

INFORME GAM ECUADOR

Monitoreo Global del Sida

2017

Avanzamos
Patria!



RESPONSABLES

Ministra de Salud Pública

Dra. María Verónica Espinosa Serrano.

Viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud

Dr. Rodrigo Fernando Cornejo León

Subsecretaria Nacional de Vigilancia de la Salud Pública

María Belén Morán Gortaire.

Director Nacional de Estrategias de Prevención y Control

Dr. Carlos Manuel Guevara Molina.

Estrategia Nacional VIH/Sida-ITS

Dra. Jeanine Monserrate Ordoñez Alcívar

Dra. Patricia Flores de Rolando.

Ing. Luis Alberto Ruíz Chávez

Asistencia Técnica ONUSIDA

Patricia Bracamonte – Oficial de Información Estratégica ONUSIDA

Oficina Multipaís para Bolivia, Ecuador y Perú

Consultor

Dr. Rodrigo Tobar Robalino.

Revisión final

Dr. Carlos Manuel Guevara Molina.

Director Nacional de Estrategias de Prevención y Control

Contenido

- Glosario 4
- Presentación 5
- Breve situación del país 6
- Situación de la epidemia del VIH/sida 7
- Casos acumulados de VIH/sida MSP - Ecuador 1984-2016 8
- Casos de VIH/sida 1984-2016 en Ecuador por décadas
- Estimación de PVV vivos con diagnóstico de VIH en el Ecuador desde 1984 - 2016
- Las defunciones por VIH/sida en el Ecuador
- La epidemia VIH/sida 2016 – RPIS
- Casos VIH/sida del MSP-ENVIH 2016
- La epidemia por casos VIH/sida y sexo – MSP 2016
- Casos VIH/sida por grupos de edad - MSP-ENVIH 2016
- La Incidencia VIH 2016
- Coinfección TB-VIH en el Ecuador
- Coinfección TB-VIH 2016
- La respuesta programática del MSP 2003 - 2015
- Territorialidad de la epidemia de VIH y TB
- Situación actual del acceso universal en el Ecuador
- Acciones del PENM y CEMSIDA
- Acciones del MSP-ENVIH
- Prevención de Transmisión Materno-Infantil (PTMI)
- Tamizaje de VIH en gestantes - MSP 2016
- Atención Integral a niños casos VIH/sida MSP 2016
- Situación actual del TARV en el 2016
- Situación actual del TARV en el 2016
- PVVs en TARV desde 1984-2016 en la RPIS - Ecuador
- PVVs de la RPIS en TARV - Ecuador 2016
- PVVs en TARV en el MSP
- PVVs por líneas de TARV en el MSP
- Atención a Personas Privadas de Libertad (PPL)
- Situación de los Derechos humanos, discriminación y marco legal sobre VIH/Sida en el Ecuador
- Sistema de información y vigilancia epidemiológica
- EL gasto en VIH/Sida 2016
- Situación actual del Ecuador frente a los compromisos de ONUSIDA
- Respuesta a los indicadores 2016 solicitados por el GAM
- Bibliografía

Glosario

SIDAGlobal Aids Monitoring-GAM

ONUSIDA Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/Sida

NNUU Naciones Unidas

SNS Sistema Nacional de Salud

VIH/Sida Virus de la Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

CEPAL Comisión económica para América Latina y el Caribe

COALISIÓN Organización Ecuatorina de personas que viven con el VIH/sida

KIMIRINA Organización de la sociedad civil que trabaja en temas relacionados a la salud, salud sexual y reproductiva, y derechos humanos en Ecuador

EQUIDAD Fundación Ecuatorina Equidad

UNFPA Fondo de Población de las Naciones Unidas

MSP Ministerio de Salud Pública

OPS/OMS Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud

HSH Hombres que tienen Sexo con Hombres

TS Trabajadoras/es Sexuales

PPL Personas Privadas de Libertad

ENVIH Estrategia Nacional de Prevención y Control del VIH/Sida – ITS

PTMI Prevención de Transmisión Materno Infantil

IESS Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

ISSFA Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas

ISSPOL Instituto de Seguridad Social de la Policía

JBG Junta de Beneficencia de Guayaquil

UAIs VIH/Sida Unidades de Atención Integral en VIH/sida

INEC Instituto Nacional de Estadísticas y de Censos

PEA Población económicamente activa

RPIS Red Pública Integral de Salud

PVV Personas que viven con VIH

TB Tuberculosis

ENTB Estrategia Nacional de Tuberculosis

DOTS Sistema de Tratamiento por Observación Directa para la TB

DNE Dirección Nacional de Epidemiología

PENM/PEN Plan Estratégico Multisectorial de la respuesta al VIH/sida

CEMSIDA Comité Ecuatoriano Multisectorial del sida

CONASIDA Consejo Nacional del Sida

PEMAR Población expuesta al mayor riesgo

FG Fondo Global o Fondo Mundial

PNEBV Plan Nacional Estratégico del Buen Vivir

DNEAIS Dirección Nacional de Estadísticas y Análisis de Información en Salud del MSP

REDACCA Registro. Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias MSP

TARV Tratamiento Antirretrovirales

Ong's Organismos no gubernamentales

PrEP profilaxis pre- exposición

MAIS-FC Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural

COHAN Cooperativa de Hospitales de Antioquia (COHAN) Medellín Colombia

SIEN Sistema de Información Estadístico Nacional para el VIH/sida MSP-COHAN

MJDHC EL Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos

CRS Los Centros de Rehabilitación Social

CAI Centros de Adolescentes Infractores

CDP Centros de Detención Provisional

CC Casas de Confianza

Presentación

En respuesta a la invitación realizada por ONUSIDA a la República del Ecuador, en relación a presentar un informe correspondiente a las actividades cumplidas por el país en la lucha contra el VIH/sida durante el año 2016, conforme el nuevo Marco de Trabajo Mundial 2016-2021 para seguimiento del SIDAGlobal Aids Monitoring-GAM-2017, por sus siglas en inglés, preparado en base a la Declaración Política 2016 sobre VIH/sida.

La Declaración Política de las NNUU sobre el VIH y el sida de 2016, refleja la estrategia de respuesta rápida para acelerar la lucha contra el VIH y poner fin a la epidemia del sida para 2030, y establece metas ambiciosas para el escalamiento de la prevención, el tratamiento y abordajes estructurales del VIH para superar la epidemia en los próximos años.

La Declaración Política hace un llamado a nivel mundial para la consecución de las siguientes 3 metas como forma de respaldar la Agenda de 2030 para el desarrollo sostenible:

- Reducir las nuevas infecciones de VIH a un número inferior a 500.000 en todo el mundo para el año 2020.
- Reducir las muertes relacionadas con el Sida a un número inferior a 500.000 en todo el mundo para el año 2020.
- Eliminar el estigma y la discriminación relacionada con el sida para el año 2020.

Ecuador ha participado en la elaboración y entrega de los documentos previos como UNGASS 2010, 2012, GARPR 2014, 2015. En esta ocasión se realizó una recopilación de la información para presentar datos de la Red Pública Integral de Salud (REPIS) conformada por el Ministerio de Salud Pública, Instituto Ecuatoriana de Seguridad Social, Fuerzas Armadas y Policía Nacional, con el apoyo de la sociedad civil.

La finalidad de este documento es informar de la respuesta frente al sida como país, así como dar a conocer los resultados de los indicadores en base a los compromisos de la Declaración Política, considerando la parte narrativa en el presente documento.

Para el desarrollo y elaboración de dicho informe se contó con el apoyo del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida-ONUSIDA

Breve situación del país

La sociedad ecuatoriana, desde mediados del año 2015, soporta un impacto negativo como consecuencia de la disminución del precio del petróleo, el principal producto de exportación del país; la revalorización del dólar y su impacto negativo en la competitividad de las exportaciones; el terremoto de abril del 2016 que dejó cuantiosas pérdidas materiales y humanas; fallos de tribunales internacionales que obligaron al país a pagar indemnizaciones superiores a los mil millones de dólares a empresas petroleras transnacionales, fenómenos, todos estos, que condujeron a una ralentización de la economía ecuatoriana con sus secuelas en términos de menor empleo y la tendencia al desbalance de las cuentas fiscales, de comercio y de pagos al exterior.

Una situación adversa como la descrita obligó a adoptar medidas emergentes orientadas, en primer lugar, a atenuar el impacto de la crisis en sectores más vulnerables de la sociedad; impedir retrocesos en los programas sociales, especialmente en materia de salud y educación; mantener la actividad productiva interna protegiéndole de la competencia externa en un momento de pérdida de ingresos por exportaciones.

Bajo esta orientación estratégica, las medidas adoptadas: reducción del gasto público, establecimiento de salvaguardias y/o cupos a la importación de automotores, incremento temporal del IVA del 12 al 14% junto a la donación de un día de sueldo a los empleados públicos para socorrer a los damnificados del terremoto, así como la contratación de deuda externa y ventas anticipadas del petróleo, si bien no lograron detener la reducción de la tasa de crecimiento del Producto Interno Bruto que, en el 2016, fue de -1.5%, sí ha sentado las bases para quebrar y revertir la tendencia negativa. En efecto, las previsiones de crecimiento del PIB para el año 2017 son positivas, según el Banco Central del Ecuador 1.42% y de acuerdo a las previsiones más pesimista de la CEPAL de 0.6%.

Es importante destacar que pese a la gravedad del shock externo y los desastres naturales, el ajuste fiscal realizado no afectó a la inversión social y la ejecución de los programas sociales emblemáticos en las áreas de salud y educación. Ello no obstante, y para mantener esta orientación estratégica, es indispensable dar continuidad a las políticas anticíclicas adoptadas para sentar las bases de un crecimiento económico sostenido en un contexto en el cual, si bien no se avizora una recuperación de los precios del petróleo a niveles del año 2014, se espera su estabilización a niveles superiores a los 50 dólares el barril.

En esta dirección se propone mejorar la eficiencia del gasto público, reducir la evasión tributaria, mejorar el perfil de la deuda externa, priorizar las inversiones públicas e impulsar alianzas público- privadas en sectores generadores de empleo productivo (comercio, construcción, industria de alimentos) como un factor clave para la dinamización de la economía en el corto y mediano plazo.

Situación de la epidemia del VIH/sida

Caracterización de la epidemia en el Ecuador

Ecuador tiene una epidemia de VIH/sida de tipo concentrada, con mayor prevalencia en poblaciones claves y vulnerables, que se registra en: HSH: 11% (Equidad-MSP-OPS, 2012), TS: 3.2% (USFQ-FM-MSP, 2007), PPL: 1.3% (Instituto Nacional de Higiene-MSP, 2009), Trans: 31.9% (Kimirina-MSP-UNPFA, 2012) embarazadas: 0.16% (ENVIH-PTMI-MSP, 2016).

Tabla 1

Caracterización de la epidemia en el Ecuador		
Grupo	Prevalencia	Año
HSH	11%	2012
TS	3.2%	2007
PPL	1.4%	2009
Trans	31.9%	2012
Embarazadas	0.16%	2016

MSP-ENVIH/Sistema de información

Casos de VIH/sida por la RPIS - Ecuador desde 1984-2016

En el informe GAM 2016 se incluye un análisis de los casos acumulados de VIH/sida desde 1984 al 2015, que reportó la RPIS (IESS, ISSFA, ISSPOL, JBG y el MSP).

Según el reporte de las RPIS, para el año 2016 el Ecuador registra un total de **56.106 casos de VIH/sida acumulados**; el mayor porcentaje lo reporta el MSP con el 88.29%, seguido por el IESS con el 11.06 %; y con menores porcentajes el ISSFA y el ISSPOL con el 0.45% y 0.18%, respectivamente, como se observa en la tabla 2.

Tabla 2

Casos acumulados de VIH/sida de la RPIS Ecuador 1984 – 2016				
Instituciones	VIH	sida	Acumulado VIH/sida	%
MSP	37.330	11.793	49.541	88.29%
IESS*	973	5.237	6.210	11.06%
ISSFA*		253	253	0.45%
ISSPOL*		102	102	0.18%
Total acumulado	38.303	17.385	56.106	100%

MSP-ENVIH/Sistema de información y la RPSE

Los totales de los casos acumulados VIH/sida reportados por la RPIS, nos permite ver la tendencia de la epidemia y el cálculo de algunos indicadores. Por falta de desagregación por provincia o sexo o grupos de edad, no se puede analizar de una manera más detallada. *Es importante mencionar que los datos entregados por el IESS, ISSFA e ISSPOL requieren de ajustes en este sentido.

La RPSI para la atención a PVV cuentan con UAI's ubicadas de la siguiente manera: IESS con tres hospitales ubicados en Guayaquil, Cuenca y Quito; ISSFA tienen dos hospitales de atención ubicados en Guayaquil y Quito al igual que el ISSPOL; JBG cuenta con un hospital en Guayaquil y su atención está dirigida, sobre todo a mujeres y niños, finalmente, el MSP cuenta con 37 unidades de atención integral, a nivel nacional, a adultos, embarazadas y niños.

Tabla 3

Ubicación	IESS	ISSFA	ISSPOL	PBG	MSP
Azuay-cuenca	Hosp .José carrasco Arteaga				
Guayas-Guayaquil	Hosp. Teodoro Maldonado Carbo	Hosp. Naval de Guayaquil (hosnag)	Hosp. Guayaquil n°2	Hosp. de la JBG	
Pichincha-Quito	Hosp. Carlos Andrade Marín	Hosp. De especialidades n°1 (he-1)	Hosp. Quito n°1		
A nivel nacional					37
TOTAL	3	2	2	1	37

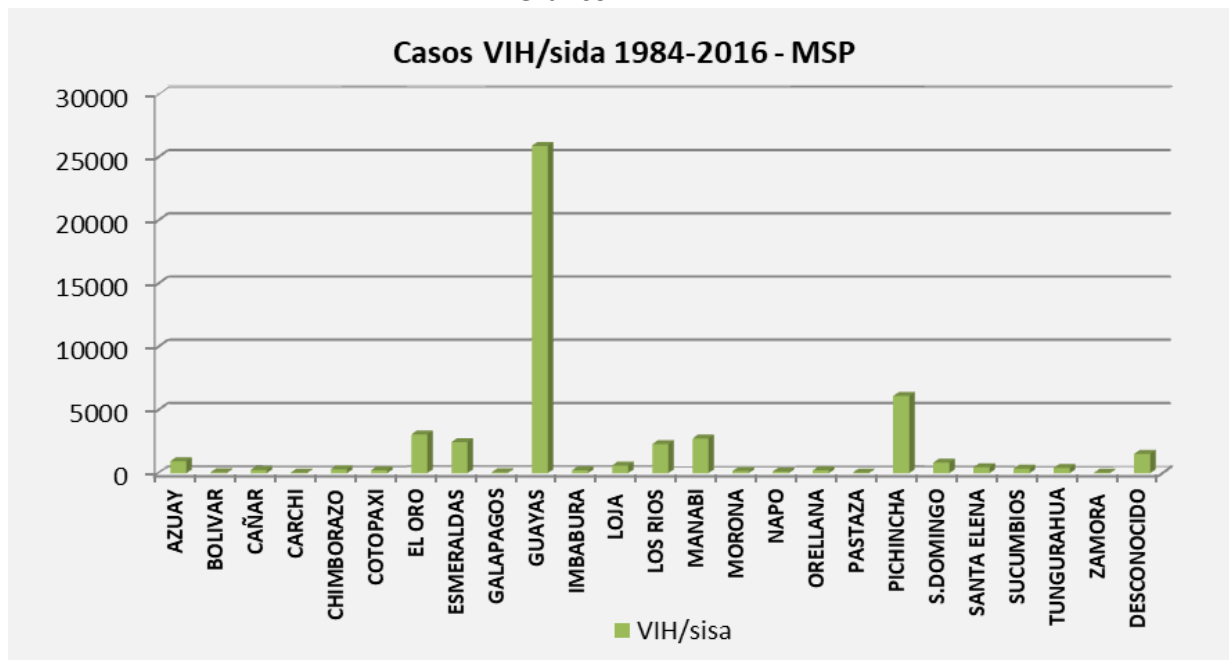
MSP-ENVIH/Sistema de información y la RPSE

Casos acumulados de VIH/sida MSP - Ecuador 1984-2016

Según el sistema de información del MSP-ENVIH reporta un total de **49.541** casos acumulados de VIH/sida, de los cuales 38.303 son casos VIH y 10.432 casos Sida.

Los casos VIH/sida acumulados del MSP se concentran en las provincias del Guayas, Pichincha, El Oro, Manabí, Esmeraldas, Los Ríos, Azuay y Santo Domingo.

Grafico 1



MSP-ENVIH/Sistema de información

La región costa concentra el 74.1%, seguido por la región sierra con el 20.34%, la región amazónica u Oriente con el 1.93% de casos VIH/sida. Y la región insular con el 0.11%.

La ENVIH reporta la existencia del 3.08% de persona con VIH/sida que se desconoce su ubicación por región o provincia.

Por provincias, Guayas concentra el 53.2%; si se suma el porcentaje de casos registrados en Pichincha (10.2%), El Oro (5.5%); Manabí (4.5%), Los Ríos (3.8%) y Esmeraldas (4.4%), observamos que 6 provincias de 24, concentran más del 80% de personas con VIH/sida. De las 6 provincias, 5 corresponde a la Región Costa y sólo 1 a la Región Sierra.

Tabla 4

Casos VIH/sida acumulados por regiones y provincias - MSP Ecuador 1984-2016					
Regiones	Provincias	Total	%	Total Regiones	%
Costa	Guayas	25.889	53.2	36.915	74.51%
	El oro	3.065	5.1		
	Manabí	2.737	4.5		
	Esmeraldas	2.461	4.4		
	Los Ríos	2.297	3.8		
	Santa Elena	466	1.0		
Insular	Galápagos	59	0.1	59	0.11%
Sierra	Pichincha	6.104	10.2	10.080	20.34%
	Azuay	950	1.5		
	S. Domingo	834	2.2		
	Loja	613	1.0		
	Tungurahua	416	1.5		
	Chimborazo	321	0.7		
	Cañar	263	0.4		
	Cotopaxi	234	0.7		
	Imbabura	228	0.5		
	Bolívar	70	0.08		
	Carchi	47	0.07		
Oriente	Sucumbíos	350	0.7	960	1.93%
	Orellana	223	0.6		
	Morona	166	0.5		
	Napo	127	0.5		
	Pastaza	57	0.2		
	Zamora	37	0.06		
Desconocidos		1.527		1.527	3.08%
Total		49.541		49.541	100%

MSP-ENVIH/Sistema de información

Las provincias que reportan menos casos de VIH/sida son: Zamora con el 0.06%, Carchi con el 0.07%, Pastaza con el 0.2%, Galápagos con el 0.11% y Bolívar 70 el 0.08%. Las provincias con menores casos registrados de VIH/sida corresponden a la Región Amazónica e Insular.

Casos de VIH/sida 1984-2016 en Ecuador por décadas

La evolución de la epidemia de VIH/sida en el país, según la tabla 5, muestra una tendencia sostenida al aumento, de 1984 al 1993 se reportó el **1.33%**, fue una década de

aprendizaje y conocimiento de la enfermedad; de 1994 al 2003 se reportó el **9.69%**, es la década que da inicio a los reportes de fallecimiento (1997) por parte del INEC y el inicio del TARV ; desde el 2004 al 2013 fue del **65.49%** **donde se alcanza el mayor reporte de casos VIH/sida**, vinculado al esfuerzo de tamizaje en población clave y vulnerable, a mejoras en la notificación de casos, en el sistema de información y de vigilancia, el acceso universal y gratuito al TARV, la edición de Guías de Atención actualizadas, la implementación e incremento de los centros de consejería pre y post prueba, a partir del 2007, incluido en el marco de la ejecución de varios proyectos y programas, la apertura de nuevas UAIs, la capacitación al personal médico, la creación del CEMSIDA, la formulación del PENM y el cumplimiento de los derechos establecidos en la Constitución del Ecuador de 2008.

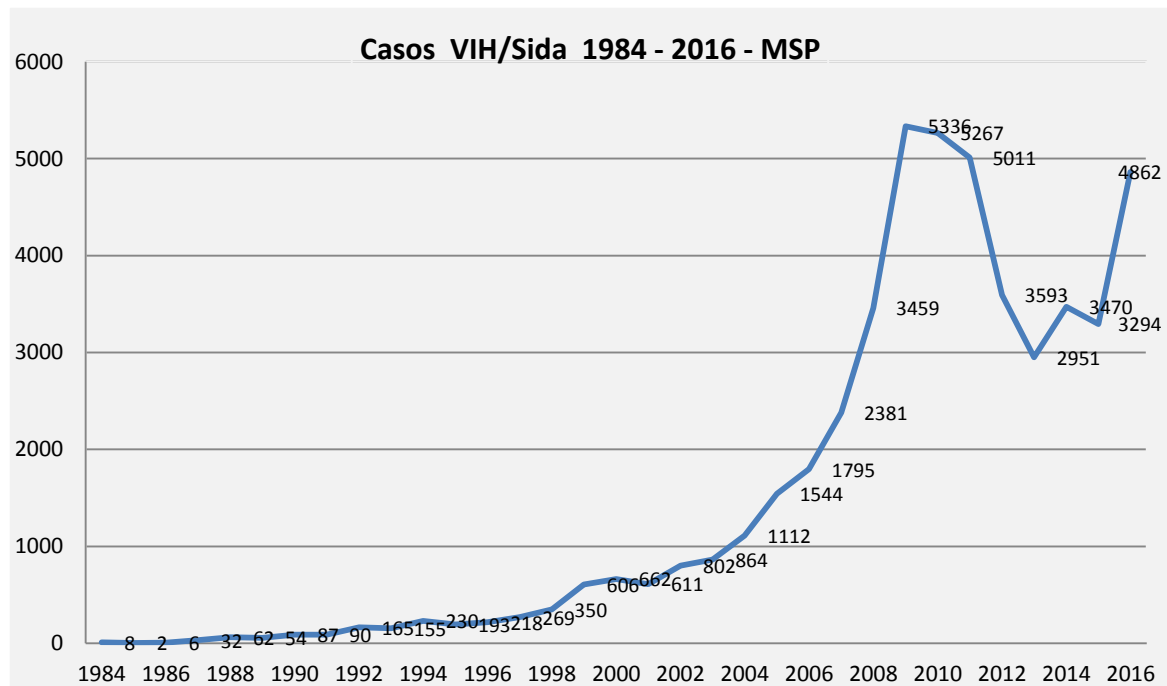
Tabla 5

Casos acumulados de VIH/sida 1984-2016 en Ecuador por décadas					
Décadas		Casos		Total	%
		VIH	sida		
1984	1993	305	356	661	1.33
1994	2003	2.500	2.305	4.805	9.69
2004	2013	24.678	7.771	32.449	65.49
2014	2016	10.265	1.361	11.626	23.46
Total		37.748	11.793	49.541	100%

MSP-ENVIH/Sistema de información

En la primera década del presente siglo (**2001-2010**), la epidemia reportó 23.171 casos de VIH/sida con un 46.77%, y en el grafico 2 se observa cómo evolucionó los reportes de los casos VIH/sida por años.

Grafico 2



MSP-ENVIH/Sistema de información

Estimación de PVV vivos con diagnóstico de VIH en el Ecuador desde 1984 - 2016

El MSP-ENVIH, con la finalidad de estimar los PVV vivos con diagnóstico de VIH en el país, ha procedido a ajustar los datos de las defunciones, en base a las observaciones y recomendaciones de ONUSIDA y tomando en cuenta la experiencia realizada en otros países de América Latina.

El MSP-ENVIH incluye como fallecidos a todos los 1.302 casos VIH/sida notificados por el desde 1984 a 1996, porque en ese periodo el país no contaba con el TARV y los años de supervivencia de estos pacientes eran muy reducidos.

El INEC, responsable de recopilación, tabulación y análisis de todo el Sistema Nacional de Salud, inicia con la notificación de fallecidos por sida en 1997 y hasta el 2015 y reporta 10.317 defunciones. A este periodo (1997-2015) se aplica un 50% más (5.159) de subregistro estimado, dando 5.476 fallecidos por sida hasta el 2015.

Por no disponer de las defunciones del 2016, al término de este informe (INEC entrega su el primer semestre de cada año), el MSP-ENVIH calculó un promedio de los tres últimos años de las defunciones que es de 797 defunciones.

La suma de las 15.476 defunciones más las 979 defunciones estimadas para el año 2016, dan un total estimado nacional de **17.574 defunciones, desde el año 1984 hasta el 2016.**

Al restar estas 17.574 defunciones estimadas de los 49.541 PVVs registrados en las notificaciones del MSP, se obtiene un total estimado de PVVs vivos de 31.967. Y si

restamos las 17574 defunciones de los 56.106 PVV notificados por la RPIS da un **total** estimado de **38.532 PVVs vivos en el Ecuador hasta el 2016**, como se observa en la tabla 6 que viene continuación.

Es importante mencionar que según el cálculo realizado en el Spectrum (herramienta de cálculo de ONUSIDA), estimada que el país tiene **41.682 personas vivas con VIH**. La diferencia con el ajuste realizado es de 3.150 de personas vivas con VIH, dato estimado más cercano a la realidad.

Tabla 6

Estimación de PVV vivos con diagnóstico de VIH - Ecuador	Dato original	Datos ajustado (donde aplica)
*Muertes 1984 – 1996	1302	1302
**Muertes registradas 1997 - 2015 * 50% de subregistro estimado	10317	15476
***Defunciones 2016 (promedio defunciones 2013, 2014, 2015)	796	796
Total muertes estimadas		17574
PVV estimadas vivas registradas en notificación MSP	49541	31967
PVV estimadas vivas registradas en notificación de la RPIS (MSP + PVV de IESS+ PVV de ISSFA -ISSPOL)	56106	38532

MSP-ENVIH/Sistema de información - INEC

Las defunciones por VIH/sida en el Ecuador

El INEC reportó 797 defunciones en año 2015 con un acumulado desde 1997-2015 de 10.317 fallecimientos por causa del sida y, como se explicó anteriormente, incluyendo el total de casos VIH/sida desde 1984 a 1996, sumando el 50% de subregistro desde 1997 al 2015 y el promedio de las defunciones de los años 2013 al 2015, **se estima que el Ecuador tiene 17.574 fallecidos por causa de sida hasta el 2016**.

En análisis anteriores se planteaba que el país había logrado estabilizar las defunciones por sida con el inicio de la TARV desde el año 2002, el número de defunciones estimado en el año 2010 fue de 727, la tasa de mortalidad por sida es de 5 x 100.000 habitantes y la el MSP-ENVIH se planteó reducir la Tasa de mortalidad por sida hasta al 4% al 2015; según los datos oficiales del INEC y de la ENVIH del MSP en el año 2015 existieron 797 defunciones, con una población nacional de 16.278.844 habitantes la Tasa de mortalidad por sida es 4.8 por cada 100.000 habitantes.

En el año 2016, partiendo del estimado de defunciones por sida de 796, la tasa de mortalidad por causa del sida en el país será de **4.81 por cada 100.000 habitantes**.

Las muertes por sida producen orfandad, constituyéndose en un problema social, no solo para los hijos sino también de las parejas femeninas, ya que la mayoría de hombres abandonan su hogar.

La razón hombre/mujer en las defunciones, desde 1997 al 2004, fue de 5 hombres por 1 mujer; desde el 2005 al 2014; la razón hombre/mujer fue de 3 hombres por 1 mujer; igual razón hombre/mujer se tiene en el 2015.

La epidemia VIH/sida 2016 - RPIS

La RPIS reporta 6.653 casos de VIH/sida en el año 2016 (tabla 10), el 73.07 % reporta el MSP, el IESS el 26.22 %; le siguen las ISSFA, y el ISSPOL el 0.55 % y el 0.13% respectivamente.

Tabla 7

Número de nuevos casos de VIH/sida – RPIS Ecuador 2016				
RPIS	VIH	sida	Acumulado VIH/Sida	%
MSP	3.501	1.361	4.862	73.07
IESS		1.745	1.745	26.22
ISSFA		37	37	0.55
ISSPOL		9	9	0.13
Total acumulado	3.501	3.152	6.653	100%

Los totales de los casos acumulados VIH/sida reportados por la RPIS para el 2016, nos permite ver los casos acumulados de VIH/sida, pero falta la desagregación por provincia o sexo o grupos de edad, para poder analizar de una manera más detallada. Pero sus datos totales serán utilizados para el cálculo de indicadores.

Casos VIH/sida del MSP-ENVIH 2016

Los 4.862 casos VIH/sida se distribuyen por regiones de la siguiente manera: región: costa el 75.56%, región Insular con el 2%, la región sierra con el 20.60%; y la región oriental con el 3.57%.

Tabla 8

Casos VIH/sida por regiones y provincias – MSP 2016					
Regiones	Provincias	Total provincia	% Provincia	Total Regiones	% Región
Costa	Guayas	2446	50.31	3674	75.56
	El Oro	251	5.16		
	Manabí	309	6.36		
	Esmeraldas	289	5.94		
	Los Ríos	278	5.72		
	Santa Elena	101	2.08		
Insular	Galápagos	12	0.24	12	0.24
Sierra	Pichincha	494	10.16	1.002	20.60
	Azuay	104	2.14		
	S. Domingo	99	2.04		
	Loja	60	1.23		
	Tungurahua	78	1.60		
	Chimborazo	37	0.76		
	Cañar	39	0.80		
	Cotopaxi	44	0.90		
	Imbabura	27	0.56		
	Bolívar	11	0.23		
	Carchi	9	0.19		
Oriente	Sucumbíos	40	0.82	174	3.57
	Orellana	41	0.84		
	Morona	45	0.93		
	Napo	24	0.49		
	Pastaza	11	0.23		
	Zamora	13	0.27		
Total		4.862		4.862	100

MSP-ENVIH/Sistema de información

El mayor nivel de exposición se encuentra en la provincia del Guayas con el 53.31%, seguido por Pichincha 10.16%, Manabí 6.36%; Esmeraldas 5.94%; El Oro 5.16 % y los Ríos 5.72%, la provincia de Zamora con el 0.84% es la que más casos VIH/sida reporta en la región oriental, como observamos en la tabla 8.

La epidemia por casos VIH/sida y sexo – MSP 2016

La mayor concentración de casos VIH/sida en hombres se reporta en Guayas, Pichincha, Manabí, El Oro, Los Ríos y Esmeraldas; mientras que los casos VIH/sida en mujeres se reportan más en las provincias Guayas, Esmeraldas, Los Ríos, Manabí y Pichincha.

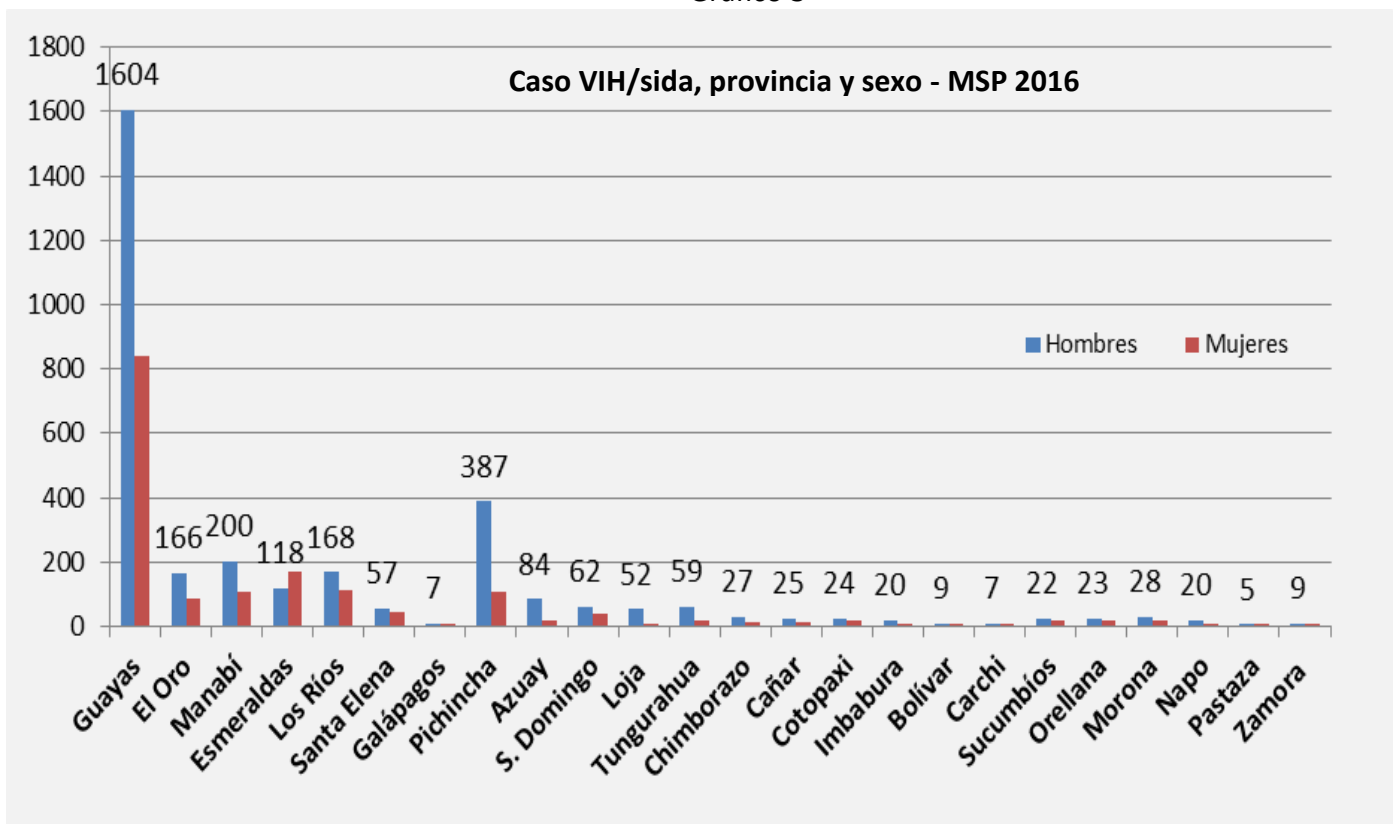
Tabla 9

Casos VIH/sida por sexo – MSP 2016						
Casos VIH/sida	Hombre	%	Mujer	%	Total	%
Caso VIH	2.198	69.05	1.303	77.60	3.501	72.0
Caso sida	985	30.94	376	22.39	1.361	27.9
Total	3.183	100	1.679	100	4.862	100

MSP-ENVIH/Sistema de información

Los 4.862 casos de VIH/sida en el 2016, el 72% son VIH y el 27.9% son casos sida; de los casos VIH, el 68% son hombres y el 30.94% mujeres; mientras que de los casos sida el 77.60% son hombres y el 22.39% mujeres. Tabla 9

Grafico 3



Si observamos el grafico 3, vemos que la provincia de Esmeraldas es que más concentra el VIH/sida en mujeres nivel del Ecuador.

En el 2016, la razón hombre / mujer en casos VIH/sida fue de 2.58:1, es decir los hombres siguen siendo los que más contraen la enfermedad. Tabla 10.

Tabla 10

Casos VIH/sida por provincia y sexo – MSP 2016					
Regiones	Provincias	Hombres	Mujeres	Total provincia	
Costa	Guayas	1604	842	2446	
	El Oro	166	85	251	
	Manabí	200	109	309	
	Esmeraldas	118	171	289	
	Los Ríos	168	110	278	
	Santa Elena	57	44	101	
Insular	Galápagos	7	5	12	
Sierra	Pichincha	387	107	494	
	Azuay	84	20	104	
	S. Domingo	62	37	99	
	Loja	52	8	60	
	Tungurahua	59	19	78	
	Chimborazo	27	10	37	
	Cañar	25	14	39	
	Cotopaxi	24	20	44	
	Imbabura	20	7	27	
	Bolívar	9	2	11	
	Carchi	7	2	9	
	Oriente	Sucumbíos	22	18	40
		Orellana	23	18	41
Morona		28	17	45	
Napo		20	4	24	
Pastaza		5	6	11	
Zamora		9	4	13	
Total		3183	1679	4.862	

MSP-ENVIH/Sistema de información

Casos VIH/sida por grupos de edad - MSP-ENVIH 2016

La epidemia VIH/sida en el país afecta mayoritariamente a personas que se encuentran en el rango de la PEA; y continúan existiendo casos de transmisión vertical. Tabla 11

Tabla 11

Casos VIH/sida por grupos de edad – MSP 2016											
Casos VIH/sida	Grupos de edad -									Total	%
	0 a 1	2 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 64	65 a +			
VIH	12	22	14	23	265	2.475	653	37	3.501	72.9	
Sida	1			3	70	946	323	18	1.361	27.0	
Total	13	22	14	26	335	3.421	976	55	4.862	100	

MSP-ENVIH/Sistema de información

El 90.18% de los casos de VIH/sida se concentraron en la PEA de 15 a 49 años. En el grupo de 0 a 1 año se reportan 13 casos que significa el 0.2 % y el 0.4% de casos se reporta en el grupo de 2 a 4 años.

El grupo de personas de 5 a 14 años concentro el 0.8%; mientras que el grupo de 15 a 19 años reportó 5.7%. El grupo de edad de 20 a 39 años es el grupo que más reporta con 3.421 casos (70.3%9), seguido por el 20 % del grupo de 40 a 64 años. Llama también la atención el aumento de casos en poblaciones de 65 y más años (1.3%).

Por grupos de edad por provincia, se observa que es la provincia del Guayas la que más casos reporta en todos los grupo por edad, ahí se concentra la PEA con más casos de VIH al igual que los niños y adolescentes VIH positivos expresan su mayor frecuencia.

Tabla 12

Casos VIH/sida por provincia y grupos de edad – MSP 2016

Provincia	Grupos de edad											Total
	0 a 1	2 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 24	25 a 34	35 a 39	40 a 49	50 a 64	65 a +	
Azuay					8	23	44	14	7	6	2	104
Bolívar					1	1	4	2	3			11
Cañar		1	1		3	9	11	5	7		2	39
Carchi						3	4	2				9
Chimborazo					2	12	13	4	4	2		37
Cotopaxi					5	11	14	3	7	3	1	44
El Oro	1	1		2	18	44	92	41	34	15	3	251
Esmeraldas	1	1		1	24	65	115	41	26	12	3	289
Galápagos					1	4	3	1	1	2		12
Guayas	6	11	7	17	168	445	939	307	331	189	26	2446
Imbabura			1		2	5	7	6	3	2	1	27
Loja					5	10	23	7	7	8		60
Los Ríos		1	3		18	61	97	41	29	23	5	278
Manabí		4	1	2	20	49	129	46	33	24	1	309
Morona				1	4	10	18	5	6	1		45
Napo					5	6	3	4	5	1		24
Orellana		1			6	11	9	6	4	3	1	41
Pastaza					2	5	2	2				11
Pichincha	1	1		1	27	114	197	60	65	23	5	494
Santa Elena		1			3	21	35	11	17	12	1	101
S. Domingo			1	2	8	17	33	11	14	10	3	99
Sucumbíos	4				2	5	17	5	6	1		40
Tungurahua					2	10	32	8	16	9	1	78
Zamora					1	4	2	1	4	1		13
Total	13	22	14	26	335	945	1843	633	629	347	55	4862

MSP-ENVIH/Sistema de información

Con relación a la distribución de los casos VIH por grupos de edad, observamos que la zona 8 (Cantones Guayaquil, Duran y Samborondón), concentra los mayores casos de VIH/sida con el 52.5%. Por grupos de edad, la mayor incidencia se encuentra en la PEA (15 a 64 años) 2441 casos (51.5%). Reporta así mismo el mayor número de casos en niños y adolescentes: 33 casos en niños de 0 a 9 años de edad un total de 49 niños a nivel nacional (67.3%). El grupo de edad de 20 a 39 años es el grupo que más casos reporta con 1.736 casos que representan el 50.74% del total.

Tabla 13

Casos VIH/sida, por zonas y grupos de edad - MSP 2016

Zonas	Grupos de edad -								Total	%
	0 a 1	2 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 64	65 a +		
Zona 1	5	1	1	1	27	253	41	4	333	6.8

Zona 2		2			11	36	14	1	64	1.3
Zona 3					11	106	45	2	164	3.3
Zona 4		2	1	1	28	263	80	4	379	7.7
Zona 5			1		23	245	70	4	343	7.0
Zona 6		1	1	1	16	147	34	3	203	4.1
Zona 7				1	23	212	60	3	299	6.1
Zona 8	7	16	10	21	169	1.736	536	28	2.523	52.5
Zona 9	1			1	27	423	96	6	554	11.3
Total	13	22	14	26	335	3.421	976	55	4.862	

MSP-ENVIH/Sistema de información

De acuerdo a la mayor concentración de casos, la zona 8 concentra también la mayor atención a PVVs con el 46.1%, seguido por la zona 9 con el 12.7%, la zona 4 con el 8.6%, la zona 5 con el 8.0%, la zona 1 con el 7.6% y la zona 7 con el 6.8%.

La misma distribución zonal y por provincias se observa en la clasificación de casos por sexo liderada por la zona 8.

Tabla 14

Casos VIH/sida, por zonas y sexo - MSP 2016

Zonas	provincias	Hombres	Mujeres	Atención	%
Zona 1	Carchi, Esmeraldas, Imbabura, Sucumbíos	142	191	333	7.6
Zona 2	Pichincha, Napo, Orellana	43	21	64	1.4
Zona 3	Pastaza, Cotopaxi, Tungurahua, Chimborazo	109	55	164	3.7
Zona 4	Manabí, Santo Domingo de los Tsáchilas, Portoviejo	245	134	379	8.6
Zona 5	Guayas, Los Ríos, Santa Elena, Bolívar, Galápagos	207	136	343	8.0
Zona 6	Azuay, Cañar, Morona Santiago	149	54	203	4.6
Zona 7	El Oro, Loja, Zamora Chinchipe	206	93	299	6.8
Zona 8	Cantones Guayaquil, Duran y Zamborondón	1.650	873	2.523	46.1
Zona 9	Distrito Metropolitano de Quito	432	122	554	12.7
Total		3.183	1.679	4.862	

MSP-ENVIH/Sistema de información

La Incidencia VIH 2016

La incidencia de cualquier enfermedad significa el número de casos nuevos notificados en un periodo tiempo.

Para encontrar la incidencia de VIH, esta definición no garantiza que los casos nuevos notificados de VIH correspondan a ese periodo de tiempo definido, ya que una persona puede adquirir el VIH un periodo de tiempo definido pero puede ser diagnosticado de VIH en otro periodo de tiempo.

ONUSIDA al plantearse métodos para estimar la incidencia de VIH, fundamenta que "la incidencia de la infección por el VIH, la velocidad en la cual se adquieren nuevas infecciones durante un periodo de tiempo definido, es mucho más sensible a la dinámica cambiante de la transmisión de la enfermedad y brinda una medida muy sensible del estado actual de la epidemia y del impacto de los programas".

ONUSIDA al igual que otros indicadores y tasas lo está encontrando por medio de modelos matemáticos, analizando varias variables con los datos entregados por los mismos países, en este marco ONUSIDA para el año 2016 estima una Incidencia de 0.18%

El reporte anual sobre la incidencia de VIH en el Ecuador que el MSP-ENVIH obtiene del sistema de información y/o sistema de vigilancia epidemiológico, se continuará reportando y su uso será para dar seguimiento a los casos nuevos diagnosticados cada año de mucha importancia para la gestión, planificación y evaluación de las estrategias y programas.

Será muy importante que el MSP-ENVIH capacite y capaciten al equipo técnico de la Estrategia y profesionales de la salud que trabajan en las UAIs de la RPIS con el apoyo de ONUSIDA al respecto

Si encontráramos la incidencia de VIH para el año 2016 como históricamente se ha trabajado; para los 6.653 casos nuevos diagnosticados VIH reportados por la RPIS, la tasa de Incidencia de VIH es del 4.02% por cada 10.000 habitantes.

Y la incidencia de VIH de los 4.862 casos nuevos diagnosticados por el MSP es de 2.94 % por cada 10.000 habitantes para el año 2016.

Por tener los datos desagregados por provincia y zonas del MSP vamos a analizar el comportamiento de la Tasa de Incidencia de VIH/sida q por provincia, zonas, sexo y grupos de edad.

Tabla 16

Provincia	Total casos VIH	Población total*	Tasa de incidencia x 10000 hab
Guayas	2446	4146996	5,90
Esmeraldas	289	608906	4,75
Galápagos	12	30172	3,98
El Oro	251	680845	3,69
Los Ríos	278	876912	3,17
Santa Elena	101	367235	2,75
Orellana	41	153269	2,68
Morona Santiago	45	179406	2,51
S. Domingo	99	426910	2,32
Manabí	309	1510375	2,05
Napo	24	122838	1,95
Sucumbíos	40	210532	1,90
Pichincha	494	3003799	1,64
Cañar	39	263048	1,48
Tungurahua	78	564260	1,38
Azuay	104	824646	1,26
Loja	60	500794	1,20
Zamora Chinchipe	13	110296	1,18
Pastaza	11	102655	1,07
Cotopaxi	44	463819	0,95
Chimborazo	37	506325	0,73
Imbabura	27	451476	0,60
Bolívar	11	203344	0,54
Carchi	9	181265	0,50
*Zona no delimitadas		38607	
Total general	4862	16528730	2,94

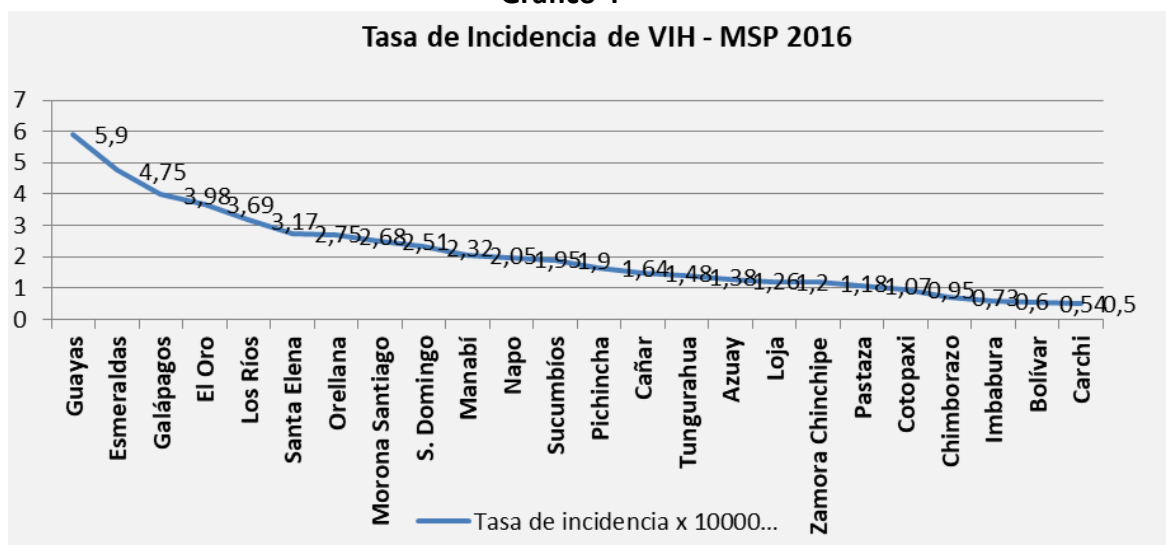
El MSP-ENVH reporta para el año 2016 un Tasa de Incidencia de VIH/sida del **2.94%**, por cada 10.000 habitantes; como se observa en la tabla 16, las provincias con el mayor reporte son la de Guayas y Esmeraldas, 5,90 % y 4.75%, respectivamente. Con más del 3% se ubican las provincias de Galápagos (3.98), El Oro (3.69) y los Ríos (3.17).

Con más del 2% de incidencia se ubican las provincias de Santa Elena (2.75%) Orellana (2.68%), Morona Santiago (2.51%), S. Domingo (2.32 %) y Manabí (2.05%).

Con más del 1% se encuentran las provincias de Napo, Sucumbíos, Pichincha, Cañar, Tungurahua, Azuay, Loja, Zamora Chinchipe y Pastaza.

Menos del 1% están las provincias de Cotopaxi (0.95%), Chimborazo (0.73%), Imbabura (0.60%), Bolívar 0.54%) y Carchi (0.50%).

Grafico 4



MSP-ENTB/Sistema de información

Para analizar la incidencia por grupo de edad y sexo se ha tomado como referencia unos de los indicadores del GAM 17, donde analizado a las 8 provincias con mayor concentración de casos nuevos de VIH en el 2016, que son Guayas, Esmeraldas, El Oro, Los Ríos, Santa Elena, Manabí y Pichincha. Es importante mencionar que esta incidencia se encuentra por cada 1000 habitantes.

Tabla 17

Incidencia del VIH por provincias, por grupos de edad y sexo – Ecuador 2016

Región sub-nacional	Incidenca por cada 1000 personas (adultos 15-49)	Incidenca por cada 1000 personas (hombres 15-49*)	Incidenca por cada 1000 personas (mujeres 15-49*)	Numerador (adultos 15-49*)	Numerador (hombres 15-49*)	Numerador (mujeres 15-49*)	Denominador (adultos 15-49*)	Denominador (hombres 15-49*)	Denominador (mujeres 15-49*)
Azuay	0.24	0.39	0.09	104	84	20	431075	213468	217607
El Oro	0.71	0.94	0.47	251	166	85	354810	17572	179108
Esmeraldas	0.99	0.81	1.16	289	118	171	292878	145033	147845
Guayas	1.13	1.49	0.77	2446	1604	842	2164004	1071615	1092389
Los Ríos	0.63	0.77	0.49	278	168	110	440688	218229	222459
Manabí	0.41	0.53	0.28	309	200	109	762112	377398	384714
Pichincha	0.31	0.49	0,13	494	387	107	1597962	791311	806651
S. Elena	0.55	0.62	0.47	101	57	44	184364	91297	93067

MSP-ENTB/Sistema de información

La incidencia del VIH en las provincias tomadas como ejemplo, afecta más a los hombres que a las mujeres, con excepción de la provincia de Esmeraldas donde las mujeres son las más afectadas por la epidemia con el 1.16% de incidencia. Y se demuestra, además, que la epidemia se concentra en la población en edad productiva.

Coinfección TB-VIH en el Ecuador

A nivel mundial y regional se estima que una de las enfermedades oportunistas de mayor incidencia es la TB y que, a su vez, es la principal causa de las defunciones en pacientes con sida, entre el 40 y el 65 %. Ecuador no es la excepción, la TB sigue siendo una de las mayores causas de las defunciones en los pacientes con sida.

El tamizaje de VIH, en los casos de Tuberculosis, se implementó como política sanitaria desde el 2004 y sus registros de coberturas se inician desde el 2007.

En el 2008-2009 un estudio realizado en el MSP-DNE MSP-ENVIH ubica la epidemia de VIH/sida-TB y clasifica en cantones de alta, mediana y baja prioridad según los datos obtenidos en las ocho variables estudiadas; datos que permitieron elaborar estrategias y acciones para los niveles de atención en VIH/sida-ITS y de la coinfección VIH/TB.

Las provincias con más prevalencia de VIH/Sida fueron Guayas, El Oro, Los Ríos, Manabí, Santa Elena, Esmeraldas, Galápagos, Pichincha, Sucumbíos, Bolívar y Santo Domingo. Y las provincias con mayor prevalencia de TB fueron: Guayas. El Oro, Los Ríos, Pichincha, Cañar, Cotopaxi y Bolívar, lo que confirma, una vez más, que la epidemia de VIH/sida se encuentra concentrada en la región costa, seguido por la región sierra y la región oriental e insular y de igual manera la TB.

Entre las acciones más importantes del MSP como respuesta a la coinfección TB/VIH, se encuentran: la implementación de la estrategia del DOTS, la estrategia “alto a la tuberculosis”, la respuesta multisectorial, el acceso gratuito a los medicamentos, la promoción de la movilización social y comunitaria, el enfoque de interculturalidad y de equidad, la elaboración de las guías nacionales, entre otras.

En el año 2013 se fortalecieron las estrategias, intervenciones y acciones concretas para evitar la propagación de estas enfermedades y reducir la morbi-mortalidad de la coinfección VIH/TB, con un trabajo conjunto entre las Estrategias Nacionales de VIH y TB con el asesoramiento de la OPS.

La ENVIH y la ENTB, además, han trabajado de manera conjunta en la implementación de medidas que favorecen la detección de las dos infecciones y los tratamientos. Sin embargo, se requieren de estrategias más eficaces, que permitan disminuir la morbilidad y mortalidad ocasionadas por estas dos enfermedades. En este sentido, los dos programas proponen la elaboración de un plan que debe partir de la conformación de un Comité Nacional.

Coinfección TB-VIH 2016

La ENTB del MSP reporta para el año 2016, que el número de personas que viven con el VIH, registradas por primera vez en la atención para el VIH con TB activa, es de 3.168 casos, de los cuales se reportó 675 casos de TB activa en VIH, como se refleja en la tabla

Tabla 18

Casos TB activa con VIH		
Casos TB activa con atención en VIH	675	21.3%
Total de casos para primea atención en VIH	3.168	

MSP-ENTB/Sistema de información

Para el mismo año 2016, la ENTB del MSP reporta, que el número de personas que viven con el VIH, registradas por primera vez en la atención para el VIH que iniciaron terapia preventiva para TB, según el sistema de información de la ENTB-MSP, es de 3.168 casos que recibieron la primera atención en VIH, de los cuales 188 casos VIH/sida y recibieron tratamiento para la TB latente

Tabla 19

Casos VIH con Tratamiento TB		
Casos VIH con tratamiento para TB latente	188	5.9%
Total de casos para primea atención en VIH	3.168	

MSP-ENTB/Sistema de información

Según la ENTB, para el 2016, se reporta que 675 casos de VIH recibieron terapia combinada para la coinfección VIH/TB, de los cuales 546 casos fueron hombres y 129 mujeres.

Por grupo de edad se reportan 15 casos de menor sede 15 años y 660 casos de mayores de 15 años.

Tabla 20

Terapia combinada de la infección VIH/TB por sexo y grupo de edad - 2016					
Hombre	Mujer	Total	≤15	15+	Total
546	129	675	15	660	675

La respuesta programática del MSP 2003 - 2015

En el año 2012, el MSP-ENVIH trabajó una propuesta programática para ejecutarse entre los años 2013 y 2015, con objetivos y acciones e intervenciones priorizadas que se enmarcaban en los Sectores Prioritarios del Plan Estratégico Multisectorial de la

Respuesta Nacional de VIH/sida 2009-2013 (PNM-VIH/Sida 2009-2013), y que se exponen a continuación:

Objetivos

- Disminuir la Tasa de Incidencia de VIH-ITS y la Tasa mortalidad por sida (TB);
- Disminuir los niveles de exposición de vulnerabilidad de las poblaciones claves más expuestas y vulnerables;
- Mejorar la calidad y cobertura de servicios de atención integral dirigida a PVV y poblaciones más expuestas y vulnerables para disminuir la morbilidad grave y mortalidad por Sida;
- Fortalecer el sistema único nacional de vigilancia, monitoreo y evaluación para VIH/sida-ITS y;
- Fortalecer las condiciones de gobernabilidad y exigibilidad para el cumplimiento del PNM-VIH/sida 2009-2013-CEMSIDA.

Sectores prioritarios del PNM-VIH/sida 2009-2013, donde se enmarcan los objetivos:

- PVVs VIH/sida: Niños, niñas, adolescentes y jóvenes;
- Prevención de la transmisión vertical (madre-hijo);
- Hombres gay, otros hombres con comportamiento bisexual y personas TRANS;
- Hombres y mujeres que ejercen trabajo sexual y sus clientes y
- Personas privadas de la libertad, policía y militares

Acciones e intervenciones en el marco del acceso universal

- Desconcentrar los servicios de salud para VIH/sida al 1er. nivel de atención
- Capacitación al personal de salud
Desconcentración de la red de laboratorios de diagnóstico en VIH/sida-ITS en los servicios de salud
- Pruebas Rápidas, Carga Viral y CD4
- Mejorar los servicios de atención a los grupos más expuestos
- Plan de consejería - adherencia - condón
- Fortalecer el tamizaje de VIH/TB en el primer nivel de atención
- Fármaco - vigilancia - sistema de información con la RPIS
- Propuesta de estudio de prevención combinada: MSP/Equidad/OPS/OMS 2013
- Guías de Atención Integral de VIH/sida-ITS actualizadas 2013, con 8 esquemas de tratamiento - Inicio de TARV con un corte de 500 CD4 (MSP -2012-2013)
- Fortalecimiento de la entrega de ARV en dosis combinadas/estrategia 2.0
- Realización de las pruebas y estudios de Genotipificación (resistencia)
- Propuesta para la Atención Integral, planificación y compra corporativa de ARV de la Red Pública Integral de Salud
- Fortalecimiento de la ejecución de la estrategia de salud sexual y reproductiva con énfasis en VIH/sida-ITS con énfasis en PEMAR y vulnerables en el marco del MSP y PEM
- Coordinar acciones de promoción y prevención con énfasis en VIH/sida-ITS con la ENIPLA

- Comunicación-información en VIH/sida-ITS a jóvenes escolarizados y no escolarizados
- Guías de Atención Integral Trans, HSH y TS
- Guía de Consejería en Adherencia al TARV
- Capacitación en Uso del condón como doble protección y entrega de condones a la sociedad civil (PEMAR) y unidades del MSP.

A todo lo anterior se agregan los objetivos y acciones a desarrollar en el marco del Proyecto Nacional de VIH/sida-ITS MSP-FG

Territorialidad de la epidemia de VIH y TB

Una de las acciones más importantes de la propuesta programática fue consolidar estadísticamente la territorialidad de la epidemia de VIH/sida y Coinfección TB/sida en el Ecuador, en base a un estudio de las incidencias de VIH y TB en cantones y parroquias y acciones para cantones clasificados de alta, media y baja prioridad; su resultado fue priorizar 22 provincias, 49 cantones y tres regiones del país.

Territorialidad de la epidemia de VIH

Las provincias con mayor incidencia de VIH fueron Guayas con 18 cantones, Los Ríos, 9 cantones, Manabí 4 cantones, Santa Elena 5 cantones, El Oro 4 cantones, Galápagos 3 cantones, Esmeraldas 2 cantones, Pichincha, Sucumbíos, Santo Domingo y Bolívar 1 cantón.

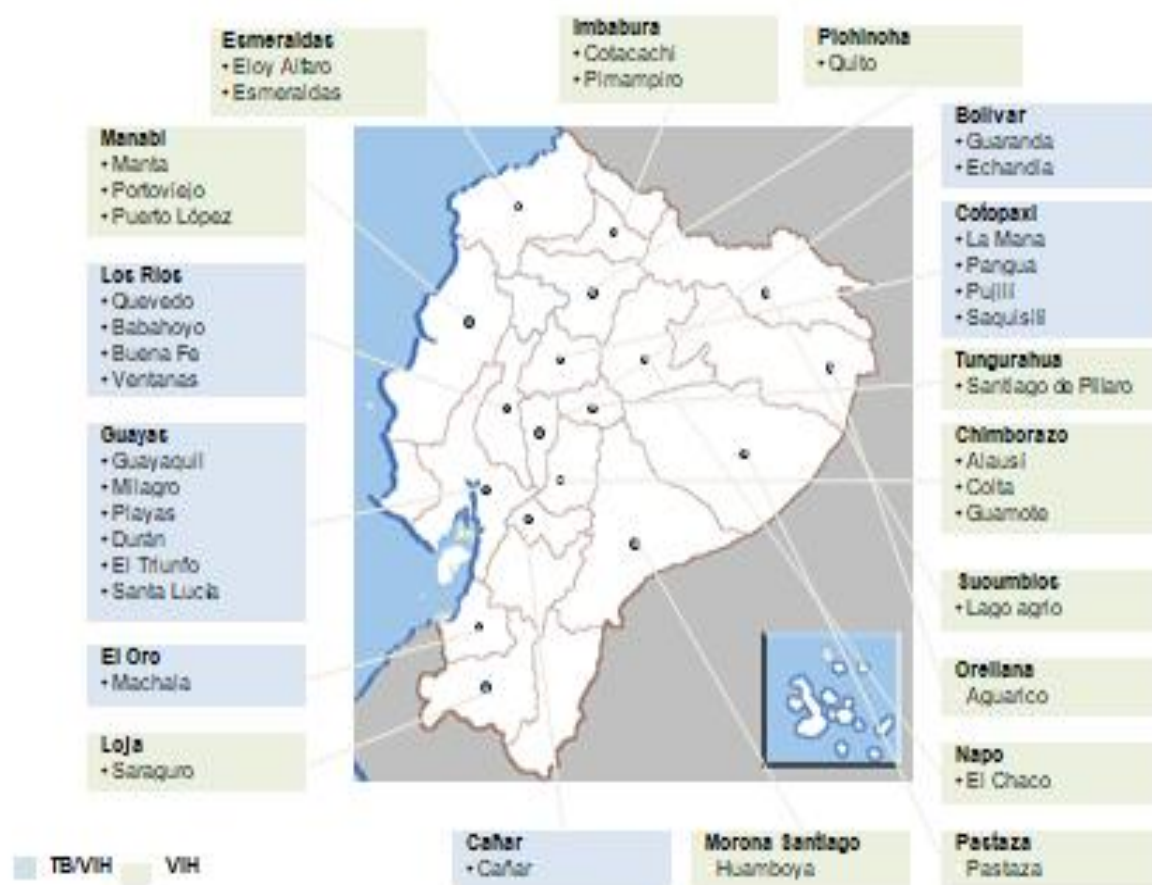
Territorialidad de la epidemia de TB

Las provincias con mayor incidencia de TB eran las provincias de Guayas con 18 cantones Los Ríos con 7 cantones, Manabí con 4 cantones, Santa Elena con 5 cantones, Pichincha 4 cantones, Bolívar con 3 cantones, El Oro con 2 cantones.

Territorialidad de la coinfección TB/VIH

Las provincias de Guayas, Los Ríos, el Oro, Bolívar y Cañar tenían la incidencia de TB más alta que coincide con la presencia, en las mismas provincias, de la epidemia de VIH.

Priorización de la coinfección TB/VIH, por provincia y cantones para el 2013-2015 Ecuador



6

Nota: Provincias no incluidas: Zamora Chinchipe, Carchi y Azuay
Fuente: MSP

Intervenciones con enfoques de riesgo y equidad

Tabla 21

Intervenciones con enfoque de riesgo y equidad			
Intervenciones	Prioridad en cantones		
	Alta	Media	Baja
Tamizaje a personas con signos tempranos de VIH	X	X	X
Tamizaje a personas con conductas de riesgo y alta prevalencia	X	X	X
Manejo Sindrómico de ITS	X	X	X
Subir punto de corte de CD4 a 499 para inicio de TARV	X	X	X
Oferta de pruebas voluntarias en Unidades de Atención con pruebas rápidas en sangre digital	X	X	
Consejería para mejorar la adherencia	X		
Tamizaje de VIH a pacientes con TB	X	X	
Diagnóstico de TB en PVV	X	X	
Tratamiento preventivo de TB en PVVs	X	X	
Tratamiento de Neumonitis	X	X	
Oferta gratuita de condones a grupos expuestos	X		
Educación adolescentes	X		

MSP-ENVIH/Sistema de información

Situación actual del acceso universal en el Ecuador Acciones del PENM y CEMSIDA

El MSP y la ENVIH, en un proceso consensuado entre el sector público y sus asociados, elaboró en el año 2007 el PEM 2007-2015. El PENM plantea al VIH/sida como un problema ligado al desarrollo y busca disminuir la velocidad de crecimiento de la epidemia mediante la estructuración de una respuesta multisectorial para la promoción y ejecución de políticas públicas que garantizan -desde un enfoque de género y derechos humanos- el acceso universal a la promoción, prevención y atención integral, así como la equidad y la igualdad de oportunidades para las persona viviendo con VIH/sida.

El PENM constituye, por lo tanto, la hoja de ruta nacional que guía la respuesta a la epidemia, tanto para las instancias públicas como para la sociedad civil y otros actores como la empresa privada, medios de comunicación, universidades, iglesias, etc. El PENM busca también fortalecer el rol del Estado y sus diferentes instancias sectoriales e intersectoriales como garantes de los derechos y responsables de la política pública en el tema, mostrando el compromiso político para reducir el avance e impacto de la epidemia.

CEMSIDA, en 2016, actualizó el PENM 2016-2020, en el cual se incluyeron indicadores en relación a las metas incorporadas en los Objetivos del Desarrollo Sostenible; al momento, dicho Plan se encuentra en proceso de revisión para su posterior publicación

Acciones del MSP-ENVIH

La Atención Integral en VIH/sida-ITS en el Ecuador es universal y gratuita en el Sistema de la RPIS, tal como se establece en el PNEBV, PEMSP, PENM 2007-2015 y se acompaña de un sistema de protección para el cumplimiento de los derechos de las PVV, así como la participación y veeduría ciudadana de las personas que viven con la enfermedad, establecidos en la Constitución del Ecuador.

El acceso universal al TARV, hasta 2010, alcanza el 67% (según el informe país UNGASS 2011), una cobertura significativa a la que debe agregarse que existen pacientes en lista de espera.

Para el año 2013, las estrategias e intervenciones de VIH/sida-ITS del MSP y de la RPIS, (a medida de sus posibilidades institucionales), se incluyen en la descentralización y desconcentración de los servicios de salud en el marco de la nueva estructura orgánica descriptiva a nivel zonal.

Tabla 22

Ecuador - Estructura orgánica descriptiva Nivel Zonal		
Zonas	Provincias que abarcan	Sedes
Coordinación Zona 1	Carchi, Esmeraldas, Imbabura, Sucumbíos	Ibarra
Coordinación Zona 2	Pichincha, Napo, Orellana	Tena
Coordinación Zona 3	Pastaza, Cotopaxi, Tungurahua, Chimborazo	Riobamba
Coordinación Zona 4	Manabí, Santo Domingo de los Tsáchilas, Portoviejo	Portoviejo
Coordinación Zona 5	Guayas, Los Ríos, Santa Elena, Bolívar, Galápagos	Milagro
Coordinación Zona 6	Azuay, Cañar, Morona Santiago	Cuenca
Coordinación Zona 7	El Oro, Loja, Zamora Chinchipe	Loja
Coordinación Zona 8	Cantones Guayaquil, Duran y Zamborondón	Guayaquil
Coordinación Zona 9	Distrito Metropolitano de Quito	Quito

SENPLADES – Ecuador

En la actualidad existen 37 UAIs para la atención en VIH/sida, se ubican en el 2do y 3er nivel de atención, que son los hospitales generales y de especialización y están distribuidas en 20 provincias como se observa en la tabla 23 que sigue a continuación.

Tabla 23

UAIs del MSP por zonas , por provincia y por ciudad-Ecuador 2016			
Zona	Provincia	UAIs	Ciudad
Zona 1	Esmeraldas	Hospital Delfina Torres de Concha	Esmeraldas
	Imbabura	Hospital San Vicente de Paúl	Ibarra
	Sucumbíos	Hospital Marco Vínico Iza	Nueva Loja
Zona 2	Napo	Hospital Jose Maria Velasco Ibarra	Tena
	Orellana	Hospital Francisco de Orellana	Orellana
Zona 3	Chimborazo	Hospital General Docente Riobamba	Riobamba
	Cotopaxi	Hospital General Provincial de Latacunga	Latacunga
	Tungurahua	Hospital Docente Ambato	Ambato
	Pastaza	Hospital Provincial del puyo	Puyo
Zona 4	Sto. Dgo. de los Tsáchilas	Hospital Gustavo Domínguez	Sto. Domingo
	Manabí	Hospital Verdi Cevallos	Portoviejo
		Hospital Rodríguez Zambrano	Manta
		Hospital Miguel H. Alcívar	Bahía
Zona 5	Los Ríos	Hospital Martín Icaza	Babahoyo
		Hospital Sagrado Corazón de Jesús	Quevedo
		Hospital Jaime Roldos Aguilera	Ventanas
	Galápagos	Hospital Oscar Jandl	Pto... Baquerizo Moreno
		Hospital República del Ecuador	Puerto Ayora
		Hospital Oskar Jandl	Pto. Baquerizo moreno
	Santa Elena	Hospital Liborio panchana Sotomayor	Santa Elena
		Hospital Básico de salinas	Salinas
	Guayas zona 5	Hospital General Villamil	Playas
	Zona 6	Azuay	Hospital Vicente Corral Moscoso
Cañar		Hospital Darío Machuca	La troncal
		Hospital Hosp. Homero Castanier	Azogues
Zona 7	Loja	Hospital Hosp. Isidro Ayora	Loja
	El oro	Hospital Teófilo Dávila	Machala
Zona 8	Guayas	Hospital Abel Gilbert Pontón	Guayaquil
		Hospital infectólogos "Dr. J. Rodríguez Maridueña"	Guayaquil
		Maternidad Mariana de Jesús	Guayaquil
		Hospital Del Niño Francisco Icaza Bustamante	Guayaquil
		Maternidad "Matilde Hidalgo de Prócel"	Guayaquil
		Hospital de la mujer Alfredo Paulson (jbg)	Guayaquil
Zona 9	Pichincha	Hospital Enrique Garcés	Quito
		Hospital Eugenio espejo	Quito
		Hospital Baca Ortiz	Quito
		Hospital Gineco-obstétrico "Isidro Ayora"	Quito
		Hospital Gineco-obstétrico "Luz Elena Arismendi"	Quito

MSP-ENVIH/Sistema de información

Las últimas Unidades de Atención Integral que se han aperturado son:

- Hospital Gineco - obstétrico "Luz Elena Arismendi"-Quito
- Hospital Liborio Panchana Sotomayor- Santa Elena

- Hospital de Salinas-Santa Elena.
- Hospital General Villamil-Playas, Guayaquil.

Para el año 2017, está planificado descentralizar los servicios de salud en VIH/sida al 1er. Nivel de atención para los pacientes VIH con seguimiento y pacientes en fase sida con tratamiento de primer esquema o dosis combinada, previa consulta con el especialista del 3er nivel de atención.

Para el año 2017 se ha proyectado la apertura de cuatro UAIs:

- 1- Hospital Docente de Calderón- Quito
- 2- Hospital de San Lorenzo-Esmeraldas.
- 3- Hospital de Milagro- Guayaquil.
- 4- Hospital de Sucúa, en la Provincia de Morona Santiago.

Existe un total 150 profesionales capacitados y un programa de capacitación tutorial a profesionales de las UAIs que darán atención a PVVs, período 2017-2020 en el MSP.

Prevención de Transmisión Materno-Infantil (PTMI)

La PTMI es otro de los programas principales en la lucha para reducir la epidemia en mujeres embarazadas y los recién nacidos de madres VIH positiva.

La PTMI-Ecuador forma parte de la meta para “Eliminar la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita en las Américas para el 2015”, de la Estrategia y Plan de Acción para la Eliminación de Transmisión Materno infantil del VIH y de la Sífilis.

Las metas de impacto a alcanzar son:

1. Reducción de la transmisión materno-infantil del VIH a 2% o menos.
2. Reducción de la incidencia de la transmisión materno-infantil del VIH a 0,3 casos por 1.000 nacidos vivos o menos.
3. Reducción de la incidencia de la sífilis congénita (incluyendo los mortinatos) a 0,5 casos por 1.000 nacidos vivos o menos

Sus objetivos programáticos son:

1. Aumentar la cobertura de atención prenatal y partos atendidos por personal cualificado a $\geq 95\%$.
2. Aumentar la cobertura de detección del VIH y de la sífilis en embarazadas $\geq 95\%$.
3. Aumentar la cobertura de tratamiento antirretroviral para la PTMI del VIH y tratamiento de la sífilis en embarazadas y niños a $\geq 95\%$.
4. Aumentar a $>95\%$ los centros de atención de primer nivel que proporcionan servicios para la prevención y diagnóstico de VIH/ITS en forma integrada con los otros servicios de salud incluidos los centros de atención prenatal, salud sexual y reproductiva, adolescentes, violencia de género.

5. Aumentar >95% el número de países de la región que disponen de sistemas de información que permitan monitorear y evaluar el progreso hacia la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis congénita y apoyar la toma de decisiones.

Tamizaje de VIH en gestantes - MSP 2016

La DNEAIS-MSP dio a conocer los datos de población del año 2016 que incluye la estimación de 417.778 embarazadas.

Los datos preliminares de la DNEAIS-MSP, en relación a la cobertura de control prenatal a nivel nacional de los establecimientos del MSP se detallan en la tabla 24

Tabla 24

Control prenatal por zonas - MSP 2016.		
Zona	Embarazadas atendidas en el MSP	Cobertura
Z00	902	38,03
Z01	31.143	80,77
Z02	17.499	92,25
Z03	29.353	68,73
Z04	47.530	94,21
Z05	58.039	85,85
Z06	25.689	80,34
Z07	29.129	90,54
Z08	52.871	72,60
Z09	42.890	71,31
Total	335.045	80,20

RDACAA -2016 (enero-diciembre) Elaborado por: DNEAIS

Los datos incluidos en la tabla 24 son provisionales, sujetos a variación. La validación se realiza trimestralmente por lo que las cifras pueden variar significativamente hasta cerrar el año.

El MSP registró en el sistema RDACAA-2016 el total de gestantes de 10 a 49 años atendidas en su primer control prenatal, por médico y obstétriz, siendo un total de 335,045, que representa el 80.2% del total de embarazadas estimado para el años 2016 (417,778).

Según la tabla 25, la zona que reporta una mayor cobertura de atención prenatal es la zona 4, con 94,91 y la zona con menor cobertura es lo reportado en las Z00: Zonas no delimitadas con el 38,03.

De las 335.045 gestantes atendidas en el MSP, se realizaron 393.899 pruebas de tamizaje de VIH, sin embargo, éste dato refleja únicamente “*Total de pruebas realizadas*” en esta población, pero no indica número de gestantes tamizadas, es decir el tamizaje se pudo haber realizado en tres ocasiones en unas gestantes y en otras no se realizó ningún tamizaje, esta información se incluye en la tabla 26.

Tabla 25

Tamizaje de VIH por Zonas en gestantes – MSP 2016													
ZONA	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JULIO	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
1	2014	2985	3316	3366	3712	3801	3460	3328	3318	3453	3053	2719	38525
2	1456	1891	1794	1587	1519	1273	1942	1994	1802	1757	1664	1629	20308
3	3484	3166	3427	2604	2859	2037	3116	2733	2362	2984	3353	3138	35263
4	5007	5085	4659	3011	3616	3342	3322	3412	3229	4068	4662	4969	48382
5	5995	5695	4700	5141	6392	4735	4578	4810	4937	4890	6545	6179	64597
6	1191	1047	2166	1709	2345	2625	2666	2468	2316	2566	2674	3398	27171
7	997	2070	3120	2042	2932	2125	2626	2349	2583	3302	3082	2936	30164
8	8799	8602	8936	6480	10440	10428	5918	7604	6996	6680	9380	7935	98198
9	2536	2614	2822	2739	2773	2540	2027	2507	2603	2761	2596	2773	31291
TOTAL	31479	33155	34940	28679	36588	32906	29655	31205	30146	32461	37009	35676	393899

MSP-ENVIH/Sistema de información

En relación al tamizaje realizado en el año 2016, la tabla 25 demuestra que la zona que reporta el mayor número de tamizajes en gestantes es la zona 8 con 98.198, le sigue la zona 5, con 64.597 pruebas y el menor número de tamizajes realizados en gestantes corresponde a la Zona 2 en la que se realizaron 20.308 pruebas.

Según datos preliminares del Sistema de Información de la ENVIH, el tamizaje de VIH realizado en gestantes en el año 2016 dio como resultado el diagnóstico de 294 casos nuevos de VIH/sida, según se detalla en la tabla 26.

Observamos también, en la tabla 26, que el total de gestantes VIH/sida atendidas en el año 2016 fueron 526, de las cuales 307 fueron casos nuevos y 219 actualizaciones de casos.

Tabla 26

Casos nuevos y actualizados de VIH/sida en gestantes - MSP 2016.			
DEFINICIÓN	CASOS NUEVOS	CASOS ACTUALIZADOS	TOTAL
CASOS VIH	294	191	485
CASOS SIDA	13	28	41
TOTAL	307	219	526

MSP-ENVIH/Sistema de información

Fuente: Ficha de Notificación de Embarazadas VIH positivas y Casos Sida en Mayores de 13 años. Formato SVE- SIDA 002 de la Normas del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH/Sida-ITS.

Tabla 27

Tamizaje de VIH en embarazadas atendidas - MSP 2016				
ESTIMACIÓN EMB AÑO 2016	EMB ATENDIDAS MSP	TAMIZAJE ESPERADO (2)	TAMIZAJE REALIZADO	%
417,778	335.045	670.090	393.899	59

MSP-ENVIH/Sistema de información

Según la tabla 25, si se realizara al menos **dos** tamizajes de VIH a cada una de las 335.045 de las embarazadas atendidas en el MSP el resultado sería 670.090 tamizajes de VIH; lo que significa que las 393.899 pruebas de VIH realizadas en el año 2016, sólo corresponde al **59%** del total de gestantes atendidas por el MSP a nivel País.

Tabla 26

Tamizaje realizado a embarazadas atendidas en el MSP - 2016.					
ZONA	PROYECCIÓN DE EMBARAZ.	EMB ATENDIDAS MSP	2 PRUEBAS POR EMB.	TAMIZAJE REALIZADO	% TAMIZAJE
Z00	2368	902	1804	N/D	0
Z01	38558	31143	62286	38525	62
Z02	18969	17499	34998	20308	58
Z03	42708	29353	58706	35263	60
Z04	50450	47530	95060	48382	51
Z05	67606	58039	116078	64597	56
Z06	31974	25689	51378	27171	53
Z07	32172	29129	58258	30164	52
Z08	72827	52871	105742	98198	93
Z09	60146	42890	85780	31291	37
TOTAL	417,778	335,045	670,090	393,899	59 %

MSP-ENVIH/Sistema de información

En relación a los datos de embarazadas atendidas en el MSP y tomando como referencia la realización de *dos tamizajes de VIH*, en cada gestante, en la tabla 30, observamos que la zona con el mayor porcentaje de tamizaje es la Zona 8 con el 93%, seguida de la Zona 1 con el 62%, y la zona con menor porcentaje de tamizaje según embarazadas atendidas es la Zona 9 con el 37. %

Atención Integral a niños casos VIH/sida MSP 2016

Las UAIs que dan atención en PTMI y realizan seguimiento a la mayor cantidad de casos VIH/sida en niños son el: Hospital del Niño Francisco Icaza Bustamante en Guayaquil con 572 niños y el Hospital Pediátrico Baca Ortiz en la ciudad de Quito con 112.

Tabla 28

Niños con VIH/sida en UAIs Pediátricas del MSP 2016	
Institución	Niños en TARV 2016
Hosp. Fco. Icaza Bustamante	572
Hosp. Baca Ortiz	112
TOTAL	684

MSP-ENVIH/Sistema de información

El MSP en el año 2016 se registró un total de 493 Expuestos Perinatales, de los cuales se reportaron 13 niños infectados: 12 casos VIH y 1 caso Sida.

Tabla 29

Transmisión vertical VIH – MSP 2016			
Transmisión vertical	Hombre	Mujer	Total
EXPUESTOS PERINATALES	262	218	480
CASO VIH	7	5	12
CASO SIDA		1	1
Total	269	224	493

MSP-ENVIH/Sistema de información

El TARV en el Ecuador

A partir del diagnóstico del primer caso de VIH/sida en el Ecuador, en el año de 1984, el MSP creó el Programa Nacional de Prevención y Control de VIH/sida-ITS (lo que es hoy la ENVH) y se inició con la conformación del CONASIDA.

En el año 1996 existía un Comité del Sida formado por médicos tratantes que elaboraron una Guía de Atención y Seguimiento a PVVs, pero no incluía TARV.

En el año 1998 se elabora una nueva Guía de Atención a PVV donde se incluye el TARV y, a partir de ese año, se actualizan las Guías en los años 2000 y 2002 y se incluyen las guías de Atención a PVV y PTMI; estas actualizaciones fueron apoyadas técnicamente por la OPS.

En el año 2002 se incorpora el TARV en la Atención Integral a PVV, para lo cual el MSP emite un Acuerdo Ministerial en el que se establece el inicio del TARV y se especifica los Hospitales de la Red Pública (6) y los médicos (12) que están autorizados para atender y prescribir los medicamentos ARV a pacientes con esta enfermedad.

Tabla 30

Unidades de atención integral de la PPIS – 2002			
PROVINCIA-CIUDAD	IESS	FFAA	PNC
AZUAY-CUENCA	HOSP. JOSÉ CARRASCO ARTEAGA		
GUAYAS-GUAYAQUIL	HOSP. TEODORO MALDONADO CARBO	HOSP. NAVAL DE GUAYAQUIL (HOSNAG)	HOSP. GUAYAQUIL N°2
PICHINCHA-QUITO	HOSP. CARLOS ANDRADE MARÍN	HOSP. DE ESPECIALIDADES N°1 (HE-1)	HOSP. QUITO N°1
TOTAL	3	2	2

MSP-ENVIH/Sistema de información

En abril del 2012, en la UAI del MSP se brindaba TARV a 9.403 PVV, que se distribuían de la siguiente manera: el 65.6% Guayas, 15.6% en Pichincha, Manabí 5% y Los Ríos 2.6%.

El desde 1984 a marzo del 2011, la cifra asciende a 10.576 PVVs TARV atendidos por las UAIs del MSP a nivel nacional. Las PVV se concentraban en mayor número en la UAIs de Guayaquil con el 63.1%, Quito con el 14.5%, Esmeraldas con el 4.3%, Los Ríos con el 3.8% y Manabí con el 3.5%.

Para el año 2012, la atención a PVV con TARV en las UAIs de la Red Pública de Salud, era la siguiente: MSP 10.576 (oct. 2012), IESS 2.500, ISSFA con 300 e ISSPOL con 100 casos.

En el año 2006-2007 se actualizan nuevamente las Guías y se publica de manera independiente las Guías de Atención Integral a PVV y las Guías de PTMI; para este año en el país se ejecutó el Proyecto Ecuador VIH/sida MSP-FG con el financiamiento de la 2da. Ronda y la asistencia técnica de la OPS.

El MSP- ENVIH entre el año 2009 - 2012 realiza una nueva actualización de las Guías de Atención Integral a PVV y las Guías de PTMI donde se incluye y actualiza el TARV en el marco de la entrega de ARV en dosis combinadas o Estrategia 2.0 y el cohorte de inicio del TARV con 500 CD4. Este proceso de actualización contó con la participación de los médicos coordinadores y tratantes de las Unidades de Atención Integral de VIH/Sida del MSP, la Red Pública de Salud, la Dirección de Normatización del MSP, asesores internacionales, la cooperación internacional con OPS y ONUSIDA.

Es importante señalar que desde el 2007 al 2012, la ENVIH/sida ha elaborado y actualizado también las Guías de Vigilancia y sistemas de información, de Atención

Integral de las ITS, de Consejería y de Atención Integral a HSH y Atención Integral a personas Trans.

Hay que recalcar también, que en diciembre del 2011, el MSP adoptó un nuevo modelo de atención denominado MAIS-FC, que es considerado el pilar fundamental para introducir cambios estructurales en el sector a fin de cumplir con los mandatos de la Constitución.

En este momento se está realizando el proceso de actualización de las Guías de Práctica Clínica de VIH con la participación de los médicos coordinadores y tratantes de la UAIs - MSP, de la RPIS, liderado por la Dirección de Normatización del MSP, asesores internacionales, la cooperación internacional con OPS y ONUSIDA, la cual se espera que concluya en el mes de julio de 2017

En el año 2016 se reactiva el Comité de Fármaco-vigilancia y Fármaco-resistencia en el país, liderado por la ENVIH con la participación de médicos infectólogos tratantes de las UAIs del MSP, así como médicos representantes de la RPIS: IESS, ISSFA y la asistencia técnica de la OPS.

Situación actual del TARV en el 2016

En las Guías de Atención Integral a PVV en el Ecuador, se inicia el TARV con un conteo de CD4 de 500 o menos, así como de otros parámetros clínicos y/o presencia de enfermedades oportunistas o definidoras de la enfermedad.

En la actualidad se recomienda, a nivel internacional, el inicio de tratamiento desde el momento del diagnóstico y mantenerlo indefinidamente; administrar profilaxis al lactante y toda gestante VIH positivo debe recibir TARV, independientemente de su estado clínico, inmunológico o virológico, con la finalidad de asegurar el estado de salud de la madre y reducir la TMI del VIH.

En el caso de los niños menores de 18 meses se inicia TARV, al tener dos cargas virales positivas que confirman la infección por el virus del VIH y/o alguna enfermedad definidora de Sida; en niños mayores de 18 meses al confirmar el diagnóstico mediante pruebas serológicas.

En la nueva Declaración Política de ONUSIDA, traza una trayectoria para el año 2030 y se compromete como meta a asegurar que el 90% de las personas que viven con VIH conozcan su estado serológico, **a que el 90% de las personas que sí lo conocen reciban tratamiento** y a que el 90% de las personas que ya lo reciben supriman la carga viral.

El MSP y la ENVIH, tomando en cuenta los compromisos asumidos a nivel internacional del 90-90-90, y considerando que la expectativa de vida mejora cuanto más elevados sean los niveles de CD4 en los que se inicia la TARV y la evidencia del inicio temprano y oportuno del tratamiento como medida de prevención, el cual describe que los PVVs en

TARV tienen menos posibilidad de transmitir la infección a su pareja estable, en caso de ésta ser negativa para el VIH.

Por tanto, el porcentaje de pacientes que se beneficiarán de un inicio temprano de TARV, sin importar el conteo de CD4, será alto al implementar la estrategia 90-90-90 en el país, lo cual tendrá una considerable repercusión en lo que a presupuesto para ARV se refiere, pero con un gran impacto en lo personal, familiar, laboral y económico por la disminución de infecciones oportunistas, de patologías no asociadas al VIH y de expectativa y calidad de vida de los pacientes portadores de VIH, con reducción de costos por hospitalización y ausentismo laboral.

Es importante mencionar que en la UAIs del Hospital Enrique Garcés de Quito, en el año 2016, inició el tratamiento al total de pacientes diagnosticados VIH positivos; en este año, sin tomar como referencia el conteo de CD4, se espera que se puedan sumar más UAIs al inicio temprano de TARV.

En este gran esfuerzo que ha iniciado el país, tendiente a garantizar el acceso al TARV a personas diagnosticadas VIH positivas, sin tomar el conteo de CD4, es importante que el MSP-ENVIH tome en cuenta los resultados del estudio realizado por Kimirina en el 2015, sobre la aceptabilidad y la intención de uso de la PrEP al VIH en HSH y MFT en el Ecuador, para establecer y ejecutar acciones que permitan que esta estrategia logre su objetivo, con la finalidad de disminuir ostensiblemente los casos de VIH en esta población vulnerable y se cierre el círculo de la prevención.

El estudio reporta que el 10% de los entrevistados han oído hablar de la PrEP y el restante 90% no ha oído nada al respecto.

Con relación a la intención del uso de la PrEP, el 90.7%, manifiestan su interés de utilizar la PrEP, porcentaje que disminuye al 76% cuando se explora cualquiera de los dos esquemas de PrEP (dosis diaria, intermitente), sin embargo, el esquema ocasional es el más aceptado (12%) que el esquema de uso diario; mientras que el 93.1% de MTF están dispuestas a tomar la PrEP y el 82.3% de MTF está dispuesto a utilizar el esquema diario frente al 79.4% que también utilizara el esquema intermitente, lo cual concuerda con el que un 9.3% no está de acuerdo con el primer esquema frente al 5.4%. Prácticamente el 99% afirma que estaría de acuerdo en realizarse la prueba 4 veces al año en el caso de utilizar la PrEP.

Tratamiento de infecciones

La Declaración política afirma que la respuesta al sida incentivará el progreso a lo largo de toda la Agenda de 2030 por el desarrollo sostenible:

- Reducir el número de muertes relacionadas con el sida y la tuberculosis en un 75% para el año 2020.
- Proporcionar tratamiento al 90% de las personas que padecen tuberculosis (entre las que se incluye el 90% de las poblaciones que tienen mayor riesgo de contagio) y alcanzar una tasa de éxito de tratamiento de al menos un 90% para el año 2020.

- Reducir en un 30% los nuevos casos de hepatitis crónica viral B y C para el año 2020.
- Proporcionar tratamiento para los 5 millones de personas que tienen hepatitis B y a los 3 millones de personas que tienen hepatitis C crónica para el año 2020.

PVV en TARV desde 1984-2016 en la RPIS - Ecuador

El acumulado país de PVV en TARV en la RPIS hasta el 2016 es de 22.589, que se distribuyen de la siguiente manera: MSP con 16.997 (75.25%), IESS con 5.237 (23.18 %), FFAA con 253 (1.12 %) y la Policía Nacional Civil con 102 (0.45 %).

Tabla 31

PVVS en TARV 1984 – 2016 en la RPIS – Ecuador		
Instituciones	PVV s TARV	%
MSP	16.997	75.25
IESS	5.237	23.18
ISSFA	253	1.12
ISSPOL	102	0.45
Total	22.589	100

MSP-ENVIH/Sistema de información

Si tomamos como referencia que en la país se estima que existen 38.532 PVV vivos, se está cubriendo solo el 58.62%.

Acceso universal a los PVV al TARV Ecuador - 2016			
Total niños y adultos Con TARV	PVV s TARV	%	Fuente
22.589	38.532	58.62	MSP-ENVUH
22.589	41.682	54.19	Spectrum

MSP-ENVIH/Sistema de información y Spectrum ONUSIDA

PVV de la RPIS en TARV - Ecuador 2016

Tabla 32

Instituciones	PVV s en TARV 2016	%
MSP	1.958	61.81%
IESS	1.164	36.74%
ISSFA	37	1.17%
ISSPOL	9	0.28%
Total	3.168	100.%

MSP-ENVIH/Sistema de información

Según los reportes de la RPIS el total de casos nuevos VIH/sida en TARV en el 2016 es de 3.168, el MSP con el 61.81%, el IESS con el 36.74%, el ISSFA con el 1,17% y el ISSPOL con el 0.28%.

PVV en TARV en el MSP

El total acumulado de las PVV en TARV, desde el 1984 al 2016, 16.997 del MSP, acuden a las UAIs que están distribuidas en todo el país, y su mayor número se concentra en las UAIs de Guayaquil con el 53%, Quito con el 14%, Manabí 7%, Los Ríos 6% y Esmeraldas con el 4.3%.

PVV por líneas de TARV en el MSP

De los 16,997 PVV en TARV del MSP, 1 era línea 325 niños, 12.873 adultos con un total de 13.198 PVV (77.6 %). En la 2da línea 315 niños, 2660 adultos con un total de 2.975 PVVs (17.5%) y, en la 3era línea 44 niños, 780 adultos con 824 PVV (4.8 %).

Tabla 33

PVVs acumulados con TARV - MSP 2016				
Línea de tratamiento TARV	PVV			%
	Niños	Adultos	Total	
1 era línea	325	12873	13198	77.6
2 da línea	315	2660	2975	17.5
3 era línea	44	780	824	4.8
Total	684	16313	16997	

MSP-ENVIH/Sistema de información

Atención a Personas Privadas de Libertad (PPL)

EL MJDHC, en el 2014, transfiere al MSP las competencias de salud de las PPL, mismas que comprenden el personal médico y de enfermería, áreas físicas, equipamientos, insumos e información. Cabe mencionar que el MSP-ENVIH mantuvo coordinación con el MJDHC en el marco de las responsabilidades establecidas por el gobierno para acompañar en la atención a las PPL y en el CEMSIDA en acciones concretas como es el TARV, capacitación del personal médico y estudios de incidencia de VIH en PPL.

Los Centros de Rehabilitación Social (CRS) en el país se distribuyen en varios tipos, según la situación jurídica y edad de la población privada de la libertad, de ahí que se parte de la siguiente clasificación: Centros de Rehabilitación Social (CRS), Centros de Adolescentes Infractores (CAI); Centros de Detención Provisional (CDP) y Casas de Confianza (CC):

El MSP tiene establecidas las tipologías de los establecimientos de salud para los tres niveles de atención del SNS, pero, para la atención en salud a las PPL en los centros de rehabilitación, las tipologías planteadas requieren adaptarse a las características del

sistema penitenciario ya que tiene condiciones diferentes a las de una población no cautiva.

Respecto a la población, el número de PPL en los CPL es dinámico; como consecuencia de los permanentes ingresos y egresos de personas, que determina que se realicen actualizaciones permanentes por parte del MJDHC. Para el año 2015 se reporta 26.683 PPL en todo el sistema de rehabilitación.

A continuación se citan las acciones realizadas por el MSP con las PPL, como responsables de atención de salud desde el año 2014:

- Tamizaje de VIH en los CPL de la ciudad de Guayaquil, con la correspondiente asesoría/consejería pre-prueba y firma del consentimiento informado, posteriormente y hasta la actualidad se han desarrollado actividades de tamizaje de VIH en los diferentes CPL a nivel nacional.
- Las PPL confirmadas como caso VIH positivos acceden inmediatamente a la atención, TARV y seguimiento correspondiente.
- Entrega de condones y lubricantes a las PPL durante la visita íntima y dentro de los CPL.
- Tamizaje de VIH a mujeres embarazadas de acuerdo a la normativa vigente.
- Atención, TARV y seguimiento a mujeres embarazadas diagnosticadas con VIH, así como a expuestos perinatales.
- Entrega de forma gratuita de fórmulas lácteas a niños expuestos perinatales hasta los 18 meses de edad.
- Articulación con el MJDHC para garantizar el TARV dentro de los CPL y los traslados de un CPL a otro.
- Formación de promotores pares: para lo cual se está elaborando una estrategia para la formación y capacitación de promotores pares, conjuntamente con la Dirección Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión, la Gestión Interna de Salud Sexual y Salud Reproductiva y la ENVIH.
- Elaboración y validación del documento “Lineamientos operativos para el control y prevención de la tuberculosis y el VIH en los Centros de Privación de Libertad”, por parte de la ENVHI y la ENTB; con el objetivo de prevenir y controlar de forma integral la coinfección VIH/TB en los CPL.

Prevalencia de

Notificación de Casos nuevos VIH/sida en PPL MSP – 2016			
Casos	VIH	SIDA	TOTAL
PPL	220	73	293

MSP-ENVIH/Sistema de información

No se reporta casos de PPL que haya iniciado profilaxis pre exposición

En el Ecuador la prevalencia de VIH en PPL es de 1.4%, reporte del 2009, obtenido de un estudio realizado por Instituto Nacional de Higiene y el MSP-ENVIH

Situación de los Derechos humanos, discriminación y marco legal sobre VIH/Sida en el Ecuador

El Ecuador, al igual que otros países, garantiza los derechos y la no discriminación a los PVVs a nivel de la Constitución del Ecuador, Artículo 11, literal 2, en la que consta que no se puede discriminar de ninguna forma ni en ningún ámbito a una persona que vive con VIH.

Existen además otras leyes e instrumentos jurídicos que garantizan los derechos y la discriminación de los PVVs como son: La Ley de derechos y amparo al paciente (2005): Art. 3.- Derecho a no ser discriminado; el Art. 4.- Derecho a la confidencialidad; Ley para la prevención y asistencia integral del VIH/sida (2000), en el Art. 7.- Ninguna persona será discriminada a causa de estar afectada por el VIH/Sida o fallecer por esta causa; el Acuerdo Ministerial No. 398 del Ministerio de Trabajo y Empleo (2006), en el Art. 1, Art. 3 y Art. 4; Acuerdo Ministerial No. 436 del Ministerio de Educación (2008): Art 1 y Art 2; y la Resolución No. 166.09 del Consejo Nacional de Universidades y Escuelas Politécnicas: Art. 1. Y Art. 2.

A nivel internacional, la Declaración Universal de Derechos Humanos, en el ámbito del VIH/sida, y otros instrumentos jurídicos asumidos por estado ecuatoriano que se refieren a la necesidad de respetar los derechos humanos de los PVVs y la no discriminación a las personas que vive con el virus, a saber: 1. Declaración de compromiso de lucha contra el sida (UNGASS 2001); 2. Declaración de DOHA (2001) relativa al Acuerdo sobre Propiedad Intelectual, Comercio y la Salud Pública (ADPIC) y; 3. Objetivos de Desarrollo del Milenio, Objetivo 6: combatir el VIH/sida, el Paludismo y otras enfermedades; detener y comenzar a reducir la propagación del VIH/Sida.

Se incluye también La Declaración Política adoptada por los estados miembros de las Naciones Unidas en la que hace un llamado a nivel mundial para poner fin al sida como amenaza para la salud pública y la consecución de las siguientes 3 metas como forma de respaldar la Agenda de 2030 para el desarrollo sostenible: 1) Reducir las nuevas infecciones de VIH a un número inferior a 500.000 en todo el mundo para el año 2020. 2)Reducir las muertes relacionadas con el sida a un número inferior a 500.000 en todo el mundo para el año 2020, y 3)Eliminar el estigma y la discriminación relacionada con el sida para el año 2020. Se comprometen, además, a asegurar que el 90% de las personas que viven con VIH conozcan su estado serológico, a que el 90% de las personas que sí lo conocen reciban tratamiento y a que el 90% de las personas que ya lo reciben supriman la carga viral.

En el Ecuador, desde que se conoció el primer caso VIH/sida en 1984, el MSP garantizó el acceso universal y gratuito para el diagnóstico de VIH, el TARV así como su seguimiento. Es importante mencionar que coordinó el establecimiento de políticas públicas y estrategias durante estos años con la RPIS, organismos internacionales y a nivel nacional consolidó la respuesta nacional para detener esta epidemia con la conformación del CEMSIDA y la articulación con organismos no gubernamentales y con la organizaciones de PVVs que en la lucha contra la epidemia se formaron para trabajar en VIH/sida y el marco

de sus derechos para acceder a la atención médica y posteriormente contra la discriminación.

En este marco, Ong's y organizaciones de las PVV y de grupos vulnerables han juntado esfuerzos para realizar varios estudios de investigación en temas de derechos y discriminación.

En el estudio realizado por la Coalición de PVV y Kimirina en el 2013, observamos que, en relación al Tratamiento del VIH y el conocimiento de marco legal, más de la mitad de PVV están en TARV entre 1 y 4 años. El promedio de años bajo tratamiento se sitúa en 3.7 años, 1.2 años menos que el promedio de tiempo de diagnóstico. La gran mayoría continúa el tratamiento desde que lo inició.

Que el 82% de las PVV que reciben tratamiento ARV en las unidades de salud del MSP está satisfecho con la atención médica recibida.

Que sólo el 38% de las PVV conoce que en el Ecuador existe un marco legal que establece que las personas con VIH/sida tiene derecho a trabajar; los PVV con mayor conocimiento se encuentran en la Provincia de Pichincha, entre hombres y en homosexuales.

Este estudio también analizó otras características sobre la situación de los PVV en el país, de las cuales tomaremos los resultados más sobresalientes. En relación a las características económicas: que las tasas de desempleo son realmente altas, el 30% de PVV están desempleados, casi siete veces a la registrada por el INEC (septiembre 2012) para la población del país (4.6%). Con relación al acceso al trabajo, la tercera parte (32%) fue despedida de su trabajo, abandonó su trabajo o perdió la fuente de ingreso si estaba trabajando por cuenta propia; la pérdida del empleo es más alta en hombres y no existen mayores diferencias por orientación sexual. A un alto porcentaje en adolescentes (67%) y alrededor del 32% entre personas de 25 años y más de edad, en los últimos 24 meses, se les ha negado empleo y oportunidades de trabajo por su condición de tener VIH, siendo mayor en Guayas y en hombres. A la quinta parte de PVVs se les cambió las características de su(s) trabajo(s) o se les negó un ascenso laboral por ser VIH positivo

Frente a estos hechos, corresponde al gobierno conjuntamente con el CEMSIDA, Ong's. organizaciones de PVV definir estrategias y acciones para garantizar los derechos y la no discriminación de los PVV en el Ecuador.

Sistema de información y vigilancia epidemiológica

El MSP-ENVIH, en lo que se refiere a los sistemas de información estratégicos que incluye el sistema rutinario de información, está estrictamente vinculado a los sistemas de información de las Direcciones de Nacionales de Vigilancia, de Planificación y Sistemas de Información del MSP.

En un esfuerzo de planificación y monitoreo de las estimaciones, adquisiciones y distribución del TARV para el 2013-2015, la ENVIH/Sida-ITS-MSP, en el marco de la ejecución del Proyecto de VIH/sida MSP-FG con financiamiento de la 9na Ronda, inicio el desarrollado e implementado el SIEN, con al apoyo técnico de la OPS, COHAN y ONUSIDA. El SIEN inició un proceso de actualización en sus instrumentos de recolección y llenado de datos con la incorporación de nuevas variables como son: el seguimiento a PVV, Pacientes VIH con tamizaje de Tuberculosis, pacientes TB con TARV, información clínica, inmunológica, virológica, estado vital del paciente, atención y TARV, transferencias entre Unidades de Atención, distribución de preservativos a PVV, que fue acompañado con un cronograma de capacitación, para su uso, al personal institucional de las UAIS de VIH/sida.

Es importante mencionar que el SIEN actualizado y con el personal capacitado se ha implementado también en las nuevas UAIs de VIH/Sida del 1er nivel donde se tiene previsto desconcentrar la atención y que estén con el 1er esquema de TARV.

En el 2016, persisten aún debilidades en el sistema de información de los registros administrativos y del Sistema de Vigilancia Epidemiológica, que ocasionan problemas en la notificación actualizada de casos, y de la situación epidemiológica en algunos cantones.

Esto dificulta la adecuada planificación y estimación de necesidades para la respuesta. Ecuador mantiene el reto de desarrollar un sistema de vigilancia epidemiológica de segunda generación que contenga estudios de comportamiento y estudios especiales con puestos centinela. Los casos de VIH/sida se conocen por notificación pasiva de casos de las provincias.

EL gasto en VIH/Sida 2016

Tabla 34

Inversión en prevención y tratamiento de VIH de la RPIS - 2016								
No.	Rubro	Gasto						Total
		MSP	IESS	ISSFA	ISSPOL	Cruz Roja	KIMIRINA	
8,1	Gasto nacional e internacional relativo al VIH según categorías de programas y fuentes de financiamiento	11.767.489,77	8.699.719,99	522.820,07	2.541,21	732.195,50	2.695.262,31	24.420.028,85
8.1a	Gastos en pruebas y asesoramiento sobre VIH	3.514.785,23	270.859,36			732.195,50		4.517.840,09
8.1b	Gasto en terapia antirretroviral (para adultos y población pediátrica)	4.924.205,06	7.628.404,44	522.820,07				13.075.429,57
8.1c	Gasto en el monitoreo de laboratorio específico para el VIH (Carga Viral y CD4)	1.853.531,70	706.471,85					2.560.003,55
	CD4 199 kit	175.816,50						175.816,50
	Carga viral 876 kits	1.677.715,20						1.677.715,20
8.1d	Gasto relativo a TB/VIH	334.125,00	15.042,50					349.167,50
8.1e	Gasto en la prevención combinada efectiva /Preservativos	310.374,60			2.541,21			312.915,81
8.1f	Gasto en prevención de la transmisión vertical (materno-infantil) del VIH.	830.468,18	78941,84					3.603.039,16
8.1g	Gasto en los facilitadores sociales							0
8.1h	Gasto total en transferencias de efectivo para mujeres y chicas (de entre 10 y 24 años de edad, países con alta prevalencia del VIH, presupuestos asignados sobre VIH							0
	Total	11.767.489,77	8.699.719,99	522.820,07	2.541,21	732.195,50	2.695.262,31	24.420.028,85

El total del gasto en VIH del país para el año 2016 es de 24.420.028,85 USA, sin incluir los gastos realizados por los organismos internacionales. De los cuales el 48.18 % le

corresponde al MSP, seguido por el IESS con el 35.62; ISSFA con el 2.15%, ISSPOL con el 1.4%; Cruz Roja 2.99 % y Kimirina 11.03%.

Hay que mencionar que el % de gastos del IESS suben de valor por la compra de medicamentos de manera directa a proveedores nacionales que le vuelven más caro la obtención por paciente, en ese sentido el MSP compara a través del Fondo Estratégico de a OPS y los costos son mucho más económicos si se compara con el valor de compra del IESS

Por otro lado, la única inversión internacional es la del FM que financia un proyecto de la sociedad civil por medio de KIMIRINA.

Se ratifica el apoyo y compromiso del gobierno nacional por medio de la RPIS para garantizar la atención universal y gratuita que es el derecho de las PVV, financiando la ejecución del plan operativo anual 2016 en la lucha contra el sida.

Si comparamos el gasto de VIH desde 2005 al 2010 que fue 28.641.874 USD (incluyendo organismo internacional), solo en el año 2016 se gastó en VIH 24.420.028,85 USA (sin incluir gastos de organismos internacionales). De los cuales le corresponde al MSP el 48.18 % del total del gasto.

Situación actual del Ecuador frente a los compromisos de ONUSIDA

Con la finalidad de aportar como país el cumplimiento de las estrategias y metas planteadas por ONUSIDA, visibilizamos los alcances de los indicadores, en cada uno de los compromisos.

Existen indicadores que no se han respondido debido a la falta de estudios nacionales y de la información que se debe obtener del sistema de vigilancia y del SIEN por dificultades en su implementación y estandarización a nivel de la RPIS y sus UAIs a nivel nacional y, la ausencia de algunas variables para que dar seguimiento y responder en cada uno de los compromisos.

Este es un buen inicio porque permite evidenciar, una vez más, las dificultades y hacer los correctivos necesarios para obtener datos oportunos, continuos y de calidad para los próximos informes.

COMPROMISO 1: Asegurar que las 30 millones de personas viviendo con VIH tienen acceso al tratamiento al alcanzar las metas 90-90-90 para 2020.

En el Ecuador el 92.4% de las PPV conocen su estado y condición serológica y el 54.20% de adultos y niños tienen actualmente el acceso a TARV, lo que el MSP-ENVIH revisarán las estrategias para fortalecer y ampliar los tamizajes a población clave.

El 78% de los adultos y niños continúan con el tratamiento 12 meses después de iniciar la TARV, el MSP-ENVIH va a fortalecer la estrategia para la adherencia al TARV para alcanzar el 100%.

COMPROMISO 2: Eliminar nuevas infecciones infantiles de VIH para el año 2020 a la vez que se garantiza que 1,6 millones de niños tengan acceso a tratamiento para el VIH para el año 2018

El PTMI es uno de los pilares para enfrentar a la epidemia del VIH/sida en el país, durante su implementación se estima tener una cobertura del 100% a todas las mujeres embarazadas antes, durante y después de su parto. El 75% de niños que nacen de madres seropositivas son sometidos a una prueba virológica del VIH, durante sus dos primeros meses de vida, pues a pesar de los avances en PTMI todavía nacen niños infectados por el VIH. La tasa de transmisión materno infantil de VIH para el año 2016 fue de 2.07%, que corresponde a 13 niños confirmados VIH positivos, Los datos proporcionados por la Dirección Nacional de Estadísticas y Análisis de Información en Salud reporta un total de 110 casos de sífilis congénita registrados en el año 2016, (nacimientos y mortinatos) lo que refleja una tasa de transmisión de 3.2% para ese año.

La RPIS cumple al 100% TARV para reducir el riesgo de transmisión materno infantil a las 526 embarazadas reportadas en el 2016.

COMPROMISO 3: Garantizar el acceso a opciones de prevención combinada, entre ellas profilaxis previa a la exposición, circuncisión masculina médica voluntaria, reducción de daños, y preservativos, para como mínimo el 90% de las personas de aquí a 2020, especialmente mujeres jóvenes y chicas adolescentes en países con alta prevalencia y grupos de población clave (los hombres gay y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas transgénero, los profesionales del sexo y sus clientes, las personas que usan drogas inyectables y los presos)

En el País entre las opciones de prevención combinada que se garantizan actualmente está: únicamente la dotación de preservativos y lubricantes, así como la profilaxis post exposición ya sea por exposición laboral al virus o exposición no laboral como en el caso de abusos sexuales.

Las otras intervenciones de prevención combinada como profilaxis previa a la exposición, circuncisión masculina médica voluntaria, reducción de daños, no se han implementado en el País ya que no es considerado uno de los países con más alta prevalencia de la enfermedad.

COMPROMISO 4: Eliminar las desigualdades de género y acabar con todas las formas de violencia y discriminación contra las mujeres y las niñas, las personas que viven con el VIH y los grupos de población clave, para el año 2020.

La constitución de la república del Ecuador contempla leyes contra todas las formas de violencia y discriminación contra mujeres y niñas así como también garantizan los derechos de las personas que viven con el VIH y de todos los ciudadanos independientemente de su orientación sexual.

COMPROMISO 5: Garantizar que el 90% de los jóvenes tengan los conocimientos y capacidades necesarios para protegerse del VIH y que tengan acceso a servicios de salud sexual y reproductiva para el año 2020, para reducir el número de nuevas infecciones por el VIH entre chicas adolescentes y mujeres jóvenes a menos de 100.000 al año.

Al momento el País no muestra avances en cuanto a este compromiso. Los temas relacionados con el VIH/Sida se implementan a partir de centros de educación superior, a nivel de primaria y secundaria estos temas no están contemplados dentro de la malla curricular. Las coberturas y acceso a servicios de salud sexual y reproductiva están en aumento en las poblaciones de adolescentes y jóvenes.

COMPROMISO 6: Garantizar que el 75% de las personas que viven con el VIH o que estén en situación de riesgo o que se vean afectadas por el VIH se beneficien de protección social sensible ante el VIH para el año 2020.

Al momento en el País solo los niños que viven con el VIH se benefician del programa de protección social “Joaquín Gallegos Lara”, el cual contempla la dotación de un bono mensual de \$240 UDS, a los niños infectados por VIH menores de 14 años de edad. Dicho compromiso será un reto asumirlo como país ya que el VIH no es considerado una patología catastrófica para incorporarla en programas de protección social.

COMPROMISO 7: Garantizar que como mínimo el 30% de todas las actuaciones de prestación de servicios estén dirigidas por la comunidad para el año 2020.

Con la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud, MAIS del Ministerio de Salud la prestación de los servicios de salud se acercaran más a las comunidades a través de los Equipos Integrales de Salud-EAIS y con la incorporación de los Técnicos de Atención Primaria en Salud- TAPS, quienes realizaran visitas domiciliarias a nivel de las comunidades.

COMPROMISO 8: Garantizar que las inversiones en materia del VIH se incrementen a 26.000 millones de USD para 2020, con una cuarta parte de esa cifra para prevención del VIH y el 6% para facilitadores sociales.

Se espera que para la implementación de la estrategia 90-90-90 a nivel nacional las inversiones así como el presupuesto nacional en materia de VIH deben incrementarse a partir del año 2018, ya que por la situación política administrativa del País el presupuesto asignado a la Estrategia Nacional de VIH/Sida-ITS en el año 2016 fue prorrogado para el año 2017.

El total del gasto en VIH del país para el año 2016 es de 24.420.028,85 USA, sin incluir los gastos realizados por los organismos internacionales. Ratifica que el gobierno nacional por medio de la RPIS garantiza la atención universal y gratuita que es el derecho de las PVV y ha mantenido el financiamiento para la ejecución del plan operativo anual 2016 en la lucha contra el sida.

COMPROMISO 9: Empoderar a las personas que viven con el VIH, en situación de riesgo en relación con el virus o que se ven afectadas por el VIH para que conozcan sus derechos y accedan a la justicia y a servicios jurídicos para prevenir y dar respuesta a violaciones de derechos humanos.

Además de los derechos que garantiza la constitución de la república del Ecuador, las personas que viven con el VIH/Sida pueden recibir asesoría legal a través de organizaciones de la Sociedad Civil como la Coalición Ecuatoriana de personas que viven con VIH, Defensoría del Pueblo así como las instancias legales establecidas en el País para prevenir y dar respuesta a violaciones de derechos humanos.

COMPROMISO 10: Compromiso para sacar el sida del aislamiento a través de sistemas centrados en las personas para mejorar la cobertura sanitaria universal, lo que incluye el tratamiento de la tuberculosis, el cáncer de cuello de útero y la hepatitis B y C.

Las normativas actuales de VIH y Tuberculosis contemplan el tratamiento antirretroviral así como el tratamiento de la Tuberculosis en todos los casos de Coinfección ya que la Tuberculosis es la primera causa de Coinfección en el País.

Así mismo esta normado la realización de pruebas de diagnóstico para descartar otras coinfecciones como: Hepatitis B, Hepatitis C, dichos insumos como los reactivos y/o pruebas de diagnóstico no se encuentran disponibles en todos los laboratorios a nivel nacional, por lo que no todos los PVV pueden acceder a estas pruebas de laboratorio; al momento el país no cuenta con medicamentos para tratar la Hepatitis C.

Respuesta a los indicadores 2016 solicitados por el GAM

COMPROMISO 1. Garantizar que 30 millones de personas que viven con el VIH tengan acceso a tratamiento cumpliendo con los objetivos 90-90-90 para el año 2020:

1.1 Personas que viven con el VIH que conocen su estado serológico respecto del VIH

Nro.	Indicador	Estado serológico	Nro. de persona que conocen	Fuente
1.1	Porcentaje de personas viviendo con el VIH que conocen su estado, incluyendo datos de la notificación de casos de vigilancia	92.4%	38.532 / 41.682	Red de laboratorios de los UAIs del MSP INSPI: Quito, Guayaquil y Cuenca Encuesta ICPN y el Spectrum

1.2 Personas que viven con el VIH que reciben terapia antirretroviral

Nro.	Indicador	Número de personas que reciben terapia antirretroviral a la conclusión del periodo sobre el que se informa	De inicio reciente : Número de personas que inician por primera vez terapias antirretrovirales durante el año para el que se presentan los informes esos datos deberán estar disponibles a través de las mismas fuentes que el número total de personas que reciben terapias antirretroviral	Elegibles para tratamiento: Número de personas elegibles para el tratamiento en países en que la elegibilidad para terapias para el VIH, de acuerdo con directrices nacionales sobre criterios de elegibilidad, es un subconjunto de todas las personas que viven con el VIH.	%	Fuente
1.2	Porcentaje de adultos y niños que recibe actualmente terapia antiretroviral entre todos los adultos y niños que viven con el VIH.	22.589	3168	41.680	54.20%	Pedidos de medicamentos EN VIH/sida-ITS y demás instituciones: IESS, FFAA, PPNN. /

**1.3 Retención en la TARV 12 meses después de comenzar el tratamiento
Ecuador 2016**

Nro.	Indicador	Total adultos y de niños que siguen vivos y que reciben terapia antirretroviral 12 meses después de iniciar el tratamiento en 2015	Número total de adultos y niños que iniciaron su terapia antirretroviral en el año 2015	%	Fuente
1.3	Porcentaje de adultos y niños con el VIH que se sabe que continúan con el tratamiento 12 meses después de empezar TARV	2858	3666	78%	

1.4 Paciente que siguen recibiendo TARV 12 meses después de su inicio, por rango de edad y sexo - Ecuador 2016

Nro.	Indicador	Número de personas que viven con el VIH, en el periodo del que se informa, que han suprimido su carga viral (≤ 1.000 copias/ml)	Denominador : Número estimado de personas que viven con el VIH	%	Fuente
1.4	Porcentaje de adultos y niños viviendo con VIH con supresión virológica en el periodo de notificación	1454	41.682	3.5	Spectrum

1.5 Personas que viven con el VIH con un recuento inicial de células CD4 <350 células/mm³ – Ecuador 2016

Nro.	Indicador	Número de personas que viven con el VIH con un recuento inicial de células CD4 <350 células/mm ³ durante el periodo del que se informa	Número total de personas que viven con el VIH con un recuento inicial de células CD4 durante el periodo del que se informa	%	Fuente
1.5	Porcentaje de personas seropositivas con recuento inicial de células CD4 inferior a 200 células/μL e inferior a 350 células/ul en el periodo de notificación (2016)	2487	6653	37.4	Spectrum

1.6 Desabastecimientos de medicamentos ARV - 2016

Nro.	Indicador	Porcentaje de instalaciones sanitarias que dispensan medicamentos antirretrovirales que experimentan agotamientos de existencias de uno o más medicamentos antirretrovirales durante un periodo definido	Número total de instalaciones sanitarias que dispensan medicamentos antirretrovirales durante ese mismo periodo	%	Fuente
1.6	Porcentaje de centros donde se produjeron desabastecimientos de uno o más medicamentos Antirretrovirales durante un periodo definido	6	41	14.6%	Estos desabastecimientos se produjeron 6 clínicas generales

1.7 Mortalidad relacionada con el sida					
Nro.	Indicador	Número de personas que murieron por causas relacionadas con el sida en 2016	Población total independientemente del estado serológico respecto del VIH	%	Fuente
1.7	Tasa : Número total de personas que han muerto por causas relacionadas con el sida por cada 100.000 persona	796	16.528.730	4.81%	INEC, se calculó un promedio de los tres últimos años, para el año 2016

COMPROMISO 2: Eliminar nuevas infecciones del VIH en niños para 2020 y asegurar que 1.6 millones de niños tengan acceso al tratamiento para el VIH en el 2018

2.1 Diagnóstico infantil precoz				
Nro.	Indicador	niños que nacen de madres seropositivas que son sometidos a una prueba virológica del VIH durante sus dos primeros meses de vida	%	Fuente
2.1	Porcentaje de niños que nacen de madres seropositivas que son sometidos a una prueba virológica del VIH durante sus dos primeros meses de vida	Numerador: Número de niños que recibieron una prueba del VIH en sus dos primeros meses de vida, durante el periodo de presentación de informes. Los niños que recibieron las pruebas solo deben contarse una vez	470	75% de niños sometidos a una prueba virológica en sus primeros meses de vida
		Resultado de la prueba - Positivo	13	
		Resultado de la prueba - Negativo	457	
		Resultado de la prueba - Indeterminado	0	
		Resultado de la prueba - Rechazado por el laboratorio	0	
		Resultado de la prueba - Otro	0	
		Denominador : Número de mujeres seropositivas embarazadas que dieron a luz en los últimos 12 meses		

2.2 Transmisión materno infantil del VIH

Nro.	Indicador	Número de niños que contraen la infección por el VIH por transmisión materno infantil entre los niños nacidos en los 12 meses anteriores de mujeres que viven con el VIH.	Número estimado de niños nacidos de mujeres que viven con el VIH que hayan dado a luz en los 12 meses anteriores	%	Fuente
2.2	Porcentaje estimado de infecciones por el VIH en niños que nacieron de madres seropositivas en los últimos 12 meses	13	626	2.07%	

2.3 Transmisión materno infantil del VIH

Nro.	Indicador	Nro. De embarazadas seropositivas	embarazadas seropositivas con TARV	%	Fuente
2.3	Porcentaje de mujeres embarazadas seropositivas que recibieron medicamentos antiretroviral para reducir el riesgo de transmisión materno infantil	626	626	100	

2.5 Índice de sífilis congénita (partos de nacidos vivos y partos de mortinatos) Transmisión materno infantil del VIH

Nro.	Indicador	Número de casos de sífilis congénita registrados (nacimientos y mortinatos) en los últimos 12 meses	Número de nacimientos	%	Fuente
2.5	Porcentaje de casos de sífilis congénita registrados (nacimientos y mortinatos)	110	334.222	3,29	

COMPROMISO 3: Garantizar el acceso a las opciones de la prevención combinada, incluyendo el profilaxis pre-exposición, la circuncisión masculina médica y voluntaria, la reducción de daños y condones, para al menos 90% de las personas, especialmente mujeres jóvenes y niñas adolescentes en países de alta prevalencia y poblaciones clave de hombres gay y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas transgénero, los y las profesionales del sexo y sus clientes, usuarios de drogas inyectables y privados de libertad

3.1 Incidencia del VIH

Incidencia del VIH por grupos de edad - Ecuador 2016					
Indicador	Grupos de edad				
	15-49	50+	15-24	0-14	Total
Incidencia : Número de nuevas infecciones por el VIH en el periodo de reporte por cada 1000 personas no infectadas	0.5181	0.1316	0.4285	0.015	0.2945
Numerador : Número de nuevas infecciones durante el periodo de reporte multiplicado por 1000	4385	402	1280	75	4862
Denominador : Número total de personas no infectadas (o persona-años expuesta	8464245	3055520	2987121	5008965	16528730

Incidencia del VIH por sexo y grupos de edad - Ecuador 2016					
Indicador	Grupos de edad				
	H 15-49	M 15-49	H50+	H 15-24	M 15-24
Incidencia : Número de nuevas infecciones por el VIH en el periodo de reporte por cada 1000 personas no infectadas	0.6819	0.3574	0.1917	0.5361	0.323
Numerador : Número de nuevas infecciones durante el periodo de reporte multiplicado por 1000	2858	1527	250	793	487
Denominador : Número total de personas no infectadas (o persona-años expuesta	4191494	4272751	1513094	1479222	1507899

Incidencia del VIH por provincias, por grupos de edad y sexo – Ecuador 2016

Región sub-nacional	Incidencia por cada 1000 personas (adultos 15-49)	Incidencia por cada 1000 personas (hombres 15-49*)	Incidencia por cada 1000 personas (mujeres 15-49*)	Numerador (adultos 15-49*)	Numerador (hombres 15-49*)	Numerador (mujeres 15-49*)	Denominador (adultos 15-49*)	Denominador (hombres 15-49*)	Denominador (mujeres 15-49*)
Azuay	0.24	0.39	0.09	104	84	20	431075	213468	217607
El Oro	0.71	0.94	0.47	251	166	85	354810	17572	179108
Esmeraldas	0.99	0.81	1.16	289	118	171	292878	145033	147845
Guayas	1.13	1.49	0.77	2446	1604	842	2164004	1071615	1092389
Los Ríos	0.63	0.77	0.49	278	168	110	440688	218229	222459
Manabí	0.41	0.53	0.28	309	200	109	762112	377398	384714
Pichincha	0.31	0.49	0,13	494	387	107	1597962	791311	806651
S. Elena	0.55	0.62	0.47	101	57	44	184364	91297	93067

3.6A Uso del preservativo entre los profesionales del sexo

Nro.	Indicador	Número de profesionales del sexo que declaró haber usado un preservativo con su último cliente	Número de profesionales del sexo que declaró haber mantenido relaciones sexuales a cambio de dinero en los últimos 12 meses	%	Fuente
3.6a	Porcentaje de profesionales del sexo que declara haber utilizado un preservativo con su último cliente	76	109	69.7%	

3.6A Uso del preservativo entre los profesionales del sexo

Nro.	Indicador	Ciudad	Número de profesionales del sexo que declaró haber usado un preservativo con su último cliente	Número de profesionales del sexo que declaró haber mantenido relaciones sexuales a cambio de dinero en los últimos 12 meses	%	Fuente
3.6a	Porcentaje de profesionales del sexo que declara haber utilizado un preservativo con su último cliente	Quito	23	31	74.19	
		Guayaquil	53	78	69.95	

3.6D Uso del preservativo entre las personas transgénero					
Nro.	Indicador	Número de personas transgénero que reportan haber utilizado el preservativo durante su última relación sexual o última ocasión en que practicaron sexo anal	Número de personas transgénero encuestadas	%	Fuente
3.6D	Porcentaje de personas transgénero que reportan haber utilizado el preservativo durante su última relación sexual o última ocasión en que practicaron sexo anal	311	331	94%	

COMPROMISO 8: Garantizar que las inversiones en VIH aumenten a US\$ 26 mil millones para 2020, incluyendo un cuarto para la prevención del VIH y 6% para los facilitadores sociales

8.1 A-H Gasto Total relativo al VIH (según categorías de programas o de servicios y según fuentes de financiación)

EL gasto en VIH/sida 2016

Inversión en prevención y tratamiento de VIH de la RPIS-2016								
No.	Rubro	Gasto						Total
		MSP	IESS	ISSFA	ISSPOL	Cruz Roja	KIMIRINA	
8,1	Gasto nacional e internacional relativo al VIH según categorías de programas y fuentes de financiamiento	11.767.489,77	8.699.719,99	522.820,07	2.541,21	732.195,50	2.695.262,31	24.420.028,85
8.1a	Gastos en pruebas y asesoramiento sobre VIH	3.514.785,23	270.859,36			732.195,50		4.517.840,09
8.1b	Gasto en terapia antirretroviral (para adultos y población pediátrica)	4.924.205,06	7.628.404,44	522.820,07				13.075.429,57
8.1c	Gasto en el monitoreo de laboratorio específico para el VIH (Carga Viral y CD4)	1.853.531,70	706.471,85					2.560.003,55
	CD4 199 kit	175.816,50						175.816,50
	Carga viral 876 kits	1.677.715,20						1.677.715,20
8.1d	Gasto relativo a TB/VIH	334.125,00	15.042,50					349.167,50
8.1e	Gasto en la prevención combinada efectiva /Preservativos	310.374,60			2.541,21			312.915,81
8.1f	Gasto en prevención de la transmisión vertical (materno-infantil) del VIH.	830.468,18	78941,84					3.603.039,16
8.1g	Gasto en los facilitadores sociales							0
8.1h	Gasto total en transferencias de efectivo para mujeres y chicas (de entre 10 y 24 años de edad, países con alta prevalencia del VIH, presupuestos asignados sobre VIH							0
	Total	11.767.489,77	8.699.719,99	522.820,07	2.541,21	732.195,50	2.695.262,31	24.420.028,85

COMPROMISO 10: Sacar el sida del aislamiento a través de sistemas centrados en las personas para mejorar la cobertura de la salud universal, incluyendo tratamiento para la tuberculosis, cáncer cervical y la hepatitis B y C

10.1 Terapia combinada de la infección por el VIH y la tuberculosis						
Nro.	Indicador	Total	Hombres	Mujeres	≤15	15+
10.1	Numerador : Número de pacientes de TB (nuevos y que recaen en la enfermedad) que son VIH-positivos que iniciaron el tratamiento para TB durante el periodo del que se informa que ya estaban recibiendo terapia antirretroviral o que empezaron terapia antirretroviral durante el tratamiento de TB dentro del año de reporte	675	546	129	15	660

10.2 Proporción de personas que viven con el VIH registradas por primera vez en la atención para el VIH con TB activa					
Nro.	Indicador	Número total de personas con tuberculosis activa durante el periodo de notificación entre quienes se registraron por primera vez en la atención para el VIH.	Número total de personas que se inscribieron por primera vez en la atención para el VIH durante el periodo de notificación (tratamiento antirretrovírico más tratamiento previo). El denominador debe ser el mismo que el denominador del indicador 10.3	%	Fuente
10.2	Número total de personas seropositivas con tuberculosis activa, expresado como el porcentaje de los pacientes que se registran por primera vez en la atención para el VIH (terapia antirretrovírica o tratamiento previo) durante el periodo de notificación	675	3168	21.3%	

10.3 Proporción de personas que viven con el VIH registradas por primera vez en la atención para el VIH que iniciaron terapia preventiva para TB

Nro.	Indicador	Número total de personas seropositivas que se registraron por primera vez en la atención para el VIH e iniciaron el tratamiento para la infección por tuberculosis latente durante el periodo de notificación.	Número total de personas que se registraron por primera vez en la atención para el VIH, es decir, quienes comenzaron la terapia antirretrovírica o el tratamiento previo a esta durante el periodo de notificación. El denominador debe ser el mismo que el denominador del indicador 10.2	%	Fuente
10.3	Número de pacientes que comenzaron el tratamiento para la infección por tuberculosis latente, expresado como el porcentaje del número total de personas que se registraron por primera vez en la atención para el VIH durante el periodo de notificación	188	3.168	5.9%	

10.4 Hombres con secreción uretral

Nro.	Indicador	Número de hombres con secreción uretral durante el periodo de notificación	Número de hombres con 15 o más años de edad.	%	Fuente
10.4	Porcentaje de hombres con secreción uretral en los últimos 12 meses	4512	5704588	0.1%	

10.5 Gonorrea entre la población masculina

Nro.	Indicador	Número de hombres que reportan gonorrea diagnosticados en laboratorio en los anteriores 12 meses	Número de hombres de 15 años de edad o más	%	Fuente
10.4	Índice de cuadros de gonorrea diagnosticados en laboratorio entre hombres de países que cuentan con capacidades de laboratorio para este tipo de diagnósticos	465	5704588	8.15%	

10.6 Pruebas de hepatitis B

Nro.	Indicador	Número de personas que iniciaron terapias antirretrovirales que fueron sometidas a pruebas de hepatitis B durante el periodo del que se informa utilizando pruebas de antígeno de superficie de la hepatitis B	Número de personas que empiezan terapias antirretrovirales durante el periodo sobre el que se informa	%	Fuente
10.4	Proporción de personas que inician terapias antirretrovirales que se han sometido a pruebas para la detección de la hepatitis B	2114	3168	66.7%	

10.7 Proporción de personas coinfectadas con el VIH y el VHB que reciben terapia combinada

Nro.	Indicador	Número de personas coinfectadas por el VIH y el VHB que reciben antirretrovíricos efectivos contra ambos virus durante el periodo de notificación.	Número de personas diagnosticadas con coinfección por el VIH y el VHB que reciben atención para el VIH durante un periodo de notificación (12 meses)	%	Fuente
10.7	Proporción de personas coinfectadas por VIH/VHB que reciben terapia combinada	234	234	100%	

Bibliografía

Constitución de la República del Ecuador 2008.

ENTB-MSP Información sobre la Coinfección TB/VIH 2015-2016. No publicado

ENVIH-MSP. Información obtenida por el MSP del SIEN sobre VIH/sida 2016. No publicado.

MSP (2016). Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de VIH/Sida, Programa Nacional de VIH/Sida e ITS. No publicado.

IESS. Información obtenida por el IESS sobre VIH/sida 2016. No publicado.

ISSFA. Información obtenida por el ISSFA sobre VIH/sida 2016. No publicado.

ISSPOL. Información obtenida por el ISSPOL sobre VIH/sida 2016. No publicado.

CEPVVS – Corporación Kimirina - ONUSIDA, (2010) Índice de estigma y discriminación en personas con VIH en Ecuador.

DNEAIS-MSP Información sobre la población nacional y proyecciones 2016, no publicadas

REDACCA información sobre gestantes del Ecuador 2016, no publicadas

Cabezas M. (2010). Evaluación del comportamiento de riesgo y conocimientos de las medidas de transmisión y prevención sobre el VIH/sida a nivel laboral, en las provincias de Guayas, Pichincha y Azuay. Quito: Universidad de Lieja, Cooperación Belga, Tesis de PHD, no publicado.

Fundación Equidad, MSP, OPS (2012). Estudio de prevalencia y comportamientos frente al VIH/Sida y otras infecciones de transmisión sexual en hombres que tienen sexo con hombres en la ciudad de Quito y Guayaquil, Ecuador. Quito: no publicado.

KIMIRINA, UNPFA, MSP. Estudio de vigilancia de comportamientos y prevalencia del VIH y otras infecciones de transmisión sexual en Personas Trans en Quito - 2012

Kimirina. Mapeo de lugares de encuentro de la población más expuesta al VIH. 2015

ENVIH-MSP (2012) Tratamiento Antirretroviral en el Ecuador 2012, no publicado

MSP (2016). Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de VIH/Sida, Programa Nacional de VIH/Sida e ITS. No publicado.

INEC, Información sobre defunciones y datos de egresos hospitalarios de TB/VIH 2015

ENVIH-MSP, OPS, ONUSIDA (2012). Informe de Acceso Universal, no publicado

ENVIH-MSP, ONUSIDA (2012). Estimaciones Spectrum. No publicado.

ENVIH-MSP, ONUSIDA Informe de Medición del Gasto en Sida en Ecuador (MEGAS), Enero a Diciembre de 2010. No publicado.

CEMSIDA-MSP (2011). Actualización del Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional del VIH 2007 – 2013. Quito: MSP – Imprefep

ENVIH-MSP (2016). Reportes de ejecución presupuestaria del 2016. No publicado.

MSP, ONUSIDA (2008). Medición del Gasto en Sida en Ecuador 2005-2007. Consultoría de Alberto Valle. No publicado. 72

MSP, ONUSIDA (2011). Ecuador Informe UNGASS 2010. No publicado.

MSP, ONUSIDA (2010). Gasto relativo al VIH y Sida en el Ecuador 2008-2009. Consultoría de Pablo Dávalos. No publicada.

ONUSIDA. Actualización Trimestral de ONUSIDA sobre la epidemiología del VIH/2Q 2010

Lourdes Kusunoki y Col. (2008). Priorización para el acceso universal a la prevención, atención integral, cuidado y apoyo en VIH/Sida, Ecuador 2008 – 2013. Consultoría. No publicado.

ONUSIDA 2016 | DIRECTRICES Monitoreo Global del Sida 2017

Ecuador: Informe de Progreso 2012 sobre la Respuesta al VIH/Sida Agosto 2012

MSP- FM, EVNVIH, DNESC, FM. Tallas poblacionales Ecuador 2013