluye datos de atenciones en consejería, pruebas de tamizaje, exámenes de CD4 y carga viral y el módulo de vigilancia que se tiene 3 componentes vigilancia de VIH, que incluye comportamiento, vigilancia de SIDA, que incluye mortalidad y resistencia viral, y el módulo de ITS.

Los funcionarios del PNS valoran en 40% la actividad de las Naciones Unidas, los organismos bilaterales y otras instituciones de compartir sus resultados de vigilancia y evaluación.

El sistema de información del PNS funciona desde el nivel de Area, Provincia y Nacional. Pero a nivel nacional no se dispone de información desagregada por Areas de Salud (distritos sanitarios), ni por unidades notificantes. En la Unidad de Gestión del Proyecto Fondo Global, se tiene también una base de datos de monitoreo del proyecto y en el 2008 se implementará un programa informatizado (SIME) para uso de todos los subreceptores, incluyendo el PNS.

Por el Día Mundial del SIDA se publica, desde hace varios años, un informe de vigilancia y evaluación sobre el VIH que incluye datos de vigilancia del VIH. Pero la utilización de los datos es débil (valoración 10%), su mayor uso se lo hace para informes de gestión y planificación de actividades. Los principales desafíos para el uso de datos son: toma de decisiones en los diferentes niveles gerenciales, difusión a la población en forma periódica y utilización para la ejecución y evaluación del PEM.

Durante el año 2007 se capacitaron a 98 funcionarios de instituciones publicas del nivel nacional y provincial y a 24 miembros de la sociedad civil en monitoreo y evaluación.

Los esfuerzos de vigilancia y evaluación de los programas de SIDA se han duplicado entre el 2005 al 2007, de 20% a 40%. Los avances de han dado en el desarrollo de la normativa de Vigilancia Epidemiológica y la incorporación de nuevas metodología para la vigilancia de VIH y de ITS.

### **8.3. PROBLEMAS AFRONTADOS EN LA APLICACIÓN DE UN SISTEMA DE VIGILANCIA Y EVALUACIÓN AMPLIO**

Los importantes avances que se han hecho en la implementación de intervenciones del PNS y la que realizan las ONG y las otras instituciones del Estado, no se han acompañado del desarrollo del sistema de vigilancia, monitoreo y evaluación integral. De hecho esta es la mayor debilidad de la respuesta nacional.

Gran parte de la vigilancia y evaluación se la hace en forma vertical y aislada, sin vinculación o relación con otras fuentes, como egresos hospitalarios y mortalidad (INEC). La evaluación de conductas y prevalencia depende todavía de evaluaciones patrocinadas por donantes de proyectos. La utilidad de gran parte de estas mediciones se pierde por no existir un sistema de vigilancia y

evaluación coherente que pueda captar la información necesaria sobre múltiples enfermedades para usuarios de diferentes niveles y resulta difícil integrar estos resultados al sistema institucional tradicional de vigilancia y monitoreo.

A pesar de que el MSP es el ente rector del sistema de salud, no existe una unidad de vigilancia y evaluación para problemas prioritarios con personal asignado técnico y de gestión. La vigilancia está a cargo de personal del programa que realiza también actividades de gerencia de intervenciones. La unidad de vigilancia de programas, no reemplaza las actividades de vigilancia que ejecutan los programas, su papel será coordinar las iniciativas de vigilancia y evaluación de todas las enfermedades prioritarias, como VIH/SIDA/Tuberculosis y Malaria, aunque los programas sigan realizando la vigilancia específica. Esta unidad permitirá que las iniciativas de varios donantes en este campo, contribuyan a mejor a las necesidades nacionales.

En relación a la ejecución de línea de base realizada por la Universidad San Francisco de Quito (USFQ), con financiamiento de Fondo Global, una de las mayores limitaciones es la poca experiencia en este tipo de estudios por instituciones nacionales y la ausencia de protocolos de estudio aprobados por el ente rector para realizar los mismos.

#### **8.4. LAS MEDIDAS CORRECTORAS IDEADAS PARA SUPERAR LOS PROBLEMAS**

El MSP ha iniciado un proceso de homogenización y simplificación de los sistemas específicos de vigilancia y monitoreo de programas prioritarios, que mantienen una organización verticalizada y desarrollar instrumentos parametrizados de registro, notificación y reporte (Narváez, A 2007, Proyecto de Homogenización y Simplificación de Vigilancia y Monitoreo de Programas Prioritarios). Este componente del Sistema Integral de Vigilancia Epidemiológico (SIVE) incluye la notificación de defunciones y casos hospitalizados que registra en INEC para todas las enfermedades.

En el marco de este proceso, durante el año 2008 se implementarán modificaciones al sistema de notificación vigente y varios componentes nuevos del sistema de vigilancia especializado de VIH/SIDA/ITS, formulados durante el 2007: la formulación de protocolos de estudios poblacionales y centinela y la inclusión. la definición de guías para la ejecución de estudios de población y centinela y la vigilancia rutinaria de información para estimar la prevalencia del VIH/SIDA y evaluar conductas.

### **8.5. NECESIDADES DE ASISTENCIA TÉCNICA EN MATERIA DE VIGILANCIA Y EVALUACIÓN Y DE DESARROLLO DE LAS CAPACIDADES.**

En el Ecuador existe capacidad nacional para formular el SIVE Programas, que incluye el sistema de monitoreo y evaluación del programa VIH/SIDA pero se necesita asistencia técnica para formular los protocolos estandarizados de estudios poblacionales y centinela.

## BIBLIOGRAFÍA

1. BANCO CENTRAL DEL ECUADOR (2000). *Boletín Anuario 2000*. Quito, Banco Central del Ecuador.
2. Barragán S, Laufer J. (2006). Declaración de compromiso sobre VIH-SIDA, UNGASS. Informe intermedio del Gobierno del Ecuador relativo al seguimiento de sus obligaciones. Periodo 2006 – 2007. MSP-ONUSIDA, Ecuador 2006.
3. CARE Internacional (2007). Documento Técnico de Línea de Base de VIH/SIDA. CARE Diciembre 2007.
4. Cruz Roja Ecuatoriana (2008a) [www.paho.org/Spanish/Dec/Sangre-DrCevallos-CREcuador](http://www.paho.org/Spanish/Dec/Sangre-DrCevallos-CREcuador). Acceso Enero 15, 2008.
5. Cruz Roja Ecuatoriana (2008b). [www.cruzroja.org.ec/programas/salud/locbansan.htm](http://www.cruzroja.org.ec/programas/salud/locbansan.htm). Acceso enero de 2008
6. Ferrer A y Valdés E (1998). Nuevo reto médico. La coinfección SIDA-Tuberculosis. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1998;14(3):256-262
7. GTZ (2007). Reporte del Proyecto Fortalecimiento de las acciones de IEC para la prevención del VIH/SIDA. Cooperación Técnica Alemana, Ecuador.
8. Gerbensky K, Narváez A, Narváez E, Tamayo S. (2007). Riesgo percibido versus riesgo evaluado frente al VIH-SIDA en trabajadoras sexuales. *Boletín Epidemiológico* 49 pp: 2-38. MSP Enero Junio 2007.
9. INEC (2001b). *Encuesta de empleo, desempleo y subempleo (ENEMDU-1999)*. Quito, INEC.
10. MSP-Programa Nacional de Prevención y Control de VIH/SIDA ITS (2007a). Informe de Gestión. Enero-Junio 2007. MSP, Quito 2007.
11. MSP-Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA ITS (2007b). Enero a Octubre del 2007. MSP, Quito Diciembre 2007.
12. Montoya O, Rojas M, Robalino M (2007) Guía Nacional de Normas y Procedimientos de Atención Integral a Hombres Gay, Bisexuales, Hombre que Tienen Sexo con Hombres y personas Trans. MSP-PNS, Ecuador 2007.
13. ONU (2000). Objetivos de Desarrollo del Milenio. <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/index.html>
14. ONUSIDA, WHO, UNICEF (2004). National AIDS Programmes. A guide to indicators for monitoring and evaluating national HIV/AIDS prevention programmes for young people. Gineva-Suiza, 2004. p. 4-71.

## **ANEXOS**

ANEXO 1: Proceso de consulta y preparación del informe nacional sobre el seguimiento de la aplicación de la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA

ANEXO 2: Cuestionario del Índice Compuesto de Política Nacional

ANEXO 3: Fichas técnicas de los indicadores.

**Se adjuntan al documento**