

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE
LA REPÚBLICA DEL ECUADOR

DECLARACION DE COMPROMISO
SOBRE VIH-SIDA, UNGASS

INFORME INTERMEDIO DEL
GOBIERNO DEL ECUADOR RELATIVO
AL SEGUIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES

PERIODO 2003 - 2005

- DOCUMENTO DE TRABAJO -

Preparado por el equipo de consultoría

Silvia Barragán M.

Jacques Laufer Z.

ONUSIDA

ECUADOR, DICIEMBRE, 2005

CONTENIDOS

SITUACIÓN ACTUAL	5
DATOS DE IDENTIFICACIÓN	5
INTRODUCCION	5
I.1 PERFIL DEL SECTOR SALUD	7
I.2 LOS OBJETIVOS DEL MILENIO Y LA DECLARACIÓN DE COMPROMISO, UNGASS	9
I.3 BREVE RESUMEN DEL ESTADO DE LA EPIDEMIA Y DE LA RESPUESTA BRINDADA	11
I.4 METODOLOGÍA DE RECOPIACION DE LA INFORMACIÓN REQUERIDA	15
I.5 RESUMEN DE LOS INDICADORES DE EPIDEMIA CONCENTRADA Y GENERALIZADA	17
II. PANORAMA GENERAL DE LA EPIDEMIA DE SIDA	24
II.1 EL ESTADO DE LA PREVALENCIA PARA LAS POBLACIONES MÁS EXPUESTAS Y PARA LA POBLACIÓN EN GENERAL	24
III. RESPUESTA NACIONAL A LA EPIDEMIA DE SIDA	30
III.1 EL PRESUPUESTO DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA: DEL PNS Y PROGRAMA DE MATERNIDAD GRATUITA, PARA EL TRATAMIENTO EXCLUSIVO DEL VIH/SIDA	30
III.2 EL SISTEMA INSTITUCIONAL	31
III.3 LOS PROGRAMAS	33
IV. PRINCIPALES PROBLEMAS ENFRENTADOS Y ACCIONES NECESARIAS PARA ALCANZAR LAS METAS Y OBJETIVOS DEL UNGASS	39
IV.1 PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONTEXTO ECUATORIANO	39
IV.2 PROBLEMAS ESPECIFICOS DEL SECTOR	39
IV.3 LAS MEDIDAS CORRECTIVAS DEL GOBIERNO ECUATORIANO Y SUS INSTITUCIONES	46
V. APOYO NECESARIO DE LOS ASOCIADOS PARA EL DESARROLLO DEL PAÍS	48
V.1 EL PRINCIPIO DE COMUNIDAD COMO REGULADOR DE LA ACTIVIDAD ESTATAL	48
V.2 EL ROL Y COMPROMISOS DE LA SOCIEDAD CIVIL ORGANIZADA Y DE LAS PVVS	48
V.3 ROL Y COMPROMISO ASUMIDO POR LAS PVVS	51
V.4 LA CAMPAÑA LANZADA EL DÍA MUNDIAL DEL SIDA	52
V.5 EL COMPROMISO DE LAS AGENCIAS QUE CONFORMAN – EL GRUPO TEMÁTICO EN VIH/SIDA DEL SISTEMA DE NACIONES UNIDAS Y DE COOPERANTES BILATERALES	53
VI. SISTEMA DE VIGILANCIA Y EVALUACIÓN	54

Cuadros, tablas e Ilustraciones

Ilustración No. 1 Tasa de VIH/SIDA x 100.000 hab por Provincia 2004.....	11
Cuadro No. 1 Resumen de Indicadores de Epidemia Concentrada.....	17
Cuadro No. 2 Resumen de Indicadores de Epidemia Concentrada.....	21
Tabla No. 1 Número de casos reportados de VIH/SIDA y personas fallecidas. PNS-MSP.....	28
Ilustración No. 2 Personas con VIH/SIDA y Fallecidas. PNS-MSP.....	28
Ilustración No. 3 La distribución de los casos reportados de VIH/SIDA según el sexo.....	29
Ilustración No. 4 La distribución de los casos reportados de VIH/SIDA según orientación sexual.....	29
Tabla No. 2: Presupuesto de actividades en torno a ITS / VIH-SIDA.....	31
Tabla No. 3: Área Programática en la que trabajan las organizaciones.....	32
Tabla No. 4: Presupuesto gastado en programas de prevención de VIH/SIDA(USD).....	35
Tabla No. 5: Número de niños, alumnos y maestros capacitados alcanzado en prevención del VIH/SIDA	37
Tabla No. 6: Número de Talleres de sensibilización e información desarrollados para motivar el uso del condón.....	37
Tabla No. 7: Índice de acceso alcanzado con recursos del FG y del PNS según el costo de un esquema básico.....	38

ABREVIACIONES

AL	América latina
ARV	Antiretroviral.
CAISS	Centro de Atención Integral de Salud Sexual.
CEPVVS	Coalición Ecuatoriana de Personas que Viven con VIH-SIDA.
COOPVS	Coordinadora de ONG de Pichincha con trabajo en VIH-SIDA.
CONASA	Consejo Nacional de Salud.
CuEE	Cuestionario de la Etapa de Evaluación
CIP	Comités Técnicos Provisionales.
CLEPS	Centro Latinoamericano para Estudios y Promoción para la Salud.
FG	Fondo Global.
GLBTT	Gay, lesbianas, bisexuales, transexuales, transgéneros.
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres.
IEC	Información, Educación y Comunicación.
INEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
INH	Instituto Nacional de Higiene "Leopoldo Izquieta Pérez".
ITS	Infecciones de transmisión sexual.
MCP	Mecanismo de Coordinación País.
MEC	Ministerio de Educación y Culturas.
MSF	Médicos Sin Fronteras.
MSP	Ministerio de Salud Pública.
NMRCD	U. S. Naval Medical Research Center
OBC	Organización de Base Comunitaria.
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OG	Organización Gubernamental.
ONG	Organización No Gubernamental.
ONGI	Organización No Gubernamental Internacional.
ONUSIDA	Programa Conjunto de Naciones Unidas en VIH-SIDA.
OPS	Organización Panamericana para la Salud.
PNS	Programa Nacional de Sida.
PP	Proyecto de país.
PEN	Plan Estratégico Nacional.
N de la C	Nota de la consultoría
RP	Receptor Principal.
SIRN	Sistema de Información para la Respuesta Nacional
SODEM	Secretaría Nacional de los Objetivos del Milenio
TAR	Tratamientos con Antiretrovíricos
TS	Trabajadores/as Sexuales.
VIH / SIDA	Virus de Inmunodeficiencia Humana / Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida.

SITUACIÓN ACTUAL

DATOS DE IDENTIFICACIÓN¹

DATOS BÁSICOS

Nombre Oficial	= República del Ecuador
Extensión	= 256.370 Km ² .
Capital	= Quito
Forma de Gobierno	= Democrático
Gobernante	= Doctor Alfredo Palacio
Ciudades principales	= Quito, Guayaquil, Cuenca.
Idioma Oficial	= Español.
Fiesta de Independencia	= 10 de Agosto.
Unidad Monetaria	= Dólar
Religión	= Libertad de culto, predominio de la religión Católica.

INDICADORES DEMOGRAFICOS

Población^(2*)	13.215.089
Población Urbana-rural (2001)	urbana 61% rural 39%
Distribución por sexo (2001)	masculino: 49,5% (6.018.353) femenino: 50,5% (6.138.255).
Tasa de crecimiento anual (2001)	2.1%
Analfabetismo (2001)	8.4%
Población de 15 a 49 años (2001)	6.207.031
Mujeres en edad fértil: 10 – 49 años^(*)	4.118.981
Mujeres en edad fértil: 15 – 49 años^(*)	3.434.680
Embarazadas^(*)	360.606
Adolescentes de 15 a 19^(*)	1'341.419
Niños-as de 0 a 4 años^(*)	1'445.080

INTRODUCCION

La Constitución Política de la República vigente, reconoce al Ecuador como “un estado social de derecho, soberano, unitario, independiente, democrático, pluricultural y multiétnico” y a “su gobierno” como “republicano, presidencial, electivo, representativo, responsable, alternativo, participativo y de administración descentralizada”. Según el censo del 2001, la tasa de crecimiento

¹ INEC, 2001 VI Censo de población y V de Vivienda.

² Tomado del Ministerio de Salud Pública. Proyección 2005.

poblacional para el período 1990 – 2000 era del 2.1% y la población total, proyectada al 2005, asciende a 13'215.089 habitantes.

Tanto el período 2001 – 2003 en el que se diseña y ejecuta el primer Plan Estratégico Nacional sobre VIH/SIDA que ha tenido el Ecuador, como el posterior 2003-2005, han estado marcados con el signo de la crisis estructural de naturaleza económica, política, social y cultural, la misma que se inicia en el año 1999 -la mayor de la vida republicana- y perdura hasta nuestros días. Alimentada por la deuda externa, el salvataje bancario, la dolarización del sistema monetario y la caída de los precios del petróleo, el aspecto económico de dicha crisis se manifiesta en un decrecimiento de la economía del orden del 7,3% del PIB con una lenta recuperación a partir del 2003³; el aspecto **político** muestra, a su vez, una erosión de la institucionalidad democrática y de sus formas de representación que va profundizándose durante todo el período.

Por último, la cara **social** de la crisis de 1999, se presenta con indicadores dramáticos. El PNB per-cápita cae, en un año, a USD 1,100 y la inflación, a finales de diciembre del 2000, se situaba en el 96%, aunque, este último indicador se manifiesta, en los años subsiguientes, con tendencia a la baja⁴, no llega a mejorar la calidad de vida. El deterioro de las condiciones de vida se evidencia en el incremento de la pobreza que pasa del 34%, en 1998, al nivel histórico del 69%, en el 99⁵, llegando, en el 2004, a hablarse de un 70 a 80% de ecuatorianos bajo la línea de pobreza.

Estos tres aspectos de la crisis están fuertemente articulados dentro de un contexto de desigualdad de género y de discriminación, el mismo que no puede ser ignorado a la hora de buscar entender las tendencias de la epidemia del VIH-SIDA y las estrategias de intervención, sobretodo cuando entre los más pobres y los más excluidos de los sistemas de salud y protección, encontramos a las mujeres, a los niños, niñas y adolescentes y a los adultos mayores, grupos que, antes de 1999, ya se encontraban en una situación de indigencia y de pobreza estructural.⁶

³ Básicamente, gracias a las remesas de los emigrantes, a la recuperación de la producción petrolera y a las políticas fondo monetaristas que sostienen la dolarización en el gobierno de Gutiérrez. N. de la C.

⁴ En mayo del 2001 baja al 46,6% y, en mayo del 2003 al 9,2%. La baja se debe a la dolarización de la economía. Informe_Banco Central del Ecuador. 2003.

⁵ SEDES, León Mauricio Política y acción social para enfrenta la crisis. Gobierno Constitucional del Ecuador, Secretaría de Estado de Desarrollo Social. Julio 1999 e Informe analítico de la encuesta de beneficiarios del bono solidario Informe preliminar, agosto de 1999.

⁶ El 67% de las mujeres no reciben control posparto. Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social. Informe Preliminar de la Encuesta Demográfica y de Salud Materna Infantil – ENDEMAIN. Quito; 1999. "... en una gran parte de los casos no se hacen los controles por temor al maltrato de los médicos". Plan País. Derechos Humanos. Apuntes para la reflexión, 1 Inversión Social. Ecuador, 2004.

La “*feminización de la pobreza*” empieza a ser visible cuando, en el 2004, la situación se vuelve insostenible para un “18% de la población que encuentran una solución en el borroso sueño migratorio”⁷, y se constata que, más del 50% de los emigrantes son mujeres.

Por el lado de la oferta de servicios, en plena aplicación de la Ley de Modernización del Estado⁸, expedida en 1993, el país se ve afectado en el accionar de sus instituciones públicas pues esta ley define para ellas un mero rol de rectoría, reduciendo aquel de prestadoras directas de servicios que hasta entonces les correspondía. Este cambio, incide, por un lado, en la asignación de recursos fiscales, y por otro, en la oferta de servicios al sector social⁹. Y durante un largo período, el sector oficial entra en un proceso de reorganización y achicamiento, durante el cual, no dispone, en estricto sentido, de un sistema de respuesta frente a situaciones de crisis y de emergencias como aquellas que le ha tocado vivir a la sociedad ecuatoriana a partir del aciago año de la crisis de 1999.

El sector estatal, hoy en día, se encuentra debilitado y sin claridad en sus atribuciones, con poca experiencia de coordinación y limitada capacidad de focalización. Su naturaleza centralizada, lo vuelve rígido a la hora de asignar recursos. Las cargas burocráticas, hacen que se convierta en un ejecutor costoso de aquellas tareas que, en la realidad, comparte con otros actores con costos y modelos de gestión más eficientes.

Por último, durante el último quinquenio, el Ecuador sufre de la permanente inestabilidad de sus gobiernos lo que ha minado su capacidad de llevar a cabo programas y proyectos sostenibles en campos vitales para la sobrevivencia de la sociedad como son los de la salud y la educación. Los recurrentes cambios han conllevado ausencia de políticas de mediano y largo plazo, ajustes coyunturales y rotación de funcionarios. Los pocos recursos se han limitado a sostener lo que ya existía en las instituciones evaluadas.

I.1 PERFIL DEL SECTOR SALUD

Si el marco constitucional es suficiente y se puso en vigencia la ley orgánica del Sistema Nacional de Salud, en el país, aún no se ha implementado la integración del sistema por lo que el

⁷ Plan País. Derechos Humanos. Apuntes para la reflexión, 1 Inversión Social, Ecuador; 2004.

⁸ El nombre completo de la mencionada ley es: Ley de Modernización del Estado, Privatizaciones y Prestaciones de Servicios Públicos por parte de la Iniciativa privada. N. de la C.

⁹ “El gasto público social por habitante (incluye salud, trabajo, bienestar social y educación) se redujo en un 37% entre 1996 y 1999. En 1996 el gasto público en salud era de cerca de 17 USD por persona por año, en 1999 disminuyó hasta 8 USD por persona por año. En el 2002 el gasto en salud representó tan solo el 5.4% de los presupuestos del estado. Para el 2003, se produce un ligero aumento en los presupuestos hasta llegar al 5,6%. Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador”. La década de los 90 en cifras. “Un 51,8 % del presupuesto del estado en el año 2003, se destinó a la devolución de la deuda”. Ministerio de Finanzas. Presupuesto General del Estado, Año 2003. Ecuador.

sector salud aparece fragmentado y adolece todavía de la ausencia de mecanismos de articulación y coordinación que permitan racionalizar los recursos y asegurar a la población el “*acceso equitativo y universal*” esperado.

“El sector salud ecuatoriano está constituido por una multiplicidad de instituciones públicas y privadas con y sin fines de lucro. Las principales instituciones del sector, el MSP y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), tienen en conjunto el mayor volumen de la infraestructura de atención. La gestión del Ministerio de Salud Pública se basa en la propuesta de la organización de áreas de salud que constituyen pequeñas redes de servicios con delimitación geográfico-poblacional de atención, con un esquema de desconcentración técnica y de algunas acciones administrativas, y de programación y ejecución del presupuesto. El IESS tiene un esquema de desconcentración administrativa en 9 regiones, con una red de servicios propios y contratados que operan de acuerdo a directivas de planificación y financiamiento central.

En estas últimas décadas ha persistido un modelo de atención en los servicios de salud centrado en lo curativo, hospitalario e individualista. En las orientaciones estratégicas para la gestión descentralizada de los servicios se ha propuesto desarrollar modelos de atención basados en la realidad local con base a la atención primaria de salud, dando énfasis a la promoción de la salud, y la participación de los individuos, familias y comunidades.

En suma, persisten problemas fundamentales en la organización, gestión y financiamiento del sector salud para garantizar un acceso equitativo a servicios de salud”¹⁰. Un 25-30% de la población ecuatoriana carece de acceso regular a servicios de salud; el 18% de la población total tiene seguro de salud, 78% de estos son afiliados a instituciones de seguridad social y solamente el 2% tiene seguros privados. Mientras el 82% de la población no tiene seguro de salud y su ingreso mensual promedio es de US\$ 223 en general y US\$ 193 en áreas rurales. Hay insuficiente presupuesto para las acciones de salud, subsiste la incoordinación de las instituciones y la centralización de las decisiones sobre asignación de recursos, desafíos que están siendo abordados desde una perspectiva sectorial.

Para atender esta dramática situación, el aseguramiento universal en salud se ha convertido en el programa estrella del presente gobierno, de cuyo manejo ha sido encargada la Secretaría de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (SODEM). Aunque fue diseñado en el 2005, el aseguramiento

¹⁰ Organización Panamericana de la Salud. División de Sistemas y Servicios de Salud. Programa de Organización y Sistemas de Servicios de Salud. Perfil del Sistema de Servicios de Salud del Ecuador, 2da ed; 2002. Available from: URL: <http://www.lachsr.org/documents/perfildelsistemadesaluddeecuador-ES.pdf>.

no ha podido empezar durante el período evaluado. La fecha oficial de inicio del programa ha sido fijada para febrero del 2006, fecha de arranque del convenio que la SODEM ha suscrito con la Corporación Metropolitana de Salud del Municipio de Quito, para asegurar a 100 mil personas, de las 800.000 que se prevén asegurar en todo el país, para el año 2006.

I.2 LOS OBJETIVOS DEL MILENIO (2000) Y LA DECLARACIÓN DE COMPROMISO, UNGASS (2001)

En este contexto de crisis y transformaciones, los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de la Organización de Naciones Unidas -ratificado, al inicio del nuevo milenio, del 6 al 8 de septiembre del 2000, en la ciudad de Nueva York, por 189 naciones, entre ellos por el Ecuador- se constituyen para el país en una oportunidad y desafío al buscar superar los problemas que enfrenta el desarrollo humano de su población. Consciente que este desafío debe ser asumido con firmeza y decisión y que requiere de un fuerte compromiso del Estado Ecuatoriano, es que el Gobierno del Ecuador, mediante Decreto Ejecutivo N° 294 de 1 de julio de 2005 declara como Política de Estado el cumplimiento de los objetivos y metas del milenio. Para el efecto se constituye la Secretaría Nacional de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (SODEM) como el organismo de coordinación de los ministerios y demás instituciones del Estado que tienen a su cargo el cumplimiento de las metas y objetivos del milenio, para articular políticas públicas en la materia y definir una agenda que permita el cumplimiento de esta obligación asumida por el Estado ecuatoriano. Por primera vez, con la asistencia técnica del Sistema de las Naciones Unidas elabora el Informe sobre el avance en el cumplimiento de los ODM, así como establece un sistema de monitoreo que le permita conocer y dar cuenta de los avances en el logro de las metas. *“Con la asistencia de un grupo técnico ad-hoc y de diversas entidades: la Secretaría Técnica del Frente Social, el Ministerio de Educación y Cultura, el CONAMU, el Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Ambiente, el Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda, el Ministerio de Economía y Finanzas, el Banco Central del Ecuador, SENPLADES, CONASA, CONATEL e INEC, se prepararon los estudios que sirvieron de base para la realización del Primer Informe País”*⁽¹¹⁾.

Los Objetivos y Metas del Milenio que han congregado a estos actores han sido propuestos a la sociedad civil y política, al sector privado y organismos del Estado, *“como un contexto de Agenda Mínima para el logro de un Acuerdo Nacional de largo plazo”*.

En dicho informe se presenta un cuadro de indicadores con el potencial nivel de cumplimiento por cada una de las meta en el Ecuador actual: *“en rojo aquellas que implican mayor*

¹¹ Secretaría Nacional de los Objetivos del Milenio. Informe Ecuador de los ODM. 2005. Disponible en URL: http://www.odm.gov.ec/ARCHIVOS_USER/2.%20Presentación%20del%20Informe%20Nacional.pdf

dificultad, en **amarillo** aquellas obtenibles con esfuerzos relativos y en **verde** aquellas alcanzables con base en la continuidad de las políticas aplicadas hasta el momento por el país”.¹²

El Objetivo que nos concierne, a saber, el objetivo 6: “Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades” y su meta 7: “Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH-SIDA” se la asume como una de las que implican mayor dificultad y sitúa el valor de su incidencia para el 2003, como sigue:

META DE DESARROLLO DEL MILENIO	Indicadores	VALORES / META ¹³
Meta 7: Haber detenido la propagación del VIH/SIDA	• Tasa de incidencia anual por 100.000 habitantes	2003: 25.0% 2015: tasa negativa

En la clausura del renovador Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS) sobre el VIH/SIDA celebrado en junio de 2001, el Ecuador entre un total de 189 Estados Miembros, adoptó la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA. Esta declaración de compromiso se hace eco del consenso mundial dentro de un amplio marco para alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio de detener y empezar a invertir el curso de la epidemia de VIH/SIDA antes de 2015. Para lograr las metas del milenio y dadas las tendencias observadas del VIH/SIDA, la Secretaría Nacional de los Objetivos del Milenio reconoce que será necesario realizar esfuerzos adicionales y fortalecer su programa respectivo, para que pueda desarrollar acciones preventivas y de control, garantizando la sostenibilidad a mediano y largo plazo de las actividades técnicas.

Uno de esos esfuerzos será para el año 2006, la implantación y desarrollo de un Sistema de Vigilancia Epidemiológica de segunda y tercera generación según las recomendaciones de ONUSIDA y de la Organización Mundial de la Salud¹⁴. El punto de partida será la línea base que se prevé realizar con los recursos del Fondo Global.

¹² Secretaría Nacional de los Objetivos del Milenio. Informe Ecuador de los ODEM. 2005. Disponible en URL: http://www.odm.gov.ec/ARCHIVOS_USER/2.%20Presentación%20del%20Informe%20Nacional.pdf

¹³ Secretaría Nacional de los Objetivos del Milenio. Informe Ecuador de los ODEM. Objetivo 6: Combatir el VIH-SIDA, el paludismo y la tuberculosis. Documento de Trabajo. 2005. (pag. 1). Disponible en URL: http://www.odm.gov.ec/ARCHIVOS_USER/2.%20PresentacióndelInformeNacional.pdf

¹⁴ OMS; ONUSIDA. Vigilancia del VIH de segunda generación: el próximo decenio. Ginebra : ONUSIDA, 2000. 43 p -- (UNAIDS; 00.03S).

I.3 BREVE RESUMEN DEL ESTADO DE LA EPIDEMIA Y DE LA RESPUESTA BRINDADA

Los datos a disposición indican que la República del Ecuador, durante el período evaluado, es decir, aquel comprendido entre el 2003 y el 2005, enfrenta una epidemia de baja prevalencia y concentrada con prevalencias de VIH/SIDA que según los estudios realizados fluctúan entre 4.0 y 23.4% en los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), en trabajadores sexuales entre 0.5% y 1.7% y en embarazadas entre 0% y 1,05% (ver cuadro No.1).

El crecimiento de la epidemia de VIH/SIDA en el Ecuador se incrementó en 836% en los últimos 13 años, observándose en el 2003 una tasa de incidencia nacional de 6.91 por 100.000 habitantes. El 70.9% de los casos provienen de la costa ecuatoriana, un 20.9% de casos provienen de la provincia de Pichincha, donde se ubica la capital de la república y el 8.2% restante se distribuyen entre las provincias de la región andina y amazónica. Las provincias con mayor incidencia son Guayas, Galápagos, El Oro, Pichincha, Esmeraldas, Cañar y Azuay (Ver cuadro a continuación):

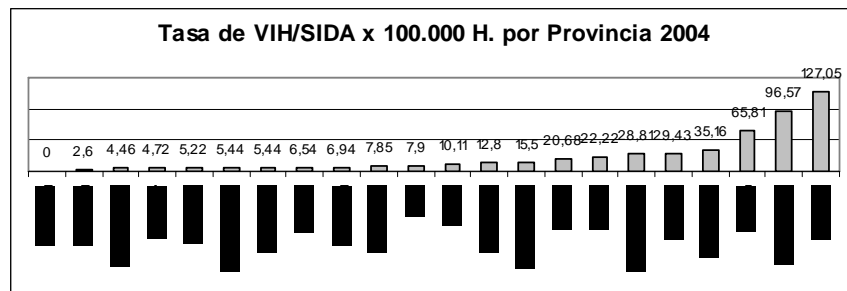


Ilustración 1: Tasa de VIH/SIDA x 100.000 hab. x provincia, 2004

El número de casos de VIH y de SIDA acumulados y registrados hasta el 2003 fue de 5.291. Solo en el año 2004, se registraron 1006 nuevos casos en adultos, un aumento de 25% en relación al año anterior, sumando el número de casos totales a 6.297 adultos. Y en el año 2005, se han registrado 1.369 casos en adultos, es decir 363 más que los registrados en el 2004 (36% de aumento), con un número acumulado de 7.666 casos totales. En cuanto a los niños menores de 15 años, en el año 2003, se reportaron 77 casos; en el 2004, 102 casos y, 65 casos, en el 2005.

Según las estimaciones realizadas, el número calculado de PVVS existentes en el país representa una prevalencia del 0.3% si se utiliza el estimado de 40.000 PVVS de ONUSIDA calculado en la población total o si se toma el estimado de FEDAEPS de un total de 53.000 PVVS, la prevalencia del VIH/SIDA, actualizada al 2005, se ubicaría en 0.4% en relación con la población total del Ecuador y, en 0.59%, en relación con la población de 15 y más años.

La forma de transmisión sexual es la predominante con 96.9% de los casos reportados, lo cual esta relacionada con la baja prevalencia de uso de condón que apenas alcanza al 1.5% de las mujeres en edad fértil y con el incremento de las infecciones de transmisión sexual. El 2.6% de casos fueron producto de la transmisión madre-hijo y apenas el 0.2% por uso de drogas intravenosas. No se reportan casos de VIH/SIDA a causa de transfusiones sanguíneas; sin embargo, existe alguna presunción de casos no reportados. El VIH/SIDA afecta cada vez más a las mujeres y a la población joven (menor de 30 años), quienes representaron el 33 % y 46,25% de los casos reportados en el 2003; el 29% y el 42,84%, en el 2004 y el 32% y 46,75%, en el 2005¹⁵.

Los estudios de seroprevalencia revelan que los mayores niveles de prevalencia del VIH/SIDA se encuentran en el grupo de los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), seguido por las trabajadoras sexuales (TS) y los privados de libertad en Guayaquil. Un estudio a embarazadas realizado por Médicos sin Fronteras (MSF) en el 2004 – 2005 reveló una prevalencia de 1.05% en la ciudad de Guayaquil. Cabe anotar que los datos de prevalencia en trabajadoras sexuales y hombres que tienen sexo con hombres son producto de investigaciones con muestras pequeñas y asistemáticas.

Desde 1987, el país ha estructurado un marco institucional y legal para enfrentar el VIH/SIDA así cuenta con un Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA (PNS) creado en 1987 por el Ministerio de Salud Pública (MSP), un Consejo Nacional de Prevención, Control y Atención del VIH/SIDA – CONASIDA (1995), la Ley sobre la Educación de la Sexualidad y el Amor, la Ley de Maternidad Gratuita y la Ley para la Prevención y la Asistencia Integral del VIH/SIDA que crea también el Instituto Nacional del VIH/SIDA –INSIDA- y el Reglamento para la Atención a las Personas que Viven con el VIH/SIDA (2002). Sin embargo, tanto el CONASIDA como el INSIDA, son organismos que, aunque legalmente constituidos, no han funcionado como instancias de coordinación¹⁶. En los 3 últimos años, este rol ha sido asumido por el Programa Nacional de SIDA, en su calidad, por un lado, de entidad rectora y, por otro, en sus funciones de Receptor Principal de los recursos del FG.

¹⁵ Ministerio de Salud Pública. "Programa Nacional de SIDA. SIDA Ecuador 2002 – 2005"

¹⁶ "Desde el 2000, el CONASIDA se encuentra inoperativo, ya que con la Ley de Prevención y Atención Integral del VIH/SIDA de Abril del 2000, que a su vez crea el Instituto Nacional del SIDA –INSIDA- se sobre pone en funciones al CONASIDA quien, en principio, según la ley es la institución que debe establecer los nuevos roles con relación a la coordinación y formulación de políticas públicas sobre el VIH/SIDA". Fundación Ecuatoriana EQUIDAD. Informe sobre la situación del VIH/SIDA y Derechos Humanos en Ecuador para el seguimiento al cumplimiento de las obligaciones emanadas de la Declaración de Compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA. Quito, 2004. (pag. 8) Available from: URL: <http://www.uasb.edu.ec/padh/revista9/articulos/carrasco%20montoya.htm>.

Consciente que la normativa del sector debe enmarcarse en los textos, tanto de la Constitución como en el de la Política Nacional de Salud de la República del Ecuador, los cuales garantizan el acceso universal a los servicios de salud, su gratuidad y la no discriminación, es que a finales del 2004 hasta inicios del 2006, en un proceso participativo y coordinado por las Coordinadoras, Redes y Coaliciones con trabajo en VIH/SIDA, el MSP-PNS y ONUSIDA, se lleva a cabo una revisión del Reglamento a la Ley para la Prevención y la Asistencia Integral del VIH/SIDA, mientras se trabaja en una reforma profunda del marco legal. La propuesta de reglamento resultante ha sido presentada a las autoridades de salud y se encuentra para expedición por acuerdo ministerial.

A principios del 2006, la Comisión Especializada Permanente de Salud, Medio ambiente y Protección Ecológica exhorta al Señor Presidente Constitucional de la República la promulgación urgente del Reglamento de Aplicación de la ley y que disponga los recursos necesarios para garantizar atención en los servicios de salud para los tratamientos antiretrovirales.

En el 2001, el PNS elaboró, con la participación de la Sociedad Civil, el Plan Estratégico Nacional sobre el VIH/SIDA 2001 – 2003. En el 2002, el gobierno nacional por primera vez asigna al MSP una partida presupuestaria para el VIH/SIDA de 1`336.000 dólares para dos años, la misma que se invierte básicamente en medicamentos antirretrovíricos.

En el período 2000 – 2005, el 52% del total de las organizaciones registradas al momento ingresan a trabajar en el sector del VIH/SIDA, en su mayoría del subsector sin fines de lucro y de las organizaciones de base comunitaria. A partir del 2004, el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) -en coordinación con ONUSIDA- lleva a cabo un proyecto de prevención que busca sensibilizar a nuevos actores como las empresas privadas, gobiernos locales y sociedad civil organizada.

A mediados del 2005, con el apoyo del grupo temático en VIH/SIDA del Sistema de Naciones Unidas, se evalúa el Plan Estratégico Nacional 2001-2003, del sector y de la respuesta nacional ante el VIH-SIDA durante el período 2003 – 2005 y, para fines del primer trimestre del 2006, se espera contar el nuevo Plan Estratégico Nacional 2006 – 2015.

Finalmente, cabe indicar que a partir del 2002, gracias a la oportunidad que representaban para el país los recursos del Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la

malaria¹⁷, los representantes de la Sociedad Civil organizada y del Estado, constituyen el mecanismo de coordinación de país (MCP)¹⁸, instancia multisectorial responsable de la formulación y negociación de los proyectos de país (PP) en cada uno de los temas previstos. El PP en el tema SIDA presentado por el MCP fue aprobado en la segunda ronda de financiamiento del FG¹⁹. Los recursos frescos del FG y la presencia del MCP han permitido establecer espacios de negociación en donde las organizaciones del sector sin fines de lucro y las del Estado han podido llegar a consensos para organizar mejor la respuesta del país frente al VIH-SIDA. Es así como, en marzo del 2005, el MCP selecciona al Programa Nacional de SIDA (PNS) como Receptor Principal (RP), responsable de implantar el PP y canalizar al país y sus instituciones US\$ 14.000.000 a ser gastados en un período de 5 años. De ese total, US\$ 4.334.908 serán destinados para la compra de ARV y medicamentos para las enfermedades oportunistas. El primer desembolso lo recibió el país a principios del 2005. Aunque el PP del FG se construye con el mismo enfoque y objetivos del Plan Estratégico Nacional 2001-2003, los desafíos planteados al país por el largo proceso de negociación impuesto por el Fondo Global (FG), desplazó la prioridad nacional de elaborar un nuevo Plan Estratégico Nacional al fenecer aquel que cubría el período 2001-2003.

Por último, otro desafío inmediato que podría aumentar la crisis estructural en la que viven el Ecuador representa el Tratado de Libre Comercio de los países andinos con EEUU, el mismo que está en sus últimas fases de negociación. Se observa el posible impacto que el capítulo de Propiedad Intelectual pueda tener en el registro y el acceso de medicamentos de calidad asequibles en el área de influencia del tratado, el mismo que puede afectar el acceso a antirretrovirales. Ante este panorama, sólo cabe exigir que el acceso a la salud de los pacientes deba quedar fuera de toda negociación comercial.

¹⁷ "El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria se creó con el propósito de aumentar radicalmente los recursos para la lucha contra tres de las enfermedades más devastadoras del mundo y dirigir dichos recursos a las zonas más necesitadas. Como asociación entre los gobiernos, la sociedad civil, el sector privado y las comunidades afectadas, el Fondo Mundial representa un enfoque innovador de la financiación internacional de la salud. Como mecanismo de financiación, el Fondo Mundial colabora estrechamente con otras organizaciones multilaterales y bilaterales que se ocupan de cuestiones de salud y desarrollo a fin de asegurar que los programas que financia se coordinen con los ya existentes. En muchos casos, estos asociados participan en los Mecanismos de Coordinación de País y proporcionan asistencia técnica importante durante el desarrollo de propuestas y la ejecución de programas". Página WEB en español del FG.

¹⁸ Según los reglamentos del FG, "Los Mecanismos de Coordinación de País (MCP) son elementos capitales en el compromiso del Fondo Mundial de procurar que los países sientan como propias las iniciativas y participen en el proceso de adopción de decisiones. Una vez aprobada la ayuda, supervisan los progresos realizados durante la fase de ejecución.

¹⁹ En función de las características de la epidemia del VIH/SIDA en el Ecuador: concentrada y con una alta velocidad de crecimiento (se quintuplicará en 5 años) la meta del Ecuador es "disminuir la velocidad de la progresión de la epidemia y el impacto de la infección por VIH" y refleja la necesidad de intervenir oportunamente para evitar llegar a una epidemia generalizada. SECCIÓN IV – Alcance de la propuesta del proyecto de país, presentado al FG.

I.4 METODOLOGÍA DE RECOPIACION DE LA INFORMACIÓN REQUERIDA

Tal como se define en la Declaración de Compromiso, el éxito en la lucha contra el SIDA se mide por el logro de objetivos concretos en los plazos estipulados, exigiendo un seguimiento cuidadoso del avance en la aplicación de los compromisos acordados a partir del cumplimiento de una serie de **indicadores básicos y adicionales** que deberían permitir evaluar los progresos realizados, tanto para países de epidemia concentrada como para aquellos de epidemia generalizada. En los dos casos, estos indicadores se agrupan en cuatro categorías genéricas:

- ✓ Indicadores a nivel mundial para medir el COMPROMISO Y LA ACCIÓN MUNDIALES.
- ✓ Indicadores que supervisan el COMPROMISO Y LA ACCIÓN NACIONALES, controlando el gasto gubernamental en el VIH/SIDA.
- ✓ Indicadores del PROGRAMA Y EL COMPORTAMIENTO NACIONALES para medir el porcentaje de personas que tienen derecho a recibir servicios básicos, y el grado en que poblaciones concretas adoptan comportamientos más seguros para reducir el riesgo de transmisión del VIH.
- ✓ Indicadores del IMPACTO NACIONAL que examinan el número de nuevas infecciones entre los jóvenes (15-24 años) y los lactantes nacidos entre madres VIH-positivas.

I.4.1 EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LA RESPUESTA NACIONAL (SIRN²⁰)

El SIRN ha estructurado 3 grupos de indicadores y un manual metodológico para su cálculo.

- ✓ 17 indicadores para países de epidemia generalizada
- ✓ 9 indicadores para países de Epidemia concentrada o de baja prevalencia
- ✓ 4 indicadores de Compromiso y acción mundiales

I.4.2 EL SISTEMA NACIONAL DE INFORMACION EN VIH/SIDA, EL SIRN Y EL INFORME

De manera general, cabe indicar que el Ecuador no se encuentra, al momento, en capacidad de entregar la información requerida por el UNGASS a través del Sistema de Información de la

²⁰ El nombre en inglés del Sistema de Información de la Respuesta Nacional es Country Response Information System (CRIS).

Respuesta Nacional (SIRN). El país no ha diseñado ni ejecutado un mecanismo que le hubiera permitido obtener la información requerida para el seguimiento de los compromisos adquiridos en el UNGASS mediante los indicadores definidos. Este retraso ubica el presente informe en una situación particular, la de no contar a nivel nacional con los datos que requieren los indicadores del SIRN. Por otro lado, el SIRN es un sistema complejo en cuanto a la cantidad de indicadores considerados y exigente en cuanto a los procesos metodológicos necesarios para obtener la información. Al problema de la ausencia de capacidad del país para responder a los requerimientos, se añade otro que se relaciona con la rigidez del formato informático de la base de datos del SIRN. El formato en cuestión no tiene flexibilidad y no ofrece la posibilidad de ubicar la información que se acerca al indicador.

En consecuencia, la elaboración del informe conllevó una búsqueda de la información relevante de las siguientes fuentes:

1. El Sistema de información epidemiológica del Programa Nacional de Prevención y Control de ITS /VIH/SIDA del Ministerio de Salud Pública.
2. Los estudios especializados realizados por organizaciones privadas y públicas.
3. El Informe de la Etapa de Evaluación del Plan Estratégico Nacional sobre VIH/SIDA 2001 – 2003, del sector y de la respuesta nacional ante el VIH-SIDA durante el período 2001 – 2005.
4. La Base de datos de la Encuesta -realizada en el 2005- para la Evaluación del Plan Estratégico Nacional sobre VIH/SIDA 2001 – 2003, del sector y de la respuesta nacional ante el VIH-SIDA durante el período 2001 – 2005.
5. El Informe del consultor nacional sobre Flujo de Recursos en 2004 para actividades de Población y SIDA de UNFPA, ONUSIDA y NIDI.
6. Los resultados de los Paneles de expertos, del 14 – 15 de diciembre del 2005 y del 26 de enero del 2006.

Ninguna de estas fuentes fue diseñada para acoplarse con el SIRN. Tampoco se buscó integrar la información requerida por el SIRN, en los protocolos de los estudios realizados por determinadas organizaciones entre 2003 y 2005 para lograr una medición de dichos indicadores. Por esta razón, la elaboración del Informe se basa sobre 3 estimaciones del indicador:

1. *Entrega de la información cuantitativa tal como la piden las Directrices.* Excepto para el caso del Índice Compuesto de Política Nacional – 2006, esta condición rara vez se pudo

respetar. En los demás casos donde se presentó esta situación, los datos cubrían generalmente universos pequeños y poco representativos.

2. *Entrega de la información cuantitativa que más se acerca al indicador.* Es la situación más frecuente en la presentación de la información de dicho informe.
3. *Entrega de una información cualitativa* cuando existía una ausencia de información cuantitativa o cuando ésta se podía cuestionar. La metodología usada en este aspecto fue la del Panel de expertos.

El documento de informe se concentró sobre los Indicadores para epidemia concentrada o de baja prevalencia puesto que de acuerdo a diversos parámetros internacionales, es la situación que corresponde al Ecuador. Dicha clasificación se organiza sobre varios criterios, particularmente niveles de prevalencia altos en determinados grupos vulnerables, como los HSH, inferiores a 1% en embarazadas y bajos en la población en general.

Sin embargo, los Indicadores de epidemia generalizada también tienen importancia para el Ecuador y en ciertos casos, se dispone de cierta información que cabe retener para el análisis de las tendencias.

I.5 RESUMEN DE LOS INDICADORES DE EPIDEMIA CONCENTRADA Y GENERALIZADA CON LOS QUE EL PAÍS CUENTA CON INFORMACIÓN O NO

I.5.1 INDICADORES BÁSICOS DEL UNGASS ELEGIDOS POR EL PAÍS: EPIDEMIA CONCENTRADA

I.5.1.1 Compromiso y acción nacionales

I.5.1.1.1 Programas nacionales: programas de análisis y prevención del VIH en las poblaciones más expuestas

Cuadro No. 1 Resumen de Indicadores de Epidemia Concentrada

INDICADOR	POBLACION	APROXIMACION AL VALOR DEL INDICADOR	FUENTE
IND3: Porcentaje (de poblaciones mas expuestas) que se hizo el análisis del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados.	POBLACIÓN EN GENERAL 3.1 Mujeres en edad fértil de 15-49 años, nivel nacional, alguna vez en la vida.	En mujeres de 15 a 49 años, el 13.6% se ha hecho alguna la prueba.	CEPAR, ENDEMAIN, Informe Final, 2004 (21, p. 407)
	POBLACIONES MÁS EXPUESTA 3.2 Trabajadoras sexuales, alguna vez en la vida.	91%	Kimirina-2004, (22, p.20) ²³

²¹ Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social. Informe Preliminar de la Encuesta Demográfica y de Salud Materna Infantil – ENDEMAIN. Quito: 2004.

²² Instituto Juan César García, Línea basal de la evaluación externa del proyecto de prevención en las Fronteras de la Epidemia – Informe preliminar. Corporación KIMIRINA. 2004.

²³ El estudio no especifica la condición de la Trabajadora Sexual, si es carnetizada o clandestina.

	3.3 Hombres que tienen sexo con hombres, alguna vez en la vida. (9 ciudades del Ecuador)	44%	(²⁴ , p.20) ²⁵			
	3.4 Total de personas que se han realizado pruebas para la detección de VIH (incluye Microelisa y Western Blot)	3.4%	CRE – 2005 (²⁶)			
IND4: Porcentaje (de poblaciones mas expuestas) que logran atender los programas de prevención.	4.1 Talleres de sensibilización e información desarrollados para motivar el uso del condón	670.344 personas entre 2001-2005 (10.8% de la población 15 – 49 años calculada en el 2001 o 2.16% como promedio anual)	Evaluación del Plan Estratégico Nacional 2001-2003, del sector y de la respuesta nacional ante el VIH-SIDA durante el período 2001 – 2005 (²⁷)			
	4.2 Talleres de capacitación, educación e información	171.192 personas entre 2001-2005 (2.7% de la población 15 – 49 años calculada en el 2001 o 0.54% como promedio anual)				
	4.3 Talleres de liderazgo y sensibilización	25.291 personas entre 2001-2005 (0.4% de la población 15 – 49 años calculada en el 2001 o 0.08% como promedio anual)				
	4.4 Talleres de crecimiento organizacional	11.166 personas entre 2001-2005. De manera general, el desarrollo de talleres de diversos tipos ha ido creciendo en el país (0.1% de la población 15 – 49 años calculada en el 2001 o 0.02% como promedio anual)				
	4.5 Derechos	118.047 personas entre 2001-2005 (1.2% de la población 15 – 49 años calculada en el 2001) y 0.4% en 2003; 0.67% en 2004 y 0.71% en 2005.				
	4.6 Número de personas que recibieron orientación y serología para VIH/SIDA	119.295 personas entre 2001-2005 (1.9% de la población 15 – 49 años calculada en el 2001); 0.3% para el año 2003; 0.37% para el año 2004 y 0.8% para el año 2005 en relación con el mismo rango de edad.				
	4.7 Numero de usuarios atendidos en el Servicio de Asesoría Prueba Voluntaria (APV)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2004</th> <th>2005</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3792</td> <td>26.718</td> </tr> </tbody> </table> <p>Total: 30.510 personas</p>	2004	2005	3792	26.718
2004	2005					
3792	26.718					

²⁴ Instituto Juan César García, Línea basal de la evaluación externa del proyecto de prevención en las Fronteras de la Epidemia – Informe preliminar. Corporación KIMIRINA. 2004.

²⁵ El estudio no especifica la condición de la Trabajadora Sexual, si es carnetizada o clandestina.

²⁶ Cruz Roja Ecuatoriana. Servicio de Asesoría Prueba Voluntaria. Resultados de VIH de 6 ciudades. Quito, Guayaquil, Portoviejo, Quevedo, Santo Domingo y Esmeraldas. Marzo a octubre 2005.

²⁷ Laufer J, Barragán S, Informe de Evaluación del Plan Estratégico Nacional 2001-2003, del sector y de la respuesta nacional ante el VIH-SIDA durante el período 2003 – 2005. Quito, ONUSIDA; 1995

²⁸ Cruz Roja Ecuatoriana. Servicio de Asesoría Prueba Voluntaria. Resultados de VIH de 6 ciudades. Quito, Guayaquil, Portoviejo, Quevedo, Santo Domingo y Esmeraldas. Marzo a octubre 2005.

I.5.1.2 *Conocimiento y comportamiento*

IND5: Porcentaje (de población mas expuesta) que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del VIH.	5.1 Mujeres en edad fértil de 15-49 años, nivel nacional.	"Alrededor del 62,5% de mujeres de 15 a 49 años de edad conoce de manera espontánea sobre el VIH/SIDA, pero sólo el 8.5% por ciento conoce las tres formas de prevención relacionadas con la actividad sexual" (27 p.384).	CEPAR, ENDEMAIN, Informe Final, 2004 (29)
	5.2 Trabajadoras sexuales	"Del total de TS participantes, 93% mencionaron el condón como una forma de prevenir el VIH. Las otras opciones tuvieron porcentajes mínimos" (28p.22)	Kimirina, 2004 (30)
	5.3 Hombres que tienen sexo con hombres	"En los HSH entrevistados, el 79% menciona el condón como forma de prevención del VIH". (28p.43)	
IND6: Porcentaje de trabajadores sexuales femeninos y masculinos que declaran haber usado un preservativo con su cliente mas reciente.	6.1 Trabajadoras sexuales	"La inmensa mayoría de las TS (95%) reportaron haber usado condón alguna vez, la mayor parte con mas de un año de experiencia en el uso del mismo". (ii., p.22)	CAISS 3, Quito, Ministerio de Salud Pública.
	6.2 Trabajadoras sexuales en actividades de consejería	No uso del condón: 27 / 1522= 1.8%	
IND7: Porcentaje de varones que declaran haber usado un preservativo la última vez que tuvieron una relación sexual anal con una pareja masculina.	7.1 HSH	"La cuarta parte de los HSH entrevistados dijeron que nunca han usado condón; de los que han usado, casi el 20% tiene únicamente un año de estarlo usando". (xviii, p.47)	Kimirina, 2004 (31)
	7.2 HSH Encuesta en varios países de AL	No uso del condón: 45.5%	Sex Transm. Infect 2004 (xxvii)
	7.3 HSH Quito	"En las relaciones sexuales eventuales, el uso sistemático del condón alcanza apenas el 32.7% entre los entrevistados. El 48.6% restante, afirma utilizar condón ocasionalmente y en un 18.8% nunca lo usa" (32, p.9).	F. Equidad, 2002 (xxiii)
IND8: Porcentaje de CDI que adoptaron comportamientos que reducen la transmisión del VIH, por ejemplo que evitan compartir material de inyección y utilizan preservativos en el último mes.	Sin información		

²⁹ Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social. Informe Preliminar de la Encuesta Demográfica y de Salud Materna Infantil – ENDEMAIN. Quito: 2004.

³⁰ Instituto Juan César García, Línea basal de la evaluación externa del proyecto de prevención en las Fronteras de la Epidemia – Informe preliminar. Corporación KIMIRINA. 2004.

³¹ Instituto Juan César García, Línea basal de la evaluación externa del proyecto de prevención en las Fronteras de la Epidemia – Informe preliminar. Corporación KIMIRINA. 2004.

³² Acosta M, Montoya O. Fundación Ecuatoriana Equidad. Hombres gays y otros hombres que tienen sexo con hombres en el Ecuador. Aproximaciones al comportamiento y a la seroprevalencia del VIH-1; 2002

I.5.1.3 *Impacto*

I.5.1.3.1 Prevalencia del VIH/SIDA en diversos grupos más expuestos según estudios realizados

Lugar Fecha	Tipo de población	Muestra (No n/N)	Porcentaje de VIH(%)	Fuente de la información
HOMBRES GAY, HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES				
Quito Guayaquil 1999-2002	HSH	660	16.6%	Sex Transm Infect 2004 ⁽³³⁾
Quito 2000	HSH	106 hombres gay y otros HSH	11.7% Elisa y WB positivo	F. Equidad, 2002 (xxii ³⁴)
Quito 2003	HSH	200	16.7	Hospital Vozandes U. S. Naval Medical Research Center (NMRCD) F. Equidad ⁽³⁵⁾
Guayaquil 2005	HSH	94	23.4	Hospital Vozandes, NMRCD, F. Equidad Elaboración: Sistema de Vigilancia del Ministerio de Salud Pública, 2005 ⁽³⁶⁾
Portoviejo Manabí 2005	HSH	100	4.0	
TRABAJADORAS SEXUALES				
Quito 2005	Trabajadoras sexuales	200	0.5	NMRCD, F. Esperanza Elaboración: Sistema de Vigilancia del Ministerio de Salud Pública, 2005 ⁽³⁴⁾
Guayaquil 2005	Trabajadoras sexuales	179	1.7	
Guayaquil 2005	Trabajadoras sexuales	179	1.7	
Esmeraldas 2005	Trabajadoras sexuales	263	1.1	CLEPS ⁽³⁷⁾ Elaboración: Sistema de Vigilancia del Ministerio de Salud Pública, 2005 ⁽³⁴⁾

³³ C T Bautista, J L Sanchez, S M Montano, V A Laguna-Torres, J R Lama, J L Sanchez, L Kusunoki, H Manrique, J Acosta, O Montoya, A M Tambare, M M Avila, J Vinales, N Aguayo, J G Olson and J K Carr. Seroprevalence of and risk factors for HIV-1 infection among South American men who have sex with men. Sex Transm Infect 2004; 80:498-504© BMJ Publishing Group Ltd. Available from: URL: <http://sti.bmjournals.com/cgi/content/abstract/80/6/498>.

³⁴ Acosta M, Montoya O. Fundación Ecuatoriana Equidad. Hombres gays y otros hombres que tienen sexo con hombres en el Ecuador. Aproximaciones al comportamiento y a la seroprevalencia del VIH-1; 2002

³⁵ Fundación Ecuatoriana Equidad. Perfil Epidemiológico de la Infección por el VIH en hombres Gay y otros HSH en el Ecuador; 2003

³⁶ Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de SIDA. Epidemiología del Virus de Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en el Ecuador, Quito, Dirección Nacional de Epidemiología; 2005.

³⁷ Centro Latinoamericano para Estudios y Promoción para la Salud.

PERSONAS CON ITS				
Quito 2005	Personas con ITS	87	0	PNS-INH-MSP Elaboración: Sistema de Vigilancia del Ministerio de Salud Pública, 2005 ⁽³⁴⁾
Quito 2005	Consultas y exámenes de ITS/VIH-SIDA	3049 con ITS de un total de 8.484 consultas	36% ITS	CAISS 3
EMBARAZADAS				
Quito 2005	Embarazadas	300	0	PNS-INH-MSP Elaboración: Sistema de Vigilancia del Ministerio de Salud Pública, 2005 ⁽³⁴⁾
Guayaquil 2005	Embarazadas	1500	0.3	
Guayaquil, 2002 (3 meses)	Embarazadas	16 (WB)/2364	0.67	M. Enrique Sotomayor ⁽³⁸⁾
Quito 2003	Embarazadas	4/421	0.95	H. Obstétrico Isidro Ayora ⁽³⁶⁾
Quito 2004	Embarazadas	7/2290	0.30	H. Obstétrico Isidro Ayora ⁽³⁶⁾
Guayaquil (VI.2004–IX.2005)	Embarazadas	115/10.885 pruebas rápidas	1.05	H. Guayaquil; M. del Guasmo: M. M. de Jesús. Médicos sin Fronteras ⁽³⁶⁾
PRIVADOS DE LIBERTAD				
	Total privados de libertad	Casos detectados	Prevalencia	Fuente
Guayaquil 2005	3000	37	1.23	Dirección Nacional de Rehabilitación, Ministerio de Gobierno.
Quito Enero – febrero 2005	191 (participantes voluntarios)	2 casos positivos con confirmatorio de WB	1,04	F. Equidad, Cruz Roja Ecuatoriana, Médicos sin fronteras.
JOVENES				
Quito	Jóvenes de 18-20 años	100	0	PNS-INH-MSP Elaboración: Sistema de Vigilancia del Ministerio de Salud Pública, 2005 ⁽³⁶⁾
MIEMBROS DE LA POLICIA NACIONAL				
	Total efectivos	Casos detectados	Prevalencia	Fuente
Nivel nacional	38.850	25	0.064	Dirección de Salud de la Policía Nacional ⁽³⁹⁾
MIEMBROS DE LAS FUERZAS ARMADAS				
	Total efectivos	Casos detectados	Prevalencia	Fuente
Nivel nacional	50.000	110	0.16	Dirección de Sanidad de la Fuerza Aérea Ecuatoriana ⁽⁴⁰⁾

³⁸ Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de SIDA. Epidemiología del Virus de Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en el Ecuador, Quito, Dirección Nacional de Epidemiología; 2005.

³⁹ Casos de VIH/SIDA detectados en la Policía Nacional al 2005

⁴⁰ Casos de VIH/SIDA detectados en las Fuerzas Armadas al 2005, Dirección de Sanidad de la Fuerza Aérea Ecuatoriana, Archivos de las clínicas del VIH/SIDA del Hospital General de las Fuerzas Armadas (Quito) y del Hospital Naval (Guayaquil).

CRUZ ROJA ECUATORIANA				
	Total pruebas realizadas	Casos detectados	Prevalencia	Fuente
Nivel nacional (enero-agosto 2005)	38.097	353 (Microelisa reactivo)	0.92	Cruz Roja Ecuatoriana Estadísticas Laboratorio de Serología
Nivel nacional 2004	54.446	328 (Microelisa reactivo)	0.60	
Nivel nacional 2004	49.750	160 (Microelisa reactivo)	0.32	

I.5.2 INDICADORES BÁSICOS DEL UNGASS ELEGIDOS POR EL PAÍS: EPIDEMIA GENERALIZADA

I.5.2.1 *Compromiso y acción nacionales*

I.5.2.1.1 Programas nacionales: educación, políticas en el lugar de trabajo, tratamiento de casos de ITS, seguridad hematológica, cobertura de prevención de la transmisión maternoinfantil, cobertura de la terapia antirretrovírica de combinación, y servicios para los huérfanos y niños vulnerables

Cuadro No. 2 Resumen de Indicadores de Epidemia Generalizada

INDICADOR	POBLACION	VALOR DEL INDICADOR	FUENTE																		
IND3: Porcentaje de escuelas con maestros capacitados en la educación sobre el VIH/SIDA basada en las aptitudes para la vida y que impartieron esa enseñanza durante el último curso académico.	3.1 Estudiantes de nivel medio	2003: 77.496, 7.9% 2004: 88.209, 8.96% 2005: 87.973, 8.94%	Encuesta Nacional de la etapa de evaluación del Plan Estratégico Nacional 2001-2003, del sector y de la respuesta nacional ante el VIH-SIDA durante el período 2001 - 2005																		
	3.2 Maestros de nivel medio	2003: 1721, 2.1% 2004: 1783, 2.15% 2005: 3544, 4.3%																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th>2003</th> <th>Profesores</th> <th>Alumnos de preprimaria, primaria y medio</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Total</td> <td>187.997</td> <td>3.184.262</td> </tr> <tr> <td>Nivel medio</td> <td>82.798</td> <td>983.859</td> </tr> <tr> <td>Cobertura alcanzada</td> <td>1721</td> <td>77.496</td> </tr> <tr> <td>Porcentaje en relación a total</td> <td>0.9%</td> <td>2.4%</td> </tr> <tr> <td>Porcentaje en relación a Nivel Medio</td> <td>2.1%</td> <td>7.9%</td> </tr> </tbody> </table>				2003	Profesores	Alumnos de preprimaria, primaria y medio	Total	187.997	3.184.262	Nivel medio	82.798	983.859	Cobertura alcanzada	1721	77.496	Porcentaje en relación a total	0.9%	2.4%	Porcentaje en relación a Nivel Medio	2.1%	7.9%
2003	Profesores	Alumnos de preprimaria, primaria y medio																			
Total	187.997	3.184.262																			
Nivel medio	82.798	983.859																			
Cobertura alcanzada	1721	77.496																			
Porcentaje en relación a total	0.9%	2.4%																			
Porcentaje en relación a Nivel Medio	2.1%	7.9%																			
IND4 Porcentaje de grandes empresas que disponen de políticas o programas para la lucha contra el VIH/SIDA en el lugar de trabajo.	El país no dispone de la información requerida.																				
IND5 Porcentaje de varones y mujeres con ITS en establecimientos de salud que han recibido un diagnóstico, tratamiento y asesoramiento apropiados.	Según el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud Pública, durante el 2004, sus unidades operativas diagnosticaron y trataron 47.762 casos de ITS a nivel nacional, dándose a este nivel una cobertura de 100%. Pero estas personas no recibieron consejería. Por lo tanto, en la información disponible, no se cumple la condición "d): asesoramiento eficaz sobre notificación a la pareja, uso del preservativo y prueba del VIH" para el cálculo del indicador.																				
IND6 Porcentaje de mujeres embarazadas infectadas por el VIH que han recibido un ciclo completo de profilaxis antirretrovírica para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil.	"Del total de mujeres diagnosticadas con VIH en Quito y Guayaquil durante el 2004 a octubre del 2005, el 100% recibe tratamientos antirretrovirales (a la madre o en el caso de parturientas a los niños nacidos de madre VIH positiva)". Dirección de Epidemiología, Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA.																				
IND7 Porcentaje de personas que viven con infección avanzada por el VIH que reciben terapia antirretrovírica de combinación.	El indicador se calculó por el Ministerio de Salud Pública de la manera siguiente: "Total de pacientes notificados como casos de SIDA en los últimos 20 años menos el total de defunciones y, de ese total, el porcentaje que se encuentran bajo TAR". De esta manera, indica que 1145 personas están actualmente con terapia antirretrovírica de un total de 1635 casos SIDA, dando un 70.5% de cobertura de los casos notificados. Dirección de Epidemiología, Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA.																				

IND8 Porcentaje de huérfanos y niños vulnerables cuyas familias recibieron apoyo externos básico gratuito para la atención infantil.	El país no dispone de la información requerida.			
IND9 Porcentaje de unidades de sangre para transfusión que se analizan para la detección de VIH.	Cruz Roja Ecuatoriana, Años 2003, 2004 y 2005			
	Unidades de sangre analizadas para la detección de VIH	2003	2004	2005 (Enero - ?)
	Microelisa reactivo	196	242	435
	Western Blot positivo			13
	Total de unidades analizadas para la detección del VIH	84.492	118.884	78.083
	Prevalencia	0.23%	0.20%	0.55%

1.5.2.2 Conocimiento y comportamiento

IND10 Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 24 años de edad que identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechazan las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus.	El país no cuenta con la información sobre conocimiento para prevenir la transmisión sexual del VIH según los 5 criterios establecidos por el CRIS en el segmento 15 – 24 años, sino solamente en mujeres de edad fértil de 15 a 49 años a nivel nacional y a partir de criterios diferentes.			
	Mujeres en edad fértil de 15 a 49 años de edad	Total	Urbana	Rural
	Conocimiento espontáneo de VIH/SIDA	62,5	73,1	45,9
	Percepción de riesgo de infectarse de VIH/SIDA	25,7	28,6	21,2
	Conoce el examen detector del SIDA	65,9	75,7	47,4
	Formas de evitar el VIH:			
	a. Abstinencia	15.6	19.3	9.8
	b. Monogamia	28.6	35.1	18.6
	c. Condón	47.4	57.8	31.1
	Las 3 formas:	7.8	10.2	4.0
	<p>“Uno de los indicadores que la ONUSIDA propone para investigar el conocimiento del VIH/SIDA, a través de encuestas demográficas y de salud, es la identificación de las tres formas de prevención de su transmisión sexual: la abstinencia sexual, la fidelidad y el uso de condones en todas las relaciones sexuales. Según la ENDEMAIN 2004, sólo el 8 por ciento de las mujeres conoce de manera espontánea las tres formas en conjunto. El menor conocimiento espontáneo de las tres formas en conjunto se encuentra en mujeres rurales, de la Amazonía, mujeres de 15-19 años de edad, entre aquellas con bajos niveles de instrucción y entre las indígenas. La forma más conocida individualmente es “usar condones” (47%), seguida por la “monogamia” (fidelidad) con el 29%, y “la abstinencia sexual” (16%). El menor conocimiento sobre estas tres formas de manera individual se da en sectores rurales, región Amazónica, mujeres con bajos niveles de instrucción y entre las indígenas”.</p> <p>ENDEMAIN 2004 ⁴¹</p>			
IND11 Porcentaje de mujeres y varones jóvenes que tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años de edad.	“A nivel nacional, entre las mujeres jóvenes de 18 a 29 años de edad, el 38 por ciento tuvo su primera relación sexual antes de cumplir los 18 años de edad” (p. 29). Entre mujeres de 15 a 24 años, el 8.0% tuvieron la primera relación sexual antes de los 15 años. Por otra parte, la edad mediana de la primera relación sexual en mujeres de 15-49 años a nivel nacional es de 18.7 años, 19.0 años a nivel urbano y 18.3 años a nivel rural. (⁴¹ , p.326)			
IND12 Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 24 años que en los últimos 12 meses tuvieron relaciones sexuales con una	El país no dispone de la información requerida.			

⁴¹ Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social. Informe Preliminar de la Encuesta Demográfica y de Salud Materna Infantil – ENDEMAIN. Quito: 2004.

persona con la que no vivían ni estaban casados.	
IND13 Porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años que declaran haber usado un preservativo en las relaciones sexuales con parejas sexuales ocasionales en los últimos 12 meses.	El país no dispone de la información requerida.
IND14 Razón de la asistencia escolar actual huérfanos versus no huérfanos de 10 a 14 años.	El país no dispone de la información requerida.

1.5.2.3 Impacto

IND15 Porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años infectados por el VIH.	<p><i>Tabla 2: Distribución VIH, SIDA y Total por rango de edad en los casos reportados, MSP, 2004 y 2005</i></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Edades</th> <th colspan="2">VIH (%)</th> <th colspan="2">SIDA (%)</th> <th colspan="2">Total (%)</th> </tr> <tr> <th>2004</th> <th>2005</th> <th>2004</th> <th>2005</th> <th>2004</th> <th>2005</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0-14</td> <td>0,2</td> <td></td> <td>0</td> <td></td> <td>0,1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>15-19</td> <td>5,8</td> <td>7,5</td> <td>1,7</td> <td>1,7</td> <td>4,3</td> <td>5,7</td> </tr> <tr> <td>20-24</td> <td>20,3</td> <td>22,2</td> <td>17,8</td> <td>12,4</td> <td>19,4</td> <td>19,6</td> </tr> <tr> <td>25-29</td> <td>23,9</td> <td>22,1</td> <td>20,1</td> <td>20</td> <td>22,5</td> <td>21,5</td> </tr> <tr> <td>30-34</td> <td>17,7</td> <td>18,5</td> <td>19,5</td> <td>18,9</td> <td>18,4</td> <td>18,6</td> </tr> <tr> <td>35-39</td> <td>9,9</td> <td>10,8</td> <td>15,5</td> <td>17,4</td> <td>12</td> <td>12,9</td> </tr> <tr> <td>40-44</td> <td>10,1</td> <td>7,8</td> <td>9,2</td> <td>9,5</td> <td>9,8</td> <td>8,3</td> </tr> <tr> <td>45-49</td> <td>4,8</td> <td>5,2</td> <td>4</td> <td>7,9</td> <td>4,5</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>50-54</td> <td>3</td> <td>2,6</td> <td>5,3</td> <td>4,1</td> <td>3,9</td> <td>3,1</td> </tr> <tr> <td>55-59</td> <td>2,4</td> <td>1,3</td> <td>3,6</td> <td>3,3</td> <td>2,9</td> <td>1,9</td> </tr> <tr> <td>60-64</td> <td>1,4</td> <td>0,7</td> <td>1,3</td> <td>2,6</td> <td>1,4</td> <td>1,3</td> </tr> <tr> <td>65+</td> <td>0,4</td> <td>0,7</td> <td>2</td> <td>2,1</td> <td>1</td> <td>1,2</td> </tr> </tbody> </table> <p>En los casos reportados de VIH/SIDA a nivel nacional, el Programa Nacional de SIDA del MSP indica una prevalencia de 4.3% para el rango 15-19 años y 19.4% para el de 20-24 años, sumando 23.7% en los jóvenes de 15-24 años para el 2004 y 25.3% para el 2005.</p>	Edades	VIH (%)		SIDA (%)		Total (%)		2004	2005	2004	2005	2004	2005	0-14	0,2		0		0,1		15-19	5,8	7,5	1,7	1,7	4,3	5,7	20-24	20,3	22,2	17,8	12,4	19,4	19,6	25-29	23,9	22,1	20,1	20	22,5	21,5	30-34	17,7	18,5	19,5	18,9	18,4	18,6	35-39	9,9	10,8	15,5	17,4	12	12,9	40-44	10,1	7,8	9,2	9,5	9,8	8,3	45-49	4,8	5,2	4	7,9	4,5	6	50-54	3	2,6	5,3	4,1	3,9	3,1	55-59	2,4	1,3	3,6	3,3	2,9	1,9	60-64	1,4	0,7	1,3	2,6	1,4	1,3	65+	0,4	0,7	2	2,1	1	1,2
	Edades		VIH (%)		SIDA (%)		Total (%)																																																																																											
2004		2005	2004	2005	2004	2005																																																																																												
0-14	0,2		0		0,1																																																																																													
15-19	5,8	7,5	1,7	1,7	4,3	5,7																																																																																												
20-24	20,3	22,2	17,8	12,4	19,4	19,6																																																																																												
25-29	23,9	22,1	20,1	20	22,5	21,5																																																																																												
30-34	17,7	18,5	19,5	18,9	18,4	18,6																																																																																												
35-39	9,9	10,8	15,5	17,4	12	12,9																																																																																												
40-44	10,1	7,8	9,2	9,5	9,8	8,3																																																																																												
45-49	4,8	5,2	4	7,9	4,5	6																																																																																												
50-54	3	2,6	5,3	4,1	3,9	3,1																																																																																												
55-59	2,4	1,3	3,6	3,3	2,9	1,9																																																																																												
60-64	1,4	0,7	1,3	2,6	1,4	1,3																																																																																												
65+	0,4	0,7	2	2,1	1	1,2																																																																																												
IND16 Porcentaje de adultos y niños con el VIH que siguen con vida 12 meses después de haber comenzado la terapia antirretrovírica.	Según el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud Pública, <i>"del total de casos que iniciaron hace un año el tratamiento, se estima que el 75% sigue con vida"</i> .																																																																																																	
IND17 Porcentaje de lactantes infectados por el VIH que nacen de mujeres infectadas.	El país no puede calcular el indicador en la forma indicada.																																																																																																	

II. PANORAMA GENERAL DE LA EPIDEMIA DE SIDA

II.1 EL ESTADO DE LA PREVALENCIA PARA LAS POBLACIONES MÁS EXPUESTAS Y PARA LA POBLACIÓN EN GENERAL

II.1.1 INTRODUCCION

Se considera al Ecuador como un país que se encuentra en fase concentrada y de baja prevalencia de la epidemia en la población general. El estado de la epidemia se resume según la

información proporcionada por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA (PNS) del Ministerio de Salud Pública (MSP) y describe algunos datos de seroprevalencia obtenidos en diversos grupos vulnerables y más expuestos y, por otra parte, datos de notificación a nivel nacional del Programa Nacional de SIDA presentados por sexo, orientación sexual y razón.

II.1.2 PREVALENCIA PARA LAS POBLACIONES MÁS EXPUESTAS

II.1.2.1 *Hombres que tienen sexo con hombres*

La prevalencia del VIH SIDA en HSH fluctúa de manera importante según las fuentes consultadas. Por ejemplo, el estudio *Seroprevalence of and risk factors for HIV-1 infection among South American men who have sex with men, 19 seroepidemiological, cross sectional studies in 36 cities of seven countries of South America among 13.847 MSM, 1999-2002*⁴², determina para el caso del Ecuador, una prevalencia de 16.6%, o sea 105 casos positivos de una muestra de 660 HSH, en las ciudades de Quito y Guayaquil.

La Fundación Ecuatoriana Equidad, en un estudio realizado en el año 2000 a 106 gays y otros HSH en la ciudad de Quito, encontró una prevalencia del 11.7% (13 personas con Elisa y WB positivo).

Por último, la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública, en una recopilación de estudios de su responsabilidad, en cuanto a HSH, cita, a su vez, 3 estudios realizados en Pichincha, Guayas y Manabí (Hospital Vozandes, NMRCO, F. Equidad) y cuyos resultados son para la prevalencia en este grupo, respectivamente, de: 16,7%, 23,4% y 4,0%.^(43, p.5)

⁴² C T Bautista, J L Sanchez, S M Montano, V A Laguna-Torres, J R Lama, J L Sanchez, L Kusunoki, H Manrique, J Acosta, O Montoya, A M Tambare, M M Avila, J Viñoles, N Aguayo, J G Olson and J K Carr. Seroprevalence of and risk factors for HIV-1 infection among South American men who have sex with men. *Sex Transm Infect* 2004; 80:498-504 © BMJ Publishing Group Ltd. Available from: URL: <http://sti.bmjournals.com/cgi/content/abstract/80/6/498>.

⁴³ Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de SIDA. Epidemiología del Virus de Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en el Ecuador, Quito, Dirección Nacional de Epidemiología; 2005.

II.1.2.2 Trabajadoras sexuales

Según la misma fuente, en estudios realizados en Pichincha, Guayas y Esmeraldas, en diversos grupos de trabajadoras sexuales, las prevalencias encontradas a junio del 2005, son respectivamente: 0,5%, 1.7% (NMRCDF. Esperanza) y 1.1% (CLEPS).

II.1.2.3 Embarazadas

Según el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Programa Nacional de SIDA del Ministerio de Salud Pública, en embarazadas, las pruebas realizadas en las maternidades Enrique Sotomayor, del Guasmo, Santa Marianita. de Jesús de la ciudad de Guayaquil⁴⁴ y, el H. Gineco-Obstétrico “Isidro Ayora” de Quito⁴⁵, arrojan, entre el 2002 y el 2005, niveles de prevalencia de VIH-SIDA que fluctúan entre 0.30% y 1.05%.

II.1.2.4 Privados de libertad

Según la Dirección Nacional de Rehabilitación Social, se detectaron 37 casos de VIH-SIDA al 2005, en las cárceles de la ciudad de Guayaquil, lo que representa una prevalencia, en este grupo, de 1.23%.

II.1.2.5 Comentario general para todas las poblaciones más expuestas

Los estudios de seroprevalencia realizados en el país en los diversos grupos no constituyen una medición a nivel nacional de la prevalencia del VIH/SIDA para los respectivos grupos, ni pueden compararse entre ellos debido a las diferencias que presentan las metodologías usadas para su medición. Ofrecen solo una tendencia general.

Existen una dispersión importante entre los resultados obtenidos y diferencias notables en las estimaciones que dependen de las características metodológicas de los estudios realizados y sobre las cuales no se tiene siempre una información completa. La tendencia de los datos en HSH los designa como el grupo mas afectado por el VIH/SIDA.

⁴⁴ Dr. Jorge Martín, Médicos sin fronteras. Coordinador de terreno del proyecto de Atención Integral a Pacientes Viviendo con VIH/SIDA.

⁴⁵ Lcda. Silvia Córdor, Ministerio de Salud Pública Laboratorio del Hospital Gineco - Obstétrico Isidro Ayora. Dr. Walter Moya, médico patólogo.

En Guayaquil, se obtuvo en 2004 - 2005 una medición en embarazadas que supera el umbral del 1% y que podría indicar una modificación de la epidemia y su posible entrada en fase generalizada en esa ciudad. Finalmente, cabe indicar que, entre los privados de libertad en Guayaquil, la prevalencia de 1.23% encontrada, no en estudio de seroprevalencia, sino a partir de la sintomatología presentada por el sujeto, señala claramente este grupo como un grupo de alta vulnerabilidad.

Además, la búsqueda de cifras de prevalencia conoce diversas dificultades metodológicas inherentes a la especificidad del problema estudiado, siendo la más importante la que se refiere a la ausencia de un marco muestral en muchas de las poblaciones estudiadas, con la imposibilidad de construir, en ciertos casos, una muestra representativa de la población estudiada que permita inferir los parámetros de esta última (en particular en HSH y TS).

II.1.3 LA PREVALENCIA DEL VIH/SIDA A NIVEL NACIONAL.

Oficialmente, se estima la prevalencia del VIH/SIDA a nivel nacional en alrededor de 0.3%, valor calculado a partir de la relación entre 40.000 personas viviendo con VIH/SIDA (estimación de ONUSIDA) y la población ecuatoriana⁴⁶. Sin embargo, existen otras estimaciones sobre el número total de PVVS a veces mayores a la mencionada como la de FEDAEPS en 53.000 personas, lo que ubicaría dicha prevalencia en 0.4%. En ciertos informes oficiales, por ejemplo, el de ONUSIDA de diciembre del 2002⁴⁷, la prevalencia se calcula en relación con el rango de población de 15 a 49 años. Para el caso del Ecuador, las estimaciones mencionadas del número de PVVS existentes, en relación con este rango de edad, darían como resultado 0.44% y 0.59% respectivamente.

⁴⁶ 13.215.089 personas en el 2005. Proyecciones de la población 2005. Ecuador. MSP/OPS/UNICEF/UNFPA.

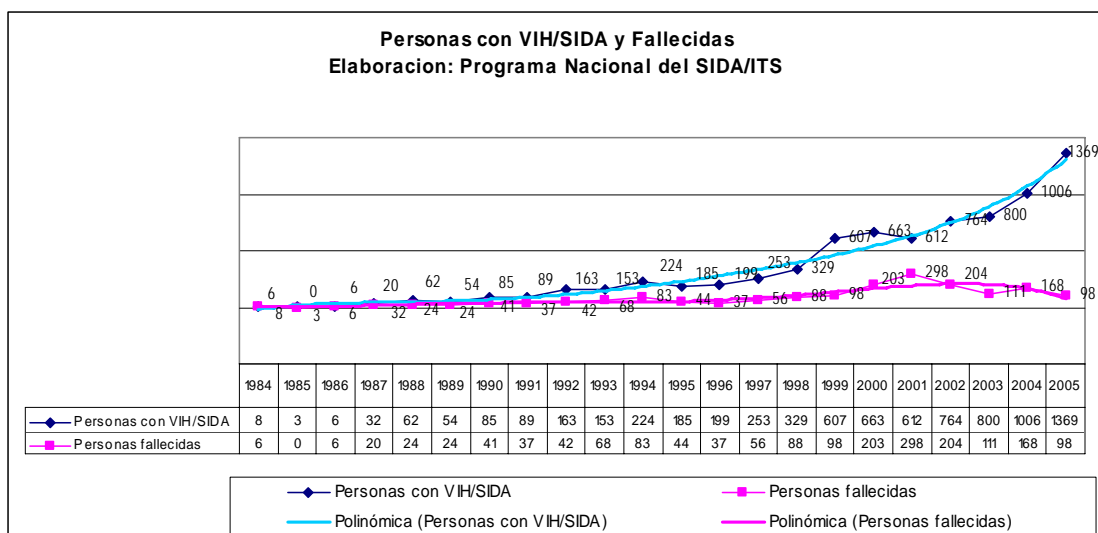
⁴⁷ UNAIDS. AIDS Epidemics Update: December 2002 Available from: URL: http://www.unaids.org/html/pub/Publications/IRC- pub03/epiupdate2002_en_pdf.pdf.

II.1.3.1 La evolución del número de casos reportados de VIH/SIDA y personas fallecidas..

Tabla No. 1: Número de casos reportados de VIH/SIDA y personas fallecidas. Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Epidemiológica, Programa Nacional de SIDA

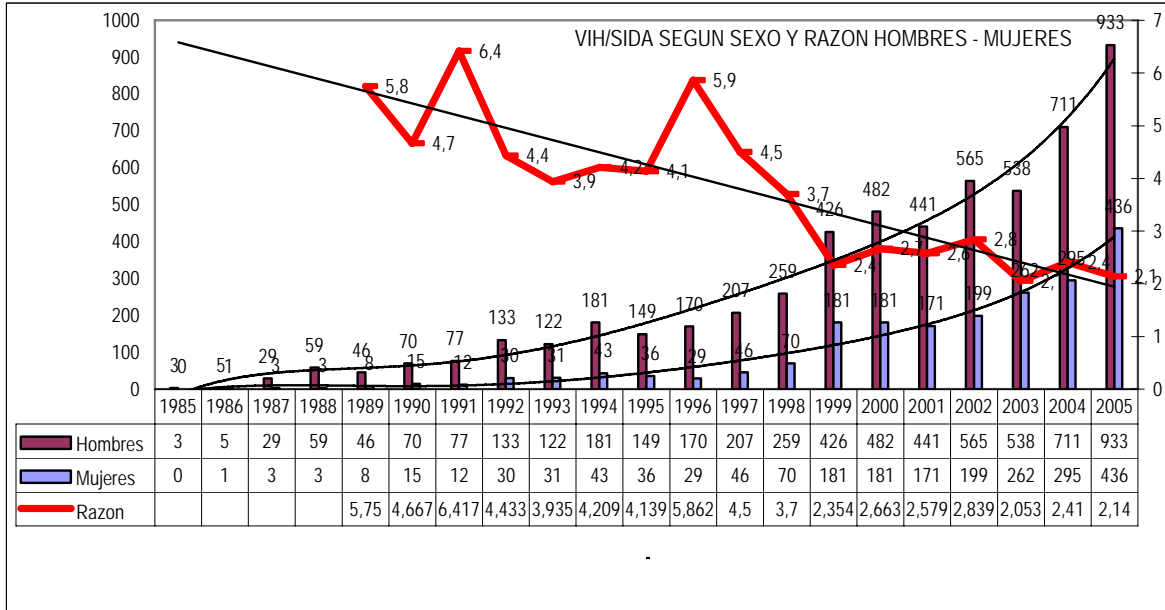
AÑOS	NUMERO DE PERSONAS			ACUMULADOS			PERSONAS FALLECIDAS	
	VIH	SIDA	VIH/SIDA	VIH	SIDA	VIH/SIDA	FALLECIDAS	ACUMULADO
1984	2	6	8	2	6	8	6	6
1985	2	1	3	4	7	11	0	6
1986	0	6	6	4	13	17	6	12
1987	9	23	32	13	36	49	20	32
1988	31	31	62	44	67	111	24	56
1989	25	29	54	69	96	165	24	80
1990	37	48	85	106	144	250	41	121
1991	35	54	89	141	198	339	37	158
1992	94	69	163	235	267	502	42	200
1993	64	89	153	299	356	655	68	268
1994	108	116	224	407	472	879	83	351
1995	114	71	185	521	543	1064	44	395
1996	133	66	199	654	609	1263	37	432
1997	125	128	253	779	737	1516	56	488
1998	145	184	329	924	921	1845	88	576
1999	282	325	607	1206	1246	2452	98	674
2000	348	315	663	1554	1561	3115	203	877
2001	294	318	612	1848	1879	3727	298	1175
2002	361	403	764	2209	2282	4491	204	1379
2003	497	303	800	2706	2585	5291	111	1490
2004	573	433	1006	3279	3018	6297	168	1658
2005	950	419	1369	4229	3437	7666	98	1756

Ilustración No. 2



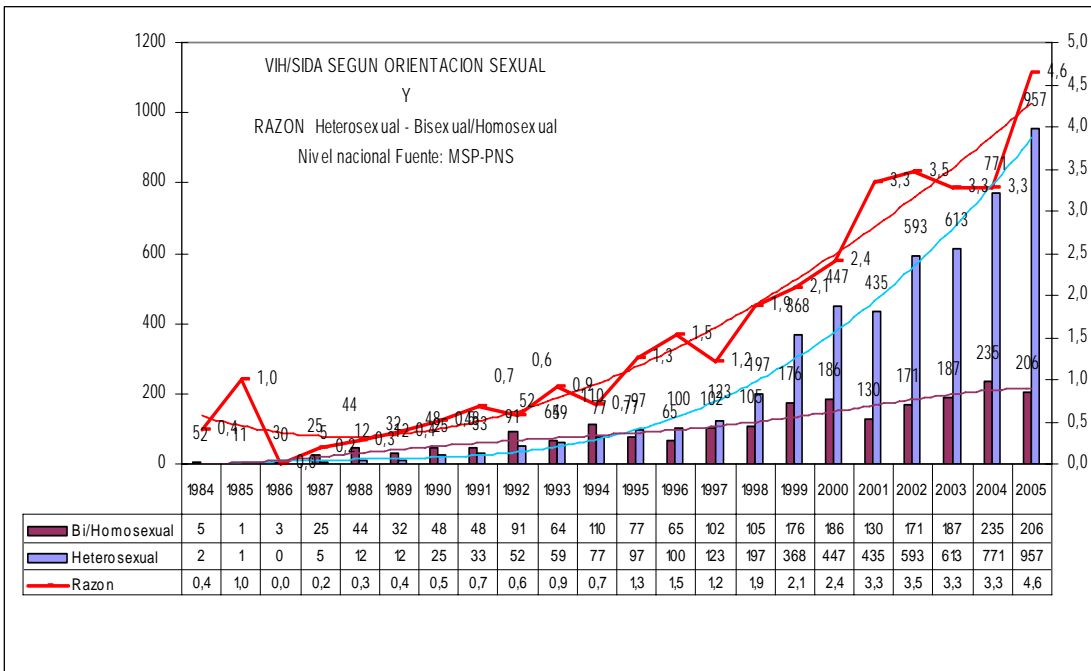
II.1.3.3 La distribución de los casos reportados de VIH/SIDA según la orientación sexual.

Ilustración 3



II.1.3.4 La distribución de los casos reportados de VIH/SIDA según la orientación sexual.

Ilustración 4



II.1.3.5 Casos de VIH/SIDA pediátrico

“Los casos pediátricos por VIH/SIDA, en el año 2004, alcanzaron la cifra de 102 niños, de estos 54 corresponden a casos de VIH y 48 a SIDA. El 27.7% de ellos son menores de un año, en quienes el diagnóstico se lo realiza por medio de Carga Viral, pudiendo existir un subregistro en este grupo de edad, cuando se espera que el niño cumpla los 18 meses para realizar las pruebas convencionales (Elisa, Western Blot). El mayor porcentaje de niños afectados tienen entre 1 y 4 años (60.5%), mientras que en el grupo de 5 a 14 años el número es menor dado que a esta edad se producen el mayor número de fallecimientos. (48, p.4). En el 2005, se registran 65 casos de los cuales, el 87,7% pertenecen al grupo de 1 a 4 años de edad.

II.1.4 OBSERVACIONES EN RELACIÓN CON LA EPIDEMIA DEL VIH/SIDA

El análisis de los datos de la vigilancia de la Dirección Nacional de Epidemiología del Programa Nacional de SIDA del Ministerio de Salud Pública muestra un crecimiento del número de casos reportados de VIH, SIDA y de personas fallecidas, llegando al 2005 a un valor acumulado de 7.666 personas con VIH, de las cuales, 1658 han fallecido. Por otra parte, los mismos datos muestran claramente la extensión de la epidemia en la población en general, en hombres y mujeres heterosexuales, así como en los niños. La epidemiología del VIH/SIDA en la actualidad se concentra en determinados grupos vulnerables donde se observan cifras altas de prevalencia (ver Tabla 3), en particular el grupo de los hombres que tienen sexo con hombres, al mismo tiempo que está adquiriendo características de heterosexualización (ver valores de la prevalencia en embarazadas).

III. RESPUESTA NACIONAL A LA EPIDEMIA DE SIDA

III.1 EL PRESUPUESTO DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA: DEL PNS Y PROGRAMA DE MATERNIDAD GRATUITA, PARA EL TRATAMIENTO EXCLUSIVO DEL VIH/SIDA

Según la “Encuesta sobre Flujos de Recursos en el 2004 para actividades de población y SIDA” en el presupuesto nacional del año fiscal 2004, se observa que, al Ministerio de Salud Pública (MSP) se le asigna 255'151.487.85 dólares para actividades de Población y Sida⁴⁹, mientras que el Ministerio de Salud Pública reporta para los dos programas, de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia y del Programa Nacional de SIDA sólo un monto de 22'500.000 para el mismo período

⁴⁸ Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de SIDA. Epidemiología del Virus de Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en el Ecuador, Quito, Dirección Nacional de Epidemiología; 2005.

⁴⁹ Las “actividades de población y SIDA” se refiere a proyectos, programas y actividades en el marco de las cuatro categorías siguientes: 1) servicios de planificación familiar. 2) servicios básicos de salud reproductiva. 3) actividades en torno a enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA. 4) Investigación básica. Reunión de datos y análisis de políticas de población y desarrollo. UNFPA, ONUSIDA, NIDI. Encuesta sobre flujos de recursos en 2004 para actividades de población y SIDA.

fiscal, lo que representa el 8,82% del total asignado para actividades de Población y Sida. La diferencia corresponde a lo que el Ministerio de Economía y Finanzas, asigna directamente a las Áreas de Salud, maternidades y otras instituciones para este tipo de actividades.

Los recursos destinados por el Ministerio de Salud para el funcionamiento del Programa Nacional de prevención y control de ITS/ VIH-SIDA presentan un crecimiento importante, al pasar de US \$ 619.384, en el período 2003-2004; a US \$ 2'500.000, para el período 2004-2005; hasta alcanzar la no despreciable asignación de US \$ 6'756.475 para el presupuesto 2005- 2006. Es sólo en este último período que, las actividades se diversifican al destinarse los recursos al fortalecimiento organizacional y desarrollo de su capacidad instalada para responder a sus funciones como Receptor Principal de los recursos del Proyecto de País, provenientes del Fondo Global, además de a la atención integral a las PVVS y adquisición de insumos, rubro al que, desde el 2002, el PNS ha destinado sus recursos.

En conjunto entre los dos programas, el presupuesto que el país destina a la respuesta nacional al VIH/SIDA, para el período 2003-2005, es el siguiente:

Tabla No.2: Presupuesto de actividades en torno a ITS / VIH-SIDA ⁵⁰

Programas	Años	2003 (en US\$)	2004 (en US\$)	2005 (en US\$)
Programa Nacional de SIDA		619.384	2'500.000	6'756.475
Programa de Maternidad Gratuita		2'400.000	800.000	11'000.000

III.2 EL SISTEMA INSTITUCIONAL

Según la encuesta para la evaluación del Plan Estratégico Nacional 2001-2003, del sector y de la respuesta nacional ante el VIH-SIDA durante el período 2004 – 2005, administrada a 187 de un universo de 301 organizaciones de las 7 provincias más afectadas que concentran el 66.2% de la población ecuatoriana⁵¹, la respuesta nacional a la epidemia del complejo fenómeno del VIH-SIDA en el país, se enmarca dentro de un contexto político, económico y socio-cultural y de un espacio institucional de igual complejidad. El sector está marcado por la presencia de una multiplicidad de actores, más de 200 organizaciones entre OG, ONG y OBC, de gran diversidad de formas legales, jerarquías y enfoques, sin contar con los organismos bilaterales y multilaterales de cooperación, así

⁵⁰ UNFPA, ONUSIDA, NIDI. Encuesta sobre flujos de recursos en 2004 para actividades de población y SIDA. Informe del consultor nacional.

⁵¹ Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Proyección de la Población; 2005.

como de un cierto número de redes locales, provinciales e internacionales. Esta respuesta se puede resumirse en los términos siguientes.

Las organizaciones que trabajan en VIH/SIDA presentan la siguiente distribución. El mayor número, un 40% del total son OG, dependencias del Ministerio de Salud Pública (MSP), del Ministerio de Educación y Culturas (MEC). Luego le siguen en importancia, las ONG (28%), las organizaciones no gubernamentales internacionales (ONGI) y las organizaciones de base comunitaria (OBC), cada una con un 10% del total, respectivamente.

Según la información recolectada, el sector del VIH-SIDA es de reciente formación, el 12% inicia su trabajo en VIH/SIDA entre 1982 -1989; el 30% de las organizaciones inician su trabajo en VIH-SIDA en la década de los 90 y, el 52%, en el quinquenio 2000-2005. Un gran número de OBC aparece en este quinquenio lo que puede explicarse por el interés de Alliance International de incluir al Ecuador “*como un país de baja prevalencia, en riesgo por la pandemia, en el proyecto Prevención en Fronteras (PPF)*”⁵². Respecto al nivel de especialización, los resultados de la encuesta arrojan que, solamente un 25% son organizaciones especializadas en el tema del VIH-SIDA mientras que, el 75% restante lo tratan como un eje transversal. La transversalización del VIH SIDA se observa sobretodo en las organizaciones que desarrollan programas de salud o de salud reproductiva, en menor proporción, en aquellas que trabajan en la defensa o promoción de derechos o en investigación.

El sector principal en el que trabajan el mayor número de organizaciones es el de Salud con el 65%, en su mayoría OG; Educación, el 19%; Población, el 6%; Derechos, el 5%; Salud Reproductiva, el 4% e investigación, el 0%. Algunas pocas organizaciones abordan la problemática en los “grupos vulnerables”, como los gays y otros HSH, GLBT o TS; otras, abordan segmentos más amplios de población como la juventud, la mujer, la madre gestante o las PVVS.

Las organizaciones encuestadas desarrollan al momento 232 proyectos en VIH/SIDA. Sin embargo, el 32.1% de las organizaciones aparentemente no desarrolla ningún proyecto en particular (12.3% no da información y 19.8% indicó que no desarrollaba ningún proyecto en el momento de la encuesta) y el 42.2%, un solo proyecto.

⁵² “The Alliance programme in Ecuador is part of the wider Frontiers Prevention Project. In Ecuador, the Alliance works in the following six cities and/or provinces: Quito, Guayaquil, Esmeraldas, Quevedo, Santo Domingo and Portoviejo. El Proyecto de Prevención en las Fronteras de la Epidemia de VIH-SIDA, se propone, entre otros aspectos impulsar una iniciativa global para retardar la propagación del VIH y para desarrollar la capacidad de respuestas comunitarias efectivas y sostenibles”. Según la página Web de Alliance Internacional.

La distribución del alcance del primer proyecto desarrollado por las organizaciones muestra que, en el 53.8% de los casos, es local. Son muy pocos los proyectos de alcance provincial o nacional. El 41.7% no da información sobre el primer proyecto desarrollado por su organización, mientras el 37.4% ubica su presupuesto entre US\$ 1 y US\$ 10.000 y el 11.8%, entre US\$ 10.001 y US\$ 50.000. Casi la mitad de los proyectos actualmente desarrollados son de bajo presupuesto desde el punto de vista de sus recursos. Las áreas programáticas de trabajo se distribuyen como sigue:

Tabla No.3: ¿En que Área Programática trabaja su organización?		%
Atención a PVVS		36.6%
Prevención VIH/SIDA		82.8
Banco de sangre en relación con VIH/SIDA		14.1
Investigación del VIH/SIDA o temas conexos		22.4
Captación y administración de recursos económicos		11
Promoción de Derechos		52.3
Incidencia política		30.6
Entrega de medicamentos		16.4
Otros		25.4

Los recursos económicos invertidos en programas de prevención de VIH/SIDA que fueron declarados en la Encuesta realizada para evaluar la respuesta al VIH/SIDA del período 2001-2005 aunque relativamente modestos, manifiestan una tendencia netamente creciente.

Tabla No.4: Presupuesto gastado en programas de prevención de VIH/SIDA (USD)					
Año	2001	2002	2003	2004	2005
Total US\$	406.600	554.850	784.961	1.451.994	1.991.607

III.3 LOS PROGRAMAS

Según se recoge en el informe de la evaluación realizada sobre el período 2001-2005, el área de educación y prevención fue asumida por las organizaciones de la sociedad civil. Su dinamismo interno les permitió desarrollar enfoques y metodologías que servirán plenamente al país en la elaboración del nuevo Plan Estratégico Nacional 2006-2015, esta experiencia favorecerá ahorros importantes al permitir a los responsables aprovechar de las buenas prácticas del subsector, de sus soportes pedagógicos probados y su capacidad profesional. Los resultados alcanzados en el Área de Atención son los más importantes del PEN 2001-2003. Antes del 2002, el PNS no daba atención ni medicamentos a las PVVS, mientras que, a partir de esta fecha, inicia TAR con un cierto número de PVVS y, en el 2005, llegó a cubrir unas 1000 personas. Tomando en cuenta la

diversidad de los subsectores de salud, tanto del público como del privado,⁵³ el MSP suma sus servicios a los ofrecidos por el Seguro Social, Fuerzas Armadas, Policía y ciertos hospitales privados de larga trayectoria como: el Hospital Voz Andes en Quito y los de la Junta de Beneficencia en Guayaquil. Por último, durante el último quinquenio, ha ido creciendo la participación en la atención, de los servicios de las ONG internacionales como los de Médicos Sin Fronteras, lo que ha coadyuvado al fortalecimiento de los centros hospitalarios responsables de ofrecer terapia antiretroviral a las PVVS registradas⁵⁴. Por último, la Cruz Roja Ecuatoriana, una ONGI de amplia trayectoria y de alcance nacional, por convenio con el Estado, es la responsable de proporcionar sangre segura a la población en general, esta institución cubre el 80% del total de la demanda; no obstante, para garantizar la no transmisión del VIH, se requiere del fortalecimiento del sistema de control de calidad de sus laboratorios. Además, dicha entidad ha implementado los primeros servicios de consejería y asesoría para acompañar a las pruebas voluntarias, fundamentales en una política de prevención.

En lo que se refiere a la normalización, en su calidad de institución rectora, el año 2005, el Ministerio de Salud Pública:

- construyó colectivamente las normas para la implantación y manejo sindrómico de las ITS, estandarizando criterios sobre el tratamiento en el País. Y si se considera que las infecciones de transmisión sexual son la puerta de entrada para el VIH-SIDA, con esta normatización, estaría el Ministerio de Salud Pública trabajando en el plano de la prevención.
- se han actualizado por consenso los protocolos para la asistencia de las PVVS en hospitales de tercer nivel.
- desarrolló las normas nacionales para la implantación de la consejería y

⁵³ Según el Perfil del Sistema de Salud del Ecuador, el "Subsector Público está conformado por los servicios del Ministerio de Salud Pública (MSP), el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS-SSC), Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía (dependientes de los Ministerios de Defensa y Gobierno respectivamente), los servicios de salud de algunos Municipios y los de la Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG), la Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil y la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) y la Cruz Roja Ecuatoriana. Estos últimos, aunque son entes privados actúan dentro del sector público, y disponen del 85.4 % de los establecimientos". A su vez "el Subsector Privado está integrado por entidades privadas con fines de lucro (Hospitales, Clínicas, Dispensarios, Consultorios, Farmacias y las Empresas de Medicina Pre-pagada) y las organizaciones privadas sin fines de lucro como diversas ONG's, organizaciones populares de servicios médicos, asociaciones de servicio social, etc., las cuales representan el 14.6 % de los establecimientos del país."

⁵⁴ El proyecto de MSF atiende a 450 pacientes, de los cuales 150 reciben tratamiento ARV

- estandarizó, de acuerdo a criterios regionales, el Sistema de Monitoreo Clínico a fin de facilitar la atención de las PVVS, el mismo que está en proceso de automatización en los diferentes hospitales.

Un número importante de las organizaciones evaluadas en junio del 2005, han iniciado con fuerza actividades relacionadas con la promoción de derechos tendientes al empoderamiento de grupos más expuestos, incidencia política, patrocinio de casos de violación de DDHH, seguimiento de la inversión en Salud del Estado y de seguimiento de los compromisos internacionales.

En el 2005, el apoyo del Grupo Temático en VIH/SIDA del Sistema de Naciones Unidas ha permitido al Gobierno Nacional contar con la evaluación del Plan Nacional 2001-2003 como de aquellas actividades realizadas durante el período siguiente 2003-2005. Para el primer trimestre del 2006, el Grupo temático en cuestión, tiene previsto, continuar su apoyo en el proceso de formulación del Plan Estratégico Nacional 2006-2015. En conjunto con el PNS, se ha concentrado también a sensibilizar y movilizar a los gobiernos locales a través de seminarios, entre otros, como aquel que tuvo lugar en junio de 2005, en Quito, sobre “Políticas Locales y VIH/SIDA” o por medio de la suscripción de convenios interinstitucionales como aquel que sella la cooperación con el Municipio Metropolitano de la ciudad de Quito, en diciembre de este año.

III.3.1 DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN

Resulta difícil cuantificar la cobertura alcanzada por los programas de prevención en VIH/SIDA. La única información disponible proviene de la Encuesta para la Evaluación del Plan Estratégico Nacional sobre el VIH-SIDA 2001 – 2003, del sector y de la respuesta nacional ante el VIH-SIDA durante el período 2003 – 2005.

Se desconoce por lo tanto en gran medida el nivel de la cobertura alcanzada por los programas de prevención desarrollados en el país en relación con los principales grupos existentes como HSH, TS, etc. Sólo el 2,9% de las organizaciones encuestadas manifiestan trabajar con HSH como grupos metas de los talleres de sensibilización e información. Un porcentaje similar de organizaciones manifiesta considerar a ese mismo grupo como meta para sus talleres de IEC de pares. Mientras las TS son poblaciones metas de un mayor número de organizaciones (4.3% en los talleres de sensibilización e información para el uso del condón y 3.8% en el caso de talleres IEC de pares). Es probable que, por problemas de estigma y discriminación por causa de la homofobia, se limite, en la población de los HSH, el acceso universal a la prevención.

El alcance de los programa de prevención, según la información recabada en la mencionada Encuesta fueron, en el caso de profesores y alumnos, el siguiente: el 0.9% del total de los profesores y el 2.4% del total de los alumnos de nivel preprimario, primario y medio o el 2.1% y 7.9% del total de los profesores y alumnos de nivel medio en forma acumulada.

Tabla No. 5: *Número de niños, alumnos y maestros capacitados alcanzado en prevención del VIH/SIDA. CuEE, nivel 7 provincias (66.2% de la población ecuatoriana).*

2001	2002	2003	2004	2005
Número de niñ@s beneficiad@s por programas de educación en salud				
19.900	12.780	34.745	42.390	43.875
Número de maestr@s beneficiad@s por programas de educación en salud				
802	966	1721	1783	3544
Número de estudiantes de planteles educativos beneficiados por programas de educación en salud				
51.480	56.792	77.496	88.209	87.973

Por otra parte, en forma acumulada entre 2001 y 2005, los programas que desarrollan Talleres de sensibilización e información desarrollados para motivar el uso del condón en la población en general llegaron a una cobertura de 670.344 personas, o sea el 10.8% de la población de 15 – 49 años calculada en relación con el año 2001.

Tabla No. 6: *Número de Talleres de sensibilización e información, desarrollados para motivar el uso del condón CuEE (idem),*

2001	2002	2003	2004	2005
Talleres de información desarrollados para motivar el uso del condón				
5.491	5.845	7.755	12.540	13.955

III.3.2 DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN

“A partir del año 2002 el Programa de ITS/VIH/SIDA de Ecuador consigue el acceso a medicamentos para el tratamiento a las personas infectadas por VIH y aquellas con SIDA. Es así, que hasta julio del 2005, se encuentran bajo tratamiento en hospitales del MSP un total de 817 personas, de los cuales 152 son niños atendidos en los hospitales pediátricos de Quito y Guayaquil. El criterio para iniciar el tratamiento es una prueba de CD4 de 200 cel/mm³. De las personas bajo tratamiento 500 personas están localizadas en la ciudad de Guayaquil, 269 en Quito y 48 en la ciudad de Cuenca” (55, p.7).

⁵⁵ Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de SIDA. Epidemiología del Virus de Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en el Ecuador, Quito, Dirección Nacional de Epidemiología; 2005.

III.3.3 OBSERVACIONES SOBRE LOS DATOS

La respuesta nacional no se puede estimar con rigor, peor en los términos metodológicos del SIRN, debido a una ausencia de registro a nivel nacional sobre los programas y actividades realizadas. En este aspecto, se hace sentir la ausencia de un sistema nacional para responder a las necesidades de información existentes en este aspecto. De hecho, la única información disponible es la que arrojan los datos de la Encuesta de Evaluación del Plan Estratégico 2001 – 2003, del sector y de la respuesta nacional ante el VIH-SIDA durante el período 2003 – 2005. Sin embargo, dicho instrumento, aplicado al final del 2005, tampoco se estructuró para obtener la información requerida por el SIRN, sino para fines específicas de la mencionada evaluación.

III.3.4 APROXIMACIÓN AL INDICADOR

La respuesta nacional ha crecido de manera significativa en el Ecuador en los aspectos esenciales de la respuesta a la epidemia, o sea medicamentos antiretrovirales, prevención y seguridad hematológica.

En materia de TAR, el Ministerio de Salud Pública, junto con otras instituciones (Fuerzas Armadas, Policía Nacional, etc.) ha iniciado una actividad sistemática atendiendo 1.145 personas. Según esta fuente, se habría alcanzado un acceso de 70.5% (1.145/1.635). Sin embargo, cabe indicar que la cobertura lograda depende de parámetros que aún no se conocen con exactitud, en particular los que se refieren al número total de PVVS existentes en el país, la proporción de ellos que necesitan TAR y, en un grado menor, del número de personas que los reciben. Tomando en cuenta estas limitaciones, el acceso real alcanzado podría fluctuar entre 9% y 26.4% en el Ecuador, lo cual señala que además de los problemas de desabastecimiento que se presentan con cierta frecuencia, el país tiene que realizar progresos evidentes y urgentes en esta dimensión.

La normatividad existente en el Ecuador obliga al MSP y al PNS a disponer de los reactivos, pruebas y medicamentos, ARV y de enfermedades oportunistas que requieren las PVVS en forma oportuna. Sin embargo, el proceso para recibir tratamiento presenta múltiples problemas en la cotidianidad. Aún le falta al país organizarse para aumentar sus niveles de eficacia y eficiencia en los procesos de negociación, adquisición, distribución y previsión de los ARV.

Habiendo participado en la II Ronda de Negociación Conjunta de precios de antiretrovirales y reactivos para los países de Sudamérica y México, que se llevó a cabo en la ciudad de Buenos Aires, en agosto del 2005, el Ecuador hubiera podido realizar importantes ahorros (hasta de un 63%) en la

compra del esquema AZT+3TC+EFV (US\$ 573.05 usd en lugar de US\$ 1560), sin embargo esto no ha sido posible porque la gestión de ARV, reactivos y otros insumos está sujeta, en el país, a las leyes de contratación pública que impiden hacer compras superiores a montos de US\$ 146.000 sin entrar a un proceso de licitación pública, lo que limita la capacidad del país de satisfacer las necesidades y provisiones a largo plazo. El país espera poder solucionar el problema de desabastecimiento y altos precios con el apoyo de la William J. Clinton Foundation, organización sin fines de lucro americana que ayuda a los países en vías de desarrollo a adquirir ARV a costos menores de 30 a 50% del costo de mercado.

En la Tabla siguiente, se ha calculado un índice aproximado de acceso a partir de los recursos otorgados por el FG y asignados por el Estado para medicamentos, así como de las diferentes estimaciones sobre el número de PVVS que necesitan TAR y del nuevo costo de un esquema básico.

Tabla No. 7: *Índice de acceso alcanzado con recursos del FG y del PNS según el costo de un esquema básico*

Total estimado de PVVS en el Ecuador	40.000 (estimación según ONUSIDA)	53.000 (estimación según FEDAEPS)
Total PVVS que necesitan TAR (23%)	9.200	13.570
Recursos FG para ARVs (presupuesto promedio anual)	\$866.981	
Recursos PNS para ARVs	\$5.760.095	
TOTAL RECURSOS FG + PNS para ARVs	\$6.627.076	
Costo negociado AZT+3TC+EFV (US\$ 573) y otros costos	\$1.146	
Acceso alcanzado (persona con TAR)	5.783	5.783
Porcentaje de acceso con costo negociado y otros costos	63%	43%
Porcentaje de acceso con costo actual (US\$1.560) y otros costos	46%	31,30%

En materia de prevención, existen notables progresos especialmente en el espacio de las organizaciones no gubernamentales que, han asumido casi exclusivamente el manejo de esta dimensión. Sin embargo, los recursos económicos movilizados a nivel nacional siguen siendo netamente insuficientes. Además, se distribuyen entre un número importante de pequeñas organizaciones manejando presupuestos igualmente pequeños y en general, estas organizaciones trabajan de manera relativamente dispersa. Del total de las organizaciones encuestadas, menos de la mitad declaran desarrollar de manera sistemática y respondiendo a un marco programático de la organización : los eventos de sensibilización al uso del condón (el 49%) y, aún menos, los Talleres de capacitación técnica a grupos específicos para la información, educación y capacitación (IEC) de pares

(el 28%). Existe un esfuerzo de trabajo conjunto, en particular con la aparición de las redes y/o Coordinadoras, las mismas que, aunque con limitado nivel de representación, se reúnen en forma periódica y desarrollan interesantes actividades de incidencia política.

IV. PRINCIPALES PROBLEMAS ENFRENTADOS Y ACCIONES NECESARIAS PARA ALCANZAR LAS METAS Y OBJETIVOS DEL UNGASS

IV.1 PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONTEXTO ECUATORIANO

De manera general, la respuesta nacional al VIH-SIDA se ha visto limitada por contextos socio-económicos y culturales, las características del sistema de servicios de salud y las decisiones políticas que, a su vez, han influido en las condiciones de vida, los niveles de protección social de los individuos así como en su acceso y participación, diferenciada por sexo y edad, a los servicios y al gasto en salud, respectivamente. Estos problemas generales o de contexto como son: la crisis de 1999, la inestabilidad política, la fragilidad institucional y el lento proceso de modernización y de la reforma estructural de la salud en Ecuador han mermado los efectos de las valiosas iniciativas que el País ha desplegado durante el período 2003 – 2005 para hacer frente al VIH-SIDA al no poder fortalecer con oportunidad la instancia coordinadora, descentralizar los servicios de atención o alcanzar el nivel esperado de eficiencia en los procesos de negociación para la adquisición de antiretrovíricos o de cobertura y calidad en la atención a las PVVS o en la prevención de la transmisión vertical, tampoco ha sido posible cumplir con el compromiso que el país asumió, en el 2003, de asignar presupuestos para otros componentes que el que se refiere a la atención.

IV.2 PROBLEMAS ESPECIFICOS DEL SECTOR

Otros problemas más específicos o propios al Sector del VIH-SIDA, han limitado también la capacidad de respuesta del Estado Ecuatoriano al VIH-SIDA en cumplimiento de los compromisos de la Declaración de UNGASS. Estos problemas se enmarcan en los generales y se articulan y relacionan íntimamente entre sí.

IV.2.1 EL PAÍS NO HA CONTADO CON UN MARCO DE ACCIÓN PARA EL PERÍODO DE EVALUACIÓN QUE LE PERMITA MEDIR SUS AVANCES AUNQUE ESTÁ EN PROCESO DE FORMULACIÓN DE SU PLAN NACIONAL ESTRATÉGICO, PARA EL PERÍODO 2006-2015.

Si bien para el período 2001 – 2003, el país se dio un plan de acción estratégico sobre el VIH-SIDA con una base multisectorial bastante amplia, para el siguiente período, el 2003 – 2005, no ha contado con un marco de acción consensuado y acordado, de naturaleza multisectorial y multidisciplinario que asigne los recursos y proporcione la base para coordinar el trabajo de todos actores. La razón para ello es que el sector y sus instituciones han debido movilizarse y dar la

debida atención a los requerimientos del Fondo Global de Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria – FG, para así canalizar aquellos recursos que el país necesita con urgencia para volver efectiva su lucha contra el SIDA. Aunque hay un consenso general en que el mencionado proyecto no reemplaza al Plan Estratégico Nacional, éste ha sido, en forma temporal, obligadamente desplazado por la complejidad en su implantación.

Sin embargo, en el año 2005, con el apoyo de ONUSIDA en su rol de aliado estratégico que busca coadyuvar en la elaboración y a la implantación de las políticas sectoriales ha permitido al Gobierno desarrollar una evaluación exhaustiva de la respuesta nacional contenida en el Plan Estratégico Nacional 2001-2003 y de las actividades de atención, prevención, vigilancia epidemiológica y sangre segura del período 2003-2005, no enmarcadas en dicho plan.

Sobre la base de sus hallazgos y recomendaciones, se activará a inicios del 2006, un proceso que tenga como resultado el nuevo Plan Estratégico Multisectorial 2005-2015 para alcanzar la institucionalización de la respuesta nacional del VIH-Sida con el involucramiento de todos los sectores y en especial de aquellos que aún no se han movilizado.

IV.2.2 SE HA IMPLANTADO EN FORMA INSUFICIENTE LA DECLARACIÓN DE COMPROMISO SOBRE EL VIH-SIDA DEL UNGASS, EN EL ESTADO ECUATORIANO.

Como efecto directo de los problemas de contexto antes señalados, hasta el año 2005 la Declaración de Compromiso sobre VIH-SIDA de UNGASS no se hacía presente en la Agenda del Estado Ecuatoriano, como una responsabilidad colectiva de los gobiernos, la sociedad civil y el Sistema de las Naciones Unidas. Esto sólo ha sido posible en el transcurso del 2005, en cumplimiento de los objetivos del Proyecto de País del Fondo Global. Durante este último año, se logra iniciar el proceso para incluir metas claras en los planes de los ministerios de Educación, de Defensa, de Gobierno y Policía. Los mecanismos y procesos en marcha multiplican además las iniciativas de incidencia política, por parte del Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre VIH/SIDA – ONUSIDA, del Mecanismo de Coordinación de País del FG, del Ministerio de Salud Pública y su Programa Nacional de VIH/ITS.

La implantación del compromiso sobre VIH-SIDA de UNGASS, 2001 en la Agenda del Estado Ecuatoriano, permitirá que las instituciones desarrollen acciones tendientes a responder en forma unívoca a los Objetivos del Milenio señalados para el 2015.

IV.2.3 LA RESPUESTA NACIONAL AL VIH-SIDA NO SE HA ELEVADO A POLÍTICA DE ESTADO,

Por la inestabilidad política, la fragilidad de sus instituciones, la complejidad de los procesos en marcha de la Reforma Estructural de la Salud en el Ecuador y la poca información que se ha manejado sobre la gravedad de la epidemia en la década anterior, se han presentado dificultades para consensuar una política de largo plazo en el campo del VIH-SIDA. Sin embargo, en el último quinquenio han surgido: una conciencia clara y un reconocimiento por parte de los líderes del gobierno, las iglesias y sobretodo los responsables de las organizaciones del sector sin fines de lucro del VIH SIDA como un grave problema de salud pública. Habiéndose movilizado, en el último quinquenio, con el apoyo de las organizaciones especializadas, el movimiento de personas que viven con el VIH abandonan su rol figurativo y entran con fuerza en la vanguardia de los actores que emprenden acciones contra el SIDA sobretodo. Este reconocimiento está permeándose en medidas para llevar a cabo cambios fundamentales en las políticas de corto y mediano plazo que poco a poco presionarán hasta conjugarse en una Política de Estado, debidamente consensuada.

Actualmente se cuenta con una importante base legal como es la Política Nacional de Salud la misma que fue formulada con la más amplia participación y consenso, la Ley y el reglamento de Descentralización y Participación Ciudadana, la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud y con la Ley Orgánica de responsabilidad, estabilidad y transparencia fiscal. Todo este marco legal favorece en el sector la exigibilidad de la aplicación de la ley de “Prevención y Asistencia Integral de VIH/SIDA” del 2000, en la que el Congreso Nacional decreta de “*interés nacional*” la problemática.

Sin embargo, el Estado Ecuatoriano está consciente de que esto no es suficiente por lo que espera llevar a cabo una reingeniería política y organizacional en el sector del VIH/SIDA que asegure los compromisos generados por los convenios internacionales suscritos y ratificados por el Ecuador como la Conferencia de Montreal de 1998, la Declaración de compromiso sobre el VIH-SIDA del UNGASS - 2001, la Declaración de Nuevo León del 2004, entre otros.

IV.2.4 SE ADOLECE DE LA AUSENCIA DE UN MODELO DE GESTION Y UNA ESTRUCTURA INSTITUCIONAL DE ALTO NIVEL QUE ASEGURE LA RECTORÍA Y COORDINACIÓN DEL SECTOR.

Otro de los problemas identificados durante el período señalado, ha sido la ausencia de un liderazgo fuerte que permita la coordinación, la transversalización y la armonización de la respuesta nacional. El país cuenta con estructuras de coordinación que pecan por ser débiles, no totalmente implantadas, sin recursos suficientes y con superposición de funciones. Es sólo a partir del 2005, que el Programa Nacional de Sida del Ministerio de Salud Pública ha sido fortalecido como organismo

rector, con suficiente voluntad política y recursos fiscales hasta alcanzar el nivel profesional y compromiso necesario para cumplir con su mandato y atender los requerimientos del proyecto financiado por el FG. A pesar de ello, el PNS funciona dentro de una estructura administrativa y financiera que no facilita los procesos de toma de decisiones y con un nivel de apoyo político y financiamiento insuficiente para llevar a cabo responsabilidades de coordinación de un sector tan importante como el que representa el del VIH-SIDA.

El país no podrá afrontar el incremento en el crecimiento de la epidemia –si se reconoce que por su naturaleza intervienen una diversidad de factores que rebasan el ámbito de la salud- en las actuales condiciones de institucionalidad por ello, en el nuevo período el Gobierno del Ecuador fortalecerá el liderazgo y la respuesta nacional no solamente con la obtención de mayores recursos -lo que suele sobrecargar las débiles capacidades instaladas- sino también asegurando la actoría de un organismo que tenga la suficiente jerarquía, autoridad y poder para definir la política sectorial e dar impulso al Plan Estratégico Nacional. Se están analizando diferentes estrategias, pero hay consenso en que el país debe contar, en el más corto plazo, con un Consejo Nacional autónomo y adscrito al más alto nivel, integrando al Ministerio de Salud Pública como autoridad rectora de la salud, al MCP, a los diferentes Ministerios involucrados y gobiernos locales, a las organizaciones de la sociedad civil (incluyendo a las PVVS) y a asesores de alto nivel del ámbito académico.

IV.2.5 EL ENFOQUE CON EL QUE SE TRABAJA MANEJA UN PARADIGMA CURATIVO, HOSPITALARIO E ASISTENCIALISTA LO QUE HA GENERADO LA DESATENCIÓN Y CORRELATIVA PERIFERIZACIÓN DE LA PREVENCIÓN.

El Ecuador y sus autoridades reconocen que la *“salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, es el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad e individuos contribuyen de manera concurrente a la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.”*⁵⁶ Tomando en cuenta este paradigma, en el período que se evalúa, han retomado con fuerza la reforma del sector salud, pero el proceso de cambio de las actitudes y comportamientos de los ciudadanos y ciudadanas involucrados, toma tiempo.

Por ello una de las dificultades encontradas para el cumplimiento de las metas de los compromisos previstos en la Declaración de UNGASS ha sido el modelo de atención que en la práctica, aún se aplica en los servicios de salud y que está centrado en lo curativo, hospitalario y asistencialista. Prueba de ello es que el balance que arroja la evaluación es deficitario en lo que

⁵⁶ Ley Substitutiva del Código de la Salud, versión final 14 de julio del 2004.

concierno al Área de Educación y Prevención⁵⁷. El gobierno y sus aliados y aliadas, en un enfoque social de derecho, buscan enmarcar la respuesta nacional al VIH-SIDA, en el paradigma de la Reforma Estructural de la Salud, una de cuyas premisas es el modelo de atención integral, donde la atención primaria o preventiva se ubica al mismo nivel de importancia -sino es más- que la atención secundaria o curativa y se las concibe como estrategias que deben ir de la mano.

IV.2.6 SE TRABAJA CON UN CONOCIMIENTO INCOMPLETO DE LA EPIDEMIA EN EL CONJUNTO DE LA POBLACIÓN

Además del reconocimiento de la limitada capacidad de respuesta de los servicios de salud del país ante las enfermedades emergentes como el SIDA, hay que hacer frente a la debilidad de su sistema de reporte. En efecto, la presencia de un subdiagnóstico/subregistro -que según ciertas fuentes consultadas, podría fluctuar entre un 40% y 70% en América Latina⁵⁸ vuelve difícil dimensionar el problema.^{59/60} La dificultad de determinar la magnitud real del problema genera un conocimiento incompleto de la epidemia en el conjunto de la población y permite que ésta siga avanzando sin ser detectada en todas sus dimensiones.

Desde esa perspectiva, en el Ecuador, el Plan Estratégico Nacional 2001 – 2003 y el PP elaborado por el MCP para el FG se han enfrentado -así como también se enfrenta el nuevo Plan Estratégico Nacional 2006 – 2015- con determinados recursos conceptuales, técnicos, institucionales y económicos a un problema que presenta características complejas y mal conocidas. Por ello se busca que la organización interna del nuevo Plan Estratégico Nacional sea coherente con el conocimiento que se tiene de la epidemia, la misma que es compleja porque se compone de varias subepidemias que se entrelazan y dependen las unas de las otras.

En el nuevo Plan Estratégico Nacional se propondrá el desarrollo de un mecanismo mucho más riguroso y más articulado con las necesidades de los programas de acción.

Además de sistematizar la información existente, medir de manera estandarizada el comportamiento de un grupo de indicadores y posicionar el tema en la agenda pública con datos confiables, la nueva estructura apoyará los programas de prevención y atención mediante estudios específicos sobre causalidades.

⁵⁷ En las entrevistas a informantes calificados, el PNS informó que la atención primaria es una responsabilidad del sector sin fines de lucro. N. de la C.

⁵⁸ Frente a esta limitación, fuentes confiables resuelven la incógnita multiplicando las cifras oficiales, "por 10" Fuente: EPIMODEL – OMS.

⁵⁹ Fundación Ecuatoriana de acción y educación para la formación de la salud Ecuador. Crecen casos de VIH/SIDA. Quito; 2004.

⁶⁰ "A nivel mundial es reconocido que para cada caso de SIDA existen 10 casos de VIH. Esto permite de estimar que (...) solamente el 18% de las personas que están viviendo con el virus son captados por el sistema de registro". Organización Panamericana de la Salud. Estadísticas VIH/SIDA: Datos de Bolivia 1984 – 2001.

IV.2.7 LA CULTURA IMPERANTE EN LA QUE PREVALECE LA DISCRIMINACIÓN SOCIAL, DE GÉNERO Y EL ESTIGMA RELACIONADO CON LA DIVERSIDAD SEXUAL GLBT Y EL SIDA ENTORPECE LA RESPUESTA Y ACELERA LA TRANSMISIÓN.

Desde 1998, el país cuenta con la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia u su correspondiente reglamento, la misma que, entre otras, es constitutiva del Marco General de Reformal Estructural de la Salud en Ecuador. Esta ley surge como respuesta a las necesidades de las mujeres de contar con servicios que proporcionen calidad, oportunidad y calidez en la atención; pero el problema cultural de la exclusión y discriminación de la mujer omnipresente en la sociedad y sus instituciones, no termina con la adopción de una ley a su beneficio puesto que esta discriminación afecta sobretodo a los grupos más excluidos y de mayor vulnerabilidad como son: las madres solteras, las mujeres pobres y/o las migrantes y en dicho subgrupo, aún más, las niñas y adolescentes. Esta discriminación, entre otros factores, es la que aleja a un 63,8% ⁽⁶¹⁾ de las mujeres de los controles post-partos y a no asistir a los centros de salud aún mismo durante el embarazo (el 80 de 100.000 mueren al dar a luz ⁽⁶²⁾) y esto por temor de ser víctimas del maltrato de los médicos. Por otro lado, las relaciones de género y de dominación del hombre hacia la mujer las afecta al aumentar la probabilidad de no adoptar comportamientos protectores como el exigir a su pareja el uso del preservativo.

En el nuevo Plan Estratégico Nacional, se pondrá énfasis en la sensibilización y capacitación del personal de los servicios de salud y en el desarrollo de modelos de prevención y promoción de la salud y los derechos sexuales y reproductivos que empoderen a los/as adolescentes, las mujeres y los hombres aumentando su acceso a la educación y a la salud. Se pondrá énfasis en considerar una educación sexual y reproductiva integral y apropiada que explore las relaciones de género, la masculinidad, la feminidad y su efecto en el comportamiento sexual y la salud.

Puesto que en una cultura patriarcal, son los hombres más que las mujeres, la fuerza que impulsa la epidemia, del VIH/SIDA, los programas trabajarán con los hombres para que exploren los efectos de la masculinidad, la violencia, el poder y el control en la salud y las relaciones sexuales y que tomen conciencia que, ciertos atributos esenciales de la masculinidad como son la responsabilidad y la capacidad podrían aprovecharse para combatir la epidemia.

El estigma y la discriminación relacionados con la diversidad sexual y el SIDA obstaculizan directamente la eficacia de la respuesta nacional y las preocupaciones acerca de la discriminación se

⁶¹ Plan País. Derechos Humanos. Apuntes para la reflexión, 1 Inversión Social, Ecuador, 2004.

⁶² INEC, 2000.

constituyen en obstáculo importante para que las personas en general y más aún aquellas de grupos más expuestos como los GLBTI, los/las TS o los HSH, soliciten hacerse la prueba del VIH. Más allá de los problemas de privacidad de los servicios públicos que atienden a este tipo de demanda, existe aún el problema de la frialdad de los profesionales que no disponen de tiempo suficiente o de los problemas de estigmatización y, en muchas ocasiones, las actividades de consejería pre y post-prueba, a veces, suelen limitarse a un rol informativo y carente de apoyo psicológico.

El gobierno en su marco de acción, el mismo que se recogerá en el Plan Estratégico Nacional, fortalecerá el componente de promoción de los servicios de orientación y prueba voluntaria - OPV con la estrategia de campañas por medios masivos y asegurará su cobertura y calidad. Se prevé también considerar la formación permanente para los orientadores y consejeros e involucrarlos de forma activa en las estrategias de prevención y promoción. Favorecer la solidaridad y el respeto no es solamente cumplir con los derechos humanos consagrados de toda persona, sino propiciar la salida de la clandestinidad de las PVVS y de los GLBTI y los HSH, apuntar al incremento en el acceso a los servicios, facilitar la detección precoz y fortalecer la adherencia al tratamiento.

IV.2.8 LA AUSENCIA DE UN SISTEMA DE MONITOREO DE LOS CAMBIOS EN LA EPIDEMIA Y EN LOS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SEXUALES.

El país tiene limitaciones -de naturaleza estructural, conceptual y metodológica- importantes en el área de Vigilancia Epidemiológica. En efecto, en esta área, los objetivos se han logrado en forma limitada. Tal situación constituye una debilidad general en relación con el mapeo de la epidemia, la priorización de los programas y la focalización de los recursos. Es una limitación real de la capacidad del país de identificar en forma temprana los cambios de la epidemia y de respuesta del sistema de atención y de prevención.

El Área de Vigilancia Epidemiológica del Plan ha sido diseñada de manera fragmentada y sin tomar en cuenta las tendencias de la epidemia. No ha logrado realizar los estudios previstos, tampoco crear las bases metodológicas para dar coherencia a los pocos estudios realizados en el país. Esta Área está siendo completamente reorganizada y se analiza la posibilidad de que sea asumida por una institución técnica, independiente, centralizada, con una representación tal que le permita coordinar las organizaciones del sector público y privado que generan los datos, de acuerdo a los conceptos expresados en *Vigilancia del VIH de segunda generación: el próximo decenio.* ⁽⁶³⁾

⁶³ OMS; ONUSIDA. Vigilancia del VIH de segunda generación: el próximo decenio. Ginebra : ONUSIDA, 2000. 43 p -- (UNAIDS: 00.03S).

IV.2.9 LA AUSENCIA DE UN PLAN DE COOPERACION TECNICA Y FINANCIERA DE PAÍS CONSENSUADA EN FUNCION DE LAS PRIORIDADES DEL PAÍS

El Fondo Global llegó en este período de falta de definición de la política nacional, de fragmentación y de cierta impreparación de los actores presentes para trabajar en red. La experiencia en su proceso de formulación, negociación e implantación del proyecto financiado por el FG, ha revelado una serie de debilidades en las estructuras y los mecanismos de coordinación así como en el tejido organizacional del sector pero sobretudo en la ausencia de una actitud proactiva del gobierno y sus instituciones frente a la cooperación internacional. En efecto, el país carece de una Política y de un Plan de Cooperación Internacional en el sector de VIH-SIDA que resulte de un proceso participativo y que identifique, priorice y recoja las necesidades de asistencia técnica y financiera en las diferentes áreas. De tal manera que, los proyectos financiados por la cooperación no se conciban como una sustitución de la respuesta nacional, ni como el eje de la respuesta en el sector de VIH-SIDA. Los recursos de la cooperación son complementarios a la inversión nacional, la misma que responde a una política global de salud pública. Por la ausencia de un Plan de cooperación internacional consensuado y de país, en su relación con el PP, los actores del sector han perdido de vista el marco general de la Política y del plan nacional de salud. Por otro lado, habría que ver si, en base a las características de la epidemia de VIH en el país, el marco general de la Política y el plan nacional de salud engloba las necesidades de atención de una epidemia tan compleja con el VIH, íntimamente relacionada al comportamiento sexual de las personas.

En particular el MSP, en el manejo del FG, va a promover la separación de la gestión del Fondo de aquella del PNS inyectando su gestión una mayor capacidad gerencial e introduciendo un modelo por resultados. Para el efecto, se ha firmado un acuerdo ministerial que crea una Unidad de Gestión que agilite los procesos de contratación de personal y adquisiciones y con un cierto grado de autonomía en el manejo administrativo y financiero. En este cambio, el PNS saldría fortalecido al aumentar su dedicación a volver rentable la inversión que el Estado ecuatoriano está haciendo como aquella proveniente de la cooperación internacional.

IV.3 LAS MEDIDAS CORRECTIVAS DEL GOBIERNO ECUATORIANO Y SUS INSTITUCIONES

El Gobierno ecuatoriano está conciente de la necesidad de enmarcar su compromiso en cinco líneas claras de medidas correctivas, las mismas que asumirá en el siguiente período y que son las siguientes:

Primero: Construir una política y traducirla en un plan estratégico nacional que respete el rol de rectoría del MSP y tome como eje conductor al PNS, y que a través del mismo, permita renovar el

compromiso de las distintas administraciones del Estado, orientadas a fortalecer las alianzas sectoriales y, en ese marco de eje, de política, plan y programa nacional, se alinee con el Acceso Universal a la Prevención, Atención y Tratamiento, fijando sus metas nacionales para el 2010 -las mismas que le permitirán medir el progreso alcanzado en relación con el UNGASS y los ODM- y logre la mayor coparticipación y corresponsabilidad con otros sectores de la sociedad civil y también con la cooperación internacional.

Segundo: Formular un plan nacional de vigilancia y evaluación coherente con los acuerdos y criterios estandarizados a nivel regional, que permita conocer de mejor forma la problemática nacional y facilite la cooperación internacional generando criterios más objetivos de esta problemática de salud pública. Que permita por último, hacer presión e incrementar las inversiones para cada uno de los componentes, a saber la promoción de los derechos, la atención, la prevención-promoción y la mitigación del impacto de la epidemia.

Tercero: Velar por que se cumplan las leyes que protegen a las PVVS y mejorar el marco legal para reducir el estigma y la discriminación de éstas y de las poblaciones especialmente vulnerables o más expuestas; fortalecer las acciones de promoción y prevención, a la par de continuar atendiendo los casos notificados de PVVS con todo lo que eso conlleva: la compra de medicamentos priorizando cuando se pueda los genéricos, las normativas terapéuticas debidamente actualizadas, la especialización en los servicios ofrecidos por los profesionales, adecuados controles de calidad.

Cuarto: Ampliar la visión hacia la población en general y mejorar la cobertura de la población vulnerable y más expuesta. Considerar de manera especial los grupos de edad afectados por su vulnerabilidad como son los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, los migrantes y las embarazadas. De acuerdo con criterios de riesgo, poner énfasis en el control epidemiológico para reducir la evidencia de incidencia creciente del perfil epidemiológico del problema.

Quinto: Afianzar su rol de rectoría y mejorar su modelo de gestión. Para incrementar el nivel de rentabilidad de las inversiones e impacto de la respuesta a partir de una visión más amplia que apunte a otras poblaciones afectadas y de estrategias de promoción-preventiva y curativa, el gobierno se compromete a revisar el modelo de gestión de los programas que oriente la organización de alianzas y los mecanismos de coordinación con sus asociados.

En perspectiva y en resumen, se compromete a fomentar y promover una visión integrada de la política, del plan, de la gestión, de la rectoría, de las alianzas entre los diferentes sectores y la mirada

integral de la población y la respuesta del problema en un marco de respeto de los derechos de la PVVS, las poblaciones más expuestas y la población en general.

V. APOYO NECESARIO DE LOS ASOCIADOS PARA EL DESARROLLO DEL PAÍS

V.1 EL PRINCIPIO DE COMUNIDAD COMO REGULADOR DE LA ACTIVIDAD ESTATAL

En todas sus acciones, el gobierno ecuatoriano ha estado empeñado en reflejar una convivencia enmarcada en el modelo del Estado social de derecho en el que prevalezca el principio de comunidad como regulador de la actividad estatal. Es así como dos de las premisas de la reforma estructural del sector salud es lograr, por un lado, un acuerdo político de la sociedad ecuatoriana en su conjunto sobre las prioridades en salud y, por otro, la adecuada organización de las instituciones responsables del financiamiento y prestación de servicios de salud y la participación ciudadana para la fiscalización y veeduría social en la entrega de dichos servicios y en la promoción de la salud.

V.2 EL ROL Y COMPROMISOS DE LA SOCIEDAD CIVIL ORGANIZADA Y DE LAS PVVS

A pesar de su reciente formación, en el sector del VIH-SIDA este principio se ha cumplido en gran medida, en efecto se observa, por un lado, que, con relación a otros sectores, los principales beneficiarios, las PVVS, marcan la diferencia, porque actúan como un grupo sujeto de derechos, consciente, participativo y con necesidades perentorias que presionan al sistema para satisfacerlas. Y por otro lado, que el rol de las organizaciones sin fines de lucro sigue siendo capital para el desarrollo del sector y la capacidad del país para hacer frente a la epidemia en el contexto de crisis estructural en la que nos encontramos.

V.2.1 RECONOCIMIENTO DEL GOBIERNO ECUATORIANO DEL ROL DE LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL Y DE LAS PVVS

Por parte del gobierno ecuatoriano y sus instituciones hay un reconocimiento explícito que, en el período 2003 – 2005, las organizaciones de la sociedad civil y la Coalición de las PVVS, se convirtieron en aliadas valiosas al compartir acciones encaminadas a asegurar el ejercicio y garantía de derechos tanto a nivel político (incidencia política y participación ciudadana) contribuyendo eficazmente a fortalecer el compromiso político de los principales líderes y a la formulación de políticas nacionales⁶⁴; como a nivel comunitario (participación social) para cubrir los desfases en el

⁶⁴ Las leyes, disposiciones, acuerdos o instructivos que han sido puestos en vigencia, modificados o vigilada su aplicación gracias a las acciones de incidencia política desarrolladas en el período 2001 – 2005 por las organizaciones, han sido los siguientes:

- ✓ Reglamento de la ley sobre VIH-SIDA.
- ✓ Ley y Reglamento de atención a PVVS.
- ✓ Ley de Educación para la sexualidad.
- ✓ Ley de maternidad gratuita y atención a la infancia.

cumplimiento de los compromisos de la Declaración del UNGASS tanto en los aspectos de prevención, atención como en mitigación del impacto.

Este reconocimiento, constituye las bases para construir espacios de trabajo conjunto en los que primen la armonía, la confianza mutua y la transparencia que, a su vez, aseguren adecuados procesos de toma de decisiones y de rendición de cuentas⁶⁵.

V.2.2 COMPROMISO EN EL SENO DEL MCP, INSTANCIA COORDINADORA DEL PROYECTO DEL FONDO GLOBAL

El peso de la intervención del subsector sin fines de lucro, nacional e internacional, laicas o de iglesia, en la respuesta nacional se ha visto reflejado en su nivel de participación en el proceso de convocatoria para la conformación del MCP, como instancia interinstitucional responsable de la formulación y negociación de Proyecto de País del Fondo Global. A pesar de las dificultades iniciales, los representantes de la sociedad civil que actualmente asumen la presidencia y la vicepresidencia del MCP en el tema SIDA, han logrado posicionarse en su rol y aumentar su capacidad de gestión del proyecto buscando alternativas viables para ajustar sus acciones a los cronogramas y asegurar al país el cumplimiento de sus metas. El MCP está consciente de la importancia de su rol como un órgano nacional del VIH-SIDA, la malaria y la tuberculosis, que promueve la interacción entre el gobierno, las personas que viven con el VIH, el sector privado y la sociedad civil y radica su compromiso en afianzar su mandato e implementar -en un plazo perentorio- los mecanismos y herramientas necesarias para poner en marcha las estrategias contra el VIH-SIDA, aún pendientes, de responsabilidad de la sociedad civil, apuntalando aquellas, en pleno desarrollo, de responsabilidad de las organizaciones gubernamentales.

-
- ✓ Ley de antidiscriminación a la libertad sexual.
 - ✓ Decreto de uso de condones.
 - ✓ Aplicación de la ley de maternidad gratuita y atención a la infancia, a trabajadoras sexuales
 - ✓ Apoyo al reconocimiento del derecho a la educación de adolescentes embarazadas.
 - ✓ Propuesta contra decreto sobre medicamentos genéricos. Extensión de patentes.
 - ✓ Plan nacional de derechos humanos.
 - ✓ Reforma de la ley penal contra delitos sexuales.
 - ✓ La inclusión del tema HSH en políticas de prevención del VIH-SIDA.
 - ✓ La inclusión del Plan Operativo de la Diversidad Sexual GLBT en el Plan Nacional de Derechos Humanos.
 - ✓ Derechos de los HSH
 - ✓ Acuerdo con las autoridades a controlar la no violencia en servicios sanitarios
 - ✓ Inclusión del tema VIHSIDA, en la Municipalidad de Guayaquil
 - ✓ Plan de igualdad de oportunidades
 - ✓ Pacto final por la equidad.
 - ✓ Cambios de los protocolos de atención
 - ✓ Implementos prácticos para medicamentos ARV.
 - ✓ Plan nacional de protección especial de la niñez y adolescencia (COMPINA)

⁶⁵ Con fecha 30 de noviembre del 2005, el Congreso Nacional publica un acuerdo en el que manifiesta su solidaridad "con los y las ecuatorianas que viven con VIH-SIDA en la reivindicación de sus derechos humanos y en la demanda de una atención integral sin discriminación ni violencia que garantice acceso a los servicios de salud y a los medicamentos necesarios.

V.2.3 COMPROMISO ASUMIDO POR LAS ORGANIZACIONES Y LA COALICIÓN DE PVVS EN EL PROCESO DE FORMULACIÓN DEL MARCO NACIONAL DE ACCIÓN

El compromiso y motivación de la Coalición Ecuatoriana de PVVS (CEPVVS), las organizaciones: gubernamentales, sin fines de lucro y de base comunitaria, han sido puntales en el proceso participativo de evaluación de la respuesta nacional del período 2001-2005. Con la base de los hallazgos y recomendaciones así como con la participación de la sociedad civil plenamente apropiada del proceso y de la asistencia técnica y financiera de ONUSIDA, se espera continuar con el proceso y se comprometen a activar a las demás organizaciones de los sectores: nacional, regional, local para que se genere el **liderazgo compartido, el compromiso y la participación** que demanda el proceso de formulación del nuevo Plan Estratégico Nacional. En el mes de julio, el Ministro de Salud Pública corroboró el compromiso del Estado Ecuatoriano, reconociendo que la lucha contra el SIDA es una acción de todos⁶⁶.

Las organizaciones en su conjunto se han comprometido además a:

A) dar al nuevo plan un enfoque social de derecho, en el que la atención primaria o preventiva sea tan importante –si no es más- como la atención secundaria o curativa y en el que se haga explícita la participación de la sociedad civil.

B) Partir de una estructura causal del problema que permita profundizar el análisis sobre las características y tendencias de la epidemia, así como sobre las de los servicios.

C) Construir un mapa más exacto sobre los principales grupos involucrados en la problemática del VIH/SIDA – superando sí el Plan 2001 – 2003 en este ámbito- estimando su importancia en la población general, su estructura específica de vulnerabilidad y definir las vías de la infección que existen en y entre estos grupos para poder elaborar políticas más pertinentes.

D) partir de un inventario objetivo de los recursos existentes y de un esquema inteligente para articularlos e integrarlos, integrar a los actores identificados alrededor de objetivos nacionales comunes y promover la inclusión de nuevos.

E) Identificar claramente las responsabilidades de los actores, a parte de los jurídicos, mecanismos sociales a través del ejercicio de la vigilancia y la movilización ciudadana. Por un lado, vigilar que los funcionarios del Estado, garanticen los derechos humanos de los PVVS y otros

⁶⁶ *“las guerras las pelea el pueblo y no el ejército”. “Para combatir o ganar tenemos que participar todos pero antes tenemos que estar conscientes porque lo estamos haciéndolo”.* Exposición del Ministro de Salud, 7 de julio del 2005, a la Comisión encargada del Taller Preparatorio de Formulación del Plan Estratégico de la Respuesta Nacional al VIH-SIDA 2005-2015.

grupos vulnerables como su máxima prioridad, brinden servicios humanos, calidos y eficientes, manejen adecuadamente los fondos públicos.

F) Organizar un sistema de seguimiento y evaluación de los programas y proyectos definidos en el plan.

V.2.4 COMPROMISO DE TRABAJAR EN RED EN FUNCIÓN A FAVOR DE LAS PVVS Y DE LA POBLACIÓN EN GENERAL

La tendencia a trabajar en redes marca un hito importante en el proceso de madurez institucional del subsector de las organizaciones sin fines de lucro, porque abona el terreno para un trabajo de mayor impacto y racionalización de los recursos, el mismo que será aprovechado en la formulación del nuevo marco de acción. Las coordinadoras representan un logro en el inicio de un proceso de alianzas estratégicas entre instituciones tanto gubernamentales como de la sociedad civil y del Sistema de Naciones Unidas, el mismo que será clave en el desarrollo de la agenda nacional de incidencia política, pues a pesar de reconocerse a veces una limitada representatividad es evidente que, hasta el momento, su labor ha sido vital para el sector y las PVVS⁶⁷ en función de la integración, la promoción de los derechos y el diseño de estrategias de posicionamiento del tema en actores sociales claves.

V.3 ROL Y COMPROMISO ASUMIDO POR LAS PVVS

Las PVVS están desplegando ingentes esfuerzos por organizarse. En el panorama nacional, durante el período 2003-2005 y en su relación con los demás actores, han abandonado su rol figurativo para pasar a ser protagonistas con poder real. Han realizado importantes esfuerzos de veeduría y presión política utilizando a la Comisión y la Corte Internacionales de Derechos Humanos o a la Defensoría del Pueblo, para lograr su atención en salud por parte del Gobierno, cuando los servicios de distribución de medicamentos no han podido evitar las rupturas de stock. En este período 2003 - 2005, las PVVS son un grupo que ha afianzado sus espacios de representación en todas las instancias de coordinación y de acción, como lo son el MCP o los comités técnicos provisionales para la formulación del Plan Nacional a nivel nacional.

La Coalición Ecuatoriana de Personas que viven con el VIH-SIDA – CEPVVS – en una actitud proactiva de fortalecimiento de su liderazgo, en el mes de octubre del 2005, realiza un pronunciamiento público a propósito del “*Encuentro Nacional de nuevos líderes y lideresas PVVS*”, y

⁶⁷ Como ejemplo de acciones positivas asumidas por las coordinadoras tenemos: publicaciones sobre el tema, o la comunicación enviada al Presidente de la República, el 9 de julio del 2004: “¿Cuanto cuesta el Derecho a la Salud en Ecuador? El acceso a los medicamentos genéricos” que movilizó a “organizaciones de la sociedad civil, de derechos humanos, redes y coordinadoras de movimientos sociales de diferentes regiones del país, organizaciones médicas humanitarias internacionales y ciudadanos contra una propuesta de Decreto Ejecutivo en consideración en estos días, que modificaba y endurecía las condiciones de acceso a medicamentos genéricos en el país, así como la obtención del Registro Sanitario de los mismos...”

hace un llamado perentorio a los actores del sector como: al MCP, al Programa Nacional de SIDA, al Congreso Nacional para que se agilite la ejecución del proyecto de país del FG, se desarrollen los mecanismos y medidas “*de manera diligente y eficiente*” de intercambio de información que permitan la mejora del conocimiento sobre esquemas de tratamientos y adherencia; o la entrega de medicamentos ARV y reactivos para exámenes de laboratorio para las PVVS del país que así lo requieran. Solicitan también que “*se tome en cuenta con mayor fuerza y presencia a los diferentes grupos de PVVS a nivel local y nacional y a la Coalición ecuatoriana de PVVS, como instancia de representación nacional, en todas las decisiones y acciones que tienen que ver con la respuesta al VIH/SIDA*”. De esta manera se comprometen a asumir con responsabilidad el papel protagónico que les corresponde en la lucha contra el VIH/SIDA, puesto que “*como parte substancial del problema debemos ser parte substancial de la solución, se están ‘formando, empoderando y organizando.’*”⁶⁸

Por último, frente a la necesidad del acceso universal a los medicamentos, un reto que se plantea a las PVVS, es activar procesos de veeduría para que, con el apoyo de la sociedad civil organizada, pueda llevarse a cabo una campaña de control ciudadano de la gestión pública en la administración del dinero invertido por el Estado y aquel del Fondo Global, apoyándose en el Art. 18 “del libre acceso a la información” de la Ley Orgánica de Responsabilidad Estabilización y Transparencia Fiscal no. 72. ro/ 589 del 4 de junio del 2002.

V.4 LA CAMPAÑA LANZADA EL DÍA MUNDIAL DEL SIDA “ASUMAMOS EL COMPROMISO DE UNA VEZ POR TODAS”⁶⁹

A partir del 2004, ONUSIDA entra la responsabilidad de la Campaña del Día Mundial del SIDA a la Sociedad Civil Organizada, por ello, en el año 2005, por iniciativa de las coordinadoras de Pichincha, Guayas y Azuay, en forma conjunta entre MSP, el MCP, ONUSIDA, las PVVS, representadas por la Coalición Ecuatoriana de Personas Viviendo con VIH-SIDA - CEPVVS y el sector de las ONG, lanzan la Campaña Nacional contra el VIH-SIDA con el lema “*Asumamos el compromiso de una vez por todas*” al que se adhiere el Congreso Nacional al publicar, por primera vez, un Acuerdo en el que se solidariza “*con los y las ecuatorianas, que viven con VIH-SIDA en la reivindicación de sus derechos humanos y en la demanda de una atención integral sin discriminación ni violencia*”⁷⁰. Y la sesión solemne el primero de diciembre, de la Campaña del Día Mundial del SIDA, es también

⁶⁸ Coalición Ecuatoriana de Personas que viven con el VIH/SIDA. Acuerdos y Resoluciones del Encuentro Nacional de Nuevos Líderes y Lideresas PPVS, 21 y 22 de octubre del 2005.

⁶⁹ La campaña fue una iniciativa inicial de tres organizaciones Fundación Amigos por la Vida, Equidad, Kimirina que con el apoyo de la WAC y ASICAL.

⁷⁰ Con fecha 30 de noviembre del 2005, el Congreso Nacional publica un acuerdo en el que manifiesta su solidaridad “con los y las ecuatorianas que viven con VIH-SIDA en la reivindicación de sus derechos humanos y en la demanda de una atención integral sin discriminación ni violencia que garantice acceso a los servicios de salud y a los medicamentos necesarios.

organizada en forma conjunta y, a pedido de los representantes de la sociedad civil, se la destina a la rendición de cuentas del Programa Nacional de VIH-SIDA/ITS sobre los avances en los compromisos asumidos por el País en la declaración sobre el VIH-SIDA de UNGASS y en las metas previstas en el proyecto financiado por el Fondo Global y se ratifica aquellos que fueron asumidos en el 2003, “en el plano nacional,..” como fue entre otros, “el asegurar el establecimiento y la ejecución de estrategias y planes de financiamiento multisectoriales que hagan frente al estigma, el silencio, la negación de la realidad, que eliminen la discriminación y la marginación producto del VIH-SIDA. Asegurar e involucrar la participación de la sociedad, civil, la empresa privada, las personas viviendo con VIH-SIDA y los grupos vulnerables viviendo con VIH- Garantizar que los rubros identificados en término de prevención, atención y promoción se encuentren asignados, en la medida de lo posible, dentro de los presupuestos nacionales de tal manera que se asegure la sostenibilidad de los programas...”⁷¹.

V.5 EL COMPROMISO DE LAS AGENCIAS QUE CONFORMAN – EL GRUPO TEMÁTICO EN VIH/SIDA DEL SISTEMA DE NACIONES UNIDAS Y DE COOPERANTES BILATERALES

Consciente que una “*respuesta eficaz y sostenible al SIDA no se puede lograr con solo conceder ... a los países ayudas ...o especialistas ..*”⁽⁷²⁾, p.151) el subsector de la cooperación internacional en el país, está y seguirá cumpliendo con el compromiso de complementar su ayuda bilateral y apoyar al plan multilateral del Fondo Global para:

- 1) Fortalecer las competencias y capacidades de los actores.
- 2) Generar sinergias
- 3) Aportar a la elaboración y a la implementación de políticas sectoriales

4) Apoyar en la transversalización de VIH y SIDA en los procesos de desarrollo nacional, a través de la sensibilización e inclusión de nuevos actores como las empresas privadas; las universidades; los gobiernos locales y provinciales; Ministerios como el de Comercio Exterior, Turismo, Economía y Finanzas; y sectores políticos importantes.

En un momento de alto nivel de criticidad como es la implantación y ejecución del proyecto de país financiado por el FG, los socios de la cooperación internacional están claros que su

⁷¹ Intervención de Efraín Soria Alba. Fundación Ecuatoriana Equidad. COOPVS. Sesión Solemne del primero de diciembre, de la Campaña del Día Mundial del SIDA; 2005.

⁷² UNAIDS Report on the global AIDS epidemic : 4th global report, Traducción – ONUSIDA /04.16E: Capítulo 7 “Urge intensificar la acción”. 2004. Available from: URL: http://www.unaids.org/bangkok2004/GAR2004_pdf_sp/Cover_sp.pdf.

compromiso es apuntalar la capacidad de los actores que asumen responsabilidades de coordinación (el MCP), de receptor principal – RP (el PNS – MSP), de ejecutores responsables de las líneas base o de ONG gerenciales, para que los recursos asignados puedan fluir con eficiencia hacia los grupos identificados como sus principales beneficiarios.

Para ello consideran urgente apoyar al gobierno ecuatoriano en el desarrollo de un plan para priorizar la asistencia técnica, como uno de los componentes del Plan Estratégico Nacional 2006-2015, el mismo que enmarque y racionalice el aporte de las diferentes agencias de cooperación.

Por último, es un compromiso de la cooperación internacional el canalizar los recursos necesarios para apoyar al Estado en el financiamiento de los programas y proyectos que se preverán en el Plan Estratégico Nacional 2006-2015, así como para la implantación de su sistema de monitoreo y evaluación.

VI. SISTEMA DE VIGILANCIA Y EVALUACIÓN

El Ministerio de Salud Pública dispone de un subsistema de información que recopila la producción de sus Establecimientos de Salud, así como aquella información relacionada con la Vigilancia Epidemiológica de las enfermedades de notificación obligatoria, una de éstas es el VIH/SIDA. El responsable del tema, en el Ministerio de Salud Pública, es el Programa Nacional de Sida.

Son responsables de la recolección y análisis de datos y de la notificación las instituciones públicas y privadas como las unidades del Ministerio de Salud, Seguridad Social, Fuerzas Armadas, Policía, Junta de Beneficencia, Cruz Roja, Instituto Nacional de Higiene “Inquieta Pérez”, entre otras.

Durante el año 2005, el Programa Nacional del SIDA ha diseñado y piloteado el nuevo sistema de vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA, el mismo que se implementará a partir de enero del 2006 y que contará con los siguientes componentes: A. el registro de los eventos de notificación obligatoria; B. el registro de tamizaje regular; C. el Sistema de información del proyecto del Fondo Global que, a su vez, contiene: el Registro de prestaciones de servicios de atención integral de PVVS y el Registro de prestaciones de servicios de Atención Primaria en VIH/SIDA/ITS.

VI.1 EL REGISTRO DE LOS EVENTOS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA

El nuevo sistema registrará los siguientes eventos de notificación obligatoria, a saber:

- a. Prevalencia del VIH/SIDA en embarazadas y parturientas. Este indicador brindará una hesitación de la situación de la epidemia en la población general sexualmente activa. Se usará una ficha epidemiológica para el reporte de la información.
- b. Defunciones utilizando como fuente las papeletas de defunción del registro civil.
- c. Casos de SIDA con definiciones de alta sensibilidad mediante el uso de una Ficha Epidemiológica.
- d. Resultados de laboratorio de todos los seropositivos mediante el registro de laboratorio de tamizados y confirmados con datos demográficos básicos.

VI.2 EL REGISTRO DE TAMIZAJE REGULAR

Otro componente importante previsto es el **registro de tamizaje regular** de:

- a. Bancos de sangre
- b. Trabajadoras sexuales
- c. Hombres que tienen sexo con hombres.
- d. Personas privadas de libertad
- e. Fuerzas Armadas y Policía

El próximo año se ejecutará el primer estudio de línea de base para conocer la prevalencia y conductas de los siguientes grupos:

- ✓ Con alta prevalencia de VIH/SIDA:
- ✓ Trabajadoras sexuales
- ✓ Hombres que tienen sexo con hombres
- ✓ Personas privadas de libertad
- ✓ Grupos con baja prevalencia de VIH
- ✓ Embarazadas incluyendo embarazadas adolescentes
- ✓ Sistema de Monitoreo y Evaluación

VI.3 EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL PROYECTO FONDO GLOBAL

Durante el año 2005 se diseñó el **Sistema de Información del Proyecto Fondo Global** que incluye varios de los indicadores de UNGASS. Se diseñaron y pilotearon instrumentos para el monitoreo de las intervenciones del proyecto de país del FG, en los siguientes campos:

1. Registro de prestaciones de servicios de atención integral de PVVS

- a. Monitoreo Clínico de PVVS que reciben ARV
- b. Registro de consejería para cambio de conductas y adherencia de PVVS
- c. Registro de distribución de condones a PVVS

2. Registro de prestaciones de servicios de Atención Primaria en VIH/SIDA/ITS que incluye:

- a. Coberturas de Manejo Sintomático y Etiológico de ITS
- b. Coberturas de asesoría y consejería

VI.4 ¿TIENE ESTABLECIDO SU PAÍS UN PLAN NACIONAL DE VIGILANCIA Y EVALUACIÓN (V+E)?

El plan de evaluación no está explícito, dentro del Plan Estratégico para la Prevención y Control de las ITS/VIH/SIDA; aunque operacionalmente se realizan eventos nacionales de evaluación, visitas de supervisión y monitoreo y la vigilancia epidemiológica y centinela (gestantes) del VIH.

VI.5 ¿INCLUYE EL PLAN DE VIGILANCIA Y EVALUACIÓN LO SIGUIENTE?

Una estrategia para la recopilación y análisis de datos	SI
Un grupo bien definido y normalizado de indicadores	No
Directrices para los instrumentos de recopilación de datos	SI
Una estrategia para evaluar la calidad y exactitud de los datos	No
Una estrategia de divulgación y uso de datos	No

El Sistema de Vigilancia en el Ecuador está en revisión; se dispone con un limitado número de indicadores y muchos se obtienen según la demanda de información tanto interna del MSP como externa. Es necesario diseñar e implementar una estrategia para evaluar la calidad, exactitud, divulgación y uso oportuno de datos.

VI.6 ¿EXISTE UN PRESUPUESTO PARA EL PLAN DE VIGILANCIA Y EVALUACIÓN?

Existe presupuesto para reuniones de evaluación y para visitas de supervisión y monitoreo integrados; aunque no se contemple dentro del POA del PNS.

VI.7 ¿EXISTE UNA UNIDAD O DEPARTAMENTO FUNCIONALES DE VIGILANCIA Y EVALUACIÓN?

El Programa Nacional de Sida está encargado de las supervisiones integradas; la evaluación de programas y proyectos del MSP está a cargo de la Dirección de Mejoramiento de la Calidad (aunque no lo realiza) y la vigilancia epidemiológica y centinela del VIH esta a cargo del PNS.

VI.7.1 ¿SE CUENTA CON MECANISMOS PARA ASEGURAR QUE TODOS LOS ELEMENTOS OPERATIVOS IMPORTANTES PRESENTEN SUS INFORMES A ESTA UNIDAD O DEPARTAMENTO?

Existen mecanismos internos del Ministerio de Salud que están establecidos para el flujo de información y de informes de actividades, teniendo dificultades en algunas circunstancias relativas a la velocidad de este flujo de información.

VI.7.2 ¿EXISTE UN FUNCIONARIO A JORNADA COMPLETA RESPONSABLE DE LAS ACTIVIDADES DE VIGILANCIA Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL?

No existe a dedicación exclusiva.

VI.8 ¿EXISTE UN GRUPO O COMITÉ DE TRABAJO QUE SE REÚNA PERIÓDICAMENTE Y COORDINE LAS ACTIVIDADES DE VIGILANCIA Y EVALUACIÓN?

No

VI.9 ¿SE HAN REVISADO LOS PROGRAMAS DE CADA ENTIDAD PARA QUE ARMONICEN LOS INDICADORES DE VIGILANCIA Y EVALUACIÓN CON LOS DE SU PAÍS?

No

VI.10 ¿EN QUÉ GRADO (BAJO O ALTO) LAS NACIONES UNIDAS, LOS ORGANISMOS BILATERALES Y OTRAS INSTITUCIONES COMPARTEN LOS RESULTADOS DE VIGILANCIA Y EVALUACIÓN?

Grado Bajo. La socialización de la información de vigilancia es a través de los datos que maneja el PNS. Las notas de prensa realizadas por la oficina de Comunicaciones del Ministerio de Salud, donde se da a conocer además, no sólo los resultados de la evaluación, sino también cómo está la situación de la epidemia en el país; siendo mucho mayor esta difusión alrededor del día mundial de lucha contra el SIDA o para situaciones en las cuales se tiene que informar a alguna instancia que la solicita, así como este informe de Seguimiento del UNGASS.

VI.11 ¿MANTIENE LA UNIDAD DE VIGILANCIA Y EVALUACIÓN UNA BASE DE DATOS NACIONAL CENTRAL?

La unidad de vigilancia epidemiológica mantienen los datos en una base a nivel central. No hay base de datos de evaluaciones.

VI.12 ¿SE CUENTA CON UN SISTEMA DE INFORMACIÓN DE SALUD FUNCIONAL?

Hay un flujo de información que parte desde los establecimientos de salud y llega al nivel central, siendo necesario reforzar el proceso de calidad de los datos y del análisis en cada uno de los niveles. Actualmente en el país, se pretende mejorar el sistema de información.

VI.13 ¿EXISTE UN SISTEMA FUNCIONAL DE INFORMACIÓN SOBRE EDUCACIÓN?

No existe un sistema funcional de información sobre educación

VI.14 11. ¿PUBLICA SU PAÍS POR LO MENOS UNA VEZ AL AÑO UN INFORME DE EVALUACIÓN SOBRE EL VIH/SIDA QUE INCLUYA INFORMES DE VIGILANCIA DEL VIH?

La única información periódica es la que se publica para los indicadores básicos de salud cada año, el Programa Nacional de Sida no cuenta con una página web y los indicadores se publican en la página WEB del Ministerio de Salud Pública.

VI.15 12 ¿EN QUÉ GRADO SE UTILIZA LA INFORMACIÓN ESTRATÉGICA EN LA PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN?

Grado 4. Algunos datos de esta información a veces no están disponibles en el momento de la planificación, por lo que no pueden ser tomados en cuenta.

VI.16 13. ¿SE IMPARTIÓ EN EL ÚLTIMO AÑO CAPACITACIÓN EN VIGILANCIA Y EVALUACIÓN?

A nivel nacional	No
A nivel provincial	No
Incluyó a la sociedad civil	No

VI.17 EN GENERAL, ¿CÓMO VALORARÍA USTED LOS ESFUERZOS DEL PROGRAMA DE VIGILANCIA Y EVALUACIÓN DEL VIH Y DEL SIDA?

Los esfuerzos del programa de vigilancia y evaluación del VIH/SIDA se mantienen igual desde el año 2003. Es importante resaltar que, este año 2005, con el presupuesto del FG se ha hincado la Vigilancia Centinela de mujeres embarazadas, con presupuesto de otros Proyectos como Maternidad gratuita que financia la primera prueba de tamizaje.