

Informe final

“Informe del estudio de medición de gasto en la respuesta al VIH, Ecuador 2016 - 2020”

Preparado por Juan F. Vásconez, F. Xavier Solórzano y Edison Jiménez para Ministerio de Salud Pública - ONUSIDA
10 de julio de 2022

Tabla de Contenido

1. Introducción.....	4
2. Objetivos del estudio	5
3. Metodología	5
4. Situación del VIH en el Ecuador	6
5. Resultados	16
6. Anexos	24

Acrónimos

ACHPE	Asociación de Clínicas y Hospitales Privados del Ecuador
AME	Asociación de Municipalidades del Ecuador
ARV	Antirretroviral
CEMSIDA	Comité Ecuatoriano Multisectorial del Sida
CEPVVS	Coalición Ecuatoriana de Personas que Viven con VIH/sida
CONASA	Consejo Nacional de Salud
DDHH	Derechos humanos
ENVIH	Estrategia Nacional de VIH/sida-ITS
FM	Fondo Mundial
GAD	Gobierno autónomo descentralizado
GPC	Grupos de población clave
HSH	Hombres que tiene sexo con hombres
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
MCP	Mecanismo de Coordinación de País
M&E	Monitoreo y evaluación
MSP	Ministerio de Salud Pública
MTS	Mujeres que ejercen el trabajo sexual
ONG	Organización no Gubernamental
ONU	Organización de Naciones unidas
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud
PENM	Plan Estratégico Nacional Multisectorial del VIH/sida
PTF	Personas transfemeninas
PTS	Personas que ejercen el trabajo sexual
PVV	Personas que viven con el VIH
RPIS	Red pública integral de salud
SENESCYT	Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación
SENPLADES	Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo
TARV	Tratamiento antirretroviral

1. Introducción

El Ministerio de Salud Pública (MSP) del Ecuador, 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 MSP lidera la respuesta nacional multisectorial al VIH/sida y preside el Comité Ecuatoriano Multisectorial del Sida (CEMSIDA). El MSP solicitó a ONUSIDA su apoyo técnico y financiero para realizar el estudio de medición del gasto en sida (MEGAS) en el periodo 2016-2020. Este estudio es fundamental para conocer la situación actual del gasto en la respuesta nacional al VIH y para la comparación internacional.

El disponer de un sistema de monitoreo de los gastos en VIH al nivel nacional y regional es una prioridad, que contribuye a la implementación del plan estratégico nacional multisectorial (PENM) 2018-2022, que permite conocer el avance, las prioridades y las brechas de inversión en la respuesta nacional, y que ayuda a complementar la información del país para elaborar la nota conceptual de la solicitud de fondos para la subvención 2023-2025 del Fondo Mundial (FM).

La metodología de la MEGAS de ONUSIDA provee una medición completa de todos los gastos, incluyendo información sobre el origen, el destino y el objeto del gasto. Es un método riguroso para recolectar, catalogar y medir los flujos financieros en relación con los aspectos programáticos del VIH: prevención, atención, soporte social, apoyo, tratamiento. También incluye una proyección de la sostenibilidad de la respuesta al VIH, sobre la base de un análisis del sistema de programación y planificación público nacional y subnacional, las ventajas y las barreras que este sistema proporciona y una proyección del compromiso político para incrementar la inversión nacional en prevención y control de ITS y VIH.

Este estudio actualiza la información obtenida en los anteriores estudios de MEGAS en el Ecuador realizados en 2007 y 2011, y el estudio de sostenibilidad de la respuesta al VIH realizados por el MSP con apoyo de ONUSIDA.

La medición del gasto en sida identifica el flujo de fondos destinados para la respuesta al VIH en los países desglosando las categorías de gasto, la fuente de los recursos y el destino de la ejecución de los fondos que dispone el país para financiar las actividades de respuesta al VIH.

Este documento corresponde al informe final contemplado en los términos de referencia que establece la actualización de la base de datos en Excel con los datos ingresados y validados que sirvió para preparar este informe. Cabe destacar que conseguir la colaboración de los principales actores identificados para que compartan los datos sobre el gasto de cada uno de ellos fue un desafío importante, sobre todo en el caso del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) debido al cambio de funcionarios responsables del área de salud y la adaptación del requerimiento al sistema contable del IESS. Entre las principales dificultades para la entrega de los datos se halla la complejidad del instrumento actual de recolección de datos que contiene varias categorías y niveles de gasto que son poco familiares al quehacer de varias organizaciones. A pesar de transmitir a los actores la necesidad de circunscribirse a su ámbito de acción y al tipo de gasto que ejecutan de forma rutinaria, la comprensión del instrumento resultó un reto difícil. Otra razón importante para la limitada respuesta de los actores fue la época de recolección de datos ya que arrancar el estudio a fines de año y en medio de la pandemia de COVID-19 redujo la participación y la entrega de datos. De hecho, por ejemplo en el caso del IESS, pese a múltiples solicitudes e insistencia, lo que se logró

obtener fue una consolidación del gasto por año, sin el detalle requerido por el estudio. Esta información al menos contribuye a tener una aproximación al gasto en VIH/sida de uno de los actores importantes de la respuesta nacional.

Para alcanzar los objetivos propuestos en este estudio se realizó el relevamiento de información cuantitativa y cualitativa, el procesamiento y el análisis utilizando la metodología de MEGAS conforme a los términos de referencia para esta consultoría. Esto implicó la participación en talleres de actualización metodológica con expertos de ONUSIDA. Además, el trabajo coordinado y en consulta permanente con la Estrategia Nacional de VIH/sida – ITS (ENVIH) del MSP y con ONUSIDA y los actores multisectoriales de la respuesta al VIH/sida. La lista de organizaciones que sirvió de fuente de información, el acercamiento a dichas organizaciones para la obtención de la información, la elaboración de la base de datos consolidada y el análisis se realizó en conjunto con el MSP y con los actores multisectoriales pertinentes del sector público y privado, ONG, sociedad civil y cooperación internacional.

2. Objetivos del estudio

General

Realizar la medición del gasto en VIH/sida en el Ecuador en el periodo 2016-2020.

Específicos

Preparar los siguientes informes con base en la metodología de MEGAS:

1. Informe y matrices actualizadas sobre la medición del gasto en VIH, con sus componentes aplicados al nivel nacional para los años 2016-2020 fundamentados en los informes disponibles.
2. Información sobre los gastos y los flujos de financiamiento en VIH en relación con el avance hacia el logro de los objetivos de la Declaración Política de Compromisos sobre el VIH al 2030, dentro del marco de los ODS.
3. Informe de medición del gasto de bolsillo en relación con las ITS y el VIH siguiendo los estándares metodológicos vigentes en el país que permitan que sea comparable, para ser incorporado al análisis del gasto en sida para el período 2016-2020.
4. Recomendaciones específicas para el MSP y el CEMSIDA, y para la reformulación del PENM vigente, orientadas a mejorar la priorización de la respuesta nacional al VIH en los presupuestos nacionales y subnacionales con miras a cumplir los compromisos asumidos por el país con la Declaración Política sobre el VIH 2021-2026.

3. Metodología

Para alcanzar los objetivos del presente estudio se utilizó métodos de relevamiento de información secundaria, y de investigación cualitativa verbigracia entrevistas a informantes calificados. Las actividades cumplidas incluyen:

1. Revisión de documentos: informes de organismos nacionales e internacionales, guías de MEGAS y cuentas nacionales en salud, informes de MEGAS realizados en el país, informes nacionales de progreso (Global Aids Monitoring - GAM), informes Bajo la Lupa de OPS/OMS, PENM, marco de inversiones de ONUSIDA, marco jurídico vigente para el presupuesto nacional, entre otros.
2. Preparación, en conjunto con la ENVIH y ONUSIDA, de un mapa de los principales actores involucrados en la respuesta al VIH en el Ecuador que sirvieron como fuente de información para el estudio.
3. Entrevistas a funcionarios de las entidades que son fuente de gasto en VIH/sida.
4. Entrevistas a actores de planificación y presupuesto de los actores multisectoriales y del CEMSIDA.
5. Adaptación de los instrumentos de recolección de datos y formularios.
6. Recolección de datos al nivel local, zonal, provincial y nacional por medios de comunicación virtuales disponibles sobre el gasto en VIH.
7. Ingreso de datos y ajuste de la versión final de la base de datos de MEGAS, en el software oficial de ONUSIDA (RTT), o en una base de datos alternativa aprobada por ONUSIDA.
8. Llenado de la matriz para reportar los indicadores 8.1, 8.2 y 8.3 del informe nacional de progresos para GAM.
9. Participación en teleconferencias de inducción y profundización en la metodología MEGAS organizadas por ONUSIDA.
10. Programación de un taller nacional de presentación y validación de los resultados de la consultoría, e inclusión de los aportes y observaciones.
11. Integración a la red de asistencia técnica en estudios de MEGAS de Latinoamérica.

4. Situación del VIH en el Ecuador

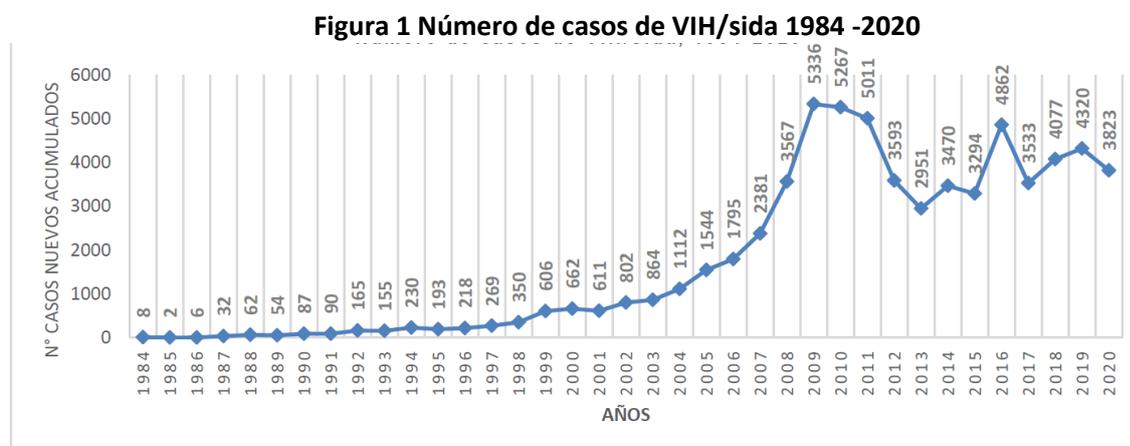
La situación del VIH en el Ecuador devela que los primeros casos fueron detectados en 1984. Con base en las estimaciones realizadas por el MSP en colaboración con ONUSIDA utilizando el programa Spectrum, se calcula que a fines de 2020 existían 46.888 PVV en el país, siendo el grupo de edad de 15 a 49 años el más afectado con dos de cada tres casos (67%) y con predominancia en hombres con una razón hombre/mujer de 2:1.

La epidemia en el Ecuador es de tipo concentrada, con una mayor prevalencia en mujeres transfemeninas (MTF) 18,72%, hombres que tienen sexo con hombres (HSH) 9,4% y trabajadores del sexo (TS) 1,4%. Esta información es el resultado del estudio de prevalencia de 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 el año 2021.

La prevalencia del VIH en poblaciones clave es mucho mayor que en adultos en general. La información sobre la prevalencia del VIH en América Latina y el Caribe muestra que la prevalencia en hombres gays y HSH oscila entre 1,1% y 25,4%, mientras que en MTF varía entre 2,3% y el 34,8%.

La evolución de la epidemia del VIH refleja un crecimiento en el número de casos hasta el año 2009 (5.336 casos) y luego decrece en forma paulatina hasta 2014 (2.951). A partir de 2014 ha mantenido

una fluctuación entre tres y cinco mil casos nuevos por año hasta 2020 (ver figura 1). En el lapso 2009 a 2020 se concentra el 76% de las notificaciones, es decir, un promedio anual de 4.128 casos nuevos notificados.



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

En el año 2020 se notificaron 3.823 casos nuevos de VIH, un número menor comparado con 2019. Cabe resaltar que, en 2020, como efecto de la pandemia de COVID-19, hubo un menor esfuerzo de tamizaje diagnóstico de 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 de VIH para población clave.

En cuanto a la distribución geográfica se observa que en 2020 el 83,32% (3.185) de los casos nuevos se concentra en 9 de las 24 provincias. Guayas reportó el 31,68%, Pichincha el 16,51%, Manabí el 5,99%, Santo Domingo el 5,86%, El Oro el 5,75%, Los Ríos el 5,34%, Azuay el 5,28%, Esmeraldas 3,77% y Tungurahua el 3,14% (ver figura 2). 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 uno de cada seis casos nuevos del país.

La tasa de incidencia del VIH, en 2020, fue de 0,22 casos nuevos por cada 1.000 habitantes que está sobre el promedio para América Latina que en 2019 fue de 0,19 por cada 1.000 habitantes.

En la figura 3 se presenta la incidencia de nuevos casos de VIH reportados por provincia de nacimiento en el año 2020, como se puede observar las provincias de Santo Domingo de los Tsáchilas, Morona Santiago, Sucumbios, El Oro, Guayas, Orellana y Azuay son las provincias con mayor incidencia del VIH por cada 1.000 habitantes ya que las tasas de incidencia que presentan se encuentran por encima del promedio nacional.

La prevalencia del VIH en mujeres embarazadas en el Ecuador fue de 0,18 %, en 2020. Es decir, se registraron 572 mujeres embarazadas con VIH, 456 expuestos perinatales y 13 niños con VIH lo cual representa una tasa de transmisión materno infantil de 2,8%. En otras palabras, 1 de cada 1.000 embarazadas y 2 de cada 100.000 niños de 0 a 15 años tienen el VIH.

Cabe resaltar los esfuerzos que ha hecho el MSP con relación a reducir la transmisión materno infantil del VIH mediante la implementación de la estrategia ETMI-plus y las auditorías a los establecimientos de salud implicados en la captación tardía de gestantes con VIH y en casos de transmisión materno infantil.

Figura 2 Número de nuevos casos de VIH/sida por provincia de residencia y sexo 2020

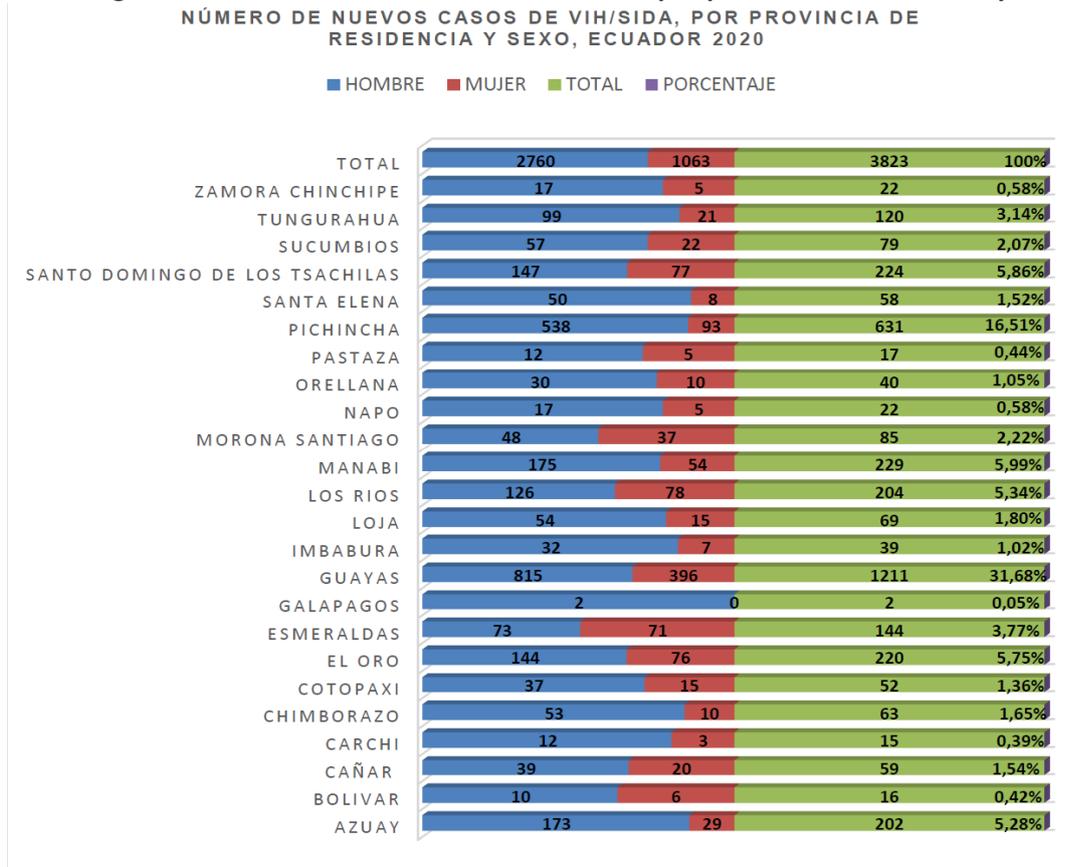
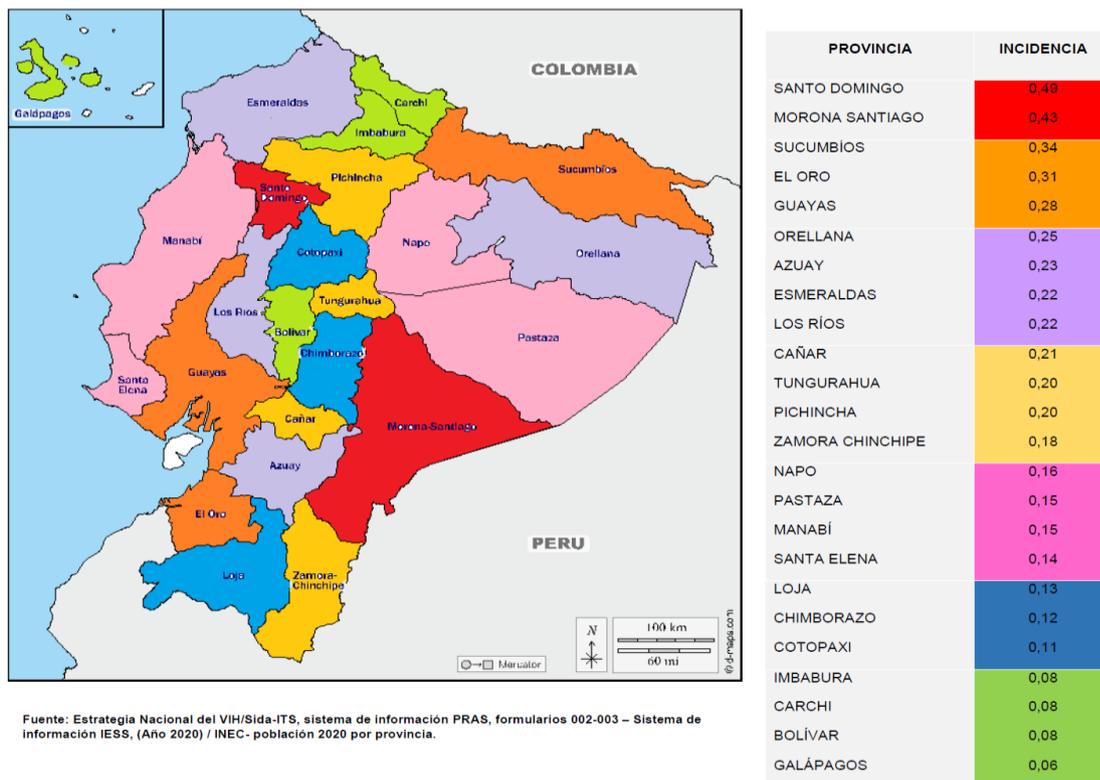


Figura 3 Tasa de incidencia de nuevos casos de VIH/sida por provincia de residencia 2020



Se estima que en el Ecuador han fallecido alrededor de 20.000 personas por causas relacionadas al sida. La tasa de mortalidad relacionada al sida se ha mantenido en alrededor de 4,5 muertes por cada 100.000 habitantes desde 2005 hasta 2020, ver figura 4. La respuesta nacional a la epidemia ha incluido de forma progresiva estrategias que han mejorado la prevención, el diagnóstico, el tratamiento antirretroviral y el seguimiento, pero a pesar de ello no se ha logrado disminuir la tasa de mortalidad.

Figura 4 Tasa de mortalidad por causas relacionadas al sida 1997-2020



Fuente: INEC / Defunciones - Muertes relacionadas al sida.

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 (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 la bisexualidad. En la población de privados de libertad se encontró que uno de cada cuatro 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. Asimismo, 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.

El MSP cuenta con 50 unidades de atención integral (UAI) en las 24 provincias del país, las de más reciente apertura son las de Durán, Quinindé, San Lorenzo, Guaranda y Tulcán. Estas UAI dan atención médica a las PVV que son aproximadamente 33.425 en TARV, de estas, el 70% se mantiene en tratamiento de primera línea. En casos necesarios se ha aplicado la transición de esquemas de TARV a las PVV que están a cargo del MSP con base en las recomendaciones de la OPS/OMS. También se ha desconcentrado la medición de carga viral y CD4 al nivel de las UAI con la adquisición de 8 nuevos equipos Genexpert para un total de 45 equipos. Durante el seguimiento a las PVV se ha detectado una coinfección con tuberculosis del 12%.

Sin lugar a duda la pandemia de COVID-19 tuvo un efecto deletéreo sobre la respuesta nacional al VIH desde su inicio el 30 de enero de 2020, cuando la OMS, resolvió que “el brote mundial por el

nuevo coronavirus constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional” y señaló que “la mayor preocupación es que el virus se propague en países con sistemas de salud menos robustos y poco preparados para enfrentarse a esta amenaza”.

El 11 de marzo de 2020, la OMS, resolvió declarar a la COVID-19 como pandemia, señalando la preocupación por los alarmantes niveles de propagación y gravedad de la enfermedad, así como por los alarmantes niveles de inacción de los Estados. Hasta la fecha la pandemia mantiene altos niveles de transmisión en todo el orbe afectando la capacidad de respuesta de los servicios de salud y las actividades productivas de los países.

El 29 de febrero de 2020, se notificó el primer caso de COVID-19 en la ciudad de Guayaquil. Mediante Acuerdo Ministerial Nro. 00126 – 2020 el MSP decretó el estado de emergencia sanitaria con fecha 11 de marzo de 2020 para activar toda la red de servicios de salud y prevenir un posible contagio masivo en la población. De igual manera, el 16 de marzo de 2020, se decretó el “estado de excepción por calamidad pública en todo el territorio nacional, por el crecimiento exponencial de casos y la transmisión comunitaria establecida en el país”. Hasta el primer semestre de 2021 se renovó, por periodos de 30 a 60 días, el estado de excepción por calamidad pública en todo el territorio nacional, por los casos de coronavirus confirmados y número de fallecidos a causa de la COVID-19, por el alto riesgo de contagio para la ciudadanía y la afectación a los derechos a la salud y la convivencia pacífica, con el objetivo de desplegar las medidas de contención para controlar la situación de emergencia sanitaria. El estado de excepción se aplicó por tres ocasiones en 2020 y una selectiva en 16 provincias del país en 2021.

Además, el país adoptó entre otras medidas las siguientes: 1) restricción general de circulación de vehículos y personas; 2) suspensión de vuelos internacionales y nacionales de pasajeros; 3) cierre de fronteras; 4) suspensión total de la jornada laboral presencial; 5) cierre de escuelas, fábricas, parques, bares, discotecas, lupanares, restaurantes, etc. También, a escala nacional se implementó la campaña “Quédate en casa”, con mensajes informativos sobre la pandemia por COVID-19 y la importancia del aislamiento físico y social de las personas.

El efecto de la COVID-19 en el país luego de dos años de pandemia es significativo. El sistema de salud reveló sus falencias frente a una epidemia de esta magnitud. A partir de la confirmación del primer caso en el país, la reproducción de nuevos casos fue vertiginosa generando zozobra y confusión durante los primeros meses. Hubo cierre de servicios de salud, sobre todo, del primer nivel de atención, cierre de consulta externa en los hospitales, falta de equipos, insumos y medicamentos, y la capacidad hospitalaria y de laboratorio fueron rebasadas. A pesar de que gran parte de los recursos de salud se volcaron a la respuesta a la COVID-19 se registró un elevado número de enfermos y muertos en casi todo el país, aunque más notable en algunas provincias como Guayas, Manabí y Santa Elena. El comportamiento en las dos ciudades más grandes del país presentó patrones diferentes con un brote explosivo en Guayaquil en marzo y abril de 2020 que resultó en elevada mortalidad, en tanto que en Quito hubo un brote progresivo que fue acumulando enfermos y muertos para convertirse en el epicentro de la epidemia en el país. A la fecha, la provincia de Pichincha duplica el número de casos de Guayas, en tanto que Quito tiene 2,5 veces más casos que Guayaquil.¹ Un indicador robusto que deja ver la dimensión de la epidemia es el exceso de mortalidad que a mediados de mayo de 2021 se calcula alcanzó el 73%.² El exceso de mortalidad del país, según el Observatorio Social del Ecuador, se delinea en la figura 5 como la diferencia entre los

¹ Estadísticas COVID-19. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/01/MSP_cvd19_infografia_diaria_20220125.pdf

² Evolución de fallecidos en el Ecuador: total de causas generales 2020&2021. <https://gk.city/2021/04/23/visualizador-exceso-muertes-ecuador-2021/>

fallecidos por todas las causas en 2020 hasta inicios de mayo de 2021 con relación a la media de 2015-2019.³

El efecto de las restricciones de movilidad, el toque de queda y las restricciones para el funcionamiento de ciertas actividades ha sido notable en la 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 4,9% en diciembre de 2020, a 6,3% en mayo de 2021 y a 4,1% en diciembre de 2021.⁴ Por su parte la pobreza a escala nacional en diciembre de 2019 se ubicó en 25,0% y la pobreza extrema en 8,9%, siendo en el área urbana del 17,2% y la pobreza extrema del 4,3%, mientras que en el área rural la pobreza fue del 41,8% y la pobreza extrema del 18,7%. En cambio, un año después la pobreza aumentó a 33% y la pobreza extrema a 15,4%, llegando en el área urbana al 25,4% y la pobreza extrema al 9,0%, en el área rural alcanzó el 49,2% y la pobreza extrema el 29,1%. En diciembre de 2021 la pobreza bajó a 27,7% y la pobreza extrema a 10,5%, llegando en el área urbana al 20,8% y la pobreza extrema al 5,9%, en el área rural alcanzó el 42,4% y la pobreza extrema el 20,3%.⁵

Otro indicador que revela el efecto sobre la economía ecuatoriana es la contracción del producto interno bruto (PIB) que alcanzó -7,8% en 2020, aunque se logró una recuperación con un crecimiento de 3,5% a octubre de 2021.⁶ 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 2019.⁷ 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 reestructuración 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 e insumos contra la COVID-19.

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 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 6 se aprecia que a pesar de que la reducción presupuestaria se arrastra desde 2017 en los cuatro sectores, en 2020, el gobierno dejó de invertir

³ Observatorio Social del Ecuador. Monitoreo y análisis de la pandemia de Covid-19 en Ecuador. mayo de 2021. Fuente: <https://github.com/andrab/ecuacovid> • En base a Dirección General del Registro Civil. Actualización: 3 de mayo de 2021. Esta estimación no toma en cuenta la tasa anual de crecimiento. Los últimos registros seguirán creciendo porque no todas las actas se incorporan el mismo día.

⁴ Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo 2021. Diciembre 2021. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/EMPLEO/2021/Diciembre-2021/202112_Mercado_Laboral.pdf

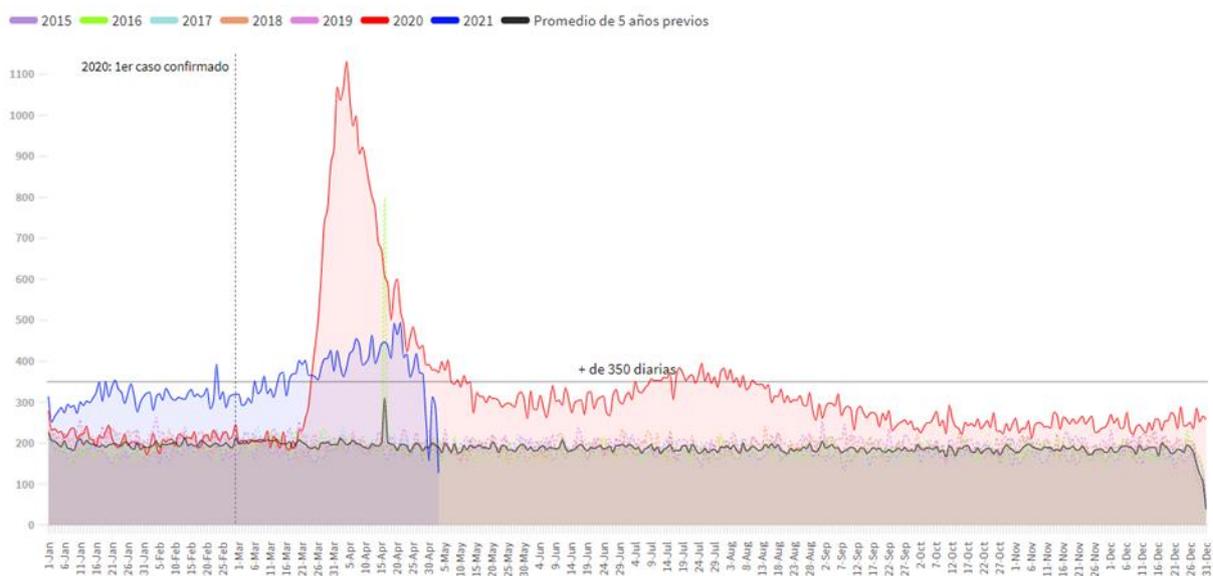
⁵ Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo 2021: Indicadores de Pobreza y Desigualdad. Diciembre, 2019, 2020 y 2021. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/pobreza-diciembre-2021/>

⁶ Fondo Monetario Internacional. Ecuador. <https://www.imf.org/en/Countries/ECU>. Octubre de 2021.

⁷ El Comercio, 21 de enero de 2021. <https://www.elcomercio.com/actualidad/mundo/deuda-ecuador-pib-2020-finanzas.html>

USD 347 millones en esas áreas con una reducción del gasto primario en educación, trabajo y salud, mientras que aumentó en bienestar social.⁸

Figura 5: Número de defunciones por todas las causas desde el 1 de enero de 2015 al 3 de mayo de 2021 en Ecuador



Fuente: Observatorio Social del Ecuador. 2021.

Las poblaciones más vulnerables al VIH han tenido dificultad en el acceso a servicios de salud, protección social y seguridad. La pandemia ha significado para las poblaciones clave y comunidades afectadas por la epidemia del VIH un mayor riesgo de exclusión, estigma y discriminación con el consiguiente aumento del riesgo de enfermar y morir. Por ejemplo, las restricciones impuestas para contener los contagios de la COVID-19 incluyeron el cierre de lugares de diversión como bares, discotecas, salas de masaje y burdeles desplazando a las personas que realizan trabajo sexual a sitios clandestinos y a las calles bajo altos niveles de riesgo y sin acceso suficiente a servicios esenciales para la salud y la protección de derechos. Este desplazamiento forzado ha generado también tensión y disputas entre las trabajadoras sexuales debido a la baja demanda de sus servicios y la limitada oferta de lugares seguros para ejercer la actividad sexual. De igual forma, la población en movilidad humana constituye un grupo de riesgo por su condición, pero también porque una parte de ella ha buscado en el trabajo sexual una alternativa de supervivencia, con mayor exposición y vulnerabilidad, sufriendo discriminación, xenofobia, explotación y violencia.⁹ Aunque las denuncias registradas por delitos asociados a la violencia de género disminuyeron en 2020 con relación a 2019 las de femicidios aumentaron. Según el registro de femicidios de la Fundación Aldea, entre 2014 y 2019, hubo 731¹⁰ muertes de mujeres por violencia de género, en promedio 122 muertes por año. En 2020, hubo 118 homicidios, que incluyeron 6 en transfemininas y 1 por maltrato infantil, mientras que hasta el 30 de junio de 2021 se registraron 105 muertes violentas de mujeres por razones de

⁸ Observatorio de Gasto Público. 2020: un año de reducciones en el presupuesto para los sectores sociales. <https://www.gastopublico.org/informes-del-observatorio/2020-un-ano-de-reducciones-en-el-presupuesto-para-los-sectores-sociales>

⁹ Méndez E y Cerdas G. Condiciones de las personas trabajadoras sexuales, en el contexto de la pandemia COVID-19 en Ecuador, El Salvador y Costa Rica: Informe de Resultados. 2021.

¹⁰ La fuente reporta 748 desde 2014 al 2 de marzo de 2020, pero aclara que 17 son de este último año, por lo que se han descontado para establecer la cifra del periodo 2014-2019. De hecho, la fuente parece ir variando su definición de caso a lo largo del tiempo, lo que dificulta la comparación histórica.

género, de las cuales 4 fueron transfeminicidios y 33 por delincuencia organizada.¹¹ Por su parte, según los datos de la Fiscalía General del Estado (FGE) las muertes intencionales por violencia de género fueron 79 en 2020, 65 en 2019 y 24 hasta fines de abril de 2021. Al comparar, el periodo enero a abril de 2020 con el mismo de 2021 se observa un incremento de 15 a 24 femicidios. En cambio, las denuncias presentadas por violencia de género muestran una tendencia parecida entre las semanas 12 a la 34 de 2019 y 2020. A partir de la semana 34, en 2020, hay un tenue incremento en delitos como: violación, y violencia física y psicológica.¹² Asimismo, con base en la información obtenida de los diálogos sociales hay indicios de un incremento de la inseguridad y el riesgo para las poblaciones clave que ejercen el trabajo sexual tanto mujeres, hombres y personas trans.

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



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas

La transmisión comunitaria del SARS-CoV-2 se ha caracterizado por un patrón epidemiológico de crecimiento sostenido de los casos. Esto ha provocado que la capacidad de respuesta de los servicios de salud sea insuficiente, afectándose la provisión de servicios esenciales, incluyendo la atención a enfermedades como el VIH y la disminución considerable de acciones de prevención para la población clave y vulnerable. Cabe anotar que, al 26 de mayo de 2020, el 83% de los casos de COVID-19 del país se concentró en las provincias de Guayas, Pichincha, Manabí, Los Ríos, El Oro, Santo Domingo y Azuay, provincias en las cuales también se concentró el 83% de PVV con tratamiento antirretroviral. En cambio, al 24 de mayo de 2021, el 82% de los casos de COVID-19 del país se concentró en las provincias de Guayas, Pichincha, Manabí, Los Ríos, El Oro, Santo Domingo, Azuay, Loja, Imbabura y Tungurahua, provincias en las cuales también se concentra el 88% de PVV con TARV. Cabe destacar que gracias a la planificación oportuna y la gestión eficiente de la ENVIH se logró mantener el abastecimiento de TARV a las PVV, observándose un crecimiento en la cobertura

¹¹ Fundación Aldea. Mapas de femicidios 2014 – 2021. <http://www.fundacionaldea.org/noticias-aldea/mapasfemicidios2020-czj7d>

¹² Fiscalía General del Estado. Datos sobre violencia de género. <https://www.fiscalia.gob.ec/estadisticas-fge/>. Datos al 2 de mayo de 2021.

de 27.304 PVV en 2019, a 31.348 en 2020 y a 31.439 PVV en mayo de 2021.¹³ Sin embargo, hay que tomar en cuenta que el MSP cubrió el abastecimiento de TARV a 998 PVV afiliadas al IESS y por ello el incremento estaría asociado a esta cobertura y al ingreso de alrededor de 3.000 PVV nuevas al TARV en 2020. En este sentido, los protocolos y los algoritmos de atención establecen que todo paciente nuevo para ingresar al esquema de TARV debe realizarse una prueba de carga viral y CD4 para determinar la línea de base y comparar con las siguientes mediciones. Así es que se ha implementado la estrategia de desconcentración de estas pruebas de laboratorio a los hospitales que atienden a PVV gracias al incremento de la capacidad de análisis mediante la técnica de GeneXpert.

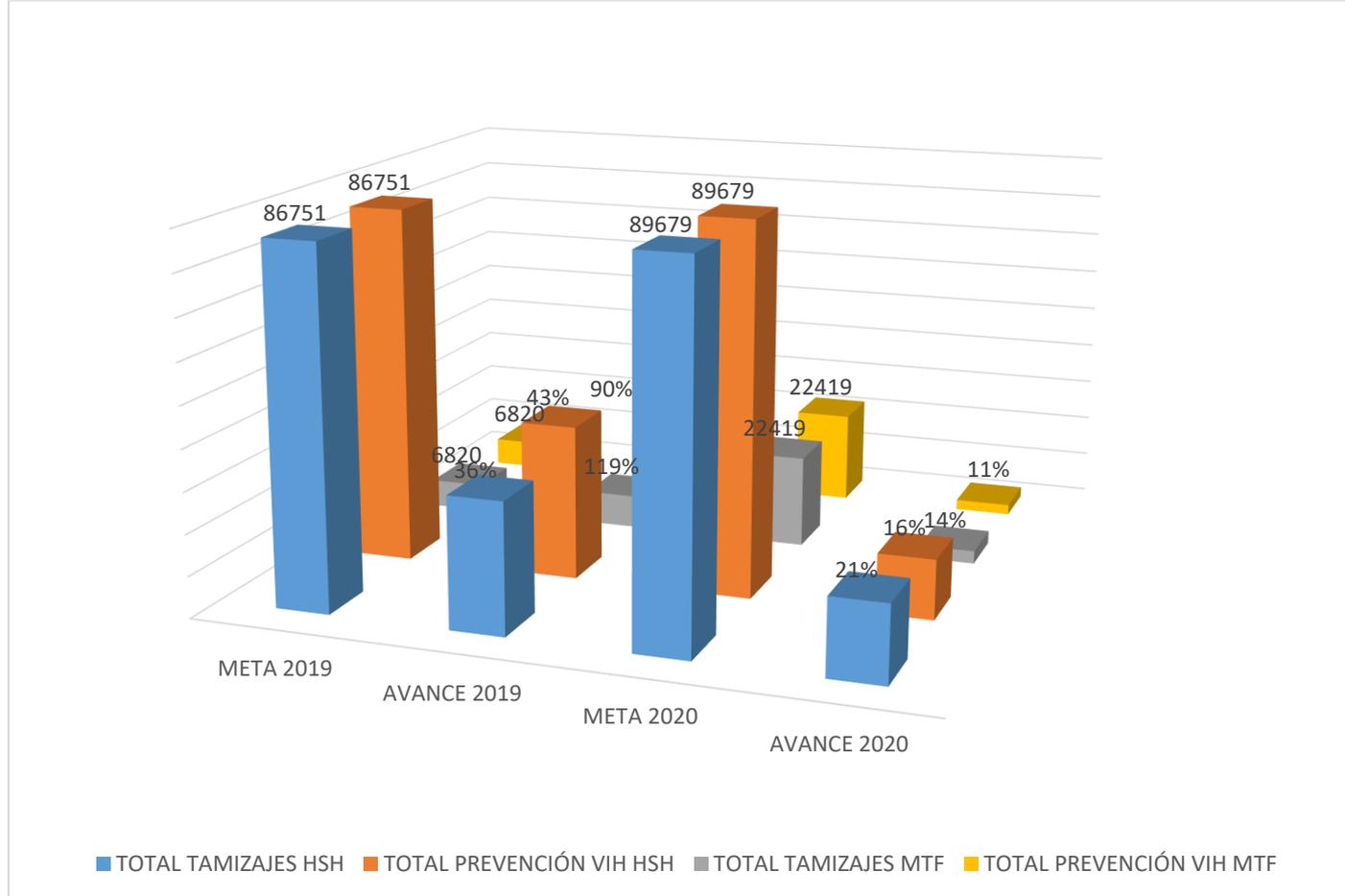
La situación generada por la pandemia de la Covid-19, afectó la respuesta estatal y comunitaria a la epidemia del VIH. Debido a ello, los grupos de población con la mayor prevalencia de VIH: HSH, transfemeninas, hombres y mujeres trabajadores sexuales se vieron limitados en el acceso a mecanismos de prevención como la prueba de VIH, condones y lubricantes, profilaxis pre-exposición, diagnóstico y tratamiento para las infecciones de transmisión sexual, 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 actual subvención al Fondo Mundial, las metas de tamizaje y prevención en hombres que tienen sexo con hombres y transfemeninas 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 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, ver figura 7. En 2021, también se mantuvo la brecha en tamizaje ya que solo se alcanzó el 35% de la meta establecida.

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 medicamentos antirretrovirales a las PVV de manera oportuna, minimizando la exposición al contagio y garantizando la atención en casos de emergencia para las PVV, con base en la dinámica de la pandemia en el Ecuador. Así, se dispuso oportunamente que las PVV que requieran atención, puedan agendar su cita en una fecha conveniente, recibir los medicamentos antirretrovirales para dos meses en la unidad de atención integral más cercana a su domicilio o la entrega de ARV en el domicilio para pacientes con dificultad de movilización. Además, se garantizó el acceso a TARV a 998 PVV que son atendidas en establecimientos del IESS mediante la entrega de su medicación en las UAI del MSP. De esta manera, se evitó, en la mayoría de los casos, la interrupción de su tratamiento que podía tener graves consecuencias como generar resistencia a los antirretrovirales. También, se desconcentró la atención en VIH al primer nivel de atención.

La COVID-19 trastocó las acciones de prevención del VIH, por ende, es necesario continuar implementando estrategias que aseguren las medidas de prevención de ambas enfermedades. Para tal efecto, se tomó como referente las directrices que la OPS emitió para que los gobiernos, las organizaciones y las redes de la sociedad civil y las PVV puedan enfrentar los diferentes aspectos que puedan surgir en la respuesta al VIH en medio de la COVID-19, con el propósito de que la respuesta se enmarque en los principios de los derechos humanos.

¹³ Ministerio de Salud Pública. Base de datos la Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control. Mayo de 2021.

Figura 7 Acceso a pruebas e insumos de prevención en HSH y MTF 2019 - 2020



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

En este marco en el componente “Preparación para la continuidad de los servicios durante la pandemia por COVID-19”, OPS recomendó en relación con los servicios comunitarios lo siguiente:

“ [...] Las pruebas de detección del VIH en la comunidad deben gestionarse con gran precaución o suspenderse temporalmente, mientras se aplican las recomendaciones de las autoridades nacionales para el distanciamiento social. Sin embargo, se podría dar prioridad a las pruebas de detección rápida del VIH iniciadas por el proveedor y a las pruebas de VIH solicitadas por los usuarios en los centros de salud. Los países deberían superar rápidamente los obstáculos locales para la adopción de la auto prueba del VIH, siguiendo las recomendaciones de la OMS, y elaborar rápidamente una estrategia de aplicación y ampliarla.”

Otras tareas que se han llevado a cabo durante 2021 por parte del MSP son: el diseño del nuevo modelo de gestión del CEMSIDA; la revisión y la actualización del PENM con base en las recomendaciones emitidas por la Reunión de Alto Nivel con las Naciones Unidas; la articulación con el MCP; la coordinación con representantes de la sociedad civil, las coordinaciones zonales y las UAI a escala nacional de las redes pública y privada; y la coordinación con organismos de cooperación internacional como ONUSIDA, OPS, GCTH, Grupo Andino, Fondo Mundial, UNFPA y UNICEF.

Entre los estudios, lineamientos, manuales y protocolos elaborados se destacan: Manual de vigilancia epidemiológica de VIH/sida-ITS en población general y en población clave; estudio de prevalencia de VIH/ITS en población clave en 6 provincias del país; estudio de determinación de genotipos de hepatitis B y C; protocolo clínico de hepatitis virales B y C; protocolo clínico de ITS – ETMI-plus;

manual de consejería de pares; manual de adherencia; manual de nutrición en las personas que viven con VIH; estudio de tallas poblaciones de grupos clave (HSH y Trans); lineamientos para iniciar el servicio de profilaxis preexposición (PrEP) en los establecimientos de salud del MSP; informe técnico sobre la situación de las infecciones de transmisión sexual en personas privadas de libertad.

5. Resultados

La información recolectada revela que el gasto en VIH/sida durante el periodo 2016 - 2020 alcanzó un total de USD 98.933.528,66 lo que significa en promedio un gasto de **USD 19.786.705,73** anual, pero con un rango que fluctúa entre 15.256.427,50 en 2020 hasta 27.209.356,37 en 2016, según se aprecia en la tabla 1. A pesar que no se logró la colaboración de todas las entidades vinculadas a la respuesta nacional al VIH con en estudios anteriores, al menos se consiguió que el IESS aporte con cifras, aunque sin el desglose que requieren los instrumentos del MEGAS, que permiten una aproximación a la inversión que realiza el país en el ámbito VIH/sida en el quinquenio analizado.

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

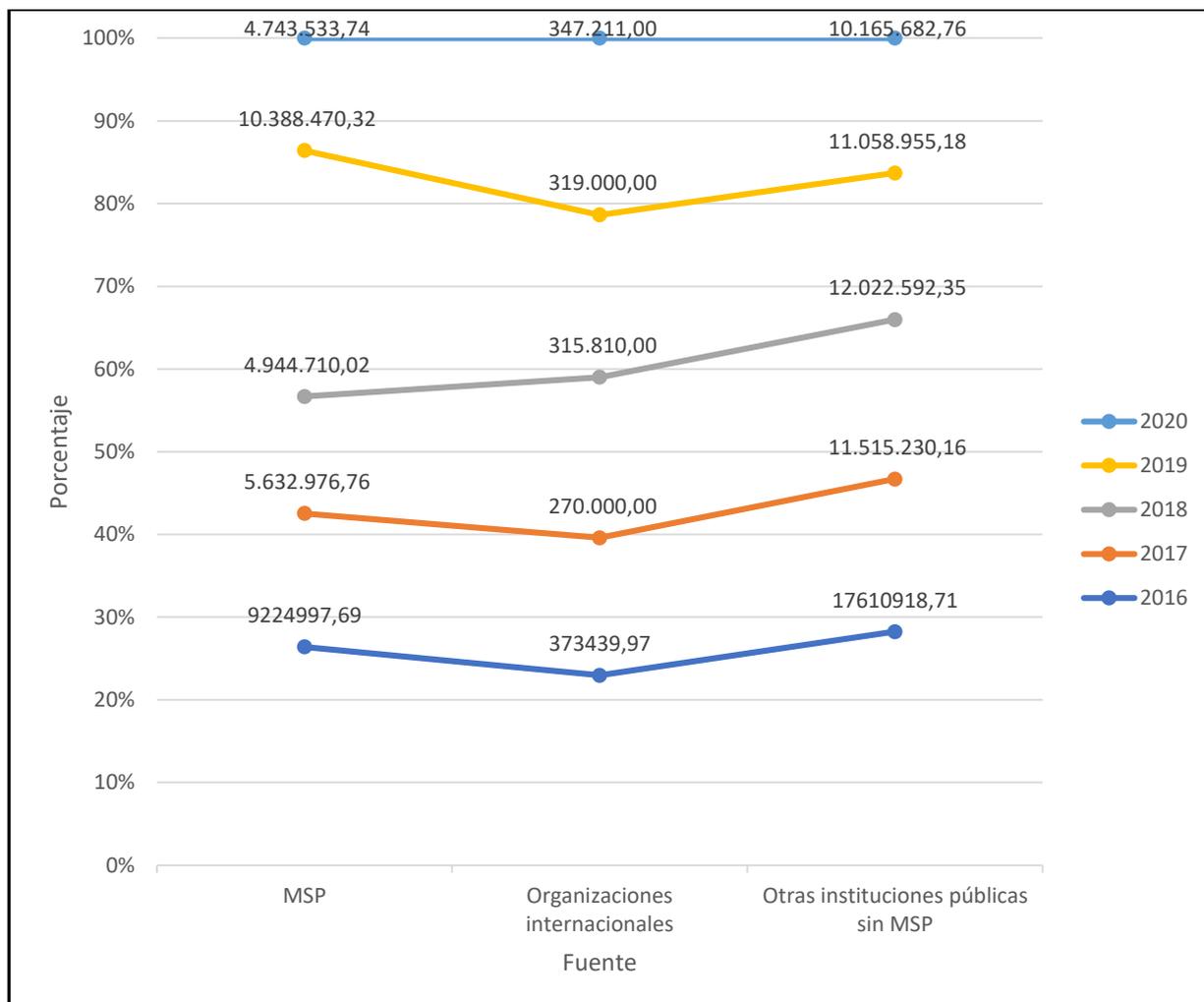
Fuente	USD 2016	USD 2017	USD 2018	USD 2019	USD 2020	USD Total	Porcentaje
MSP	9.224.997,69	5.632.976,76	4.944.710,02	10.388.470,32	4.743.533,74	34.934.688,53	35%
Otras instituciones públicas sin MSP	17.610.918,71	11.515.230,16	12.022.592,35	11.058.955,18	10.165.682,76	62.373.379,16	63%
Organizaciones internacionales	373.439,97	270.000,00	315.810,00	319.000,00	347.211,00	1.625.460,97	2%
Total	27.209.356,37	17.418.206,92	17.283.112,37	21.766.425,50	15.256.427,50	98.933.528,66	100%

Fuente: Base de datos con los aportes de las instituciones hasta el 30 de junio de 2022 para el periodo 2016-2020

El promedio del gasto en sida en el periodo 2016-2020 con relación a la última medición correspondiente al año 2010 revela una disminución en el monto de los recursos que en ese año fue de USD 28.641.874. Es notable que el gasto en sida en este último periodo descendió en alrededor de 40% en los años 2017 y 2018 y 47% en 2020, mientras que en 2016 se mantuvo casi en el mismo nivel con un descenso de apenas 5% y en el año 2019 24% menos. 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 y ministerio de Educación. También es significativa la reducción del gasto por parte de los organismos internacionales ya que bajó del 10% en 2010 al 2% en el periodo 2016-2020 (ver tabla 1). De igual forma, en la figura 8 se demuestra la evolución del gasto en VIH/sida en el periodo 2016-2020 vinculada a las fuentes de financiamiento que demuestra que la principal fuente de financiamiento del gasto es de origen público. Asimismo, se puede observar la proporcionalidad del gasto por año en cada fuente de financiamiento y su tendencia.

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 85% del gasto total. Le sigue el gasto en prevención con USD 12.132.892,59 que significa el 12% del gasto total. En otras palabras, el gasto se concentró en prevención y atención y tratamiento. Cabe, sin embargo, resaltar que al no tener un desglose del gasto del IESS se asume que el total de fondos ejecutados se destinó para atención y tratamiento de las personas afiliadas. El remanente del gasto se distribuyó entre las otras categorías como lo demuestran las cifras consignadas en la tabla 2.

Figura 8 Evolución del gasto en sida por fuente de financiamiento 2016-2020



Fuente: Base de datos con los aportes de las instituciones hasta el 30 de junio de 2022 para el periodo 2016-2020

Tabla 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	Porcentaje
Prevención	6.013.215,86	1.466.578,62	1.234.947,03	2.192.709,28	1.225.441,80	12.132.892,59	12%
Atención y tratamiento	20.813.831,18	15.845.468,30	14.885.412,86	18.965.932,20	13.149.419,73	83.660.064,98	85%
Gestión y administración de programas			81.980,83	180.262,72	599.616,03	861.859,58	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	27.209.356,37	17.418.206,92	17.283.112,37	21.766.425,50	15.256.427,50	98.933.528,66	100%

Fuente: Base de datos con los aportes de las instituciones hasta el 30 de junio de 2022 para el periodo 2016-2020

En la tabla 3 se presenta la distribución por categoría de gasto según la fuente de financiamiento apreciándose que el gasto principal es en atención integral y tratamiento representando el 84,5% mientras que en prevención se gastó el 12,3% del total. El resto de categorías tienen un gasto marginal que no llega al 1% con excepción de información, educación y comunicación que alcanza el

1,4% de los recursos gastados. El gasto de la respuesta nacional se sustenta en los aportes de las instituciones públicas: MSP, IESS, ISSFA y ministerio de Educación que contribuyeron con el 98,4% del gasto en VIH/sida en el periodo 2016-2020 mientras que las organizaciones internacionales aportaron con el resto del gasto. Es importante señalar que ninguna de las entidades de sociedad civil y del sector privado a quienes se solicitó información respondió al pedido pese a la insistencia, inclusive del MSP.

Tabla 3 Gasto total en VIH/sida por categoría de gasto y fuente de financiamiento 2016-2020

Categoría de gasto	MSP	Otras instituciones públicas sin MSP	Organizaciones internacionales	USD Total
Prevención	11.614.662,68	58.419,91	459.810,00	12.132.892,59
Atención y tratamiento	22.942.309,45	60.695.544,53	22.211,00	83.660.064,98
Gestión y administración de programas		809.859,58	52.000,00	861.859,58
Investigación relacionada con el VIH			55.000,00	55.000,00
Recursos humanos	377.716,40		440.000,00	817.716,40
Entorno favorable		809.555,14	596.439,97	1.405.995,11
Total	34.934.688,53	62.373.379,16	1.625.460,97	98.933.528,66

Fuente: Base de datos con los aportes de las instituciones hasta el 30 de junio de 2022 para el periodo 2016-2020

Al analizar la ejecución del gasto por categoría hay que prestar atención en que el gasto se concentra mayoritariamente en las categorías que tienen relación con actividades de prevención y las de atención y tratamiento según consta en la tabla 4 donde se presenta la distribución porcentual de este gasto que ratifica 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. Cabe destacar que en los rubros de investigación hubo gasto en 2018 y 2019 y en gestión y administración de programas en 2018 con valores inferiores al medio por ciento, por tanto, aparece cero por ciento en la tabla.

Tabla 4 Porcentaje del gasto en VIH/sida por categoría de gasto 2016-2020

Categoría de gasto	Porcentaje 2016	Porcentaje 2017	Porcentaje 2018	Porcentaje 2019	Porcentaje 2020
Prevención	22%	8%	7%	10%	8%
Atención y tratamiento	76%	91%	86%	87%	86%
Gestión y administración de programas	0%	0%	0%	1%	4%
Investigación relacionada con el VIH	0%	0%	0%	0%	0%
Recursos humanos	1%	1%	2%	1%	1%
Entorno favorable	1%	0%	5%	1%	1%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Base de datos con los aportes de las instituciones hasta el 30 de junio de 2022 para el periodo 2016-2020

En la tabla 5 consta la evolución del gasto en VIH/sida en porcentaje por categoría que confirma que desde 2005 los recursos se han invertido principalmente en actividades de prevención y en atención y tratamiento. Es notable, sin embargo, 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.

Tabla 5 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%	12%
Atención y tratamiento	45%	36%	41%	85%
Gestión y administración de programas	15%	7%	4%	1%
Resto de categorías	16%	5%	6%	2%
Total	100%	100%	100%	100%

Fuentes: Base de datos con los aportes de las instituciones hasta el 30 de junio de 2022 para el periodo 2016-2020; Estudio MEGAS 2005-2007; Gasto relativo al VIH y Sida en Ecuador 2008-2009; Estudio MEGAS 2010.

En la tabla 6 se observa la distribución del gasto destinado a prevención por institución que ratifica que el MSP es la entidad que destina la mayor cantidad de recursos a la prevención del VIH y al manejo integral de las infecciones de transmisión sexual. Sin embargo, hay que resaltar que este desglose no incluye el gasto del IESS debido a que la información que proporcionó fue el total gastado por año sin desagregación por rubro de gasto y con base en la naturaleza de la atención que ofrece el IESS se infiere que esos recursos se utilizaron en cuidados médicos y tratamiento de las personas afiliadas. Por tanto, la tabla se complementa con los gastos en prevención entregados por el resto de instituciones que reportaron algún gasto durante el periodo 2016-2020.

Tabla 6 Gasto en prevención VIH/sida 2016-2020 por institución

Institución	USD 2016	USD 2017	USD 2018	USD 2019	USD 2020	Total
Ministerio de Salud Pública	6.013.216	1.296.579	1.197.137	2.012.289	1.095.442	11.614.663
Ministerio de Educación	0	0	0	16128	0	16128
ISSFA	0	0	0	42.292	0	42.292
UNFPA	0	170.000	9.810	100.000	100.000	379.810
UNICEF	0	0	28.000,00	22.000,00	30.000,00	80.000,00
Total	6.013.216	1.466.579	1.234.947	2.192.709	1.225.442	12.132.893

Fuentes: Base de datos con los aportes de las instituciones hasta el 30 de junio de 2022 para el periodo 2016-2020

En la tabla 7 se ilustra el gasto en atención y tratamiento de las instituciones que reportaron para el periodo 2016-2020. Cabe señalar, como se mencionó arriba, que se infiere que el gasto realizado por el IESS corresponde a la atención y tratamiento de personas con VIH y como se puede ver la proporción de este gasto es significativamente mayor comparado con el MSP. De todas maneras, es preciso anotar que históricamente el MSP ha sido la institución que destina la mayor cantidad de recursos para atención y tratamiento del VIH/sida en los periodos anteriores de medición del gasto en sida.

Tabla 7 Gasto en atención y tratamiento VIH/sida 2016-2020 por institución

Institución	USD 2016	USD 2017	USD 2018	USD 2019	USD 2020	Total
Ministerio de Salud Pública	3.202.913	4.336.398	3.661.138	8.186.132	3.555.728	22.942.309
Ministerio de Educación	0	0	0	0	0	0
ISSFA	689.004	425.975	303.776	345.230	435.903	2.199.887
UNFPA	0	0	0	0	22.211	22.211
IESS	16.921.915	11.083.095	10.920.499	10.434.570	9.135.578	58.495.658
Total	20.813.832	15.845.468	14.885.413	18.965.932	13.149.420	83.660.065

Fuentes: Base de datos con los aportes de las instituciones hasta el 30 de junio de 2022 para el periodo 2016-2020

En la tabla 8 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. Como se puede ver el gasto varía dependiendo del grupo de población, más adelante se apreciará las diferencias en estos grupos de población en función de la categoría del gasto.

Tabla 8 Gasto en VIH/sida 2016-2020 por población beneficiaria

Población beneficiaria	USD 2016	USD 2017	USD 2018	USD 2019	USD 2020	Total
Mujeres, adultos y jóvenes (15 años y más) que viven con VIH			20.000		15.000	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 están desagregadas por la edad o el género	20.124.828	15.419.494	14.581.637	18.620.702	12.691.306	81.437.967
La mayoría de las poblaciones de riesgo, no se desagregan por tipo	35.253	100.000	104.810	170.000	215.000	625.063
Niños nacidos o por nacer de mujeres que viven con VIH			18.000	22.000	20.000	60.000
Refugiados (desplazados externamente)					22.211	22.211
Poblaciones desplazadas internamente (debido a una emergencia)	338.187	170.000				508.187
Migrantes/ poblaciones móviles			93.000			93.000
Niños y jóvenes institucionalizados		6.160	798.318	236.863	594.202	1.635.543
Población general no desagregada por edad o género	6.711.089	1.722.553	1.667.347	2.671.860	1.698.709	14.471.558
Total	27.209.357	17.418.207	17.283.112	21.766.425	15.256.428	98.933.529

Fuentes: Base de datos con los aportes de las instituciones hasta el 30 de junio de 2022 para el periodo 2016-2020

En la tabla 9 se presenta la distribución del gasto en VIH/sida por fuente de financiamiento. Aquí se aprecia una vez más que el gasto de la respuesta se sustenta en los aportes del sector público representado por los gastos de los ministerios de salud y educación, sobre todo, por los recursos que provienen de la seguridad social tanto del IESS como del ISSFA. De igual manera se identifica que la contribución de organismos internacionales multilaterales procede de UNFPA, UNICEF y el Fondo Mundial. También se ratifica que la mayor cantidad de fondos se destina para prevención y atención y tratamiento en el periodo 2016-2020.

Tabla 9 Gasto en VIH/sida por fuente de financiamiento y categoría de gasto 2016-2020

Fuente de financiamiento	Atención y tratamiento	Gestión y administración de programas	Información, educación y comunicación	Investigación relacionada con el VIH	Prevención	Recursos humanos	Total
Fondos de gobiernos territoriales							
Renta del gobierno central	22.942.309	809.860	809.555		10.961.035	14.793	94.033.210
Fondos de seguridad social							
Seguridad social	60.695.545				42.292		2.242.179
Organismos multilaterales							
UNFPA	22.211		451.440		379.810	440.000	1.293.461
UNICEF		52.000	145.000	55.000	80.000		332.000
Fondo Mundial					669.756	362.924	1.032.680
Total	83.660.065	861.860	1.405.995	55.000	12.132.893	817.717	98.933.530

Fuentes: Base de datos con los aportes de las instituciones hasta el 30 de junio de 2022 para el periodo 2016-2020

En la tabla 10 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 y atención y tratamiento de las personas que viven con el VIH y la población general sin desagregación por edad ni género.

Tabla 10 Gasto en VIH/sida por población beneficiaria y categoría de gasto 2016-2020

Población beneficiaria	Atención y tratamiento	Gestión y administración de programas	Información, educación y comunicación	Investigación relacionada con el VIH	Prevención	Recursos humanos	Total
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 están desagregadas por la edad o el género	81.437.967						81.437.967
La mayoría de las poblaciones de riesgo, no se desagregan por tipo			175.253		209.810	240.000	625.063
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
Total	83.660.065	861.860	1.405.995	55.000	12.132.893	817.716	98.933.529

Fuentes: Base de datos con los aportes de las instituciones hasta el 30 de junio de 2022 para el periodo 2016-2020

6. Conclusiones

La información del estudio de 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 IESS y el MSP. Sin embargo, es preciso anotar que quizás haya una subvaloración debido a la limitada colaboración con el aporte de información de entidades que en estudios anteriores reportaron cierto nivel de gasto.

Pese al apoyo brindado por el MSP para motivar e invitar a las organizaciones multisectoriales a participar activamente en la actualización de la MEGAS 2016-2020 en el Ecuador, y al esfuerzo del equipo consultor por recabar la información respectiva, ha sido muy difícil lograr esta participación de manera total. Hay instituciones clave como el IESS y sus servicios de salud que entregaron información consolidada, mientras que otras instituciones no la entregaron pese a gestiones

reiteradas del MSP y del consultor. El equipo consultor concluyó el informe con la recopilación, ajuste, validación y análisis de la información de las organizaciones que entregaron los datos requeridos.

Se mantiene la tendencia que las categorías de gasto más importantes corresponden a atención integral y prevención. En atención integral, el TARV tiene gran importancia, por su relación con el alto nivel de acceso de las PVV que mantiene el país con financiamiento mayoritario del IESS y MSP.

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. Se han orientado a fortalecer las capacidades de gestión de la ENVIH y de los actores multisectoriales de la respuesta. Los recursos del FM han aportado de manera continua desde el año 2004, y han sido una contribución que ha marcado la diferencia en la capacidad del país en la atención integral al VIH/sida, en derechos humanos y en la respuesta integral al VIH/sida de las organizaciones de la sociedad civil en mayor exposición al riesgo y al estigma, discriminación y violencia.

7. Recomendaciones

Una recomendación común de los actores multisectoriales ha sido la de simplificar la matriz de la MEGAS que sirve para el manejo sistemático de la información. Lo óptimo sería que este instrumento sea lo suficientemente amigable para que los mismos actores incluyan la información de una manera fluida. Fue necesario en la mayor parte de los casos que el equipo consultor apoye a las organizaciones en la interpretación, el registro y la validación de la información. Esto también fue notorio en el proceso de obtención, consolidación, validación y análisis de los datos en el MSP, que es la institución que aporta significativamente a la respuesta al VIH/sida tanto en el gasto público, como en la canalización de recursos del FM y otros cooperantes y en el liderazgo multisectorial de la respuesta.

Otra recomendación frecuente es la de motivar y poner en práctica el desarrollo de procesos e instrumentos para disponer de manera permanente de información actualizada sobre el gasto para la respuesta multisectorial al VIH/sida. Con el liderazgo del MSP y CEMSIDA, debe incidirse para que los actores multisectoriales adopten una metodología común que permita disponer de información en tiempo real sobre el gasto en VIH/sida. El estudio de MEGAS contribuye a la construcción de una cultura y una práctica de actualización y uso de la información.

Finalmente, deben superarse las limitaciones de acceso a información y de recursos para estimar el gasto de bolsillo en VIH/sida en el Ecuador, a fin de conocer la contribución de las personas afectadas por la epidemia a la respuesta nacional. En el país no hay estudios específicos al respecto. La posibilidad de estimar este indicador desde el estudio de cuentas satélites de salud 2019 es limitada, dado que la información es sobre gasto de bolsillo en salud y no es específica sobre VIH/sida. Luego de revisar la información nacional y global sobre análisis de situación y sobre las metodologías de determinación de gasto de bolsillo en VIH/sida y del análisis de la experiencia de Bolivia, es recomendable una de las siguientes aproximaciones: i) lograr asistencia técnica institucional del Ministerio de Economía y Finanzas y/o Banco Central para extraer la información de cuentas satélites que sea de mayor utilidad para VIH/sida, ii) recopilar información mediante entrevistas a personas que viven con el VIH sobre su gasto de bolsillo en VIH, iii) replicar la encuesta aplicada en Bolivia a una muestra de servicios de salud, y iv) procesar información con las organizaciones de PVV sobre la atención médica a PVV en consultorios privados y sobre la compra de ARV en farmacias privadas.

8. Anexos

Anexo No. 1
Ecuador: Gasto en VIH/sida 2016 - 2020
Instituciones contactadas por entrega de matriz de información

#	INSTITUCION	CONTACTO	REGA MATI	PERSONA DE CONTACTO	CORREO ELECTRONICO
	ACNUR	SI	NO	Sr. César Cherrez	cherrez@unhcr.org
	Asociación ALFIL	SI	NO	Sra. Rashed Erazo	aso_alfil_glbth@hotmail.com
	CARE	SI	NO	Dra. Cecilia Tamayo	
	CEPVVS	SI	NO		
	Corporación Kimirina	SI	SI	Dra. Amira Herdoiza	cacosta@kimirina.org
	Cruz Roja	SI	NO	Dr. Roque Soria	presidencia@cruzroja.org.ec
	Dirección de Rehabilitación Social - SNAI	SI	NO	Ms. Verónica Tapia Veletanga 0984130351	veronica.tapia@atencionintegral.gob.ec
	Fundación Equidad	SI	NO	Sr. Efraín Soria	equidad1@uio.satnet.net
	Hospital Carlos Andrade Marín - IESS	SI	NO		
	Hospital José Carrasco Arteaga - IESS	SI	NO		
	Hospital Teodoro Maldonado Carbo - IESS	SI	NO	Dr. Francisco Andino	fandino@htmc.gob.ec
	ISSFA	SI	SI	Ing. Katherine Ojeda 0995844097	eojeda@issfa.mil.ec
	ISSPOL	SI	NO	Dra. Evelyn Balseca 0990331671	ebalseca@isspol.org.ec
	Ministerio de Defensa	SI	SI	Dra. Cristina Moreno 0998344583	cemorenoi@he.1.mil.ec
	Ministerio de Inclusión Económica y Social -MIES-	SI	NO	Sr. Juan Pablo Mayorga	jpmayorga@inclusion.gob.ec
	Ministerio de Educación	SI	SI	Ms. Cynthia Tapia 0999237202	cynthia.tapia@educacion.gob.ec
	Ministerio de Trabajo	SI	NO	Ab. María Alejandra Cevallos	
	Ministerio del Interior	SI	NO		
	MSP Fondo Mundial	SI	NO		
	MSP Programa Nacional del VIH/SIDA	SI	SI	Dr. Rodrigo Tobar	rtobar@mso.gob.ec
	ONUSIDA	SI	SI	Ms. Patricia Bracamonte	bracamontep@unhcr.org
	OPS	SI	NO	Dra. Aida Soto	sotoa@paho.org
	PMA	SI	NO	Ms. Fernanda Sandoval	fernanda.sandoval@wfp.org
	UNFPA	SI	SI	Dra. Marcia Elena Alvarez	
	UNICEF	SI	SI	Dra. Jackeline Calle	jcalle@unicef.org
	Secretaría de Planificación	SI	NO	Sr. Patricio Vasquez 023978900	pvasquez@planificacion.gob.ec
	SENESCYT	SI	NO	Sr. Sebastián Castro 0987781371	scastro@senescyt.gob.ec
	Secretaría de Derechos Humanos	SI	NO	Ms. Ana Saltos 0992749312	ana.saltos@derechoshumanos.gob.ec

Fuente: Registro de actores clave elaborado por equipo consultor en conjunto con el MSP. Enero 2022.

Anexo No. 2

Información metodológica

Proceso de invitación, contacto y envío de instrumentos

Para el estudio MEGAS Ecuador 2016-2020 se utilizó el instrumento que ONUSIDA actualiza periódicamente, que es una matriz Excel para registrar los gastos de VIH/Sida según fuentes de financiamiento, agentes de financiamiento, proveedores de servicio y categoría de gasto, con descripción detallada de categorías, subcategorías y líneas de gasto, en: i) prevención, ii) atención y tratamiento, iii) huérfanos y niños vulnerables, iv) gestión y administración de programas, v) recursos humanos, vi) protección social y servicios sociales excluidos, vii) entorno favorable, y viii) investigación relacionada con el VIH.

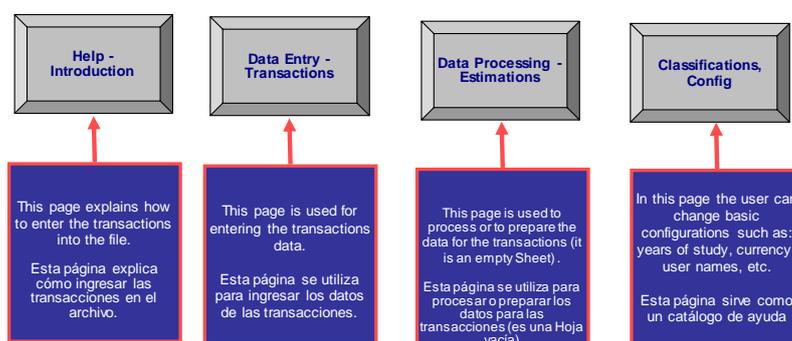
Las fuentes de financiamiento incluyen:

-Públicas: i) central nacional, ii) subnacional, iii) préstamos, no reembolsables, iv) seguridad social, y v) otras instituciones públicas.

-Internacionales: i) bilaterales, ii) órganos de las Naciones Unidas, iii) Fondo Mundial, iv) banco de desarrollo (no reembolsables), y v) otras multilaterales.

-Privadas: i) empresas (con fines de lucro), ii) consumidores (desembolsos directos), y iii) otras privadas.

La matriz utilizada es la siguiente:



UNAIDS

En los casos en los que las organizaciones informantes manifestaron problema para el uso de la matriz actualizada, se les dio la alternativa de utilizar la matriz aplicada para el estudio de MEGAS 2011. Luego el equipo consultor se encargó de cargar los datos en la matriz actualizada y validar con la organización informante.

La matriz utilizada en estos casos es la siguiente:

País		ID	
Francia			
Metodología empleada:			
Muestra representativa:			
Indique mes y año (AAAA)	País	Month	Year
		8	8
		8	8
Número de la moneda local:			
Moneda correspondiente:			
Tasa de cambio porcentual con respecto al dólar:			
USD			
2007			
Categorías del gasto relativo al SIDA			
TOTAL			
Fuentes de financiación			
Fuentes públicas			
Fuentes internacionales			
Fuentes privadas (aportadas para la prestación de servicios)			
Múltiples			
Pública (subtotal)			
Comunidades / Nacionales			
Subnacionales			
Banco de desarrollo (reembolsos) (ej. préstamos)			
Seguridad Social			
Todas las otras públicas			
Internacionales (subtotal)			
Bilaterales			
Órgano de las Naciones Unidas			
Fondo Mundial			
Banco de desarrollo (no reembolsos)			
Todas las otras multilaterales			
Todas las otras internacionales			
Privada (subtotal)			
Instituciones con fines de lucro / Empresas			
Consumidor / donantes directos			
Todas las otras privadas			
01.01.01	0	0	0
01.01.02	0	0	0
01.01.03	0	0	0
01.01.04	0	0	0
01.01.05	0	0	0
01.01.06	0	0	0
01.01.07	0	0	0
01.01.08	0	0	0
01.01.09	0	0	0
01.01.10	0	0	0
01.01.11	0	0	0
01.01.12	0	0	0
01.01.13	0	0	0
01.01.14	0	0	0
01.01.15	0	0	0
01.01.16	0	0	0
01.01.17	0	0	0
01.01.18	0	0	0
01.01.19	0	0	0
01.01.20	0	0	0
01.01.21	0	0	0
01.01.22	0	0	0
01.01.23	0	0	0
01.01.24	0	0	0
01.01.25	0	0	0
01.01.26	0	0	0
01.01.27	0	0	0
01.01.28	0	0	0
01.01.29	0	0	0
01.01.30	0	0	0
01.01.31	0	0	0
01.01.32	0	0	0
01.01.33	0	0	0
01.01.34	0	0	0
01.01.35	0	0	0
01.01.36	0	0	0
01.01.37	0	0	0
01.01.38	0	0	0
01.01.39	0	0	0
01.01.40	0	0	0
01.01.41	0	0	0
01.01.42	0	0	0
01.01.43	0	0	0
01.01.44	0	0	0
01.01.45	0	0	0
01.01.46	0	0	0
01.01.47	0	0	0
01.01.48	0	0	0
01.01.49	0	0	0
01.01.50	0	0	0
01.01.51	0	0	0
01.01.52	0	0	0
01.01.53	0	0	0
01.01.54	0	0	0
01.01.55	0	0	0
01.01.56	0	0	0
01.01.57	0	0	0
01.01.58	0	0	0
01.01.59	0	0	0
01.01.60	0	0	0
01.01.61	0	0	0
01.01.62	0	0	0
01.01.63	0	0	0
01.01.64	0	0	0
01.01.65	0	0	0
01.01.66	0	0	0
01.01.67	0	0	0
01.01.68	0	0	0
01.01.69	0	0	0
01.01.70	0	0	0
01.01.71	0	0	0
01.01.72	0	0	0
01.01.73	0	0	0
01.01.74	0	0	0
01.01.75	0	0	0
01.01.76	0	0	0
01.01.77	0	0	0
01.01.78	0	0	0
01.01.79	0	0	0
01.01.80	0	0	0
01.01.81	0	0	0
01.01.82	0	0	0
01.01.83	0	0	0
01.01.84	0	0	0
01.01.85	0	0	0
01.01.86	0	0	0
01.01.87	0	0	0
01.01.88	0	0	0
01.01.89	0	0	0
01.01.90	0	0	0
01.01.91	0	0	0
01.01.92	0	0	0
01.01.93	0	0	0
01.01.94	0	0	0
01.01.95	0	0	0
01.01.96	0	0	0
01.01.97	0	0	0
01.01.98	0	0	0
01.01.99	0	0	0
01.02.01	0	0	0
01.02.02	0	0	0
01.02.03	0	0	0
01.02.04	0	0	0
01.02.05	0	0	0
01.02.06	0	0	0
01.02.07	0	0	0
01.02.08	0	0	0
01.02.09	0	0	0
01.02.10	0	0	0
01.02.11	0	0	0
01.02.12	0	0	0
01.02.13	0	0	0
01.02.14	0	0	0
01.02.15	0	0	0
01.02.16	0	0	0
01.02.17	0	0	0
01.02.18	0	0	0
01.02.19	0	0	0
01.02.20	0	0	0
01.02.21	0	0	0
01.02.22	0	0	0
01.02.23	0	0	0
01.02.24	0	0	0
01.02.25	0	0	0
01.02.26	0	0	0
01.02.27	0	0	0
01.02.28	0	0	0
01.02.29	0	0	0
01.02.30	0	0	0
01.02.31	0	0	0
01.02.32	0	0	0
01.02.33	0	0	0
01.02.34	0	0	0
01.02.35	0	0	0
01.02.36	0	0	0
01.02.37	0	0	0
01.02.38	0	0	0
01.02.39	0	0	0
01.02.40	0	0	0
01.02.41	0	0	0
01.02.42	0	0	0
01.02.43	0	0	0
01.02.44	0	0	0
01.02.45	0	0	0
01.02.46	0	0	0
01.02.47	0	0	0
01.02.48	0	0	0
01.02.49	0	0	0
01.02.50	0	0	0
01.02.51	0	0	0
01.02.52	0	0	0
01.02.53	0	0	0
01.02.54	0	0	0
01.02.55	0	0	0
01.02.56	0	0	0
01.02.57	0	0	0
01.02.58	0	0	0
01.02.59	0	0	0
01.02.60	0	0	0
01.02.61	0	0	0
01.02.62	0	0	0
01.02.63	0	0	0
01.02.64	0	0	0
01.02.65	0	0	0
01.02.66	0	0	0
01.02.67	0	0	0
01.02.68	0	0	0
01.02.69	0	0	0
01.02.70	0	0	0
01.02.71	0	0	0
01.02.72	0	0	0
01.02.73	0	0	0
01.02.74	0	0	0
01.02.75	0	0	0
01.02.76	0	0	0
01.02.77	0	0	0
01.02.78	0	0	0
01.02.79	0	0	0
01.02.80	0	0	0
01.02.81	0	0	0
01.02.82	0	0	0
01.02.83	0	0	0
01.02.84	0	0	0
01.02.85	0	0	0
01.02.86	0	0	0
01.02.87	0	0	0
01.02.88	0	0	0
01.02.89	0	0	0
01.02.90	0	0	0
01.02.91	0	0	0
01.02.92	0	0	0
01.02.93	0	0	0
01.02.94	0	0	0
01.02.95	0	0	0
01.02.96	0	0	0
01.02.97	0	0	0
01.02.98	0	0	0
01.02.99	0	0	0

Anexo No. 3

Apoyo del equipo consultor a las organizaciones para completar la matriz de recolección de información

El equipo consultor en conjunto con el MSP definió la lista de las organizaciones multisectoriales informantes para el estudio de MEGAS 2016 – 2020 en el Ecuador. El MSP envió una carta de motivación/invitación a las organizaciones multisectoriales para obtener su participación en la MEGAS.

De acuerdo con la normativa del MSP, dependiendo del tipo de organización, las cartas fueron firmadas por la Ministra de Salud Pública para las organizaciones internacionales y otras instituciones del sector público, y por el Subsecretario de Vigilancia de la Salud Pública para las organizaciones privadas y de la sociedad civil.

A continuación, los ejemplos de los textos de las comunicaciones del MSP a las organizaciones multisectoriales:

Comunicaciones enviadas por el MSP a Ministerios e instituciones del Sector Público

Oficio Nro. MSP-MSP-2021-3744-O
Quito, D.M., 09 de noviembre de 2021

Asunto: Solicitud de delegado para el desarrollo de la consultoría sobre Medición de gasto en VIH/sida (MEGAS).

Señora Abogada
Alexandra Vela Puga
Ministra de Gobierno
MINISTERIO DE GOBIERNO

Señor Arquitecto
Patricio Donoso Chiriboga
Ministro del Trabajo
MINISTERIO DEL TRABAJO

Señor Embajador
Manuel Mauricio Montalvo Samaniego
Ministro de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES Y MOVILIDAD HUMANA

Señor Magíster
Esteban Remigio Bernal Bernal
Ministro de Inclusión Económica y Social
MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL

Señora Magíster
María Brown Pérez
Ministra de Educación
MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Señorita Abogada
María Bernarda Ordóñez Moscoso
Secretaría Derechos Humanos
SECRETARÍA DE DERECHOS HUMANOS

Señor Especialista
Julio Javier López Marín
Director del Seguro General de Salud Individual y Familiar
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Señor Economista

Nelson Guillermo García Tapia
Director General del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Coronel
Frank Patricio Landázuri Recalde
Director general del ISSFA, Encargado
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS

Brigadier General (sp)
Juan Francisco Vivero
Subsecretario de Apoyo al Desarrollo Sector Defensa
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL

Señor
Grad. (S) Dr. Marcelo Fernando Sáenz Saltos
Director Nacional de Atención Integral en Salud
POLICÍA NACIONAL

Señor
Mayr. Juan Luis Ruales Gamboa
Director Administrativo del ISSPOL, Subrogante
POLICÍA NACIONAL

Señor Máster
Alejandro Ribadeneira Espinosa
Secretario de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN SUPERIOR, CIENCIA Y TECNOLOGÍA

Señor Magíster
Jairon Freddy Merchán Haz
Secretario Nacional de Planificación
SECRETARÍA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN

Señor Coronel En Servicio Pasivo
Bolívar Fernando Garzón Espinosa
Director General
SERVICIO NACIONAL DE ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS ADULTAS
PRIVADAS DE LA LIBERTAD Y A ADOLESCENTES

Señor Doctor
Xavier Mauricio Toledo Rodríguez
Director del Seguro Social Campesino, Encargado
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
En su Despacho

De mi consideración:

El Ministerio de Salud Pública en el marco del Comité Ecuatoriano Multisectorial del SIDA (CEMSIDA) y del Plan Estratégico Nacional Multisectorial de la Respuesta al VIH/sida 2018 – 2022, se encuentra desarrollando la consultoría sobre Medición de gasto en VIH/sida (MEGAS), destinada a cuantificar la inversión y gasto en la respuesta al VIH/sida que realizan los actores multisectoriales de los sectores públicos, autónomos y privados los actores de la sociedad civil y de la cooperación internacional en el período 2016 – 2020.

El presente estudio incluye los gastos totales y el desglose por promoción y prevención, atención integral, protección de derechos humanos y gestión de la respuesta.

Ante lo expuesto, solicito comedidamente su apoyo y colaboración al equipo consultor

responsable del presente proceso, a través de la delegación del funcionario/a perteneciente a su Institución el mismo que cuente con conocimiento sobre la Medición de gasto en VIH/sida, quién brindará apoyo y participación activa en entrevistas, entrega de información, reuniones de análisis y validación en los distintos momentos del proceso.

En este sentido, por favor remitir los nombres, apellidos y contacto de la persona delegada, al Dr. Rodrigo Tobar Gerente del Proyecto de Prevención y Control del VIH/sida-ITS, al correo electrónico rodrigo.tobar@msp.gob.ec con copia a la Psic. Mayra Granja al correo electrónico mayra.granja@msp.gob.ec

En el caso de requerir mayor información, por favor comunicarse con el Dr. Juan Vásquez, responsable de la presente consultoría al correo electrónico jvasquezd@hotmail.com o al número celular 0999714104.
Seguros de contar con su apoyo anticipo mis agradecimientos.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,
Documento firmado electrónicamente
Dra. Ximena Patricia Garzón Villalba PhD.
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

Copia:
Señor Doctor
José Leonardo Ruales Estupiñán
Viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud

Señor Doctor
Raúl Francisco Pérez Tasigchana
Subsecretario Nacional de Vigilancia de la Salud Pública

Señor Magíster
Edison Javier Ligña Cachago
Director Nacional de Estrategias de Prevención y Control

Señor Magíster
Rodrigo Reinaldo Tobar Robalino
Gerente del Proyecto de Prevención y Control del VIH/Sida-ITS
mg/rt/el/rp/ma/lo

Comunicaciones del MSP a los organismos de cooperación internacional:

Oficio Nro. MSP-MSP-2021-3775-O
Quito, D.M., 10 de noviembre de 2021

Asunto: Solicitud de delegado para el desarrollo de la consultoría sobre Medición de gasto en VIH/sida (MEGAS).

Doctor
Adrian Diaz
Representante Interino de la Ops/oms
ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

Señor Doctor
Markus Behrend
Representante Para el Ecuador

FONDO DE POBLACION DE NACIONES UNIDAS

Señor
Juan Enrique Quiñónez
Representante Encargado
UNICEF

Señor
Giovanni Bassu
Representante
AGENCIA DE LA ONU PARA LOS REFUGIADOS EN ECUADOR - ACNUR

Señor
Matteo Perrone
Representante
PROGRAMA MUNDIAL DE ALIMENTOS
En su Despacho

De mi consideración:

Reciba un cordial saludo señor Representante. Por el presente, me permito poner en su conocimiento que el Ministerio de Salud Pública en el marco del Comité Ecuatoriano Multisectorial del SIDA (CEMSIDA) y del Plan Estratégico Nacional Multisectorial de la Respuesta al VIH/sida 2018 – 2022, se encuentra desarrollando la consultoría sobre Medición de gasto en VIH/sida (MEGAS), destinada a cuantificar la inversión y gasto en la respuesta al VIH/sida que realizan los actores multisectoriales de los sectores públicos, autónomos y privados los actores de la sociedad civil y de la cooperación internacional en el período 2016 – 2020.

El presente estudio incluye los gastos totales y el desglose por promoción y prevención, atención integral, protección de derechos humanos y gestión de la respuesta.

Ante lo expuesto, solicito comedidamente a Usted que se pueda delegar un punto focal de su digna Representación a fin de que pueda brindar su apoyo y colaboración técnica al equipo consultor responsable del proceso en mención, a través de la participación activa en entrevistas, entrega de información y reuniones de análisis y validación en los distintos momentos del proceso. Finalmente, agradezco se pueda remitir los nombres, apellidos y contacto de la persona quien brindará apoyo en el presente proceso, al Gerente del Proyecto de Prevención y Control del VIH/sida-ITS, Dr. Rodrigo Tobar al correo electrónico rodrigo.tobar@msp.gob.ec con copia a la Especialista Mayra Granja al correo electrónico: mayra.granja@msp.gob.ec

En el caso de requerir mayor información, por favor comunicarse con el Dr. Juan Vásconez, responsable de la presente consultoría al correo electrónico jfvasconezd@hotmail.com o al número celular 0999714104.

Segura de contar con su apoyo, anticipo mis agradecimientos.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,
Documento firmado electrónicamente
Dra. Ximena Patricia Garzón Villalba PhD.
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

Referencias:
- MSP-SNVSP-2021-2978-M

Copia:
Señor Doctor
Raúl Francisco Pérez Tasigchana
Subsecretario Nacional de Vigilancia de la Salud Pública

Señor Magíster
Fernando Roberto Jácome Gavilánez
Director Nacional de Cooperación y Relaciones Internacionales

Señor Magíster
Rodrigo Reinaldo Tobar Robalino
Gerente del Proyecto de Prevención y Control del VIH/Sida-ITS
In/fj/lo

Comunicaciones del MSP a organizaciones de la sociedad civil:

De: Raul Francisco Pérez Tasigchana <raul.perez@msp.gob.ec>

Enviado: martes, 9 de noviembre de 2021 04:07 p. m.

Para: amiraherdoiza@hotmail.com <amiraherdoiza@hotmail.com>; aherdoiza@kimirina.org <aherdoiza@kimirina.org>; cacosta@kimirina.org <cacosta@kimirina.org>; Cecilia.Tamayo@care.org <Cecilia.Tamayo@care.org>; anacorderocueva@hotmail.com <anacorderocueva@hotmail.com>; fvivir@yahoo.com <fvivir@yahoo.com>; coordinacion@fequidadecuador.org <coordinacion@fequidadecuador.org>; dianemrodriguez@gmail.com <dianemrodriguez@gmail.com>; quimera96@yahoo.com <quimera96@yahoo.com>; e.hidalgo.matices@gmail.com <e.hidalgo.matices@gmail.com>; karinabravo200@gmail.com <karinabravo200@gmail.com>; fundnuho@yahoo.es <fundnuho@yahoo.es>; elviralvarado2006@hotmail.com <elviralvarado2006@hotmail.com>; hmata@vihda.org.ec <hmata@vihda.org.ec>; fvargas@coalicionecuadoriana.org <fvargas@coalicionecuadoriana.org>; redtrabsexecuador@yahoo.com <redtrabsexecuador@yahoo.com>; aso_alfil_glbth@hotmail.com <aso_alfil_glbth@hotmail.com>; secretaria.ejecutiva@mcp.ec <secretaria.ejecutiva@mcp.ec>; Mayra Elizabeth Granja Acosta <mayra.granja@msp.gob.ec>; Rodrigo Reinaldo Tobar Robalino <rodrigo.tobar@msp.gob.ec>

Asunto: Solicitud de delegado para el desarrollo de la consultoría sobre Medición de gasto en VIH/sida (MEGAS).

Estimados/as compañeros/as.

El Ministerio de Salud Pública en el marco del Comité Ecuatoriano Multisectorial del SIDA (CEMSIDA) y del Plan Estratégico Nacional Multisectorial de la Respuesta al VIH/sida 2018 – 2022, se encuentra desarrollando la consultoría sobre Medición de gasto en VIH/sida (MEGAS), destinada a cuantificar la inversión y gasto en la respuesta al VIH/sida que realizan los actores multisectoriales de los sectores públicos, autónomos y privados los actores de la sociedad civil y de la cooperación internacional en el período 2016 – 2020.

El presente estudio incluye los gastos totales y el desglose por promoción y prevención, atención integral, protección de derechos humanos y gestión de la respuesta.

Ante lo expuesto, solicito comedidamente su apoyo y colaboración al equipo consultor responsable del presente proceso, a través de la delegación del funcionario/a perteneciente a su Institución el mismo que cuente con conocimiento sobre la Medición de gasto en VIH/sida, quién brindará apoyo y participación activa en entrevistas, entrega de información, reuniones de análisis y validación en los distintos momentos del proceso.

En este sentido, por favor remitir los nombres, apellidos y contacto de la persona delegada, al Dr. Rodrigo Tobar Gerente del Proyecto de Prevención y Control del VIH/sida-ITS, al correo

electrónico rodrigo.tobar@msp.gob.ec con copia a la Psic. Mayra Granja al correo electrónico mayra.granja@msp.gob.ec

En el caso de requerir mayor información, por favor comunicarse con el Dr. Juan Vásconez, responsable de la presente consultoría al correo electrónico jfvasconezd@hotmail.com o al número celular 0999714104.

Seguros de contar con su apoyo anticipo mis agradecimientos.

Saludos cordiales,

Dr. Raúl Francisco Pérez Tasigchana
Subsecretario Nacional de Vigilancia de la Salud Pública

Seguimiento:

El MSP envió al equipo consultor las contestaciones de las organizaciones contactadas, misma que contenía la información de la persona delegada para el MEGAS y su información de contacto.

De: Mayra Elizabeth Granja Acosta <mayra.granja@msp.gob.ec>

Enviado: lunes, 22 de noviembre de 2021 13:01

Para: [jfvasconezd <jfvasconezd@hotmail.com>](mailto:jfvasconezd@hotmail.com)

Cc: [fran1moe <fran1moe@aol.com>](mailto:fran1moe@aol.com); Rodrigo Reinaldo Tobar Robalino <rodrigo.tobar@msp.gob.ec>; Marcia Cecilia Robalino Altamirano <marcia.robalino@msp.gob.ec>

Asunto: Re: Oficios y correos electrónicos remitidos para el apoyo y delegación de personal para el desarrollo de la consultoría sobre Medición de gasto en VIH/sida (MEGAS).

Estimado Dr.

Dando continuidad al envío de los oficios y correos electrónicos remitidos desde las diferentes instancias solicitando el apoyo para el desarrollo de la consultoría sobre Medición de gasto en VIH/sida (MEGAS), adjunto las respuestas remitidas.

Saludos Cordiales

Mayra Granja
Analista
Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Contro

Con esta información, el equipo consultor envió un email de seguimiento y estableció el contacto directo con la persona correspondiente en cada organización.

Ejemplo de texto de una carta de contestación de las organizaciones multisectoriales:

Oficio Nro. MINEDUC-MINEDUC-2021-01355-OF

Quito, D.M., 15 de noviembre de 2021

Asunto: Respuesta a solicitud de delegado para el desarrollo de la consultoría sobre Medición de gasto en VIH/sida (MEGAS).

Señora Doctora
Ximena Patricia Garzón Villalba PhD.
Ministra de Salud Pública
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
En su Despacho

Apreciada Ministra:

Con un cordial saludo, hago referencia al oficio Nro. MSP-MSP-2021-3744-O, mediante el cual se solicitó remitir los nombres, apellidos y contacto de una persona técnica, delegada como punto de contacto para la consultoría sobre "Medición de gasto en VIH/sida (MEGAS)",

En atención a su solicitud, me permito informar que la funcionaria delegada es:

Cynthia Maribel Tapia Silva
cynthia.tapia@educacion.gob.ec
0999237202

Agradezco de antemano la invitación para participar de este espacio y, asimismo, ratifico el compromiso de esta Cartera de Estado en el trabajo a favor de los derechos, de manera especial para garantizar el derecho a una educación inclusiva y a lo largo de la vida.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,
Documento firmado electrónicamente
Mgs. María Brown Pérez
MINISTRA DE EDUCACIÓN

A continuación ejemplos de email de seguimiento:

**Consultoría sobre Medición de gasto en VIH/sida, MEGAS Ecuador
2016 – 2020 – gentil recordatorio**

juan francisco vasconez donoso, Jue 6/1/2022 13:19

Para: cynthia.tapia@educacion.gob.ec
CC: fran1moe@aol.com; Edison Jimenez

Estimada Cynthia,

Espero que esté muy bien, y que tenga un excelente 2022!

En virtud que el período de fin de año incluye feriados y días festivos, se han dado prórrogas para la entrega de información para la actualización del estudio MEGAS Ecuador 2016 - 2020.

En ese contexto, y en seguimiento a nuestras comunicaciones, y conversaciones, cordialmente solicito su apoyo con el envío de la información del Ministerio de Educación para el estudio MEGAS hasta el próximo viernes 14 de enero de 2022.

Anticipo mi agradecimiento por la favorable atención.

Cordialmente,

Juan Vásconez
Consultor MEGAS Ecuador

Consultoría sobre Medición de gasto en VIH/sida, MEGAS Ecuador 2016 – 2020 – solicitud de información

juan francisco vasconez donoso, Lun 22/11/2021 18:38

Para: cynthia.tapia@educacion.gob.ec
CC: fran1moe@aol.com; Edison Jimenez

Adjuntos:

- Carta de contestación del Ministerio de Educación al MSP, Ministerio de Educación.pdf, 80 KB
- Matriz 1 llenada por el Ministerio de educación para el MEGAS 2011, Matriz Ministerio de Educación FM.xlsx, 96 KB
- Matriz 2 llenada por el Ministerio de educación para el MEGAS 2011, Ministerio de Educación.xlsx, 95 KB
- Matriz MEGAS ECU 2016-2020.xls, 2 MB

Srta. Cynthia Tapia
Punto Focal del Ministerio de Educación para MEGAS 2021

Estimada Señorita Tapia,

Espero que se encuentre muy bien.

En seguimiento a la comunicación del MSP sobre la actualización de la información de gasto e inversión en VIH/sida en Ecuador a través del estudio MEGAS 2016 - 2020, y a la gentil respuesta de participación del Ministerio de educación, adjunto la

matriz de recolección de información para su llenado en los campos pertinentes al quehacer de la organización.

El estudio MEGAS ya se ha realizado anteriormente en Ecuador y es de utilidad para conocer el nivel de gasto e inversión, y las necesidades en los ejes definidos en el Plan Estratégico Nacional Multisectorial de la respuesta al VIH/sida. Como referencia adjunto la matriz reportada por el Ministerio de Educación para el MEGAS 2012.

La matriz aparece compleja, pero el ejercicio se concentra en identificar y llenar, con la información disponible, los campos que aplican a lo que la organización realiza en la respuesta al VIH/sida. Se debe añadir una pestaña con la información de cada año desde el 2016 hasta el 2020. Para los campos de la matriz que no aplican, simplemente se los deja vacíos.

Para el apoyo en el llenado de la matriz, cordialmente les solicito contactar a:

- Edison Jiménez, edy_jimenez11@hotmail.com, 0998929852,
- Xavier Solórzano, fran1moe@aol.com, 0994963815, o a
- Juan Vásconez, jfvasconezd@hotmail.com, Whatsapp 0999714104

Muchas gracias por su permanente y comprometido apoyo.

Saludos,

Juan Vásconez
Equipo consultor MEGAS

Apoyo técnico e instrucciones a las organizaciones

El equipo consultor dio seguimiento a la entrega de información, realizó acercamientos directos y reuniones con las personas de contacto de cada institución, y envió correos electrónicos de gentil recordatorio y de oferta de apoyo.

En las reuniones de seguimiento con las organizaciones que lo requirieron, el equipo consultor abordó y clarificó:

- La MEGAS actual incluye los años 2016, 2017, 2018, 2019 y 2020.
- El objetivo del estudio de MEGAS: determinar los flujos de fondos utilizados para financiar las respuestas nacionales al VIH/sida. Esto incluye el seguimiento de las transacciones financieras desde su origen hasta su destino final con los beneficiarios que reciben los bienes y los servicios. El estudio de MEGAS incluye el seguimiento de gastos en salud y los gastos multisectoriales de la respuesta como derechos humanos, educación, justicia, trabajo y otros.

El equipo consultor apoyó a las organizaciones en el llenado de la matriz de MEGAS aclarando los aspectos de: 1) fuentes de financiamiento, 2) agentes de financiamiento y 3) proveedores.

- **Las fuentes de financiamiento** incluyen entidades o fondos comunes que compradores, proveedores de servicios de intermediación financiera o agentes de pago explotan o utilizan como formas de movilización para financiar servicios relacionados con el VIH/sida. Las organizaciones debieron completar: a) la información general como: nombre de la institución, siglas, dirección de la oficina principal: dirección exacta, ciudad, provincia, teléfono de contacto y extensión, correo electrónico de la persona de contacto, dirección web, tipo de institución: gobierno central, gobierno provincial, gobierno local o municipal, privado con fines de lucro nacional, privado con fines de lucro internacional, ONG nacional, ONG internacional, agencia bilateral, organismo multilateral; y b) la información sobre el destino de los fondos, incluyendo: identificar el total de fondos transferidos para el gasto en HIV/sida por agente de financiamiento o receptor; cuantificar el valor de los fondos transferidos y reportados como ejecutados; el nombre del agente de financiamiento o receptor; y, el nombre de la persona de contacto del agente de financiamiento o receptor.
- **Los agentes de financiamiento** son entidades que movilizan recursos financieros recaudados de diferentes fuentes y los transfieren para solventar o comprar atención sanitaria u otros bienes o servicios. Las organizaciones debieron brindar a) información general como: nombre de la institución, siglas, dirección de la oficina principal: dirección exacta, ciudad, provincia, teléfono de contacto y extensión, correo electrónico de la persona de contacto, dirección web, tipo de institución: gobierno central, gobierno provincial, gobierno local o municipal, privado con fines de lucro nacional, privado con fines de lucro internacional, ONG nacional, ONG internacional, agencia bilateral, organismo multilateral; b) la información sobre el origen de los fondos transferidos incluyendo: el total de fondos recibidos para el gasto en HIV/sida por la fuente de financiación y la información de subreceptores en los casos que aplique; y c) la información sobre el destino de los fondos incluyendo el detalle de los subreceptores de fondos por parte del agente de financiamiento, el total de los fondos transferidos para el gasto en HIV/sida por subreceptor y el total de fondos ejecutados por los subreceptores.
- **Los proveedores** son entidades o personas que participan en la producción, provisión y prestación de servicios a cambio de un pago por su contribución. Los servicios de VIH se suministran en una amplia variedad de ámbitos dentro y fuera del sector de la salud. Entre los proveedores se encuentran el gobierno y otras entidades públicas, organizaciones privadas con y sin fines de lucro, empresas corporativas o no corporativas, personas autónomas cuya actividad se enmarca en los límites de la MEGAS, independientemente de la condición legal formal o informal.
- Las **categorías de gasto relativas al SIDA** incluyen prevención, atención y tratamiento, huérfanos y niños vulnerables, gestión y administración de los programas, recursos humanos, protecciones sociales y servicios sociales, entorno favorable: sensibilización, programas de derechos humanos, servicios jurídicos, programas para reducir la violencia de género, e investigación.
- Las **poblaciones beneficiarias** son aquellas a las que se destinan o se prevén explícitamente los beneficios de actividades específicas, es decir, los receptores previstos de los distintos servicios. La identificación de la población beneficiaria (PB) tiene como finalidad cuantificar los recursos que se asignan específicamente a una población como parte del proceso de prestación de servicios de una intervención programática. La PB se seleccionará en función de la intención o el objetivo del gasto en dicha intervención programática. Esto representa un resultado vinculado a los recursos invertidos, independientemente de su eficacia o cobertura efectiva.

La organización de la PB debió completar a) la información general como: nombre de la institución, siglas, dirección de la oficina principal: dirección exacta, ciudad, provincia, teléfono de contacto y

extensión, correo electrónico de la persona de contacto, dirección web, tipo de institución: gobierno central, gobierno provincial, gobierno local o municipal, privado con fines de lucro nacional, privado con fines de lucro internacional, ONG nacional, ONG internacional, agencia bilateral, organismo multilateral;

b) la información sobre el destino de los fondos transferidos incluyendo las categorías de gasto en las cuales se utilizaron los fondos para el año de estudio y la población beneficiaria de cada categoría de gasto: categoría de gasto, población beneficiaria y monto total en las columnas correspondientes de la matriz de MEGAS.

Bibliografía

Leiva-Suero L E, Quishpe-Jara G M, Hernández-Navarro E V. Epidemiology of HIV infection in Ecuador. Medwave 2020;20(S1):eCS28 doi: 10.5867/Medwave.2020.S1.CS28.

Ministerio de Salud Pública. Reportes de ejecución presupuestaria 2016.

Ministerio de Salud Pública. Reportes de ejecución presupuestaria 2017.

Ministerio de Salud Pública. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de VIH/Sida. ENVIH e ITS. 2021.

Ministerio de Salud Pública. Plan Estratégico Nacional Multisectorial para la respuesta al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/sida e infecciones de transmisión sexual (ITS) 2018-2022. Quito, Ecuador: agosto de 2018.

Ministerio de Salud Pública, Plan de monitoreo y evaluación 2020 – 2022 del Plan Estratégico Multisectorial del VIH/sida 2018 – 2022 (PENM). Quito: diciembre de 2020.

Ministerio de Salud Pública, Plataforma de registro de atención en salud (PRAS). Quito: noviembre de 2019.

MSP-ONUSIDA: Medición del Gasto en Sida en Ecuador 2005-2007. Alberto Valle. Julio 2008.

MSP – ONUSIDA: Ecuador Informe UNGASS 2010. Abril 2010.

MSP – ONUSIDA: Gasto relativo al VIH y Sida en el Ecuador 2008-2009. Pablo Dávalos. Abril 2010.

Secretaria Salud México: Costos de la TARV y su impacto en el financiamiento público. Julio 2011.

Priorización para el acceso universal a la prevención, atención integral, cuidado y apoyo en VIH SIDA. Lourdes Kusunoki y Col. Ecuador 2008 – 2013. Abril 2008.

ONUSIDA Ecuador. La declaración política de la Asamblea de Naciones Unidas sobre Sida 2011. Juan Vásquez. Artículo publicado en Correo Poblacional y de Gerencia en Salud. Nov 2011.

Necesidad de recursos para VIH/SIDA: Modelo de cálculo de los recursos necesarios para la prevención, atención y atenuación. Bollinger, Lori y Stover, John. Futures Institute, Glastonbury, Cape Town, South Africa. Diciembre 2006.

The Global Fund: Program Grant Agreement ECU 910 G07H

The Global Fund: Program Grant Agreement ECU 910 G06H

Estudios de Medición del Gasto en SIDA 2010 de México, Belice, El Salvador

ONUSIDA FESALUD: Ayuda Memoria sobre Acceso Universal en la Respuesta al VIH. Febrero 2011

ONUSIDA FESALUD: Plan de Cooperación Técnica para la Respuesta al VIH. Junio 2011