



EL NUEVO
ECUADOR

PENM

Plan Estratégico Nacional Multisectorial
para la respuesta al VIH/sida-ITS
y hepatitis virales

2023 - 2025



EL NUEVO
ECUADOR

Ministerio de Salud Pública

No. 00015 - 2024

EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

CONSIDERANDO:

- Que,** la Constitución de la República del Ecuador, en el artículo 3, numeral 1, establece como deber primordial del Estado, garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en dicha Norma Suprema y en los instrumentos internacionales, en particular la salud de sus habitantes;
- Que,** la citada Constitución de la República, manda: *"Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustenten el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional"*;
- Que,** el artículo 35, de la referida Norma Suprema, manda que las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad;
- Que,** el artículo 280 de la Constitución de la República define: *"El Plan Nacional de Desarrollo es el instrumento al que se sujetarán las políticas, programas y proyectos públicos; la programación y ejecución del presupuesto del Estado; y la inversión y la asignación de los recursos públicos; y coordinar las competencias exclusivas entre el Estado central y los gobiernos autónomos descentralizados. Su observancia será de carácter obligatorio para el sector público e indicativo para los demás sectores"*;
- Que,** corresponde al Estado ejercer la rectoría del Sistema Nacional de Salud a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, responsable de formular la política nacional de salud, y de normar, regular y controlar todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector, conforme lo determina el artículo 361 de la Constitución de la República;
- Que,** la Ley Orgánica de Salud, en el artículo 4, determina que la Autoridad Sanitaria Nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría de rectoría en salud, así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia de dicha ley, siendo obligatoria las normas que dicte para su plena vigencia;
- Que,** el artículo 6, de la invocada Ley Orgánica de Salud, prevé entre las responsabilidades del Ministerio de Salud Pública: *"3. Diseñar e implementar programas de atención integral y de*

00015 - 2024

calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares; (...) 34. Cumplir y hacer cumplir esta Ley, los reglamentos y otras disposiciones legales y técnica relacionadas con la salud, (...);

- Que,** la Ley Ibídem, en el artículo 67, dispone: *“El Estado reconoce al contagio y la transmisión del VIH-SIDA, como problema de salud pública. La autoridad sanitaria nacional garantizará en sus servicios de salud a las personas viviendo con VIH-SIDA, atención especializada, acceso y disponibilidad de medicamentos antirretrovirales y para enfermedades oportunistas con énfasis en medicamentos genéricos, así como reactivos para exámenes de detección y seguimiento. Las responsabilidades señaladas en este artículo corresponden también al sistema nacional de seguridad social.”;*
- Que,** el Código de Planificación y Finanzas Públicas, en el artículo 34, prevé: *“El Plan Nacional de Desarrollo es la máxima directriz política y administrativa para el diseño y aplicación de la política pública y todos los instrumentos, dentro del ámbito definido en este código. Su observancia es obligatoria para el sector público e indicativa para los demás sectores. El Plan Nacional de Desarrollo articula la acción pública de corto y mediano plazo con una visión de largo plazo, en el marco del Régimen de Desarrollo y del Régimen del Buen Vivir previstos en la Constitución de la República. Se sujetan al Plan Nacional de Desarrollo las acciones, programas y proyectos públicos, el endeudamiento público, la cooperación internacional, la programación, formulación, aprobación y ejecución del Presupuesto General del Estado y los presupuestos de la banca pública, las empresas públicas de nivel nacional y la Seguridad Social (...).”;*
- Que,** la Ley para la Prevención y Asistencia Integral del VIH/Sida, en el artículo 1, prevé: *“Se declara de interés nacional la lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) para lo cual el Estado fortalecerá la prevención de la enfermedad; garantizará una adecuada vigilancia epidemiológica; y, facilitará el tratamiento a las personas infectadas por el VIH; asegurará el diagnóstico en bancos de sangre y laboratorios, precautelaré los derechos, el respeto, la no marginación y la confidencialidad de los datos de las personas afectadas con el virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).”;*
- Que,** el artículo 7 de la referida Ley para la Prevención y Asistencia Integral del VIH/sida, señala que ninguna persona será discriminada a causa de estar afectada por el VIH/SIDA o fallecer por esta causa;
- Que,** con Decreto Ejecutivo Nro. 15 de 23 de noviembre de 2023, el Presidente Constitucional de la República designó al doctor Franklin Encalada Calero, como Ministro de Salud Pública;
- Que,** mediante Acuerdo Ministerial 0290-2018, publicado en la Edición Especial del Registro Oficial No. 667 de 06 de diciembre de 2018, la Ministra de Salud Pública, en funciones a la fecha, aprobó el documento denominado “Plan Estratégico Multisectorial para la respuesta al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH/Sida e infecciones de transmisión sexual (ITS).”;
- Que,** el Consejo Nacional de Planificación, mediante Resolución No. 002-2021-CNP, aprobó el “PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2021 - 2025”, en el que figura: *“Objetivo 6: Garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad”;* constando entres sus metas: *“ 6.1.5. Incrementar las personas que conocen su estado serológico y se encuentran en tratamiento para VIH del 89% al 92%.”;*
- Que,** el Informe Técnico No. DNEPCET-ENVIH-INF-2023-00270 de 15 de diciembre de 2023,

00015-2024

aprobado por el Mgs. Ricardo José Vizueta Méndez en calidad de Subsecretario de Vigilancia, Prevención y Control de la Salud, establece: "(...) *El PENM 2023 -2025 es la hoja de ruta para la respuesta a la epidemia, tanto para las instancias públicas como para la sociedad civil y otros actores involucrados como el sector privado, la academia, la cooperación internacional, entre otros. Asimismo, fortalecerá el rol del Estado y sus diferentes instancias sectoriales e intersectoriales como responsables de la formulación de política pública para reducir el avance y los efectos negativos de la epidemia. Por todo lo anterior mencionado, el MSP ha determinado que la formulación e implementación del PENM 2023 -2025 es una prioridad de salud pública. Es importante reconocer los aportes de los actores multisectoriales involucrados en la respuesta nacional al VIH que participaron en el proceso de consulta y de validación para evaluar el PENM 2018 -2022 y preparar la propuesta del Plan Estratégico Nacional Multisectorial de respuesta al VIH/sida para el periodo 2023 -2025 (...)*"; constando entre las recomendaciones la siguiente: "(...) *Es importante contar con un Plan Estratégico Nacional Multisectorial de respuesta al VIH/sida-ITS, tuberculosis y hepatitis virales, que permita brindar la respuesta nacional mediante un instrumento programático basado en evidencia y la realidad nacional para que los actores involucrados diseñen y prioricen acciones sostenibles en la prevención de la transmisión del VIH en la población general y en grupos de población clave, en el marco de los derechos humanos, la universalidad, la igualdad, la equidad, la perspectiva de género, la interculturalidad y de la participación social.*

Que, a través de memorando Nro. MSP-DNEPCET-2023-2370-M, de 28 de diciembre de 2023, la Med. Raquel del Pilar Velez Muñoz, Directora Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades Transmisibles, solicitó al Mgs. Fernando Góngora, Director Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud (e), continuar con el proceso de oficialización del "*Plan Estratégico Nacional Multisectorial para la respuesta al VIH/sida-ITS y hepatitis virales 2023-2025* ", para lo cual remitió entre otros el antes citado Informe Técnico No. DNEPCET-ENVIH-INF-2023-00270 de 15 de diciembre de 2023; y,

Que, con memorando Nro. MSP-VGS-2024-0005-M de, 02 de enero de 2024, la Mgs. Sara Beatriz Tama Tambaco, en calidad de Viceministra de Gobernanza de la Salud, con el objetivo de dar continuidad al proceso de expedición del "*Plan Estratégico Nacional Multisectorial para la respuesta al VIH/sida-ITS y hepatitis virales 2023-2025*" remitió a la Coordinación General de Asesoría Jurídica el Informe Técnico suscrito por la Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades Transmisibles y solicitó la elaboración del presente Acuerdo Ministerial.

EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES LEGALES CONFERIDAS POR LOS ARTÍCULOS 151 Y 154, NUMERAL 1 DE LA CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR Y EL ARTICULO 17 DEL ESTATUTO DEL RÉGIMEN JURÍDICO Y ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA

ACUERDA:

Artículo 1.- Aprobar el "*Plan Estratégico Nacional Multisectorial para la respuesta al VIH/sida-ITS y hepatitis virales 2023-2025*".

Artículo 2.- Disponer que el "*Plan Estratégico Nacional Multisectorial para la respuesta al VIH/sida-ITS y hepatitis virales 2023-2025*", sea de cumplimiento obligatorio en el Sistema Nacional de Salud.

Artículo 3.- Publicar el "*Plan Estratégico Nacional Multisectorial para la respuesta al VIH/sida-ITS y hepatitis virales 2023-2025*", en la página web del Ministerio de Salud Pública.

00015-2024
DISPOSICIÓN DEROGATORIA

Deróguese todas las normas de igual o menor jerarquía que se opongan a las disposiciones del presente Acuerdo Ministerial, expresamente el Acuerdo Ministerial 0290-2018, publicado en la Edición Especial del Registro Oficial No. 667 de 06 de diciembre de 2018, a través del cual se aprobó el "Plan Estratégico Multisectorial para la respuesta al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH/Sida e infecciones de transmisión sexual (ITS))."

DISPOSICIÓN FINAL

De la ejecución del presente Acuerdo Ministerial, que entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro Oficial, encárguese a la Subsecretaría de Vigilancia, Prevención y Control de la Salud, a través de la Estrategia Nacional de VIH/sida-ITS y del Proyecto de Reducción de las Enfermedades Crónico-Transmisibles de Mayor Impacto en el Ecuador: VIH/ sida, ITS, Tuberculosis y Hepatitis Viral B y C.


Dado en el Distrito Metropolitano de Quito a, **11 ENE. 2024**









FRANKLIN EDMUNDO
ENCALADA CALERO







Dr. Franklin Edmundo Encalada Calero
MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

	Nombre	Área	Cargo	Sumilla
Revisado	Mgs. Sara Beatriz Tama Tambaco	Viceministerio de Gobernanza de la Salud	Viceministra	 SARA BEATRIZ TAMA TAMBACO

00015 - 2024

	Dr. José Olmedo Garnica Vargas	Subsecretaría de Rectoría del Sistema Nacional de Salud	Subsecretario	 JOSE OLMEDO GARNICA VARGAS
	Mgs. Ricardo José Vizueta Méndez	Subsecretaría Nacional de Vigilancia, Prevención y Control de la Salud	Subsecretario	 RICARDO JOSE VIZUETA MENDEZ
	Abg. Inés Mogrovejo Cevallos	Coordinación General de Asesoría Jurídica	Coordinadora	 INES MARIA MOGROVEJO CEVALLOS
	Mgs. Luis Eduardo Caguana	Dirección de Asesoría Jurídica	Director	 LUIS EDUARDO CAGUANA MEJIA
	Med. Raquel del Pilar Velez Muñoz	Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades Transmisibles	Directora	 RAQUEL DEL PILAR VELEZ MUNOZ
	Mgs. Rodrigo Tobar Robalino	Proyecto de Reducción de las Enfermedades Crónico - Transmisibles de Mayor Impacto en el Ecuador: VIH/SIDA, ITS, Tuberculosis y Hepatitis Viral B y C	Gerente	 RODRIGO REINALDO TOBAR ROBALINO

00015-2024

	Mgs. Fernando Góngora Martínez	Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud	Director (E)	 FERNANDO BRYAN GONGORA MARTINEZ
	Psc. Vilma Escobar Pérez	Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud	Especialista	 VILMA AIDEE ESCOBAR PEREZ
	Abg. Alexandra Arteaga López	Dirección Nacional de Asesoría Jurídica	Analista	 ALEXANDRA DEL ROCIO ARTEAGA LOPEZ
Elaborado	Med. Daniel Lizano Arauz	Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control Para Enfermedades Transmisibles	Especialista	 EDISON DANIEL LIZANO ARAUZ



Coordinación General Administrativa Financiera
Dirección de Gestión Documental y Atención al Usuario

Razón: Certifico que el presente documento es materialización del Acuerdo Ministerial Nro. 00015 - 2024, dictado y firmado por el señor Dr. Franklin Encalada Calero, **Ministro de Salud Pública**, el 11 de enero de 2024.

El Acuerdo en formato digital se custodia en el repositorio de la Dirección de Gestión Documental y Atención al Usuario al cual me remitiré en caso de ser necesario.

Lo certifico. -



Firmado electrónicamente por:
JACKSON HERIBERTO
ZAMBRANO CASTILLO

Sr. Jackson Heriberto Zambrano Castillo

**DIRECTOR DE GESTIÓN DOCUMENTAL Y ATENCIÓN AL USUARIO
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**



EL NUEVO
ECUADOR

PENM

Plan Estratégico Nacional Multisectorial
para la respuesta al VIH/sida-ITS
y hepatitis virales

2023 - 2025



EL NUEVO
ECUADOR

Ministerio de Salud Pública

PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

Daniel Noboa Azín

MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

Dr. Franklin Encalada Calero

VICEMINISTRA DE GOBERNANZA DE LA SALUD

Mgs. Sara Tama Tambaco

SUBSECRETARIO DE RECTORÍA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Dr. José Garnica Vargas

SUBSECRETARIO DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA SALUD

Mgs. Ricardo Vizueta Méndez

DIRECTORA NACIONAL DE ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL PARA ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Dra. Raquel Vélez Muñoz

COORDINADORA GENERAL DE PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN ESTRATÉGICA

Mgs. Andrea Terán Sandoval

DIRECTORA NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Ing. Elena Chicaiza Mora

DIRECTOR NACIONAL DE POLÍTICAS, NORMATIVIDAD Y MODELAMIENTO DE SALUD, ENCARGADO

Mgs. Fernando Góngora Martínez

RESPONSABLE DE LA ESTRATEGIA NACIONAL DE VIH/SIDA-ITS Y GERENTE DEL PROYECTO DE REDUCCIÓN DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICO - TRANSMISIBLES DE MAYOR IMPACTO EN EL ECUADOR: VIH/SIDA, ITS, TUBERCULOSIS Y HEPATITIS VIRALES

Mgs. Rodrigo Tobar Robalino

DISEÑO

Iván Zúñiga Parra

IMPRESIÓN

ISBN

Primera Edición, 2023

© Ministerio de Salud Pública

Av. Quitumbe Ñan y Av. Amaru Ñan, Quito,

Plataforma Gubernamental de Desarrollo Social.

www.salud.gob.ec

La reproducción parcial o total de esta publicación, en cualquier forma y por cualquier medio mecánico o electrónico, está permitida siempre y cuando sea autorizada por los editores y se cite correctamente la fuente.

**DISTRIBUCIÓN GRATUITA
PROHIBIDA SU VENTA**



**EL NUEVO
ECUADOR**

Ministerio de Salud Pública

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. *“Plan Estratégico Nacional Multisectorial para la respuesta al VIH/sida-ITS y hepatitis virales 2023-2025”*. Plan. Quito: Ministerio de Salud Pública, Subsecretaría de Vigilancia, Prevención y Control de la Salud, Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades Trasmisibles-MSP; 2023.

- | | |
|----------------------|---|
| 1. Infección por VIH | 4. Eliminación de la Transmisión Materno Infantil |
| 2. Salud Pública | 5. Promoción y prevención |
| 3. Atención Integral | 6. Derechos humanos |

Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Plataforma Gubernamental de Desarrollo Social Av. Quitumbe Ñan y Av. Amaru Ñan.
Quito - Ecuador
Teléfono: 593 (2) 381-4400
www.salud.gob.ec

Edición general: Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud – MSP.

Este Plan ha sido desarrollado por profesionales de las instituciones del Sistema Nacional de Salud y especialistas expertos en la materia, bajo el acompañamiento metodológico de la Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud del Ministerio de Salud Pública.

Los autores han declarado sus conflictos de interés y han procurado ofrecer información completa y actualizada, sin embargo, en vista de la posibilidad de cambios en las ciencias médicas.

Como citar este plan: Ministerio de Salud Pública del Ecuador. *“Plan Estratégico Nacional Multisectorial para la respuesta al VIH/sida – ITS y hepatitis virales, 2023-2025”*. Plan. Quito: Ministerio de Salud Pública, Subsecretaría de Vigilancia, Prevención y Control de la Salud, Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades Trasmisibles-MSP; 2023.

Autoridades del Ministerio de Salud

Dr. Franklin Edmundo Encalada Calero, Ministro de Salud Pública del Ecuador.

Mgs. Sara Beatriz Tama Tambaco, Viceministra de Gobernanza de la Salud.

Dr. José Olmedo Garnica Vargas, Subsecretario de Rectoría del Sistema Nacional de Salud.

Mgs. Ricardo José Vizueta Méndez, Subsecretario de Vigilancia, Prevención y Control de la Salud.

Dra. Raquel del Pilar Vélez Muñoz Directora Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades Transmisibles.

Mgs. Andrea Carolina Terán Sandoval, Coordinadora General de Planificación y Gestión Estratégica.

Ing. Elena Gabriela Chicaiza Mora, Directora Nacional de Estadística y Análisis de la Información del Sistema Nacional de Salud

Mgs. Fernando Góngora Martínez, Director Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud, Encargado.

Mgs. Rodrigo Reinaldo Tobar Robalino, Responsable de la Estrategia Nacional de VIH/Sida-ITS y Gerente del Proyecto de Reducción de las Enfermedades Crónico - Transmisibles de Mayor Impacto en el Ecuador: VIH/Sida, ITS, Tuberculosis y Hepatitis Virales.

Equipo de redacción y autores

Rodrigo Reinaldo Tobar Robalino, responsable de la Estrategia Nacional de VIH/sida-ITS y Gerente del Proyecto de Reducción de las Enfermedades Crónico - Transmisibles de Mayor Impacto en el Ecuador: VIH/SIDA, ITS, Tuberculosis y Hepatitis Virales , Quito.

Edison Daniel Lizano Arauz, médico, Especialista de Grupos Prioritarios, Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades Transmisibles, Ministerio de Salud Pública, Quito.

María Emilia Morán, médica general, médico, Analista del Proyecto de Reducción de las Enfermedades Crónico-transmisibles de Mayor Impacto en el Ecuador: VIH/sida, ITS, Tuberculosis y Hepatitis b y c, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Mayra Elizabeth Granja Acosta, psicóloga clínica, Especialista de Grupos de Atención Prioritaria, Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades Transmisibles, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Marcela Virginia Salazar Cedillo, química farmacéutica, Especialista de Enfermedades Infecciosas con Potencial Epidémico y Pandémico, Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades Transmisibles, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Viviana Verónica Allauca Chávez, doctora en bioquímica y farmacia, Responsable de Dispositivos Médicos, Estrategia Nacional de VIH/sida-ITS, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Diana Elizabeth Iglesias Zambrano, médico, Responsable de Vigilancia Epidemiológica de VIH, Proyecto de Prevención y Control del VIH/sida-ITS, Ministerio

de Salud Pública, Quito.

Fernanda Vanessa Vélez Cevallos, economista, Responsable de Sistemas Estratégicos de Salud, monitoreo y evaluación, Proyecto de Prevención y Control del VIH/sida-ITS, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Carmen Yomaira Pozo Rivera, ingeniera, Analista del Proyecto de Reducción de las Enfermedades Crónico-trasmisibles de Mayor Impacto en el Ecuador: VIH/sida, ITS, Tuberculosis y Hepatitis b y c, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Juan Alberto Vega Reyes, médico, Analista del Proyecto de Reducción de las Enfermedades Crónico-trasmisibles de Mayor Impacto en el Ecuador: VIH/sida, ITS, Tuberculosis y Hepatitis b y c, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Henry Miguel Calle Loor, médico, analista del Proyecto de Reducción de las Enfermedades Crónico-trasmisibles de Mayor Impacto en el Ecuador: VIH/sida, ITS, Tuberculosis y Hepatitis b y c, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Jaime Alexander Enríquez Salina, bioquímico clínico, Analista del Proyecto de Reducción de las Enfermedades Crónico-trasmisibles de Mayor Impacto en el Ecuador: VIH/sida, ITS, Tuberculosis y Hepatitis b y c, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Andrea Lisbeth Cuasapaz Rosero, médico, Analista del Proyecto de Reducción de las Enfermedades Crónico-trasmisibles de Mayor Impacto en el Ecuador: VIH/sida, ITS, Tuberculosis y Hepatitis b y c, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Carlos Espartaco Erazo Verdugo, médico, Analista del Proyecto de Reducción de las Enfermedades Crónico-trasmisibles de Mayor Impacto en el Ecuador: VIH/sida, ITS, Tuberculosis y Hepatitis b y c, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Equipo de colaboradores

Francisco Xavier Solórzano Salazar, doctor en medicina y cirugía, master en gestión, planificación y políticas de salud. Especialista en Salud Internacional y Economía de la Salud, consultor, Quito.

Dr. Juan Francisco Vásconez Donoso, doctor en medicina y cirugía, Master en Salud Pública, consultor, Quito.

Gabriela Yerovi Naranjo, médica, Consultora Nacional para VIH, ITS, Hepatitis Virales, Tuberculosis. Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Equipo de revisión y validación

Vilma Aideé Escobar Pérez, psicóloga, Especialista de la Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Juan Vicente Granda Suquillo, Magister, Especialista de Mejora Continua de la Red de Epidemiología, Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Johana Paola Mozo Tierras, Ingeniera, Analista de Procesamiento y Análisis de la Información, Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Salud Pública, Quito.

José Martín Acosta Acosta, magister, Especialista de Abastecimiento, Dirección Nacional de Abastecimiento de Medicamentos, Dispositivos Médicos y Otros Bienes Estratégicos en Salud, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Luis Mauricio Estrella Endara, Químico Farmacéutico, Especialista de Monitoreo y Evaluación de la Gestión, Ministerio de Salud Pública, Quito.

María Del Cisne Gordillo Pacheco, médico, Especialista de Seguimiento, Monitoreo y Evaluación de la Gestión de Articulación, Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Diana Jacqueline Barreno Tixe, magister, Especialista de Seguimiento y Control, Dirección Nacional de Hospitales, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Daniela Fernanda Lisintuña Jaguaco, magister, Analista del Proyecto para el Abordaje Integral de Salud Sexual y Salud Reproductiva en Adolescentes, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Rosa Isabel Clavijo Ullrich, magister, Especialista de Articulación de Actores y Espacios de Participación Social en Salud, Dirección Nacional de Participación Social en Salud, Ministerio de Salud Pública, Quito.

María Hortencia Hinojosa Trujillo, socióloga, Especialista de Institucionalización de Enfoques de Género, Igualdad y Derechos Humanos en Salud, Dirección Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Lorena Paola Carpio Orellana, magister, Analista de Promoción de la Salud, Dirección Nacional de Promoción de la Salud, Ministerio de Salud Pública, Quito.

María Patricia Betancourt Rivera, magister, Especialista de Gestión de Pacientes con Enfermedades Raras, Dirección Nacional de Calidad, Seguridad del Paciente y Control Sanitario, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Valeria Obando Cepeda, médico, Especialista de la Dirección Nacional de Salud Intercultural y Equidad, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Carolina Diana Ascázubi Silva, auditor médico, Gestión Prestaciones Médicas, Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional.

Ana Lucía Luna Larco, enfermera, Especialidad de Infectología/Epidemiología, Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas N° 1.

Yolanda Elizabeth Espinosa Quillupangui, Bioquímica, Coordinación Nacional de Vigilancia Epidemiológica del Seguro de Salud, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

Fredi Tinillo Ortiz, médico, Analista de la Subdirección Nacional de Prestaciones de Salud del Seguro Social Campesino.

Vanessa Estefanía Utreras Borja, química farmacéutica, Coordinación Nacional de Medicamentos, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

María Belén Bustos Romero, bioquímica farmacéutica, Coordinación Nacional De Dispositivos Médicos, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

Alicia Telenchana, médico, Analista Médico del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas.

Mayra Alejandra Merino Delgado, magister, Coordinadora Nacional Institucional de Centros de Primer Nivel de Atención, encargada, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

Mercedes Leonor Ruiz Cueva, médico, Coordinación Nacional de Centros de Primer Nivel de Atención, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

Miguel Ángel Erazo Ballesteros, magister, Subdirección Nacional de Provisión de Servicios de Salud, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

Irene Carolina Tinillo Hernández, médica, Departamento de Promoción, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas.

Rosa Amelia Samaniego Díaz, magister, Coordinación Nacional de Promoción y Prevención de Salud, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

Pablo Beltrán Ayala, Doctor, Presidente del Consejo de Educación Superior.

Galo Alexis Negrete Rivera, psicólogo, Asistente de Atención a Grupos Prioritarios, Dirección de Atención a Grupos Prioritarios, Ministerio del Trabajo.

Ruth Andrea Campaña Lozano, ingeniera, Analista de Investigación Científica, Dirección de Investigación Científica, Secretaría de Educación Superior, Ciencia y Tecnología.

Fausto Arturo Chinde Chamorro, magister, Analista, Dirección del Sistema de Naciones Unidas, Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana.

Cynthia Maribel Tapia Silva, arquitecto, Analista de Educación para la Democracia y el Buen Vivir, Ministerio de Educación.

María Astrid Coloma Coloma, especialista, Especialista de Políticas Públicas, Dirección Nacional de Análisis Normativo e Incidencia en Política Pública, Defensoría del Pueblo.

Alexander Gino Guano Monteros, Magister, Subsecretario de Diversidades, Ministerio de la Mujer y Derechos Humanos.

Ana Elizabeth Saltos Bonilla, analista, Dirección de Política Integral y Promoción de Derechos Humanos, Ministerio de la Mujer y Derechos Humanos.

Emma Camila Valencia Ponce, Analista de Educación para la Democracia y el Buen Vivir, Ministerio de la Mujer y Derechos Humanos.

Vanessa Jara Mora, Supervisora, Hemocentro, Cruz Roja Ecuatoriana.

Víctor Aguirre Tello, Coordinador, Hemocentro, Cruz Roja Ecuatoriana.

Guido Cisneros Sierra, Socio, Asociación, Alfíl.

Amira Herdoiza, Directora, Corporación Kimirina.

Efraín Soria, Presidente, Fundación Ecuatoriana Equidad, Quito.

Fausto Vargas, Secretario, Coalición ecuatoriana de personas que viven con VIH.

Jimmy Medina, Coordinador, Corporación Kimirina.

Santiago Jaramillo, Presidente, Fundación Matices.

Lourdes Torres, Presidente, Asociación Pro Defensa de la Mujer.

Christian Acosta, Coordinador, Corporación Kimirina.

Lupe Orozco, Monitoreo, Corporación Kimirina.

Edwin Hidalgo, Secretario, Fundación Matices.

Susana Aguilar, Secretario Ejecutivo, Mecanismo Coordinador País.

Contenido

Presentación.....	13
Introducción	14
Marco Normativo	16
CAPÍTULO I.- DIAGNÓSTICO Y ANÁLISIS.....	19
1 Información General	19
1.1 Antecedentes y justificación.....	19
1.2 Marco Conceptual.....	20
1.2.1 Conceptos relevantes y enfoques utilizados en la respuesta nacional al VIH/sida 20	
1.2.2 Respuesta nacional ante la epidemia	21
1.2.3 Inversión nacional en la respuesta ante el VIH	23
2 Análisis Situacional.....	26
2.1 Análisis de contexto.....	26
2.2 Análisis y revisión de la evidencia nacional e internacional.....	33
2.3 Problemática en torno a la respuesta nacional al VIH/sida-ITS y hepatitis víricas B y C.....	37
2.3.1 Árbol de problemas: causas y efectos	37
2.3.2 Efectos	46
3 MAPEO DE ACTORES.....	50
CAPÍTULO II.- PLANTEAMIENTO DEL PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL MULTISECTORIAL.....	52
4 PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL MULTISECTORIAL PARA RESPUESTA AL VIH/sida- ITS y hepatitis virales 2023-2025.....	52
4.1 Misión.....	52
4.2 Visión	52
4.3 Objetivo	52
4.3.1 Objetivos Específicos	53
4.4 Valores	53
4.5 Líneas estratégicas.....	53
4.5.1 Línea estratégica 1: Aseguramiento de la promoción de la salud y la prevención del VIH/sida-ITS y hepatitis virales	54
4.5.2 Línea estratégica 2: Asegurar la atención integral con el tratamiento antirretroviral oportuno al VIH, enfermedades oportunistas y otras ITS.....	65
4.5.3 Línea estratégica 3: Garantizar los derechos humanos y la prevención del estigma y la discriminación en las PVV y los grupos de población clave	72
4.5.4 Línea estratégica 4: Fortalecer los sistemas de información para la gobernanza de la respuesta nacional al VIH/sida - ITS.....	82
5 PRESUPUESTO DEL PENM.....	92
CAPÍTULO III.- PROGRAMACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN	120
6 ARTICULACIÓN CON LOS INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN	120
6.1 Agenda 2030 - Objetivos de Desarrollo Sostenible	120

6.2	Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018 - 2030	120
6.3	Agenda específica de respuesta al VIH en Ecuador (ONUSIDA -CEMSIDA) 120	
6.4	Plan Nacional de Desarrollo - Plan de Creación de Oportunidades 2021 - 2025	121
7	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN.....	122
8	Abreviaturas	125
9	Referencias	127
10	Anexo.....	135
10.1	Fichas metodológicas de los indicadores.....	135
10.1.1	Porcentaje de hombres y mujeres de GPC que tuvieron más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y reportaron haber utilizado condón en su última relación sexual	135
10.1.2	Tasa de transmisión materno infantil del VIH.....	136
10.1.3	Porcentaje de gestantes con diagnóstico de VIH que reciben TARV para reducir el riesgo de la transmisión materno infantil.....	139
10.1.4	Porcentaje de gestantes tamizadas para VIH conforme la normativa vigente	143
10.1.5	Porcentaje de personas de poblaciones clave que se han hecho la prueba de VIH en los últimos 12 meses y conocen sus resultados	145
10.1.6	Porcentaje de HSH/MTF/TS cubiertos por programas de prevención del VIH	147
10.1.7	Número de personas que recibieron PrEP por lo menos una vez durante el período de notificación	150
10.1.8	Porcentaje de PVV que conocen su estado serológico.....	152
10.1.9	Porcentaje de nuevos diagnósticos que reciben atención y tratamiento. 154	
10.1.10	Porcentaje de personas que viven con VIH que reciben terapia antirretroviral al final del periodo de notificación.....	156
10.1.11	Porcentaje de personas que viven con el VIH que tienen la carga viral suprimida a la conclusión del periodo sobre el que se informa.....	158
10.1.12	Porcentaje de PVV que reportan haber perdido su empleo o fuente de ingreso debido a su condición durante los últimos 12 meses.	161
10.1.13	Número de investigaciones relacionadas con el VIH/sida – ITS realizadas en el Ecuador	162

Tabla de Figuras

Figura 1 Evolución del gasto en sida por fuente de financiamiento 2016-2020	24
Figura 2 Número de casos de VIH/sida 1984-2022.....	28
Figura 3 Tasa de mortalidad por causas relacionadas con el VIH 1997- 2021	28
Figura 4 Número de nuevos casos de VIH/sida por provincia de residencia y sexo 2022	29
Figura 5 Acceso a pruebas e insumos de prevención en HSH y MTF 2019-2020	31
Figura 6. Evolución de las asignaciones presupuestarias en 4 áreas sociales en millones de dólares, Ecuador 2017-2020.....	32
Figura 7. Tasa de incidencia del VIH por 1.000 habitantes de 15 a 49 años en varios países de América Latina y el Caribe en 2016 y 2021.....	34
Figura 8. Prevalencia del VIH por cada 100 habitantes de 15 a 49 años en varios países de América Latina y el Caribe en 2016 y 2021.....	34
Figura 9. Cascada de atención integral del VIH 2022.....	35
Figura 10 Cascada de atención en coinfección TB/VIH - Ecuador 2011 - 2020.....	37
Figura 11. Árbol de problemas relacionados con el VIH/sida	38
Figura 12. Modelo analítico de la determinación social de la prevalencia del VIH e ITS	40

Tabla de Cuadros

Cuadro 1. Gasto total en VIH/sida según fuentes de financiamiento 2016-2020	23
Cuadro 2. Gasto total en VIH/sida según categoría de gasto 2016-2020	24
Cuadro 3. Porcentaje del gasto en VIH/sida por categoría de gasto 2016-2020.....	25
Cuadro 4. Evolución porcentual del gasto en VIH/sida por categoría de gasto 2005-2020	25
Cuadro 5. Gasto en VIH/sida por población beneficiaria y categoría de gasto 2016-2020	26
Cuadro 6. Prevalencia del VIH e ITS en grupos de población clave HSH, MTF y PTS en las provincias de Azuay, El Oro, Esmeraldas, Guayas, Manabí y Pichincha en 2021	27
Cuadro 7 Casos de VIH/sida, porcentaje, tasas, casos por sexo y porcentaje en hombres por provincias.....	30
Cuadro 8. Cascada de atención en coinfección TB/VIH - Ecuador 2011 - 2020.....	36
Cuadro 9 Inversión anual del MSP por PVV en 2021.....	48
Cuadro 10. Mapeo de Actores	51
Cuadro 11. Línea estratégica 1: Promoción de la salud y prevención del VIH/sida-ITS y hepatitis virales	58
Cuadro 12. Línea estratégica 2: Asegurar la atención integral con el tratamiento antirretroviral oportuno al VIH, enfermedades oportunistas y otras ITS.....	69
Cuadro 13. Línea estratégica 3: Garantizar los derechos humanos y la prevención del estigma y la discriminación en las PVV y a los GPC	78
Cuadro 14. Línea estratégica 4: Fortalecer los sistemas de información para la gobernanza de la respuesta nacional al VIH/sida - ITS	87
Cuadro 15. Línea estratégica 4: Fortalecer los sistemas de información para la gobernanza de la respuesta nacional al VIH/sida - ITS	93
Cuadro 16. Presupuesto del PENM 2023 – 2025, Línea estratégica 2, Asegurar la atención integral con el tratamiento antirretroviral oportuno al VIH, enfermedades oportunistas y otras ITS.....	101
Cuadro 17. Presupuesto del PENM 2023 – 2025, Línea estratégica 3: Garantía de derechos humanos y la prevención del estigma y la discriminación en las PVV y a los GPC	105
Cuadro 18. Presupuesto del PENM 2023 – 2025, Línea estratégica 4: Fortalecer los sistemas de información para la gobernanza de la respuesta nacional al VIH/sida - ITS	

.....	111
Cuadro 19. Resumen del presupuesto del PENM 2023 - 2025 por línea estratégica	119
Cuadro 20. Indicadores de monitoreo y evaluación del PENM 2023 - 2025	122
Cuadro 21. Indicadores de monitoreo y evaluación del PENM 2023 - 2025	123

Presentación

La salud es un pilar importante de la política social del gobierno del Ecuador que debe garantizar el acceso a servicios de salud de calidad y con un enfoque integral que abarque la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la recuperación de la salud, la rehabilitación y los cuidados paliativos de la salud individual y colectiva como parte del continuo de atención.

El Ministerio de Salud Pública asume la responsabilidad de regular, organizar, apoyar y garantizar la atención de las enfermedades crónicas transmisibles como una prioridad de salud pública.

El presente documento es el resultado del esfuerzo colectivo de los actores multisectoriales, involucrados en la respuesta nacional al VIH/sida - ITS y hepatitis víricas B y C, quienes han contribuido con sus ideas, propuestas y aspiraciones para fortalecer el trabajo en los distintos ámbitos que demandan estas infecciones.

El proceso se inició a fines de 2022 con la recolección de datos para actualizar la información necesaria para cada una de las áreas clave de la respuesta nacional al VIH/sida - ITS y hepatitis víricas B y C. La participación de los diversos actores públicos y privados, tales como: instituciones públicas de derechos humanos, educación, justicia, salud y organizaciones de la sociedad civil vinculadas al VIH/sida ha sido fundamental para delinear las acciones previstas para el período 2023 - 2025.

Este instrumento se constituye en la hoja de ruta para la implementación de las actividades en cada línea estratégica de la respuesta nacional que ha identificado los costos de las actividades y las fuentes de financiamiento determinando la brecha en las acciones que requieren una fuente de recursos complementaria.

En este esfuerzo han aportado los actores desde su óptica para generar una discusión prolífica que resultó en el consenso de lo prioritario para mejorar la respuesta nacional con base en la evidencia disponible.

Los actores multisectoriales aportarán según sus competencias en el desarrollo del presente plan, sobre todo, se comprometerán al trabajo mancomunado y constante en aras de alcanzar la meta de reducir la morbilidad y la mortalidad por el VIH/sida - ITS y hepatitis víricas B y C.

Dr. Franklin Edmundo Encalada Calero
Ministro de Salud Pública del Ecuador

Introducción

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), es la autoridad sanitaria nacional encargada de la rectoría, regulación, planificación, coordinación, control y gestión de la salud pública en el país mediante la gobernanza, la vigilancia de la salud pública, la provisión de servicios de salud, la prevención y el control de enfermedades, la promoción de la salud, la investigación y el desarrollo de la ciencia y la tecnología para garantizar el derecho a la salud.

El Fondo Mundial (FM), es una organización internacional creada para que los gobiernos, la sociedad civil, el sector privado y las personas afectadas por las enfermedades, puedan unir esfuerzos para la lucha contra el VIH y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), la tuberculosis y la malaria. El FM recauda e invierte fondos en ciclos de tres años para el financiamiento de programas dirigidos por cada uno de los países y en favor de las poblaciones que más lo necesitan. En ese sentido, el MSP ha suscrito acuerdos de subvención con el FM, para la respuesta al VIH/sida, la tuberculosis y la malaria desde 2005.

El MSP y el FM suscribieron el 19 de diciembre de 2019 el Acuerdo de Subvención ECU-MOH-1850, para fortalecer la respuesta nacional frente al VIH/sida durante el periodo 2020 - 2022. En este contexto y a fin de ejecutar ciertas actividades contempladas en el plan operativo anual de esta subvención, el MSP, a su vez, firmó un acuerdo de cooperación interinstitucional con la Corporación Kimirina, el 30 de abril de 2020, para que maneje los fondos de la subvención asignada al Ecuador en calidad de gestor administrativo.(1)

El Plan Estratégico Nacional Multisectorial (PENM) es el instrumento recomendado a escala internacional, acogido por los países, para la planificación de las respuestas nacionales al VIH/sida – ITS y hepatitis virales. Este instrumento ha evolucionado incorporando las lecciones aprendidas durante su aplicación para fortalecer las acciones que se ejecutan y también aún las expectativas y los aportes de los actores multisectoriales de la respuesta. El Ecuador ha elaborado planes estratégicos multisectoriales desde 2001, mejorando de manera continua su carácter estratégico y participativo, así como sus resultados en la respuesta del sector salud.(1)

El MSP, en coordinación con el Comité Ecuatoriano Multisectorial del sida (CEMSIDA), elaboró el PENM 2018 - 2022, instrumento de gestión que articula la respuesta nacional al VIH/sida para detener el avance de la epidemia en el Ecuador y contribuir al logro de las metas propuestas por la ONU, enfocadas en el desarrollo sostenible hasta 2030, que busca terminar con la epidemia de sida, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas; y en el objetivo 6 del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2021 - 2025 que apunta a garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad, con énfasis en el punto, que pretende incrementar las personas que conocen su estado serológico y se encuentran en tratamiento para el VIH del 89% al 92%.(1)

El PENM plantea al VIH/sida como un problema ligado al desarrollo y busca disminuir la velocidad de crecimiento de la epidemia mediante la estructuración de una respuesta multisectorial de políticas públicas que garantizan -desde un enfoque de género y derechos humanos- el acceso universal a la promoción, la prevención y la atención integral, así como la equidad y la igualdad de oportunidades para las

personas que viven con el VIH (PVV).(1)

Por tanto, es prioritario revisar el avance del PENM 2018 - 2022 y actualizar la información sobre la situación de la epidemia para mejorar la gestión de la respuesta nacional, fortalecer la toma de decisiones basada en evidencia y definir los ajustes pertinentes en las políticas públicas relacionadas con el VIH/sida.(1)

El PENM 2023 - 2025 es la hoja de ruta para la respuesta a la epidemia, tanto para las instancias públicas como para la sociedad civil y otros actores involucrados como el sector privado, la academia, la cooperación internacional, entre otros. Asimismo, fortalecerá el rol del Estado y sus diferentes instancias sectoriales e intersectoriales como responsables de la formulación de política pública para reducir el avance y los efectos negativos de la epidemia.

Por todo lo anterior mencionado, el MSP ha determinado que la formulación e implementación del PENM 2023 - 2025 es una prioridad de salud pública.

Es importante reconocer los aportes de los actores multisectoriales involucrados en la respuesta nacional al VIH que participaron en el proceso de consulta y de validación para evaluar el PENM 2018 - 2022 y preparar la propuesta del Plan Estratégico Nacional Multisectorial de respuesta al VIH/sida para el periodo 2023 - 2025.

En el presente PENM 2023 - 2025 se incluye las hepatitis virales B y C para los grupos de población clave (GPC): mujeres transfemeninas (MTF), hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y personas que ejercen el trabajo sexual (PTS), gestantes y PVV considerando que estos virus son un problema de salud pública mundial comparable con otras enfermedades transmisibles importantes, como el VIH, la tuberculosis y la malaria.

Marco Normativo

Compromisos internacionales del Ecuador en materia del VIH/sida y los DDHH.

La igualdad y la no discriminación son principios consagrados en todos los acuerdos internacionales más relevantes sobre derechos humanos y los pilares sobre los cuales se sustentan todos los demás derechos humanos. En este marco, el Estado ecuatoriano se adhirió a la Declaración Universal de Derechos Humanos en el ámbito del VIH, la Declaración de compromiso de lucha contra el sida adoptada en la sesión especial de la Asamblea de las Naciones Unidas (UNGASS) en junio de 2001 y la Declaración de DOHA también en 2001.(2)

La Asamblea General de Naciones Unidas durante su septuagésimo periodo de sesiones en junio de 2016 aprobó la Declaración Política sobre el VIH/sida: En la vía rápida para acelerar la lucha contra el VIH y poner fin a la epidemia del sida para 2030. En esta declaración, se plantean tres metas como respaldo a la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible:(3)

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

De igual forma durante el septuagésimo quinto período de sesiones de la Asamblea General de Naciones Unidas en 2021, el Secretario General presentó el informe *“Superar las desigualdades y enderezar el rumbo para acabar con el sida de aquí a 2030”* que revela que las metas planteadas para 2020 no se cumplieron. Este informe resalta que es necesario adoptar medidas para reducir las desigualdades, aumentar la inversión nacional e internacional en el VIH, la salud, la protección social, las respuestas humanitarias y los sistemas de control y preparación ante una pandemia. Se plantea algunas recomendaciones y se fijan metas para 2025 orientadas a robustecer los esfuerzos para erradicar el sida y alcanzar los ODS en 2030.(3)

La declaración política sobre el VIH insta a los Estados suscriptores para que aceleren el alcance de las acciones para prevenir las nuevas infecciones por el VIH entre niños, jóvenes y adultos con la meta de garantizar que el 95 % de las PVV conozcan su estado serológico, que el 95 % de las PVV que sí lo conocen reciban tratamiento y que el 95 % de las PVV que ya lo reciben supriman la carga viral.(3)

La Organización Mundial de la Salud propuso la “Estrategia Mundial Contra el VIH 2016 - 2021 Hacia el Fin del Sida”. El contenido de esta estrategia se alinea de forma completa con la visión, el objetivo y las metas de la estrategia multisectorial de ONUSIDA y con los ODS.(4)

Ecuador, como suscriptor de las declaraciones políticas de la Organización de las Naciones Unidas, ha enmarcado sus políticas nacionales y sectoriales para dar respuesta al VIH/sida. Se ha comprometido con la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita, así como con el mejoramiento del acceso a los servicios de educación sexual integral y reducción de daños, reforzando la atención a las mujeres, a las personas jóvenes, adolescentes y a los grupos de población clave (GPC) incluyendo personas privadas de libertad y usuarios de drogas, así como personas en situación de movilidad humana.(1)

Leyes, política pública y normativa de la respuesta nacional al VIH/sida y los derechos humanos

En la Constitución de la República del Ecuador (CRE), el Estado garantiza el derecho de toda persona a la igualdad y no discriminación por razón de sexo, orientación sexual, estado de salud, así como los derechos a tomar decisiones libres y responsables sobre la vida sexual y a una vida libre de violencia en los ámbitos público y privado.(5)

Así, según el artículo 66 de la CRE, el Estado asume la obligación de adoptar las medidas necesarias para prevenir, eliminar y sancionar toda forma de violencia, entre otras, las dirigidas a personas que viven con el VIH y a garantizar a las personas el derecho a la integridad personal, lo cual incluye la integridad física, psíquica, moral y sexual; una vida libre de violencia en el ámbito público y privado y el ejercicio de la democracia, la reducción de vulnerabilidades mediante la prevención de riesgos; y la protección, la respuesta y la remediación ante emergencias y desastres.(5)

También, cabe mencionar a los artículos 11, numeral 2; art. 32; art. 50; art. 66, numeral 4, 11, 19 y 20; art. 363, numeral 7, de la CRE y a los acuerdos ministeriales que aseguran esa garantía de derechos, como el 398 del Ministerio de Trabajo de 2006; el 436 del Ministerio de Educación de 2008; y la Resolución 166.09 del ex Consejo Nacional de Universidades y Escuelas Politécnicas.(5)

Sobre el derecho a la salud, la norma fundamental subraya que el Estado promueve la cultura por la salud y la vida, con énfasis en la salud sexual y reproductiva, mediante la participación de la sociedad y la colaboración de los medios de comunicación. Respecto del derecho a la educación, el texto constitucional establece que el Estado promueve la equidad de género. También refiere el reconocimiento y la atención de las necesidades específicas de las mujeres con VIH; y de las vinculaciones de la infección con la salud sexual y reproductiva, así como la violencia contra las mujeres.(5)

La Ley N° 2000-11 para la Prevención y Asistencia Integral del VIH/sida, que fue promulgada en el año 2000, declara de interés nacional la lucha contra el sida y prohíbe la discriminación fundada en el estado serológico de la persona. El respectivo reglamento para la atención a personas con VIH/sida dispone el acceso gratuito de las personas que viven con el VIH y que no se encuentren afiliadas a ningún seguro de salud a la atención, exámenes y medicamentos antirretrovirales.(6)

La Ley Orgánica de Salud N° 2006-67, estipula que el contagio y la transmisión del VIH/sida es un problema de salud pública y garantiza la atención especializada, el acceso y la disponibilidad de medicamentos antirretrovirales y para enfermedades oportunistas para la atención de las personas que viven con VIH (PVV).(7)

Con relación a la salud sexual y reproductiva, la norma *ibídem*, en su artículo 68 establece que el Estado se encuentra obligado a brindar anticonceptivos a mujeres que viven con el VIH, así como sucedáneos de la leche materna para evitar el riesgo de contagio de una madre VIH positiva por vía de su leche. Anticoncepción de emergencia cuando las niñas, adolescentes y mujeres que viven con VIH lo requieran, incluido en casos de violencia sexual; y aplicar esquemas profilácticos y terapéuticos para detectar y prevenir el riesgo de contraer ITS, VIH y hepatitis B.(7)

La Ley para Prevenir y Erradicar la Violencia contra la Mujer garantiza la atención especializada para niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual mediante exámenes y tratamientos para la prevención del embarazo no deseado, ITS y el

VIH.(8)

El Plan Nacional de Desarrollo establece las metas sectoriales, las estrategias y las acciones respectivas de cada sector y garantiza que los presupuestos se vinculen al plan. Así, el artículo 3 de la CRE estipula que el Estado deberá planificar el desarrollo nacional, erradicar la pobreza, promover el desarrollo sustentable y la redistribución equitativa de los recursos y la riqueza.(9)

El Plan Decenal de Salud 2022 - 2031 señala en su objetivo 10, meta 5, la prioridad para detener la transmisión de las hepatitis virales y acelerar la reducción de las infecciones crónicas y las muertes por hepatitis a fin de eliminar las hepatitis virales como problema importante de salud pública en la región de las Américas.(10)

El PENM 2018 - 2022 es el instrumento programático construido a partir de procesos participativos que articula la respuesta nacional para frenar el avance de la epidemia del VIH/sida y contribuir al logro de las metas acordadas por la Organización de las Naciones Unidas y los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030.(1)

El Plan de Creación de Oportunidades 2021 - 2025 es el instrumento nacional que establece las prioridades del país mediante políticas que, a partir de un abordaje integral, buscan dar solución a los principales problemas públicos en corresponsabilidad entre el Estado, el sector privado y la ciudadanía para reducir las desigualdades que incrementan la vulnerabilidad al VIH entre los grupos de población clave.(11)

En el eje social, fija como metas: incrementar las personas que conocen su estado serológico y se encuentran en tratamiento para el VIH (de 89 % a 92 %).(11)

Por su parte, la Agenda Nacional para la Igualdad de las Mujeres y Personas LGBTI 2018 - 2021 contempla políticas y acciones específicas como es la capacitación a profesionales de salud para registrar de forma adecuada la información de personas con el VIH en el Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias.(12)

El bono Joaquín Gallegos Lara creado mediante Decreto Ejecutivo 442 para apoyar a los menores de 18 años que viven con el VIH. La implementación de este bono está a cargo del Ministerio de Inclusión Económica y Social que entrega USD 240 mensuales a los beneficiarios calificados.

El MSP, en su calidad de autoridad sanitaria nacional, aprobó y facultó la conformación del CEMSIDA mediante Acuerdo Ministerial 1083 expedido el 17 de noviembre de 2011 para definir las líneas estratégicas nacionales de política pública para el diseño, la implementación, la evaluación y el financiamiento de la respuesta nacional al VIH/sida con el objetivo de tener una instancia de decisión política de alto nivel y de aglutinar a los principales actores de la respuesta nacional dentro de un mecanismo legal con la participación pública y privada para coordinar las acciones institucionales sobre la base de las necesidades y las prioridades de la respuesta nacional al VIH/sida, así como planificar, monitorear y evaluar los avances de las intervenciones ejecutadas para disminuir el avance de la epidemia.(13)

CAPÍTULO I.- DIAGNÓSTICO Y ANÁLISIS

1 Información General

1.1 Antecedentes y justificación

El inicio de la epidemia en el Ecuador, data de 1984, estimándose que para finales de 2023 el número de PVV podría llegar a 50.000. La epidemia es de tipo concentrada en poblaciones de mujeres transfemininas, hombres que tienen sexo con hombres y personas que ejercen el trabajo sexual. Se calcula que 2 de cada 1.000 hombres, 2 de cada 10.000 niños de 0 a 14 años y 1 de cada 1.000 embarazadas son PVV.

Desde su inicio en 1984, la epidemia del VIH/sida desencadenó una respuesta global gestada por la Organización Mundial de Salud (OMS) y otras agencias de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), como el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA), para manejar la epidemia mediante estrategias e intervenciones orientadas a reducir los nuevos casos de VIH, dar atención de salud integral de forma oportuna, gratuita y universal, prevenir las muertes por el sida y que las personas que viven con el VIH lleven una buena calidad de vida.(2)

En la 67ª Asamblea Mundial de la Salud se adopta la resolución WHA 67.6 en mayo de 2014,(14) insta a los países miembros para que: elaboren y apliquen estrategias nacionales multisectoriales coordinadas, basadas en el contexto epidemiológico local, para prevenir, diagnosticar y tratar las hepatitis víricas; fortalezcan la promoción de la salud y la prevención de las hepatitis víricas reforzando las estrategias de inmunización; que promuevan la participación de la sociedad civil en todos los aspectos de la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las hepatitis víricas; establezcan un sistema de vigilancia adecuado; refuercen el sistema de recolección de sangre de donantes de bajo riesgo, voluntarios y no remunerados, para que toda la sangre donada sea sometida a pruebas de detección de calidad garantizada, con objeto de evitar la transmisión del VIH, las hepatitis B y C, y la sífilis, y se sigan buenas prácticas transfusionales, a fin de garantizar la seguridad del paciente; reduzcan la prevalencia de la infección crónica por el virus de la hepatitis B mediante la vacunación contra la hepatitis B al nacer; refuercen el control de las infecciones en el entorno sanitario evitando la reutilización de equipos e insumos destinados a un solo uso y mejorando la limpieza y desinfección, o la esterilización, de todos los equipos reutilizables; se incluya en los programas nacionales de inmunización, si es pertinente, la vacunación de los lactantes contra la hepatitis B buscando una cobertura total; en las políticas se introduzcan disposiciones especiales para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las poblaciones afectadas por las hepatitis víricas, en particular los pueblos indígenas, los migrantes y otros grupos vulnerables; entre otras recomendaciones conducentes a prevenir la transmisión de las hepatitis virales.(15)

La política del Fondo Mundial (FM) es que todos los países de ingresos medios altos deben prepararse temprana y sistemáticamente para la disminución progresiva y el eventual término del apoyo del FM; como parte de este proceso, el FM recomienda que los países se preparen para la transición definiendo una estrategia y un plan transicional con el fin de asumir, con recursos nacionales, las actividades que hoy se financian con fondos del FM. Es crucial que sus autoridades prioricen la planificación de la transición de manera eficiente para mantener y profundizar los logros de la respuesta nacional al VIH/sida; para ello, el país realizó su evaluación para la transición y preparó su respectivo plan de trabajo para la transición (PTT). Dentro del PTT se identificó como uno de los riesgos que persista un débil liderazgo de la

instancia de coordinación de la respuesta nacional impidiendo la implementación de un sistema de información y vigilancia integrado, una eficiente planificación y un efectivo monitoreo y evaluación de la respuesta nacional. En consecuencia, se desarrolló un nuevo modelo de gestión para el CEMSIDA y un plan de monitoreo de la respuesta nacional que implica dar seguimiento a las actividades y metas del PENM.

1.2 Marco Conceptual

1.2.1 Conceptos relevantes y enfoques utilizados en la respuesta nacional al VIH/sida

La prevención combinada del VIH es el conjunto de acciones que promueve una combinación de intervenciones biomédicas, comportamentales y estructurales, diseñadas con el propósito de satisfacer las necesidades de prevención de la infección por el VIH de personas y comunidades específicas, con el fin de disminuir el número de nuevas infecciones.(16)

Sobre Movilidad Humana, la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), la define como *“movilización de personas de un lugar a otro en ejercicio de su derecho a la libre circulación”*. Se trata de *“un proceso complejo y motivado por diversas razones (voluntarias o involuntarias), que se realiza con la intencionalidad de permanecer en el lugar de destino por períodos cortos o largos, o, incluso, para desarrollar una movilidad circular. Este proceso implica el cruce de los límites de una división geográfica o política, dentro de un país o hacia el exterior”*.(17)

Las personas con discapacidad son aquellas que tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, en interacción con diversas barreras, pueden obstaculizar su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás.(18)

El enfoque de género refiere a observar, analizar y promover transformaciones respecto de las desigualdades e inequidades en la condición, construcción de los roles y posición de hombres y mujeres en la sociedad. La incorporación de este enfoque ha surgido de la necesidad de apreciar y valorar la realidad desde una perspectiva de justicia y equidad y, por consiguiente, en las labores de diseñar, implementar, evaluar políticas e intervenciones públicas, valorar buenas prácticas y obtener aprendizajes.(19)

Enfoque basado en los derechos humanos se centra en los grupos de población que son objeto de una mayor marginación, exclusión y discriminación. Este enfoque a menudo requiere un análisis de las normas de género, de las diferentes formas de discriminación y de los desequilibrios de poder a fin de garantizar que las intervenciones lleguen a los segmentos más marginados de la población.(20)

Interseccionalidad es la interacción entre dos o más factores sociales que definen a una persona. Cuestiones de la identidad como el género, la etnia, la raza, la ubicación geográfica, o incluso la edad, no afectan a una persona de forma separada. Al contrario, éstos se combinan de distintas formas, generando desigualdades (o ventajas) diversas.(21)

El enfoque familiar es una atención centrada en las personas reconocidas como seres bio-psicosociales, integrantes de un núcleo familiar, inmersos en un contexto social, cultural y político específico, con necesidades particulares en cada etapa de su ciclo vital. Aborda la familia como unidad fundamental y como estructura mediadora entre ésta y la comunidad, la sociedad y la naturaleza.(22)

El enfoque intergeneracional reconoce que los ciclos de vida se encuentran cargados de determinantes biológicos pero, sobre todo, responden a una construcción sociocultural, por tanto los límites entre una etapa y otra no depende únicamente de la edad, sino más bien de todas las condiciones y valoraciones sociales con las que cuenta una persona para ser considerada niño, adolescente, joven, adulto, o adulto mayor.(23)

El enfoque intercultural garantiza la vigencia y la práctica de los conocimientos provenientes de un rico patrimonio cultural, incorporando modelos que expresan complementariedad, reciprocidad y diversidad, en el contexto del nuevo paradigma de la cultura, la salud y el desarrollo. Así, el enfoque intercultural promueve el respeto a la cultura de los usuarios (sus particulares percepciones, hábitos y costumbres respecto al proceso de salud y enfermedad) y promueve la articulación de las distintas medicinas (“occidental”, tradicionales, alternativas) permitiendo una deseable complementariedad de las acciones y la elección del sistema médico donde los usuarios prefieran ser atendidos.

Atención Integral en Salud, se refiere como la atención a las personas, a los riesgos y las condiciones que afectan su salud mediante acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación a individuos, familias, comunidad y medio ambiente buscando la interrelación y complementación con las medicinas tradicionales y alternativas.(22)

La equidad busca garantizar el acceso universal a ciertos servicios de salud hasta un límite, social y éticamente determinado, para lograr el goce de las oportunidades y los derechos ciudadanos, es decir, brindará un conjunto de servicios en una cantidad similar para grupos con necesidades similares. Es la capacidad que tienen los seres humanos de ser iguales ante la ley y a no ser discriminados por ningún tipo de razón referidas a edad, sexo, etnia, nacionalidad, origen social y situación económica, idioma, religión, filiación u opinión política, orientación sexual, estado de salud, diversidad cultural.(22)

1.2.2 Respuesta nacional ante la epidemia

El Plan Estratégico Multisectorial es el instrumento utilizado a escala internacional para la planificación de las respuestas nacionales al VIH/sida - ITS. Es una herramienta que ha evolucionado con el tiempo (desde 2001), incorporando nuevos conceptos y estrategias para fortalecer la respuesta al VIH/sida - ITS.(1)

La creación del CEMSIDA contribuyó para consolidar la respuesta nacional al VIH/sida - ITS articulando a las organizaciones del sector público, del sector privado, de la sociedad civil, incluyendo las PVV y GPC, y de la cooperación internacional, para aportar en conjunto a una respuesta nacional frente a la epidemia. El Mecanismo de

Coordinación País (MCP) coopera con la respuesta multisectorial, como un espacio de análisis de la epidemia y de monitoreo de la implementación de las subvenciones del FM.(13)

El MSP ha implementado acciones de prevención y atención integral como el tamizaje del VIH. En 2021, se registró 1'031.172 tamizajes de los cuales el 78,1 % (806.347) fue en mujeres y el 21,8 % (224.825) en hombres. En los GPC se hizo en total 76.873 tamizajes desglosados en trabajadoras sexuales 23.832, personas privadas de la libertad 16.062, hombres que tienen sexo con hombres 29.363 y mujeres transfemeninas 7.616.(24)

La identificación de factores epidemiológicos de la infección por el VIH contribuye al diseño de estrategias de prevención y control. Con base en una revisión sistemática de artículos realizada por Leiva-Suero et al, en 2020, se analizó 543 pacientes de todas las regiones geográficas del país con excepción de Galápagos. Se encontró que el 77,1 % correspondía al sexo masculino, el 52,8 % al grupo de edad de 35 a 45 años, el 42,5 % estaba empleado, el 54,4 % tenía nivel de escolaridad secundaria. En cuanto a los factores de riesgo se identificó que el 92 % poseía más de dos parejas sexuales y el 58% practicaba sexo con hombres y con mujeres. En la población de privados de libertad se encontró que 1 de cada 4 tenía una preferencia homosexual. Sobre hábitos de consumo se identificó que el 12 % consumía alcohol de manera frecuente, el 12 % tenía adicción a las drogas y el 52 % consumía tabaco de forma consuetudinaria. Con relación a la detección oportuna de la infección, en más de la mitad de los casos (54,5%) fue mayor a 3 años. De igual manera, sobre el tratamiento antirretroviral, se reveló que el desarrollo de resistencia fue la principal causa para el cambio de esquema, mientras que las principales causas para la falta de adherencia al tratamiento fueron la limitada accesibilidad y disponibilidad del TARV.(25)

A inicios de 2023 el MSP cuenta con 51 unidades de atención integral ubicadas en las 24 provincias del país, mientras que el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social cuenta con 6, el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) con 2 y el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL) con 2, es decir, las 61 UAI de la RPIS brindan atención aproximadamente a 43.581 PVV que están en TARV; el 70% se mantiene en tratamiento de primera línea (fuente: Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades Transmisibles / Estrategia Nacional de VIH/sida-ITS y hepatitis virales). En los casos necesarios se ha realizado la transición de esquemas de TARV en las PVV que están a cargo del MSP con base en las recomendaciones de la OPS/OMS.(26) De igual manera, se ha desconcentrado la medición de carga viral y CD4 al nivel de las Unidades de Atención Integral de VIH con la distribución de equipos GeneXpert.

El rol de la sociedad civil en la respuesta nacional al VIH/sida – ITS, se fortalece a partir de la década del 2000 con una participación de organizaciones de PVV, de GPC y organizaciones no gubernamentales (ONG) que trabajan en la lucha contra la epidemia. Estas organizaciones se han concentrado en la defensa de los derechos de las personas LGBTIQ+ frente a situaciones de estigma y discriminación de una manera más sistemática. Otras organizaciones brindan asistencia técnico-financiera mediante la movilización de recursos para realizar estudios e intervenciones en prevención, vigilancia y prevalencia del VIH, comportamientos, derechos y discriminación.

El marco legal favorable y la militancia de organizaciones de la sociedad civil han impulsado la conformación desde 2015 del sistema de protección de derechos a las personas afectadas por el VIH (SPD). El SPD considera a quienes viven con el virus o no, pero que son parte de las poblaciones clave, o son parejas o familiares cercanos

de las PVV. Su gestión incluye tres componentes o pilares:(27)

1. Red de defensores de derechos.
2. Escuela de defensores de derechos.
3. Observatorio ciudadano de derechos y VIH.

Las organizaciones de la sociedad civil (OSC) contribuyen además al diseño e implementación de la contratación social, como una estrategia para fortalecer la participación ciudadana y facilitar el acceso a los servicios de la población clave como parte de la repuesta nacional al VIH/sida - ITS(27).

La inversión estatal en la respuesta al VIH ha ido creciendo y, según la información de la medición del gasto en sida MEGAS 2016-2020, corrobora la tendencia evidenciada en los estudios MEGAS 2007 y 2011 de que los recursos para la respuesta al VIH/sida en el Ecuador provienen mayoritariamente de fuente pública, sobre todo, del MSP y el IESS. Se mantiene la tendencia de que el gasto principal se hace en atención integral y prevención.(28)

Los recursos de la cooperación internacional han mantenido su orden de magnitud y son relevantes en el apoyo a los esfuerzos nacionales en la respuesta al VIH/sida utilizándose para fortalecer las capacidades de gestión de la ENVIH y de los actores multisectoriales de la respuesta. Los recursos del FM han servido para mejorar la capacidad del país en atención integral, en derechos humanos y en fortalecimiento de las organizaciones de la sociedad civil en mayor exposición al riesgo y al estigma, la discriminación y la violencia.(28)

1.2.3 Inversión nacional en la respuesta ante el VIH

Según la última medición del gasto en sida (MEGAS) en el Ecuador, realizada en 2022, el gasto en VIH/sida durante el periodo 2016 - 2020 llegó a USD 107'864.821,56 representando un promedio de USD 21'572.964,31 anual, pero con un rango que fluctúa entre USD 16'238.291,77 en 2020 y USD 30'426.943,64 en 2016 como se muestra en el cuadro 1. (28)

Cuadro 1. Gasto total en VIH/sida según fuentes de financiamiento 2016-2020

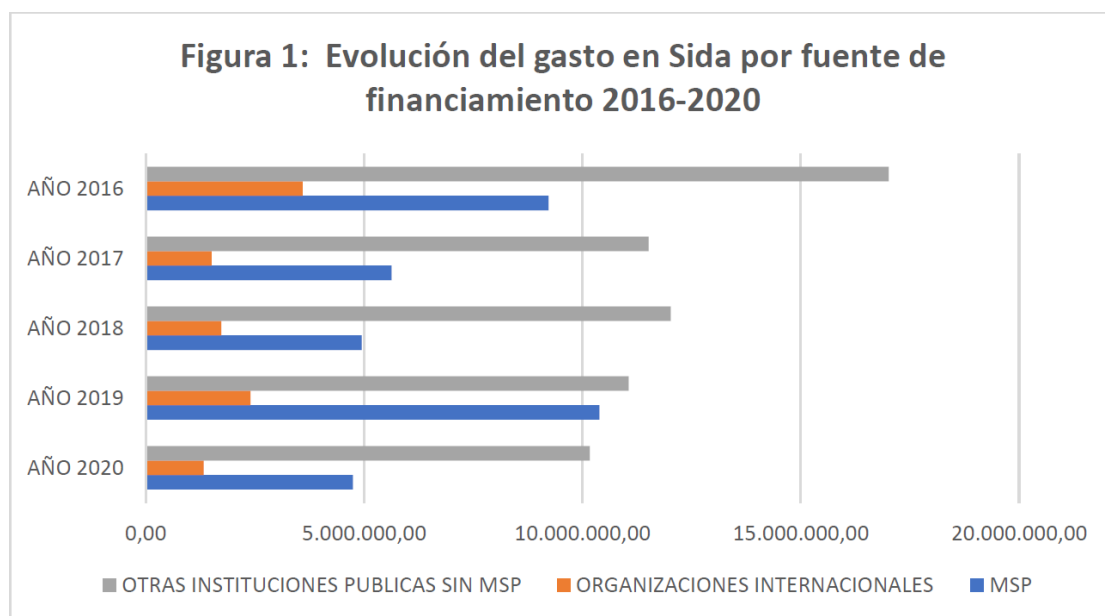
Fuente	USD 2016	USD 2017	USD 2018	USD 2019	USD 2020	USD Total	%
MSP	9'224.997,69	5'632.976,76	4'944.710,02	10'388.470,32	4'743.533,74	34'934.688,53	32%
Otras instituciones públicas sin MSP	17'610.918,71	11'515.230,16	12'022.592,35	11'058.955,18	10'65.682,76	62'373.379,16	58%
Organizaciones internacionales	3'591.027,24	1'506.739,17	1'729.546,73	2'400.365,46	1'329.075,27	10'556.753,87	10%
Total	30'426.943,64	18'654.946,09	18'696.849,10	23'847.790,96	16'238.291,77	107'864.821,56	100%

Fuente: MSP-ONUSIDA. Informe del estudio de medición de gasto en la respuesta al VIH, Ecuador 2016 - 2020. Quito: 2022.

Al comparar el promedio de gasto en el periodo 2016-2020 con la última medición realizada en 2010 se aprecia una disminución, ya que en ese año fue de USD 28'641.874. Esto significa que el gasto en sida se redujo en alrededor de 35% en los años 2017 y 2018, 17 % en 2019 y 43 % en 2020; en contraste, en 2016 hubo un incremento de 6%.(28)

Cabe destacar que el MSP mantiene un gasto correspondiente a un tercio del gasto total, las otras dos terceras partes corresponden a fuentes públicas que incluyen IESS, ISSFA, ISSPOL y Ministerio de Educación, además de los organismos internacionales. El gasto por parte de los organismos de cooperación externa fue similar a 2010 con el 10% del total, siendo el Fondo Mundial el que más aportó. En la figura 1 se presenta la evolución del gasto vinculada a la proporcionalidad de las fuentes de financiamiento que demuestra que la principal fuente de financiamiento del gasto es de origen público.(28)

Figura 1 Evolución del gasto en sida por fuente de financiamiento 2016-2020



Fuente: MSP-ONUSIDA. Informe del estudio de medición de gasto en la respuesta al VIH, Ecuador 2016 - 2020. Quito: 2022.

Con relación a las categorías de gasto se observa que en el periodo 2016-2020 el mayor gasto fue en atención y tratamiento con USD 83'660.064,98 que representa el 78 % del gasto total y 20 % en prevención. Es decir, el gasto se concentró en prevención, atención y tratamiento (ver cuadro 2).(28)

Cuadro 2. Gasto total en VIH/sida según categoría de gasto 2016-2020

Categoría de gasto	USD 2016	USD 2017	USD 2018	USD 2019	USD 2020	USD Total	%
Prevención	9'227.839,13	2'698.837,79	2'642.383,76	4'263.074,74	2'207.306,07	21'039.441,49	20%
Atención y tratamiento	20'813.831,89	15'845.468,30	14'885.412,86	18'965.932,20	13'149.419,73	83'660.064,98	78%
Gestión y administración de programas	2.964,00	4.480,00	88.280,83	191.262,72	599.616,03	886.603,58	1%
Investigación relacionada con el VIH			20.000,00	35.000,00		55.000,00	0%
Recursos humanos	208.868,65	50.000,00	136.434,51	260.048,82	162.364,42	817.716,40	1%
Entorno favorable	173.439,97	56.160,00	924.337,14	132.472,48	119.585,52	1'405.995,11	1%
Total	30'426.943,64	18'654.946,09	18'696.849,10	23'847.790,96	16'238.291,77	107'864.821,56	100%

Fuente: MSP-ONUSIDA. Informe del estudio de medición de gasto en la respuesta al VIH, Ecuador 2016 - 2020. Quito: 2022.

El cuadro 3 presenta la distribución porcentual del gasto por categoría, confirmando el esfuerzo que se ha realizado para fortalecer la prevención y la atención integral y el tratamiento del VIH/sida durante el periodo 2016-2020.(28)

La suma del porcentaje total, en el cuadro 3, excede el cien por ciento debido al redondeo del cálculo de valores.

Cuadro 3. Porcentaje del gasto en VIH/sida por categoría de gasto 2016-2020

Categoría de gasto	% 2016	% 2017	% 2018	% 2019	% 2020
Prevención	30%	14%	14%	18%	14%
Atención y tratamiento	68%	85%	80%	80%	81%
Gestión y administración de programas	0%	0%	0%	1%	4%
Investigación relacionada con el VIH	0%	0%	0%	0%	0%
Recursos humanos	1%	0%	1%	1%	1%
Entorno favorable	1%	0%	5%	1%	1%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: MSP-ONUSIDA. Informe del estudio de medición de gasto en la respuesta al VIH, Ecuador 2016 - 2020. Quito: 2022.

El cuadro 4 demuestra la evolución del gasto en VIH/sida, en porcentaje por categoría, que confirma que desde 2005 los recursos se han invertido de manera prioritaria en actividades de prevención, en atención y tratamiento. Cabe resaltar la disminución significativa en la gestión y administración de programas que en el periodo 2005-2007 equivalía a la sexta parte del gasto total mientras que en el último periodo 2016-2020 se redujo a una centésima parte.(28)

Cuadro 4. Evolución porcentual del gasto en VIH/sida por categoría de gasto 2005-2020

Categoría de gasto	2005 - 2007	2008 - 2009	2010	2016 - 2020
Prevención	24%	52%	49%	20%
Atención y tratamiento	45%	36%	41%	78%
Gestión y administración de programas	15%	7%	4%	1%
Resto de categorías	16%	5%	6%	1%
Total	100%	100%	100%	100%

Fuentes: MSP-ONUSIDA. Informe del estudio de medición de gasto en la respuesta al VIH, Ecuador 2016 - 2020. Quito: 2022; Estudio MEGAS 2005-2007; Gasto relativo al VIH y Sida en Ecuador 2008-2009; Estudio MEGAS 2010.

En el cuadro 5 se presenta la distribución del gasto en VIH/sida identificando a los grupos de población que se han beneficiado de las actividades financiadas para la respuesta nacional al VIH en el periodo 2016-2020, por categoría de gasto, confirmándose que los principales rubros son prevención, atención y tratamiento de las PVV y la población general sin desagregación por edad ni género.(28)

Cuadro 5. Gasto en VIH/sida por población beneficiaria y categoría de gasto 2016-2020

Población beneficiaria	Atención y tratamiento USD	Gestión y administración de programas USD	Información, educación y comunicación USD	Investigación relacionada con el VIH USD	Prevención USD	RRHH USD	Total USD
Mujeres, adultos y jóvenes (15 años y más) que viven con VIH			35.000				35.000
Adultos y jóvenes (15 años o más) que viven con VIH no desagregados por el género			45.000				45.000
Personas que viven con el VIH no desagregadas por la edad o el género	81'437.967						81'437.967
La mayoría de las poblaciones de riesgo, no desagregadas por tipo		24.744	175.253		209.810	240.000	649.807
Niños nacidos o por nacer de mujeres que viven con VIH					60.000		60.000
Refugiados (desplazados externamente)	22.211						22.211
Poblaciones desplazadas internamente (debido a una emergencia)			138.187		170.000	200.000	508.187
Migrantes/ poblaciones móviles			93.000				93.000
Niños y jóvenes institucionalizados		809.860	809.555		16.128		1'635.543
Población general no desagregada por edad o género	2'199.887	52.000	110.000	55.000	11'676.955	377.716	14'471.558
Hombres adultos y jóvenes (15 años y más) que viven con el VIH					7'928.478		7'928.478
Prevención jóvenes escolarizados					978.071		978.071
Total USD	83'660.065	886.604	1'405.995	55.000	21'039.441	817.716	107'864.822

Fuente: MSP-ONUSIDA. Informe del estudio de medición de gasto en la respuesta al VIH, Ecuador 2016 - 2020. Quito: 2022.

2 Análisis Situacional

2.1 Análisis de contexto

Con base en las estimaciones realizadas por el MSP en colaboración con ONUSIDA utilizando el programa Spectrum, se calcula que en 2021 existían 47.000 PVV (rango 42.000 – 53.000) en el país, donde el 98 % son mayores de 15 años. El grupo de edad de 15 a 49 años concentra aproximadamente 2 de cada 3 casos (67 %) y predominan los hombres con una razón hombre/mujer de 2:1. Asimismo, se calcula que viven con el VIH 2 de cada 1.000 hombres, 2 de cada 10.000 niños de 0 a 14 años y 1 de cada 1.000 embarazadas.(29)

La epidemia es de tipo concentrada, con una mayor prevalencia en MTF con 18,17%, HSH con 10,19% y PTS con 1,04%. La información que se presenta en el cuadro 6, es el resultado del estudio de prevalencia del VIH en grupos de población clave, realizado en las provincias de: Guayas, Pichincha, Manabí, El Oro, Esmeraldas y Azuay por la Universidad de Cuenca en 2021. También, se presenta la prevalencia de herpes

simple, sífilis, hepatitis B y C. El principal comportamiento de riesgo identificado es el no usar condón y las relaciones bisexuales. Las MTF que pertenecen al estrato social más bajo tienen 2 veces más riesgo de infección por el VIH. Cabe anotar que la prevalencia en personas privadas de libertad no se ha actualizado desde el último estudio realizado en 2009 que fue de 1,3%.(29)

Cuadro 6. Prevalencia del VIH e ITS en grupos de población clave HSH, MTF y PTS en las provincias de Azuay, El Oro, Esmeraldas, Guayas, Manabí y Pichincha en 2021

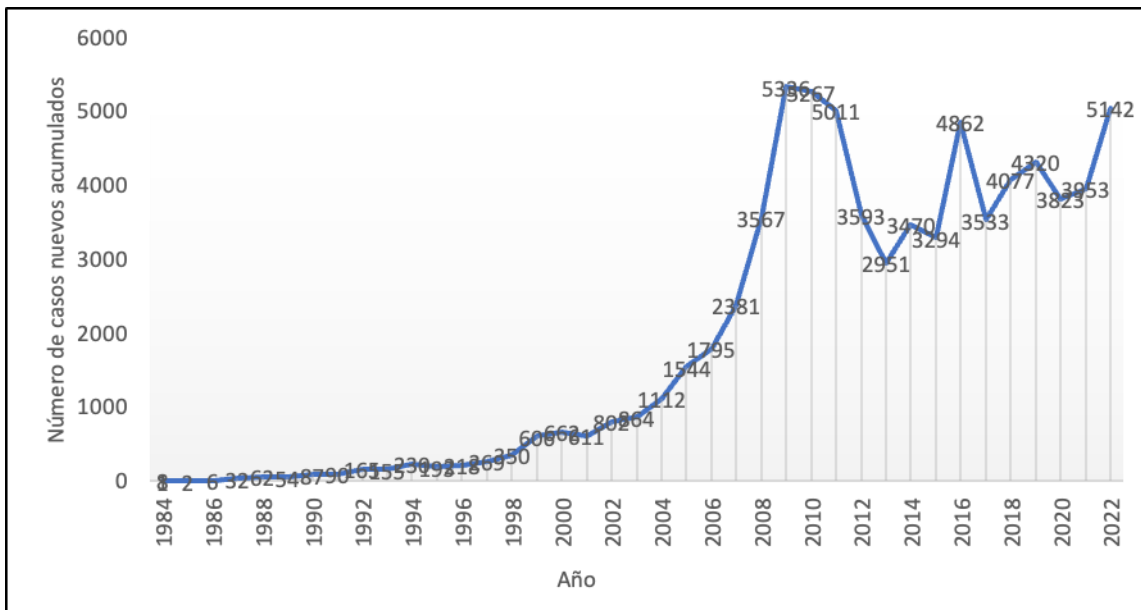
	HSH N=839		MTF N=751		PTS N=398		Total N=1956	
	Casos	% (IC 95%)	Casos	% (IC 95%)	Casos	% (IC 95%)	Casos	% (IC 95%)
Herpes simplex virus 2	306	37,7 (34,4 - 41,2)	449	63,1 (59,4 - 66,7)	296	80,4 (75,9 - 84,3)	1051	55,6 (53,3 - 57,8)
Hepatitis B de superficie	4	0,5 (0,2 - 1,4)	6	0,8 (0,34 - 1,9)	1	0,3 (0,0-1,8)	11	0,6 (0,3 - 1,1)
Anticuerpos anti hepatitis C	1	0,1 (0,0-0,8)	1	0,1 (0,0-0,9)	2	0,5 (0,1-2,2)	4	0,2 (0,1 - 0,6)
Sífilis (anticuerpos totales)	154	19,0 (16,4-22,0)	235	33,0 (29,6-36,6)	71	19,3 (15,5-23,8)	460	24,3 (22,4 - 26,3)
VIH positivo (casos nuevos y casos con diagnóstico previo)	85	10,2 (8,3-12,5)	133	18,2 (15,5-21,2)	4	1,0 (0,3-2,8)	222	11,4 (10,0 - 12,9)

Fuente: Universidad de Cuenca. Estudio de prevalencia de VIH e ITS en HSH, MTF y PTS en 6 provincias del Ecuador: 2021.(30)

La tasa de incidencia del VIH en el Ecuador es de 0,29 por cada 1.000 habitantes, alcanzando 0,41 en hombres y 0,16 en mujeres en 2022. Las provincias con mayor incidencia en 2022 fueron Napo con 0,67, Esmeraldas con 0,41, Santo Domingo de Los Tsáchilas con 0,40, Guayas con 0,37, Morona Santiago con 0,34 y Pichincha con 0,34 por cada 1.000 habitantes. Mientras que la tasa de mortalidad por el sida fue de 4,5 por cada 100.000 personas. La incidencia del VIH/sida fue de 0,11 nuevos casos por cada 1.000 habitantes, sin embargo, en el grupo de edad de 25 a 49 años fue de 0,19, en 2021, es decir, una reducción con relación a 2010 de 16 % menos casos. En cambio, la mortalidad se ha reducido en 58 % para el mismo periodo. Las métricas de transición de la epidemia establecen que, en 2021, la razón incidencia:prevalencia fue de 4,27 y la incidencia: mortalidad de 3,30. (29)

La evolución de la epidemia del VIH refleja un crecimiento en el número de casos hasta el año 2009 (5.336) y luego decrece en forma paulatina hasta 2014 (2.951). A partir de 2014 ha mantenido una fluctuación entre 3.000 y 5.000 casos nuevos por año hasta 2022 (ver figura 2). En 2022 se notificó 5.142 casos nuevos de VIH, un número mayor comparado con los años 2019, 2020 y 2021. Cabe resaltar que, en 2020, como efecto de la pandemia por COVID-19, hubo un menor esfuerzo en el diagnóstico del VIH, dificultades en la adquisición de pruebas rápidas, disminución en el acceso a los servicios de salud por parte de la población y una menor ejecución de programas de prevención combinada del VIH para población clave. Gracias a la oportuna gestión de la ENVIH se ha logrado recuperar el inventario y mantener el abastecimiento de medicamentos antirretrovirales, insumos y dispositivos médicos para la atención integral de personas que viven con el VIH.(24,29,31)

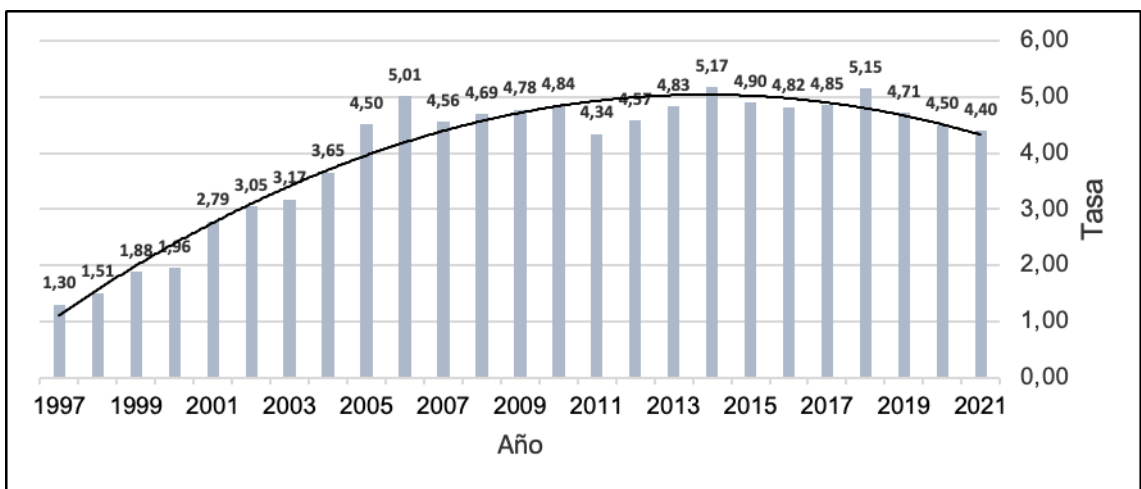
Figura 2 Número de casos de VIH/sida 1984-2022



Fuente: MSP, Estrategia Nacional del VIH/Sida-ITS: 2023.

La tasa de mortalidad por causas relacionadas al VIH refleja una tendencia creciente desde 1997 hasta 2014 cuando alcanza a 5,17 muertes por 100.000 habitantes y luego en 2018 una tasa similar con 5,15 muertes por 100.000 habitantes. A partir de 2018 se observa un declive sostenido de la mortalidad anual reduciéndose hasta 4,40 en 2021 (ver figura 3).(31)

Figura 3 Tasa de mortalidad por causas relacionadas con el VIH 1997- 2021



Fuente: MSP, Estrategia Nacional del VIH/Sida-ITS: 2023.

En cuanto a la distribución geográfica se observa que en 2022 el 84 % (4.264) de los casos nuevos se concentró en 9 de las 24 provincias. Guayas reportó el 38 %, Pichincha el 19 %, Manabí el 7 %, Santo Domingo el 4 %, El Oro el 4 %, Los Ríos el 4 %, Esmeraldas 4 %, Azuay el 3 % y Tungurahua el 2 % (ver figura 4). Es notable el incremento de casos nuevos en las provincias de Azuay, Santo Domingo de los Tsáchilas y Tungurahua que acumulan, entre las tres provincias, cerca de 1 de cada 6 casos nuevos del país.(31)

Figura 4 Número de nuevos casos de VIH/sida por provincia de residencia y sexo 2022



Fuente: MSP, Estrategia Nacional del VIH/Sida-ITS: 2023.

Con relación a la tasa de incidencia por provincia de nacimiento, la figura 5 revela que Napo con 0,67, Esmeraldas con 0,41 y Santo Domingo de los Tsáchilas con 0,40, por cada 1.000 habitantes, son las provincias con el mayor número de casos nuevos en 2022. En contraste, las provincias con menor número de casos nuevos son Chimborazo con 0,08; Loja con 0,09; Carchi con 0,12; y Cotopaxi y Bolívar con 0,13 casos nuevos por cada 1.000 habitantes.(31)

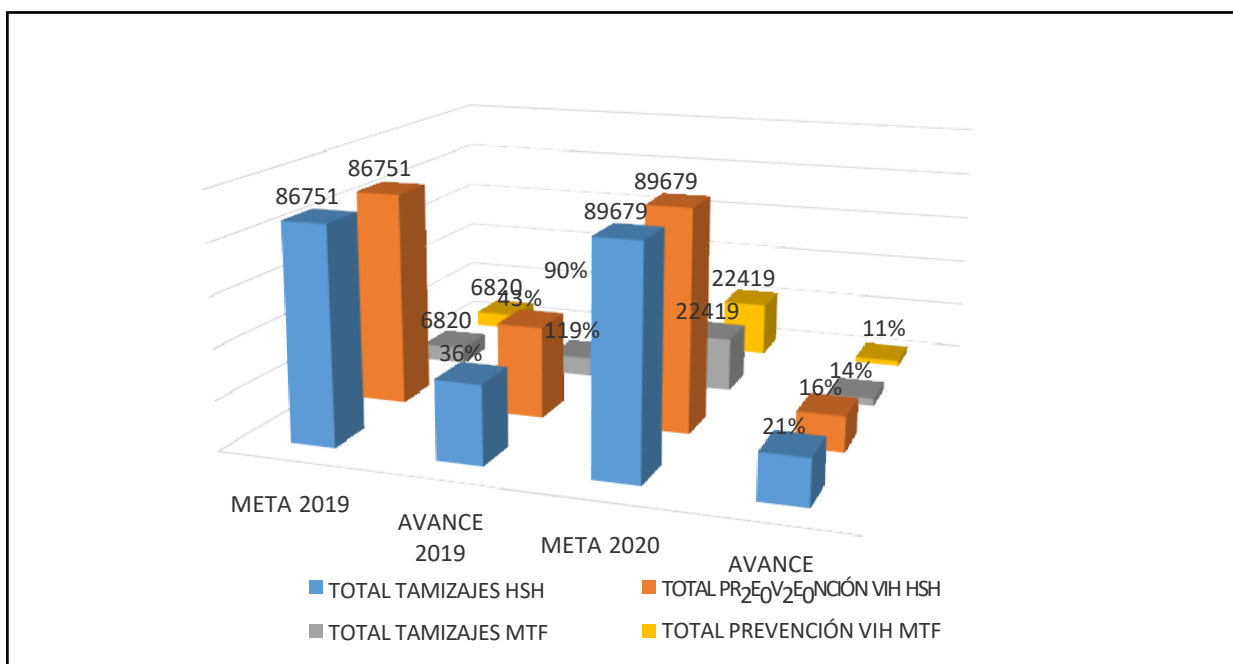
Cuadro 7 Casos de VIH/sida, porcentaje, tasas, casos por sexo y porcentaje en hombres por provincias

CASOS DE VIH/SIDA, PORCENTAJE, TASAS, CASOS POR SEXO Y PORCENTAJE EN HOMBRES POR PROVINCIAS DEL ECUADOR							
Provincias	Población /2022	Número de casos	Porcentaje	Hombres	Mujeres	Tasa x 100,000 habitantes	Porcentaje en Hombres
TOTAL	17.989.912	5.142	100,00%	3.678	1.464	29	72%
Zamora Chinchipe	125.425	19	0,37%	11	8	15	58%
Tungurahua	603.340	118	2,29%	88	30	20	75%
Sucumbios	240.573	59	1,15%	41	18	25	69%
Santo Domingo de los Tsáchilas	474.249	209	4,06%	143	66	40	68%
Santa Elena	418.495	131	2,55%	91	40	31	69%
Pichincha	3.340.039	1135	22,07%	917	218	34	81%
Pastaza	120.128	37	0,72%	24	13	31	65%
Orellana	164.765	43	0,84%	25	18	26	58%
Napo	139.162	93	1,81%	61	32	67	66%
Morona Santiago	204.900	70	1,36%	28	42	34	40%
Manabí	1.585.372	426	8,28%	314	112	27	74%
Los Ríos	943.296	218	4,24%	137	81	23	63%
Loja	530.691	49	0,95%	38	11	9	78%
Imbabura	488.326	84	1,63%	61	23	17	73%
Guayas	4.505.474	1.673	32,54%	1.188	485	37	71%
Galápagos	34.503	9	0,18%	8	1	26	89%
Esmeraldas	660.024	249	4,84%	135	114	41	54%
El Oro	732.522	193	3,75%	126	67	26	65%
Cotopaxi	500.637	66	1,28%	46	20	13	70%
Chimborazo	532.089	44	0,86%	35	9	8	80%
Carchi	189.421	23	0,45%	17	6	12	74%
Cañar	290.507	40	0,78%	22	18	14	55%
Bolívar	214.215	29	0,56%	22	7	14	76%
Azuay	923.610	125	2,43%	100	25	13	80%

Fuente: Sistema de información PRAS: Formulario 002-003 Reporte de casos nuevos de VIH 2022 e INEC. Proyección de población Ecuador 2022. MSP/ENVIH; 2023.

La situación generada por la pandemia de la COVID-19, afectó la respuesta estatal y comunitaria a la epidemia del VIH. Debido a ello, los grupos de población con la mayor prevalencia de VIH: HSH, MTF, hombres y mujeres trabajadores sexuales, se vieron limitados en el acceso a mecanismos de prevención como la prueba del VIH, condones y lubricantes, profilaxis previa a la exposición (PrEP), diagnóstico y tratamiento para las ITS; situación a la que se suma el deterioro de su condición económica al no poder desarrollar sus actividades laborales, incluido el trabajo sexual. Por ejemplo, con base en los datos reportados por el receptor principal y los dos subreceptores de la subvención 1850 al FM, las metas de tamizaje y prevención en HSH y MTF establecidas para 2019 y 2020 no se cumplieron, dejando una brecha de acceso a las pruebas diagnósticas y a la prevención. Así, se observa que en 2019 las actividades de prevención en población transfemenina tuvo un avance significativo, cumpliéndose el 90% de la meta; mientras que en el tamizaje de VIH se superó la meta. En cambio, en la población de HSH hubo un rezago en ambas metas llegando al 43% en prevención y al 36 % en tamizaje. La situación en 2020 es evidente que empeoró para ambos grupos de población con el decrecimiento de cobertura, así, en prevención bajó a 16 % en HSH y a 11 % en transfemeninas; y en tamizaje se redujo a 21 % en HSH y a 14 % en transfemeninas(32) ver figura 6. En 2021, también se mantuvo la brecha en tamizaje ya que solo se alcanzó el 35 % de la meta establecida.(24)

Figura 5 Acceso a pruebas e insumos de prevención en HSH y MTF 2019-2020



Fuente: MSP. Informes de cobertura 2019 y 2020 al ALF. 2021.

De igual manera se afectó el acceso a los servicios de salud de las PVV durante el confinamiento. El MSP emitió directrices para garantizar la entrega de tratamiento antirretroviral a las PVV de manera oportuna, reduciendo la exposición al contagio por COVID-19 y garantizando la atención en casos de emergencia para las PVV. Así, se dispuso que las PVV que requieran atención, puedan agendar su cita en una fecha conveniente, recibir el TARV para dos meses en la unidad de atención integral más cercana a su domicilio o la entrega de TARV en el domicilio para PVV con dificultad de movilización. Además, se garantizó el acceso a TARV a 998 PVV del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) entregándoles su medicación en las UAI del MSP. De esta manera, se evitó, en la mayoría de los casos, la interrupción del tratamiento que podía generar resistencia a los antirretrovirales. También, se desconcentró la atención en VIH al primer nivel de atención.(33)

Las medidas adoptadas al inicio de la pandemia de COVID-19 para contener los contagios provocaron una reducción del comercio y la producción, con el consecuente aumento del desempleo y la pobreza. Así, el desempleo creció de 3,8% en diciembre de 2019 a 5% en diciembre de 2020 y a 5,6% en abril de 2021.(33)

Otro indicador que revela el efecto sobre la economía ecuatoriana es la contracción del producto interno bruto (PIB) que alcanzó -7,5% en 2020, aunque se recuperó con un crecimiento de 2,7% en 2022.(34) En 2020, la deuda pública del país se situó en 63.163 millones de dólares, lo que representa el 65,3% del PIB, frente al 53,4 de 2019.(35) El endeudamiento externo creció para sostener el flujo de capital y contrarrestar la falta de liquidez del sector público. Frente a las necesidades del país para enfrentar a la COVID-19 se recurrió en gran medida al financiamiento de los organismos multilaterales y a la restructuración de la deuda externa para conseguir bajar intereses y mejorar los plazos de pago. En el sector salud los aportes principales provinieron del Banco Mundial (BM) y del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) que permitieron la reprogramación de gastos de proyectos aprobados para el sector salud y aprobaron nuevos proyectos; esta medida fue crucial para el financiamiento de

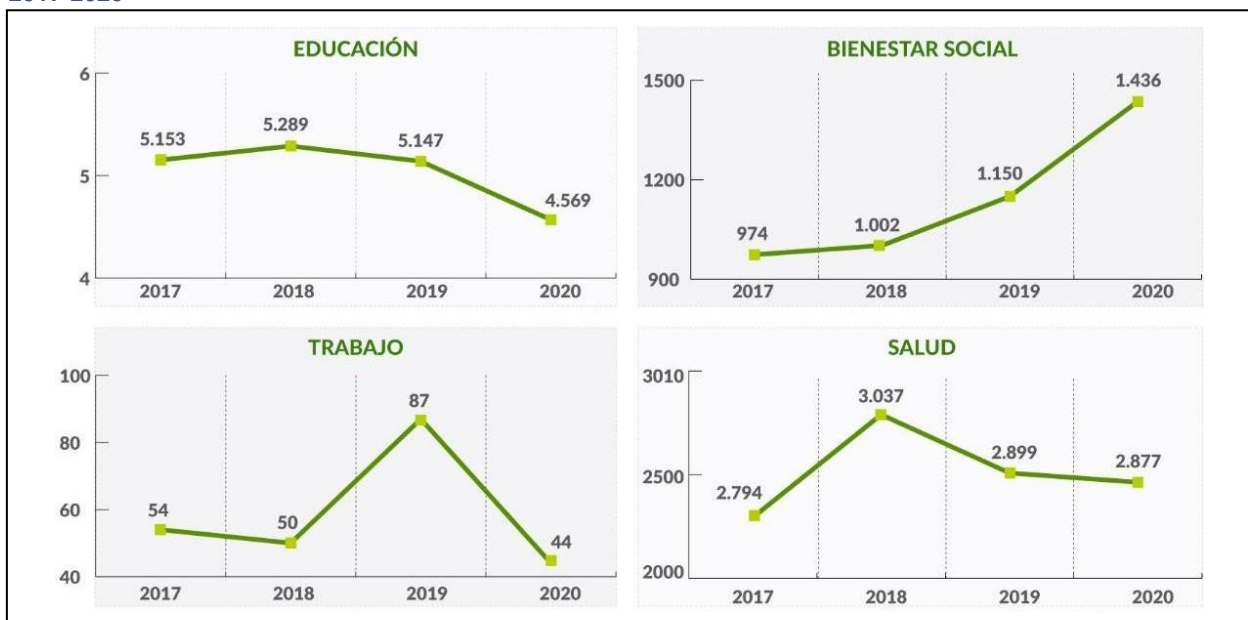
la adquisición de vacunas contra la COVID-19 y la contratación de personal.(35)

Por último, un análisis rápido del presupuesto nacional deja ver que el presupuesto general del Estado (PGE) fue variable, así en 2017 fue de USD 36.673 millones, se redujo en USD 1.176 millones para el 2018; en 2019 fue similar a 2017, y de 2019 a 2020, se redujo en USD 4.206 millones, con un total de USD 32.530 millones, una caída significativa del presupuesto para 2020 que en parte puede ser atribuida a la pandemia. Esta contracción estuvo asociada principalmente con la reducción de los ingresos petroleros y los ingresos tributarios. En la figura 7 se aprecia que a pesar de que la reducción presupuestaria se arrastra desde el 2017 en los cuatro sectores, en 2020, el gobierno dejó de invertir USD 347 millones en esas áreas con una reducción del gasto primario en educación, trabajo y salud, mientras que aumentó en bienestar social.(36)

Estas cifras son consecuencia de la implementación del plan económico de estabilización fiscal y reactivación productiva que buscó:(37)

1. Optimizar el gasto público mediante la priorización de ítems para compras públicas.
2. Reorganizar la gestión del Ejecutivo mediante la eliminación o fusión de entidades públicas.
3. Desarrollar un plan de perfeccionamiento empresarial para que las empresas públicas sean autosustentables y aporten a la cartera de Estado respectiva.
4. Optimizar el talento humano del sector público para reducir el gasto corriente y la nómina.

Figura 6. Evolución de las asignaciones presupuestarias en 4 áreas sociales en millones de dólares, Ecuador 2017-2020



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas: 2022.

En ese momento, la política de austeridad económica buscó reducir el gasto público mediante la supresión del 10 % del personal del sector público, incluido el MSP. Por ende, esos recortes presupuestarios redujeron el número de profesionales contratados, la cantidad de insumos, dispositivos médicos y medicamentos adquiridos.(37)

A partir de marzo de 2019 se ha desvinculado a centenares de profesionales de la salud en las áreas operativa y administrativa. Una parte del personal que mantenía contrato ocasional o nombramiento provisional fue notificada con la terminación unilateral de contrato. Aún no se ha establecido efecto de esta medida en las coordinaciones zonales, pero lo que sí es evidente es la dificultad para alcanzar los objetivos institucionales y las coberturas que establece la normativa vigente del MSP.

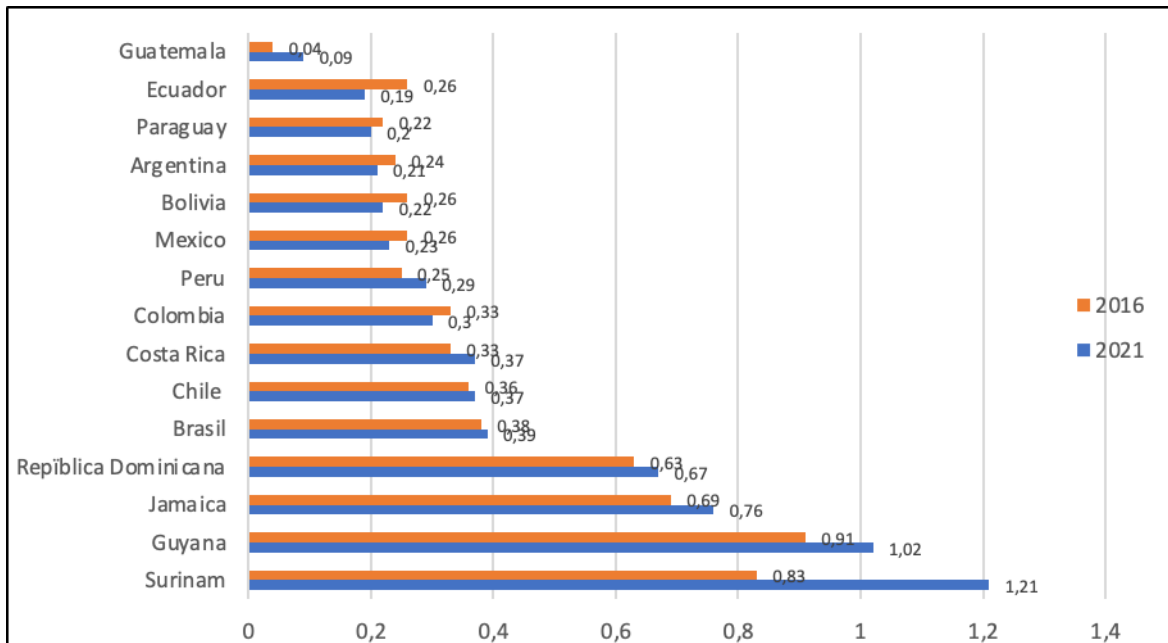
La capacidad de respuesta del MSP es cada vez menor debido a la escasez de talento humano frente a la demanda que genera el perfil epidemiológico con el consiguiente aumento de la morbilidad y la mortalidad de la pandemia. Se reportó que 4.689 servidores públicos fueron desvinculados hasta mayo de 2020, la mayoría profesionales de la salud que trabajaban en provincias con poco personal. La falta de presupuesto ha impedido que se vuelvan a utilizar las partidas vacantes, determinando una brecha de talento humano que no se ha podido cubrir.

La brecha de talento humano ha mermado la calidad de la atención de salud ante la gran demanda existente. A esto se suma el aumento que provoca el flujo de personas en condición de movilidad humana desde los países vecinos. En consecuencia, el MSP ha limitado la oferta de servicios, ha recurrido a una lista de espera para servicios especializados y ha incrementado las derivaciones a la red pública integral de salud (RPIS) y a la red privada complementaria (RPC) para tratar de modular la demanda.

2.2 Análisis y revisión de la evidencia nacional e internacional

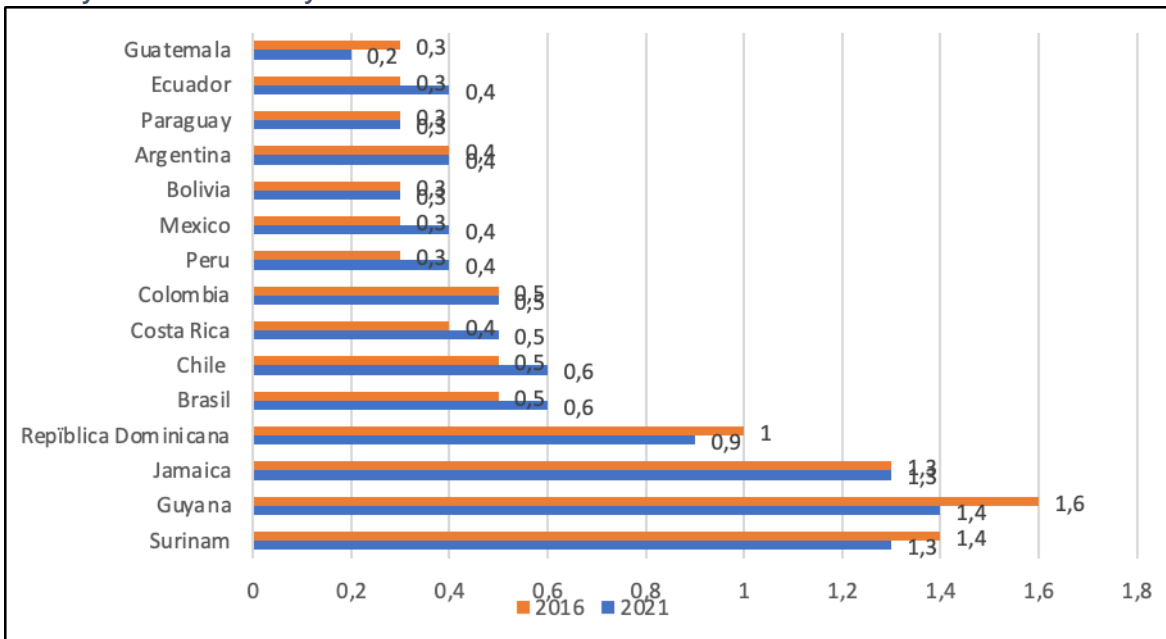
Al realizar una comparación con algunos países de América Latina y el Caribe se aprecia que la tasa de incidencia del VIH en el Ecuador se redujo entre 2016 y 2021 al igual que en Argentina, Bolivia, Colombia, México y Paraguay; mientras tanto, en el resto de países esta tasa se incrementó (ver figura 8). De igual manera, en la figura 9 se ilustra la evolución de la prevalencia del VIH en el grupo de edad de 15 a 49 años en los mismos países y en los mismos años apreciándose que en Ecuador, Brasil, Chile, Costa Rica, México y Perú aumentó la prevalencia del VIH y en el resto de países disminuyó entre 2016 y 2021.(38)

Figura 7. Tasa de incidencia del VIH por 1.000 habitantes de 15 a 49 años en varios países de América Latina y el Caribe en 2016 y 2021



Fuente: ONUSIDA. Datos de país 2016 y 2021. <https://www.unaids.org/es/regionscountries/countries>

Figura 8. Prevalencia del VIH por cada 100 habitantes de 15 a 49 años en varios países de América Latina y el Caribe en 2016 y 2021

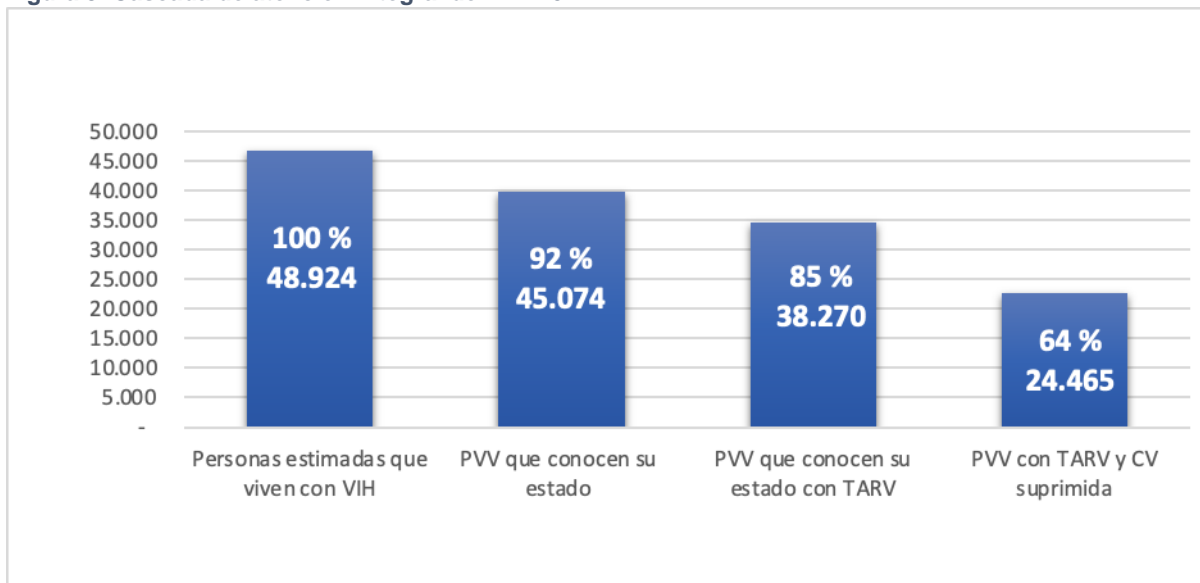


Fuente: ONUSIDA. Datos de país 2016 y 2021. <https://www.unaids.org/es/regionscountries/countries>

En la figura 10, se presenta la situación de los indicadores de la cascada de atención que evidencia que ha habido una mejoría significativa en el primer pilar al 92% y en el segundo pilar de la cascada al 85 %, relacionados con el porcentaje de PVV que conocen su estado serológico y aquellos que se vinculan al tratamiento antirretroviral. Sin embargo, en el tercer pilar se aprecia un rezago (64 %) con relación a las metas esperadas, con base en el compromiso internacional del país para avanzar en el combate a la epidemia. De hecho, se esperaba que en 2020 se alcance el 90-90-90, pero no se logró. Por ello, es necesario reforzar las acciones de diagnóstico, vinculación al tratamiento y, sobre todo, mejorar la adherencia para conseguir que el

tercer pilar mejore y se consiga aumentar el número de PVV en TARV con carga viral suprimida en este periodo.(31)

Figura 9. Cascada de atención integral del VIH 2022



Fuente: MSP. Sistema de información PRAS, Form 002-003. Estimaciones Spectrum. ENVIH; 2022.

La coinfección de tuberculosis en PVV se estima en 12 % anual. El Ecuador reportó un total de 3.823 casos de tuberculosis en PVV en 2020, de los cuales 522 fueron diagnosticados con tuberculosis activa.(31)

La tuberculosis y el VIH son infecciones ocasionadas por distintos patógenos, tienen respuestas inmunitarias distintas y sin tratamiento oportuno son altamente mortales; ambas poseen una alta carga de morbilidad y una alta resistencia endógena. También comparten factores de riesgo socioeconómicos y determinantes sociales de salud parecidos, produciendo mayor daño del esperado cuando ocurre la coinfección Tb/VIH. Es así que, las PVV tienen en promedio veinte veces más probabilidad de desarrollar tuberculosis activa. De hecho, la tuberculosis es la tercera causa de muerte en las PVV.(39)

A escala mundial la región con mayor carga de coinfección Tb/VIH es África subsahariana. En América Latina y el Caribe, según datos de 2017, se reporta que el 80,8% de los pacientes con tuberculosis ha accedido a un tamizaje activo del VIH, representando un aumento de 25,6% entre 2011 y 2017. Así mismo, la proporción de coinfección Tb/VIH fue de 11,2% en 2017 evidenciando una reducción de 5% desde 2011. El suministro de tratamiento antirretroviral y antifímico a las personas con coinfección fue del 60% en 2017. Solo un tercio de las PVV tuvo acceso al tratamiento preventivo con isoniacida.(40)

La tasa de mortalidad por coinfección Tb/VIH no ha cambiado desde 2012 manteniéndose en torno al 20 %. En Ecuador, en 2021, el 53,4% de personas afectadas por tuberculosis ha sido tamizado para VIH; la coinfección Tb/VIH está en el 9,6%; y la terapia preventiva para tuberculosis alcanza el 2,7 %.(41) Por ende, es necesario incentivar la integración y la colaboración de las distintas estrategias y actividades para tratar la Tb y el VIH, pensando que es un solo usuario con dos patologías.(41) Por tanto, a escala mundial se han realizado varios modelos de entrega de servicios integrados para las dos infecciones, identificándose las principales barreras relacionadas con la entrega del servicio, los recursos humanos, el

abastecimiento de medicamentos, dispositivos e insumos.(42) A nivel programático, ha existido dificultades para coordinar las estrategias de tuberculosis y VIH, fragmentación de la atención en diferentes establecimientos de salud, ausencia de documentos normativos para el manejo de esta condición y falta de un sistema de información integrado.(43)

A escala global, a partir de 2004, se ha publicado documentos normativos, declaraciones mundiales, documentos estratégicos y de reporte, resaltando la importancia de integrar y realizar de forma colaborativa lineamientos operativos y actividades sobre la coinfección Tb/VIH. Los objetivos que se espera alcanzar son:

1. Establecer y reforzar los servicios integrados de Tb/VIH.
2. Reducir la carga de enfermedad de tuberculosis en las PVV e iniciar TARV de forma inmediata.
3. Reducir la carga de VIH en personas con diagnóstico presuntivo de tuberculosis.

La norma técnica de atención a personas que se incluyen en el grupo de riesgo de infección por tuberculosis establece que hay que realizar una prueba diagnóstica de tuberculosis y, en caso de ser positiva, hay que iniciar el tratamiento antifímico; sin embargo, su aplicación ha sido limitada en las UAI del país.

Según las estimaciones hechas por el MSP hay 16.672 PVV que no han recibido tratamiento preventivo para tuberculosis (TPT) y están en una situación vulnerable para contraer una infección activa, estableciéndose una brecha de 80,88% hasta 2020.(44,45) En el cuadro 8, se presenta la cascada de atención en coinfección tuberculosis - VIH para el periodo 2011 - 2020 que demuestra que, de los 5.469 casos de tuberculosis registrados en 2020, 522 fueron coinfección Tb/VIH, de éstos, 453 recibían TARV y 186 TPT.

Cuadro 8. Cascada de atención en coinfección TB/VIH - Ecuador 2011 - 2020

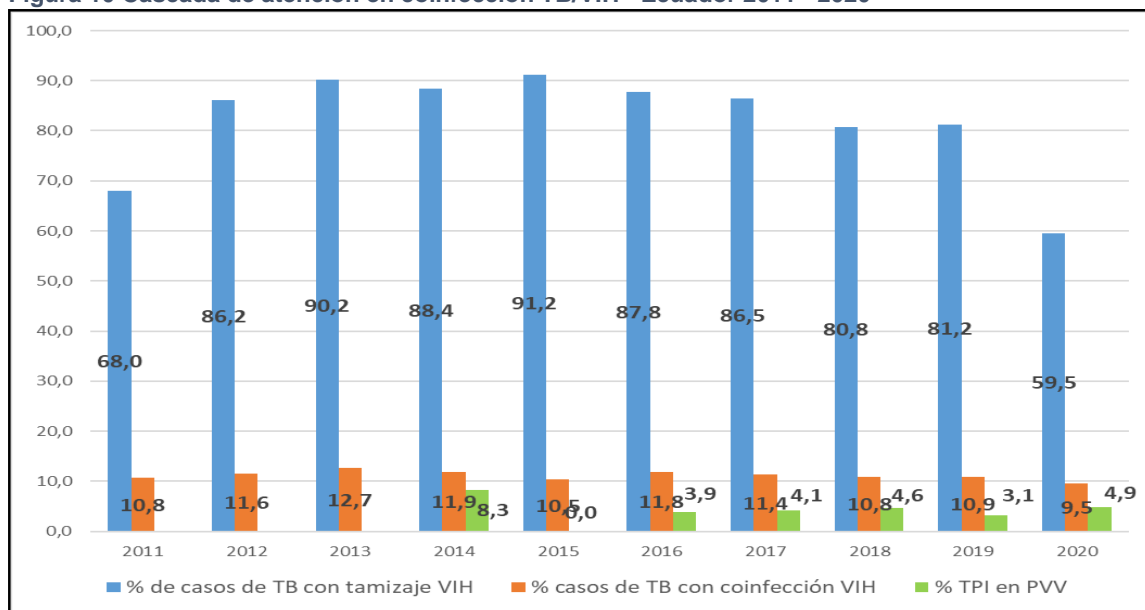
Año	Casos notificados de TB	Casos de coinfección TB/VIH	Número de casos de TB con tamizajes de VIH	Personas con TARV	TPI en PVV
2011	5350	576	3640	sin registro	sin registro
2012	5771	669	4974	sin registro	sin registro
2013	5509	698	4970	698	sin registro
2014	5352	637	4729	637	287
2015	5215	545	4757	472	Sin registro
2016	5374	636	4717	583	188
2017	5815	663	5031	601	146
2018	6094	661	4923	608	187
2019	6542	712	5313	712	136
2020	5469	522	3252	453	186

Fuente: Ministerio de Salud Pública - ENPCTB. 2022

En la figura 10 se observa que, del total de casos notificados de tuberculosis en 2020,

el 59,5% se hizo el tamizaje para el VIH, detectándose que el 9,5% del total de casos de tuberculosis tenía coinfección con el VIH y apenas el 4,9% de los casos diagnosticados con VIH recibió TPT.

Figura 10 Cascada de atención en coinfección TB/VIH - Ecuador 2011 - 2020



Fuente: Ministerio de Salud Pública - ENPCTB. 2022.

Cabe anotar que en el año 2020 se realizó un menor porcentaje de tamizajes, comparado con los ocho años anteriores ya que antes de 2020 el tamizaje siempre superó el 80 %.

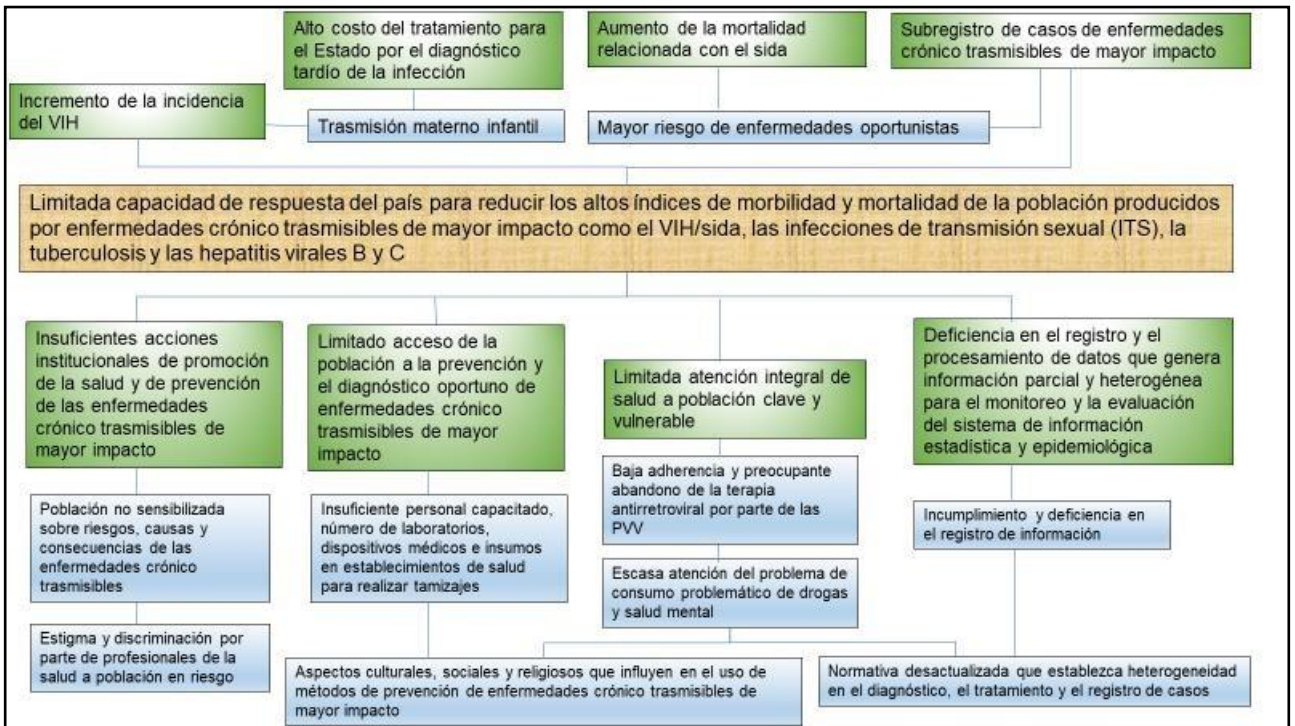
Esta situación se explica por el efecto que tuvo la pandemia de COVID-19 sobre el acceso a los servicios de salud.

2.3 Problemática en torno a la respuesta nacional al VIH/sida-ITS y hepatitis víricas B y C

2.3.1 Árbol de problemas: causas y efectos

Con estos antecedentes se desarrolla el árbol de problemas como marco de referencia de la respuesta nacional al VIH/sida - ITS y hepatitis víricas B y C. En la figura 11, se presenta la estructura del árbol de problemas que a continuación se explica.

Figura 11. Árbol de problemas relacionados con el VIH/sida



Elaborado por: Equipo técnico de la ENVIH. MSP: 2022.

2.3.1.1 Causas

Se ha identificado como el problema central a la limitada capacidad de respuesta del Sistema Nacional de Salud para reducir los altos índices de morbilidad y mortalidad de la población producidos por enfermedades crónicas transmisibles de mayor impacto como el VIH/sida, las infecciones de transmisión sexual (ITS), la tuberculosis y las hepatitis virales B y C.

Entre las causas que originan el problema están:

- Insuficientes acciones institucionales de promoción de la salud y de prevención de las enfermedades crónicas transmisibles de mayor impacto.
- Limitado acceso de la población a la prevención y diagnóstico oportuno de enfermedades crónicas transmisibles de mayor impacto.
- Limitada atención integral de salud a población clave y vulnerable.
- Deficiencia en el registro y procesamiento de datos que genera información parcial y heterogénea para el monitoreo, así como para la evaluación del sistema de información estadística y epidemiológica.

2.3.1.1.1 Insuficientes acciones institucionales de promoción de la salud y de prevención de las enfermedades crónicas transmisibles de mayor impacto

La salud sexual debe entenderse como una parte integral de la salud de las personas y, por tanto, debe promoverse entre todos los miembros de la sociedad. El reconocimiento y el respeto de los derechos sexuales de las personas, incluidas quienes tienen alguna discapacidad, es fundamental para la promoción de la salud sexual, que además debe abordarse de forma completa. Es decir, la inclusión de la

salud sexual en los programas de salud pública debe incorporar las diferentes dimensiones de la salud sexual como, por ejemplo, el desarrollo de los vínculos afectivos de las personas, la diversidad sexual, la inclusión de las personas de género diverso, la eliminación de la violencia basada en género, la eliminación de la discriminación y el estigma, la promoción de la salud mental, el conocimiento de las ITS y la salud reproductiva.

Es indispensable adoptar medidas que abarquen cambios o ajustes en las políticas públicas que requieren ser abordadas desde un enfoque integral y sensibles a las causas estructurales que dejan de lado a un segmento de la población, la sensibilización sobre las necesidades específicas de salud de las personas, el respeto a los derechos de las personas y la libre determinación.(46)

Población no sensibilizada sobre riesgos, causas y consecuencias de las enfermedades crónico transmisibles:

Un comportamiento sexual responsable se ejerce desde la dimensión individual, la interpersonal y la comunitaria. Este comportamiento se caracteriza por autonomía, honestidad, respeto, protección, consentimiento, búsqueda del placer y bienestar. La persona cuyo comportamiento sexual es responsable no se propone hacer daño y evita explotar, acosar, manipular y discriminar.

Una comunidad promueve prácticas sexuales responsables al suministrar conocimiento, recursos y derechos que las personas necesitan para adoptar estas prácticas.

Para ser sexualmente sanas, las personas deben comportarse de manera responsable, libre de violencia, autónoma e informada; por lo tanto, la responsabilidad y el ejercicio de la sexualidad libre de violencia son dos de los valores más importantes que es necesario promover.

La educación integral en sexualidad es responsabilidad de toda la comunidad educativa, es decir, docentes, estudiantes y padres de familia. La educación integral en sexualidad busca desvirtuar ideas, mitos, creencias y percepciones distorsionadas con fundamentos científicos y técnicos. La educación integral en sexualidad promueve conceptos y prácticas basados en evidencia, de manera sistemática y permanente para fortalecer de forma positiva valores, actitudes y comportamientos saludables.

La búsqueda de prácticas sexuales responsables puede producir resultados positivos en cuanto a su costo beneficio y, por ende, reducir la carga de enfermedad que pesa sobre la sociedad y, a la par, aumentar el bienestar.

Una de las cuestiones de vital importancia es el desarrollo e implementación de procesos de sensibilización dirigidos a la población en general y a los grupos de población clave sobre los riesgos, las causas y las consecuencias de las enfermedades crónico transmisibles, en particular, el VIH/sida, las ITS y las hepatitis víricas B y C, ya que elevando el nivel de conocimiento y concienciando sobre los beneficios de la prevención se lograría reducir la carga de enfermedad y muerte que éstas producen.

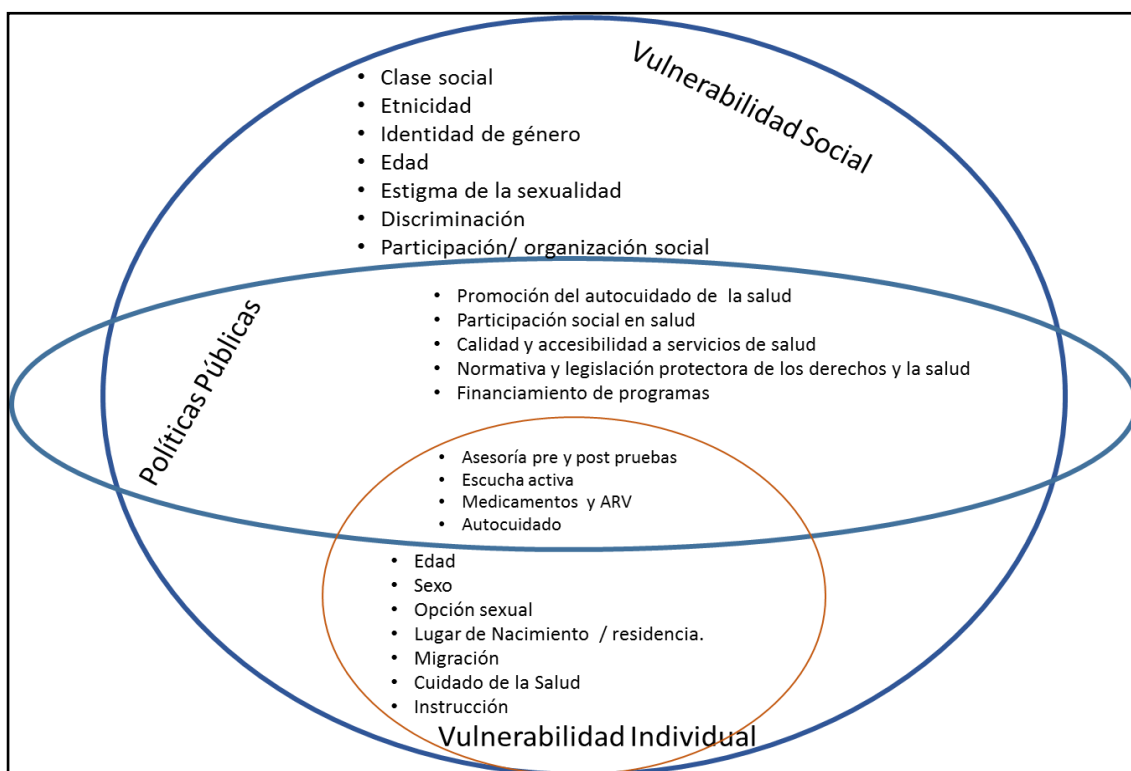
Estigma y discriminación por parte de profesionales de la salud a población en riesgo:

El estigma y la discriminación, relacionados con el VIH/sida, son conductas de ciertas

personas hacia las PVV y las poblaciones clave, que, por falta de conocimiento y prejuicios, limitan el acceso a los servicios de salud, de protección social y de otra índole, de estos grupos de población. El estigma y la discriminación buscan asidero en prácticas sexuales y en consumo de sustancias estupefacientes que se juzga como fuera de la norma social, afectando a las estrategias de prevención del VIH relacionadas con las formas de transmisión como las relaciones sexuales y el consumo de drogas, sobre todo, intravenosas. (47)

Es importante entender que los procesos de salud y enfermedad se gestan desde el comportamiento individual, grupal y social. Los determinantes de la salud incluyen condiciones favorables para la buena salud, pero también factores que merman la salud. El proceso de interrelación de los determinantes de la salud es complejo y debe entenderse que en los niveles individual y colectivo resultan en vulnerabilidades que las políticas públicas procuran mitigar (ver figura 12).

Figura 12. Modelo analítico de la determinación social de la prevalencia del VIH e ITS



Elaborado por: Equipo técnico de la ENVIH. MSP: 2022.

Esta interrelación entre la dinámica social, los grupos de población y los individuos, determina el contexto y las condiciones particulares en los cuales se desenvuelve la vida individual, luego su incorporación a grupos afines que motivan un comportamiento colectivo y, por último, en la sociedad en su conjunto se establecen unas normas sociales expresadas en las políticas públicas que enmarcan el comportamiento de los individuos y establecen ciertas condiciones generales de vida. De esta manera, se determinan las condiciones de vida de las poblaciones clave y la condición individual de salud. Por tanto, contar con políticas públicas que garanticen derechos es un factor altamente modulador de las condiciones de vida, acceso a servicios y cuidado de las personas que pertenecen a cada una de las poblaciones clave.(47)

El proceso de generación de vulnerabilidades y discriminación genera que una de cada cinco personas seropositivas tiende a ocultarse y a solicitar asistencia sanitaria tardía por temor a ser estigmatizada o discriminada, a causa del VIH, en los servicios

de salud. Las PVV que perciben altos niveles de estigma relacionado con el VIH tienen 2,4 veces más probabilidades de retrasar la atención hasta estar enfermas.(47)

2.3.1.1.2 Limitado acceso de la población a la prevención y el diagnóstico oportuno de enfermedades crónico trasmisibles

Tomando en cuenta que los recursos siempre serán escasos, es preciso tomar decisiones basadas en evidencia como un componente esencial para mejorar la salud de la población; en este sentido, es importante el establecimiento de las prioridades acerca de cuántas y cuáles de las ITS deben mejorar su detección, dónde y a quién se debe enfocar las pruebas diagnósticas y cuál o cuáles de las pruebas diagnósticas disponibles se debe utilizar. La selección de las pruebas debe hacerse conforme a un proceso de asignación de prioridades que tenga en cuenta la prevalencia, la repercusión y las complicaciones de las ITS en la población, así como las características de desempeño de las pruebas, la sensibilidad, la especificidad y el costo.(48)

Desde el punto de vista epidemiológico, las ITS tienen como su principal forma de transmisión a las relaciones sexuales, que transmiten más de 30 microorganismos patógenos bacterianos, parasitarios y virales.

Las pruebas de laboratorio y las pruebas diagnósticas en el punto de atención contribuyen en gran medida al manejo y el control de las ITS facilitando la prevención de la transmisión, el tratamiento oportuno y la reducción de sus secuelas. La elección de las pruebas diagnósticas idóneas resulta difícil debido al gran número de ITS y a la diversidad de pruebas que se puede usar para cada una de ellas.(48)

En el Ecuador se planificó realizar 1'726.105 pruebas de tamizaje de VIH en 2021, pero en realidad se realizaron 998.627 tamizajes, es decir, se cumplió con el 58 % de la meta planteada. Cabe resaltar que la pandemia de COVID-19 tuvo un efecto directo sobre los tamizajes porque se redujo la movilidad de las personas, se cerró temporalmente unidades de salud afectando la oferta de pruebas diagnósticas y también hubo dificultades con el abastecimiento de insumos y dispositivos médicos para el tamizaje.

Es importante señalar que las pruebas diagnósticas para el tamizaje del VIH se ofrecen en los establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud (RPIS), para la población en general, las mujeres embarazadas y los GPC incluyendo las personas privadas de la libertad.

Insuficiente personal capacitado, número de laboratorios, dispositivos médicos e insumos en establecimientos de salud para realizar tamizajes:

El principal obstáculo para el diagnóstico de laboratorio de las ITS es el acceso a laboratorios con la capacidad instalada y el nivel de complejidad necesarios para procesar la mayor parte de las muestras de los pacientes con ITS.

La OMS recomienda que el diagnóstico de laboratorio del VIH se haga por niveles de atención de salud, así, se indica que la determinación de CD4 sea hecha en aparatos de mayor rendimiento como los citómetros de flujo; mientras que para la carga viral se sugiere utilizar equipos GeneXpert y cartuchos, en hospitales de referencia nacional, regional o provincial.(49)

En el Ecuador, este tipo de servicio se encuentra en los tres laboratorios de referencia nacional del Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública (INSPI), sin embargo, el acceso geográfico no es ideal para una proporción de PVV, limitando el cumplimiento oportuno del seguimiento del tratamiento antirretroviral mediante las pruebas de laboratorio de carga viral y CD4. Además, el manejo y el envío de las muestras de sangre a los laboratorios del INSPI para su procesamiento es complejo, debido a la limitada disponibilidad de transporte y a los problemas ocasionados por el manejo inadecuado de las muestras durante el almacenamiento y el transporte, que obligan a desechar muestras. Localizar a las PVV para obtener una nueva muestra resulta laborioso y, a veces infructuoso, retrasando la obtención de los resultados de laboratorio.

Uno de los objetivos de la respuesta nacional al VIH es facilitar el acceso de las PVV a las pruebas de laboratorio del VIH. En este sentido, hay que planificar la distribución de los servicios de laboratorio en lugares equidistantes que permitan que el servicio se ofrezca con base en las necesidades de las personas, pensando en las condiciones de movilidad y transporte. Acercar el servicio a las personas significa tener diez equipos de mayor rendimiento como los citómetros de flujo en sitios accesibles donde también haya unidades de atención integral (UAI), para brindar un servicio óptimo, evitando los desplazamientos de las PVV a Cuenca, Guayaquil o Quito.

Otra causa importante del problema es la brecha de profesionales de la salud que existe en este momento. La situación financiera del país y los efectos de la pandemia de COVID-19 impulsaron un proceso de recorte de personal paulatino desde 2019.

Aspectos culturales, sociales y religiosos que influyen en el uso de métodos de prevención de enfermedades crónico trasmisibles de mayor impacto:

En general, las ITS no se perciben como enfermedades que pueden tener consecuencias sobre la salud o la capacidad reproductiva. El conflicto y la violencia entre las parejas, la salud mental y la desconfianza pueden ser las principales consecuencias identificadas por ambos géneros.

Aun existiendo percepción de riesgo (que los varones anclan en la "peligrosidad de los fluidos femeninos" y las mujeres en la "natural infidelidad" de sus parejas) no necesariamente se adoptan conductas adecuadas para prevenir las ITS.

La escasa disponibilidad y capacidad para el "sexo más seguro" remite a una compleja trama compuesta de normas y valores, estereotipos de género, relaciones de poder, sentimientos (afecto, temor y vergüenza) y significados (que el preservativo "no es para el matrimonio"). Así, por ejemplo, resulta evidente que los mandatos culturales que definen la sexualidad masculina como "indomable" (el varón no debe desaprovechar oportunidades de contacto sexual) y/o postulan que correr riesgos es un elemento esencial de la masculinidad, conspiran seriamente contra la capacidad de los varones de protegerse y proteger a sus parejas sexuales.(50)

Varios autores concuerdan que las investigaciones relacionadas con las percepciones sobre el VIH/sida deben aproximarse al contexto sociocultural y de género para poder intervenir adecuadamente en los marcos de cada cultura. Investigaciones de los últimos años realizadas en comunidades indígenas de América Latina reflejan un conocimiento limitado sobre varios aspectos de la enfermedad: conceptos de VIH/sida, signos y síntomas, formas de transmisión, diagnóstico y prevención, e incluso, algunos autores han mencionado que las comunidades consideran el sida como una

enfermedad nueva cuya implicación cultural sería la ruptura del sistema de clasificación tradicional de las enfermedades.(51)

En este contexto, el conocimiento inadecuado y distorsionado referido a la salud sexual podría mantener costumbres, tabúes, mitos o tradiciones de origen étnico o religioso que, traducidas en conductas riesgosas, favorecen la proliferación del VIH, reduciendo la eficacia de las estrategias de prevención y atención integral.(51,52)

2.3.1.1.3 Limitada atención integral de salud a población clave

El principal desafío de la atención integral consiste en aumentar el número de personas que reciben terapia antirretroviral (TARV). El primer paso es lograr un diagnóstico oportuno para que la persona sea consciente de las opciones disponibles para el manejo del VIH y acuda de inmediato al servicio de salud más cercano que le pueda dar la TARV.

Sin embargo, el inicio de la TARV se encuentra con algunas dificultades. La primera es la fluidez del sistema de referencia y contrarreferencia que limita la referencia oportuna de las personas diagnosticadas desde las unidades del primer y del segundo nivel de atención hacia las UAI.

La segunda tiene que ver con las barreras geográficas y económicas que enfrentan las personas diagnosticadas para buscar atención especializada y TARV en alguna UAI. El lugar de residencia de la persona puede asociarse a una probabilidad de abandono del tratamiento porque la distancia que deben recorrer para acceder a una UAI en ciertas áreas alejadas del país, como los cantones amazónicos, puede disuadir a la persona o simplemente porque carece de los recursos para el desplazamiento periódico.

Por lo anterior, es necesario fortalecer los procesos de desconcentración de la atención, ampliando las zonas donde se ofrece servicios integrales y TARV. A la par, hay que fortalecer los sistemas de información para que el país pueda reportar la cascada de atención al nivel de zonas y cantones. Por ahora, la distribución geográfica del número de casos es la referencia para la priorización territorial.

Baja adherencia y preocupante abandono de la terapia antirretroviral por parte de las PVV:

Se estima que una de cada tres PVV (34%) que está en TARV abandona el tratamiento.(31) La adherencia al tratamiento se dificulta debido a los efectos secundarios que producen los antirretrovirales, a la combinación de varios medicamentos y también porque se debe tomar el tratamiento de por vida para mantener controlado al VIH. La falta de adherencia al TARV pone en riesgo la vida de las PVV porque tienen mayor probabilidad de avanzar a la fase de sida, pero además significa un fracaso para el sistema de salud que, a pesar de las inversiones en insumos, dispositivos médicos, medicamentos, infraestructura, recursos humanos, entrenamiento y normativa, no logra prevenir la morbilidad y la mortalidad asociada al VIH.

Con el desarrollo de nuevos antirretrovirales, el tratamiento ha evolucionado de la monoterapia y la biterapia, a la terapia con tres o más medicamentos antirretrovirales, convirtiéndose en la actualidad en un protocolo de tratamiento estándar. En consecuencia, el principal reto de la administración de los esquemas antirretrovirales es la capacidad de las PVV para mantener la adherencia necesaria en el largo plazo,

que garantice que el VIH sea indetectable en las pruebas de carga viral.

En el Ecuador, la falta de adherencia a la TARV ha desencadenado un problema de salud pública debido a las complicaciones por la aparición de infecciones oportunistas que requieren atención hospitalaria especializada, aumenta el riesgo de transmisión y puede producir la muerte. En definitiva, hay un incremento en el gasto en salud asociado con la demanda de atención especializada y medidas de soporte que también afectan a la calidad y la esperanza de vida de las PVV. Por tanto, el MSP procura implementar iniciativas que fomenten la adherencia al tratamiento antirretroviral.

A finales de 2021, había 34.535 PVV en TARV, lo que significa que el 74,3% del total de PVV recibe TARV y representa el 81,2 % de las PVV que conocen su estado serológico. Asimismo, el 80,44 % de aquellas PVV en tratamiento tenía carga viral suprimida dejando una brecha aún significativa en la adherencia al tratamiento.(31)

Una vez que se cuente con los resultados de los estudios de adherencia al tratamiento y resistencias primarias y secundarias a los antirretrovirales se fortalecerá aún más las acciones emprendidas para aumentar el porcentaje de personas con carga viral suprimida.

Escasa atención del problema de consumo problemático de drogas y salud mental:

El consumo de drogas estupefacientes, en especial los opioides, se ha identificado como una de las causas salientes para la transmisión del VIH. El consumo de morfina y heroína está asociado a un riesgo más elevado de transmisión del VIH debido al intercambio de agujas para inyección intravenosa y a las prácticas sexuales de riesgo vinculadas al consumo. Se estima que en el mundo hay 13 millones de personas que se inyectan drogas, de las cuales 1,7 millones son PVV, es decir, el 13%. En los Estados Unidos de América la tercera parte de las PVV usan drogas intravenosas.(53)

La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) y las comisiones nacionales de drogas de Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú realizaron, en 2017, el tercer estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria y sus principales factores asociados. Este estudio corresponde a una serie iniciada en 2009, que se replicó en 2012 y en 2016. Los resultados revelan que la gran mayoría de estudiantes universitarios consumen alcohol, tabaco y tabaco electrónico, que se catalogan como drogas lícitas; mientras que el consumo de drogas ilícitas es de marihuana, hongos, LSD y cocaína. El consumo de drogas ilícitas de aplicación intravenosa no resultó significativo. (53)

La situación del consumo de drogas en el contexto del VIH en el Ecuador ha sido poco estudiada. Según los registros de UAI del MSP, ubicadas en la provincia del Guayas, donde se concentra el 31% de PVV en TARV, se reporta el consumo de drogas por parte de las PVV. El consumo habitual de drogas puede influir de forma negativa en la adherencia a la TARV, generar complicaciones en el estado de salud y afectar la calidad de vida de las PVV.

2.3.1.1.4 Deficiencia en el registro y el procesamiento de datos que genera información parcial y heterogénea para el monitoreo y la evaluación del sistema de información estadística y epidemiológica

Incumplimiento y deficiencia en el registro de información:

Los avances en el desarrollo del sistema de información aportan a tener una herramienta útil para la gestión de la respuesta nacional al VIH/sida que permite acceder a información relevante y oportuna para la toma de decisiones. Por tanto, es prioritario continuar con el fortalecimiento del sistema de información.

El MSP, a través de la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios y la Dirección de Tecnologías de la Información, en 2016, inició la construcción de un sistema web para el registro de las atenciones de salud en consulta externa denominado Plataforma de Registro de Atención en Salud (PRAS) que busca implementar la historia clínica única electrónica a escala nacional. Este sistema de registro cuenta con varios módulos, se encuentra en constante evolución e incorporación de nuevas funcionalidades.

Un análisis detallado del entorno determinó la factibilidad de integrar los procesos del VIH al sistema que está en funcionamiento en aproximadamente 1.800 establecimientos de salud, aspecto que favorece el despliegue de nuevos procesos y algoritmos, pero al mismo tiempo genera un nivel de complejidad elevado para el proceso de construcción de aplicaciones. Sin embargo, considerando que se brinda atención integral incluyendo TARV, seguimiento de exámenes de carga viral y CD4 para PVV y expuestos perinatales, así como actividades de promoción de la salud y prevención de la transmisión del VIH, la incorporación de todas las variables al sistema es paulatina.

Por ello, completar el módulo del VIH en la PRAS es fundamental para lograr la automatización del registro, el seguimiento de los casos, la elaboración de reportes por nivel de atención y geopolítico (central, zonal y distrital), el registro de actividades comunitarias, el seguimiento de las ITS e implementar salas de análisis situacional zonales que permitan identificar nuevos casos y darles seguimiento.

Normativa desactualizada que establezca heterogeneidad en el diagnóstico, el tratamiento y el registro de casos:

Ecuador se ha sumado a los acuerdos internacionales sobre la respuesta al VIH con el fin de reducir la incidencia, la morbilidad, la mortalidad y contribuir para que las PVV lleven una vida digna.

El principal reto asumido por el país es el mejoramiento de los indicadores de la cascada de atención, que con base en los compromisos internacionales, significa alcanzar que el 95% de PVV conozca su estado serológico, que el 95 % de PVV reciba tratamiento antirretroviral y que el 95 % de PVV que está en TARV tenga carga viral indetectable.(54)

De igual manera, se plantea mejorar el acceso a los servicios de educación sexual integral y reducir daños reforzando la atención a mujeres, a personas jóvenes, adolescentes y grupos de población clave con un enfoque de derechos humanos.

El PENM 2018 - 2022 es el pilar de la respuesta nacional al VIH porque incorpora el desarrollo de acciones priorizadas desde la comunidad y en los diferentes niveles del sistema de salud para fomentar la promoción de la salud, la prevención del VIH/sida - ITS, la atención integral de las PVV, la garantía de los derechos humanos y el fortalecimiento del sistema de información y la vigilancia epidemiológica. Este instrumento fue elaborado con la participación de la sociedad civil y los actores multisectoriales involucrados en la respuesta nacional.(31)

La revisión y la actualización de algoritmos, normas, protocolos y procedimientos es un proceso continuo que lleva adelante el MSP para adaptar las herramientas operativas a las nuevas metas asumidas por el país. Así, por ejemplo, aquellas que surgen de la Reunión de Alto Nivel en el marco de la Asamblea General de las Naciones Unidas en junio de 2021, como la meta de poner fin a la epidemia de sida para 2030. La recomendación 2 insta a los países para que tomen las medidas necesarias para priorizar la prevención del VIH y asegurarse de que el 95 % de las personas expuestas al riesgo de infección por el VIH accedan a programas combinados de prevención adecuados, priorizados, centrados en las personas y eficaces hasta 2025.(55)

2.3.2 Efectos

Los principales efectos detectados se enmarcan en las siguientes áreas:

- Incremento de la incidencia del VIH.
- Alto costo del tratamiento para el Estado por el diagnóstico tardío de la infección.
- Aumento de la mortalidad relacionada con el sida.
- Subregistro de casos de enfermedades crónico transmisibles.

2.3.2.1 Incremento de la incidencia del VIH

Por definición, la incidencia es la cantidad de casos nuevos de una enfermedad, un síntoma, muerte o lesión que se presenta durante un período de tiempo específico, verbigracia, un año. La incidencia muestra la probabilidad de que una persona de una cierta población resulte afectada por dicha enfermedad. El incremento de nuevos casos de enfermedades crónico trasmisibles está asociado con el mayor riesgo de trasmisión del VIH.

La tasa de incidencia del VIH en el Ecuador es de 0,29 por cada 1.000 habitantes, en 2022 y está por encima del promedio de América Latina que fue de 0,19 por cada 1.000 habitantes en 2019. Tomando en consideración que la población estimada del Ecuador en 2022 fue de 17'989.912 habitantes,(31,56) con la tasa de incidencia actual se esperaba alrededor de 5.217 casos nuevos, registrándose en realidad una cifra muy cercana con 5.142 casos nuevos en 2022.(31)

Según los registros del MSP, sobre nuevos casos del VIH por provincia de nacimiento en 2022, se reportó que Napo con 0,67, Esmeraldas con 0,41 y Santo Domingo de los Tsáchilas con 0,40 son las provincias con mayor incidencia del VIH por cada 1.000 habitantes.(31)

2.3.2.1.1 Trasmisión materno infantil

Es importante señalar que la trasmisión materno infantil del VIH es una condición que se puede prevenir mediante el cumplimiento de la normativa vigente que establece las medidas preventivas suficientes que deben aplicarse de manera oportuna, como el tamizaje durante el embarazo y la administración de antirretrovirales. De igual manera, la sífilis y la hepatitis B también son prevenibles con las intervenciones adecuadas y a

tiempo, conforme establece la norma.

Nueve de cada diez infecciones infantiles ocurren por transmisión materno infantil; la transmisión del VIH puede ocurrir durante el embarazo, el parto o la lactancia. La estadística revela que si no se interviene en alguna de estas etapas la probabilidad de transmisión oscila entre el 15% y el 45%. Cuando se desconoce o no hay certeza sobre el estado serológico del VIH de la embarazada, ya sea al momento del parto o en el postparto inmediato, se debe realizar con carácter urgente, una prueba serológica rápida que cumpla con las siguientes características: sensibilidad del 100%, especificidad del 99,9%, valor predictivo positivo del 90% y valor predictivo negativo del 100%.(39)

Con base en la norma de atención prenatal, durante el primer control, se debe dar información clara y comprensible sobre el VIH y sus implicancias, con el propósito de ofrecerle a la embarazada la prueba diagnóstica del VIH.(39) Determinar el estado serológico de la embarazada es el primer paso para asegurar un nacimiento libre del VIH, contribuyendo así a la estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH. La norma también recomienda repetir la prueba en cada trimestre de gestación, antes del parto y en el postparto, es decir, cinco pruebas por embarazada por cada gestación.(57)

Las estrategias que mejoran el acceso a pruebas de laboratorio para detectar el VIH contribuyen a disminuir la transmisión materno infantil. Ahora se ha reforzado la estrategia de prevención de transmisión materno infantil incorporando pruebas diagnósticas para sífilis y hepatitis B.(57)

Gracias a la implementación de estas estrategias que buscan un diagnóstico temprano mediante el acceso a consejería y pruebas prenatales universales del VIH, sífilis y hepatitis B, el tratamiento antirretroviral materno, el parto por cesárea programada, la profilaxis antirretroviral infantil y la suspensión de la lactancia materna, se ha logrado reducir la tasa de transmisión perinatal del VIH a menos del 2%. Asimismo, se espera eliminar la sífilis y la hepatitis en recién nacidos.(31,57)

2.3.2.1 Alto costo para el Estado en el tratamiento de personas diagnosticadas tardíamente

El diagnóstico tardío de la infección por el VIH y el retraso en el inicio del tratamiento conllevan un aumento del riesgo de progresión a sida que provocará la muerte.(39) Desde un punto de vista epidemiológico aumenta la probabilidad de transmisión de la infección debido a la replicación viral no controlada en los pacientes no tratados.(58)

El diagnóstico oportuno de la infección por el VIH es una prioridad de salud pública. El tener un diagnóstico temprano permite iniciar la TARV y aumentar su eficacia, disminuir la probabilidad de transmisión, mejorar el pronóstico de la enfermedad y reducir los costos derivados del manejo del VIH.(59,60) En contraste, un diagnóstico tardío perjudica todas las cuestiones anteriores y, sobre todo, incrementa el costo del manejo de manera significativa. Según los lineamientos de ONUSIDA el cálculo del diagnóstico tardío se lo hace con el número y el porcentaje de adultos y niños con un diagnóstico reciente del VIH, con un recuento inicial de células CD4 <200 células/mm³ y <350 células/mm³ durante el período de notificación.(59,60)

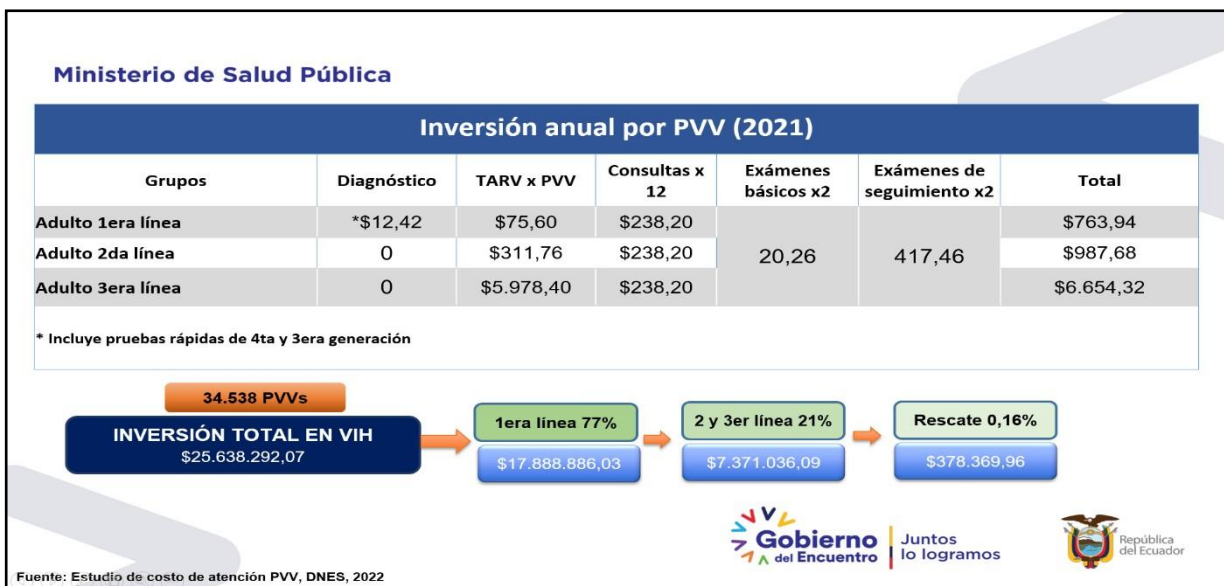
De acuerdo con la estimación de costos unitarios de la atención en salud a pacientes con VIH, realizada por la Dirección Nacional de Economía de la Salud del MSP, se establece que una PVV (adulto, pediátrico y ginecológico) requiere diagnóstico, tratamiento, exámenes analíticos, seguimiento médico, terapia especializada en fase

sida y además hay que estimar la esperanza de vida de la persona para calcular los costos. Las conclusiones del referido estudio establecen que los costos del tratamiento, tanto pediátrico como para adultos en su diagnóstico y tratamiento de manera ambulatoria, son muy inferiores al diagnóstico y al tratamiento clínico que requiere hospitalización.(61)

El costo estimado del VIH pediátrico es de USD 1.571,87 para el diagnóstico; USD 2.706,55 para tratamiento anual de primera línea y su seguimiento; USD 2.830,20 para tratamiento de segunda línea y su seguimiento; y de USD 8.751,00 para el tratamiento anual de tercera línea y su seguimiento. En los adultos es de USD 1.789,41 para el diagnóstico; USD 2.106,22 para tratamiento anual de primera línea y su seguimiento; USD 3.200,29 para tratamiento de segunda línea y su seguimiento; y de USD 8.866,93 para el tratamiento anual de tercera línea y su seguimiento.(61) Para las embarazadas es de USD 1.789,41 para el diagnóstico; USD 4.518,53 para tratamiento anual preferente y su seguimiento; y de USD 3.353,50 para un tratamiento anual alternativo y su seguimiento. El costo estimado ambulatorio es de USD 1.789,41 para el diagnóstico, USD 6.167,40 para el tratamiento anual y de USD 7.302,74 para el seguimiento anual. El costo estimado clínico hospitalario es de USD 1.712,65 para el diagnóstico, USD 5.978,40 para el tratamiento anual, USD 16.473,93 para el seguimiento anual y considerando la estancia hospitalaria anual el valor estimado es de USD 39.517,20. El costo estimado por esperanza de vida considerando tratamiento de primera línea es: USD 69.647,79 para VIH pediátrico y USD 49.111,36 para VIH adulto. En segunda línea es: USD 90.548,92 para VIH pediátrico y USD 73.719,69 para VIH adulto. Mientras que para tercera línea es: USD 258.451,87 para VIH pediátrico y USD 201.176,37 para VIH adulto.(61)

La inversión anual en la atención a las PVV a cargo del MSP asciende a cerca de 26 millones de dólares, como se puede observar en el cuadro 9.

Cuadro 9 Inversión anual del MSP por PVV en 2021



2.3.2.2 Aumento de la mortalidad relacionada al sida

La tasa de mortalidad por causas relacionadas al VIH refleja una tendencia creciente desde 1997 hasta 2014 cuando alcanza 5,17 muertes por 100.000 habitantes. A partir de 2018 se observa un declive sostenido de la mortalidad anual reduciéndose hasta 4,40 muertes por cada 100.000 habitantes en 2021 (ver figura 3). Se estima que en el país han muerto alrededor de 25.253 personas por causas relacionadas al sida. Con el fin de disminuir las muertes relacionadas al sida y mejorar la calidad de vida de las personas que viven con el VIH la respuesta nacional a la epidemia ha incorporado estrategias para mejorar el diagnóstico, el tratamiento antirretroviral, el seguimiento de las PVV y disminuir las enfermedades oportunistas.(31)

Las muertes relacionadas al sida ocurren en mayor proporción en los hombres con una relación de “tres hombres por cada mujer”. Con base en los registros de mortalidad del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) según el sexo, en 2020, del total de muertes el 79 % fueron hombres y el 21 % mujeres. Mientras que las muertes relacionadas con el sida por grupo de edad reflejan que, en 2021, el 76 % ocurrió entre los 20 y los 49 años y el 23 % en los mayores de 50 años; la mortalidad en los jóvenes menores de 20 años es baja alcanzando el 1 %.(62)

2.3.2.3 Mayor riesgo de enfermedades oportunistas

Es importante el diagnóstico precoz del VIH, virus de papiloma humano, sífilis, hepatitis B, hepatitis C, enfermedad de Chagas y tuberculosis para adoptar las medidas terapéuticas necesarias para el manejo de cualquiera de estas infecciones. Sin embargo, no es fácil su diagnóstico porque en las fases iniciales estas infecciones suelen ser asintomáticas, presentan lesiones que son ignoradas o menospreciadas por los pacientes o tienen vergüenza lo cual induce a la automedicación, que confunden y retrasan el diagnóstico y el tratamiento oportuno.(63)

2.3.2.4 Subregistro de casos de enfermedades crónico transmisibles de mayor impacto

Las consecuencias de las enfermedades crónico transmisibles de mayor impacto son aún peores si se considera su contribución potencial a la transmisión de la infección por el VIH, por tanto, la vigilancia de las ITS tiene por objeto contribuir al esfuerzo mundial para prevenir las enfermedades crónico-trasmisibles.(64)

La información que surja de la vigilancia de las enfermedades crónico transmisibles de mayor impacto debe utilizarse para mejorar la calidad y la eficacia de los programas de prevención de las ITS incluyendo el VIH y los de salud sexual y reproductiva.

Según la OMS y el ONUSIDA la vigilancia de las ITS es un componente clave de los sistemas de vigilancia epidemiológica porque ayuda a comprender la dinámica de estas infecciones y su efecto en la población, generando evidencia sobre el comportamiento y la tendencia de las ITS que permiten adoptar decisiones oportunas para implementar acciones para mitigar su efecto.(64)

Las enfermedades de notificación obligatoria son aquellas que por su efecto sobre la salud pública deben notificarse a la autoridad sanitaria para que ejecute las medidas de control y prevención que se requiera.

El reporte responsable y a tiempo es fundamental para que la autoridad sanitaria logre reaccionar de forma inmediata ante la aparición de brotes de las enfermedades de notificación obligatoria. No realizar estas notificaciones genera un subregistro que

produce un efecto negativo sobre la salud de la población y condiciona el uso de los recursos disponibles para la prevención.

3 MAPEO DE ACTORES

A continuación, se presenta a los actores identificados por la autoridad sanitaria nacional que en su ámbito de acción y nivel respectivo tienen una responsabilidad y representatividad para el cumplimiento de los objetivos del Plan Estratégico Nacional Multisectorial para la respuesta al VIH/sida – ITS y hepatitis virales 2023 - 2025.

Cuadro 10. Mapeo de Actores

ACTOR		FUNCIÓN	NIVEL DE PARTICIPACIÓN / INTERÉS PREDOMINANTE
Comité Ecuatoriano Multisectorial del sida "CEMSIDA"		Conducción de la respuesta nacional multisectorial al VIH/sida	Planificación, conducción, monitoreo y evaluación de la respuesta nacional multisectorial al VIH/sida.
Gobierno central y sector público	Ministerio de Salud Pública	Político, administrativo, regulatorio, provisión de servicios y vigilancia y control sanitario.	<ul style="list-style-type: none"> Regulación, rectoría, financiamiento, administración, evaluación y control, organización planificación y gestión, talento humano, infraestructura, equipamiento. Provisión de servicios para la atención integral de salud.
	<ul style="list-style-type: none"> Ministerio de Educación Ministerio de Trabajo Ministerio de la Mujer 	Político administrativo, regulatorio en los ámbitos de su competencia.	<ul style="list-style-type: none"> Educación y comunicación en promoción y prevención. Observancia de protección de derechos humanos. Planificación y monitoreo del PND en la respuesta al VIH/sida.
	SENESCYT	Coordinación de la participación de las instituciones académicas en la respuesta al VIH/sida.	Vinculación de la academia con generación de evidencia y observatorio de la respuesta multisectorial al VIH/sida.
	Defensoría del Pueblo, Defensoría Pública, Consejos de Igualdad	Protección de derechos humanos.	Cumplimiento del marco normativo de protección de derechos humanos.
	<ul style="list-style-type: none"> Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) Seguro Social Campesino 	Aseguramiento y prestación de servicios de salud a afiliados.	Aseguramiento, provisión de servicios, coordinación en el marco de la RPIS.
	<ul style="list-style-type: none"> Fuerzas Armadas - ISSFA Policía Nacional - ISSPOL 	Aseguramiento y prestación de servicios de salud a afiliados.	Aseguramiento y coordinación en el marco de la RPIS.
Sociedad civil y sector privado	Grupos de población clave - GPC	Participación y vigilancia ciudadana para la respuesta integral al VIH/sida.	Participación en el desarrollo del componente comunitario de atención integral. Demanda y vigilancia del cumplimiento de normas de garantía de derechos humanos y prevención de estigma y discriminación.
	ONG: Kimirina, Care, Cruz Roja Ecuatoriana	Asistencia técnica y apoyo a la gestión de la respuesta al VIH/sida	Apoyo a la gestión técnica y operativa en el marco de la respuesta al VIH/sida.
	Asociación de clínicas y hospitales privados - ACHPE	Prestación de servicios de salud privados en el marco de la respuesta al VIH/sida.	Coordinación en el marco de la RPC.
Cooperación internacional	ONUSIDA y organizaciones de Naciones Unidas: OPS/OMS, UNFPA, UNICEF, ACNUR, PMA	Asistencia técnica y financiamiento.	Asistencia técnica, apoyo al cumplimiento de acuerdos internacionales.
	Fondo Mundial	Asistencia técnica y financiamiento. Apoyo al Mecanismo de Coordinación País - MCP como un espacio de participación e incidencia multisectorial para el monitoreo técnico de las subvenciones en el marco de la respuesta al VIH/sida.	Apoyo a la gestión y financiamiento de la respuesta al VIH/sida.

CAPÍTULO II.- PLANTEAMIENTO DEL PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL MULTISECTORIAL

4 PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL MULTISECTORIAL PARA RESPUESTA AL VIH/sida- ITS y hepatitis virales 2023-2025

El presente PENM corresponde al periodo 2023 - 2025 y se elaboró con la participación de actores multisectoriales, incluyendo a representantes de la sociedad civil, de ONG, del MCP, de entidades del sector público y privado, de organismos de cooperación externa, en coordinación con el CEMSIDA y liderados por el MSP. El plan se formuló con base en la situación epidemiológica, la propuesta programática del MSP, las experiencias y las necesidades de los actores públicos y de la sociedad civil recogidas durante el proceso de consulta resaltándose cuestiones prioritarias como prevención combinada, garantía de derechos, modelos de atención comunitaria, determinantes del VIH, coinfección VIH – Tuberculosis, VIH y hepatitis víricas B y C, y los compromisos internacionales asumidos por el país.

La actualización del PENM contó con el liderazgo y el apoyo técnico del equipo de la ENVIH del MSP, ONUSIDA y el FM.

Con base en los principios orientadores de la respuesta nacional al VIH/sida que le dan un enfoque de inclusión, equidad, interculturalidad y participación social el espíritu de la misión, la visión y el objetivo del PENM constituyen un marco de referencia estratégico para la implementación del plan.

4.1 Misión

Brindar la respuesta nacional mediante un instrumento programático basado en evidencia y la realidad nacional para que los actores involucrados diseñen y prioricen acciones sostenibles en la prevención de la transmisión del VIH en la población general y en grupos de población clave, en el marco de los derechos humanos, la universalidad, la igualdad, la equidad, la perspectiva de género, la interculturalidad y de la participación social.

4.2 Visión

Articular servicios sostenibles en prevención, con una atención integral de calidad, que contribuyan a la disminución de nuevas infecciones de VIH, de la mortalidad por sida y del estigma y la discriminación, para mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por la epidemia del VIH/sida.

4.3 Objetivo

Disminuir la velocidad de crecimiento de la epidemia, alineada con las estrategias mundiales de reducción y fin del VIH, mediante una respuesta multisectorial para la promoción y ejecución de políticas públicas que garanticen, desde un enfoque de género y derechos humanos, el acceso universal a la promoción, la prevención y la atención integral, así como la equidad, la inclusión, la interculturalidad y la igualdad de oportunidades para las PVV.

Los indicadores y metas a cumplir dentro de este objetivo son: que al año 2025 el 95%

de PVV conozca su estado serológico del VIH, que el 95% de PVV que conoce de su estado serológico reciba tratamiento y que el 95% de PVV que está en tratamiento se encuentre con carga viral indetectable.

4.3.1 Objetivos Específicos

- Fortalecer acciones de promoción de la salud; y la prevención combinada dirigida a la captación oportuna en la población general con énfasis en grupos de población clave y vulnerable.
- Disminuir la morbi-mortalidad por VIH/sida-ITS y hepatitis virales mediante la captación, diagnóstico, vinculación, tratamiento y seguimiento, por equipos multidisciplinarios capacitados y sensibilizados.
- Generar estrategias que eliminen espacios de estigma y discriminación asociados al VIH.
- Fortalecer la gobernanza del Comité Ecuatoriano Multisectorial de VIH/sida (CEMSIDA), a través de la implementación de sistemas de información estratégicos, para el seguimiento, evaluación y la toma de decisiones de la respuesta nacional.

4.4 Valores

El PENM se estructuró en función de las necesidades de la respuesta nacional al VIH bajo los principios de igualdad, equidad, inclusión y eficiencia.

4.5 Líneas estratégicas

Las necesidades de la respuesta nacional se establecieron mediante procesos multisectoriales que contaron con la participación de representantes de la sociedad civil, de instituciones gubernamentales y organizaciones no gubernamentales, liderados por el MSP, con apoyo técnico de la cooperación internacional. Esto permitió identificar y caracterizar de manera estratégica los problemas generales y específicos para la respuesta al VIH y sirvió de base para la formulación de las cuatro líneas estratégicas del PENM 2023 - 2025.

Las líneas estratégicas del PENM 2023 - 2025 son:

1. Asegurar la promoción de la salud y la prevención del VIH/sida - ITS y hepatitis virales.
2. Asegurar la atención integral en la salud (con el tratamiento antirretroviral oportuno, de enfermedades oportunistas y otras ITS) de las personas que viven con VIH/sida - ITS.
3. Garantizar derechos humanos y la prevención del estigma y la discriminación en las PVV y los grupos de población clave.
4. Fortalecer los sistemas de información para la gobernanza de la respuesta nacional al VIH/sida - ITS.

Estas líneas estratégicas se establecieron en consonancia con los pilares del MAIS, que tienen un enfoque de género, intercultural, generacional y de participación familiar y comunitaria.

Además, el análisis de los avances y el cumplimiento de metas del PENM 2018 – 2022, sirvió como un insumo para identificar las prioridades para el periodo 2023 - 2025, actualizar la situación epidemiológica del VIH, definir estrategias y actividades con su respectivo presupuesto, y articular las acciones de los actores públicos y privados como los proveedores de la RPIS, la RPC y las OSC.

El MSP lidera la respuesta nacional al VIH y coordina las acciones multisectoriales de las diferentes instituciones involucradas en dicha respuesta, con el apoyo del CEMSIDA.

Desde su establecimiento, el CEMSIDA ha trabajado de manera ocasional, sobre todo, para la elaboración del PENM y se ha logrado avances parciales en la implementación de acciones de la respuesta nacional al VIH en sectores como educación, trabajo, derechos humanos y participación social en algunos municipios. De igual forma, las organizaciones de la sociedad civil y de las poblaciones clave se han movilizadas para reivindicar sus derechos y apoyar el diseño e implementación de políticas públicas para reforzar la respuesta nacional al VIH.

4.5.1 Línea estratégica 1: Aseguramiento de la promoción de la salud y la prevención del VIH/sida-ITS y hepatitis virales

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Se trata de un enfoque que va más allá del comportamiento individual, hacia uno que asegura un entorno social, físico, cultural, económico, ambiental y político que promueve la salud.(65)

La promoción de la salud busca fomentar entornos saludables en instituciones educativas, lugares de trabajo, hogares y lugares públicos. Es un proceso de trabajo conjunto de los individuos y las comunidades para asegurar las condiciones propicias para mejorar la salud individual y colectiva.(65)

La salud sexual y la salud reproductiva tienen como objetivo promover el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos permitiendo a las personas tomar decisiones frente a su salud y promover las prácticas saludables y de autocuidado.

Las prácticas sexuales sin protección, es decir, sin el uso correcto y permanente del preservativo, están estrechamente vinculados al riesgo de transmisión del VIH y otras ITS. Por tanto, ofrecer información basada en evidencia, mediante estrategias que consideren los diferentes ciclos de vida de la población, contexto social y cultural, mejora los conocimientos y las prácticas que reducen el riesgo para la salud individual y colectiva.(66)

Estos objetivos se pueden alcanzar a través de la educación integral en sexualidad como un derecho que tienen todas las personas y es fundamental para el desarrollo de habilidades para la vida. La evidencia demuestra que la educación integral en sexualidad permite disminuir prácticas de riesgo e incrementa el uso de condón masculino y femenino previniendo la transmisión del VIH - ITS.(67)

Mejorar el acceso a la información sobre el VIH - ITS y derechos humanos de la población en general, adolescentes, jóvenes, mujeres embarazadas y GPC contribuirán para disminuir el riesgo de nuevas infecciones y reducir la mortalidad. La información y los procesos de educación apuntan a que las personas no solo obtengan conocimientos sino a que, sobre todo, incorporen esas nociones en su conducta para que haya una práctica segura.

Es fundamental que todas las personas conozcan los mecanismos de acceso al diagnóstico oportuno del VIH - ITS, además que sean conscientes de que en casos positivos es clave su vinculación temprana a los servicios de salud para iniciar la TARV, mantener la adherencia y llevar un estilo de vida saludable.(60)

La última Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT)(68) realizada en 2018 reveló que la edad promedio a escala nacional de la primera relación sexual en los hombres es 16 años y en las mujeres 18 años. De igual manera, el 53,77% de los hombres utilizó un método anticonceptivo en su primera relación sexual mientras que el 43,74% de las mujeres lo hizo en su primera relación sexual. Asimismo, el porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que estuvieron casadas o en unión antes de los 15 años fue 7,16% y antes de los 18 años 41,64%. Con relación al conocimiento del VIH/sida el 78,61% de las mujeres y el 75,44% de los hombres afirmó tener conocimientos sobre el VIH/sida. En cuanto al conocimiento sobre la prueba diagnóstica del VIH, el 89,4% de las mujeres ha oído hablar y conoce sobre la prueba de VIH y de este grupo el 91,9 % conoce dónde realizarse la prueba; mientras que el 71,56% de las mujeres y el 47,90% de los hombres se ha hecho el examen diagnóstico del VIH alguna vez.(68)

Adicionalmente, la Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres, realizada en 2019 muestra que el 64,9% de las mujeres sufrió algún tipo de violencia alguna vez a lo largo de su vida. Por tipo de violencia, la mayoría declaró haber sufrido violencia psicológica (56,9%), mientras que la violencia física (35,4%), la sexual (32,7%) y la patrimonial (16,4%) fueron las menos recurrentes. Los niveles más altos de violencia contra las mujeres ocurren entre aquellas que se identifican como afrodescendientes (71,8%), no cuentan con ningún nivel de educación o que cuentan con alfabetización (70,5%), que pertenecen al grupo de edad de 30 a 40 años (68,8%) y que residen en el área urbana (65,7%).(69)

El efecto de la epidemia del VIH/sida se concentra en el grupo de edad de 20 a 49 años con el 81 % de los casos nuevos, seguido por el grupo de 15 a 19 años con el 6% y el de 50 a 64 años con 9%. Estos datos corresponden a los registros del MSP en 2022, observándose que el VIH afecta, sobre todo, a la población joven en etapa productiva y a las mujeres en edad reproductiva. (31)

El estudio de prevalencia del VIH e ITS en HSH, MTF y PTS en 6 provincias del Ecuador, realizado por la Universidad de Cuenca en 2021, anota que: *la pobreza es un asunto que atraviesa a las poblaciones especialmente a trabajadoras sexuales y MTF, aunque estas últimas matizan con estudios e inserciones laborales. La exclusión económica fue más evidente en Machala, Portoviejo y Esmeraldas.*(30)

Asimismo, resalta que existe una tendencia para mantener relaciones sexuales no protegidas ya que se rehúsan a usar preservativo; la práctica no protegida ocurre con parejas estables y con clientes a quienes venden sus servicios. Además, hay desconfianza en el sistema público de salud y se lo cataloga como poco amigable.(30,69)

Otro hallazgo se refiere a la percepción de violencia en los ambientes donde se encuentran las poblaciones clave debido al estigma y la discriminación, las ideas preconcebidas sobre el trabajo sexual y los eventos violentos como robos y asaltos que ocurren, sobre todo, en los ambientes nocturnos que suelen frecuentar los GPC.(30,69)

También se encontró que la falta de información es un factor importante en la percepción de riesgo de los GPC, así HSH, MTF y PTS afirman que han carecido de información fidedigna que oriente su conducta sexual, es decir, cómo tener sexo seguro, cuándo y con quién tenerlo.(30,69)

Las cuestiones asociadas a la autoestima y a una sexualidad estigmatizada se

convierten en factores de riesgo debido a la carencia o la distorsión de la información, resultando en una ausencia del ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos, de la promoción de la salud y de la prevención del VIH/sida - ITS.(30)

El estudio identificó las siguientes cuestiones vinculadas a la sexualidad de los GPC que se convierten en factores de riesgo para la transmisión del VIH:(30)

- Contextos sociales en donde la sexualidad es estigmatizada.
- Violencia de género (represión, violencia física, ocultamiento de su identidad sexual, entre otras).
- Pobreza y necesidad de solventar problemas económicos y de subsistencia.
- Desinformación sobre su condición social, así como falta de aceptación y apoyo para asumir sus identidades de género y orientaciones sexuales en libertad.

Dentro de la respuesta nacional a la epidemia en el país se han implementado varios proyectos de promoción y educación relacionados con salud sexual y reproductiva, con énfasis en VIH - ITS, en los cuales, además del MSP, han participado otras instancias como el Ministerio de Educación, la sociedad civil y la cooperación internacional.

El reto se centra en el desarrollo del componente de atención comunitaria en el marco del MAIS. Entre las acciones propuestas, como parte de la estrategia mundial(70) y por los actores multisectoriales que han participado en el proceso de desarrollo del presente PENM, está fortalecer el enfoque comunitario mediante la definición de funciones y la adecuación de normas para vincular a los agentes comunitarios como los promotores pares al sistema de salud, ampliando la oferta de servicios de promoción de la salud y prevención del VIH/sida - ITS. El compromiso es, no solo darles herramientas a los promotores comunitarios sino desarrollar las competencias del nivel comunitario como un elemento consustancial al sistema nacional de salud. Es decir, aparte de esclarecer y actualizar la normativa para que las funciones del nivel comunitario sean parte integral del continuo de atención, también es fundamental que se incorpore la conformación de equipos multidisciplinarios que desplieguen las acciones necesarias para fortalecer la educación sobre promoción y prevención, elevando el nivel de conocimiento y conciencia de la población usuaria.(22)

De esta manera se lograría una sinergia entre los servicios ofrecidos por profesionales de salud y los promotores comunitarios en el marco del MAIS favoreciendo la desconcentración y la descentralización de los servicios dentro del sistema de salud;(22,71) además, ampliar la oferta de la prevención combinada diversificando los escenarios de su aplicación y definiendo las labores específicas según las necesidades de los grupos de intervención. Así, por ejemplo, fomentar el uso de la profilaxis previa a la exposición (PrEP), profilaxis posterior a la exposición (PEP) o la autoadministración de pruebas diagnósticas, son acciones concretas que deben incorporarse tanto a los servicios comunitarios como a los de salud.(72) Por tanto, es clave redoblar los esfuerzos para incorporar estas herramientas biomédicas que contribuyen a reducir el riesgo de transmisión del VIH con gran eficacia y, por ende, salvan vidas. Sin embargo, si la población que se encuentra en riesgo de adquirir el VIH no conoce que tiene a disposición este tipo de herramientas de prevención, o el acceso es limitado, se perdería el beneficio que se puede obtener al interrumpir la cadena de transmisión.

La búsqueda activa del VIH y otras ITS desde el nivel comunitario es el cimiento de la prevención de la transmisión del VIH/sida - ITS. Para el efecto, es clave definir los lugares y los grupos de población hacia dónde se orientarán los servicios de detección

temprana con un enfoque de equidad, derechos humanos, género, intercultural y generacional. En este sentido, la capacitación es una de las herramientas importantes para apoyar la promoción y la prevención del VIH/sida - ITS con la participación de la sociedad civil para ampliar la cobertura, llegando a todos los GPC. Conseguir que personas de la sociedad civil se incorporen a los equipos de capacitación fortalecerá la actividad y la capacidad de la sociedad civil para apoyar a la respuesta nacional. De esta manera, se amplificará la cobertura de capacitación a los grupos de población que requieren tomar decisiones informadas y oportunas.(70)

La estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil es otro pilar importante dentro de la prevención de la transmisión del VIH/sida - ITS. Garantizar que se implemente la ETMI plus es una prioridad porque los logros obtenidos en este campo son alentadores y conseguir la meta de la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH es plausible.(70)

Para reducir el número de casos nuevos del VIH hay que garantizar el acceso a servicios de promoción de la salud y prevención del VIH/sida incluyendo la provisión oportuna de insumos, dispositivos médicos y medicamentos como: preservativos masculinos y femeninos, lubricantes, pruebas diagnósticas, antirretrovirales, entre otros, a la población en general, a los adolescentes, los jóvenes, las mujeres y los GPC.(45,57)

De igual manera, es primordial robustecer las acciones de promoción y prevención enfocadas en las mujeres, con un abordaje de los determinantes sociales, culturales, políticos, económicos y sanitarios asociados al género. El prevenir la violencia basada en género debe ser una prioridad para contribuir a reducir el riesgo de transmisión del VIH/sida - ITS.(45)

Esta línea estratégica se concentra en desplegar las actividades de promoción de la salud sexual y salud reproductiva y la prevención de la transmisión del VIH - ITS en la población en general, los adolescentes, los jóvenes, las mujeres y los GPC buscando una sinergia con los planes nacionales de salud sexual y salud reproductiva y los planes sectoriales con énfasis en VIH/sida - ITS.

A continuación, se presenta la síntesis de los objetivos específicos, las líneas de acción y las actividades que incluyen son las siguientes:

Cuadro 11. Línea estratégica 1: Promoción de la salud y prevención del VIH/sida-ITS y hepatitis virales

Objetivos Específicos	Líneas de acción y sus alcances	Actividades	Responsables
<p>1.1. Asegurar el acceso de la población general, los GPC (HSH, MTF, PTS, PPL), las mujeres y la población joven a las acciones de promoción de la SSR y la prevención de la transmisión del VIH/sida - ITS y hepatitis virales B y C.</p>	<p>Fortalecer la gobernanza mediante la elaboración, actualización e implementación de normas de atención en promoción de la salud y prevención del VIH/sida - ITS incluyendo la definición del paquete de prevención combinada al nivel comunitario, la auto administración de pruebas diagnósticas, las funciones de los promotores pares, el enfoque de DDHH, género, intercultural, generacional, la prevención de la violencia basada en género, y la coordinación con programas y servicios de SSR al nivel de la RPIS y las redes comunitarias.</p>	Implementar la normativa de la PrEP.	MSP-ENVIH
		Elaborar lineamientos para la aplicación de la autoadministración de la prueba diagnóstica del VIH a escala nacional.	MSP-ENVIH
		Implementar el manual de atención integral en personas que ejercen el trabajo sexual.	MSP-DNDHGI
		Implementar el manual de atención integral en población LGBTI.	MSP-DNDHGI
		Actualizar e implementar el modelo operativo del contexto penitenciario.	MSP-DNAI
		Actualizar el manual de atención para personas con consumo problemático de drogas.	MSP-DNEPC
		Actualizar e implementar los lineamientos para la atención integral en casos de exposición laboral y no laboral.	MSP-ENVIH DNDHGI
		Elaborar lineamientos para la prevención y atención del VIH/sida, ITS, tuberculosis y hepatitis virales B y C para personas en situación de movilidad humana.	MSP-ENVIH DNDHGI
		Elaborar lineamientos para la prevención del VIH/sida, ITS, tuberculosis y hepatitis virales B y C en pueblos y nacionalidades.	MSP-ENVIH DNSIE
		Elaborar el estudio CAP sobre el conocimiento en VIH para adolescentes y jóvenes.	MSP-ENVIH DNPS
		Elaborar el manual de asesoría en VIH/sida.	MSP-ENVIH
		Elaborar e implementar el protocolo de manejo de hepatitis víricas B y C.	MSP-ENVIH
	<p>Fortalecer la educación integral en sexualidad con énfasis en la promoción de la salud sexual y salud reproductiva, y la prevención del VIH/sida - ITS en entornos</p>	<p>Realizar actividades de promoción de la salud, SSR y prevención del VIH/sida - ITS que garantice la cobertura a los grupos de población objetivo.</p>	<p>MSP-ENVIH</p>

Objetivos Específicos	Líneas de acción y sus alcances	Actividades	Responsables
	educativos, laborales, sociales y culturales asegurando la incorporación del enfoque de derechos humanos, género, intercultural y generacional.	Realizar acciones de sensibilización para fomentar la promoción y la prevención del VIH en instituciones públicas y privadas al menos una vez al año garantizando la confidencialidad y voluntariedad.	MSP-ENVIH-MDT-sociedad civil
		Elaborar contenidos sobre educación integral para la sexualidad con énfasis en prevención del VIH - ITS y hepatitis virales e incluir en el micro currículo de todos los niveles educativos como eje transversal de los procesos formativos asegurando la incorporación del enfoque de derechos humanos, género, intercultural, interseccionalidad, movilidad humana y generacional.	ME-MSP-ENVIH
	Incorporar la promoción de la salud sexual y salud reproductiva, y prevención del VIH y otras ITS desde un enfoque de derechos humanos, género, intercultural, interseccionalidad, movilidad humana y generacional en los diferentes niveles educativos en el país.	Fomentar la inclusión de la normativa vigente sobre prevención, atención y tratamiento del VIH - ITS y hepatitis virales en las mallas curriculares de las instituciones de educación superior asegurando la incorporación del enfoque de derechos humanos, género, intercultural, interseccionalidad, movilidad humana y generacional como ejes transversales del proceso formativo.	SENESCYT-CES-MSP-ENVIH
		Elaborar e implementar campañas de educación y comunicación sobre promoción de la salud y prevención del VIH - ITS y hepatitis virales en entornos educativos y universitarios desde un enfoque de derechos humanos, género, intercultural, interseccionalidad, movilidad humana y generacional.	MSP-ME-CES-SECOM
		Sensibilizar a los profesionales de la salud, docentes de las carreras de ciencias de la salud y a la población en general sobre los riesgos, causas y consecuencias de las enfermedades crónico transmisibles: VIH/sida, ITS, tuberculosis y hepatitis B y C, así como en la garantía de derechos.	MSP-CES-SECOM

Objetivos Específicos	Líneas de acción y sus alcances	Actividades	Responsables
		Realizar jornadas de promoción de estilos de vida saludable en universidades, organizaciones de base, instituciones públicas y privadas.	MSP-CES-SENESCYT-SECOM
		Realizar el encuentro de culturas juveniles y urbanas.	MSP-ENVIH
	Desarrollar e implementar la estrategia nacional de educación integral en sexualidad	Fortalecer las capacidades del personal docente y DECE para implementar la educación integral en sexualidad.	ME
		Establecer estrategias de seguimiento y monitoreo a la implementación de la educación integral en sexualidad.	ME
		Desarrollar y difundir materiales y herramientas de educación integral en sexualidad.	ME
	Difundir contenidos y la normativa actualizada de promoción de la salud y prevención del VIH/sida - ITS y hepatitis virales B y C.	Elaborar e implementar una campaña de educación y comunicación enfocada en la promoción de la salud y la prevención del VIH/sida con enfoque de derechos humanos, género, intercultural, interseccionalidad, movilidad humana y generacional.	MSP-ENVIH-DCIP-DNDHGI-DNPS-MMDH-DP-SECOM
		Actualizar la página web sexualidad sin misterios, contenido de prevención del VIH/sida-ITS y hepatitis virales.	MSP-PAISRA-ENVIH
		Producir materiales de educación y comunicación enfocados en la promoción de la salud y la prevención del VIH/sida - ITS con enfoque de derechos humanos, género, intercultural, interseccionalidad, movilidad humana y generacional.	MSP-ENVIH-DCIP-DNDHGI-DNPS
		Diseñar, imprimir y difundir una publicación con conocimientos básicos sobre el VIH/sida, prevención y no discriminación, violencia basada en género y enfermedades emergentes.	MSP-ENVIH-DCIP-DNDHGI-DNPS
		Diseñar, imprimir y difundir el manual para el manejo e implementación de la PrEP con base en buenas prácticas y recomendaciones realizadas en el país.	MSP-ENVIH-DCIP

Objetivos Específicos	Líneas de acción y sus alcances	Actividades	Responsables
		Capacitar al personal de la línea 171 opción 2 del MSP en promoción de la salud y prevención del VIH/sida, ITS, exposición laboral y no laboral, mpox, flujos de atención para PVV.	MSP-ENVIH-DCIP-DNDHGI-DNPS
		Continuar con las líneas alternas de asesoría en VIH/sida, ITS, COVID-19, flujos de atención en exposición laboral y no laboral, mpox.	MSP-ENVIH
		Implementar métodos virtuales para el acceso a la información y educación sobre derechos sexuales, derechos reproductivos y VIH/sida para adolescentes, jóvenes, GPC, personas en situación de movilidad humana con enfoque de derechos, género, participación y transversalización de interculturalidad.	MSP-ENVIH-DCIP-DNPS
1.2. Implementar la estrategia nacional para la eliminación de la transmisión materno infantil (ETMI-Plus) del VIH, sífilis, hepatitis virales B y Chagas.	Fortalecer la RPIS y la RPC para la implementación y cumplimiento de la ETMI plus.	Implementar los lineamientos para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y sífilis en el marco de la ETMI plus.	MSP-ENVIH-DNAI-DNH-DNPS-DNEAIS
		Implementar el protocolo de manejo de hepatitis víricas y los lineamientos para el componente materno infantil de enfermedad de Chagas en el marco de la ETMI plus.	MSP-ENVIH-DNAI-DNH-DNPS-DNEAIS
		Actualizar e implementar la Guía de Práctica Clínica del VIH/sida.	MSP-ENVIH-DNAI-DNH
		Integrar la estrategia ETMI plus en todos los programas y estrategias del MSP según corresponda, con enfoque de género, intercultural e inclusivo.	MSP-ENVIH-DNAI-DNH-DNPS-DNEAIS
		Desarrollar e implementar los lineamientos para la investigación de nuevos casos por transmisión materno infantil del VIH, sífilis, hepatitis B y enfermedad de Chagas.	MSP-ENVIH-DNAI-DNH-DNPS-DNEAIS

Objetivos Específicos	Líneas de acción y sus alcances	Actividades	Responsables
		Actualizar la estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, sífilis, hepatitis B y enfermedad de Chagas (ETMI plus).	MSP-ENVIH-DNAI-DNH-DNPS-DNEAIS
		Coordinar con organismos intrainstitucionales como: CTAIN, Coordinaciones Zonales, Direcciones Distritales y otras instancias del nivel nacional las actividades encaminadas a la ETMI plus.	MSP-ENVIH-DNAI-DNH-DNPS-DNEAIS
		Coordinar con organismos extrainstitucionales como: OPS/OMS, UNICEF, UNFPA, entre otros, las actividades encaminadas a la ETMI plus.	MSP-ENVIH-DNAI-DNH-DNPS-DNEAIS
	Fortalecer el sistema de información, monitoreo y evaluación de la implementación de la ETMI plus en todo el Sistema Nacional de Salud.	Monitorear los registros de información de la ETMI plus.	MSP-ENVIH-DNTIC
		Actualizar la cohorte del VIH e implementar la cohorte de embarazadas con sífilis, hepatitis B y enfermedad de Chagas, y de expuestos perinatales en todo el Sistema Nacional de Salud.	MSP-ENVIH-DNTIC-DNAI-DNH
		Monitorear el cumplimiento de las políticas, estrategias y lineamientos implementados para la ETMI plus a través del sistema de información y las visitas en territorio a cada Coordinación Zonal y a los establecimientos de salud.	MSP-ENVIH-DNAI-DNH
		Obtener indicadores de salud a través del sistema de información para la generación de alertas y establecer estrategias de prevención y control.	MSP-ENVIH-DNTIC
		Realizar las investigaciones de los casos nuevos de transmisión materno infantil con visitas a los establecimientos de salud donde se realizó los controles prenatales, el parto y el control de los expuestos perinatales.	MSP-ENVIH-DNAI-DNH
	Mejorar la calidad de diagnóstico, tratamiento y gestión de la cadena de suministro.	Asegurar la gestión eficiente del suministro de dispositivos médicos, medicamentos, sucedáneos de leche materna, vacunas e insumos médicos para VIH/sida, sífilis, hepatitis B y enfermedad de Chagas.	MSP-ENVIH-DNAI-DNAMOBES

Objetivos Específicos	Líneas de acción y sus alcances	Actividades	Responsables
		Incrementar la captación y tamizaje temprano de VIH/sida, sífilis, hepatitis B y enfermedad de Chagas en mujeres en edad fértil, embarazadas y sus parejas, según corresponda.	MSP-ENVIH-DNAI-DNH
		Fortalecer el diagnóstico y el tratamiento oportuno del VIH/sida, hepatitis B, sífilis y enfermedad de Chagas en mujeres en edad fértil, mujeres embarazadas y niños expuestos perinatales.	MSP-ENVIH-DNAI-DNH
		Elaborar el plan de capacitación de ETMI plus para el personal operativo y administrativo de la RPIS y RPC en todos los niveles de atención.	MSP-ENVIH-DNTH-DNARP
1.3. Asegurar el acceso, a los GPC (HSH, MTF, PTS, PPL, usuarios de drogas, personas en movilidad humana), mujeres y población adolescente y joven para cortar la cadena de transmisión del VIH/sida – ITS, a los servicios de prevención, diagnóstico y atención de VIH/sida - ITS y hepatitis virales B y C.	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer la atención integral a grupos de población clave y vulnerable en el primer nivel de atención del MSP. Fortalecer los establecimientos de salud de la RPIS, la RPC y la comunitaria para que implementen las acciones de prevención incluyendo la prevención combinada por niveles de atención. Implementar estrategias para mejorar la captación de personas que accedan al diagnóstico precoz y a la vinculación oportuna al tratamiento del VIH/sida - ITS y hepatitis virales en la RPIS, la RPC y la comunitaria. 	Elaborar y ejecutar el plan de implementación de 19 servicios inclusivos del MSP en el primer nivel de atención.	MSP-ENVIH-DNDHGI-DNAI
		Desarrollar talleres anuales en: prevención del VIH/sida, no discriminación y no estigmatización y formas de transmisión del VIH.	MSP-ENVIH-DNDHGI-DCPI
		Sensibilizar e informar en: formas de transmisión y prevención del VIH y comunicación para el cambio del comportamiento para población clave, personas vulnerables y población de referencia.	MSP-ENVIH-DNDHGI
		Formar a líderes de las unidades de salud y pares zonales en VIH/sida quienes realizarán réplicas.	MSP-ENVIH-DNDHGI-DNPC
		Formar a profesionales de la salud en promoción, prevención, atención integral, derechos y prevención de estigma y discriminación en el marco del VIH/sida.	MSP-ENVIH-DNDHGI
		Realizar jornadas de prevención con oferta de pruebas voluntarias (día de la mujer, familia, salud, VIH), en fechas conmemorativas de salud, no ser tan específico, o a su vez	MSP-ENVIH-DNDHGI

Objetivos Específicos	Líneas de acción y sus alcances	Actividades	Responsables
		colocar adicional otras.	
		Elaborar el plan de capacitación en VIH/sida - ITS con aval académico y auspicio institucional.	MSP-ENVIH
		Capacitar a profesionales de salud del área operativa y administrativa de la RPIS y la RPC.	MSP-ENVIH-DNTH-DNARP
		Elaborar lineamientos para el cambio de nombres en personas trans (personas con previa modificación en el registro civil).	MSP-ENVIH-DNDHGI-DNCIP-DNEAIS
		Adquirir y distribuir preservativos, pruebas de diagnóstico rápido e insumos.	MSP-ENVIH-DNAI-DNAMOBES
		Contratar promotores de salud para fortalecer la promoción de la salud y la prevención del VIH/sida.	MSP-ENVIH
		Desarrollar talleres de capacitación para actualizar los conceptos de promoción, prevención y atención integral a PVV dirigido para docentes y estudiantes del último año de carrera de la salud de forma continua.	MSP-ENVIH
		Desarrollar el primer congreso nacional del VIH/sida con expositores nacionales e internacionales para profesionales de la salud.	MSP-ENVIH

4.5.2 Línea estratégica 2: Asegurar la atención integral con el tratamiento antirretroviral oportuno al VIH, enfermedades oportunistas y otras ITS.

El propósito de esta línea estratégica es asegurar el acceso a la atención integral desde el diagnóstico hasta lograr una carga viral indetectable sostenida; para ello, hay que mejorar la capacidad diagnóstica para aumentar el número de personas que conocen su estado serológico con la oferta universal de la prueba del VIH, que es un compromiso que asumió el Ecuador en 2006.(73) Por tanto, el acceso al diagnóstico es para la población en general, las mujeres, los jóvenes y los GPC. Lo que se busca es un diagnóstico del VIH lo más temprano como sea posible para detener la evolución de la infección, prevenir las complicaciones y evitar la muerte. El servicio de diagnóstico debe ofrecerse en un ambiente que asegure la confidencialidad y la calidad del servicio. Este primer paso se acompaña de la asesoría eficaz para lograr la vinculación de las PVV al sistema.(60)

Una vez que se consigue la vinculación de la PVV al sistema de salud hay que garantizar el acceso al tratamiento adecuado siguiendo las pautas terapéuticas que indica la Guía de Práctica Clínica del VIH. El ofrecer el TARV oportuno y de calidad aumenta la probabilidad de la retención de las PVV y su adherencia, reduciendo la infección, la morbilidad y la mortalidad por el VIH. Por eso, mantener a los equipos de salud capacitados en la normativa vigente, entre los que se incluye la TARV y el manejo de efectos adversos y enfermedades oportunistas, es fundamental para la mejora continua de la calidad de los servicios de atención integral del VIH. La asesoría mediante información fidedigna y comprensible que ofrezca el personal de salud a las PVV es un pilar sólido para incrementar la adherencia.(60)

El papel que juega el personal de salud es importante para que el tratamiento y el seguimiento de cada PVV sean adaptados a la necesidad individual, con apego estricto a las normas de atención. De esta manera, se logrará mejorar la calidad del servicio de atención integral a PVV, controlar otras ITS y reducir la aparición de enfermedades oportunistas.(60)

A escala mundial el virus de la hepatitis B (VHB) crónica se estima que, en 2020, afectaba cerca de 250 millones de personas. La hepatitis B crónica puede desencadenar fibrosis hepática y carcinoma hepatocelular. La mitad de los casos de carcinoma hepatocelular se atribuye a la infección por hepatitis B. La coinfección VHB/VIH es frecuente en áreas endémicas debido a que comparten la vía de transmisión. Es así como alrededor del 10 % de PVV tienen la coinfección con hepatitis B complicando el curso de ambas enfermedades y alterando la historia natural del VIH. Por tanto, es fundamental abordar de forma integral estas dos patologías virales para ofrecer un tratamiento oportuno y eficaz para el manejo de esta coinfección VHB/VIH.(74) Asimismo, el virus de la hepatitis C (VHC) también se transmite por vía sanguínea, siendo frecuentes las infecciones, sobre todo, en los usuarios de drogas inyectables. Se estima que cerca de 21 % de PVV en todo el mundo tienen la coinfección con hepatitis C. La importancia de identificar a tiempo esta coinfección radica en prevenir las complicaciones porque el VIH puede acelerar la progresión de la hepatitis C crónica, reactivar la infección por VHB y dificultar el manejo terapéutico debido a las interacciones medicamentosas con los antirretrovirales.(75) En el caso de la triple coinfección un estudio realizado en Nepal en 2022 identificó que el número de linfocitos T CD4+ y el uso de drogas intravenosas son factores de riesgo importantes para la coinfección VIH/VHB/VHC.(76)

En este sentido, en el estudio del sida se debe tomar en consideración las hepatitis

víricas, la coinfección por tuberculosis y las enfermedades oportunistas como la histoplasmosis, la criptococosis, la infección por citomegalovirus y otras, para que se ejecuten las acciones necesarias para prevenirlas y, en caso de aparición, realizar un diagnóstico precoz e incorporar al arsenal terapéutico los medicamentos requeridos, como antimicóticos, bacteriostáticos y antivirales para manejar estos casos.(77) Ciertas formas farmacéuticas no están incluidas en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos 11ª revisión 2022, pero la mayoría ya constan. Aquellas que no constan pueden solicitarse mediante el procedimiento de emergencia justificando su necesidad a la unidad de salud respectiva.(78)

Una cuestión importante que se debe considerar en el manejo terapéutico de las PVV es su condición de salud, es decir, identificar la presencia de enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión arterial, insuficiencia hepática y renal ya que las interacciones medicamentosas y los efectos adversos podrían exacerbarse; además, la metabolización de los medicamentos podría reducirse y afectar la condición de salud de las PVV.(39) Así, se observa casos de osteoporosis y osteopenia en PVV jóvenes por el TARV, así como hipotiroidismo. También hay que considerar que hay una cohorte de PVV mayores de 50 años que requieren una atención diferenciada porque su condición biológica tiende al deterioro. Por ende, desarrollar la farmacovigilancia en el manejo terapéutico de las PVV es de vital importancia para identificar los riesgos de los tratamientos y prevenir daños a la salud de las personas.(39)

La salud mental de las PVV es un campo que requiere esmero porque el efecto que tiene el VIH sobre la vida de las PVV y las relaciones familiares, laborales y sociales varía según las condiciones de su entorno y el nivel de aceptación y apoyo de su círculo más cercano. Proveer el apoyo en salud mental a las PVV es prioritario y debe fortalecerse en el paquete de servicios que se ofrece.(60)

Es preciso identificar las causas del abandono de la TARV y las fallas en la adherencia, así como, fortalecer la participación de la sociedad civil al nivel comunitario mediante los promotores pares que acompañan a las PVV en tratamiento para reducir los riesgos que afectan a la adherencia; un factor que afecta en forma directa y negativa a la adherencia son las adicciones. Así, el mantener la TARV en PVV que sufren de adicciones se convierte en un desafío significativo porque el consumo se convierte en la prioridad de la rutina diaria de los adictos, relegando, a un segundo plano la TARV. En consecuencia, se producen fallas en la adherencia a la TARV que requieren el análisis de cambio de esquema con las implicancias de costo y efectos secundarios que conllevan.(60)

La articulación entre las instituciones que conforman la RPIS y la RPC es necesaria para garantizar el acceso de la población usuaria y aprovechar las oportunidades de captación de nuevas PVV para vincularles a una UAI donde les brindarán TARV. Puesto que existe un algoritmo diagnóstico vigente hay que lograr que todas las instituciones mantengan el inventario necesario de pruebas diagnósticas, insumos y medicamentos para atender a la población que demande sus servicios en los diferentes niveles de atención.(60)

De igual manera, es necesario desarrollar las estrategias que permitan vincular los servicios de atención integral con los de salud sexual y reproductiva, los de prevención y atención de la violencia basada en género y los de asistencia social. También se debe garantizar el acceso a tratamiento pediátrico y la migración oportuna al TARV de personas adultas, cuando corresponda. Además de las intervenciones biomédicas hay que tomar en cuenta los determinantes sociales, culturales, económicos y educativos que rodean a las PVV para prestar los servicios requeridos garantizando la atención

integral.(60)

Las recomendaciones internacionales resaltan que la prevención, el diagnóstico y el tratamiento precoz son factores centrales en la disminución de nuevas infecciones del VIH y otras ITS; por ende, garantizar la sostenibilidad de los servicios de atención integral debe ser una prioridad de la respuesta nacional al VIH/sida - ITS, con el objetivo de lograr la adherencia a la TARV y alcanzar una carga viral indetectable y ofrecer a las PVV una mejor calidad de vida.(60)

Con base en los datos registrados en la base de datos del MSP, en 2022, el 92% de las PVV conoce su estado serológico; de las PVV que conocen su condición el 85% está en TARV y de este grupo el 64 % mantiene una carga viral suprimida. Estas cifras demuestran un progreso en la atención integral a las PVV, sin embargo, no se alcanzaron las metas planteadas para 2020 que buscaban llegar al 90% de personas que conozcan su estado serológico, 90% de PVV vinculadas al TARV y 90% con carga viral suprimida. Por ello, el compromiso se ha actualizado para robustecer la atención integral y conseguir las metas propuestas del 95% de las PVV en cada uno de los pilares de la cascada de atención mencionados al 2030.(31)

Involucrar a los diferentes niveles de atención, partiendo desde el comunitario, es primordial para asegurar que la atención integral se cumpla a cabalidad. El implementar el plan de adherencia preparado por el MSP será una prioridad en este periodo. Asimismo, el establecimiento de comités de adherencia para dar seguimiento a las estrategias de TARV que se implementen y mejorar la adherencia con base en la evidencia disponible. La difusión de información pertinente sobre los beneficios de una buena adherencia debe contar con el apoyo de todos los actores multisectoriales para conseguir que las PVV se mantengan en el TARV. La información debe fluir desde el nivel comunitario, con los promotores pares, hasta el institucional con el personal de salud. De igual forma, se fortalecerá el acceso a control prenatal y diagnóstico del VIH en mujeres embarazadas cumpliendo con la norma de atención materno infantil para garantizar una profilaxis oportuna durante el embarazo y el parto.(60)

El algoritmo diagnóstico debe cumplirse tanto en la RPIS como en la RPC para incrementar la detección oportuna del VIH. Una de las estrategias adoptadas para fortalecer este ámbito es la desconcentración de los servicios diagnósticos del VIH y el seguimiento del TARV en PVV mediante la medición de la carga viral y CD4. En este campo se ha logrado un avance y continúa el despliegue de capacidades de laboratorio y entrega de pruebas rápidas a más unidades de salud en el territorio nacional.(39)

El control de calidad de la red de laboratorios que procesan las pruebas diagnósticas del VIH, otras ITS y coinfecciones está en manos del INSPI, que es el laboratorio nacional de referencia. El apoyo técnico del INSPI para fortalecer la desconcentración del servicio diagnóstico es esencial debido al control de calidad que se realizará en cada uno de los laboratorios de la red garantizando los estándares de procesamiento de muestras y la obtención de resultados confiables y validados. De igual forma, se planea implementar estudios sobre resistencia a los antirretrovirales para adecuar y fortalecer el enfoque terapéutico.(71)

Una de las primeras tareas es revisar y actualizar las guías de atención integral a PVV para que incluyan los últimos avances terapéuticos y se adecuen las intervenciones por niveles de atención incorporando al comunitario como un punto de partida y apoyo importante para la vinculación y la adherencia de PVV. Luego se capacitará al personal de salud de la RPIS y la RPC en la aplicación de las guías para estandarizar la atención integral. De esta manera, se mejorará la calidad de atención a las PVV y se

impulsará la adherencia.

Asegurar la disponibilidad de insumos, dispositivos médicos, reactivos de laboratorio y medicamentos en las unidades de salud de la RPIS es una prioridad para garantizar que se cumpla con el continuo de atención y mejorar la calidad de los servicios de atención a las PVV.(71)

Los objetivos específicos, las líneas de acción y las actividades que se incluyen son los siguientes:

Cuadro 12. Línea estratégica 2: Asegurar la atención integral con el tratamiento antirretroviral oportuno al VIH, enfermedades oportunistas y otras ITS

Objetivos Específicos	Líneas de acción y sus alcances	Actividades	Responsables
<p>2.1. Incrementar el acceso al diagnóstico temprano de VIH y hepatitis virales B y C para los GPC, las PVV y las gestantes asegurando la confidencialidad, la calidad y la vinculación al sistema.</p>	<p>Implementar la norma técnica para el diagnóstico y manejo del VIH, hepatitis virales y otras ITS al nivel de la RPIS, la RPC y la comunitaria.</p>	<p>Actualizar la norma técnica para el diagnóstico y el manejo del VIH, hepatitis virales, otras ITS y coinfección Tb-VIH en los niveles de atención de la RPIS, la RPC y los servicios comunitarios que incluye el algoritmo simplificado para el diagnóstico, el tratamiento para el VIH, otras ITS, enfermedades oportunistas y las coinfecciones Tb/VIH y VHB/VHC/VIH.</p>	<p>MSP-ENVIH-DNPMS</p>
		<p>Homologar la normativa técnica mediante la capacitación del personal de salud de la RPIS, la RPC y la comunitaria en la aplicación de la normativa técnica para el diagnóstico y el manejo del VIH, hepatitis virales, otras ITS y coinfección Tb-VIH, por nivel de atención, para reducir las pérdidas de PVV.</p>	<p>MSP-ENVIH-DNNTH</p>
		<p>Implementar la norma técnica para el diagnóstico y el manejo del VIH, hepatitis virales, otras ITS y coinfección Tb-VIH al nivel de la RPIS, la RPC y la comunitaria.</p>	<p>MSP-ENVIH-DNAIS-RPIS-RPC-Sociedad civil</p>
		<p>Realizar el monitoreo trimestral y la evaluación anual al personal de salud de la RPIS, la RPC y al comunitario sobre la aplicación de la norma técnica para el diagnóstico y el manejo del VIH, hepatitis virales, otras ITS y coinfección Tb-VIH, así como de la disponibilidad de insumos, dispositivos médicos, reactivos de laboratorio y medicamentos.</p>	<p>MSP-ENVIH-DNAIS-DNARPC</p>
<p>2.2. Mejorar la calidad de los servicios de atención en VIH/sida-ITS, hepatitis virales B y C y la coinfección Tb-VIH para</p>	<p>Asegurar la calidad del servicio por niveles de atención que incluya personal capacitado, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno de la infección y prevención, además del tratamiento de las enfermedades oportunistas con métodos diagnósticos de vanguardia,</p>	<p>Actualizar la normativa técnica de atención a pacientes con VIH/sida-ITS, hepatitis víricas, incluyendo prevención, tratamiento y rehabilitación de enfermedades oportunistas y manejo de efectos secundarios causados por TARV con base en las recomendaciones internacionales vigentes para estandarizar la atención.</p>	<p>MSP-ENVIH-DNPMS-ENTb</p>

Objetivos Específicos	Líneas de acción y sus alcances	Actividades	Responsables
los GPC, las PVV y las gestantes aplicando la guía de atención integral para PVV.	medicamentos de calidad, respetando los enfoques de género y derechos humanos para contribuir a mejorar la calidad de vida de las PVV.		
		Publicar y distribuir la normativa técnica de atención a pacientes con VIH/sida-ITS, hepatitis víricas incluyendo prevención y tratamiento de enfermedades oportunistas y manejo de efectos secundarios causados por TARV en la RPIS y la RPC.	MSP-ENVIH
		Capacitar al personal de salud de la RPIS y RPC sobre el flujo de atención a las PVV, por nivel de atención, con base en lo establecido en las normas técnicas.	MSP-ENVIH-DNNTH-DNARPC-DNAIS
	Organizar la gestión de atención integral mediante redes integradas de servicios y aseguramiento de la calidad del servicio para atender a las PVV tomando en cuenta las necesidades específicas de cada población.	Mejorar la calidad del servicio por nivel de atención mediante la implementación estricta de la normativa técnica de atención a PVV.	MSP-ENVIH-DNH-DNARPC-DNAIS
		Fortalecer la capacidad resolutoria de las unidades de salud, de atención integral y de los laboratorios, dotándoles de insumos, materiales, dispositivos médicos, reactivos y medicamentos suficientes para la atención en VIH/sida - ITS, hepatitis virales, otras ITS y coinfección Tb-VIH.	MSP-ENVIH-DNH-DNAIS-DNAMOBES
	Fortalecer las capacidades de los servicios de laboratorio para VIH/sida - ITS, hepatitis virales, otras ITS y coinfección Tb-VIH de las RPIS y RPC.	Adquirir y distribuir insumos, materiales, pruebas de laboratorio de alta sensibilidad y especificidad y dispositivos médicos para los servicios de laboratorio de diagnóstico y seguimiento del VIH, hepatitis virales, otras ITS y coinfección Tb-VIH, y enfermedades oportunistas, apoyándose en el mecanismo de compra conjunta.	MSP-ENVIH-INSPI-DNH/REDNALAC-DNAMOBES
		Supervisar los servicios de laboratorio para garantizar la calidad del servicio durante el proceso preanalítico, analítico y posanalítico, además de dar seguimiento a su personal técnico.	INSPI
2.3. Asegurar la adherencia al tratamiento	Implementar el manual y el plan de adherencia al TARV, prevención y tratamiento para enfermedades oportunistas e ITS,	Implementar el manual de adherencia de la TARV y actualizar el plan de adherencia al TARV, prevención y tratamiento de enfermedades oportunistas e ITS para aumentar la adherencia.	MSP-ENVIH-RPIS-DNEPCENT/SM

Objetivos Específicos	Líneas de acción y sus alcances	Actividades	Responsables
antirretroviral y de enfermedades oportunistas, así como el manejo de los efectos secundarios del tratamiento de VIH/sida-ITS, hepatitis virales B y C y coinfección Tb-VIH para los GPC, las PVV y las gestantes.	mediante la definición de estrategias intersectoriales innovadoras y la atención a los determinantes sociales, culturales, económicos y de salud que afectan a los grupos de población vulnerable.	Capacitar al personal de salud de la RPIS y la RPC sobre las estrategias de adherencia y el manejo de enfermedades oportunistas.	MSP-ENVIH-RPIS-DNEPCENT/SM- RPC
		Elaborar e implementar el plan de adherencia en la RPIS, la RPC y la comunitaria: Realizar asesoría y acompañamiento a PVV para fortalecer la adherencia, seguimiento y vinculación a PVV con diagnóstico reciente, y quienes abandonan el tratamiento.	MSP-ENVIH-RPIS-DNEPCENT/SM- RPC-Sociedad civil
		Realizar actividades inter programáticas de coinfección: VIH-Tb, VIH-hepatitis víricas y otras; apoyo al tratamiento, la atención, la prevención y el manejo de coinfecciones y comorbilidades.	MSP-ENVIH-ENTb-RPIS-RPC-DNEPCENT
	Mantener un inventario óptimo de fármacos con base en la estimación de PVV que se atenderá asegurando la cobertura y la calidad del tratamiento y realizar análisis de costo-efectividad de los tratamientos.	Adquirir y distribuir medicamentos para VIH/sida, hepatitis víricas B y C (esto incluye estrategia PrEP, PEP, kit profilaxis materno infantil) con base en las estimaciones de PVV en tratamiento en la RPIS según lo que estipulan las guías de atención integral.	MSP-ENVIH-DNAMOBES
		Adquirir y distribuir medicamentos para enfermedades oportunistas con base en las estimaciones de PVV en tratamiento en la RPIS según lo que estipulan las guías de atención integral.	MSP-DNH-DNAMOBES
		Adquirir y distribuir medicamentos para ITS con base en las estimaciones de PVV en tratamiento en la RPIS según lo que estipulan las guías de atención integral.	MSP-DNAIS-DNAMOBES
		Evaluar las mejores opciones costo-efectivas entre los esquemas de tratamiento antirretroviral para PVV.	MSP-ENVIH-DNESSS

4.5.3 Línea estratégica 3: Garantizar los derechos humanos y la prevención del estigma y la discriminación en las PVV y los grupos de población clave

El Ecuador ha hecho esfuerzos significativos para garantizar los derechos humanos de las PVV y de algunas poblaciones clave como las de la diversidad sexo genérica, sin embargo, otras poblaciones aún no son protegidas por una norma que garantice el ejercicio de sus derechos, como las personas dedicadas al trabajo sexual o las que consumen sustancias psicotrópicas. En estos casos, el discurso de algunas tiendas políticas y los discursos conservadores abonan a su estigmatización y discriminación al igual que con las personas en situación de movilidad humana.

El Ecuador ha desarrollado un marco legal amparado en la Constitución de 2008 que tiene un enfoque potente en la garantía de derechos.(5) Se han promulgado varios instrumentos legales como leyes, reglamentos, acuerdos ministeriales, normas técnicas, planes y estrategias; no obstante, aún se identifican vulneraciones al respeto de los derechos humanos de las PVV y las poblaciones clave.(5,8,79-81)

El país muestra avances en el desarrollo de acciones orientadas a la garantía de derechos humanos y la prevención del estigma y la discriminación en las PVV y los GPC como, por ejemplo, la escuela de defensores comunitarios de derechos humanos, el fortalecimiento del CEMSIDA en asuntos relacionados con derechos humanos, la adscripción a la Alianza mundial de acciones para eliminar todas las formas de estigma y discriminación relacionadas con el VIH/sida, el impulso para la implementación del observatorio de derechos humanos y VIH, el desarrollo de servicios de atención integral inclusivos y no discriminatorios, la campaña de educación y comunicación sobre estigma y discriminación asociados al VIH/sida y la igualdad formal de las diversidades sexo genéricas. Sin embargo, entre la igualdad formal y la igualdad material (igualdad material entendida como el acceso y el ejercicio de los derechos) la brecha aún es muy amplia, por tanto, es necesario trabajar para estrechar esta brecha y prevenir que otras poblaciones sigan siendo estigmatizadas.

El estigma de tener el VIH/sida, a pesar de los avances en el manejo terapéutico de la infección, sigue siendo motivo de discriminación y exclusión. Esta situación les impide ejercer sus derechos debido a la discriminación que se expresa en la falta de oportunidades para materializar su proyecto de vida y desarrollo personal, de participación social y económica para que mejoren su calidad de vida.(82)

Las PVV continúan expuestas al estigma y la discriminación en los ámbitos de salud, laboral, educativo, judicial y de servicios públicos, aunque haya los instrumentos legales que prohíben estas prácticas. Esto se ha manifestado por prejuicios y conductas de estigma y discriminación hacia PVV, personas homosexuales, personas con otras identidades de género y con orientaciones sexuales diversas, HSH, MTF, PTS y personas que usan drogas.(69)

El servicio legal de la CEPVVS y la red de defensores de derechos han identificado que las vulneraciones de derechos que ocurren con más frecuencia son:

- Requerir la prueba diagnóstica del VIH para acceder o mantener un trabajo en el sector público o privado, por ejemplo, en FFAA, Policía, tránsito y servicios de seguridad privada.
- Terminación de relación laboral por ser PVV.
- Solicitud de prueba del VIH para ingresar a un centro educativo.
- Separación de estudiantes con el VIH de instituciones educativas.

- Discriminación de hijos de padres VIH positivos en el sistema educativo.
- Intentos de privación de patria potestad y régimen de visitas a progenitores con el VIH/sida.
- Violar la confidencialidad sobre el VIH/sida en entidades de salud, educativas, laborales o en ámbitos familiares y comunitarios con la consecuente exclusión social de las PVV.
- Negar permisos en horarios de trabajo que impide acceder al servicio de salud.
- Falta de medicamentos antirretrovirales y exámenes de CD4 y carga viral según la normativa vigente en los servicios de salud públicos.

La lucha por la reivindicación de los derechos de las PVV en el Ecuador se inició en 2002 con la presentación de seis peticiones de medidas cautelares ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) de la Organización de Estados Americanos (OEA) interpuestas por 153 PVV que recurrieron a esta instancia regional debido a que el gobierno del Ecuador no dio respuesta a sus demandas, entre ellas, el garantizar el acceso permanente a medicamentos antirretrovirales.(83)

Como se mencionó antes, el sistema de protección de derechos a las personas afectadas por el VIH se creó en 2015 para dar amparo a las PVV, a quienes viven en su entorno como sus parejas y familiares cercanos, y quienes son parte de las comunidades más expuestas. El SPD se concibió para que incluya lo siguiente:(83)

- Red de defensores de derechos.
- Escuela de defensores de derechos.
- Observatorio ciudadano de derechos y VIH.

Es necesario definir algunas cuestiones relativas al contexto de la diversidad sexo genérica para entender la dinámica de la reivindicación de derechos humanos de las PVV y los GPC.

Para empezar, el Ecuador dejó de criminalizar la homosexualidad en 1997 al derogar el artículo 516 del Código Penal de aquella época. Durante este cuarto de siglo se ha producido una dinámica de acciones y situaciones que han posicionado y puesto sobre la mesa de discusión los temas de las diversidades sexo genéricas. Actores sociales de muchas de estas reivindicaciones han estado presentes antes, durante y después de la despenalización.(84)

Con este antecedente, en 1998, se aprueba la nueva Constitución en la cual por primera vez se establece el principio de no discriminación consagrado en el artículo 23; en ese mismo año se aprueba el Primer Plan Nacional de Derechos Humanos. En lo formal es la primera política pública a favor de las poblaciones sexo genéricas. En 2000, se aprueba la Ley para la Prevención y Atención Integral del VIH/SIDA; en los años 2001 y 2002 se crean los dos primeros planes estratégicos de VIH/sida, el uno sobre los HSH y el otro el primer Plan Estratégico sobre VIH del Ecuador, el cual garantiza el trabajo para la prevención y la atención del VIH con énfasis en las poblaciones clave. En 2002, el Estado ecuatoriano comienza por primera vez a comprar e incluir en el presupuesto de salud un rubro para la adquisición de medicamentos antirretrovirales.(80)

La Fundación Ecuatoriana Equidad realiza el primer festival del orgullo LGBT, en Quito, como primera acción masiva para dar visibilidad a la comunidad LGBT, en 2005. En 2007, se aprueba la Ordenanza 240, la primera en el Ecuador y la región, sobre protección de los derechos de las poblaciones LGBT. En 2008, se aprueba la nueva Constitución en la cual aparte de mantener el principio de no discriminación por

orientación sexual, se amplía a la identidad de género, tener VIH, lugar de nacimiento, situación migratoria, entre otras y en el año 2009, se logra que las notarías registren las uniones de hecho para las parejas del mismo sexo.

El INEC realiza el primer estudio sobre las condiciones de vida de las poblaciones de la diversidad sexual, en 2013, donde se evidenció altos niveles de estigma y discriminación hacia la comunidad desde el área familiar, servicios de salud y lugares de trabajo. En 2014, se aprueba el Código Integral Penal, que en los artículos 176 y 177 sanciona los delitos de odio y de discriminación. En 2018, la Corte Constitucional falla a favor de la niña Satya cuya acción reconoce la doble maternidad. En 2019, nuevamente la Corte Constitucional falla a favor de las poblaciones LGBT aprobando el acceso al matrimonio civil para personas del mismo sexo. En 2021, el gobierno nacional crea la Subsecretaría de Diversidades dentro de la Secretaría de Derechos Humanos, actualmente Ministerio de la Mujer y Derechos Humanos. En 2022, la Corte Constitucional obliga al Registro Civil al cambio del campo sexo para las personas trans.(82)

Los datos con los que se cuenta sobre estas poblaciones y sus diferentes vulnerabilidades son bastante alarmantes, como lo refleja el estudio del INEC sobre las condiciones de vida de los LGBT(82) que fue la primera encuesta nacional realizada por el Estado y los datos demuestran los altos niveles de violencia y negación de derechos para estas poblaciones ya que 7 de cada 10 personas de la diversidad sexual han recibido maltrato en sus hogares, en el sistema educativo, el espacio público y/o el trabajo. Si se desagregan los datos por identidad sexual o identidad de género podemos observar que las lesbianas enfrentan otras interseccionalidades que las vuelven aún más vulnerables no solo por ser mujer, sino por su orientación sexual, lo mismo aplica a las personas trans, en especial a las transfemeninas, lo que les ha colocado en una situación de inequidad y, sobre todo, la falta de acceso a los derechos de educación, trabajo, seguridad, vivienda, alimentación, entre otros.(82)

El estudio LAMIS de la Fundación Ecuatoriana Equidad realizado en 2002 menciona los altos niveles de discriminación, en especial, en los servicios públicos; el poco acceso a insumos de prevención y las reiteradas afirmaciones sobre la discriminación que existe entre los mismos miembros de la comunidad gay (endo discriminación). El resumen ejecutivo del estudio LAMIS regional publicado por Right Plus manifiesta la preocupación sobre los HSH, en quienes se evidencia una mayor vulnerabilidad con relación a la salud mental, conductas sexuales, falta de conocimiento sobre prevención, desconocimiento sobre el acceso a pruebas de diagnóstico del VIH, el uso indebido de drogas, la alta frecuencia de ITS y la constante experiencia de homofobia. La mayoría de los estudios sobre estas poblaciones se han realizado en el marco de la infección por el VIH dejando por fuera a las mujeres lesbianas que, si bien no son susceptibles a esta infección, si han sido víctimas de las repercusiones morales, estereotipos y estigma relacionados con la infección.

El CEMSIDA apoyó el desarrollo del SPD para fortalecer el ejercicio de los derechos de las personas afectadas por el VIH/sida en el Ecuador y está en proceso la implementación del observatorio de derechos humanos y VIH.(27)

De hecho, el garantizar los mecanismos idóneos para la promoción, el respeto y la tutela efectiva de los derechos humanos de las PVV, sus familiares, sus cuidadores, la población clave y los grupos de atención prioritaria ha sido una prioridad incluida en los PENM anteriores y que sigue vigente porque aún no se logra vencer al estigma y la discriminación. Por tanto, es necesario develar los factores que impiden una participación efectiva de los GPC y las PVV en la reivindicación de sus derechos y la

eliminación del estigma y la discriminación.

La situación del VIH/sida requiere una respuesta integral e intersectorial mediante la articulación con otras políticas y servicios que trascienden la atención de salud. Por ello, es importante incorporar un enfoque de derechos humanos, género e interseccionalidad para las PVV y las poblaciones clave, tanto en el ámbito de la salud como en otros campos como la seguridad ciudadana, la administración de justicia, los derechos laborales, la educación, la protección social, la salud sexual y reproductiva, la prevención y la atención de la violencia. En salud, de manera específica, se debe garantizar la prevención primaria (prevención de la infección), la prevención secundaria (atención integral a las PVV) y la prevención terciaria (mecanismos de integración y restitución de derechos de PVV y poblaciones clave). Desde luego, es necesario fortalecer la participación de la sociedad civil en la respuesta nacional al VIH y robustecer las actividades de prevención y reducción de las barreras que dificultan el acceso a los servicios de salud a los GPC.

Así, es prioritario fortalecer la articulación de las estrategias y las acciones para mejorar la promoción y la prevención, la protección y la reparación de derechos entre las instancias sectoriales centrales y las locales, sobre todo, tomando en consideración que en el ámbito local existen mecanismos de protección y reivindicación de derechos, vinculados a los gobiernos autónomos descentralizados provinciales, cantonales y parroquiales que son los encargados de formular, aplicar y dar seguimiento a las políticas públicas sectoriales con base en los lineamientos de los consejos nacionales para la igualdad. Por ello, fomentar la participación de grupos colegiados como la Asociación de Municipalidades del Ecuador (AME) y el Consorcio de Gobiernos Autónomos Provinciales del Ecuador (CONGOPE) en el desarrollo e implementación de medidas de garantía, protección y vigilancia de derechos humanos en su territorio es importante para aterrizar los esfuerzos de las autoridades nacionales. En este sentido, una muestra de cómo se logra fortalecer la vinculación con el nivel local es la participación de la AME en la escuela de defensores de derechos. Así mismo, cabe considerar a otras instancias de protección de derechos como: el Sistema de Promoción y Protección de Derechos, el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social, el Sistema Nacional de Planificación Participativa, el Sistema Nacional Descentralizado de Protección Integral a la Niñez y la Adolescencia, y el Sistema Nacional Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, es decir, la respuesta debe abarcar a todas las instituciones vinculadas a la garantía y el respeto de los derechos de las personas.

Existe un marco legal que ampara la garantía de derechos humanos en el Ecuador, sin embargo, su conocimiento es limitado.(83) Tanto el sector público como la sociedad civil han desarrollado instrumentos para la garantía y la protección de derechos de las personas afectadas por la epidemia, pero su difusión ha sido restringida a las esferas inmediatas de las instituciones del Estado y a los grupos de población que tienen relación con las organizaciones de la sociedad civil. A manera de ilustración se identifica que la sociedad civil ha desarrollado manuales en el campo de derechos humanos que son poco conocidos. La importancia de difundir estos instrumentos radica en que los procesos de cambio de comportamiento toman tiempo y requieren concienciación por parte de los sujetos a los cuales se dirige la difusión. El objetivo del proceso es sensibilizar al personal público y privado que presta servicios para que entiendan que los derechos humanos son irrenunciables y deben respetarse. Por ello, la capacitación es una herramienta para difundir la normativa legal y técnica entre los funcionarios públicos, los privados, así como la población en general y se requiere afinar a quiénes se va a llegar con los mensajes y la información pertinente de forma permanente. Cabe resaltar, como ejemplo, el curso virtual sobre el VIH y los derechos humanos que está a disposición de los actores multisectoriales, pero se necesita

ampliar su ámbito de acción y convertirlo en permanente.

Un instrumento legal primario que necesita ser derogado es la Ley Integral del VIH, puesto que criminaliza la transmisión del VIH en su artículo 11;(80) no ha sido implementada y tampoco cuenta con un presupuesto asignado.

Ecuador es parte de la Alianza mundial de acciones para eliminar todas las formas de estigma y discriminación relacionados con el VIH,(85) que plantea acciones de protección en los entornos sanitarios, educativos, laborales, de justicia, domésticos (comunidades y familias), emergencias y asistencia humanitaria. Los resultados en la respuesta al VIH apuntan a mejoras en el conocimiento sobre derechos, denuncias de violaciones de derechos, sistemas de información de actores multisectoriales de salud, educación, laboral y justicia. Esto implica el fortalecimiento de la capacidad institucional pública (Defensoría del Pueblo, Ministerio de la Mujer y Derechos Humanos, Consejo de la Judicatura, Consejos de Protección de Derechos Humanos, Juntas Cantonales de Protección de Derechos) y de la sociedad civil para la protección de derechos y prevención del estigma y la discriminación.(85)

La estrategia mundial contra el sida 2021-2026 plantea acabar con las desigualdades. Acabar con el sida es una propuesta de ONUSIDA en la cual se plantea que a partir de la identificación de las desigualdades se puede solucionar las falencias que limitan los esfuerzos para terminar con la epidemia utilizando las herramientas y los métodos probados en la respuesta al VIH, identificando dónde, por qué y para quién no está funcionando la respuesta. La estrategia busca que se mejore el acceso de las personas a los servicios relacionados con el VIH que pueden salvar sus vidas y controlar esta amenaza para la salud pública en 2030.(86)

Entre los objetivos que plantea la estrategia para 2025 está que menos del 10% de las PVV y los GPC sufran estigma y discriminación; que menos del 10% de las PVV, mujeres y niñas y GPC experimenten desigualdades y violencia de género; y que menos del 10% de los países tengan leyes y políticas punitivas contra el VIH. Asimismo, busca que el 30% de los servicios de pruebas y tratamiento sean proporcionados por organizaciones de la sociedad civil; que el 60% de los programas soportan la consecución de habilitadores sociales que deben ser suministrados por organizaciones dirigidas por las comunidades; y que el 80% de los servicios de prevención del VIH para GPC y mujeres debe ser suministrado por organizaciones de la sociedad civil dirigidas por las comunidades, la población clave y las mujeres.(86)

En los estudios realizados por la CEPVVS en 2016 y 2017 se encontró una defensa a sus derechos más organizada en el marco del SPD y la RED. Del estudio de línea de base de los casos de vulneración de derechos de personas afectadas por el VIH asesorados o patrocinados por la CEPVVS, de 2007 a 2014, de 22 casos identificados: 11 fueron en salud, 1 en educación, 8 en trabajo, 1 en familia y 1 en vivienda. En 2017 se denunciaron 37 casos de vulneración de derechos: 19 en salud, 15 en educación, 9 en trabajo y 7 en el sector familiar y comunitario.(83)

El estudio de prevalencia del VIH e ITS en HSH, MTF y PTS en 6 provincias del Ecuador realizado por la Universidad de Cuenca en 2021 confirma que el estigma y la discriminación siguen presentes en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana de las PVV y los GPC desde los espacios y servicios públicos como el SRI, las empresas de agua potable y electricidad, los bancos y también en actividades comerciales y culturales, hasta la familia y entre GPC. El incorporar acciones educativas es fundamental para que las PVV y los GPC incrementen su conocimiento sobre sus derechos y el nivel de autoestima para reclamar el respeto a su individualidad. Estas

acciones deben de forma prioritaria orientarse a la familia y el sector educativo para que aumenten su comprensión de la diversidad y mejoren la tolerancia al otro diferente. Es importante realizar esfuerzos desde una articulación entre todos los actores institucionales y sociales para reducir el estigma y la discriminación de las PVV, para asegurar el pleno disfrute de sus derechos humanos.(30)

El estudio sobre estigma y discriminación denominado Index 2.0, que se realiza a escala regional, registra un avance en su implementación. Cuando el estudio concluya aportará evidencia particular sobre la situación del estigma y la discriminación en el Ecuador y elementos suficientes para elaborar un plan de incidencia política que permita fortalecer el enfoque de derechos para reducir el estigma y la discriminación en todos los ámbitos de la sociedad ecuatoriana.

Una cuestión que se debe tomar en consideración es la situación de las mujeres con VIH/sida que tienen la responsabilidad del cuidado de sus familias, pero también sufren estigma y discriminación limitando las oportunidades de generar ingresos propios para lograr autonomía financiera y cumplir con sus tareas de madres y parejas en un contexto de respeto a sus derechos.

Los objetivos específicos, las líneas de acción y las actividades que incluyen son los siguientes:

Cuadro 13. Línea estratégica 3: Garantizar los derechos humanos y la prevención del estigma y la discriminación en las PVV y a los GPC

Objetivos Específicos	Líneas de acción y sus alcances	Actividades	Responsables
<p>3.1. Garantizar mecanismos para la promoción, el respeto y la tutela efectiva de los DD.HH. de las PVV, sus familiares o cuidadores y los GPC.</p>	<p>Desarrollo y fortalecimiento de los componentes del SPD (escuela de defensores de derechos, red de defensores de derechos y el observatorio del cumplimiento de los derechos) y otras instancias encargadas de la protección de derechos humanos, y su difusión.</p>	<p>Capacitar y sensibilizar en derechos humanos y normativa jurídica sobre el VIH con perspectiva de género e interseccionalidad mediante las escuelas de defensores de derechos humanos y las plataformas virtuales disponibles, por ejemplo, el sistema de protección de derechos a operadores de justicia, servidores públicos, personal del SNAI, personal del MIES, personal de salud.</p>	<p>MSP-ENVIH-DNTH- MMDH- Defensoría del Pueblo Sociedad civil</p>
		<p>Institucionalizar la protección de derechos de GPC y PVV mediante la difusión de y la capacitación en instrumentos legales como: leyes, acuerdos ministeriales, normas técnicas, tratados internacionales, guías y manuales de atención al público.</p>	<p>MMDH Defensoría del Pueblo MDT Sociedad civil</p>
		<p>Elaborar y publicar guías, además de manuales técnicos para la atención y la referencia en los servicios públicos y privados para contrarrestar la rotación de personal y fortalecer la institucionalidad.</p>	<p>MMDH Defensoría del Pueblo MDT Sociedad civil MSP-ENVIH-DNDHGI</p>
	<p>Implementar mecanismos para la vigilancia del cumplimiento de los derechos humanos y la tutela efectiva de ellos dentro del marco legal vigente de las PVV, sus familiares, sus cuidadores y GPC incluyendo el índice de estigma y discriminación y el análisis de nuevas tendencias y su difusión.</p>	<p>Actualizar el índice de estigma y discriminación con base en las recomendaciones internacionales vigentes.</p>	<p>MMDH Sociedad civil</p>
		<p>Desarrollar otros estudios sobre las condiciones de vida de las poblaciones clave con un enfoque de derechos humanos, interseccionalidad y género.</p>	<p>MMDH-MIES Sociedad civil</p>
		<p>Presentar los resultados del índice de estigma y discriminación (incluido el Index 2.0) y de los otros estudios (al menos uno por cada población clave) a escala nacional y local.</p>	<p>MMDH Sociedad civil</p>
		<p>Implementar el observatorio de derechos humanos y VIH para fortalecer la vigilancia del cumplimiento del marco legal vigente en materia de DDHH.</p>	<p>Sociedad civil Academia MSP-ENVIH-DNDHGI MMDH CEMSIDA Defensoría del Pueblo</p>

Objetivos Específicos	Líneas de acción y sus alcances	Actividades	Responsables
	Ejecutar acciones de incidencia política para fomentar la inclusión económica y social, además de la conformación de los sistemas de protección integral, de los consejos y juntas para la protección de derechos con la participación de GPC y PVV.	Promover la conformación de los sistemas de protección integral de derechos con la participación de GPC y PVV.	MMDH- Defensoría Pública- Sociedad civil-AME
Incidir en el Ministerio de Trabajo, los gremios y las asociaciones de empleados para promover el respeto de los derechos de las PVV y los GPC.		MMDH-MDT Defensoría Pública Sociedad civil	
Sensibilizar al sector público y al privado sobre el VIH/sida - ITS en el ambiente laboral para fomentar la inclusión social y económica de las PVV mediante acciones de información, educación y comunicación.		MDT- MIES- Sociedad civil	
Elaborar y aplicar protocolos para la sensibilización e información de servidores públicos en derechos humanos y VIH en el lugar de trabajo.		MDT- Defensoría del Pueblo- Sociedad civil	
Impulsar la coordinación multisectorial para promover el fortalecimiento de la empleabilidad y la vinculación laboral de las PVV y los GPC en instituciones públicas y privadas mediante talleres y/o capacitación en habilidades blandas y duras.		MDT- Sociedad civil- CEMSIDA	
Promover el acceso al trabajo de las PVV en instituciones públicas y privadas mediante políticas de acción afirmativa y coordinación multisectorial.		MDT- Sociedad civil- CEMSIDA	
Capacitar agentes comunitarios, con perfil de tutores, en los enfoques de género y derechos humanos, y en resaltar las necesidades específicas de las mujeres con VIH.		MSP-ENVIH-DNDHGI MMDH- Sociedad civil	
Conformar equipos técnicos multisectoriales con diferentes actores sociales para la coordinación y ejecución de trabajo a nivel local.		MSP-ENVIH-DNPC CEMSIDA	
Impulsar la coordinación intersectorial con el CEMSIDA en propuestas de políticas/programas en las instituciones públicas para la inclusión económica de las PVV, impulsando programas económicos, asociatividad y emprendimientos.		MSP-ENVIH-MIES- Sociedad civil	

Objetivos Específicos	Líneas de acción y sus alcances	Actividades	Responsables
		Impulsar la coordinación intersectorial para implementar políticas de inclusión y fomento productivo de PVV.	MSP-ENVIH-MIES-Sociedad civil
3.2. Reducir el estigma y la discriminación de las PVV, sus familiares o cuidadores y los GPC.		Reducir el estigma y la discriminación por vivir con el VIH, por diversidades sexo genéricas en los entornos laborales, educativos, de salud, acceso a la justicia, familiar y espacio público, con base en el marco legal vigente.	MMDH-MDT-ME-Sociedad civil
	Aplicar el marco legal vigente para la protección social de las PVV y los GPC por parte de las instituciones públicas y privadas.	Efectuar acciones de control del cumplimiento de la política pública para reducir el estigma y la discriminación por vivir con el VIH, por diversidades sexuales y por género en los entornos laborales, educativos, de salud, de justicia y familiar y comunitario con base en el marco legal vigente.	CEMSIDA-MSP-ENVIH-DNDHGI-MIES-MDT-ME-MMDH- Defensoría del Pueblo- Sociedad civil
		Mejorar leyes, reglamentos y políticas relacionadas con el VIH y la TB/VIH. Derogar y crear una propuesta de Ley de Prevención y Asistencia Integral del VIH/sida con la participación de los actores interesados y otros.	Defensoría del Pueblo-MMDH MSP-ENVIH-DNDHGI-DAJ- ME-MDT
	Diseñar, implementar, evaluar y difundir políticas públicas para eliminar el estigma y la discriminación y disminuir las barreras de acceso a salud, educación, protección social, cultura, trabajo y de participación con un enfoque de derechos humanos, género e interseccionalidad.	Sensibilizar a la población en general sobre el VIH con enfoque de derechos humanos y género e interseccionalidad para reducir el estigma y la discriminación mediante acciones de información, educación y comunicación.	MSP-ENVIH-DNDHGI-DCIP MMDH-MDT-ME-SECOM-Sociedad civil
		Promover programas de buenas prácticas orientados a disminuir las barreras de acceso sociales, culturales, de género y de trabajo en instituciones públicas y privadas para reducir el estigma y la discriminación.	MDT-MMDH-MSP-ENVIH-DNDHGI
		Coordinar con el Ministerio de Trabajo para exigir la implementación de políticas del VIH en el lugar de trabajo con énfasis en eliminar el estigma y la discriminación en el ambiente laboral.	MSP-ENVIH-MDT
		Diseñar e implementar campañas de educación y comunicación desde las comunidades hacia el personal de salud y sociedad civil sobre derechos humanos y VIH en personas que viven con VIH y GPC.	MSP-ENVIH-DNDHGI-DCIP-UNFPA-Sociedad civil

Objetivos Específicos	Líneas de acción y sus alcances	Actividades	Responsables
		Diseñar e implementar campañas de sensibilización y capacitación para el sector educativo, familiar, laboral, la fuerza pública y la comunidad en general sobre los derechos de las diversidades sexo genéricas, personas consumidoras de sustancias psicoactivas personas en situación de movilidad humana.	ME-MMDH-Sociedad civil
		Identificar programas con eficiencia demostrada para reducir el estigma y la discriminación en todo ámbito incluyendo el enfoque de género.	MMDH-Sociedad civil
		Implementar acciones para eliminar espacios de estigma y discriminación asociados al VIH en el marco de la adherencia del Ecuador a la Alianza Mundial y los 6 entornos de trabajo.	MSP-ENVIH-DNDHGI-MMDH-Sociedad civil
3.3. Identificar los determinantes que afectan la garantía de derechos de PVV y GPC en pueblos y nacionalidades, personas en situación de movilidad humana y personas que consumen drogas.	Identificar los aspectos estructurales que determinan el contexto biopsicosocial de las PVV y los GPC y sus modos de afectación.	Realizar un estudio para identificar la situación actual (económico, social, laboral y familiar) de la garantía de derechos en PVV y GPC con énfasis en la situación que existe en los pueblos y nacionalidades, personas en situación de movilidad humana y las personas que consumen drogas para desarrollar estrategias específicas de prevención y control del estigma y la discriminación.	MSP-ENVIH-DNDHGI-DIS-DNSIE-MIES-MMDH-Sociedad civil

4.5.4 Línea estratégica 4: Fortalecer los sistemas de información para la gobernanza de la respuesta nacional al VIH/sida - ITS.

Esta línea estratégica aborda los sistemas de información para el monitoreo y la evaluación de la respuesta al VIH/sida - ITS, incluyendo los de vigilancia epidemiológica, los de gestión y financiamiento para la gobernanza de la respuesta. Son estratégicos porque apuntan a la generación y el análisis de información tanto en el nivel sectorial de salud como en el multisectorial para la toma de decisiones relevantes para la respuesta nacional al VIH/sida - ITS.

El sector salud en el Ecuador cuenta con varios sistemas de información que con frecuencia no se integran de manera adecuada, desencadenando una duplicación de esfuerzos para la generación y el análisis de informes de calidad para la toma de decisiones para la respuesta al VIH/sida - ITS.

El uso de las tecnologías de información aporta al análisis de los procesos epidemiológicos; es relevante el impulso dado al desarrollo de la PRAS, que es reconocida en la región por sus efectos en el mejoramiento de los servicios de salud que se ofrece a la población, en particular, en diagnóstico, prevención y tratamiento integral. Es importante también el aporte de la historia clínica única digital.

Entre los beneficios que se obtienen por el desarrollo, soporte y monitoreo de la información están:

- El acceso oportuno a la información.
- La generación de informes, el seguimiento de indicadores, la disponibilidad de bases de datos, la organización de la información por temas.
- El aumento de la productividad y la optimización del tiempo.
- El acceso a programas, la interoperabilidad e intercambio de información entre instancias de gobernanza y establecimientos de salud.
- El impulso a la creación de grupos de reportes.

La vigilancia epidemiológica del VIH es el seguimiento sistemático y continuo de los casos de infección por VIH. Es importante para monitorear la prevalencia del VIH y la tasa de nuevas infecciones, y para identificar las tendencias y patrones de la epidemia. Se basa en el análisis consecuente a la notificación obligatoria de casos por parte de médicos y profesionales de la salud. La información recopilada incluye datos sociodemográficos como edad, género, raza/etnia, lugar de residencia y comportamientos de riesgo para VIH, datos de pruebas de VIH incluyendo fecha, tipo de prueba, resultados y confirmación de la infección, y datos de vinculación a las UAI, seguimiento y adherencia al TARV. La vigilancia epidemiológica del VIH incluye también la vigilancia de la mortalidad relacionada con el VIH, el monitoreo de la resistencia a medicamentos antirretrovirales y la consecuente farmacovigilancia.(87)

La vigilancia hospitalaria del VIH/sida es una herramienta importante para monitorear y mejorar la calidad de la atención médica integral a los pacientes con VIH y para generar políticas de manejo del VIH/sida en el territorio nacional.

Desde el enfoque comunitario, la vigilancia epidemiológica se orienta a identificar factores que contribuyen a la propagación del VIH en la comunidad y a implementar estrategias de prevención y seguimiento efectivas. Es una herramienta importante para incrementar la sensibilización y concienciación sobre el VIH/sida para promover la prevención y el tratamiento efectivos en las comunidades con involucramiento activo de las PVV y los GPC (promotores pares), y para mejorar el acceso a los servicios de prevención y atención integral. Cabe señalar que la vigilancia comunitaria debe contar con un fuerte liderazgo de

actores de la sociedad civil para identificar problemas y orientar la respuesta de los servicios de salud de la manera más adecuada.

La interoperabilidad e integración de los diferentes subsistemas de vigilancia epidemiológica contribuyen al robustecimiento de la información, a la adecuación del sistema nacional de salud al contexto del VIH/sida, y al potenciamiento de la información para mejorar las estrategias de prevención, tratamiento y control del VIH/sida.

Es importante la participación de la academia para documentar la situación de la epidemia y de la respuesta nacional mediante estudios de investigación científica sobre los diferentes contextos sociales y técnico-científicos en los que se desarrolla el VIH/sida - ITS.

En la primera etapa de la epidemia el registro de datos sobre el VIH/sida fue un desafío y la información sobre morbilidad y mortalidad fue limitada. Para ilustrar lo anterior, en una década, entre 1994 y 2003, se reportó 4.805 casos nuevos de VIH/sida que equivale aproximadamente a la cantidad que se reporta en un año en la actualidad. El INEC incorporó el reporte de defunciones por sida en sus bases de datos recién en 1997. Al año siguiente, en 1998, se elaboró las primeras guías de atención a PVV y la de prevención de la transmisión materno infantil, que se actualizaron en 2002. En ese mismo año (2002), se inició la provisión del tratamiento antirretroviral.(87)

Entre los años 2004 y 2013, la epidemia alcanzó el mayor reporte, con 32.449 de casos VIH/sida (65,49%), vinculado al esfuerzo de tamizaje en población clave y vulnerable. En 2006 se actualizó la guía de atención a PVV y se elaboró el PENM 2005 - 2006. En el 2008 se aprobó la Constitución de la República del Ecuador, que garantiza los derechos de las PVV. Por otra parte, se elaboró el PENM 2007 - 2015, y entre 2009 y 2012 se incorporó la Estrategia 2.0 de TARV. También se actualizó las guías de atención integral del VIH/sida - ITS para adultos, mujeres y niños; atención integral de las ITS; de Consejería; de atención integral a HSH; de atención integral a MTF; y de vigilancia epidemiológica. Asimismo, se implementó el sistema de información y se incrementó el número de centros de consejería pre y posprueba. A partir de 2007 se mejoró la atención a PVV en las UAI del MSP incorporando personal médico capacitado.(1,24)

El MSP diseñó el sistema de información, monitoreo y evaluación (SIME) en 2005, luego el sistema de información integral del sida (SII/sida) y después el SIEN. Estos sistemas tuvieron dificultades de implementación y estandarización en las instituciones de la RPIS, además de tener vacíos sobre la notificación de casos y fallecimientos, produciendo un subregistro.

El MSP desarrolló la plataforma de registro de atención en salud en 2017. Dos años después se incorporó el módulo de VIH en la PRAS que se ha desarrollado y ajustado a las necesidades de la respuesta nacional al VIH/sida. En la actualidad, se está desarrollando el proceso para mejorar los registros por nivel de atención incluyendo el nivel comunitario.

También se fortalecerá el registro de datos al nivel de las UAI para tener un seguimiento preciso y oportuno de la cascada de atención. Otra prioridad importante es facilitar la implementación y la homologación de los registros en la RPIS, la RPC y las actividades comunitarias para a futuro actualizar los algoritmos y los procesos de la PRAS para que de esta manera sea más viable. Otros retos del sistema de información es incorporar la vigilancia epidemiológica de infecciones como hepatitis B y C; la farmacovigilancia de antirretrovirales; perfeccionar los componentes de prevención y atención integral; y aportar para el desarrollo de estudios que generen evidencia sobre adherencia, resistencia y enfermedades oportunistas, entre otras. En resumen, el sistema genera información estratégica útil para la toma de decisiones y tiene un potencial de consolidar la información sectorial generada tanto en la RPIS como en la RPC y la comunitaria.

La herramienta informática PRAS-Suite del VIH ha estado en permanente desarrollo, mantenimiento y ajustes para su adaptación a las necesidades de los servicios de salud. Se requiere continuidad en este proceso a fin de garantizar su funcionalidad, acceso y operatividad en los establecimientos de salud de la RPIS y de la RPC.

Por lo anterior, es una prioridad en este nuevo período continuar con el fortalecimiento del sistema de información para que la vigilancia epidemiológica, el monitoreo y la evaluación se cumplan a cabalidad y de manera oportuna.

Con base en la revisión y el análisis de los indicadores del plan de monitoreo y evaluación del PENM 2018 – 2022,(1) se plantea una propuesta con indicadores trazadores para permitir el seguimiento de las actividades que se implementen en el PENM y verificar el cumplimiento de metas planteadas para 2023 - 2025. Estos indicadores deben ser trazadores de la respuesta al VIH/sida y deben sintetizar e incorporar de manera estratégica el contenido y el alcance del mapeo de los 24 indicadores estratégicos definidos para el monitoreo y la evaluación de las líneas estratégicas del PENM 2018 - 2022,(1) los indicadores de los instrumentos de política relacionada a la respuesta multisectorial al VIH/sida vigentes para el período 2023 - 2025 y los indicadores de planes de acción nacionales e internacionales sobre la respuesta al VIH/sida para el PENM 2023 - 2025.

Los indicadores trazadores permiten un seguimiento concreto a los avances en la implementación de las actividades planificadas en las cuatro líneas estratégicas y el cumplimiento de las metas establecidas. Estos indicadores deben tener una fuente de datos permanente y accesible, facilitando el cálculo de los indicadores como parte del proceso de monitoreo y evaluación del PENM 2023 - 2025, con énfasis en la promoción de SSR, la prevención de la transmisión del VIH, la cascada de atención, la garantía de derechos y la prevención del E&D, y en el fortalecimiento de gobernanza y del sistema de información y la vigilancia epidemiológica. Los indicadores trazadores deben medir el cumplimiento de los objetivos de cada línea estratégica de una manera amigable y comunicable, de forma que faciliten la participación y la vigilancia ciudadana.

Además de los indicadores trazadores, se tomarán en cuenta otros indicadores estratégicos del PENM 2018 - 2022,(1) y los indicadores de impacto, resultado y cobertura que se consideren pertinentes para medir las actividades de los planes operativos anuales del proyecto de inversión del MSP para la respuesta al VIH/sida, ITS y enfermedades crónicas transmisibles 2023 - 2025, la subvención del FM 2023 - 2025, entre otros.

Los indicadores que pueden medirse con mayor disponibilidad de datos son aquellos relacionados al cumplimiento de las acciones biomédicas en salud como parte de las estrategias de la respuesta nacional al VIH/sida. Mientras que hay una debilidad en la generación y la disponibilidad de datos institucionales para medir el avance de los indicadores sobre algunos aspectos de promoción y prevención, protección social, garantía de derechos y prevención del estigma y la discriminación, gobernanza, gestión de la respuesta, financiamiento y sistemas de información. El reto es fortalecer los sistemas de información de cada una de las organizaciones multisectoriales de forma que cuenten con bases de datos que puedan interconectarse para complementar la información y la medición de indicadores.

Por ejemplo, el sistema de información actual basado en la PRAS permite captar datos relevantes para procesarlos como insumo para el análisis de cohortes que debe efectuarse de forma rutinaria para caracterizar las variables que permitan realizar la vigilancia centinela en GPC e identificar prácticas de riesgo; conocer el avance y el perfil de los usuarios de la PrEP para fortalecer la estrategia y mejorar el acceso; así como, con las cohortes de hepatitis virales B y C; y las gestantes y los expuestos perinatales en el contexto de la ETMI

plus.

Es crucial fortalecer los medios de información de salud para la vigilancia, M&E y control del VIH/sida - ITS. Esto implica fortalecer la gestión, desarrollo e implementación desconcentrada de módulos en la PRAS; la consolidación de los medios de información sobre VIH - ITS; el desarrollo del módulo de registro comunitario; la capacitación local en la PRAS; el soporte, el mantenimiento, y las mejoras en la PRAS; y el seguimiento de procesos de atención médica y prevención.

La PRAS contribuirá para generar información sobre el VIH/sida y realizar el M&E del PENM. El reto es integrar a todas las instituciones públicas y privadas al uso de esta herramienta y consolidar las bases de datos que alimentan las instituciones. Además, se requerirá complementar con estudios específicos cuando sea el caso. Así mismo, se debe incorporar a las organizaciones de la sociedad civil en la provisión de servicios comunitarios del VIH. Para el efecto se debe actualizar la normativa del módulo comunitario del MAIS, diseñando las herramientas y los procedimientos operativos para los servicios del VIH y vinculándolos a la PRAS para facilitar el ingreso y el procesamiento de datos.

El PENM 2023 - 2025 se mantendrá alineado con las recomendaciones globales y regionales de ONUSIDA, los objetivos de desarrollo sustentable (ODS) 2030, el PND y los demás instrumentos nacionales e internacionales vinculados a la respuesta al VIH/sida. Los sistemas de información de VIH/sida tienen que promover el análisis, el debate y el diálogo basado en evidencia, que permitan a las instituciones involucradas, incluyendo a la academia y a la cooperación internacional, elaborar estudios médicos, farmacológicos, sociológicos y económicos de vital importancia, con la finalidad de generar políticas públicas y estrategias para cumplir los objetivos y metas planteados en el marco de los 95-95-95.(73)

Con base en la situación epidemiológica del VIH, las políticas, los planes nacionales y los compromisos internacionales asumidos por el país, con relación a metas y resultados en la respuesta al VIH/sida - ITS, el PENM 2023 - 2025 incluye esta línea estratégica de fortalecimiento de la gobernanza, gestión, financiamiento y sistemas de información orientada a fortalecer: el CEMSIDA; la articulación de la RPIS, la RCP y la comunitaria; la coordinación multisectorial; y el sistema de información que permitan un cabal monitoreo y evaluación de la respuesta nacional al VIH.

Es crucial la implementación del observatorio de derechos humanos y el VIH como una instancia autónoma e independiente que genere información relevante y pertinente en torno a la epidemia del VIH, sus determinantes y los derechos de las PVV. La ausencia de monitoreo y evaluación de los PENM y del trabajo del CEMSIDA es una debilidad de la respuesta al VIH/sida - ITS. En contraste, el MCP ha sido más prolijo en el monitoreo y la evaluación de las actividades y los proyectos subvencionados por el FM. Por ende, es fundamental consolidar el nuevo modelo de gestión del CEMSIDA para fortalecer la contribución del CEMSIDA a la respuesta nacional mediante sus instancias de gestión: la Secretaría Técnica y los equipos técnicos multisectoriales.

La gobernanza, la coordinación y la gestión estratégica de la respuesta multisectorial al VIH/sida - ITS se sustentan en el liderazgo del CEMSIDA y el MSP por intermedio de la Subsecretaría Nacional de Vigilancia, Prevención y Control de la Salud, la Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades Transmisibles y el proyecto de Reducción de las Enfermedades Crónico - Transmisibles de Mayor Impacto en el Ecuador: VIH/SIDA, ITS, Tuberculosis y Hepatitis Viral B y C.(13)

La creación del CEMSIDA contribuyó para consolidar la respuesta nacional al VIH/sida - ITS, articulando a las organizaciones del sector público, del sector privado, de la sociedad civil incluyendo las de PVV, las de GPC, las ONG y de la cooperación internacional, para

aportar a las acciones conjuntas frente a la epidemia. El CEMSIDA orienta la planificación y la gestión de la respuesta nacional y coordina los aportes de los actores multisectoriales.(13)

Por su parte, el MCP ha impulsado la participación de actores de la sociedad civil para formular propuestas para el financiamiento del FM en proyectos de VIH/sida, tuberculosis y malaria que se han implementado desde el año 2004.

Los objetivos específicos, las líneas de acción y las actividades que incluyen son los siguientes:

Cuadro 14. Línea estratégica 4: Fortalecer los sistemas de información para la gobernanza de la respuesta nacional al VIH/sida – ITS

Objetivos Específicos	Líneas de acción y sus alcances	Actividades	Responsables
4.1. Fortalecer los medios de información estratégicos de salud para la vigilancia, la investigación, el seguimiento y el control oportuno del VIH/sida - ITS, hepatitis víricas B y C y coinfección Tb-VIH.	Actualizar la normativa técnica con el fin de llevar a la práctica la vigilancia epidemiológica mediante indicadores de cascada, vigilancia hospitalaria y vigilancia comunitaria de los eventos VIH/sida, ITS, hepatitis víricas B y C.	Elaborar el manual de vigilancia epidemiológica, hospitalaria y comunitaria de VIH / sida, ITS, hepatitis víricas B y C.	DNEPCET- DNVE
		Capacitar en el manual de vigilancia epidemiológica, hospitalaria y comunitaria de los eventos VIH/sida, ITS, hepatitis víricas B y C a la RPIS, RPC, organizaciones de sociedad civil.	DNNPM
		Monitorear la correcta implementación del manual de vigilancia epidemiológica, hospitalaria y comunitaria de los eventos VIH/sida, ITS, hepatitis víricas B y C en los establecimientos de salud de la RPIS, RPC, organizaciones de sociedad civil.	DNEPCET
		Monitorear en territorio en el contexto de alertas epidemiológicas en torno a los eventos VIH/sida, ITS, hepatitis víricas B y C, ETMI PLUS.	DNEPCET
	Implementar un sistema de información estandarizado y homologado para fortalecer el monitoreo y la evaluación de la respuesta nacional al VIH/sida - ITS, hepatitis víricas B y C y coinfección Tb-VIH en la RPIS, la RPC y la comunitaria.	Continuar con la implementación del sistema de información de vigilancia y de monitoreo y evaluación estandarizado y homologado por la autoridad sanitaria para la notificación obligatoria de casos VIH/sida - ITS, hepatitis víricas B y C y coinfección Tb-VIH y enfermedades oportunistas, que integre a la RPIS, la RPC y la comunitaria.	MSP-SVCS-DTICS-CEMSIDA IESS, ISSFA, ISSPOL ACHPE Sociedad civil
		Diseñar, desarrollar e implementar los módulos para el diagnóstico, la atención, el seguimiento y el control de casos de VIH/sida, ITS, hepatitis B y C en la PRAS o su equivalente con aplicación en unidades de salud de la RPIS, la RPC y la comunitaria.	MSP-SVCS-DTICS
		Articular actividades con prestadores de la RPIS, la RPC y la comunitaria para la homologación e incorporación de variables necesarias en el sistema de información en pro de la historia clínica única de PVV.	MSP-SVCS-DTICS-CEMSIDA IESS, ISSFA, ISSPOL ACHPE
		Desarrollar micro servicios tecnológicos para facilitar la interoperabilidad de los servicios de salud con la RPIS, la RPC y la comunitaria para implementar los módulos para el diagnóstico, la atención, el seguimiento y el control de casos de VIH/sida, ITS, hepatitis B y C, apegados a la normativa vigente del MSP, aplicados por la Dirección de Tecnologías de la Información y Comunicaciones.	MSP-SVCS-DTICS-CEMSIDA IESS, ISSFA, ISSPOL ACHPE
		Capacitar de forma continua al personal médico y operativo de los establecimientos de la RPIS y la RPC en el manejo de los módulos de la PRAS, o su equivalente, correspondiente a diagnóstico, atención,	MSP-SVCS-DTICS-CEMSIDA IESS, ISSFA, ISSPOL

Objetivos Específicos	Líneas de acción y sus alcances	Actividades	Responsables
		seguimiento y control de casos de VIH/sida, ITS, hepatitis víricas B y C, y coinfección Tb/VIH.	ACHPE
		Capacitar de forma continua a promotores comunitarios en el manejo de la PRAS o su equivalente - módulo de prevención combinada- enfocados en el reporte de tamizajes VIH/sida, ITS, hepatitis víricas B y C aplicados a la población clave.	MSP-SVCS-DTICS-Sociedad civil
		Realizar el monitoreo a establecimientos de la RPIS, la RPC y organización comunitarias para verificar la interconectividad de los sistemas de información en el tema de VIH.	MSP-SVCS-DTICS-CEMSIDA
		Realizar el monitoreo trimestral del PENM 2023 - 2025 con base en los indicadores trazadores para medir el cumplimiento de metas.	MSP-SVCS-DTICS-DNEAIS-CEMSIDA
	Elaborar una agenda de investigación en VIH/sida - ITS, hepatitis víricas B y C y coinfección Tb-VIH para mejorar la respuesta nacional con base en evidencia.	Definir temas de investigación prioritarios para que se incluyan en una agenda de investigaciones en VIH/sida-ITS, hepatitis B y C y coinfección Tb-VIH como, por ejemplo: la situación del VIH en pueblos y nacionalidades, en usuarios de drogas y en población en situación de movilidad humana; adherencia y resistencia al TARV; prevalencia y vigilancia epidemiológica de hepatitis B y C; estigma y discriminación; vigilancia centinela y prácticas de riesgo en GPC; gestión de la respuesta al VIH/sida - ITS.	MSP-DNEPCET-ENVIH-DNIS-CEMSIDA-SENESCYT
	Vigilar el entorno epidemiológico alrededor de los eventos VIH/sida, ITS, Hepatitis víricas B y C.	Implementar el estudio nacional de prevalencia de hepatitis B y C.	MSP-DNEPCET-DNVE
		Implementar el estudio de prevalencia de hepatitis B y C en una localidad de Sarayacu.	MSP-DNEPCET-DNVE
		Identificar la proporción de PVV que llega al servicio de salud en enfermedad avanzada por el VIH.	MSP-DNEPCET-DNVE
		Vigilar la morbilidad y la mortalidad hospitalaria por sida, hepatitis B y C, hepatocarcinoma y sífilis.	MSP-DNEPCET-DNVE
		Situación del VIH/sida en pueblos y nacionalidades del Ecuador.	MSP-DNEPCET-DNVE
Uso de preservativo en población general.		MSP-DNEPCET-DNVE	
Estimaciones de tamaño de población clave (PTS-HSH-usuarios de drogas-PTF-PPL).		MSP-DNEPCET-DNVE	
Prevalencia de VIH en grupos de población clave (PTS-HSH-usuarios de drogas-PTF-PPL).		MSP-DNEPCET-DNVE	
Uso de preservativo en grupos de población clave (PTS-HSH-usuarios de	MSP-DNEPCET-DNVE		

Objetivos Específicos	Líneas de acción y sus alcances	Actividades	Responsables
		drogas-PTF-PPL) y PVV. Cobertura de los programas de prevención del VIH en población clave (PTS-HSH-usuarios de drogas-PTF-PPL) y PVV. Situación y prácticas seguras de inyección entre personas que se inyectan drogas (agujas y jeringas). Adherencia y resistencia a TARV y reporte de farmacovigilancia incluyendo el seguimiento de PVV con pruebas de resistencia y los fallos inmunológico, virológico y clínico. Prevalencia y vigilancia epidemiológica de hepatitis B y C.	 MSP-DNEPCET-DNVE MSP-DNEPCET-DNVE MSP-DNEPCET-DNVE MSP-DNEPCET-DNVE
	Evaluar los resultados de las estrategias de vigilancia epidemiológica implementadas en torno a los eventos VIH/sida, ITS, hepatitis víricas B y C, coinfección Tb/VIH en la RPIS, la RPC y las organizaciones de sociedad civil.	Presentar el informe anual de resultados y análisis integral de indicadores de vigilancia epidemiológica con la participación de actores locales y representantes de la RPIS, la RPC y las organizaciones de sociedad civil.	MSP-DNEPCET
	Coordinar con los subsistemas de vigilancia epidemiológica de enfermedades de notificación obligatoria dentro del MSP (Tuberculosis-Chagas-Muerte Materna y Neonatal entre otras) y sistemas de vigilancia propios de la RPIS dentro de los que se considere también a los bancos de sangre.	Realizar reuniones semestrales de trabajo para definir el flujo de información y lograr la interoperabilidad e integración de los sistemas de vigilancia epidemiológica del MSP, RPIS, RPC y bancos de sangre.	MSP-DNEPCET-DNVE
	Identificar el apareamiento de nuevos eventos con potencial epidémico, enfermedades emergentes - reemergentes y catástrofes naturales.	Realizar reuniones de coordinación con las instancias pertinentes para planificar y dar respuesta para los PVV, GPC y sus cuidadores ante la presencia de nuevos eventos con potencial epidémico, enfermedades emergentes - reemergentes y catástrofes naturales a fin de solventar de manera oportuna los requerimientos adicionales y prioritarios en el marco de los eventos VIH/sida, ITS, hepatitis B y C.	MSP- DNVE-DNEPCET
4.2. Fortalecer la coordinación multisectorial para la	Fortalecer el liderazgo multisectorial del CEMSIDA.	Implementar nuevo modelo de gestión del CEMSIDA. Elaborar e implementar el plan estratégico, el plan operativo anual y el plan de monitoreo y evaluación del CEMSIDA.	MSP-VGS Secretaría Técnica del CEMSIDA

Objetivos Específicos	Líneas de acción y sus alcances	Actividades	Responsables
respuesta al VIH amparada en el nuevo modelo de gestión del CEMSIDA.		Monitorear el cumplimiento de las responsabilidades y los compromisos de los actores multisectoriales para la implementación del plan operativo anual del CEMSIDA en función de sus competencias en la respuesta al VIH/sida - ITS.	Secretaría Técnica del CEMSIDA
4.3. Mejorar la articulación de la RPIS, de la RPC y la comunitaria para fortalecer la gobernanza de la respuesta al VIH/sida – ITS, hepatitis víricas B y C y coinfección Tb-VIH.	Implementar el modelo de gestión para la atención integral en VIH/sida - ITS y otras enfermedades crónicas transmisibles en la RPIS, la RPC y la comunitaria.	Actualizar la cartera de servicios del VIH por niveles de atención, con énfasis en el comunitario, con base en las guías de atención para fortalecer la prevención, la vinculación, la adherencia a la TARV y el seguimiento de PVV.	MSP-ENVIH-DNNPMSS-DNV-sociedad civil
	Dar seguimiento al cumplimiento de la normativa relacionada con el VIH/sida – ITS, hepatitis víricas B y C y coinfección Tb-VIH expedida por la autoridad sanitaria en la RPIS, la RPC y la comunitaria.	Actualizar y difundir la normativa del VIH, hepatitis B y C y coinfección Tb-VIH a la RPIS, la RPC y la comunitaria para su obligatoria aplicación dando seguimiento y apoyo técnico permanente para su fiel cumplimiento.	MSP-ENVIH-DNARPC
		Fortalecer la articulación de la RPIS, RPC y comunitaria para garantizar la promoción y la prevención de la salud en GPC y población en general.	MSP-ENVIH-DNARPC
		Fortalecer la articulación de la RPIS, RPC y comunitaria para garantizar la atención integral a las PVV.	MSP-ENVIH-DNARPC
		Definir políticas, planes y proyectos de respuesta integral a cada enfermedad o problema de salud pública y fomentar el control social.	MSP-ENVIH-DNPSS
		Promover la participación de la ciudadanía en los sistemas de protección y control social en VIH/sida-ITS.	MSP-ENVIH-DNDHGI
	Establecer los mecanismos de coordinación con la sociedad civil con base en la normativa aplicable para los servicios comunitarios del VIH.	MSP-ENVIH-DNPSS-Sociedad civil	
Desarrollar alianzas estratégicas entre las instituciones de la RPIS para la compra agregada de medicamentos, dispositivos médicos e insumos de laboratorio para el VIH/sida - ITS, hepatitis B y C y coinfección Tb-VIH y enfermedades oportunistas con base en la normativa vigente.	Suscribir un acuerdo entre el MSP, el IESS, Fuerzas Armadas y Policía Nacional para realizar la planificación y la compra conjunta de medicamentos, dispositivos médicos e insumos de laboratorio para VIH/sida, ITS, hepatitis B y C, coinfección Tb-VIH y otras enfermedades oportunistas con base en las normas de atención aprobadas por la autoridad sanitaria nacional.	MSP-ENVIH- DAJ-DNES-SNFP-DNARPC-IESS- ISSFA-ISSPOL CEMSIDA	

Objetivos Específicos	Líneas de acción y sus alcances	Actividades	Responsables
	Investigar el uso y la evaluación de nuevas tecnologías para fortalecer la respuesta nacional al VIH/sida - ITS.	Identificar tecnologías novedosas para fortalecer la prevención combinada y la atención integral al VIH/sida - ITS y analizar la factibilidad de implementación en el Ecuador.	MSP-DNETS- IESS- Fuerzas Armadas y Policía Nacional
4.4. Establecer el financiamiento y mejorar la eficiencia del gasto en VIH/sida – ITS, hepatitis víricas B y C y coinfección Tb-VIH mediante una planificación estratégica centrada en las prioridades de la respuesta nacional.	Dar seguimiento a la planificación del gasto y asegurar el financiamiento del PENM para la respuesta nacional al VIH/sida - ITS, hepatitis víricas B y C y coinfección Tb-VIH.	Identificar brechas y nuevas fuentes de financiamiento para asegurar los fondos para la transición y la sostenibilidad de la respuesta nacional al VIH/sida - ITS, hepatitis B y C y coinfección Tb-VIH plasmada en el plan estratégico y los planes operativos anuales.	MSP-VGS-ENVIH-DCRI
		Fomentar la planificación centrada en prioridades con base en metodologías como la contratación basada en actividades y la contratación social.	MSP-ENVIH CEMSIDA MCP
		Implementar el proyecto piloto de contratación social para fortalecer la respuesta al VIH/sida - ITS en el ámbito comunitario.	MSP-ENVIH-MIES- CEMSIDA- Sociedad civil
		Dar seguimiento a la ejecución presupuestaria y al financiamiento para la respuesta nacional al VIH/sida - ITS, hepatitis víricas B y C y coinfección Tb-VIH.	MSP-ENVIH-DSEC- CEMSIDA- MCP

5 PRESUPUESTO DEL PENM

El presupuesto del PENM 2023 - 2025 se basa en la estimación del costo de cada una de las actividades planificadas y la agregación del costo de actividades en cada una de las líneas estratégicas. Con este costeo se identifican las fuentes de financiamiento para cada una de las actividades y los correspondientes responsables y compromisos multisectoriales, así como la brecha financiera del PENM.

El costeo por actividad incluye los costos estimados de recurso humano bajo las distintas modalidades de contratación y los costos de los servicios de operación y de materiales, insumos y fármacos. Sobre el supuesto de que toda actividad tiene su costo, el PENM 2023 - 2025 estima costos indirectos como servicios básicos, transporte, contribuciones en especie, entre otros, para cada actividad. Con base en el costeo por actividad, se identifican las fuentes de financiamiento disponibles, las brechas de financiamiento y las opciones a las cuales se podría acceder desde los sectores público y privado, nacional e internacional para financiar la implementación del PENM 2023 - 2025.

Entre las actividades del PENM 2023 - 2025 que están definidas y cuentan con financiamiento aprobado y comprometido, constan las incluidas en el proyecto de inversión para la prevención y control del VIH/sida y otras enfermedades crónicas transmisibles 2023 - 2025, la subvención del FM 2023 - 2025 y el proyecto de inversión de educación. Otras actividades costeadas y financiadas son aquellas previstas en los presupuestos regulares del MSP y de los actores multisectoriales de los sectores público, privado y de la cooperación internacional que han comprometido su apoyo y asumen la responsabilidad de aportar a las actividades de su ámbito de acción. Por su parte, la brecha financiera se define sobre aquellas actividades que se prioricen y no cuenten con un financiamiento definido y/o aprobado. Estas últimas requieren identificar fuentes de recursos para su implementación.

A continuación, se plantea un presupuesto para las actividades planificadas en el presente plan:

Cuadro 15. Línea estratégica 4: Fortalecer los sistemas de información para la gobernanza de la respuesta nacional al VIH/sida – ITS

Objetivo específico	Líneas de acción	Actividades	Presupuesto			Total (USD)	Fuentes de financiamiento
			2023 (USD)	2024 (USD)	2025 (USD)		
1.1. Asegurar el acceso de la población general, los GPC (HSH, MTF, PTS, PPL), las mujeres y la población joven a las acciones de promoción de la SSR y la prevención de la transmisión del VIH/ITS y hepatitis virales B y C.	Elaborar, actualizar e implementar normas de atención en promoción de la salud y prevención del VIH/sida - ITS incluyendo la definición del paquete de prevención combinada al nivel comunitario, la auto administración de pruebas diagnósticas, las funciones de los promotores pares, el enfoque de DDHH, género, intercultural, generacional, la prevención de la violencia basada en género, y la coordinación con programas y servicios de SSR al nivel de la RPIS y las redes comunitarias.	Implementar la normativa de la PrEP en 6 unidades de salud y en 2 centros comunitarios.	30.000	0	0	30.000	Brecha 30.000
		Elaborar lineamientos para la aplicación del autodiagnóstico del VIH a escala nacional.	8.777	21.094	26.330	56.201	Fondo Mundial
		Implementar el manual de atención integral en personas que ejercen el trabajo sexual.	30.000	0	0	30.000	Brecha 30.000
		Implementar el manual de atención integral en población LGBTI.	30.000	0	0	30.000	Brecha 30.000
		Actualizar e implementar el modelo operativo del contexto penitenciario.	10.000	0	0	10.000	Brecha 10.000
		Actualizar el manual de atención para personas con consumo problemático de drogas.	0	30.000	0	30.000	MSP
		Actualizar e implementar los lineamientos para la atención integral en casos de exposición laboral y no laboral.	30.000	0	0	30.000	Brecha 30.000
		Elaborar lineamientos para la prevención y atención del VIH/sida, ITS, tuberculosis y hepatitis virales B y C para personas en situación de movilidad humana.	30.000	0	0	30.000	Brecha 30.000
		Elaborar lineamientos para la prevención del VIH/sida, ITS, tuberculosis y hepatitis virales B y C en pueblos y nacionalidades.	30.000	0	0	30.000	Brecha 30.000
		Elaborar el estudio CAP sobre el conocimiento en VIH para adolescentes y jóvenes.	0	350.000	0	350.000	Brecha 30.000
Elaborar el manual de asesoría en VIH/sida.	10.000	0	0	10.000	Brecha 10.000		

Objetivo específico	Líneas de acción	Actividades	Presupuesto			Total (USD)	Fuentes de financiamiento
			2023 (USD)	2024 (USD)	2025 (USD)		
		Elaborar e implementar el protocolo de manejo de hepatitis víricas B y C.	10.000	0	0	10.000	Brecha 10.000
	Fortalecer la educación integral en sexualidad con énfasis en la promoción de la salud sexual y salud reproductiva, y la prevención del VIH/sida - ITS en entornos educativos, laborales, sociales y culturales asegurando la incorporación del enfoque de derechos humanos, género, intercultural y generacional.	Realizar actividades de promoción de la salud, SSR y prevención del VIH/sida - ITS que garantice la cobertura a los grupos de población objetivo.	213.265	247.626	293.125	754.016	Fondo Mundial
		Realizar acciones de promoción y prevención del VIH en instituciones públicas y privadas al menos 1 vez al año garantizando la confidencialidad y voluntariedad.	6.500	6.500	6.500	19.500	MDT
	Incorporar la promoción de la salud sexual y salud reproductiva, y prevención del VIH y otras ITS desde un enfoque de derechos humanos, género, intercultural y generacional en los diferentes niveles educativos en el país.	Elaborar contenidos sobre educación integral para la sexualidad con énfasis en prevención del VIH y otras ITS e incluir en el micro currículo de todos los niveles educativos como eje transversal de los procesos formativos asegurando la incorporación del enfoque de derechos humanos, género, intercultural y generacional.	12.250	0	0	12.250	Brecha 12.250
		Incluir la normativa vigente sobre prevención, atención y tratamiento del VIH y otras ITS en las mallas curriculares de las instituciones de educación superior asegurando la incorporación del enfoque de	15.300	0	0	15.300	Brecha 15.300

Objetivo específico	Líneas de acción	Actividades	Presupuesto			Total (USD)	Fuentes de financiamiento
			2023 (USD)	2024 (USD)	2025 (USD)		
		derechos humanos, género, intercultural y generacional como ejes transversales del proceso formativo.					
		Elaborar e implementar campañas de educación y comunicación sobre promoción de la salud y prevención del VIH y otras ITS en entornos educativos y universitarios desde un enfoque de derechos humanos, género, intercultural y generacional.	51.700	0	0	51.700	Brecha 51.700
		Sensibilizar a los profesionales de la salud, docentes de las carreras de ciencias de la salud y a la población en general sobre los riesgos, causas y consecuencias de las enfermedades crónico transmisibles: VIH/sida, ITS, tuberculosis y hepatitis B y C, así como en la garantía de derechos.	421.821	0	0	421.821	Brecha 421.821
		Realizar jornadas de promoción de estilos de vida saludable en universidades, organizaciones de base, instituciones públicas y privadas.	21.700	21.700	21.700	65.100	MSP
		Realizar el encuentro de culturas juveniles y urbanas.	44.400	44.400	44.400	133.200	MSP
	Desarrollar e implementar la estrategia nacional de educación integral en sexualidad.	Fortalecer las capacidades del personal docente y DECE para implementar la educación integral en sexualidad.	49.230	0	0	49.230	ME
		Establecer estrategias de seguimiento y monitoreo a la implementación de la educación integral en sexualidad.	4.600	0	0	4.600	ME
		Desarrollar y difundir materiales y herramientas de educación integral en	37.200	0	0	37.200	ME

Objetivo específico	Líneas de acción	Actividades	Presupuesto			Total (USD)	Fuentes de financiamiento
			2023 (USD)	2024 (USD)	2025 (USD)		
		sexualidad.					
	Difundir contenidos y la normativa actualizada de promoción de la salud y prevención del VIH/sida - ITS.	Elaborar e implementar una campaña de educación y comunicación enfocada en la promoción de la salud y la prevención del VIH con enfoque de derechos humanos, género, intercultural, interseccionalidad, movilidad humana y generacional.	12.700	0	0	12.700	Brecha 12.700
		Actualizar la página web sexualidad sin misterios.	7.650	0	0	7.650	MSP
		Producir materiales de educación y comunicación enfocados en la promoción de la salud y la prevención del VIH/sida - ITS con enfoque de derechos humanos.	39.000	0	0	39.000	Brecha 39.000
		Diseñar, imprimir y difundir una publicación con conocimientos básicos sobre el VIH/sida, prevención y no discriminación, violencia basada en género y enfermedades emergentes (6.000 ejemplares).	210.000	0	0	210.000	MSP
		Diseñar, imprimir y difundir el manual para el manejo e implementación de la PrEP con base en buenas prácticas y recomendaciones realizadas en el país.	115.000	210.000	105.000	430.000	MSP
		Capacitar al personal de la línea 171 opción 2 del MSP en promoción de la salud y prevención del VIH/sida, ITS, exposición laboral y no laboral, mpox, flujos de atención para personas que viven con el VIH.	35.000	35.000	35.000	105.000	Brecha 105.000
		Continuar con las líneas alternas de asesoría en VIH, ITS, COVID-19, flujos de	28.800	28.800	28.800	86.400	MSP

Objetivo específico	Líneas de acción	Actividades	Presupuesto			Total (USD)	Fuentes de financiamiento
			2023 (USD)	2024 (USD)	2025 (USD)		
		atención en exposición laboral y no laboral, mpox.					
		Implementar estrategias virtuales para el acceso a la información y educación sobre derechos sexuales, derechos reproductivos y VIH para adolescentes, jóvenes, GPC, personas en situación de movilidad humana con enfoque de derechos, género, participación y transversalización de interculturalidad.	25.200	25.200	25.200	75.600	Brecha 75.600
1.2. Implementar la estrategia nacional para la eliminación de la transmisión materno infantil (ETMI-plus) del VIH, sífilis, hepatitis B y Chagas.	Fortalecer la RPIS y la RPC para la implementación y cumplimiento de la ETMI plus.	Implementar los lineamientos para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y sífilis en el marco de la ETMI plus.	2.500	0	0	2.500	MSP
		Implementar el protocolo de manejo de hepatitis víricas y los lineamientos para el componente materno infantil de enfermedad de Chagas en el marco de la ETMI plus.	8.000	0	0	8.000	Brecha 8.000
		Actualizar e implementar la Guía de Práctica Clínica del VIH.	22.965	0	0	22.965	MSP
		Integrar la estrategia ETMI plus en todos los programas y estrategias del MSP según corresponda, con enfoque de género, intercultural e inclusivo.	3.000	3.000	3.000	9.000	Brecha 9.000
		Desarrollar e implementar los lineamientos para la investigación de nuevos casos por transmisión materno infantil del VIH, sífilis, hepatitis B y enfermedad de Chagas.	2.500	2.500	2.500	7.500	Brecha 7.500
		Actualizar la estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH,	600	0	0	600	Brecha 600

Objetivo específico	Líneas de acción	Actividades	Presupuesto			Total (USD)	Fuentes de financiamiento
			2023 (USD)	2024 (USD)	2025 (USD)		
		sífilis, hepatitis B y enfermedad de Chagas (ETMI plus).					
		Coordinar con organismos intrainstitucionales como: CTAIn, Coordinaciones Zonales, Direcciones Distritales y otras instancias del nivel nacional las actividades encaminadas a la ETMI plus.	1.950	1.950	1.950	5.850	Brecha 5.850
		Coordinar con organismos extrainstitucionales como: OPS/OMS, UNICEF, UNFPA, entre otros, las actividades encaminadas a la ETMI plus.	1.300	1.300	1.300	3.900	Brecha 3.900
	Fortalecer el sistema de información, monitoreo y evaluación de la implementación de la ETMI plus en todo el Sistema Nacional de Salud.	Monitorear los registros de información de la ETMI plus.	0	0	0	0	MSP
		Actualizar la cohorte del VIH e implementar la cohorte de embarazadas con sífilis, hepatitis B y enfermedad de Chagas, y de expuestos perinatales en todo el Sistema Nacional de Salud.	0	0	0	0	MSP
		Monitorear el cumplimiento de las políticas, estrategias y lineamientos implementados para la ETMI plus a través del sistema de información y las visitas en territorio a cada Coordinación Zonal y a los establecimientos de salud.	9.186	9.186	9.186	27.558	Brecha 27.558
		Obtener indicadores de salud a través del sistema de información para la generación de alertas y establecer estrategias de prevención y control.	0	0	0	0	MSP
		Realizar las investigaciones de los casos	1.500	1.500	1.500	4.500	Brecha

Objetivo específico	Líneas de acción	Actividades	Presupuesto			Total (USD)	Fuentes de financiamiento
			2023 (USD)	2024 (USD)	2025 (USD)		
		nuevos de transmisión materno infantil con visitas a los establecimientos de salud donde se realizó los controles prenatales, el parto y el control de los expuestos perinatales.					4.500
	Mejorar la calidad de diagnóstico, tratamiento y gestión de la cadena de suministro.	Asegurar la gestión eficiente del suministro de dispositivos médicos, medicamentos, vacunas e insumos médicos para VIH, sífilis, hepatitis B y enfermedad de Chagas.	7'450.156	7'450.156	7'450.156	22'350.468	Brecha 22'350.468
		Incrementar la captación y tamizaje temprano de VIH, sífilis, hepatitis B y enfermedad de Chagas en mujeres en edad fértil, embarazadas y sus parejas según corresponda.	20.000	20.000	20.000	60.000	Brecha 60.000
		Fortalecer el diagnóstico y el tratamiento oportuno del VIH, hepatitis B, sífilis y enfermedad de Chagas en mujeres en edad fértil, mujeres embarazadas y niños expuestos perinatales.	2'000.000	2'000.000	2'000.000	6'000.000	Brecha 6'000.000
		Elaborar el plan de capacitación de ETMI plus para el personal operativo y administrativo de la RPIS y RPC en todos los niveles de atención.	64.000	64.000	64.000	192.000	Brecha 192.000
1.3. Asegurar el acceso a los GPC (HSH, MTF, PTS, PPL, usuarios de drogas, personas en movilidad humana), mujeres y población adolescente y joven	Fortalecer la atención integral a grupos de población clave y vulnerable en el primer nivel de atención del MSP.	Elaborar y ejecutar el plan de implementación de 19 servicios inclusivos del VIH.	40.800	37.800	37.800	116.400	MSP
		Desarrollar talleres anuales en: prevención del VIH/sida; no discriminación y no estigmatización; y formas de transmisión del VIH para un total de 150 comunicadores a	5.200	5.200	5.200	15.600	MSP

Objetivo específico	Líneas de acción	Actividades	Presupuesto			Total (USD)	Fuentes de financiamiento
			2023 (USD)	2024 (USD)	2025 (USD)		
para cortar la cadena de transmisión del VIH/sida - ITS a los servicios de prevención, diagnóstico y atención de VIH - ITS y hepatitis virales B y C.		escala nacional.					
		Sensibilizar e informar en: formas de transmisión y prevención del VIH y comunicación para el cambio del comportamiento, dirigido a población clave, personas vulnerables, y población de referencia. Logística de 2 talleres por zona.	46.800	46.800	46.800	140.400	MSP
		Formar a 150 líderes de las unidades de salud y pares zonales en VIH/sida quienes realizarán réplicas. 3 eventos medianos en cantones de mayor prevalencia.	5.500	5.500	5.500	16.500	MSP
		Formar a 800 profesionales de la salud en promoción, prevención, atención integral, derechos y prevención de estigma y discriminación en el marco del VIH. Logística para realización de 2 eventos grandes por zona.	55.800	55.800	55.800	167.400	MSP
		Realizar jornadas de prevención con oferta de pruebas voluntarias (día de la mujer, familia, salud, VIH)	44.400	44.400	44.400	133.200	MSP
		Elaborar el plan de capacitación en VIH/sida - ITS con aval académico y auspicio institucional.	11.200	11.200	11.200	33.600	MSP
		Capacitar a profesionales de salud del área operativa y administrativa de la RPIS y la RPC.	11.200	11.200	11.200	33.600	MSP
		Elaborar lineamientos para el cambio de nombres en personas trans (personas con previa modificación en el registro civil).	6.000	0	0	6.000	Brecha 6.000
		Adquirir y distribuir preservativos, pruebas	2'599.719	2'599.720	2'599.720	7'799.159	MSP

Objetivo específico	Líneas de acción	Actividades	Presupuesto			Total (USD)	Fuentes de financiamiento
			2023 (USD)	2024 (USD)	2025 (USD)		
		de diagnóstico rápido e insumos.					
		Contratar promotores de salud para fortalecer los 19 servicios inclusivos del VIH.	599.910	600.210	600.510	1'800.629	Fondo Mundial
		Desarrollar talleres de capacitación para actualizar los conceptos de promoción, prevención y atención integral a PVV dirigido para 240 docentes y 500 estudiantes del último año de carrera de la salud.	2.850	2.850	2.850	8.550	MSP
		Desarrollar la primera conferencia nacional del VIH/sida (luego una por año), con expositores nacionales e internacionales para 800 profesionales de la salud.	3.100	3.100	3.100	9.300	MSP
		Total	14'590.229	13'997.691	13'563.726	42'151.647	31'769.376

Cuadro 16. Presupuesto del PENM 2023 – 2025, Línea estratégica 2, Asegurar la atención integral con el tratamiento antirretroviral oportuno al VIH, enfermedades oportunistas y otras ITS.

Objetivo específico	Líneas de acción	Actividades	Presupuesto			Total (USD)	Fuentes de financiamiento
			2023 (USD)	2024 (USD)	2025 (USD)		
2.1. Incrementar el acceso al diagnóstico temprano de VIH y hepatitis virales B y C para los GPC, las PVV y las gestantes asegurando la confidencialidad, la	Implementar la norma técnica para el diagnóstico y el manejo del VIH, hepatitis virales y otras ITS al nivel de la RPIS, la RPC y la comunitaria.	Actualizar la norma técnica para el diagnóstico y el manejo del VIH, hepatitis virales, otras ITS y coinfección Tb-VIH en los niveles de atención de la RPIS, la RPC y los servicios comunitarios que incluye el algoritmo simplificado para el diagnóstico, el tratamiento para el VIH, otras ITS, enfermedades oportunistas y las	22.965	0	0	22.965	Fondo Mundial

Objetivo específico	Líneas de acción	Actividades	Presupuesto			Total (USD)	Fuentes de financiamiento
			2023 (USD)	2024 (USD)	2025 (USD)		
calidad y la vinculación al sistema.		coinfecciones Tb/VIH y VHB/VHC/VIH.					
		Homologar la normativa técnica mediante la capacitación del personal de salud de la RPIS, la RPC y comunitario en la aplicación de la normativa técnica para el diagnóstico y manejo del VIH, hepatitis virales, otras ITS y coinfección Tb-VIH por nivel de atención para reducir las pérdidas de PVV.	28.646	28.646	28.646	85.938	Fondo Mundial
		Implementar la norma técnica para el diagnóstico y el manejo del VIH, hepatitis virales, otras ITS y coinfección Tb-VIH al nivel de la RPIS, la RPC y la comunitaria.	918.878	901.165	900.457	2'720.500	Fondo Mundial
		Realizar el monitoreo trimestral y la evaluación anual al personal de salud de la RPIS, la RPC y de la comunitaria, sobre la aplicación de la norma técnica para el diagnóstico y el manejo del VIH, hepatitis virales, otras ITS y coinfección Tb-VIH, así como de la disponibilidad de insumos, dispositivos médicos, reactivos de laboratorio y medicamentos.	9.186	9.186	9.186	27.558	MSP
2.2. Mejorar la calidad de los servicios de atención en VIH/sida-ITS, hepatitis virales B y C para los GPC, las PVV y las gestantes aplicando la guía de atención integral para PVV.	Asegurar la calidad del servicio por niveles de atención que incluya personal capacitado, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno de la infección y prevención y tratamiento de las enfermedades oportunistas	Actualizar la normativa técnica de atención a pacientes con VIH/sida-ITS, hepatitis víricas incluyendo prevención y tratamiento de enfermedades oportunistas y manejo de efectos secundarios causados por TARV con base en las recomendaciones internacionales vigentes para estandarizar la atención.	22.965	0	0	22.965	MSP
		Publicar y distribuir la normativa técnica de	72.108	72.108	36.054	180.270	MSP

Objetivo específico	Líneas de acción	Actividades	Presupuesto			Total (USD)	Fuentes de financiamiento
			2023 (USD)	2024 (USD)	2025 (USD)		
	con métodos diagnósticos de vanguardia, medicamentos de calidad, respetando los enfoques de género y derechos humanos para contribuir a mejorar la calidad de vida de las PVV.	atención a pacientes con VIH/sida-ITS, hepatitis víricas, incluyendo prevención y tratamiento de enfermedades oportunistas y manejo de efectos secundarios causados por TARV en la RPIS y la RPC.					
		Capacitar al personal de salud de la RPIS y RPC sobre el flujo de atención a las PVV por nivel de atención con base en lo establecido en las normas técnicas.	64.061	64.061	64.061	192.183	Brecha 192.183
	Organizar la gestión de atención integral mediante redes integradas de servicios y aseguramiento de la calidad del servicio para atender a las PVV tomando en cuenta las necesidades específicas de cada población.	Mejorar la calidad del servicio por nivel de atención mediante la implementación estricta de la normativa técnica de atención a PVV.	3'073.501	3'073.501	3'073.501	9'220.503	MSP
		Fortalecer la capacidad resolutoria de las unidades de salud, de atención integral y de los laboratorios, dotándoles de insumos, materiales, dispositivos médicos, reactivos y medicamentos suficientes para la atención en VIH/sida - ITS, hepatitis virales, otras ITS y coinfección Tb-VIH.	7'450.156	7'450.156	7'450.156	22'350.468	MSP
	Fortalecer las capacidades de los servicios de laboratorio para VIH/sida – ITS, hepatitis virales, otras ITS y coinfección Tb-VIH de las RPIS y RPC.	Adquirir y distribuir insumos, materiales, pruebas de laboratorio de alta sensibilidad y especificidad y dispositivos médicos para los servicios de laboratorio de diagnóstico y seguimiento del VIH, hepatitis virales, otras ITS y coinfección Tb-VIH, y enfermedades oportunistas apoyándose en el mecanismo de compra conjunta.	2.376.609	2.376.609	2.376.609	7.129.827	MSP
		Supervisar los servicios de laboratorio para garantizar la calidad del servicio durante el	4.593	4.593	4.593	13.779	Brecha 13.779

Objetivo específico	Líneas de acción	Actividades	Presupuesto			Total (USD)	Fuentes de financiamiento
			2023 (USD)	2024 (USD)	2025 (USD)		
		proceso preanalítico, analítico y posanalítico y dar seguimiento a su personal técnico.					
2.3. Asegurar la adherencia al tratamiento antirretroviral y de enfermedades oportunistas y el manejo de los efectos secundarios del tratamiento de VIH/sida-ITS, hepatitis virales B y C y coinfección Tb/VIH para los GPC, las PVV y las gestantes.	Implementar el manual y el plan de adherencia al TARV, prevención y tratamiento para enfermedades oportunistas e ITS, mediante la definición de estrategias intersectoriales innovadoras y la atención a los determinantes sociales, culturales, económicos y de salud que afectan a los grupos de población vulnerable.	Implementar el manual de adherencia de la TARV y actualizar el plan de adherencia al TARV, prevención y tratamiento de enfermedades oportunistas e ITS para aumentar la adherencia.	13.779	13.779	13.779	41.337	Brecha 41.337
		Capacitar al personal de salud de la RPIS y la RPC sobre las estrategias de adherencia y el manejo de enfermedades oportunistas.	64.061	64.061	64.061	192.183	MSP
		Implementar el plan de adherencia en la RPIS y la RPC: Realizar asesoría y acompañamiento a PVV para fortalecer adherencia, seguimiento y vinculación a PVV con diagnóstico reciente, y quienes abandonan el tratamiento.	18.700	18.700	18.700	56.100	MSP
		Realizar actividades inter programáticas de coinfección: VIH-Tb, VIH-hepatitis víricas y otras; apoyo al tratamiento, atención, prevención y manejo de coinfecciones y comorbilidades.	64.572	3.200	3.200	70.972	MSP Fondo Mundial
		Mantener un inventario óptimo de fármacos con base en la estimación de PVV que se atenderá asegurando la cobertura y la calidad del tratamiento y realizar análisis de costo-efectividad de los tratamientos.	Adquirir y distribuir medicamentos para VIH/sida, hepatitis víricas B y C (esto incluye estrategia PrEP, PEP, kit profilaxis materno infantil) con base en las estimaciones de PVV en tratamiento en la RPIS según lo que estipulan las guías de atención integral.	1'600.035	1'600.035	1'600.035	4'800.105
		Adquirir y distribuir medicamentos para enfermedades oportunistas, con base en las	200.005	200.005	200.005	600.015	MSP

Objetivo específico	Líneas de acción	Actividades	Presupuesto			Total (USD)	Fuentes de financiamiento
			2023 (USD)	2024 (USD)	2025 (USD)		
		estimaciones de PVV en tratamiento en la RPIS, según lo que estipulan las guías de atención integral.					
		Adquirir y distribuir medicamentos de ITS, con base en las estimaciones de PVV en tratamiento en la RPIS, según lo que estipulan las guías de atención integral.	200.005	200.005	200.005	600.015	MSP
		Evaluar las opciones más costo-efectivas entre los esquemas de tratamiento antirretroviral para PVV.	11.500	11.500	11.500	34.500	Brecha 34.500
		Total	16'216.325	16'091.310	16'054.548	48'362.183	281.799

Cuadro 17. Presupuesto del PENM 2023 – 2025, Línea estratégica 3: Garantía de derechos humanos y la prevención del estigma y la discriminación en las PVV y a los GPC

Objetivo específico	Línea de acción	Actividad	Presupuesto			Total (USD)	Fuentes de financiamiento
			2023 (USD)	2024 (USD)	2025 (USD)		
3.1. Garantizar mecanismos para la promoción, el respeto y la tutela efectiva de los DD.HH. de las PVV, sus familiares o cuidadores y los GPC.	Desarrollo y fortalecimiento de los componentes del SPD (escuela de defensores de derechos, red de defensores de derechos y el observatorio del cumplimiento de los derechos) y otras instancias encargadas de la protección	Capacitar y sensibilizar en derechos humanos y normativa jurídica sobre el VIH con perspectiva de género e interseccionalidad mediante las plataformas virtuales disponibles, por ejemplo, el sistema de protección de derechos a operadores de justicia, servidores públicos, personal de salud.	34.500	34.500	34.500	103.500	Brecha 103.500

Objetivo específico	Línea de acción	Actividad	Presupuesto			Total (USD)	Fuentes de financiamiento
			2023 (USD)	2024 (USD)	2025 (USD)		
	de derechos humanos, y su difusión.	Institucionalizar la protección de derechos de GPC y PVV mediante la difusión y la capacitación en instrumentos legales como: leyes, acuerdos ministeriales, normas técnicas, tratados internacionales, guías y manuales de atención al público.	53.400	0	0	53.400	Brecha 53.400
		Elaborar y publicar guías y manuales técnicos para la atención y la referencia en los servicios públicos y privados para contrarrestar la rotación de personal y la falta de institucionalidad.	0	100.000	0	100.000	Brecha 100.000
	Implementar mecanismos para la vigilancia del cumplimiento de los derechos humanos y la tutela efectiva de ellos dentro del marco legal vigente de las PVV, sus familiares, sus cuidadores y GPC incluyendo el índice de estigma y discriminación y el análisis de nuevas tendencias y su difusión.	Actualizar el índice de estigma y discriminación con base en las recomendaciones internacionales vigentes.	0	262.500	0	262.500	Brecha 262.500
		Desarrollar otros estudios sobre las condiciones de vida de las poblaciones clave con un enfoque de derechos humanos, interseccionalidad y género.	0	0	480.000	480.000	Brecha 480.000
		Presentar los resultados del índice de estigma y discriminación (incluido el Index 2.0) y de los otros estudios (al menos uno por cada población clave) a escala nacional y local.	0	23.000	0	23.000	Brecha 23.000
		Implementar el observatorio de derechos humanos y VIH para fortalecer la vigilancia del cumplimiento del marco legal vigente en materia de DDHH.	64.120	100.100	100.100	264.320	Brecha 264.320
		Ejecutar acciones de incidencia política para fomentar la inclusión	Promover la conformación de los sistemas de protección integral de derechos con la participación de GPC y PVV.	0	49.500	49.500	99.000

Objetivo específico	Línea de acción	Actividad	Presupuesto			Total (USD)	Fuentes de financiamiento
			2023 (USD)	2024 (USD)	2025 (USD)		
	económica y social y la conformación de los sistemas de protección integral, de los consejos y juntas para la protección de derechos con la participación de GPC y PVV.	Incidir en el Ministerio de Trabajo, los gremios y asociaciones de empleados para promover el respeto de los derechos de las PVV y los GPC.	5.750	0	0	5.750	Brecha 5.750
		Sensibilizar al sector público y al privado sobre el VIH/sida - ITS en el ambiente laboral para fomentar la inclusión social y económica de las PVV mediante acciones de información, educación y comunicación.	94.500	0	0	94.500	Brecha 94.500
		Elaborar y aplicar protocolos para la sensibilización e información de servidores públicos en derechos humanos y VIH en el lugar de trabajo.	7.600	7.600	7.600	22.800	Brecha 22.800
		Impulsar la coordinación multisectorial para promover el fortalecimiento de la empleabilidad y vinculación laboral de las PVV en instituciones públicas y privadas mediante talleres y/o capacitación en habilidades blandas y duras.	4.600	4.600	4.600	13.800	Brecha 13.800
		Promover el acceso al trabajo de las PVV en instituciones públicas y privadas mediante acción afirmativa y coordinación multisectorial.	27.400	27.400	27.400	82.200	Brecha 82.200
		Capacitar a 200 agentes comunitarios, con perfil de tutores, en los enfoques de género y derechos humanos y en resaltar las necesidades específicas de las mujeres con VIH.	21.000	21.000	21.000	63.000	MSP
		Conformar equipos técnicos multisectoriales con diferentes actores sociales para la	6.200	6.200	6.200	18.600	MSP

Objetivo específico	Línea de acción	Actividad	Presupuesto			Total (USD)	Fuentes de financiamiento
			2023 (USD)	2024 (USD)	2025 (USD)		
		coordinación y ejecución de trabajo a nivel local.					
		Impulsar la coordinación intersectorial con el CEMSIDA en propuestas de políticas/programas en las instituciones públicas para la inclusión económica de las PVV, impulsando programas económicos, asociatividad, emprendimientos.	1.950	1.950	1.950	5.850	MSP
		Impulsar la coordinación intersectorial para implementar políticas de inclusión y fomento productivo de PVV.	8.800	9.450	8.150	26.400	MSP
3.2. Reducir el estigma y la discriminación de las PVV, sus familiares o cuidadores y los GPC.	Aplicar el marco legal vigente para la protección social de las PVV y los GPC por parte de las instituciones públicas y privadas.	Reducir el estigma y la discriminación por vivir con el VIH, por diversidades sexo genérica en los entornos laborales, educativos, de salud, acceso a la justicia, familiar y espacio público, con base en el marco legal vigente.	23.475	23.475	23.475	70.425	MSP
		Efectuar acciones de control para reducir el estigma y la discriminación por vivir con el VIH, por diversidades sexuales y por género en los entornos laborales, educativos, de salud, de justicia, familiar y comunitario, con base en el marco legal vigente.	9.200	9.200	9.200	27.600	Brecha 27.600
		Mejorar leyes, reglamentos y políticas relacionadas con el VIH y la TB/VIH: Actualizar la Ley de Prevención y Asistencia Integral del VIH/sida con la participación de los actores interesados y otros.	30.693	9.225	9.225	49.143	Fondo Mundial
	Diseñar, implementar y difundir políticas públicas	Sensibilizar a la población en general sobre el VIH con enfoque de derechos humanos y	94.500	0	0	94.500	Brecha 94.500

Objetivo específico	Línea de acción	Actividad	Presupuesto			Total (USD)	Fuentes de financiamiento
			2023 (USD)	2024 (USD)	2025 (USD)		
	para eliminar el estigma y la discriminación y disminuir las barreras de acceso a salud, educación, protección social, cultura, trabajo y participación con un enfoque de derechos humanos, género e interseccionalidad.	género e interseccionalidad para reducir el estigma y la discriminación mediante acciones de información, educación y comunicación.					
		Promover programas de buenas prácticas orientados a disminuir las barreras de acceso sociales, culturales, de género y de trabajo en instituciones públicas y privadas para reducir el estigma y la discriminación.	6.200	6.200	6.200	18.600	Brecha 18.600
		Coordinar con el Ministerio de Trabajo para exigir la implementación de políticas del VIH en el lugar de trabajo con énfasis en eliminar el estigma y la discriminación en el ambiente laboral.	650	1.300	0	1.950	MSP
		Diseñar e implementar campañas de educación y comunicación desde las comunidades al personal de salud y sociedad civil sobre derechos humanos y VIH en personas que viven con VIH y GPC.	15.000	0	0	15.000	UNFPA
		Diseñar e implementar campañas de sensibilización y capacitación para el sector educativo, la familia, laboral, la fuerza pública y la comunidad en general sobre los derechos de las diversidades sexo genéricas, personas consumidoras de sustancias psicoactivas, personas en situación de movilidad humana.	90.000	0	0	90.000	Brecha 90.000
		Identificar programas con eficiencia demostrada para reducir el estigma y la discriminación en todo ámbito incluyendo el	7.650	0	0	7.650	Brecha 7.650

Objetivo específico	Línea de acción	Actividad	Presupuesto			Total (USD)	Fuentes de financiamiento
			2023 (USD)	2024 (USD)	2025 (USD)		
		enfoque de género.					
		Implementar acciones para eliminar espacios de estigma y discriminación asociados al VIH en el marco de la adherencia del Ecuador a la Alianza Mundial y los 6 entornos de trabajo.	15.300	15.300	15.300	45.900	Brecha 45.900
3.3. Identificar los determinantes que afectan la garantía de derechos de PVV y GPC en pueblos y nacionalidades, personas en situación de movilidad humana y personas que consumen drogas.	Identificar los aspectos estructurales que determinan el contexto biopsicosocial de las PVV y los GPC y sus modos de afectación.	Realizar un estudio para identificar la situación actual (económico, social, laboral y familiar) de la garantía de derechos en PVV y GPC con énfasis en la situación que existe en los pueblos y nacionalidades, personas en situación de movilidad humana y las personas que consumen drogas para desarrollar estrategias específicas de prevención y control del estigma y la discriminación.	0	262.500	0	262.500	Brecha 262.500
		Total	622.488	975.000	804.400	2'401.888	2'153.470

Cuadro 18. Presupuesto del PENM 2023 – 2025, Línea estratégica 4: Fortalecer los sistemas de información para la gobernanza de la respuesta nacional al VIH/sida - ITS

Objetivo específico	Líneas de acción	Actividades	Presupuesto			Total (USD)	Fuentes de financiamiento
			2023 (USD)	2024 (USD)	2025 (USD)		
4.1. Fortalecer los medios de información estratégicos de salud para la vigilancia, la investigación, el seguimiento y el control oportuno del VIH/sida - ITS, hepatitis B y C y coinfección Tb-VIH.	Actualizar la normativa técnica con el fin de llevar a la práctica la vigilancia epidemiológica mediante indicadores de cascada, vigilancia hospitalaria y vigilancia comunitaria de los eventos VIH/sida, ITS, hepatitis víricas B y C.	Elaborar el manual de vigilancia epidemiológica, hospitalaria y comunitaria del VIH/sida, ITS, hepatitis B y C.	20.000	0	0	20.000	Fondo Mundial
		Capacitar en el manual de vigilancia epidemiológica, hospitalaria y comunitaria de los eventos VIH/sida, ITS, hepatitis víricas B y C a la RPIS, la RPC y las OSC.	15.000	15.000	15.000	45.000	Brecha 45.000
		Monitorear la correcta implementación del manual de vigilancia epidemiológica, hospitalaria y comunitaria de los eventos VIH/sida, ITS, hepatitis B y C en los establecimientos de salud de la RPIS, la RPC y las OSC.	6.000	6.000	6.000	18.000	Brecha 18.000
		Monitorear en territorio, en el contexto de alertas epidemiológicas, en torno a los eventos VIH/sida, ITS, hepatitis víricas B y C, ETMI plus.	2.000	2.000	2.000	6.000	Brecha 6.000
	Implementar un sistema de información estandarizado y homologado para fortalecer el monitoreo y la evaluación de la respuesta nacional al VIH/sida - ITS, hepatitis víricas B y C y coinfección Tb-VIH en la RPIS, la RPC y la red comunitaria.	Continuar con la implementación del sistema de información de vigilancia y de monitoreo, así como de evaluación estandarizado y homologado por la autoridad sanitaria para la notificación obligatoria de casos VIH/sida - ITS, hepatitis B y C y coinfección Tb-VIH y enfermedades oportunistas que integre a la RPIS, la RPC y la red comunitaria.	29.630	29.630	29.630	88.890	MSP
		Diseñar, desarrollar e implementar los módulos para el diagnóstico, la atención, el seguimiento y el control de casos de	37.786	37.786	37.786	113.358	MSP

Objetivo específico	Líneas de acción	Actividades	Presupuesto			Total (USD)	Fuentes de financiamiento
			2023 (USD)	2024 (USD)	2025 (USD)		
		VIH/sida, ITS, hepatitis B y C en la PRAS, o su equivalente, con aplicación en establecimientos de salud de la RPIS, la RPC y la red comunitaria.					
		Articular actividades con prestadores de la RPIS, la RPC y la red comunitaria para la homologación e incorporación de variables necesarias en el sistema de información en pro de la historia clínica única de PVV.	3.000	3.000	3.000	9.000	Brecha 9.000
		Desarrollar micro servicios tecnológicos para facilitar la interoperabilidad de los servicios de salud con la RPIS, la RPC y la comunitaria para implementar los módulos para el diagnóstico, la atención, el seguimiento y el control de casos de VIH/sida, ITS, hepatitis B y C apegados a la normativa vigente del MSP, aplicados por la Dirección de Tecnologías de la Información y Comunicaciones.	50.000	50.000	50.000	150.000	MSP
		Capacitar de forma continua a 200 personas del personal médico y operativo de los establecimientos de la RPIS y la RPC en el manejo de los módulos de la PRAS, o su equivalente, correspondientes a diagnóstico, atención, seguimiento y control de casos de VIH/sida, ITS, hepatitis víricas B y C, y coinfección Tb-VIH.	40.000	40.000	40.000	120.000	Fondo Mundial
		Capacitar de forma continua a promotores comunitarios en el manejo de la PRAS, o su equivalente, módulo de prevención	10.000	10.000	10.000	30.000	Fondo Mundial

Objetivo específico	Líneas de acción	Actividades	Presupuesto			Total (USD)	Fuentes de financiamiento
			2023 (USD)	2024 (USD)	2025 (USD)		
		combinada enfocados en el reporte de tamizajes VIH/sida, ITS, hepatitis B y C aplicados a la población clave.					
		Realizar el monitoreo a establecimientos de la RPIS, la RPC y la red comunitaria para verificar el uso correcto de la PRAS o su equivalente.	20.000	20.000	20.000	60.000	Fondo Mundial
		Realizar el monitoreo trimestral del PENM 2023 - 2025 con base en los indicadores trazadores para medir el cumplimiento de metas.	3.062	3.062	3.062	9.186	Brecha 19.186
		Diseñar y ejecutar un plan de difusión y uso de la información que incluya: informes anuales sobre la situación de la respuesta al VIH/sida - ITS y hepatitis B y C; y calendario de entrega de informes GAM, MEGAS y FM.	4.000	0	0	4.000	Brecha 4.000
	Elaborar una agenda de investigación en VIH/sida - ITS, hepatitis víricas B y C y coinfección Tb-VIH para mejorar la respuesta nacional con base en evidencia.	Definir temas de investigación prioritarios para que se incluyan en una agenda de investigaciones en VIH/sida-ITS, hepatitis B y C y coinfección Tb-VIH como, por ejemplo: la situación del VIH en pueblos y nacionalidades, en usuarios de drogas y en población en situación de movilidad humana; adherencia y resistencia al TARV; prevalencia y vigilancia epidemiológica de hepatitis B y C; estigma y discriminación; vigilancia centinela en GPC y prácticas de riesgo; gestión de la respuesta al VIH/sida - ITS.	7.595	7.595	7.595	22.785	Brecha 22.785

Objetivo específico	Líneas de acción	Actividades	Presupuesto			Total (USD)	Fuentes de financiamiento
			2023 (USD)	2024 (USD)	2025 (USD)		
Vigilar el entorno epidemiológico alrededor de los eventos VIH/sida, ITS, hepatitis víricas B y C.		Situación del VIH/sida en pueblos y nacionalidades del Ecuador.	0	70.000	0	70.000	Brecha 70.000
		Uso de preservativo en población general.	50.000	0	0	50.000	Brecha 50.000
		Estimaciones de tamaño de población clave (PTS-HSH-usuarios de drogas-PTF-PPL).	0	150.000	0	150.000	Brecha 150.000
		Prevalencia de VIH en grupos de población clave (PTS-HSH-usuarios de drogas-PTF-PPL).	0	400.000	0	400.000	Brecha 400.000
		Uso de preservativo en grupos de población clave (PTS-HSH-usuarios de drogas-PTF-PPL) y PVV.	50.000	0	0	50.000	Brecha 50.000
		Cobertura de los programas de prevención del VIH en población clave (PTS-HSH-usuarios de drogas-PTF-PPL) y PVV.	0	70.000	0	70.000	Brecha 70.000
		Situación y prácticas seguras de inyección entre personas que se inyectan drogas (agujas y jeringas).	0	70.000	0	70.000	Brecha 70.000
		Adherencia y resistencia al TARV y reporte de farmacovigilancia incluyendo el seguimiento de PVV con pruebas de resistencia.	0	70.000	0	70.000	Brecha 70.000
		Prevalencia y vigilancia epidemiológica de hepatitis B y C.	0	200.000	0	200.000	Brecha 200.000
		Implementar el estudio nacional de prevalencia de hepatitis B y C.	300.000	0	0	300.000	Brecha 300.000
		Implementar el estudio de prevalencia de hepatitis B y C en una localidad de Sarayacu.	20.000	0	0	20.000	MSP
		Identificar la proporción de PVV que llega al	30.000	0	0	30.000	Brecha

Objetivo específico	Líneas de acción	Actividades	Presupuesto			Total (USD)	Fuentes de financiamiento
			2023 (USD)	2024 (USD)	2025 (USD)		
		servicio de salud en enfermedad avanzada por el VIH.					30.000
		Vigilar la morbilidad y la mortalidad hospitalaria por sida, hepatitis B y C, hepatocarcinoma y sífilis.	30.000	0	0	30.000	Brecha 30.000
	Evaluar los resultados de las estrategias de vigilancia epidemiológica implementadas en torno a los eventos VIH/sida, ITS, hepatitis víricas B y C, coinfección Tb/VIH en la RPIS, la RPC y las OSC.	Presentar el informe anual de resultados y análisis integral de indicadores de vigilancia epidemiológica con la participación de actores locales y representantes de la RPIS, la RPC y las organizaciones de sociedad civil.	7.000	7.000	7.000	21.000	Brecha 21.000
	Coordinar con los subsistemas de vigilancia epidemiológica de enfermedades de notificación obligatoria dentro del MSP (Tuberculosis-Chagas-Muerte Materna y Neonatal entre otras) y sistemas de vigilancia propios de la RPIS dentro de los que se considere también a los bancos de sangre.	Realizar reuniones semestrales de trabajo para definir el flujo de información y lograr la interoperabilidad e integración de los sistemas de vigilancia epidemiológica del MSP, RPIS, RPC y bancos de sangre.	5.000	5.000	5.000	15.000	Brecha 15.000
	Identificar el apareamiento de nuevos eventos con potencial epidémico, enfermedades emergentes - reemergentes y catástrofes	Realizar reuniones de coordinación con las instancias pertinentes para planificar y dar respuesta a PVV, GPC y sus cuidadores, ante la presencia de nuevos eventos con potencial epidémico, enfermedades	2.000	2.000	2.000	6.000	Brecha 6.000

Objetivo específico	Líneas de acción	Actividades	Presupuesto			Total (USD)	Fuentes de financiamiento
			2023 (USD)	2024 (USD)	2025 (USD)		
	naturales.	emergentes - reemergentes y catástrofes naturales, a fin de solventar de manera oportuna los requerimientos adicionales y prioritarios en el marco de los eventos VIH/sida, ITS, hepatitis B y C.					
4.2 Fortalecer la coordinación multisectorial para la respuesta al VIH amparada en el nuevo modelo de gestión del CEMSIDA.	Fortalecer el liderazgo multisectorial del CEMSIDA.	Implementar el nuevo modelo de gestión del CEMSIDA.	25.000	25.000	25.000	75.000	Brecha 75.000
		Elaborar e implementar el plan estratégico, el plan operativo anual y el plan de monitoreo y evaluación del CEMSIDA.	2.552	2.552	2.552	7.656	Brecha 7.656
		Monitorear el cumplimiento de las responsabilidades y los compromisos de los actores multisectoriales para la implementación del plan operativo anual del CEMSIDA en función de sus competencias en la respuesta al VIH/sida - ITS.	2.532	2.532	2.532	7.596	Brecha 7.596
4.3 Mejorar la articulación de la RPIS, de la RPC y la red comunitaria para fortalecer la gobernanza de la respuesta al VIH/sida - ITS.	Implementar el modelo de gestión para la atención integral en VIH/sida – ITS y otras enfermedades crónicas transmisibles en la RPIS, la RPC y la red comunitaria. Dar seguimiento al cumplimiento de la normativa relacionada con el VIH/sida - ITS expedida por la autoridad sanitaria en la RPIS, la RPC y la comunitaria.	Actualizar la cartera de servicios del VIH por niveles de atención, con énfasis en el comunitario, con base en las guías de atención para fortalecer la prevención, la vinculación, la adherencia a la TARV y el seguimiento de PVV.	12.631	0	0	12.631	Brecha 12.631
		Actualizar y difundir la normativa del VIH, hepatitis víricas B y C y coinfección Tb-VIH a la RPIS, la RPC y la red comunitaria para su obligatoria aplicación dando seguimiento y apoyo técnico permanente para su fiel cumplimiento.	128.328	128.328	128.328	384.984	Brecha 384.984
		Fortalecer la articulación de la RPIS, RPC y red comunitaria para garantizar la	3.500	0	0	3.500	Brecha 3.500

Objetivo específico	Líneas de acción	Actividades	Presupuesto			Total (USD)	Fuentes de financiamiento
			2023 (USD)	2024 (USD)	2025 (USD)		
		promoción y la prevención de la salud en GPC y población en general.					
		Fortalecer la articulación de la RPIS, RPC y comunitaria para garantizar la atención integral a las PVV.	3.500	0	0	3.500	Brecha 3.500
		Definir políticas, planes y proyectos de respuesta integral a cada enfermedad o problema de salud pública y fomentar el control social.	2.000	0	0	2.000	Brecha 2.000
		Promover la participación de la ciudadanía en los sistemas de protección y control social en VIH/sida-ITS.	2.000	0	0	2.000	Brecha 2.000
		Establecer los mecanismos de coordinación con la sociedad civil con base en la normativa aplicable para los servicios comunitarios del VIH.	4.516	4.516	4.516	13.548	Brecha 13.548
	Desarrollar alianzas estratégicas entre las instituciones de la RPIS para la compra agregada de medicamentos, dispositivos médicos e insumos de laboratorio para el VIH/sida - ITS y enfermedades oportunistas con base en la normativa vigente.	Suscribir un acuerdo entre el MSP, el IESS, el ISSFA y el ISSPOL para realizar la compra conjunta de medicamentos, dispositivos médicos e insumos de laboratorio para VIH/sida-ITS y enfermedades oportunistas con base en las normas de atención del VIH/sida - ITS aprobadas por la autoridad sanitaria nacional.	27.901	0	0	27.901	Brecha 27.901
	Investigar el uso y la evaluación de nuevas tecnologías para fortalecer la	Identificar tecnologías novedosas para fortalecer la prevención combinada y la atención integral al VIH/sida - ITS y analizar	7.578	7.578	7.578	22.734	Brecha 22.734

Objetivo específico	Líneas de acción	Actividades	Presupuesto			Total (USD)	Fuentes de financiamiento
			2023 (USD)	2024 (USD)	2025 (USD)		
	respuesta nacional al VIH/sida - ITS.	la factibilidad de implementación en el Ecuador.					
4.4 Mejorar el financiamiento y la eficiencia del gasto en VIH/sida - ITS mediante una planificación estratégica centrada en las prioridades de la respuesta nacional.	Dar seguimiento a la planificación del gasto y asegurar el financiamiento del PENM para la respuesta nacional al VIH/sida - ITS.	Identificar brechas y nuevas fuentes de financiamiento para asegurar los fondos para la transición y la sostenibilidad de la respuesta nacional al VIH/sida - ITS plasmada en el plan estratégico y los planes operativos anuales.	1.914	1.914	1.914	5.742	Brecha 5.742
		Fomentar la planificación centrada en prioridades con base en metodologías como la contratación basada en actividades y la contratación social.	3.062	3.062	3.062	9.186	Brecha 9.186
		Implementar el proyecto piloto de contratación social para fortalecer la respuesta al VIH/sida - ITS en el ámbito comunitario.	75.000	75.000	75.000	225.000	Fondo Mundial dependiendo de las eficiencias
		Dar seguimiento a la ejecución presupuestaria y al financiamiento para la respuesta nacional al VIH/sida - ITS.	4.593	4.593	4.593	13.779	Brecha 13.779
		Total	1'088.680	1'523.148	493.148	3'104.976	2'277.728

Cuadro 19. Resumen del presupuesto del PENM 2023 - 2025 por línea estratégica

Línea estratégica	Presupuesto MSP	Presupuesto Fondo Mundial	Total	Presupuesto financiado	Brecha de presupuesto
Línea 1	39'540.801	2'610.846	42'151.647	10'382.271	31'769.376
Línea 2	45'471.408	2'890.775	48'362.183	48'080.384	281.799
Línea 3	2'352.745	49.143	2'401.888	248.418	2'153.470
Línea 4	2'779.976	455.000	3'234.976	807.248	2'427.728
Total	90'144.930	6'005.764	96'150.694	59'518.321	36'632.373

CAPÍTULO III.- PROGRAMACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN

6 ARTICULACIÓN CON LOS INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN

6.1 Agenda 2030 – Objetivos de Desarrollo Sostenible

Los objetivos del PENM 2023 – 2025 se alinean a la meta 3 del objetivo número 3, sobre salud y bienestar, de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), la misma que establece como metas para el año 2030, poner fin a las epidemias de sida, tuberculosis, malaria y enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.

6.2 Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018 – 2030

El PENM 2023 – 2025 se alinea con el objetivo 10 de la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018 – 2023: Reducir la carga de las enfermedades transmisibles y eliminar las enfermedades desatendidas. El propósito de este objetivo es reducir la mortalidad, la morbilidad y el estigma asociados con algunas de las enfermedades transmisibles y desatendidas más devastadoras del mundo, que exacerban la mala salud, la pobreza y las inequidades en la Región de las Américas. En el contexto del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, las intervenciones eficaces para prevenir, controlar, tratar y eliminar estas enfermedades se extienden más allá del sector de la salud y abarcan otros sectores, como el de la educación, el del agua y el saneamiento, así como del trabajo, e intentan llegar a poblaciones en condiciones de vulnerabilidad para abordar los determinantes sociales de la salud subyacentes. Pone énfasis en lo siguiente: la infección por el VIH/sida y las infecciones de transmisión sexual; las hepatitis virales; la tuberculosis; las enfermedades transmitidas por vectores (malaria, dengue, zika, chikunguña, fiebre amarilla, enfermedad de Chagas); las enfermedades desatendidas, tropicales y zoonóticas; las enfermedades prevenibles mediante vacunación; la vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos; y la inocuidad de los alimentos (riesgos biológicos y químicos). Por su parte, las metas asociadas con el PENM 2023 – 2025 son: Poner fin a la epidemia de la infección por el sida (meta 3.3 de los ODS); poner fin a la epidemia de la tuberculosis (adaptación de la meta 3.3 de los ODS); y eliminar la transmisión vertical (materno-infantil) del VIH y la sífilis congénita (meta de impacto 8.1 del Plan Estratégico de la OPS).

6.3 Agenda específica de respuesta al VIH en Ecuador (ONUSIDA - CEMSIDA)

Bajo el liderazgo y rectoría del MSP, el CEMSIDA agrupa a los actores de instituciones públicas, privadas, de la sociedad civil y de la cooperación internacional relacionadas con la respuesta multisectorial al VIH/sida, en el marco de los compromisos internacionales definidos por UNUSIDA y asumidos por el país, de poner fin al sida en el año 2030. En este proceso, el CEMSIDA lidera el cumplimiento del PENM 2023 – 2025 a fin de lograr que los indicadores y metas del país sean: que al año 2025 el 95% de PVV conozca su estado serológico del VIH, que el 95% de PVV que conoce de su estado serológico reciba tratamiento y que el 95% de PVV que está en tratamiento se encuentre con carga viral indetectable.

6.4 Plan Nacional de Desarrollo – Plan de Creación de Oportunidades 2021 – 2025

El presente PENM para la respuesta al VIH/sida- ITS 2023 - 2025 será el principal instrumento de política pública de salud mediante el cual se definen los principales objetivos y estrategias que guiarán a los actores públicos y privados al nivel nacional y territorial para lograr una respuesta eficaz frente al VIH/sida - ITS y las hepatitis víricas B y C. En este sentido, está alineado con los principales compromisos que el país mantiene en materia de salud, tanto en el ámbito internacional como regional y nacional que se mencionan a continuación:

Ecuador, como suscriptor de las declaraciones políticas de la Organización de las Naciones Unidas, ha enfocado sus políticas nacionales y sectoriales para dar respuesta al VIH/sida. Entre los compromisos adquiridos están: la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita, el mejoramiento del acceso a los servicios de educación sexual integral y la reducción de daños, reforzando la atención a las mujeres, a las personas jóvenes, adolescentes y a las poblaciones clave, incluyendo personas privadas de libertad y usuarios de drogas, así como personas en situación de movilidad humana.

El Plan Nacional de Desarrollo es una herramienta de planificación para el desarrollo nacional que sirve de guía para la formulación de políticas, programas y proyectos públicos, así como para programar, formular y ejecutar el presupuesto general del Estado. Así, el artículo 3 de la CRE estipula que el Estado deberá planificar el desarrollo nacional, erradicar la pobreza, promover el desarrollo sustentable y la redistribución equitativa de los recursos y la riqueza.

Así el objetivo 6 del PND 2021 - 2025 que apunta a garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad, establece en la política 6.1 mejorar las condiciones para el ejercicio del derecho a la salud de manera integral, abarcando la prevención y promoción, enfatizando la atención a mujeres, niñez y adolescencia, adultos mayores, personas con discapacidad, personas LGBTI+ y todos aquellos en situación de vulnerabilidad y en la meta 6.1.5. busca incrementar las personas que conocen su estado serológico y se encuentran en tratamiento para el VIH del 89% al 92%.

El Plan Decenal de Salud 2022 - 2031 señala en su objetivo 10, meta 5 la prioridad para detener la transmisión de las hepatitis virales y acelerar la reducción de las infecciones crónicas y las muertes por hepatitis a fin de eliminar las hepatitis virales como problema importante de salud pública en la región de las Américas.

El PENM se alinea de la siguiente manera al Plan de Creación de Oportunidades 2021-2025.

- En el Eje Social, Objetivo 6: Garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad. El objetivo 6 del Plan de Creación de Oportunidades 2021-2025, se basa en una visión de salud integral, inclusiva y de calidad, a través de políticas públicas concernientes a hábitos de vida saludable, salud sexual y reproductiva, DCI, superación de adicciones y acceso universal a vacunas.
- En Políticas: Mejorar las condiciones para el ejercicio del derecho a la salud de manera integral, abarcando la prevención y promoción, enfatizando la atención a mujeres, niñez y adolescencia, adultos mayores, personas con discapacidad, personas LGBTI+ y todos aquellos en situación de vulnerabilidad.
- Refiere su Meta: 6.1.5 Incrementar el número de personas que conocen su estado serológico y se encuentran en tratamiento para VIH del 89% al 92%.

7 SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

La epidemia del VIH/sida tiene varias facetas que trascienden el ámbito de la salud y la enfermedad. Los problemas sociales, económicos y políticos que derivan de los efectos del VIH sobre las personas, las familias y las comunidades no pueden y no deben abordarse tan solo desde la perspectiva de la atención de salud. En consecuencia, es necesario analizar los problemas desde varios ángulos y plantear soluciones integrales que involucren los diferentes elementos sustanciales de una respuesta nacional al VIH/sida. Por tanto, el tener una instancia multisectorial e interdisciplinaria es primordial para definir las líneas estratégicas de la política pública para el diseño, implementación, evaluación y financiamiento de la respuesta nacional al VIH.

El monitoreo y la evaluación del PENM 2023 - 2025 es fundamental para medir el desempeño de las actividades realizadas y el cumplimiento de los objetivos y las metas establecidas, así como para efectuar los ajustes que se requieran durante su implementación. De esta manera, se podrá dar seguimiento a las acciones multisectoriales de la respuesta nacional al VIH/sida - ITS y medir el avance hacia las metas 95-95-95 que son el compromiso inmediato para 2025.

El realizar el monitoreo y la evaluación del PENM, a escala nacional y local, es responsabilidad del MSP, a través de la ENVIH, en coordinación con el CEMSIDA. La ENVIH efectuará la recolección, el procesamiento y el análisis de los datos requeridos para medir los indicadores. Se requerirá el aporte de información de fuentes diversas de los sectores público y privado, así como de la cooperación internacional.

El indicador general de impacto para medir el cumplimiento del PENM 2023 - 2025 será que al año 2025 el 95% de PVV conoce su estado serológico, que el 95% de PVV que conoce de su estado recibe tratamiento y que el 95% de PVV que está en tratamiento se encuentra con carga viral indetectable.

Por otra parte, los indicadores de efecto para cada una de las líneas estratégicas son los siguientes:

Cuadro 20. Indicadores de monitoreo y evaluación del PENM 2023 - 2025

Líneas estratégicas	Indicadores al 2025
I. Asegurar la promoción de la salud y la prevención del VIH/sida-ITS.	<ul style="list-style-type: none"> • 75% de PVV, PTS, PPL reportan haber usado preservativo en su última relación sexual. • 100% de mujeres embarazadas con el VIH que reciben TARV para PTMI.
II. Asegurar la atención integral con el tratamiento antirretroviral oportuno al VIH, enfermedades oportunistas y otras ITS.	<ul style="list-style-type: none"> • 95% de adultos y niños que reciben TARV entre todas las PVV.
III. Garantía de derechos humanos y la prevención del estigma y la discriminación en las PVV y los grupos de población clave.	<ul style="list-style-type: none"> • 95% de PVV nunca han experimentado discriminación al buscar atención de salud.
IV. Fortalecer la respuesta nacional al VIH/sida - ITS en gobernanza, financiamiento y sistemas de información.	<ul style="list-style-type: none"> • 0,1% del gasto público se dedica a la respuesta nacional multisectorial al VIH.

Cuadro 21. Indicadores de monitoreo y evaluación del PENM 2023 - 2025

Objetivos Específicos	Indicador	Línea de base	Metas		
			2023	2024	2025
1.1. Asegurar el acceso de la población general, los GPC (HSH, MTF, PTS, PPL), las mujeres y la población joven a las acciones de promoción de la SSR y la prevención de la transmisión del VIH/ITS.	Incidencia anual (número) de casos VIH positivos entre los donantes voluntarios de sangre de la Cruz Roja.	Por definir	Por definir	Por definir	Por definir
	Porcentaje de hombres y mujeres de GPC que tuvieron más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y reportaron haber utilizado condón en su última relación sexual.	HSH: 58,9% PTS: 87% MTF: 87% U de Cuenca 2021	HSH: 60% PTS: 90% MTF: 90%	HSH: 65% PTS: 92% MTF: 92%	HSH: 70% PTS: 95% MTF: 95%
1.2. Implementar la estrategia nacional para la eliminación de la transmisión materno infantil (ETMI-Plus) de VIH y sífilis.	Tasa de transmisión materno infantil del VIH.	1,85% 2021	1,70%	1,60%	1,27%
	Porcentaje de gestantes con diagnóstico de VIH que reciben TARV para reducir el riesgo de la transmisión materno-infantil.	331 = 60% (2021 solo MSP)	100%	100%	100%
	Porcentaje de gestantes tamizadas para el VIH.	Por definir	100%	100%	100%
1.3. Asegurar el acceso a los servicios de diagnóstico, prevención y atención de VIH e ITS a los GPC (HSH, MTF, PTS, PPL), mujeres y población adolescente y joven para cortar la cadena de transmisión del VIH/ITS.	Porcentaje de personas de poblaciones clave que se han hecho la prueba de VIH en los últimos 12 meses y conocen sus resultados.	HSH: 38% MTF: 40% 2021	85%	90%	95%
	Porcentaje de HSH y MTF cubiertos por programas de prevención del VIH (paquetes definidos de servicios: entrega de preservativos y lubricantes).	HSH: 79% MTF: 73% 2021	Por definir	Por definir	Por definir
	Número de personas que recibieron PrEP por lo menos una vez durante el período de notificación, considerado en el GAM.	Por definir	Por definir	Por definir	Por definir
2.1. Incrementar el acceso al diagnóstico temprano de VIH asegurando la confidencialidad, calidad y vinculación al sistema.	Porcentaje de PVV que conocen su estado serológico.	85% 2021	90%	92%	95%
2.2. Mejorar la calidad de los servicios de atención en VIH aplicando la guía de atención integral para PVV.	Porcentaje de nuevos diagnósticos que reciben atención y tratamiento.	85% 2021	90%	92%	95%
	Porcentaje de adultos, niños y GPC que reciben TARV entre todas las PVV.	87% 2021	90%	92%	95%

2.3. Asegurar la adherencia al tratamiento antirretroviral y de enfermedades oportunistas y el manejo de los efectos secundarios.	Porcentaje de PVV con carga viral suprimida.	66% 2021	85%	90%	95%
3.1. Garantizar mecanismos para la promoción, el respeto y la tutela efectiva de los DD.HH. de las PVV, sus familiares o cuidadores y los GPC.	Porcentaje de PVV que reportan haber perdido su empleo o fuente de ingreso debido a su condición durante los últimos 12 meses.	38% 2011	25%	22%	20%
3.2. Reducir el estigma y la discriminación de las PVV, sus familiares o cuidadores y los GPC.	Porcentaje de PVV que reportan haber perdido su empleo o fuente de ingreso debido a su condición durante los últimos 12 meses.	38% 2011	25%	22%	20%
3.3. Identificar los determinantes que afectan la garantía de derechos de PVV y GPC en pueblos y nacionalidades y personas que consumen drogas.	Estudio para identificar los determinantes que afectan la garantía de derechos en PVV y GPC con énfasis en la situación que existe en los pueblos y nacionalidades y las personas que consumen drogas para desarrollar estrategias específicas de prevención y control del estigma y la discriminación realizado.	Por definir	Por definir	Por definir	Por definir
4.1. Fortalecer los medios de información estratégicos de salud para la vigilancia, la investigación, el seguimiento y el control oportuno del VIH/sida - ITS.	Número de investigaciones relacionadas con el VIH/sida - ITS realizadas en el Ecuador.	Por definir	Al menos 3 Investigaciones realizadas	Al menos 3 Investigaciones realizadas	Al menos 3 Investigaciones realizadas
4.2. Fortalecer la coordinación multisectorial para la respuesta al VIH amparada en el nuevo modelo de gestión del CEMSIDA.	Reporte anual conjunto sobre la respuesta al VIH presentado por CEMSIDA a las autoridades nacionales y a la colectividad.	1 reporte GAM 2019	1	1	1
4.3. Fortalecer la articulación de la RPIS y red complementaria, comunitaria, para garantizar la atención integral a las PVV.	Gasto total sectorial dedicado a la respuesta al VIH ejecutado.	85% MSP 2022	90%	90%	90%
4.4. Mejorar la eficiencia del gasto en VIH/sida - ITS mediante una planificación estratégica centrada en las prioridades de la respuesta nacional.	Gasto total sectorial dedicado a la respuesta al VIH ejecutado.	85% MSP 2022	90%	90%	90%

8 Abreviaturas

ACHPE	Asociación de Clínicas y Hospitales Privados del Ecuador
AME	Asociación de Municipalidades del Ecuador
APS	Atención primaria de salud
ARV	Antirretroviral
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
CAP	Conocimiento, actitudes y prácticas
CEMSIDA	Comité Ecuatoriano Multisectorial del Sida
CEPVVS	Coalición Ecuatoriana de Personas que Viven con VIH/sida
CES	Consejo de Educación Superior
CIDH	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
CONGOPE	Consortio de Gobiernos Autónomos Provinciales del Ecuador
CRE	Constitución de la República del Ecuador
DCPI	Dirección de Contratación Pública
DDHH	Derechos Humanos
DNAI	Dirección Nacional de Atención Integral
DNARP	Dirección Nacional de la Articulación de la Red Pública y Complementaria
DNTH	Dirección Nacional de Talento Humano
DNAMOBES	Dirección Nacional de Abastecimiento de Medicamentos, Dispositivos Médicos y otros Bienes Estratégicos en Salud
DNEPCENT	Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades no Transmisibles, Salud Mental y Fenómeno Socio Económico de las Drogas
DNH	Dirección Nacional de Hospitales
DNESSS	Dirección Nacional de Economía de la Salud y Sostenibilidad del Sistema
DTIC	Dirección de Tecnologías de la Información y Comunicaciones
DNPNSM	Dirección Nacional de Políticas Normatividad y Modelamiento de la Salud
DNPS	Dirección Nacional de Promoción de la Salud
DNEAIS	Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información del Sistema Nacional de Salud
DNSIE	Dirección Nacional de Salud Intercultural y Equidad
DNDHGI	Dirección Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
ENTb	Estrategia Nacional de Tuberculosis
ETMI Plus	Iniciativa para la eliminación de la transmisión materno infantil de la infección por el VIH, la sífilis, la enfermedad de Chagas y la infección perinatal por el virus de la hepatitis B
ENVIH	Estrategia Nacional de VIH/sida-ITS
FM	Fondo Mundial
GAM	Monitoreo global del sida
GPC	Grupos de población clave
HSH	Hombres que tiene sexo con hombres
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
INSPI	Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública
ISSFA	Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas
ISSPOL	Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional
ITS	Infecciones de transmisión sexual
MAIS	Modelo de atención integral, familiar, comunitario e intercultural
MCP	Mecanismo de Coordinación de País

M&E	Monitoreo y Evaluación
ME	Ministerio de Educación
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MEGAS	Medición del gasto en sida
MDT	Ministerio de Trabajo
MSP	Ministerio de Salud Pública
MTF	Mujeres transfemeninas
MTS	Mujeres que ejercen el trabajo sexual
OBC	Organizaciones de base comunitaria
OEA	Organización de Estados Americanos
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
OMS	Organización Mundial de Salud
ONG	Organización no Gubernamental
ONU	Organización de las Naciones Unidas
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/sida
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
OSC	Organizaciones de la sociedad civil
PAISRA	Proyecto para el Abordaje Integral de la Salud Sexual y Salud Reproductiva en Adolescentes
PENM	Plan Estratégico Nacional Multisectorial del VIH/sida
PEP	Profilaxis posterior a la exposición
PGE	Presupuesto General del Estado
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PPL	Persona privada de la libertad
PRAS	Plataforma de registro de atención en salud
PrEP	Profilaxis previa a la exposición
PTMI	Prevención de la transmisión materno infantil
PTS	Personas que ejercen el trabajo sexual
PTT	Plan de trabajo para la transición
PVV	Personas que viven con el VIH
REDNALAC	Red Nacional de Laboratorios de Análisis Clínico
RPIS	Red pública integral de salud
RPC	Red privada complementaria
SECOM	Secretaría de Comunicación
Sida	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SENESCYT	Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia y Tecnología
SPD	Sistema de protección de derechos a las personas afectadas por el VIH
SNP	Secretaría Nacional de Planificación
SSR	Salud sexual y reproductiva
TARV	Terapia antirretroviral
Tb	Tuberculosis
TPT	Tratamiento preventivo para tuberculosis
UAI	Unidad de atención integral de VIH
UNODC	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
VHB	Virus de la hepatitis B
VHC	Virus de la hepatitis C
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana

9 Referencias

1. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Plan Estratégico Nacional Multisectorial para la respuesta al VIH/sida e ITS. Dir Nac Políticas y Model del Sist Nac Salud. 2018;(8.5.2017).
2. Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/sida. Período extraordinario de sesiones de la asamblea general de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. 2001; Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/aidsdeclaration_es_0.pdf
3. General LA. 70ma Asamblea General de las Naciones Unidas [Internet]. Vol. 4, ONU. 2016. p. 1-8. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2016/10751.pdf>
4. UNAIDS. On the to end AIDS. Asamblea de las Naciones Unidas para lucha contra el sida. Switzerland: Organización de Naciones Unidas; 2016.
5. Constitución de la Republica del Ecuador [Internet]. Vol. 449, Asamblea Constituyente del Ecuador. Montecristi, Manabí; p. 1-136. Disponible en: https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf
6. Congreso Nacional del Ecuador. La Ley N° 2000-11 para la Prevención y Asistencia Integral del VIH/sida [Internet]. Quito: Congreso Nacional del Ecuador; 2000. p. 3-6. Disponible en: https://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p_lang=es&p_isn=111075&p_country=ECU&p_count=416#:~:text=Crea el Instituto Nacional del,de fallecimiento por esta causa.
7. Congreso Nacional del Ecuador. LEY ORGÁNICA DE SALUD. Quito: Congreso Nacional del Ecuador; 2006.
8. Asamblea Nacional del Ecuador. LEY PARA PREVENIR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES [Internet]. Quito; 2018. p. 56. Disponible en: <http://www.defensoria.gob.pe>
9. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. Plan nacional de desarrollo 2021-2025 [Internet]. Vol. 1, Lexis. Quito: Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo; 2021. p. 1-84. Disponible en: <http://encontremonos.planificacion.gob.ec/>
10. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Plan Decenal de Salud 2022 - 2031. Quito: Viceministerio de Gobernanza; 2021. p. 1-14.
11. Secretaria Nacional de Planificacion E. Plan de Creación de Oportunidades 2021-2025 [Internet]. Plan de Creación de Oportunidades 2021-2025. Quito; 2021. p. 43-48-85-90. Disponible en: <file:///C:/Users/PC-CARO/Documents/Plan-de-Creación-de-Oportunidades-2021-2025-Aprobado.pdf%0Ahttps://observatorioplanificacion.cepal.org/es/planes/plan-nacional-de-desarrollo-2017-2021-toda-una-vida-de-ecuador>
12. Consejo Nacional para la Igualdad de Género. Agenda nacional de las mujeres y personas LGBTI 2018-2021 [Internet]. Quito: Consejo Nacional para la Igualdad de Género; 2018. p. 1-288. Disponible en: https://www.igualdadgenero.gob.ec/wp-content/uploads/2018/11/Agenda_ANI.pdf
13. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Acuerdo Ministerial 1083 - Creación CEMSIDA [Internet]. Vol. 593. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador;

2011. 2-4 p. Disponible en: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/ACUERDO+0002+TOMO 03+2011+20191028+0158.pdf>
14. Organización Mundial de la Salud. 67^a Asamblea Mundial de la Salud resolución WHA67.6, hepatitis [Internet]. Ginebra; 2014. p. 1-7. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R6-SP.pdf?ua=1
 15. OMS. Prevención y control de las hepatitis virales: Marco para la acción mundial [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2012. p. 2-25. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/130014/WHO_HSE_PED_HIP_GHP_2012.1_spa.pdf?sequence=1%0Awww.who.int/topics/hepatitis
 16. UNAIDS. Combination HIV Prevention: Tailoring and Coordinating Biomedical, Behavioural and Structural Strategies to Reduce New HIV Infections [Internet]. Unaid. Ginebra: ONUSIDA; 2010. p. 36. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2007_Combination_Prevention_paper_en_0.pdf
 17. OIM Organización Internacional para las Migraciones. Módulo II: Movilidad humana [Internet]. Gestión fronteriza integral en la subregión andina. Lima: OIM; 2012. p. 112. Disponible en: http://www.oimperu.org/oim_site/documentos/Modulos_Fronteras_Seguras/Modulo1.pdf
 18. OPS/OMS. Discapacidad - OPS-OMS [Internet]. Ginebra: OPS/OMS; 2023. p. 1-20. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/discapacidad>
 19. ONU MUJERES. Guía sobre el enfoque de igualdad de género y derechos humanos en la evaluación [Internet]. Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. San José, Costa Rica; 2017. 4-37 p. Disponible en: https://lac.unwomen.org/sites/default/files/FieldOfficeAmericas/Documentos/Publicaciones/2017/06/Guide_2_-_MIDEPLAN-compressed.pdf
 20. Fondo de Población de las Naciones Unidas. El enfoque basado en los derechos humanos Publicaciones Recursos [Internet]. 1948. p. 1-4. Disponible en: <https://www.unfpa.org/es/el-enfoque-basado-en-los-derechos-humanos>
 21. Ríos Bellagamba L. Qué es la interseccionalidad y por qué te importa saberlo [Internet]. Banco Interamericano de Desarrollo. 2022 [citado el 10 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://blogs.iadb.org/igualdad/es/que-es-interseccionalidad/>
 22. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. MANUAL DEL MODELO DE ATENCION INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL [Internet]. MSP. MSP; OPS, editor. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador; 2012. Disponible en: https://www.hgdc.gob.ec/images/DocumentosInstitucionales/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf
 23. Ministerio de Salud Pública Ecuador. Asesoría en salud sexual y reproductiva Manual [Internet]. Quito-Ecuador: Ministerio de Salud Pública del Ecuador; 2017. Disponible en: [https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/7503asesoria ss.pdf](https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/7503asesoria%20ss.pdf)
 24. Velez FTR. Boletín Anual de VIH / sida Ecuador - 2021 Estrategia Nacional de VIH / sida-ITS [Internet]. Quito: MSP/DNEPCET; 2022. Disponible en: www.msp.gob.ec

25. Leiva-Suero LE, Quishpe-Jara G de las M, Hernández-Navarro EV. Epidemiology of HIV infection in Ecuador. Medwave [Internet]. el 28 de febrero de 2020;20(S1):eCS28-eCS28. Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/ResumenesCongreso/CS2020/IVConIntInvestCS2020/CS28.act>
26. Infecci TDELA, Vih POREL. Transición Hacia Los Nuevos Antirretrovirales En Los Programas Contra El Vih: Consideraciones Clínicas Y Programáticas [Internet]. Ginebra: OPS/OMS; 2017. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51822/OPSCDE18048_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
27. SPD. SISTEMA DE PROTECCIÓN DE DERECHOS DE PERSONAS AFECTADAS POR EL VIH [Internet]. 2023. Disponible en: <https://spdecuador.org/web/>
28. Vásconez JF, Xavier F. Informe del estudio de medición de gasto en la respuesta al VIH, Ecuador 2016 - 2020. Quito: Ministerio de Salud Pública - ONUSIDA; 2022.
29. ONUSIDA. Datos de país: Ecuador 2021 [Internet]. ONUSIDA. 2022. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/ecuador>
30. Acurio, D; Sotomayor, A; Gómez, A; Betauncurt, Z; Acurio E. PREVALENCIA DE VIH E ITS EN HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES (HSH), MUJERES TRANS (MTF) Y TRABAJADORAS/ES SEXUALES (TS), EN SEIS PROVINCIAS DEL ECUADOR: PICHINCHA, GUAYAS, AZUAY, ESMERALDAS, EL ORO Y MANABÍ - 2021. Vol. 3. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2021. p. 6.
31. Velez F, Tobar R, Lizano E. Boletín anual Situación actual de la epidemia de VIH - Ecuador 2022. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador; 2022.
32. Velez F, Tobar R. Boletín Anual de VIH / sida 2020. Estrategia Nacional de VIH/sida-ITS. Quito; 2021.
33. INEC. Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo 2021 [Internet]. Quito: Instituto Nacional de Estadística y Censos; 2021. p. 1-46. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/EMPLEO/2021/Marzo-2021/202103_Mercado_Laboral.pdf
34. FMI. Fondo Monetario Internacional [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.imf.org/en/Countries/ECU>
35. El Comercio. La deuda del Ecuador llegó al 65,33% del PIB en el 2020. el 21 de enero de 2021; Disponible en: <https://www.elcomercio.com/actualidad/mundo/deuda-ecuador-pib-2020-finanzas.html>
36. Observatorio de Gasto Público. 2020: un año de reducciones en el presupuesto para los sectores sociales. [Internet]. Observatorio de Gasto Público. 2020. Disponible en: <https://www.gastopublico.org/informes-del-observatorio/2020-un-ano-de-reducciones-en-el-presupuesto-para-los-sectores-sociales>
37. Secretaría Técnica Planifica Ecuador. El Gobierno Nacional anunció las medidas para la optimización de la función Ejecutiva del Estado. el 10 de abril de 2019; Disponible en: <https://www.planificacion.gob.ec/el-gobierno-nacional-anuncio-las-medidas-para-la-optimizacion-de-la-funcion-ejecutiva-del-estado/>
38. ONUSIDA. Datos de países latinoamericanos 2016-2020 [Internet]. ONUSIDA. 2022. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/regionscountries/countries>
39. Terán R, Araujo V, Celi A, Gómez A, Cevallos N, Suaste K, et al. Prevención,

- diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en adolescentes y adultos. [Internet]. Guía práctica Clínica Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSP]. Quito; 2019. p. 156. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/06/gpc_VIH_acuerdo_ministerial05-07-2019.pdf
40. ONUSIDA. Datos de países a nivel mundial 2016-2020 [Internet]. ONUSIDA. 2022. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/regionscountries/countries>
 41. Moreno R, Ravasi G, Avedillo P, Lopez R. Tuberculosis and HIV coinfection and related collaborative activities in Latin America and the Caribbean. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal*. 2020;44:1-9.
 42. Legido-Quigley H, Montgomery CM, Khan P, Atun R, Fakoya A, Getahun H, et al. Integrating tuberculosis and HIV services in low- and middle-income countries: a systematic review. *Trop Med Int Heal* [Internet]. febrero de 2013;18(2):199-211. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/tmi.12029>
 43. García-Fernández L, Benites C, Huamán B. Barreras para el acceso a la atención integral de las personas afectadas por la coinfección por tuberculosis y virus de inmunodeficiencia humana en Perú, 2010•2015. TT - [Access barriers to comprehensive care for people affected by tuberculosis and human. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2017;41:e23-e23. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1020-49892017000100212
 44. Ministerio de Salud Pública Ecuador. Líneas de trabajo para la propuesta de prevención y control de tuberculosis en PVV (Coinfección TB/VIH). Quito: MSP; 2021.
 45. ASTUTI DP. Plan Estratégico Nacional Multisectorial para la respuesta al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/sida e infecciones de transmisión sexual (ITS) [Internet]. Dirección Nacional de Políticas y Modelamiento del Sistema Nacional de Salud. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador; 2018. Disponible en: <http://salud.gob.ec>
 46. OPS y OMS. Promoción de la salud sexual. *Promoción la salud Sex*. 2000;49.
 47. Gesesew HA, Gebremedhin AT, Demissie TD, Kerie MW, Sudhakar M, Mwanri L. Significant association between perceived HIV related stigma and late presentation for HIV/AIDS care in low and middle-income countries: A systematic review and metaanalysis. *PLoS One*. 2017;12(3):1-16.
 48. Organización Mundial de la Salud (OMS). Diagnóstico de laboratorio de las infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana Jefe de redacción. *Organ Mund dela Salud/ Organ Panam la Salud*. 2014;167.
 49. Approach PH, On CG. Guidelines hiv prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: [Internet]. OMS. Ginebra: OMS; 2021. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/342899>
 50. Gogna M. Factores psicosociales y culturales en la prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual Psychosocial and cultural factors in the prevention and treatment of sexually transmitted diseases. *Scielo* [Internet]. 14:81-5. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/h9WvgYFqnMZNDVrFbsVs8xx/?format=pdf&lang=es>
 51. Popolo F del. Los pueblos indígenas en América (Abya Yala) Gracias por su interés en esta. cepal. cepal, editor. Santiago: Publicacion de las naciones

- unidas; 2017.
52. Roby LAB, Brito DAJ, Rivera ECS, Rosero ANA. Knowledge and perceptions linked to HIV/AIDS in shuar communities of Ecuador. *Cienc y Enferm.* 2019;25.
 53. United Nations Office on Drugs and Crime. III Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria , Informe Regional , Junio de 2017 III Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria , Informe Regional , [Internet]. Unodc. Lima - Perú: UNODC; 2017. Disponible en: http://www.prevenciondrogas.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/09/Informe_Universitarios_Ecuador_Junio_21_2017
 54. Robert B, Brown EB. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA). [Internet]. ONUSIDA. Ginebra: ONUSIDA; 2014. p. 1-14. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2686_WAD2014report_es.pdf
 55. Unidas O de las N. Asamblea General de las Naciones Unidas 76° período de sesiones [Internet]. ONU. 2021. Disponible en: <https://www.un.org/es/ga/president/76/>
 56. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Proyecciones Poblacionales [Internet]. INEC. 2020. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/proyecciones-poblacionales/>
 57. Montalvo, Andrea; Moran, Emilia; Lizano E. Estrategia Nacional para la eliminación de la transmisión Materno-infantil del virus de la inmunodeficiencia humana VIH, sífilis, hepatitis B y la enfermedad de Chagas en el Ecuador. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador; 2019.
 58. Ngure K, Ongolly F, Dolla A, Awour M, Mugwanya KK, Irungu E, et al. “ I just believe there is a risk ” understanding of undetectable equals untransmissible (U = U) among health providers and HIV-negative partners in serodiscordant relationships in Kenya. *J Int AIDS Soc* [Internet]. 2020;1-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7060133/>
 59. González-Álvarez S, Madoz-Gúrpide A, Parro-Torres C, Hernández-Huerta D, Ochoa Mangado E. Relación entre la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+ y el consumo de alcohol, asociado o no al uso de otras sustancias. Vol. 31, Adicciones. 2017.
 60. Lizano, Edison; Molina, Alejandra; Salazar M. Manual de adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador; 2023.
 61. Dirección Nacional de Economía de la Salud. Estimación de costos unitarios de la atención en salud a pacientes con VIH (Ajuste). Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador; 2022.
 62. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Defunciones generales 2021 [Internet]. INEC. 2023. Disponible en: [eyJrJloiYmM4NWZjNTktNGRIZi00NDkxLWEzOWUtYmEwNDg3NTYwMjI1IiwidCI6ImYxNTThMmU4LWNhZWmtNDQwNi1iMGFiLWY1ZTI1OWJkYTEyMiJ9](https://inec.gob.ec/eyJrJloiYmM4NWZjNTktNGRIZi00NDkxLWEzOWUtYmEwNDg3NTYwMjI1IiwidCI6ImYxNTThMmU4LWNhZWmtNDQwNi1iMGFiLWY1ZTI1OWJkYTEyMiJ9)
 63. Podzamczar D, Barros C, Berenguer J, Gutiérrez F, Iribarren JA, Miró JM, et al. Tratamiento de las infecciones oportunistas en pacientes adultos y adolescentes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana en la era del tratamiento antirretroviral de gran actividad. Recomendaciones del Grupo de Estudio del Sida (GESIDA)/Plan. *Enferm Infecc Microbiol Clin.*

- 2008;26(6):356-79.
64. UNAIDS. Cómo establecer la vigilancia dirigida por la comunidad de los servicios de VIH [Internet]. Ginebra: UNAIDS; 2021. p. 1-19. Disponible en: <https://ppqujap.files.wordpress.com/2016/05/proceso-de-polipropileno.pdf>
 65. Vulcanovic L, <https://www.facebook.com/pahowho>. OPS/OMS | Renovando la promoción de la salud en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Pan Am Heal Organ / World Heal Organ [Internet]. 2018;1-4. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14889:hp-sdgs-rio&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0
 66. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Resumen de la hoja informativa sobre los condones [Internet]. 2013. p. 1-2. Disponible en: https://www.cdc.gov/condomeffectiveness/docs/Condom_fact_Sheet_in_Brief_spanish.pdf
 67. Rojas R, de Castro F, Villalobos A, Allen-Leigh B, Romero M, Braverman-Bronstein A, et al. Comprehensive sexual education in Mexico: An analysis of coverage, comprehensiveness and continuity of contents in Mexican public and private schools. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2017;59(1):19-27. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v59n1/0036-3634-spm-59-01-00019.pdf>
 68. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [Internet]. Quito: INEC; 2018. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/ENSANUT_2018/Principales_resultados_ENSANUT_2018.pdf
 69. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres - ENVIGMU [Internet]. Quito: INEC; 2019. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Violencia_de_genero_2019/Principales_resultados_ENVIGMU_2019.pdf
 70. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial del Sector de la Salud Contra el VIH 2016-2021 [Internet]. Ginebra-Suiza: OMS; 2016. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250574/WHO-HIV-2016.05-spa.pdf>
 71. Allauca, Viviana; Salazar M. Plan de Desconcentración de Carga Viral en el MSP. Quito-Ecuador: Ministerio de Salud Pública del Ecuador; 2022. p. 0-44.
 72. Lizano, Edison; Molina, Alejandra; Salazar M. Protocolo: Profilaxis previa a la exposición frente a la infección por VIH en Ecuador [Internet]. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador; 2023. Disponible en: http://esacc.corteconstitucional.gob.ec/storage/api/v1/10_DWL_FL/eyJjYXJwZXRhIjoicm8iLCJ1dWlkIjoicjZjc0ZWZINjEtZWE0ZC00MDIILTkzOWYtNDA0MjNjNjA3MWE4LnBkZiJ9
 73. Organización de las Naciones Unidas. Resolución aprobada por la Asamblea General el 2 de junio de 2006 [Internet]. Washington: ONU; 2006. p. 1-9. Disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N05/503/35/PDF/N0550335.pdf?OpenElement>
 74. Cheng Z, Lin P, Cheng N. HBV / HIV Coinfection: Impact on the Development and Clinical Treatment of Liver Diseases. *Front Med*. 2021;8(October):1-15.

75. Bhattacharya D, Aronsohn A, Price J, Lo V, Iii R, Infectious D. Hepatitis C Guidance 2023 Update : American Association for the Study of Liver Diseases – Infectious Diseases Society of America Recommendations for Testing , Managing , and Treating Hepatitis C Virus Infection. Clin Infect Dis [Internet]. 2023;1-18. Disponible en: <https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciad319/7179952>
76. Bahadur L, Id S, Id GKY, Id SP, Sharma A. Co-infection of Hepatitis B and Hepatitis C among HIV-infected patients: A cross-sectional study from tertiary care hospital of eastern. PLoS One [Internet]. 2022;3:1-11. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0264791>
77. Geneva: World Health Organization. Guidelines for managing advanced HIV disease and rapid initiation of antiretroviral therapy. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. 2017. 1-56 p.
78. Salud CN De. Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos Décima Primera Revisión [Internet]. Dirección. Quito-Ecuador: MSP; 2022. Disponible en: <https://www.conasa.gob.ec/biblioteca-conasa/CNMB-XI/Libro-Cuadro-Medicamentos-Basicos-11a-revision-2022.pdf>
79. Ley Orgánica de Salud. Ley Orgánica de Salud del Ecuador. Plataforma Prof Investig Jurídica [Internet]. 2016;Registro O:13. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORGÁNICA-DE-SALUD4.pdf>
80. Congreso Nacional - Ley Para La Prevencion y Asistencia Integral del VIH/SIDA. Ley Para La Prevencion Y Asistencia Integral [Internet]. Vol. 58, REGISTRO OFICIAL. Quito-Ecuador: Congreso Nacional del Ecuador; 2000. p. 1-2. Disponible en: <https://www.conasa.gob.ec/wp-content/uploads/BASES-LEGALES-PDF/LEY PARA LA PREVENCION Y ATENCION INTEGRAL DEL VIH SIDA.pdf>
81. Congreso Nacional del Ecuador. Ley De Derechos Y Amparo Del Paciente. Msp [Internet]. 1995;Ley 77(Registro Oficial Suplemento 626 de Estado):4. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Normativa-Ley-de-Derechos-y-Amparo-del-Paciente.pdf>
82. Gómez M. Estudio de Caso sobre condiciones de vida, inclusión social y cumplimiento de derechos humanos de la población LGBTI del Ecuador [Internet]. INEC. Quito-Ecuador: INEC; 2013. p. 1-44. Disponible en: www.ecuadorencifras.gob.ec
83. Nieto, José; Jaramillo S. Informe sobre derechos humanos de las personas afectadas por el VIH en Ecuador [Internet]. Quito-Ecuador: Sistema de protección de derechos de las personas afectadas por el VIH en Ecuador; 2016. Disponible en: <https://repositorio.dpe.gob.ec/bitstream/39000/1207/1/CT-001-2016>
84. Salgado J. Análisis de la interpretación de inconstitucionalidad de la penalización de la homosexualidad en el Ecuador [Internet]. Quito: Universidad Simon Bolivar; 2004. p. 1-12. Disponible en: <http://www.uasb.edu.ec/padh>
85. ONUSIDA. Alianza mundial de acciones para eliminar todas las formas de estigma y discriminación relacionadas con el vih [Internet]. Ginebra: ONUSIDA; 2018. Disponible en: https://onusidalac.org/1/images/global-partnership-hiv-stigma-discrimination_es.pdf
86. ONUSIDA. Estrategia mundial contra el sida 2021-2026 acabar con las

- desigualdades. acabar con el sida. [Internet]. Ginebra-Suiza: ONUSIDA; 2021. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-strategy-2021-2026_es.pdf
87. Narváez A. NORMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE VIH / SIDA E ITS. Quito-Ecuador: Ministerio de Salud Pública del Ecuador; 2008.

10 Anexo

10.1 Fichas metodológicas de los indicadores

10.1.1 Porcentaje de hombres y mujeres de GPC que tuvieron más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y reportaron haber utilizado condón en su última relación sexual

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje (%) de hombres y mujeres de GPC que tuvieron más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y reportaron haber utilizado condón en su última relación sexual.
DEFINICIÓN	Este indicador mide el porcentaje de hombres y mujeres de GPC que declaran haber utilizado el preservativo en su último relación sexual.
FÓRMULA DE CÁLCULO	
<p>Numerador: Número de personas entrevistadas del GPC que declaran haber tenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y que también declaran haber usado condón durante la última relación sexual.</p> <p>Denominador: Número de personas entrevistadas del GPC que declaran haber tenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses.</p>	
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS	
<p>GPC: Grupo de población clave. MTS: Mujeres trabajadoras del sexo. HSH: Hombre que tiene sexo con hombre. MTF: Mujeres transfemeninas. Encuestas CAP: Encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas.</p>	
METODOLOGÍA DE CÁLCULO	
<p>En una muestra poblacional representativa, se les pregunta a encuestados si han tenido relaciones sexuales; si la respuesta es afirmativa, se les pregunta:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido más de una pareja sexual? Sí o No 2. Si la respuesta es afirmativa, se pregunta: ¿Usted o su pareja usaron condón durante la última relación sexual? Sí o No <p>El indicador debe presentarse con porcentajes separados para MTF-HSH-MTS y desagregarse por grupos de edad de 15 a 19, 20 a 24, 25 a 49, 50 a 65 años.</p>	
LIMITACIONES TÉCNICAS	
<p>Contar con una muestra poblacional representativa para cada grupo de población clave.</p>	
UNIDAD DE MEDIDA O EXPRESIÓN DEL INDICADOR	Porcentaje.
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR	<p>Este indicador muestra el grado de uso del condón de las personas con probabilidades de tener relaciones sexuales, sin protección, de alto riesgo (GPC), pero no informa sobre el grado de uso sistemático del condón.</p> <p>Por lo tanto, los niveles y las tendencias deben interpretarse con cautela.</p>
FUENTE DE DATOS	Encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas (CAP).
PERIODICIDAD DEL INDICADOR	Trienal

DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS		Año 2021
CALENDARIO DE PUBLICACIÓN DEL INDICADOR		Diciembre 2025
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Provincia
	GENERAL	No aplica
	OTROS ÁMBITOS	No aplica
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA		No aplica
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL		Plan Estratégico Nacional Multisectorial (PENM) 2023-2025
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR		Indicadores para el seguimiento de la Declaración Política de las Naciones Unidas para poner fin al sida de 2030: file:///E:/INFORME%20GAM/GAM%202023/global-aids-monitoring_es.pdf
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA		Agosto, 2023
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA		No aplica
CLASIFICADOR TEMÁTICO ESTADÍSTICO		1.4 salud
HOMOLOGACIÓN DEL INDICADOR		No aplica
RESEÑA DEL INDICADOR		Estudio de prevalencia de VIH/ITS en grupos de población clave - año 2021
CLASIFICADOR SECTORIAL		Salud 15
ELABORADO POR		Estrategia Nacional de VIH/sida-ITS - Ministerio de Salud Pública.

10.1.2 Tasa de transmisión materno infantil del VIH

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	Tasa de transmisión materno infantil del VIH.
DEFINICIÓN	Expresa el número de niñas y niños hasta 18 meses de edad infectados con VIH a través de su madre, durante el embarazo, en el parto o a través de la lactancia materna, en relación con el total de niños/as expuestos perinatales en un periodo determinado (t).
FÓRMULA DE CÁLCULO	
$N_{\leq 18 \text{ m VIH}+} = \text{Número de niñas y niños hasta 18 meses de edad infectados con VIH a través de su madre, durante el embarazo, en el parto o a través de la lactancia materna en un periodo determinado (t).}$	
$N_{Exp} = \text{Total de niñas y niños expuestos perinatales (niños hijos de madres infectadas con VIH) en un periodo determinado (t).}$	
$K = 100$	
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS	

Infección: Es la invasión de un anfitrión por un microorganismo patógeno, su multiplicación en los tejidos y la reacción del anfitrión a su presencia y a la de sus posibles toxinas. Las infecciones pueden deberse a bacterias, hongos, virus, protozoos o priones. Las infecciones pueden ser además locales o sistémicas.

Un caso de infección por el VIH, se define como un individuo con infección por el VIH independientemente del estadio clínico (incluida la enfermedad clínica grave o estadio 4 o SIDA), confirmada según criterios de laboratorio conforme a las definiciones y los requisitos nacionales.

VIH: El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia".

SIDA: Es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, es el término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH.

Los mecanismos de transmisión del VIH son:

Sexual: Por las relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona infectada

Transmisión Materno Infantil: De la madre al hijo, durante el embarazo, el parto o la lactancia.

Sanguínea: Transfusión de sangre infectada por el VIH, el uso compartido de agujas, jeringuillas u otros instrumentos punzantes infectados.

Transmisión materna infantil del VIH: El riesgo de transmisión del VIH de la madre al niño se da durante el embarazo (intraútero), en el momento del parto o a través de la lactancia materna.

Transmisión intrauterina: En el conjunto de la transmisión materno infantil; la transmisión intrauterina representa un 25% como causa de infección en el niño, con evidencia de que puede producirse infección placentaria en cualquier momento de la gestación. Sin embargo, los estudios indican que la transmisión intrauterina se produce fundamentalmente en las últimas semanas de gestación. El factor de riesgo más importante asociado con la transmisión materno infantil es la carga viral, a mayor carga viral de la gestante mayor riesgo de transmisión.

Por esta razón es fundamental disminuir la replicación viral, y lograr, de ser posible, la indetectabilidad de la carga viral; por lo tanto, la administración de antirretrovirales (ARV) debe iniciarse lo más precozmente a partir de la semana 12 de gestación.

Transmisión intraparto: Durante el parto, el riesgo de transmisión es de entre 40% y 45%, pues el recién nacido (RN) está expuesto a sangre y secreciones genitales maternas que contienen el VIH. La transmisión puede darse a través de microtransfusiones sanguíneas que suceden durante las contracciones uterinas, por el ascenso del virus a través de la vagina-cérvix y, en caso de ruptura de membranas, a través del tracto digestivo del niño. La rotura prematura de membranas se ha asociado con el incremento del riesgo de transmisión, siendo significativo a partir de las 4 horas y con un aumento de un 2% por cada hora que pasa.

Transmisión a través de la lactancia: Con la lactancia materna el riesgo de transmisión es entre 14% y 20%. Los factores que se asocian a un mayor riesgo de transmisión son:

- Mayor carga viral plasmática.
- Mayor carga viral en la leche materna.
- Mayor deterioro inmunológico de la madre.
- Presencia de mastitis.
- Lesiones sangrantes en los pezones.
- Lactancia mixta 1
- Erosiones en la mucosa oral del niño o la presencia de candidiasis oral en lactantes.
- Primoinfección durante la lactancia.

Mujer VIH positiva: Mujer con diagnóstico confirmado de VIH positivo, el cual pudo haber sido conocido antes, durante la gestación, al momento del parto o en puerperio.

Niño Expuesto Perinatal: Todo niño menor de 18 meses que cumpla con una de las siguientes condiciones: a) Hijo de madre VIH Positiva y/o Reactivo para pruebas de tamizaje.

Diagnóstico de la infección por el VIH en niños: El diagnóstico de la infección por VIH en niños en los primeros 18 meses de vida, no se basa en pruebas serológicas, debido a la presencia de anticuerpos (IgG) de la madre que son transferidos al niño a través de la placenta. En la mayoría de los casos, los anticuerpos de origen materno desaparecen hasta los 12 meses y en un 5% persisten hasta los 18 meses de edad. Por esta razón, hasta los 18 meses de edad, el diagnóstico de infección se realiza únicamente mediante pruebas de detección antigénica (presencia del virus). A partir de los 18 meses se realiza diagnóstico con pruebas serológicas (ELISA, Pruebas rápidas de VIH, NAT).

PRUEBAS DE DETECCIÓN DEL VIRUS Son también denominadas pruebas virológicas:

- PCR ADN (Proviral).
- PCR ARN (carga viral).
- Detección de antígeno P24.
- Cultivo de VIH.

Niños infectados por VIH: Niño expuesto perinatal al VIH, menor de 18 meses de edad con dos pruebas positivas en dos determinaciones separadas para PCR de ADN o ARN.

Mayores de 18 meses: Existencia de dos (2) pruebas de tamizaje reactivas para la detección de anticuerpos anti-VIH y/o una prueba positiva de diferente técnica (ELISA, NAT).

METODOLOGÍA DE CÁLCULO

Para calcular el indicador se considera la información del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH/Sida (Formulario Nro. 003) y la Matriz de Seguimiento de Cohortes del Componente de Prevención de la Transmisión Materno-Infantil de VIH.

El numerador contabiliza el número de niñas y niños hasta los 18 meses de edad infectados con VIH a través de su madre durante el embarazo, en el parto, o por medio de la lactancia materna en un periodo determinado (t).

El denominador considera el total de niñas y niños expuestos perinatales, que al momento del análisis son menores o cumplieron 18 meses de edad, en un periodo de tiempo determinado (t).

LIMITACIONES TÉCNICAS

Las cifras reportadas pueden ser provisionales ya que el número de niñas y niños infectados por VIH (numerador y denominador) puede estar sujeto a cambios. Esto puede ocurrir debido a que algunas Unidades de Atención Integral de VIH realizan el diagnóstico confirmatorio de VIH de forma tardía, o porque cometen errores al reportar los casos en las fichas de notificación. Por este motivo, la Estrategia Nacional de Prevención y Control de VIH/Sida e ITS, está continuamente validando la información reportada por las Coordinaciones Zonales de Salud a través de distintos mecanismos.

Dado el periodo necesario para la confirmación de casos de VIH por transmisión materno infantil (18 meses), el indicador tendrá el mismo desfase de tiempo; es decir, en el periodo actual se reportará el indicador correspondiente a niñas y niños nacidos 18 meses atrás. Esto se debe a que los recién nacidos durante aproximadamente 1 año conservan anticuerpos de sus madres en su sangre y se debe esperar a que estos anticuerpos se desvanezcan para tener resultados certeros del estado serológico de los recién nacidos y, de esta manera, confirmar o descartar que el recién nacido es VIH positivo.

UNIDAD DE MEDIDA O EXPRESIÓN DEL INDICADOR	Tasa	
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR	Este indicador muestra el número de niños/as hasta 18 meses de edad infectados con el VIH a través de su madre durante el embarazo, el parto o a través de la lactancia materna, en relación con el total de niños/as expuestos perinatales en un periodo determinado. Este indicador también permite al país monitorear captación y diagnóstico precoz del VIH (Tamizaje), además mide la cobertura de la provisión de medicamentos antirretrovirales entre mujeres embarazadas que viven con el VIH para reducir la transmisión del VIH a sus hijos durante el embarazo y el parto.	
FUENTE DE DATOS	La fuente de datos utilizada proviene de las bases de datos de sistemas de información de vigilancia epidemiológica (formulario 002 - 003). Matriz de Seguimiento de Cohortes del Componente de Prevención de la Transmisión Materno Infantil del VIH.	
PERIODICIDAD DEL INDICADOR	Anual	
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS	Año 2018	
CALENDARIO DE PUBLICACIÓN DEL INDICADOR	Abril de 2024	
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional, Provincial
	GENERAL	No aplica

	OTROS ÁMBITOS	No aplica
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA	No aplica	
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL	Plan Estratégico Nacional Multisectorial (PENM) 2023-2025	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	<p>-Guía de Práctica Clínica - 2019: Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en embarazadas, niños, adolescentes y adultos https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/06/gpc_VIH_acuerdo_ministerial05-07-2019.pdf</p> <p>-Indicadores para el seguimiento de la Declaración Política de las Naciones Unidas para poner fin al sida de 2030: file:///E:/INFORME%20GAM/GAM%202023/global-aids-monitoring_es.pdf</p>	
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA	Agosto, 2023	
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA	No aplica	
CLASIFICADOR TEMÁTICO ESTADÍSTICO	1.4 salud	
HOMOLOGACIÓN DEL INDICADOR	No aplica	
RESEÑA DEL INDICADOR	Boletín anual de VIH 2018-2019-2020-2021-2022	
CLASIFICADOR SECTORIAL	Salud	15
ELABORADO POR	Estrategia Nacional de VIH/sida-ITS - Ministerio de Salud Pública.	

10.1.3 Porcentaje de gestantes con diagnóstico de VIH que reciben TARV para reducir el riesgo de la transmisión materno infantil

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje (%) de gestantes con diagnóstico de VIH que reciben TARV para reducir el riesgo de la transmisión materno infantil.
DEFINICIÓN	Mide el acceso a tratamiento antirretroviral de gestantes VIH positivas para la prevención de la transmisión materno infantil del VIH. Definiéndose como el Número de embarazadas con VIH que recibió medicamentos antirretrovirales en el embarazo (antes de la semana #28 y después de las 28 semanas) para reducir el riesgo de transmisión materno infantil; sobre el número de embarazadas diagnosticadas de VIH en el último año (t).
FÓRMULA DE CÁLCULO	

Numerador:

Subindicador a: Número de embarazadas con VIH que recibió medicamentos antirretrovirales en el embarazo (antes de la semana #28) para reducir el riesgo de transmisión materno infantil.

Subindicador b: Número de embarazadas con VIH que recibió medicamentos antirretrovirales en el embarazo (después de la semana # 28 hasta el día del parto) para reducir el riesgo de transmisión materno infantil.

Denominador:

Subindicador a: Número de embarazadas diagnosticadas de VIH en el último año.

Subindicador b: Número de embarazadas diagnosticadas de VIH en el último año.

K=100

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS

Infección: Es la invasión de un anfitrión por un microorganismo patógeno, su multiplicación en los tejidos y la reacción del anfitrión a su presencia y a la de sus posibles toxinas. Las infecciones pueden deberse a bacterias, hongos, virus, protozoos o priones. Las infecciones pueden ser además locales o sistémicas.

Un caso de infección por el VIH se define como un individuo con infección por el VIH, independientemente del estadio clínico (incluida la enfermedad clínica grave o estadio 4 o SIDA), confirmada según criterios de laboratorio conforme a las definiciones y los requisitos nacionales.

VIH: El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia".

SIDA: Es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, es el término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH.

Los mecanismos de transmisión del VIH son:

Sexual: Por las relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona infectada

Transmisión Materno Infantil: De la madre al hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia.

Sanguínea: Transfusión de sangre infectada por el VIH, el uso compartido de agujas, jeringuillas u otros instrumentos punzantes infectados.

Transmisión materna infantil del VIH: El riesgo de transmisión del VIH de la madre al niño se da durante el embarazo (intraútero), en el momento del parto o a través de la lactancia materna.

Transmisión intrauterina: En el conjunto de la transmisión materno infantil, la transmisión intrauterina representa un 25% como causa de infección en el niño, con evidencia de que puede producirse infección placentaria en cualquier momento de la gestación. Sin embargo, los estudios indican que la transmisión intrauterina se produce fundamentalmente en las últimas semanas de gestación. El factor de riesgo más importante asociado con la transmisión materno infantil es la carga viral, a mayor carga viral de la gestante mayor riesgo de transmisión.

Por esta razón es fundamental disminuir la replicación viral, y lograr, de ser posible, la indetectabilidad de la carga viral; por lo tanto, la administración de antirretrovirales (ARV) debe iniciarse lo más precozmente a partir de la semana 12 de gestación.

Transmisión intraparto: Durante el parto, el riesgo de transmisión es de entre 40% y 45%, pues el recién nacido (RN) está expuesto a sangre y secreciones genitales maternas que contienen el VIH. La transmisión puede darse a través de microtransfusiones sanguíneas que suceden durante las contracciones uterinas, por el ascenso del virus a través de la vagina-cérnix y, en caso de ruptura de membranas, a través del tracto digestivo del niño. La rotura prematura de membranas se ha asociado con el incremento del riesgo de transmisión, siendo significativo a partir de las 4 horas y con un aumento de un 2% por cada hora que pasa.

Transmisión a través de la lactancia: Con la lactancia materna el riesgo de transmisión es entre 14% y 20%. Los factores que se asocian a un mayor riesgo de transmisión son:

- Mayor carga viral plasmática.
- Mayor carga viral en la leche materna.
- Mayor deterioro inmunológico de la madre.
- Presencia de mastitis.
- Lesiones sangrantes en los pezones.
- Lactancia mixta 1
- Erosiones en la mucosa oral del niño o la presencia de candidiasis oral en lactantes.
- Primoinfección durante la lactancia

Mujer VIH positiva: Mujer con diagnóstico confirmado de VIH positivo; el cual pudo haber sido conocido antes, durante la gestación, al momento del parto o en puerperio.

Niño Expuesto Perinatal: Todo niño menor de 18 meses que cumpla con una de las siguientes condiciones: a)

Hijo de madre VIH Positiva y/o Reactivo para pruebas de tamizaje.

Diagnóstico de la infección por el VIH en niños: El diagnóstico de la infección por VIH en niños en los primeros 18 meses de vida, no se basa en pruebas serológicas, debido a la presencia de anticuerpos (IgG) de la madre que son transferidos al niño a través de la placenta. En la mayoría de los casos, los anticuerpos de origen materno desaparecen hasta los 12 meses y en un 5% persisten hasta los 18 meses de edad. Por esta razón, hasta los 18 meses de edad, el diagnóstico de infección se realiza únicamente mediante pruebas de detección antigénica (presencia del virus). A partir de los 18 meses se realiza diagnóstico con pruebas serológicas (ELISA, Pruebas rápidas de VIH, NAT).

PRUEBAS DE DETECCIÓN DEL VIRUS Son también denominadas pruebas virológicas:

- PCR ADN (Proviral).
- PCR ARN (carga viral).
- Detección de antígeno P24.
- Cultivo de VIH.

Niños infectados por VIH: Niño expuesto perinatal al VIH, menor de 18 meses de edad con dos pruebas positivas en dos determinaciones separadas para PCR de ADN o ARN.

Tratamiento antirretroviral (TARV): El TARV, consiste en una combinación de fármacos que suprime la replicación del VIH, lo que permite mantener competente al sistema inmunitario. Uno de los pilares en la atención integral, es que la personas con VIH que conciben su estado, reciban el TARV.

METODOLOGÍA DE CÁLCULO

Para calcular el indicador se considera la información del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH/Sida (Formulario Nro. 003) y la Matriz de Seguimiento de Cohortes del Componente de Prevención de la Transmisión Materno-Infantil de VIH.

El indicador debe presentarse con porcentajes de gestantes separadas por grupos de edad de 10 a 14, 15 a 19, 20 a 24, 25 a 34 y 35 a 40 años.

El indicador debe desagregarse para su levantamiento al nivel nacional.

LIMITACIONES TÉCNICAS

No aplica

UNIDAD DE MEDIDA O EXPRESIÓN DEL INDICADOR

Porcentaje.

INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR

Porcentaje (%) de gestantes con diagnóstico de VIH que reciben TARV para reducir el riesgo de la transmisión materno infantil.

Este indicador permite efectuar el seguimiento de las tendencias en el suministro de terapia antirretroviral que aborda la prevención de la transmisión materno infantil.

El riesgo de la transmisión materno infantil puede reducirse significativamente mediante el suministro de fármacos antirretrovirales a la madre durante la gestación y el parto, con profilaxis antirretroviral al lactante, y antirretrovirales a la madre o al niño durante el periodo de la lactancia (si ésta ocurre), además de la aplicación de prácticas seguras en el parto y el uso de prácticas más seguras para la alimentación del lactante.

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

FUENTE DE DATOS

La fuente de datos utilizada proviene de las bases de datos de sistemas de información de vigilancia epidemiológica (formulario 002 - 003).

Matriz de Seguimiento de Cohortes del Componente de Prevención de la Transmisión Materno Infantil del VIH.

PERIODICIDAD DEL

Anual

INDICADOR		
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS	Año 2018	
CALENDARIO DE PUBLICACIÓN DEL INDICADOR	Abril de 2024	
NIVEL DESAGREGACIÓN	DE	
	GEOGRÁFICO	Nacional, Provincial
	GENERAL	No aplica
	OTROS ÁMBITOS	No aplica
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA	No aplica	
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL	Plan Estratégico Nacional Multisectorial (PENM) 2023-2025	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	<p>-Guía de Práctica Clínica - 2019: Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en embarazadas, niños, adolescentes y adultos https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/06/gpc_VIH_acuerdo_ministerial05-07-2019.pdf</p> <p>-Indicadores para el seguimiento de la Declaración Política de las Naciones Unidas para poner fin al sida de 2030: file:///E:/INFORME%20GAM/GAM%202023/global-aids-monitoring_es.pdf</p>	
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA	Agosto, 2023	
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA	No aplica	
CLASIFICADOR TEMÁTICO ESTADÍSTICO	1.4 salud	
HOMOLOGACIÓN DEL INDICADOR	No aplica	
RESEÑA DEL INDICADOR	Boletín anual de VIH 2018-2019-2020-2021-2022	
CLASIFICADOR SECTORIAL	Salud	15
ELABORADO POR	Estrategia Nacional de VIH/sida-ITS - Ministerio de Salud Pública.	

10.1.4 Porcentaje de gestantes tamizadas para VIH conforme la normativa vigente

FICHA METODOLÓGICA

NOMBRE INDICADOR	DEL	Porcentaje (%) de gestantes tamizadas para VIH conforme la normativa vigente.
DEFINICIÓN		Mide la accesibilidad al tamizaje de mujeres gestantes para el VIH, conforme a la normativa legal vigente emitida por el MSP, Guía de Práctica Clínica (GPC).

FÓRMULA DE CÁLCULO

Numerador:

Número de mujeres gestantes tamizadas para el VIH.

Denominador:

Número estimado de mujeres gestantes por año.

K=100

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS

VIH: El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia".

SIDA: Es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, es el término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH.

TAMIZAJE VIH: Es un tipo de prueba de anticuerpos contra el VIH empleada para detectar la infección causada por ese virus.

PRUEBA RÁPIDA DE VIH: Una prueba rápida permite detectar anticuerpos contra el VIH en la sangre o las secreciones bucales en menos de 30 minutos

PRUEBAS DE DETECCIÓN DEL VIRUS Son también denominadas pruebas virológicas:

- PCR ADN (Proviral).
- PCR ARN (carga viral).
- Detección de antígeno P24.
- Cultivo de VIH.

METODOLOGÍA DE CÁLCULO

El numerador considera el número de mujeres gestantes tamizadas para el VIH en el año de reporte y de acuerdo a la normativa legal vigente.

Mientras que el denominador considera el número estimado de mujeres gestantes por año, de acuerdo a proyección poblacional del INEC.

El indicador debe presentarse con porcentajes separados por grupos de edad de: 10 a 14, 15 a 19, 20 a 24, 25 a 34 y 35 a 40 años.

El indicador debe desagregarse para su levantamiento al nivel nacional.

LIMITACIONES TÉCNICAS

No aplica

UNIDAD DE MEDIDA O EXPRESIÓN DEL INDICADOR	Porcentaje
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR	Porcentaje (%) de gestantes tamizadas para VIH conforme la normativa vigente. Este indicador puede ser usado como un proxy de la incidencia del VIH en las

	mujeres gestantes en el Ecuador.	
	La importancia de obtener resultados de este indicador es conocer el número de gestantes que acceden anualmente a pruebas de tamizaje.	
FUENTE DE DATOS	Sistema PRAS (Plataforma de Registro de Atenciones de Salud) / Reportes Tamizaje VIH.	
PERIODICIDAD DEL INDICADOR	Anual	
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS	Año 2021	
CALENDARIO DE PUBLICACIÓN DEL INDICADOR	Abril de 2024	
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional, Provincial
	GENERAL	No aplica
	OTROS ÁMBITOS	No aplica
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA	No aplica	
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL	Plan Estratégico Nacional Multisectorial (PENM) 2023-2025	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	<p>-Guía de Práctica Clínica - 2019: Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en embarazadas, niños, adolescentes y adultos https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/06/gpc_VIH_acuerdo_ministerial05-07-2019.pdf</p> <p>-Indicadores para el seguimiento de la Declaración Política de las Naciones Unidas para poner fin al sida de 2030: file:///E:/INFORME%20GAM/GAM%202023/global-aids-monitoring_es.pdf</p>	
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA	Agosto, 2023	
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA	No aplica	
CLASIFICADOR TEMÁTICO ESTADÍSTICO	1.4 salud	
HOMOLOGACIÓN DEL INDICADOR	No aplica	
RESEÑA DEL INDICADOR	Boletín anual de VIH 2021-2022	
CLASIFICADOR SECTORIAL	Salud	15
ELABORADO POR	Estrategia Nacional de VIH/sida-ITS - Ministerio de Salud Pública.	

10.1.5 Porcentaje de personas de poblaciones clave que se han hecho la prueba de VIH en los últimos 12 meses y conocen sus resultados

FICHA METODOLÓGICA

NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje (%) de personas de poblaciones clave que se han hecho la prueba de VIH en los últimos 12 meses y conocen sus resultados.
DEFINICIÓN	Mide los avances en la provisión (acceso) de servicios de pruebas diagnósticas para el VIH entre quienes integran grupos de población clave.

FÓRMULA DE CÁLCULO

Numerador:

Para efectos de este indicador se considera poblaciones clave: HSH, MTF, PTS y PPL.

Subindicador a: Número de HSH que se han realizado la prueba del VIH (tanto mediante intervenciones comunitarias como en la RPIS).

Subindicador b: Número de MTF que se han realizado la prueba del VIH (tanto mediante intervenciones comunitarias como en la RPIS).

Subindicador c: Número de MTS que se han realizado la prueba del VIH (tanto mediante intervenciones comunitarias como en la RPIS).

Subindicador d: Número de PPL que se han realizado la prueba del VIH (tanto mediante intervenciones comunitarias como en la RPIS).

Denominador:

Subindicador a: Población estimada de HSH (2% de hombres de 15 a 49 años, al nivel nacional. Datos del INEC).

Subindicador b: Población estimada de MTF (0,5% de hombres de 15 a 49 años, al nivel nacional. Datos del INEC).

Subindicador c: Población estimada de MTS.

Subindicador d: Población estimada de PPL de acuerdo con los datos registrados en los CPL.

K=100

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS

VIH: El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia".

SIDA: Es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, es el término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH.

TAMIZAJE VIH: Es un tipo de prueba de anticuerpos contra el VIH empleada para detectar la infección causada por ese virus.

PRUEBA RÁPIDA DE VIH: Una prueba rápida permite detectar anticuerpos contra el VIH en la sangre o las secreciones bucales en menos de 30 minutos.

PRUEBAS DE DETECCIÓN DEL VIRUS Son también denominadas pruebas virológicas:

- PCR ADN (Proviral).
- PCR ARN (carga viral).
- Detección de antígeno P24.
- Cultivo de VIH.

GPC: Grupo de población clave.

MTS: Mujeres trabajadoras del sexo.

HSH: Hombre que tiene sexo con hombre.

MTF: Mujeres trans femenina.

PPL: Personas privadas de la libertad.

METODOLOGÍA DE CÁLCULO

El indicador debe presentarse con porcentajes separados por grupos de población clave.

Para el numerador se debe considerar el número de HSH / MTS / MTF / PPL que se han realizado la prueba del VIH (tanto mediante intervenciones comunitarias como en las que se ofertaron desde los establecimientos de salud del MSP y establecimientos de salud que conforman la Red Pública Integral de Salud - RPIS).

Mientras que para el denominador se debe considerar la proyección de población para hombres y mujeres por año, del INEC, aplicando la talla de población estimada para cada grupo de población clave, de acuerdo a estudios disponibles en el país (estudio de talla de población clave); Para el caso del grupo de población clave (PPL), se consideran los datos registrados en los CPL, proporcionados por la SNAI (Servicio Nacional de Atención Integral a Personas Adultas Privadas de la Libertad y a Adolescentes Infractores).

El indicador debe desagregarse para su levantamiento al nivel nacional.

LIMITACIONES TÉCNICAS

El no uso del sistema PRAS en establecimientos de salud de la RPIS para el registro de actividades de promoción y prevención del VIH (Tamizaje).

UNIDAD DE MEDIDA O EXPRESIÓN DEL INDICADOR	Porcentaje	
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR	<p>Porcentaje (%) de personas de poblaciones clave que se han hecho la prueba de VIH en los últimos 12 meses y conocen sus resultados.</p> <p>Este indicador permite efectuar el seguimiento de la oferta de pruebas del VIH a los grupos de población clave como factor fundamental para la prevención de la transmisión del VIH a otras personas, la prevención secundaria de las personas infectadas y la decisión de buscar tratamiento.</p> <p>Hacer un seguimiento a lo largo del tiempo de las poblaciones con mayor riesgo y vulnerabilidad puede resultar difícil debido al inconveniente de acceder a ellas, puesto que muchos de sus grupos son poblaciones ocultas y de difícil acceso.</p> <p>Cuando se presenten informes con este indicador, debe incluirse la información sobre el cumplimiento de la meta planteada, la calidad y fiabilidad de los datos, y cualquier otra información relacionada que ayude a facilitar el análisis.</p> <p><u>Control de calidad del dato:</u> se validarán los datos contra los registros administrativos de los subreceptores de la subvención del FM y los establecimientos de salud del MSP de los cantones priorizados.</p>	
FUENTE DE DATOS	Sistema PRAS (Plataforma de Registro de Atenciones de Salud) / Reportes Tamizaje VIH.	
PERIODICIDAD DEL INDICADOR	Anual	
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS	2023	
CALENDARIO DE PUBLICACIÓN DEL INDICADOR	Abril de 2024	
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional, Provincial
	GENERAL	No aplica
	OTROS ÁMBITOS	No aplica
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA	No aplica	
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL	Plan Estratégico Nacional Multisectorial (PENM) 2023-2025	

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	<p>-Guía de Práctica Clínica - 2019: Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en embarazadas, niños, adolescentes y adultos https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/06/gpc_VIH_acuerdo_ministerial05-07-2019.pdf</p> <p>-Indicadores para el seguimiento de la Declaración Política de las Naciones Unidas para poner fin al sida de 2030: file:///E:/INFORME%20GAM/GAM%202023/global-aids-monitoring_es.pdf</p>	
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA	Agosto, 2023	
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA	No aplica	
CLASIFICADOR TEMÁTICO ESTADÍSTICO	1.4 salud	
HOMOLOGACIÓN DEL INDICADOR	No aplica	
RESEÑA DEL INDICADOR	No aplica	
CLASIFICADOR SECTORIAL	Salud	15
ELABORADO POR	Estrategia Nacional de VIH/sida-ITS - Ministerio de Salud Pública.	

10.1.6 Porcentaje de HSH/MTF/TS cubiertos por programas de prevención del VIH

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje (%) de HSH/MTF/TS cubiertos por programas de prevención del VIH (paquetes definidos de servicios: entrega de 15 preservativos, 15 lubricantes y material promocional).
DEFINICIÓN	Prevención de la transmisión del VIH mediante el uso de preservativos y lubricantes en las prácticas sexuales de mayor exposición al riesgo creando conciencia y hábitos de prevención del VIH en estos grupos.
FÓRMULA DE CÁLCULO	
<u>Numerador:</u>	
Subindicador a: Número de HSH que ha recibido un paquete de prevención al menos una vez al año.	
Subindicador b: Número de MTF que ha recibido un paquete de prevención al menos una vez al año.	
Subindicador c: Número de TS que ha recibido un paquete de prevención al menos una vez al año.	
<u>Denominador:</u>	
Subindicador a: Número total de HSH estimados.	
Subindicador b: Número total de MTF estimadas.	
Subindicador C: Número total de TS estimadas.	
K=100	

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS

VIH: El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia".

SIDA: Es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, es el término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH.

HSH: Hombre que tiene sexo con hombre.

MTF: Mujeres transfemeninas.

TS: Trabajadoras del sexo.

Preservativo: El uso del preservativo durante la práctica sexual puede disminuir el riesgo de infección por el VPH y otras enfermedades de transmisión sexual.

Lubricantes: El uso de lubricantes contribuye a que el preservativo no sufra alteraciones durante la práctica sexual.

Folleto de información: Contiene información sobre la prevención del VIH e infecciones de transmisión sexual.

Paquete de prevención: Consiste en la entrega de 15 preservativos, 15 lubricantes y un folleto de información (este paquete ha sido definido por MSP, sin embargo la entrega del número de insumos estarán sujetos a la disponibilidad y control de stock en cada establecimiento de salud).

METODOLOGÍA DE CÁLCULO

El indicador debe presentarse con porcentajes separados por grupos de población clave.

Para el numerador se considera el número de HSH/MTF/TS que ha recibido un paquete de prevención al menos una vez al año, ofertados tanto mediante intervenciones comunitarias y desde los establecimientos de salud del MSP y establecimientos de salud que conforman la Red Pública Integral de Salud (RPIS).

Mientras que para el denominador se considera la proyección población para hombres y mujeres por año, del INEC, aplicando la talla de población estimada para cada grupo de población clave, de acuerdo a estudios disponibles en el país (estudio de talla de población clave).

El indicador debe desagregarse para su levantamiento al nivel nacional.

LIMITACIONES TÉCNICAS

El no uso del sistema PRAS en establecimientos de salud de la RPIS para el registro de actividades de promoción y prevención del VIH (Tamizaje).

UNIDAD DE MEDIDA O EXPRESIÓN DEL INDICADOR

Porcentaje

INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR

Porcentaje (%) de HSH/MTF/TS cubiertos por programas de prevención del VIH (paquetes definidos de servicios: entrega de 15 preservativos, 15 lubricantes y material promocional).

Según los lineamientos del MSP, se considera que una persona ha sido alcanzada con servicios de prevención cuando un HSH ha tenido al menos un encuentro al año, se le ha hecho una valoración del riesgo y ha recibido 15 preservativos, 15 lubricantes y un folleto informativo (impreso o virtual).

El 80 % de las PVV residen en 32 cantones del país. Además, se consideró un nivel de esfuerzo estratificado con base en criterios epidemiológicos.

Se validará la calidad del dato verificando los registros administrativos de los subreceptores de la subvención del FM y los establecimientos de salud del MSP de los cantones priorizados.

FUENTE DE DATOS

Sistema PRAS (Plataforma de Registro de Atenciones de Salud) / Reportes prevención.

PERIODICIDAD DEL INDICADOR

Anual

DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS

2023

CALENDARIO DE PUBLICACIÓN DEL INDICADOR

Abril de 2024

NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional, Provincial	
	GENERAL	No aplica	
	OTROS ÁMBITOS	No aplica	
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA	No aplica		
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL	Plan Estratégico Nacional Multisectorial (PENM) 2023-2025		
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	<p>-Guía de Práctica Clínica - 2019: Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en embarazadas, niños, adolescentes y adultos https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/06/gpc_VIH_acuerdo_ministerial05-07-2019.pdf</p> <p>-Indicadores para el seguimiento de la Declaración Política de las Naciones Unidas para poner fin al sida de 2030: file:///E:/INFORME%20GAM/GAM%202023/global-aids-monitoring_es.pdf</p>		
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA	Agosto, 2023		
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA	No aplica		
CLASIFICADOR TEMÁTICO ESTADÍSTICO	1.4 salud		
HOMOLOGACIÓN DEL INDICADOR	No aplica		
RESEÑA DEL INDICADOR	No aplica		
CLASIFICADOR SECTORIAL	Salud	15	
ELABORADO POR	Estrategia Nacional de VIH/sida-ITS - Ministerio de Salud Pública.		

10.1.7 Número de personas que recibieron PrEP por lo menos una vez durante el período de notificación

FICHA METODOLÓGICA

NOMBRE DEL INDICADOR	Número de personas que recibieron PrEP por lo menos una vez durante el período de notificación.
DEFINICIÓN	Mide el número de personas que accedieron a la profilaxis pre exposición durante el periodo de notificación.

FÓRMULA DE CÁLCULO

Numerador:

Número de personas que recibieron prevención combinada mediante profilaxis pre exposición durante el último año.

Denominador:

No corresponde

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS

PROFILAXIS PRE EXPOSICIÓN (PrEP): Son medicamentos que toman las personas que están en riesgo de infección por el VIH para prevenir contraerlo a través del sexo o el uso de drogas inyectables.

VIH: El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia".

SIDA: Es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, es el término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH.

HSH: Hombre que tiene sexo con hombre.

MTF: Mujeres transfemeninas.

MTS: Mujeres trabajadoras del sexo.

PREVENCIÓN COMBINADA: Conjunto de intervenciones de prevención combinada, prescripción de medicamento profiláctico para VIH, promoción del uso consistente de preservativo y lubricantes, educación integral en salud, diagnóstico y tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), realización de exámenes de laboratorio complementarios.

METODOLOGÍA DE CÁLCULO

Para el numerador se considera el número de personas que recibieron prevención combinada mediante profilaxis pre exposición durante el último año, desagregado por grupo sexo, grupos de edad (<15, +15, 15-19, 20-24, 25-49 y +50 años) y grupos de población clave (HSH/ MTF/MTS).

El indicador debe desagregarse para su levantamiento al nivel nacional.

El numerador se genera contando el número de personas que recibieron PrEP por lo menos una vez durante el período de notificación (el año calendario anterior), de acuerdo con las directrices nacionales o las normas de la OMS/ONUSIDA. Esto puede incluir la PrEP oral o la DPV-VR. El numerador solo debe contar a las personas una vez: la primera vez que recibieron cualquier producto de PrEP durante el período de notificación. Se debe incluir a las personas que recibieron PrEP oral a través de programas nacionales, proyectos de demostración, investigación o medios privados.

Para el desglose por producto de la PrEP (PrEP oral, DVR o CAB-LA) y el esquema de dosificación de la PrEP oral (diaria o por eventos), las personas pueden contarse para cada producto (si recibieron varios productos). Por lo tanto, la suma de los datos desglosados por producto de la PrEP y esquema de dosificación puede ser mayor que el total.

La edad se define como la edad de la persona cuando recibió la PrEP por primera vez durante el periodo de notificación.

Si una persona se identifica como parte de más de una población clave, se deben registrar todos los datos que sean relevantes. Por lo tanto, la suma de los datos desglosados por poblaciones clave puede ser mayor que el total. Al igual que con todos los tipos de conservación de registros utilizados para desglosar los indicadores por población clave, se debe evitar la revelación de identidad de los usuarios de PrEP en los registros de pacientes y en los registros de los establecimientos que ofrecen PrEP.

LIMITACIONES TÉCNICAS

El no uso del sistema PRAS en establecimientos de salud de la RPIS, para el registro de actividades de promoción y prevención del VIH (Tamizaje).

UNIDAD DE MEDIDA O EXPRESIÓN DEL INDICADOR	Número	
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR	Número de personas que recibieron PrEP por lo menos una vez durante el período de notificación. Este indicador permite dar seguimiento a la oferta de prevención combinada, en particular, a la profilaxis pre exposición en los establecimientos de salud de la RPIS y la RPC.	
FUENTE DE DATOS	Sistema PRAS (Plataforma de Registro de Atenciones de Salud) / Reportes prevención combinada.	
PERIODICIDAD DEL INDICADOR	Anual	
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS	2023	
CALENDARIO DE PUBLICACIÓN DEL INDICADOR	Abril de 2024	
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional, Provincial
	GENERAL	No aplica
	OTROS ÁMBITOS	No aplica
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA	No aplica	
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL	Plan Estratégico Nacional Multisectorial (PENM) 2023-2025	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	-Protocolo de Profilaxis previa a la exposición frente a la infección por VIH en Ecuador https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/AC-00172-2023%20JUL%2013.pdf -Guía de Práctica Clínica - 2019: Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en embarazadas, niños, adolescentes y adultos https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/06/gpc_VIH_acuerdo_ministerial05-07-2019.pdf -Indicadores para el seguimiento de la Declaración Política de las Naciones Unidas para poner fin al sida de 2030: file:///E:/INFORME%20GAM/GAM%202023/global-aids-monitoring_es.pdf	
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA	Agosto, 2023	
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA	No aplica	
CLASIFICADOR TEMÁTICO ESTADÍSTICO	1.4 salud	
HOMOLOGACIÓN DEL INDICADOR	No aplica	

RESEÑA DEL INDICADOR	No aplica	
CLASIFICADOR SECTORIAL	Salud	15
ELABORADO POR	Estrategia Nacional de VIH/sida-ITS - Ministerio de Salud Pública.	

10.1.8 Porcentaje de PVV que conocen su estado serológico

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje (%) de PVV que conocen su estado serológico.
DEFINICIÓN	Las personas que viven con el VIH que conocen su estado serológico tendrán oportunidad de acceder a los servicios de atención y tratamiento para el virus, necesarios para llevar vidas saludables y productivas y para reducir el riesgo de transmitir el VIH a otras personas. Expresado como porcentaje de las personas que viven con VIH.
FÓRMULA DE CÁLCULO	
<u>Numerador:</u>	PVV que conocen su estado serológico respecto del VIH.
<u>Denominador:</u>	Estimación de personas que tienen VIH en el Ecuador.
K=100	
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS	
VIH:	El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia".
SIDA:	Es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, es el término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH.
Estado serológico:	Estado en el cual una persona tiene o no anticuerpos detectables contra un antígeno específico, medidos con un análisis de sangre (una prueba serológica).
Estimación población Spectrum:	Es la estimación del número de personas que viven con VIH en un periodo determinado y sirve para evaluar la tendencia de la epidemia y el impacto global de la respuesta al VIH.
PVV:	Persona viviendo con VIH.
METODOLOGÍA DE CÁLCULO	
Para el cálculo del indicador se considera la información registrada en el Sistema de informático - Plataforma de Registro de Atenciones en salud – PRAS.	
NUMERADOR: Número de personas que viven con el VIH que conocen su estado serológico respecto del VIH en un periodo determinado (t).	
DENOMINADOR: Número de personas que viven con el VIH en un periodo determinado (t). Para el denominador se considera el modelo de estimación Spectrum de ONUSIDA adoptado por el país, la cual se genera a partir de datos programáticos disponibles para cada año de estimación, como son: datos epidemiológicos, demógrafos, clínicos y estadísticos. El software utiliza los datos de vigilancia, encuestas y de los programas en torno al VIH, junto con datos demográficos, para generar tendencias históricas y proyecciones a corto plazo de los principales indicadores. Estos indicadores como el número de personas que vive con el VIH, el número de nuevas infecciones, el número de mujeres embarazadas infectadas por el VIH, la mortalidad por el sida y la cobertura del tratamiento, que son útiles para evaluar las tendencias de la epidemia y el impacto global de la	

respuesta, así como para planificar las necesidades futuras de servicios sanitarios y farmacéuticos.
<file:///E:/INFORME%20GAM/GAM%202023/spectrum%202023/SpectrumManualS.pdf>

Finalmente, para obtener la meta del indicador, se obtiene el cociente entre el numerador y el denominador, y se multiplica por 100.

LIMITACIONES TÉCNICAS

El no uso del sistema PRAS en establecimientos de salud de la RPIS, para el registro de actividades de promoción y prevención del VIH (Tamizaje).

UNIDAD DE MEDIDA O EXPRESIÓN DEL INDICADOR	Porcentaje	
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR	El “XX%” conoce su estado serológico respecto del VIH. Este indicador permite efectuar el seguimiento del universo de PVV y su estado serológico. Además de garantizar que las PVV tengan conocimiento de su estado serológico permite ofrecer servicios de pruebas para el VIH en los lugares y entre los grupos de población que soportan una mayor carga.	
FUENTE DE DATOS	Sistema PRAS (Plataforma de Registro de Atenciones de Salud) / Reportes prevención combinada.	
PERIODICIDAD DEL INDICADOR	Anual	
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS	2017	
CALENDARIO DE PUBLICACIÓN DEL INDICADOR	Abril de 2024	
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional, Provincial
	GENERAL	No aplica
	OTROS ÁMBITOS	No aplica
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA	No aplica	
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL	Plan Estratégico Nacional Multisectorial (PENM) 2023-2025	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	-Guía de Práctica Clínica - 2019: Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en embarazadas, niños, adolescentes y adultos https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/06/gpc_VIH_acuerdo_ministerial05-07-2019.pdf -Indicadores para el seguimiento de la Declaración Política de las Naciones Unidas para poner fin al sida de 2030: file:///E:/INFORME%20GAM/GAM%202023/global-aids-monitoring_es.pdf	
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA	Agosto, 2023	
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA	No aplica	
CLASIFICADOR TEMÁTICO ESTADÍSTICO	1.4 salud	

HOMOLOGACIÓN DEL INDICADOR	No aplica	
RESEÑA DEL INDICADOR	Boletín anual de VIH: 2017-2018-2019-2020-2021-2022	
CLASIFICADOR SECTORIAL	Salud	15
ELABORADO POR	Estrategia Nacional de VIH/sida-ITS - Ministerio de Salud Pública.	

10.1.9 Porcentaje de nuevos diagnósticos que reciben atención y tratamiento.

FICHA METODOLÓGICA		
NOMBRE DEL INDICADOR	DEL	Porcentaje (%) de nuevos diagnósticos que reciben atención y tratamiento.
DEFINICIÓN	Este indicador mide la eficacia de la RPIS y la RPC para vincular a nuevos casos de VIH a la atención y el tratamiento antirretroviral.	
FÓRMULA DE CÁLCULO		
Numerador: Número de nuevos casos de VIH que reciben terapia antirretroviral a la conclusión del periodo de notificación.		
Denominador: Número de nuevos casos de VIH notificados en el periodo de reporte. K=100		
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS		
VIH: El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia".		
SIDA: Es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, es el término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH.		
Estado serológico: Estado en el cual una persona tiene o no anticuerpos detectables contra un antígeno específico, medidos con un análisis de sangre (una prueba serológica).		
PVV: Persona viviendo con VIH.		
Tratamiento antirretroviral (TARV): Consiste en una combinación de fármacos que suprime la replicación del VIH, lo que permite mantener competente al sistema inmunitario. Uno de los pilares en la atención integral, es que las personas con VIH que conocen su estado, reciban el TARV.		
Vinculación: Se define como aquella acción que se realiza para que una persona con diagnóstico positivo de VIH se le aperture historia clínica en una Unidad de Atención Integral (Establecimiento de salud).		
METODOLOGÍA DE CÁLCULO		
Para el numerador se contabilizan el número de nuevos casos de VIH que reciben terapia antirretroviral a la conclusión del periodo de notificación; mientras que para el denominador se contabilizan el número de nuevos casos de VIH notificados en el periodo de reporte.		
Finalmente se multiplica por 100.		
LIMITACIONES TÉCNICAS		
El no uso del sistema PRAS en establecimientos de salud de la RPIS, para el registro de actividades de promoción y		

prevención del VIH (Tamizaje).		
UNIDAD DE MEDIDA O EXPRESIÓN DEL INDICADOR	Porcentaje.	
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR	<p>El “XX%” de nuevos diagnósticos de VIH que reciben atención y tratamiento. La terapia antirretroviral ha mostrado también reducir la morbilidad y mortalidad relacionadas con el VIH entre las personas que viven con el VIH y detener la futura transmisión del VIH. Los estudios también muestran que su temprana iniciación, independientemente del recuento de células CD4 de cada persona, puede potenciar los beneficios del tratamiento y salvar vidas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda actualmente el tratamiento para todas las personas que viven con el VIH.</p> <p>El porcentaje de personas que reciben terapia antirretroviral entre las que viven con el VIH sirve como punto de referencia para monitorear los objetivos globales a lo largo del tiempo y comparar el progreso entre países. Cuando se considera como una proporción del Indicador 2.1, este indicador monitorea el progreso hacia el segundo porcentaje del objetivo 95-95-95 de ONUSIDA: que el 95% de las personas que conocen su estado seropositivo tengan acceso a tratamiento para el año 2025.</p>	
FUENTE DE DATOS	Sistema PRAS (Plataforma de Registro de Atenciones de Salud) / Reportes prevención combinada.	
PERIODICIDAD DEL INDICADOR	Anual	
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS	2021	
CALENDARIO DE PUBLICACIÓN DEL INDICADOR	Abril de 2024	
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional, Provincial
	GENERAL	No aplica
	OTROS ÁMBITOS	No aplica
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA	No aplica	
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL	Plan Estratégico Nacional Multisectorial (PENM) 2023-2025	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	<p>-Guía de Práctica Clínica - 2019: Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en embarazadas, niños, adolescentes y adultos https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/06/gpc_VIH_acuerdo_ministerial05-07-2019.pdf</p> <p>-Indicadores para el seguimiento de la Declaración Política de las Naciones Unidas para poner fin al sida de 2030: file:///E:/INFORME%20GAM/GAM%202023/global-aids-monitoring_es.pdf</p>	
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA	Agosto, 2023	

FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA	No aplica	
CLASIFICADOR TEMÁTICO ESTADÍSTICO	1.4 salud	
HOMOLOGACIÓN DEL INDICADOR	No aplica	
RESEÑA DEL INDICADOR	Boletín anual de VIH: 2021-2022	
CLASIFICADOR SECTORIAL	Salud	15
ELABORADO POR	Estrategia Nacional de VIH/sida-ITS - Ministerio de Salud Pública.	

10.1.10 Porcentaje de personas que viven con VIH que reciben terapia antirretroviral al final del periodo de notificación.

FICHA METODOLÓGICA		
NOMBRE DEL INDICADOR	DEL	Porcentaje de personas que viven con VIH, reciben terapia antirretroviral al final del periodo de notificación.
DEFINICIÓN		Este indicador mide los avances en la provisión de terapias antirretrovirales para todas las personas que viven con el VIH.
FÓRMULA DE CÁLCULO		
<u>Numerador:</u> Número de personas que reciben terapia antirretroviral a la conclusión del periodo de notificación.		
<u>Denominador:</u> Número de personas entre todas las personas que viven con el VIH que conocen su estado seropositivo. K=100		
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS		
<p>VIH: El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia".</p> <p>SIDA: Es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, es el término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH.</p> <p>Estado serológico: Estado en el cual una persona tiene o no anticuerpos detectables contra un antígeno específico, medidos con un análisis de sangre (una prueba serológica).</p> <p>PVV: Persona viviendo con VIH.</p> <p>Tratamiento antirretroviral (TARV): Consiste en una combinación de fármacos que suprime la replicación del VIH, lo que permite mantener competente al sistema inmunitario. Uno de los pilares en la atención integral, es que la personas con VIH que conocen su estado, reciban el TARV.</p>		
METODOLOGÍA DE CÁLCULO		
<p>Para el numerador. El numerador se genera contabilizando el número de personas que reciben terapia antirretroviral a la conclusión del periodo de notificación. El numerador debe incluir a las personas que reciben terapia antirretroviral en el sector privado (si hay datos disponibles). El recuento deberá incluir a las mujeres embarazadas que viven con el VIH y que reciben terapia antirretroviral para toda la vida.</p> <p>Deben introducirse protocolos para no duplicar el recuento de personas entre las instalaciones o con el tiempo y</p>		

para garantizar que todos los datos de las instalaciones se notifican a su debido tiempo. Este recuento no deberá incluir a las personas que hayan suspendido el tratamiento, que hayan muerto o que hayan emigrado a otro país, o de las que de otro modo se haya perdido su seguimiento en el centro durante ese periodo. Se considera que se ha perdido el seguimiento de una persona si no ha vuelto al centro tras 28 días desde la cita clínica concertada (ya fuera para consulta o para recogida de medicamentos). Algunas personas adquieren varios meses de medicación antirretroviral en una sola visita. Si la duración de la medicina adquirida cubre el último mes del periodo de reporte, estas personas deberían ser contabilizadas como receptoras de terapia antirretroviral (en lugar de haber detenido el tratamiento o de haberse perdido su seguimiento).

Para el denominador el número de personas que viven con el VIH y conocen su estado serológico, consulte el Indicador 2.1 si desea más información sobre el denominador.

Finalmente se multiplica por 100.

LIMITACIONES TÉCNICAS

El no uso del sistema PRAS en establecimientos de salud de la RPIS, para el registro de actividades de promoción y prevención del VIH (Tamizaje).

UNIDAD DE MEDIDA O EXPRESIÓN DEL INDICADOR	Porcentaje.	
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR	<p>Porcentaje de personas que viven con VIH que reciben terapia antirretroviral al final del periodo de notificación.</p> <p>La terapia antirretroviral ha mostrado también reducir la morbilidad y mortalidad relacionadas con el VIH entre las personas que viven con el VIH y detener la futura transmisión del VIH. Los estudios también muestran que su temprana iniciación, independientemente del recuento de células CD4 de cada persona, puede potenciar los beneficios del tratamiento y salvar vidas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda actualmente el tratamiento para todas las personas que viven con el VIH.</p> <p>El porcentaje de personas que reciben terapia antirretroviral entre las que viven con el VIH sirve como punto de referencia para monitorear los objetivos globales a lo largo del tiempo y comparar el progreso entre países. Cuando se considera como una proporción del Indicador 2.1, este indicador monitorea el progreso hacia el segundo porcentaje del objetivo 95-95-95 de ONUSIDA: que el 95% de las personas que conocen su estado seropositivo tengan acceso a tratamiento para el año 2025.</p>	
FUENTE DE DATOS	Sistema PRAS (Plataforma de Registro de Atenciones de Salud) / Reportes prevención combinada	
PERIODICIDAD DEL INDICADOR	Anual	
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS	2021	
CALENDARIO DE PUBLICACIÓN DEL INDICADOR	Abril de 2024	
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional, Provincial
	GENERAL	No aplica
	OTROS ÁMBITOS	No aplica
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA	No aplica	
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE	Plan Estratégico Nacional Multisectorial (PENM) 2023-2025	

PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL		
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	-Guía de Práctica Clínica - 2019: Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en embarazadas, niños, adolescentes y adultos https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/06/gpc_VIH_acuerdo_ministerial05-07-2019.pdf -Indicadores para el seguimiento de la Declaración Política de las Naciones Unidas para poner fin al sida de 2030: file:///E:/INFORME%20GAM/GAM%202023/global-aids-monitoring_es.pdf	
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA	Agosto, 2023	
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA	No aplica	
CLASIFICADOR TEMÁTICO ESTADÍSTICO	1.4 salud	
HOMOLOGACIÓN DEL INDICADOR	No aplica	
RESEÑA DEL INDICADOR	Boletín anual de VIH: 2021-2022	
CLASIFICADOR SECTORIAL	Salud	15
ELABORADO POR	Estrategia Nacional de VIH/sida-ITS - Ministerio de Salud Pública.	

10.1.11 Porcentaje de personas que viven con el VIH que tienen la carga viral suprimida a la conclusión del periodo sobre el que se informa

FICHA METODOLÓGICA		
NOMBRE DEL INDICADOR		Porcentaje de personas que viven con el VIH que tienen la carga viral suprimida a la conclusión del periodo sobre el que se informa.
DEFINICIÓN		Porcentaje de personas que viven con el VIH que tienen la carga viral suprimida a la conclusión del periodo sobre el que se informa.
FÓRMULA DE CÁLCULO		
Numerador: Número de personas que viven con el VIH, en el periodo del que se informa, que tienen una carga viral suprimida (<1000 copias/ml).		
Denominador: Número de personas que viven con el VIH y reciben tratamiento antirretroviral.		
K=100		
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS		

VIH: El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia".

SIDA: Es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, es el término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH.

Estado serológico: Estado en el cual una persona tiene o no anticuerpos detectables contra un antígeno específico, medidos con un análisis de sangre (una prueba serológica).

PVV: Persona viviendo con VIH.

Tratamiento antirretroviral (TARV): Consiste en una combinación de fármacos que suprime la replicación del VIH, lo que permite mantener competente al sistema inmunitario. Uno de los pilares en la atención integral, es que la personas con VIH que conocen su estado, reciban el TARV.

Carga Viral: En el diagnóstico y tratamiento del VIH la carga viral es la cuantificación de VIH-1 que se encuentra en el plasma o cuantificación del RNA vírico que existe en una muestra. El método empleado consiste en técnicas de biología molecular o de diagnóstico genético, usando la reacción en cadena de la polimerasa. Para medir la carga viral se utiliza un marcador de la actividad del VIH-1 y junto con la determinación de CD4 miden la competencia del sistema inmune de la persona. La determinación de la carga viral plasmática (CV) del VIH es el marcador de respuesta al tratamiento antirretroviral más sensible, rápido y fiable. La CV se correlaciona directamente con el pronóstico clínico, el riesgo de transmisión viral y el recuento de CD4.

CD4: Los linfocitos CD4, son glóbulos blancos que combaten infecciones, siendo estas dos variables lo que determina el estado de salud y pronóstico de la PVV.

METODOLOGÍA DE CÁLCULO

Para el numerador se contabilizan el número de personas que viven con el VIH, en el periodo del que se informa, que tienen una carga viral suprimida (bajo el umbral de <1000 copias/ml); mientras que para el denominador se obtiene con el número de personas que viven con el VIH y reciben tratamiento antirretroviral.

Finalmente se multiplica por 100.

LIMITACIONES TÉCNICAS

El no uso del sistema PRAS en establecimientos de salud de la RPIS, para el registro de actividades de promoción y prevención del VIH (Tamizaje).

UNIDAD DE MEDIDA O EXPRESIÓN DEL INDICADOR	Porcentaje
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR	<p>Porcentaje (%) de adultos y niños que viven con el VIH que tienen la carga viral suprimida a la conclusión del periodo sobre el que se informa.</p> <p>La terapia antirretroviral ha mostrado también reducir la morbilidad y mortalidad relacionadas con el VIH entre las personas que viven con el VIH y detener la futura transmisión del VIH. Los estudios también muestran que su temprana iniciación, independientemente del recuento de células CD4 de cada persona, puede potenciar los beneficios del tratamiento y salvar vidas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda actualmente el tratamiento para todas las personas que viven con el VIH.</p> <p>El porcentaje de personas que reciben terapia antirretroviral entre las que viven con el VIH sirve como punto de referencia para monitorear los objetivos globales a lo largo del tiempo y comparar el progreso entre países. Cuando se considera como una proporción del Indicador 2.1, este indicador monitorea el progreso hacia el segundo porcentaje del objetivo 95-95-95 de ONUSIDA: que el 95% de las personas que conocen su estado seropositivo tengan acceso a tratamiento para el año 2025.</p>
FUENTE DE DATOS	Sistema PRAS (Plataforma de Registro de Atenciones de Salud) / Reportes prevención combinada
PERIODICIDAD DEL INDICADOR	Anual

DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS	2017	
CALENDARIO DE PUBLICACIÓN DEL INDICADOR	Abril de 2024	
NIVEL DE DESAGREGACIÓN DE	GEOGRÁFICO	Nacional, Provincial
	GENERAL	No aplica
	OTROS ÁMBITOS	No aplica
INFORMACIÓN GEO REFERENCIADA	No aplica	
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL	Plan Estratégico Nacional Multisectorial (PENM) 2023-2025	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	-Guía de Práctica Clínica - 2019: Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en embarazadas, niños, adolescentes y adultos https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/06/gpc_VIH_acuerdo_ministerial05-07-2019.pdf -Indicadores para el seguimiento de la Declaración Política de las Naciones Unidas para poner fin al sida de 2030: file:///E:/INFORME%20GAM/GAM%202023/global-aids-monitoring_es.pdf	
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA	Agosto, 2023	
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA	No aplica	
CLASIFICADOR TEMÁTICO ESTADÍSTICO	1.4 salud	
HOMOLOGACIÓN DEL INDICADOR	No aplica	
RESEÑA DEL INDICADOR	Boletín anual de VIH: 2017-2018-2019-2020-2021-2022	
CLASIFICADOR SECTORIAL	Salud 15	
ELABORADO POR	Estrategia Nacional de VIH/sida-ITS - Ministerio de Salud Pública.	

10.1.12 Porcentaje de PVV que reportan haber perdido su empleo o fuente de ingreso debido a su condición durante los últimos 12 meses.

FICHA METODOLÓGICA

NOMBRE INDICADOR	DEL	Porcentaje (%) de PVV que reportan haber perdido su empleo o fuente de ingreso debido a su condición durante los últimos 12 meses.
DEFINICIÓN		Este indicador mide el impacto social al ver que un miembro de la familia ha perdido un empleo o fuente de ingreso de las PVV durante un período de tiempo al nivel nacional.

FÓRMULA DE CÁLCULO

Numerador:

Número de PVV que han perdido su empleo o fuente de ingreso al nivel nacional en el último año.

Denominador:

Número de PVV que estaban empleadas durante el año.

$K=100$

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS

VIH: El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia".

SIDA: Es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, es el término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH.

PVV: Persona viviendo con VIH.

Empleo: Es una relación laboral entre un trabajador y un empleador, donde el trabajador realiza actividades para el empleador a cambio de un salario. Los principales tipos de empleo son: empleo a tiempo completo, empleo a tiempo parcial, empleo temporal y empleo subcontratado.

METODOLOGÍA DE CÁLCULO

Para el cálculo de este indicador se considerarán los datos del estudio del índice de estigma y discriminación a PVV, disponibles para el país según el año de reporte.

Donde para el numerador se contabilizarán el número de PVV que reportan haber perdido su empleo o fuente de ingreso debido a su condición de diagnóstico frente al VIH; mientras que para el denominador se contabilizaran el número total de PVV que reportan tener un empleo o fuente de ingreso durante el periodo de reporte. Finalmente se multiplica por 100.

LIMITACIONES TÉCNICAS

No aplica

UNIDAD DE MEDIDA O EXPRESIÓN DEL INDICADOR	Porcentaje
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR	El "XX%" de PVV que reportan haber perdido su empleo o fuente de ingreso debido a su condición durante los últimos 12 meses. Este indicador permite conocer el estado de la situación laboral, condiciones humanas y calidad de vida de las PVV que por su condición perdieron su derecho a trabajar o a generar ingresos. No mide nivel de formación ni preparación técnica.
FUENTE DE DATOS	Estudios del índice de estigma y discriminación a PVV, disponibles en el país.
PERIODICIDAD DEL INDICADOR	Trienal
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS	2023

CALENDARIO DE PUBLICACIÓN DEL INDICADOR		Abril de 2026	
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	DE	GEOGRÁFICO	Nacional, Provincial
		GENERAL	No aplica
		OTROS ÁMBITOS	No aplica
INFORMACIÓN REFERENCIADA	GEO	-	No aplica
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL		Plan Estratégico Nacional Multisectorial (PENM) 2023-2025	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR		-Indicadores para el seguimiento de la Declaración Política de las Naciones Unidas para poner fin al sida de 2030: file:///E:/INFORME%20GAM/GAM%202023/global-aids-monitoring_es.pdf	
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA		Agosto, 2023	
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA		No aplica	
CLASIFICADOR ESTADÍSTICO	TEMÁTICO	1.4 salud	
HOMOLOGACIÓN DEL INDICADOR	DEL	No aplica	
RESEÑA DEL INDICADOR		No aplica	
CLASIFICADOR SECTORIAL		Salud	15
ELABORADO POR		Estrategia Nacional de VIH/sida-ITS - Ministerio de Salud Pública.	

10.1.13 Número de investigaciones relacionadas con el VIH/sida – ITS realizadas en el Ecuador.

FICHA METODOLÓGICA	
NOMBRE DEL INDICADOR	Número de investigaciones relacionadas con el VIH/sida - ITS realizadas en el Ecuador.
DEFINICIÓN	Este indicador mide el alcance en la ejecución de la agenda de investigación nacional en VIH, la gestión del MSP en la obtención de financiamiento para su ejecución y la asistencia de instancias especializadas.
FÓRMULA DE CÁLCULO	
Numerador: Número de investigaciones relacionadas con el VIH/sida - ITS realizadas en el año de reporte.	
Denominador: No aplica	
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS	

VIH: El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia".

SIDA: Es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, es el término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH.

ITS: Infecciones de Transmisión Sexual.

METODOLOGÍA DE CÁLCULO

Las investigaciones realizadas permitirán identificar si las prioridades nacionales se han cumplido y estimar las necesidades de futuras investigaciones en VIH/sida - ITS.










La toma de decisiones estratégicas dependerá en gran medida de la información generada a partir de las investigaciones realizadas y se verá reflejada en la planificación y la ejecución de acciones de mayor impacto.












LIMITACIONES TÉCNICAS

No aplica

UNIDAD DE MEDIDA O EXPRESIÓN DEL INDICADOR	Número	
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR	Número de investigaciones relacionadas con el VIH/sida – ITS realizadas en el Ecuador en el año de reporte.	
FUENTE DE DATOS	Agenda de investigaciones en VIH/sida - ITS. Registros administrativos y reportes sobre investigaciones del MSP, SENESCYT y CEMSIDA.	
PERIODICIDAD DEL INDICADOR	Bienal	
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS	2023	
CALENDARIO DE PUBLICACIÓN DEL INDICADOR	Abril de 2026	
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	GEOGRÁFICO	Nacional
	GENERAL	No aplica
	OTROS ÁMBITOS	No aplica
INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA	No aplica	
RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL	Plan Estratégico Nacional Multisectorial (PENM) 2023-2025	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	PENM 2018 - 2022	
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA	Agosto, 2023	
FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA	No aplica	
CLASIFICADOR TEMÁTICO ESTADÍSTICO	1.4 salud	
HOMOLOGACIÓN DEL INDICADOR	No aplica	

RESEÑA DEL INDICADOR	No aplica	
CLASIFICADOR SECTORIAL	Salud	15
ELABORADO POR	Estrategia Nacional de VIH/sida-ITS - Ministerio de Salud Pública.	

	Nombre	Área	Cargo	Sumilla
Aprobado	Mgs. Sara Beatriz Tama Tambaco	Viceministerio de Gobernanza de la Salud	Viceministra	 Firmado electrónicamente por: SARA BEATRIZ TAMA TAMBACO
Revisado	Mgs. Ricardo José Vizueta Méndez	Subsecretaría de Vigilancia, Prevención y Control de la Salud	Subsecretario	 Firmado electrónicamente por: RICARDO JOSE VIZUETA MENDEZ
	Dr. José Olmedo Garnica Vargas	Subsecretaría de Rectoría del Sistema Nacional de Salud	Subsecretario	 Firmado electrónicamente por: JOSE OLMEDO GARNICA VARGAS
	Mgs. Fernando Góngora Martínez	Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud	Director (Encargado)	 Firmado electrónicamente por: FERNANDO BRYAN GONGORA MARTINEZ
	Dra. Raquel del Pilar Velez Muñoz	Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades Transmisibles	Directora	 Firmado electrónicamente por: RAQUEL DEL PILAR VELEZ MUNOZ
	Mgs. Rodrigo Tobar	Gerencia del Proyecto de Reducción de las Enfermedades Crónico - Transmisibles de Mayor Impacto en el Ecuador: VIH/SIDA, ITS, Tuberculosis y Hepatitis Viral B y C	Gerente	 Firmado electrónicamente por: RODRIGO REINALDO TOBAR ROBALINO
	Psc. Vilma Escobar	Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud	Especialista	 Firmado electrónicamente por: VILMA AIDEE ESCOBAR PEREZ
Elaborado	Dr. Daniel Lizano	Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades Transmisibles	Especialista	 Firmado electrónicamente por: EDISON DANIEL LIZANO ARAUZ
	Dra. Emilia Morán	Proyecto de Reducción de las Enfermedades Crónico - Transmisibles de Mayor Impacto en el Ecuador: VIH/SIDA, ITS, Tuberculosis y Hepatitis Virales	Analista	 Firmado electrónicamente por: MARIA EMILIA MORAN BARRIGA

Psc. Mayra Granja	Gestión Interna de Enfermedades Transmisibles	Especialista	 Firmado electrónicamente por: MAYRA ELIZABETH GRANJA ACOSTA
Mgs. Marcela Salazar	Gestión Interna de Enfermedades Transmisibles	Especialista	 Firmado electrónicamente por: MARCELA VIRGINIA SALAZAR CEDILLO
Econ. Fernanda Vélez	Proyecto de Reducción de las Enfermedades Crónico - Transmisibles de Mayor Impacto en el Ecuador: VIH/SIDA, ITS, Tuberculosis y Hepatitis Virales	Analista	 Firmado electrónicamente por: FERNANDA VANESSA VELEZ CEVALLOS
Dra. Diana Iglesias	Proyecto de Reducción de las Enfermedades Crónico - Transmisibles de Mayor Impacto en el Ecuador: VIH/SIDA, ITS, Tuberculosis y Hepatitis Virales	Analista	 Firmado electrónicamente por: DIANA ELIZABETH IGLESIAS ZAMBRANO
Ing. Carmen Pozo	Proyecto de Reducción de las Enfermedades Crónico - Transmisibles de Mayor Impacto en el Ecuador: VIH/SIDA, ITS, Tuberculosis y Hepatitis Virales	Analista	 Firmado electrónicamente por: CARMEN YOMAIRA POZO RIVERA
Dra. Viviana Allauca	Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades Transmisibles	Especialista	 Firmado electrónicamente por: VIVIANA VERONICA ALLAUCA CHAVEZ
Bqf. Jaime Enriquez	Proyecto de Reducción de las Enfermedades Crónico - Transmisibles de Mayor Impacto en el Ecuador: VIH/SIDA, ITS, Tuberculosis y Hepatitis Virales	Analista	 Firmado electrónicamente por: JAIME ALEXANDER ENRIQUEZ SALINAS
Dr. Juan Vega	Proyecto de Reducción de las Enfermedades Crónico - Transmisibles de Mayor Impacto en el Ecuador: VIH/SIDA, ITS, Tuberculosis y Hepatitis Virales	Analista	 Firmado electrónicamente por: JUAN ALBERTO VEGA REYES
Dr. Henry Calle	Proyecto de Reducción de las Enfermedades Crónico - Transmisibles de Mayor Impacto en el Ecuador: VIH/SIDA, ITS, Tuberculosis y Hepatitis Virales	Analista	 Firmado electrónicamente por: HENRY MIGUEL CALLE LOOR
Dra. Lisbeth Cuasapaz	Proyecto de Reducción de las Enfermedades Crónico - Transmisibles de Mayor Impacto en el Ecuador: VIH/SIDA, ITS, Tuberculosis y Hepatitis Virales	Analista	 Firmado electrónicamente por: ANDREA LISBETH CUASAPAZ ROSERO
Dr. Carlos Erazo	Proyecto de Reducción de las Enfermedades Crónico - Transmisibles de Mayor Impacto en el Ecuador: VIH/SIDA, ITS, Tuberculosis y Hepatitis Virales	Analista	 Firmado electrónicamente por: CARLOS ESPARTACO ERAZO VERDUGO



EL NUEVO
ECUADOR 

Ministerio de Salud Pública



@SaludEcuador



@minsaec



@Salud_Ec

www.salud.gob.ec