

**Plan Estratégico
Nacional
Multisectorial
para la respuesta
al virus de la
inmunodeficiencia
humana (VIH)/sida
e infecciones de
transmisión sexual
(ITS)**

2018-2022

MINISTERIO DE **SALUD PÚBLICA**



EL
GOBIERNO
DE TODOS



**Plan Estratégico
Nacional
Multisectorial
para la respuesta
al virus de la
inmunodeficiencia
humana (VIH)/sida
e infecciones de
transmisión sexual
(ITS)**



2018-2022

Autoridades

Ministra de Salud Pública

Dra. Verónica Espinosa

Viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud

Dr. Carlos Durán

Subsecretaría Nacional de Vigilancia de la Salud Pública

Dra. Inti Quevedo

Director Nacional de Estrategias de Prevención y Control

Dr. Ronald Cedeño

Publicado en agosto 2018

Ficha catalográfica



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Compartir Igual 3.0 Ecuador, y puede reproducirse libremente citando la fuente sin necesidad de autorización escrita, con fines de enseñanza y capacitación no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Cómo citar esta obra:

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Plan Estratégico Nacional Multisectorial para la respuesta al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/sida e infecciones de transmisión sexual (ITS). Quito. Dirección Nacional de Políticas y Modelamiento del Sistema Nacional de Salud; 2018. Disponible en: <http://salud.cob.ec>

Equipo de redactores y autores

Comité Ecuatoriano Multisectorial del Sida-Cemsida
Equipo Técnico de la Estrategia Nacional VIH/sida-ITS
OPS/OMS Ecuador

Consultor

Dr. Rodrigo Tobar

Equipo de revisión y validación

Dr. Ronald Cedeño

Director Nacional de Estrategias de Prevención y Control

Mgs. José Rodríguez

Gerente del Proyecto de Prevención y Control de VIH/sida-ITS

Diseño e impresión:

Aquattro / info@aquattro.com.ec

Hecho en Ecuador - Printed in Ecuador

Contenido

Glosario		
1.	Introducción	13
2.	Antecedentes	14
3.	Justificación	14
3.1.	Compromiso mundial ante el VIH y el compromiso del Ecuador	14
3.2.	Marco normativo que de protección de derechos a las personas que viven con VIH/sida	16
4.	Marco legal	17
5.	Marco Conceptual	18
5.1.	Respuesta de la sociedad civil ante la epidemia	18
5.2.	Inversión Nacional en la respuesta ante el VIH	19
5.3.	Compromisos del Cemsida y del MSP hacia el cumplimiento del continuo de la atención	20
5.4.	Desarrollo del Plan Estratégico Nacional Multisectorial	21
6.	Análisis de la situación	22
6.1.	Contexto epidemiológico en el Ecuador	22
6.2.	Caracterización de la epidemia de VIH	24
6.3.	Mortalidad por sida en el Ecuador	24
6.4.	Situación de la epidemia en Ecuador en 2016	25
6.4.1.	La prevalencia e incidencia	25
6.4.2.	Casos nuevos casos de VIH/sida en 2016 y su distribución por provincias	27
6.4.3.	Casos de VIH en 2016 por sexo (MSP)	29
6.4.4.	Casos de VIH/sida en 2016 por edad	31
6.5.	Atención integral en el marco del acceso universal	31
6.6.	Acceso al diagnóstico y tratamiento de VIH y tuberculosis en 2016	32
6.7.	Estrategia de prevención de la transmisión materno-infantil	33
6.7.1.	La transmisión materno - infantil reportada por el MSP	34
6.8.	El acceso al tratamiento antirretroviral 1984-2016, en la RPIS	36
6.9.	Análisis de la brecha del VIH en 2016	38
6.10.	Respuesta nacional ante la epidemia de VIH/sida: Plan Estratégico Nacional Multisectorial	39

7.	Identificación de actores	40
8.	Misión	40
9.	Visión	40
10.	Objetivo	40
11.	Líneas estratégicas	41
11.1.	Línea estratégica 1: Aseguramiento de la promoción de la salud y prevención del VIH/sida-ITS	42
11.2.	Línea estratégica 2: Asegurar la atención integral con el tratamiento antirretroviral oportuno al VIH, enfermedades oportunistas y otras ITS	42
11.3.	Línea estratégica 3: Protección de las PVV y de los GPC, en el marco de los derechos humanos, la universalidad, equidad, género, interculturalidad y participación social	53
11.4.	Línea estratégica 4: Fortalecimiento de la respuesta nacional, con la participación social, la coordinación intersectorial y el financiamiento sostenible de los servicios de prevención y atención	58
12.	Costo estimado del Plan Estratégico Nacional Multisectorial	64
13.	Implementación, monitoreo y evaluación del Plan Estratégico	73
13.1.	Línea estratégica 1: Aseguramiento de la promoción de la salud y prevención del VIH/sida-ITS	75
13.2.	Línea estratégica 2: Asegurar la atención integral con el tratamiento antirretroviral oportuno al VIH, enfermedades oportunistas y otras ITS	76
13.3.	Línea estratégica 3: Protección de las PVV y de los GPC en el marco de los derechos humanos, la universalidad, equidad, género, interculturalidad y la participación social	77
13.4.	Línea estratégica 4: Fortalecimiento de la respuesta nacional, con la participación social, la coordinación intersectorial y el financiamiento sostenible de los servicios de prevención y atención	78
14.	Bibliografía	80

Índice de Tablas

Tabla 1. Casos VIH/sida acumulados MSP	23
Tabla 2. Casos VIH/sida por regiones y provincias MSP 2016	28
Tabla 3. Casos VIH/sida gestantes (MSP 2016)	33
Tabla 4. Transmisión materno-infantil (MSP 2016)	35
Tabla 5. PVV con TARV (MSP 2016)	37

Índice de gráficos

Gráfico 1. Inversión VIH/sida 2016	19
Gráfico 2. Inversión VIH por rubro (2016)	20
Gráfico 3. Mortalidad por sida en Ecuador por cada 100 mil habitantes	24
Gráfico 4. Prevalencia de VIH en algunos países de Latinoamérica en personas entre 15 y 49 años de edad (2016)	25
Gráfico 5. Tasa de incidencia 2016 en América Latina	26
Gráfico 6. Personas que viven con VIH/sida en el Ecuador (PVV)	27
Gráfico 7. Casos VIH/sida, por provincia y sexo MSP 2016	29
Gráfico 8. Casos VIH/sida por sexo MSP 2016	30
Gráfico 9. Índice de masculinidad en el Ecuador	30
Gráfico 10. Casos notificados de VIH/sida por grupos de edad (MSP 2016)	31
Gráfico 11. Unidades de Atención Integral en el país	32
Gráfico 12. Cobertura prenatal por zonas (MSP 2016)	35
Gráfico 13. Porcentaje de tamizaje realizado a embarazadas (MSP 2016)	36
Gráfico 14. PVV en TARV Acumulado 1984-2016 (2016)	36
Gráfico 15. Acceso a TARV de la RPIS 2016	37
Gráfico 16. Cascada de VIH, Ecuador 2016	38
Gráfico 17. Ejes estratégicos 2018-2022	41

Glosario

BCE	Banco Central de Ecuador
CAI	Centros de Adolescentes Infractores
CC	Casas de Confianza
CDP	Centros de Detención Provisional
Cepal	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
Cemsida	Comité Ecuatoriano Multisectorial del Sida
Coalición	Organización ecuatoriana de personas que viven con VIH
CRS	Centros de Rehabilitación Social
DNEAIS	Dirección Nacional de Estadísticas y Análisis de Información en Salud del MSP
DNEPC	Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control
DNE	Dirección Nacional de Epidemiología
Equidad	Fundación Ecuatoriana Equidad
ENVIH	Estrategia Nacional de Prevención y Control del VIH/sida-ITS
ENTB	Estrategia Nacional de Tuberculosis
HSH	Hombres que tienen Sexo con Hombres
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
Ilpes	Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
Issfa	Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas
Isspol	Instituto de Seguridad Social de la Policía
JBG	Junta de Beneficencia de Guayaquil
Kimirina	Organización de la sociedad civil que trabaja en temas de salud y derechos humanos en Ecuador
NN.UU.	Naciones Unidas
MAIS-FCI	Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural
MJDHC	Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos
MSP	Ministerio de Salud Pública
MTF	Mujeres Trans Femeninas
MTS	Mujeres Trabajadoras Sexuales
ODS	Objetivos Desarrollo Sostenible
ONG	Organismos no Gubernamentales

OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
Onusida	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/sida
PEA	Población Económicamente Activa
Pemar	Población Expuesta al Mayor Riesgo
PENM/PEN	Plan Estratégico Multisectorial de la respuesta al VIH/sida
PNEBV	Plan Nacional Estratégico del Buen Vivir
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PrEP	Profilaxis preexposición
PTMI	Prevención de Transmisión Materno Infantil
PTV	Plan Toda una Vida
PVV	Personas que viven con VIH
Redacca	Registro. Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias MSP
RED	Red de Defensores de Derechos
RPIS	Red Pública Integral de Salud
SNS	Sistema Nacional de Salud
SPD	Sistema de Protección de Derechos de las personas afectadas por el VIH en Ecuador
TARV	Tratamiento Antirretroviral
TB	Tuberculosis
TMI	Transmisión Materno Infantil
VIH/sida	Virus de la Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
UAI	Unidades de Atención Integral en VIH
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas



No.

0290-2018

LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

CONSIDERANDO:

- Que,** la Constitución de la República del Ecuador, en su artículo 3, numeral 1, ordena que es 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;
- Que,** la citada Constitución de la República, en el artículo 32, dispone que: *“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 sustentan 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 salud 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 Constitución de la República 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 Estado ejercerá la rectoría del Sistema Nacional de Salud a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, quien será 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 del Ecuador;
- 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 en salud, así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia de dicha Ley y que las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias;
- Que,** el artículo 6 de la Ley *Ibidem*, prevé entre las responsabilidades del Ministerio de Salud Pública: “(...) 3. Diseñar e implementar programas de atención integral y de 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 técnicas relacionadas con la salud, (...)”;

0290-2018

- Que,** la referida Ley Orgánica de Salud, 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 antiretrovirales y para enfermedades oportunistas con énfasis en medicamentos genéricos, así como los reactivos para exámenes de detección y seguimiento. Las responsabilidades señaladas en este artículo corresponden también al sistema nacional de seguridad social.”;*
- Que,** la Ley para la Prevención y Asistencia Integral del VIH/Sida, en el artículo 1, declara de interés nacional la lucha contra el Síndrome de Inmuno Deficiencia 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 afectadas 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 Inmuno Deficiencia Adquirida (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,** mediante Decreto Ejecutivo No. 8 expedido el 24 de mayo de 2017, publicado en el Segundo Suplemento del Registro Oficial No. 16 de 16 de junio de 2017, el Presidente de la República del Ecuador nombró como Ministra de Salud Pública a la doctora María Verónica Espinosa Serrano; y,
- Que,** a través de memorando No. MSP-VGVS-2018-0857-M de 14 de agosto de 2018, el Viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud, solicita la elaboración del presente Acuerdo Ministerial.

EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES LEGALES CONCEDIDAS POR LOS ARTÍCULOS 151 Y 154, NUMERAL 1 DE LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR EN CONCORDANCIA CON EL ARTÍCULO 17 DEL ESTATUTO DE RÉGIMEN JURÍDICO Y ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA.

ACUERDA:

Art. 1.- Aprobar el documento denominado *“Plan Estratégico Nacional Multisectorial para la respuesta al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/sida e infecciones de transmisión sexual (ITS)”*.

Art. 2.- Disponer que el *“Plan Estratégico Nacional Multisectorial para la respuesta al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/sida e infecciones de transmisión sexual*

0290-2018



Ministerio de Salud Pública

(ITS)*, sea aplicado a nivel nacional por todos los actores que tienen responsabilidades frente a la epidemia del VIH/Sida y enmarquen su accionar en este Plan Estratégico.

Art. 3.- Publicar el citado Plan en la página web del Ministerio de Salud Pública.

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 Nacional de Vigilancia de la Salud Pública, a través de la Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control y a la Estrategia Nacional de VIH/sida-ITS de esta Cartera de Estado.

Dado en la ciudad de Quito, Distrito Metropolitano a, 07 NOV. 2018


Dra. Verónica Espinosa Serrano
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA



	Nombre	Área	Cargo	Sumilla
Revisado	Dr. Carlos Durán	Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud	Viceministro	
	Dra. Iliana Rodríguez	Viceministerio de Atención Integral en Salud	Viceministro	
	Abg. Antonio Echeverría	Coordinación General de Asesoría Jurídica	Coordinador Subrogante	
	Abg. Luis Vargas	Dirección Nacional de Consultoría Legal	Director Subrogante	
Elaboración del Acuerdo	Dra. Eilina Herrera	Dirección Nacional de Consultoría Legal	Coordinadora de Gestión Interna	

1. Introducción

El Gobierno nacional, por medio del Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Comité Ecuatoriano Multisectorial del Sida (Cemsida), ha elaborado el cuarto Plan Estratégico Nacional Multisectorial (PENM) 2018-2022. Este es un instrumento programático, que articula la respuesta nacional para frenar el avance de la epidemia en nuestro país y contribuir al logro de las metas propuestas por la ONU, dentro del cumplimiento de los ODS, así como el Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021, Toda una Vida, elaborado a partir de los mandatos constitucionales de 2008.

El PENM está enmarcado en cuatro líneas estratégicas: Promoción y Prevención; Atención Integral; Garantía de Derechos; y, Fortalecimiento de la Respuesta Nacional. Estas líneas se establecieron desde un enfoque multisectorial para una acción efectiva ante la epidemia, que incluye estrategias para el acceso a la información, al diagnóstico temprano y el tratamiento antirretroviral (TARV) oportuno. Asimismo, toma en cuenta la prevención combinada, que permita la disminución de nuevas infecciones de VIH, la mortalidad por sida, y el estigma y discriminación, con el fin de mejorar la calidad vida de las personas afectadas por la epidemia.

La Constitución de la República del Ecuador¹ garantiza los derechos de las personas y grupos de atención prioritaria, así como el acceso universal, gratuito y solidario a los servicios de salud. El Estado, a través de la Red Pública Integral de Salud (RPIS), garantiza el diagnóstico de VIH, el TARV y el seguimiento de las personas afectadas por la epidemia.

Aunque la realidad de las personas que viven con VIH (PVV) ha ido mejorando desde el inicio de la epidemia, sobre todo en términos de acceso a servicios de salud y disminución de la discriminación, el Ecuador todavía tiene grandes desafíos para abordar integralmente el estigma y discriminación hacia estas personas. Esto se vuelve más complejo cuando las PVV son personas GLBTI o mujeres, por la discriminación histórica de la que han sido víctimas.

En cuanto a la Estrategia 90-90-90, compromiso al que el país se encuentra alineado, la información disponible permite ver que la primera brecha es la más importante, y estimas que el 58 % de PVV conoce su condición, mientras que el 88 % de los que conocen su condición están en tratamiento, y el 50 % de quienes se encuentran en tratamiento tiene una carga viral indetectable.²

¹ Constitución de la República del Ecuador 2008, Registro Oficial 449 de 20-oct.-2008.

² Cascada de VIH Ecuador, Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control, MSP.

2. Antecedentes

Los primeros casos de VIH en el Ecuador fueron detectados en 1984; desde entonces y hasta 2016 el número total de casos acumulados de VIH/sida en el país es de 56 106. Las estimaciones realizadas por MSP a través de la herramienta *Spectrum*,³ indican que para 2016 existen alrededor de 35 598 PVV, y, de estas, el grupo de edad entre 15 a 49 años es el más afectado por la epidemia, con mayor número de casos en hombres.

De la información disponible, se puede establecer que la epidemia de VIH en el Ecuador es de tipo concentrada, principalmente en personas trans femeninas (MTF) (34,8 % en Quito y 20,7 % en Guayaquil) y de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) (16,5 % en Quito y 11,2 % en Guayaquil).⁴ Por otra parte, en la población general se estima que la prevalencia nacional a 2016 es de 0,3 % en personas entre 15 y 49 años, mientras que la prevalencia en mujeres embarazadas es del 0,16 %.⁵

La provincia del Guayas presenta la mayor concentración de notificación de casos nuevos en 2016, con el 50,31 %, seguido por Pichincha (10,16 %), Manabí (6,36 %), Esmeraldas (5,94 %), Los Ríos (5,72%) y El Oro (5,16%). Estas seis provincias concentran más del 80 % de personas notificadas con VIH/sida.⁶

3. Justificación

3.1 Compromiso mundial ante el VIH y el compromiso del Ecuador

El 7 de junio de 2016, en el septuagésimo periodo de sesiones, la Asamblea General de Naciones Unidas 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 Programa de modelaciones usado por ONU SIDA

⁴ Estudio de Vigilancia del Comportamiento y Prevalencia del VIH y otras ITS en: HSH y MTF. Corporación Kimirina, 2017.

⁵ Informe *Global AIDS Response Reporting* del año 2016.

⁶ Sistema de vigilancia epidemiológica de VIH/sida e ITS, Formulario de Notificación 002-003, Dirección de Estrategias de Prevención y Control, MSP.

- 1) Reducir las nuevas infecciones de VIH a un número inferior a 500 000 en todo el mundo para el año 2020.
- 2) Reducir las muertes relacionadas con el sida a un número inferior a 500 000 en todo el mundo para el año 2020.
- 3) Eliminar el estigma y la discriminación relacionada con el sida para el año 2020.

Los Estados suscriptores plantean también acelerar el alcance de la prevención para prevenir las nuevas infecciones por VIH entre niños/as, jóvenes y adultos/as, con la meta de garantizar que el 90 % de las PVV conozcan su estado serológico, que el 90 % de las PVV que sí lo conocen reciban tratamiento y que el 90 % de las PVV que ya lo reciben supriman la carga viral.

Los esfuerzos por poner fin a la epidemia aportan y se suman a otras metas sanitarias, como la reducción de la mortalidad materna; la prevención de los fallecimientos de recién nacidos/as y de niños y niñas menores de cinco años; la reducción de la mortalidad por enfermedades no transmisibles; la promoción de la salud mental; la prevención y el tratamiento de trastornos provocados por el consumo de sustancias adictivas; la promoción de la salud sexual y reproductiva; el logro de la cobertura sanitaria universal; el acceso a medicamentos y vacunas asequibles, entre otras.

La atención integral del VIH requiere una respuesta integral e intersectorial con otras políticas y servicios, más allá de los directamente relacionados con el VIH, tanto en el ámbito de la salud como en otros campos (administración de justicia, derechos laborales, protección social, atención de la salud sexual y reproductiva, atención de la violencia, entre otros), priorizando un enfoque que trascienda lo biomédico para incorporar un enfoque de derechos humanos.

La Organización Mundial de la Salud, por su parte, plantea una estrategia mundial del sector de la salud contra el VIH 2016-2021, denominada Hacia el fin del sida. Esta define una visión general, un objetivo y un conjunto de metas de alcance mundial que se corresponden plenamente con la visión, objetivo y metas de la estrategia multisectorial de Onusida, así como también alineados con los ODS.

Ecuador, como suscriptor de las declaraciones políticas de Naciones Unidas, ha enmarcado sus políticas nacionales y sectoriales para el abordaje del 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

las poblaciones clave, incluidos los hombres que tienen sexo con hombres, profesionales del sexo, las personas que se inyectan drogas, personas transgénero y personas privadas de libertad, así como personas en situación de movilidad humana.

3.2 Marco normativo de protección de derechos a las personas que viven con VIH/sida

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 (PNUD, 2012). 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 (Ungass, 2001); la Declaración de DOHA (2001). En 2016, ratificó su respaldo a la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y sus objetivos planteados por la ONU, así como la Estrategia 90-90-90 impulsada por Onusida, apuntando a poner fin a la epidemia como amenaza para la salud pública para el año 2030, y el proyecto de Estrategia mundial del sector de la salud contra el VIH 2016-2021 Hacia el fin del sida, planteada por la OMS.

La incorporación de los enfoques de género y de derechos humanos contemplada en la Declaración Política de 2016 y en la Agenda 2030, así como los compromisos específicos en derechos humanos de las mujeres y de la niñez, particularmente la Cedaw, la Convención de Belém do Pará, el Consenso de Montevideo y la Declaración de los Derechos del Niños, forman parte del marco normativo que sustenta la respuesta nacional al VIH.

La Constitución garantiza los derechos humanos y la no discriminación de las personas afectadas por la epidemia que habitan en el territorio nacional, como lo señalan los artículos 11, numeral 2; art. 32; art. 50; art. 66, numeral 4, 11, 19 y 20; art. 363, numeral 7. De igual manera, existen acuerdos ministeriales que aseguran esa garantía de derechos, como el Acuerdo Ministerial n°. 398 del Ministerio de Trabajo del año 2006; Acuerdo Ministerial n°. 436 del Ministerio de Educación del año 2008, y la Resolución n°. 166.09 del ex Consejo Nacional de Universidades y Escuelas Politécnicas.

4. Marco legal

Se conforma el Cemsida, comité que tiene entre sus responsabilidades la articulación de la respuesta nacional, así como planificar, monitorear y evaluar los avances de las intervenciones ejecutadas para disminuir el avance de la epidemia.

Por otra parte, el Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021, constituido a partir de lo señalado en la Constitución de la República de Ecuador 2008 en el art. 3, num. 5, art. 280 y art. 293, le permite al Estado planificar el desarrollo nacional y garantiza que los presupuestos se sujeten a las políticas del Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021. Este plantea tres ejes estratégicos: Derechos para todos durante toda la vida, Economía al servicio de la sociedad, y Más sociedad, mejor Estado.

Con respecto a los artículos que aseguran la atención y los derechos a las PVV, es importante mencionar que en el eje de Derechos para todos durante toda la vida, en los objetivos 1 y 2, y en la política, ratifican la necesidad de consolidar el Sistema Nacional de Salud como el mecanismo más efectivo para implementar el MAIS-FCI, basado en la equidad social y territorial. A través del art. 66 de la Constitución, el Estado asume la obligación para adoptar las medidas necesarias para prevenir, eliminar y sancionar toda forma de violencia, entre otras, las dirigidas a PVV, 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 ejercicio de la democracia, la reducción de vulnerabilidades a través de la prevención de riesgos, así como la protección, respuesta y remediación ante emergencias y desastres.

Finalmente, las demandas ciudadanas en relación con este objetivo se enmarcan en violencia familiar, inclusión de colectivos LGBTI. La política plantea erradicar la discriminación y la exclusión social en todas sus manifestaciones, especialmente el machismo, la homofobia, el racismo, la xenofobia y otras formas conexas, mediante acciones afirmativas y de reparación integral para la construcción de una sociedad inclusiva.

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 y la violencia contra las mujeres, así como la visibilización y atención de las principales violaciones a sus derechos humanos, forma parte de las demandas ciudadanas.⁷

⁷ Acciones para Cumplir compromisos hacia las mujeres con VIH en América Latina y el Caribe, Comunidad Internacional de Mujeres viviendo con VIH sida (ICW Latina), 2017.

5. Marco Conceptual

5.1 Respuesta de la sociedad civil ante la epidemia

En la década del 2000, la sociedad civil fortalece su participación conjuntamente con las organizaciones de PVV y ONG que trabajan en la lucha contra la epidemia. Entre estas, varias organizaciones de la sociedad civil se dedican a la defensa de los derechos de personas LGBTI frente a situaciones de estigma y discriminación de una manera más sistemática. Otras organizaciones propusieron e implementaron el Sistema de Protección de Derechos de las Personas Afectadas por el VIH (SPD) y otras brindan asistencia técnico-financiera, canalizando recursos internacionales para el efecto y/o juntando esfuerzos para realizar estudios de investigación en temas de prevención, vigilancia, de prevalencia de VIH y sobre comportamientos, derechos y discriminación.

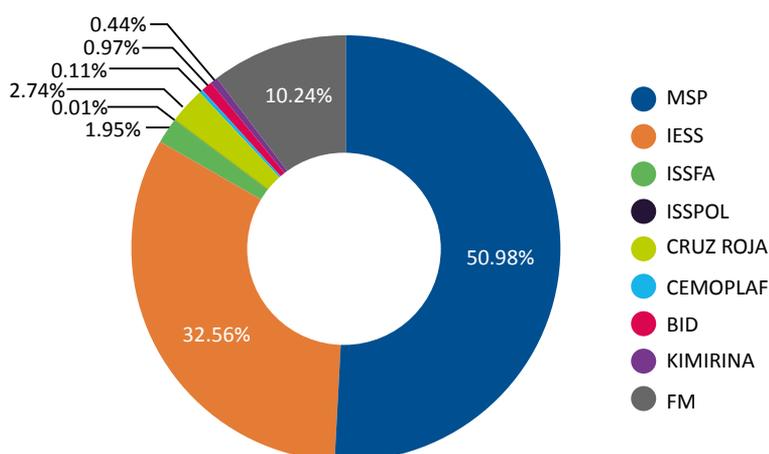
En el 2011 se consolidó la respuesta nacional con la conformación del Cemsida, lo cual mejoró la articulación con organismos no gubernamentales, con la sociedad civil y con las organizaciones de PVV como parte del fortalecimiento de la respuesta frente a la epidemia. El Cemsida es la instancia política que promueve la priorización nacional de la respuesta a la epidemia en todos los niveles del Estado y la sociedad civil organizada. En este marco, ONG, organizaciones de PVV y de grupos vulnerables han juntado esfuerzos para realizar varios estudios de investigación en temas de derechos y discriminación. El Cemsida apoyó el desarrollo del SPD, que viene actuando desde el año 2015 para fortalecer el ejercicio de los derechos de las personas afectadas por el VIH en Ecuador.

Por otro lado, y como requisito del Fondo Mundial, entidad que ha venido financiando actividades como parte de la respuesta del país, desde el año 2002 se crea el Mecanismo Coordinador País (MCP), como un espacio para el análisis de situación de la epidemia, que incluye la participación de los actores involucrados en la respuesta al VIH para formular propuestas a ser financiadas por dicho organismo, así como para monitorear su ejecución. Desde octubre de 2016, el MCP está presidido por un representante de la sociedad civil.

5.2 Inversión Nacional en la respuesta ante el VIH

Para 2016, el financiamiento para VIH/sida fue de USD 26 717 021, tomando en cuenta la inversión realizada por parte de la RPIS, FM, Cruz Roja, BID y Coalición Plus; no se incluye la inversión realizada en VIH por otras instituciones públicas, privadas, autónomas y de otros organismos internacionales que trabajan en VIH (Gráfico 1).

Gráfico 1.
Inversión VIH/sida 2016



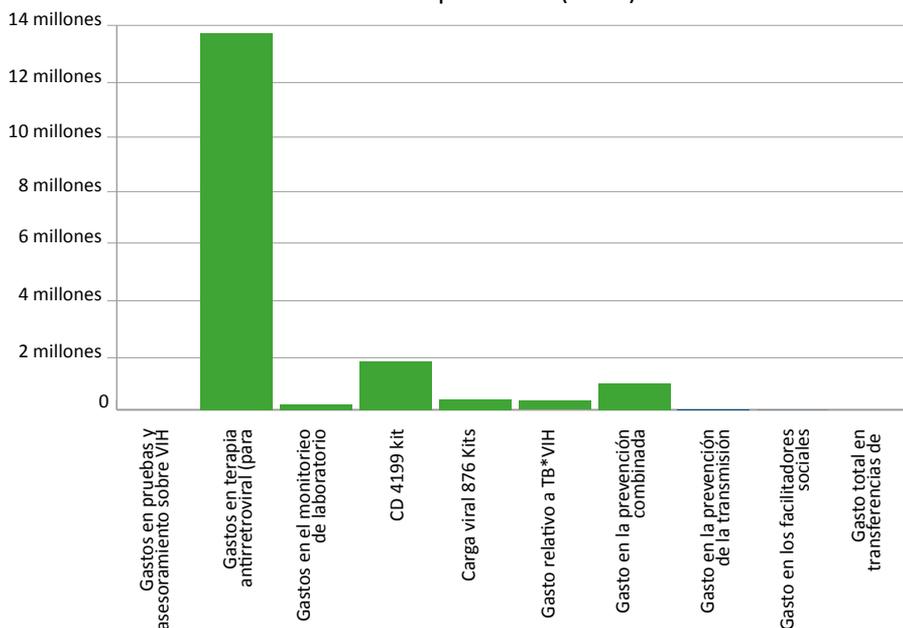
Fuente: MSP-RPIS-Cemolpaf-Cruz Roja-Kimirina-FM.

Del total de la inversión registrada en 2016, el MSP invierte 50,98 %, seguido por el IESS (32,56 %), el FM (10,20 %), la Cruz Roja (2,74 %) y el Issfa (1,95 %), como los más representativos. La inversión de la RPIS alcanza al 85,49 %, la de la cooperación internacional alcanza el 11,17 %, y, finalmente, la inversión de las instituciones autónomas y ONG es del 3,29 %.⁸

Por otra parte, con respecto a la inversión por rubros, la mayor proporción se dirige a la compra de medicamentos, con el 48,94 %; seguido por el gasto en pruebas de laboratorio para el diagnóstico y asesoramiento sobre VIH (28,62 %); el gasto en el monitoreo de laboratorio específico para el VIH (carga Viral y CD4, 9,58 %), entre los más representativos (Gráfico 2).

8 Indicador de Gasto de VIH-Ecuador 2016, Monitoreo Global del Sida 2018, MSP.

Gráfico 2.
Inversión VIH por rubro (2016)



Fuente: MSP-RPIS-Cemolpaf-Cruz Roja-Kimirina-FM

5.3 Compromisos del Cemsida y del MSP hacia el cumplimiento del continuo de la atención

Uno de los elementos que en la actualidad los organismos y agencias internacionales recomiendan para la disminución de nuevas infecciones y de muertes por VIH/sida es la prevención combinada, así como también el inicio inmediato de tratamiento antirretroviral a toda persona diagnosticada con VIH independientemente de su conteo de linfocitos T CD4. Esta estrategia se convierte en el abordaje central para cumplir con las metas preventivas propuestas para 2020 y 2030.

En el Segundo Foro Latinoamericano y del Caribe sobre el Continuo de Atención,⁹ se analizó la información provista por los recientes estudios científicos y las evidencias que permiten plantear la inclusión de nuevas tecnologías y enfoques como parte de las intervenciones de prevención combinada, entendiendo a estas como la combinación de estrategias comportamentales, biomédicas y

⁹ Segundo Foro Latinoamericano y del Caribe sobre el Continuo de Atención: "Mejorar la prevención combinada del VIH para fortalecer el continuo de la prevención y la atención", Rio de Janeiro, Brasil, 18-20 de agosto de 2015

estructurales basadas en los DD.HH. La prevención combinada puede incluir abordajes de educación, información y comunicación; distribución sistemática de condones y lubricantes; las estrategias de reducción de daño; el diagnóstico y tratamiento de ITS; la promoción y la oferta de la prueba del VIH; la profilaxis postexposición, y el tratamiento como prevención, entre otros.

Es importante mencionar que todas las intervenciones a desarrollarse para el cumplimiento de las metas de prevención combinada requieren ser adaptadas al ámbito local, y estar focalizadas en las poblaciones claves y vulnerables. Las metas se alcanzarán si se asegura una mayor articulación multisectorial, que requiere que los gobiernos involucren a la sociedad civil, incluyendo a las poblaciones claves y a las PVV en el diseño, la implementación, el monitoreo y la evaluación de las estrategias e intervenciones de prevención combinada.

En este marco, con el liderazgo del MSP, y la sociedad civil y organizaciones de PVV, se ha acordado trazar una hoja de ruta a partir de la conformación de un comité técnico que estudie y brinde resultados sobre la implementación de nuevas tecnologías como parte de las estrategias de prevención combinada, como es el caso de la profilaxis preexposición (PrEP) en el país, actividad que se incluirá en el Plan Estratégico.

5.4 Desarrollo del Plan Estratégico Nacional Multi-sectorial

La actualización del documento del PENM se inició en 2017, con el liderazgo y convocatoria del MSP, que preside el Cemsida. Se conformó un comité técnico central liderado por la Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control a través de la Estrategia de VIH, en el que participaron representantes de la Sociedad Civil, el MSP, el MCP y otras entidades del sector público.

En noviembre de 2017, el MSP retomó la elaboración del PENM 2018-2022 conjuntamente con el Cemsida, iniciando el proceso de actualización de datos de la situación de la epidemia y revisando la propuesta programática de la Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control con respecto a la Estrategia Nacional de VIH/sida, las experiencias significativas de la RPIS, de la sociedad civil y los compromisos internacionales asumidos por el país.

Finalmente, se determinó la estructura del documento en función a una discusión de las necesidades relevantes del país para abordar de manera efectiva la respuesta ante el VIH bajo los principios de igualdad, equidad, inclusión, eficiencia e interculturalidad.

6. Análisis de la situación

6.1 Contexto epidemiológico en el Ecuador

Desde la aparición del primer caso de VIH en el país, en 1984, la epidemia ha mantenido una tendencia ascendente progresiva, alcanzando en el año 2012 el mayor reporte de casos VIH por encima de cinco mil; mientras que el mayor reporte de casos sida fue de 1 573 en 2011.

Desde 1984 hasta 2016, la RPIS reporta 56 106 casos acumulados de VIH/sida (Tabla 1), de los cuales 38 721 corresponden a VIH, mientras que 17 385 corresponden a sida. En la distribución por miembros de la RPIS, el MSP reporta 49 541 (88,29 %), seguido por el IESS, con 6 210 (11,06 %), las Fuerzas Armadas, con 253 (0,45 %), y la Policía Nacional, con 102 (0,18 %) casos de VIH/sida.¹⁰

De los 49 541 casos de VIH/sida que reporta el MSP, en la región Costa se reporta la mayor concentración de casos, con 36 915, seguida por la región Sierra (10 080), la región amazónica (960) y la región insular (59). Existen 1 527 casos de VIH/sida que, de acuerdo con la información disponible, son reportados como desconocidos.

La provincia del Guayas presenta la mayor concentración, con el 53,2 %, seguida por Pichincha (10,2 %), El Oro (5,5 %), Manabí (4,5 %), Los Ríos (3,8 %) y Esmeraldas (4,4 %). Estas seis provincias concentran más del 80 % de los casos VIH/sida.

¹⁰ Sistema de vigilancia epidemiológica de VIH/sida e ITS, Formulario de Notificación 002-003, Dirección de Estrategias de Prevención y Control, MSP.

Tabla 1.
Casos VIH/sida acumulados MSP

Casos VIH/sida acumulados por regiones y provincias-MSP Ecuador 1984-2016					
Regiones	Provincias	Total	%	Total regiones	%
Costa	Guayas	25 889	53,2	36 915	74,51
	El Oro	3 065	5,1		
	Manabí	2 737	4,5		
	Esmeraldas	2 461	4,4		
	Los Ríos	2 297	3,8		
	Santa Elena	466	1,0		
Insular	Galápagos	59	0,1	59	0,11
	Pichincha	6 104	10,2	10 080	20,34
	Azuay	950	1,5		
	Santo Domingo	834	2,2		
	Loja	613	1,0		
	Tungurahua	416	1,5		
	Chimborazo	321	0,7		
	Cañar	263	0,4		
	Cotopaxi	234	0,7		
	Imbabura	228	0,5		
	Bolívar	70	0,08		
	Carchi	47	0,07		
Oriente	Sucumbíos	350	0,7	960	1,93
	Orellana	223	0,6		
	Morona	166	0,5		
	Napo	127	0,5		
	Pastaza	57	0,2		
	Zamora	37	0,06		
Desconocidos		1 527		1 527	3,08
Total		49 541		49 541	100

Fuente: Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control, MSP.

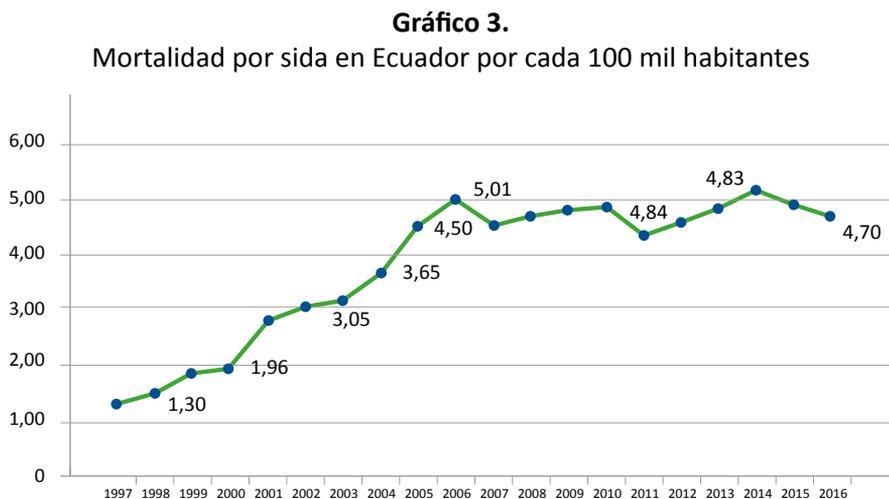
6.2 Caracterización de la epidemia de VIH

La epidemia en Ecuador es de tipo concentrada¹¹ en grupos de población clave (GPC), con una mayor prevalencia en HSH (16,5 % en Quito y 11,2 % en Guayaquil) y en MTF (34,8 % en Quito y 20,7 % en Guayaquil).¹² Existe un aumento de casos de VIH en MTF y HSH en la ciudad de Quito, si comparamos con el estudio realizado por Kimirina-UNFPA-MSP en el año 2012, en el que se evidenció una prevalencia en MTF del 31,9 % y en HSH del 11 % (Equidad-MSP-OPS).

En relación con la prevalencia en otros GPC, en PPL se registra un 1,3 % y en trabajadores/as sexuales un 3,2 %, ¹³ siendo una prevalencia alta; estos resultados fueron considerados preliminares, observando la necesidad de realizar un nuevo estudio que permitan ver la evolución de la prevalencia de VIH en estos grupos de población clave.

6.3 Mortalidad por sida en el Ecuador

Según un reporte del INEC, de 1997 a 2015 existe un acumulado de 10 317 fallecidos a causa del sida. Para el año 2016, el INEC notifica 777 fallecidos. La mortalidad por sida muestra una tendencia creciente hasta 2014, año en el que se presenta una mayor tasa de mortalidad, con 828 muertes por casos sida, y luego de eso una disminución.



Fuente: Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control; Dirección Nacional de Estadísticas, MSP.

11 Se denomina a la epidemia de tipo concentrada en los casos en los que la prevalencia en grupos de mayor riesgo de contraer el VIH es mayor al 5 % y menor al 1 % en la población en general (OMS, 2000).

12 Estudio de Vigilancia del Comportamiento y Prevalencia del VIH y otras ITS en: HSH y MTF. Corporación Kimirina, 2017.

13 USFQ-FM-MSP, 2007, Instituto Nacional de Higiene-MSP, 2009

Según datos del INEC y del MSP (Gráfico 3), en el año 2015 existieron 797 defunciones, con una población nacional de 16.278.844 habitantes, siendo la tasa de mortalidad por sida de 4,9 por cada 100.000 habitantes¹⁴. En el año 2016, partiendo del estimado de defunciones por sida de 777, la tasa de mortalidad por causa del sida en el país es de 4,77 por cada 100 mil habitantes. A pesar de los avances en los sistemas de registro de defunciones relacionados con el sida, aún persiste un nivel de subregistro sobre la mortalidad por la epidemia, para lo cual se tiene previsto realizar un estudio en coordinación con el INEC.

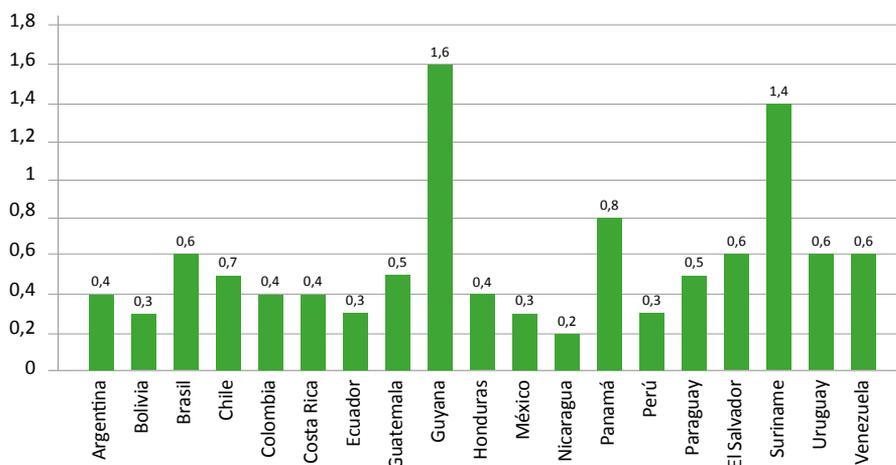
6.4 Situación de la epidemia en Ecuador en 2016

6.4.1 La prevalencia e incidencia

A través de la herramienta *Spectrum* de Onusida, y con base en los datos ingresados por el país, para el año 2016 se estima una tasa de prevalencia para el grupo de edad de 15 a 49 de 0,3, y la tasa de incidencia en edades de 15 a 49 años en 0,22.¹⁵ La tasa de prevalencia nacional al 2016 es de 0,3 en personas entre 15 y 49 años, encontrándose por debajo del promedio latinoamericano (Gráfico 4).

Gráfico 4.

Prevalencia de VIH en algunos países de Latinoamérica en personas entre 15 y 49 años de edad (2016)



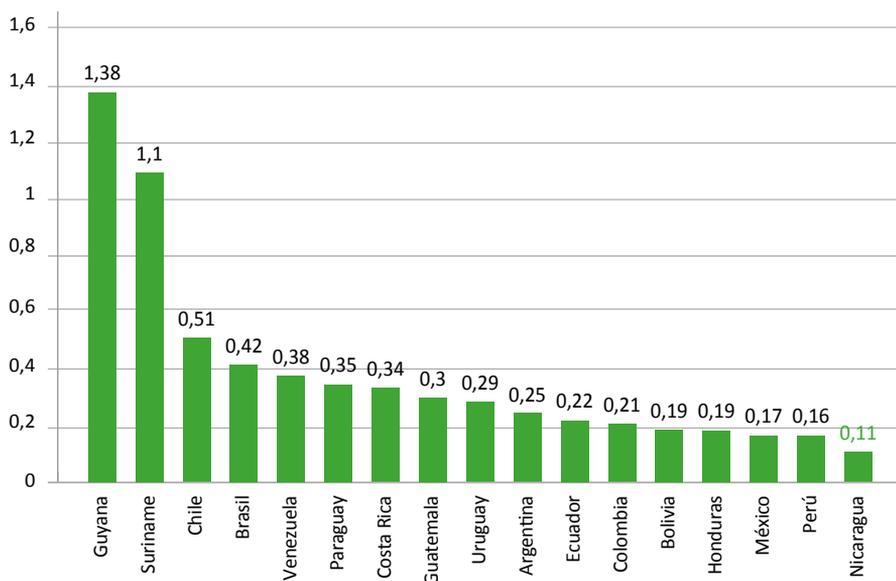
Fuente: Onusida/MSP

¹⁴ Tasa de mortalidad por sida, INEC.

¹⁵ Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control, estimaciones *Spectrum* 2016.

En cuanto a las tendencias en el comportamiento del VIH, los datos nacionales aplicados a la herramienta de estimación *Spectrum* arrojan resultados que confirman que en el país la epidemia se comporta de manera similar a otros países en la región, con una caída en la prevalencia a partir de un pico en la década de los noventa. Con respecto a los resultados de la estimación a través de la herramienta *Spectrum* sobre los GPC, los datos muestran el comportamiento de la epidemia en estos grupos de población. Por otra parte, la tasa de incidencia de VIH en el Ecuador para 2016 se encuentra en 0,22 por cada mil habitantes (Gráfico 5).¹⁶

Gráfico 5.
Tasa de incidencia 2016 en América Latina

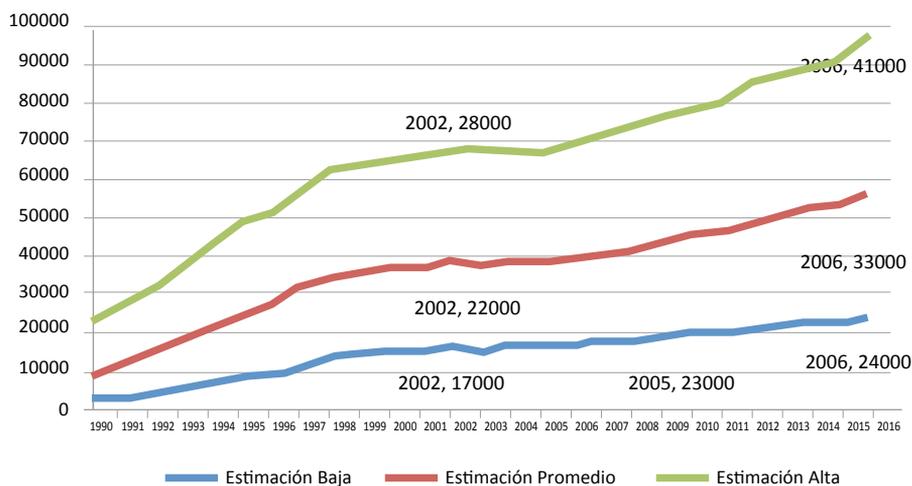


Fuente: Onusida/DNEPC-MSP

De acuerdo con las estimaciones realizadas en la herramienta *Spectrum* con los registros administrativos del MSP en 2016, se estima que las PVV en el país alcanzan las 35 598, presentando en su modelación tres alternativas (Gráfico 6).

¹⁶ Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control, estimaciones *Spectrum* 2016.

Gráfico 6.
Personas que viven con VIH/sida en el Ecuador (PVV)



Fuente: Spectrum- Onusida

6.4.2 Casos nuevos de VIH/sida en 2016 y su distribución por provincias

El MSP reporta un total de 4 862 casos en 2016, a partir de la información recabada de las fichas de notificación del sistema de vigilancia epidemiológica de VIH, con la desagregación de variables por provincia, por sexo y por grupos de edad. Es importante mencionar que el sistema de información y de vigilancia de la Estrategia de VIH no ha permitido corregir las subnotificaciones y subregistros existentes, razón por la cual se han verificado y actualizado los indicadores que requiere el sistema de información y de vigilancia epidemiológica, que serán incluidos en la plataforma de atención que el MSP se encuentra desarrollando e implementando para contar con información de manera oportuna con una validación nominal.

De los 4 862 casos nuevos de VIH/sida reportados por el MSP en 2016 (Tabla 2), sigue siendo la región Costa la de mayor concentración, con el 75,56 %; seguida de la región Sierra (20,60 %), la región oriental (3,57 %) y la región insular (0,24 %). La provincia que registra el mayor número de casos es Guayas (50,31%), seguida por Pichincha (10,1 %), Manabí (6,3 %), Esmeraldas (5,9 %), El Oro (5,1 %) y Los Ríos (5,72 %).¹⁷

¹⁷ Sistema de vigilancia epidemiológica de VIH/sida e ITS, Formulario de Notificación 002-003, Dirección de Estrategias de Prevención y Control, MSP.

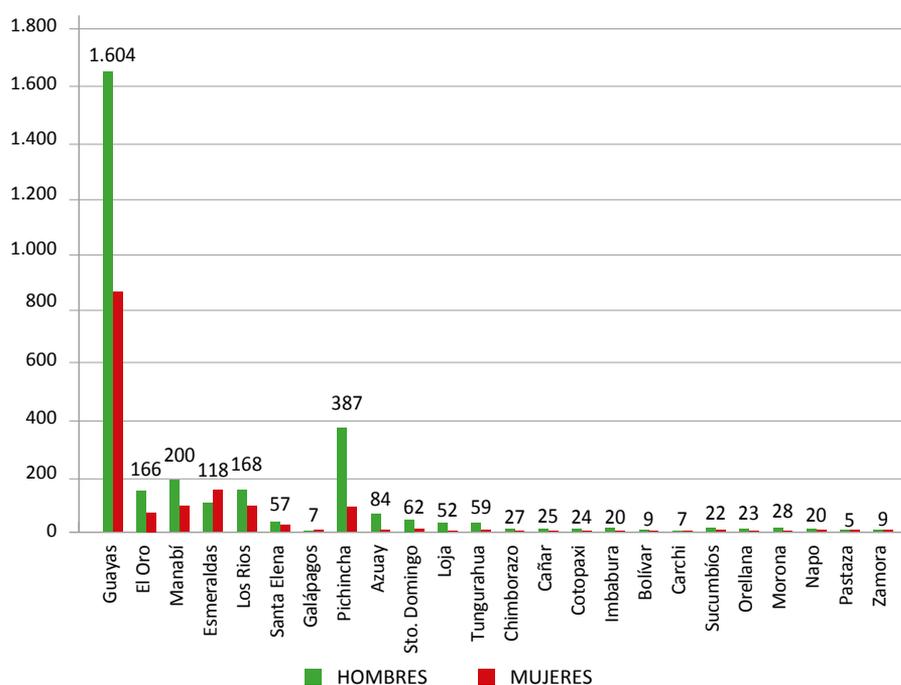
Tabla 2.
Casos VIH/sida por regiones y provincias MSP 2016

Casos VIH/sida por regiones y provincias – MSP 2016					
Regiones	Provincias	Total provincia	% provincia	Total regiones	% región
Costa	Guayas	2 446	50,31	3 674	75,56%
	El Oro	251	5,16		
	Manabí	309	6,36		
	Esmeraldas	289	5,94		
	Los Ríos	278	5,72		
Insular	Santa Elena	101	2,08	12	0,24%
	Galápagos	12	0,24		
Sierra	Pichincha	494	10,16	1 002	20,60%
	Azuay	104	2,14		
	Santo Domingo	99	2,04		
	Loja	60	1,23		
	Tungurahua	78	1,60		
	Chimborazo	37	0,76		
	Cañar	39	0,80		
	Cotopaxi	44	0,90		
	Imbabura	27	0,56		
	Bolívar	11	0,23		
Oriente	Carchi	9	0,19	174	
	Sucumbíos	40	0,82		
	Orellana	41	0,84		
	Morona Santiago	45	0,93		
	Napo	24	0,49		
	Pastaza	11	0,23		
Zamora Chinchipe	13	0,27			
Total		4 862		4.862	100%

Fuente: Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control, MSP.

De acuerdo con la información disponible del MSP, de los 4 862 casos VIH/sida, la mayor concentración tanto en hombres como en mujeres se ubican en las provincias de Guayas, Pichincha, Manabí, El Oro, Los Ríos y Esmeraldas. Sin embargo, en la provincia de Esmeraldas se concentra la mayoría de casos de VIH/sida en mujeres a escala del Ecuador (Gráfico 7), situación que puede estar relacionada a un esfuerzo de tamizaje en mujeres embarazadas, por lo que es necesario realizar un estudio al respecto.

Gráfico 7.
Casos VIH/sida, por provincia y sexo MSP 2016

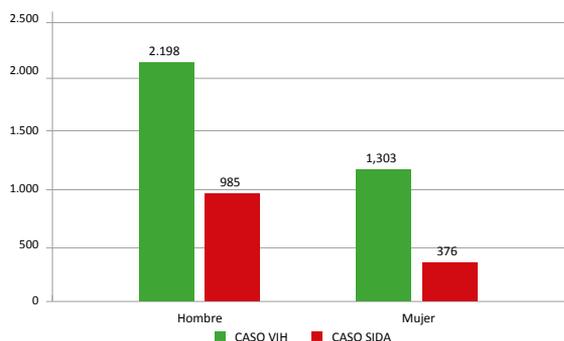


Fuente: Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control, MSP.

6.4.3 Casos de VIH en 2016 por sexo (MSP)

En el año 2016, del total de casos notificados de VIH/sida, el 65 % son hombres y el 35 % corresponden a mujeres, tendencia que se mantiene distribuida en similar proporción en las distintas provincias a escala nacional (Gráfico 8).

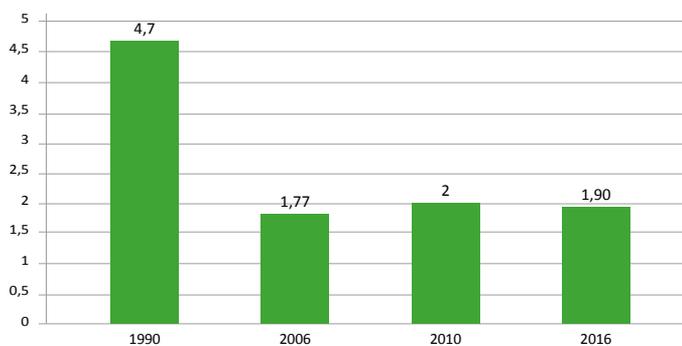
Gráfico 8.
Casos VIH/sida por sexo MSP 2016



Fuente: Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control, MSP.

En lo que respecta al índice de masculinidad (hombre/mujer), desde la década de los años ochenta hasta inicios de los años noventa, la proporción de hombres infectados por VIH fue en promedio cuatro veces más que las mujeres, pero a mediados de la década de los noventa, con un mejoramiento en el acceso a la prueba, esta relación ha variado en la mayoría de los países de América Latina, reduciéndose esta proporción a 2:1.¹⁸ En el Ecuador, en la actualidad la razón de masculinidad en casos VIH es de 1,90:1. Al comparar esta información con 2010, cuando la razón era de 2:1, se evidencia que no existe una variación significativa, posiblemente por un mayor acceso a la prueba y captación de mujeres embarazadas (Gráfico 9).

Gráfico 9.
Índice de masculinidad en el Ecuador



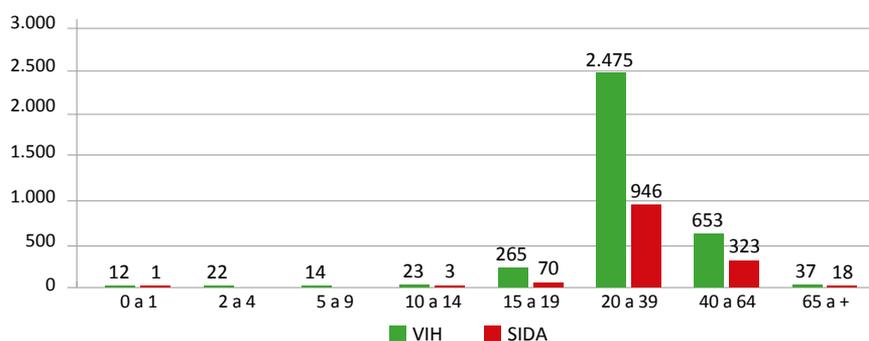
Fuente: Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control, MSP.

¹⁸ Noguera y Cogwill, 2004

6.4.4 Casos de VIH/sida en 2016 por edad

En 2016, 2 475 corresponden a casos de VIH, mientras que 946 corresponden a casos sida en personas entre 20 a 39 años, lo que representa el 70,3 % del total de casos registrados en 2016 (Gráfico 10). Esto evidencia que la epidemia afecta y se concentra en población relativamente joven. Otro dato relevante es que en 2016 existieron 13 casos de VIH/sida de transmisión materno-infantil.

Gráfico 10.
Casos notificados de VIH/sida por grupos de edad (MSP 2016)



Fuente: Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control, MSP.

La epidemia reporta el 0,2 % en el grupo de edad de menores de 1 año y ha tenido un fuerte impacto en la población de adolescentes, jóvenes, y de adultos jóvenes de hombres y mujeres que se encuentran en el grupo de 15 a 19, con el 5,7 %, y el grupo 20 a 39 años, con 70,3 %.

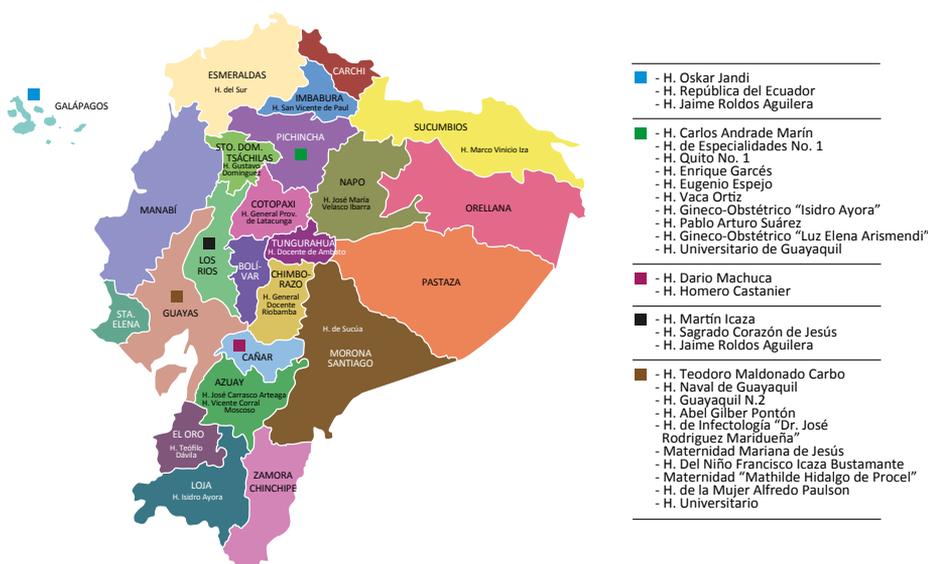
Con respecto a la concentración geográfica, la provincia del Guayas es la que más casos reporta en todos los grupos por edad, concentrando a la mayoría de casos en los grupos que corresponden a la población económicamente activa (PEA). Las provincias que le siguen son Esmeraldas, Manabí, Los Ríos, El Oro y Pichincha.

6.5 Atención integral en el marco del acceso universal

La atención integral en VIH/sida-ITS en la RPIS es universal y gratuita, y se acompaña de un sistema de protección para el cumplimiento de los derechos de las PVV, en el marco de la participación y veeduría ciudadana de las

personas que viven con la enfermedad, establecidos en la Constitución ecuatoriana de 2008. La oferta de servicios, a través de las Unidades de Atención Integral (UAI) de VIH en la RPIS, se encuentra asignado dentro de la estructura orgánica del Estado y de los servicios de salud, de acuerdo con las zonas de planificación. Por otra parte, en el país existen 44 UAI, de las cuales el MSP cuenta con 36 (81 %); el IESS con 3 (6,8 %); el Isffa con 2 (4,5 %); el Ispol con 2 (4,5 %), y la JBG con 1 (2,2 %). Las UAI se encuentran ubicadas en 20 provincias del país, de acuerdo con el Gráfico 11.

Gráfico 11.
Unidades de Atención Integral en el país



Fuente: Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control, MSP.

6.6 Acceso al diagnóstico y tratamiento de VIH y tuberculosis en 2016

Una de las enfermedades oportunistas en PVV y de mayor incidencia es la tuberculosis (TB), la primera causa de muerte (entre el 40 % y el 65 %) en pacientes con VIH. Para 2014 se reportaron 5 352 casos de TB y 698 casos TB/VIH, que corresponden al 13 %¹⁹ de los casos de TB. Este incremento podría

¹⁹ Estrategia Nacional de Tuberculosis

deberse a un mayor esfuerzo para detectar la coinfección, considerando que para 2014, un 88 % de pacientes con TB han sido tamizados para VIH.

El Plan Estratégico Nacional para la Prevención y Control de la Tuberculosis en Ecuador²⁰ señala que la coinfección TB/VIH evidencia una curva con tendencia ascendente progresiva; el incremento aproximado es de 1,15 % entre 2009 y 2015. La curva de coinfectados TB/VIH inició en 2009, con un porcentaje de coinfección de 8,45 %, y cerró, en 2015, con 10,87 %. En 2015, el 93 % de los afectados con TB conocieron su estatus frente al VIH y se notificaron 567 casos con coinfección.

La Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control, a través de la Estrategia de Tuberculosis, reporta, para 2016, que el número de personas registradas por primera vez en la atención para VIH con TB activa es de 4 717 casos, de los cuales 636 corresponden a TB activa en VIH, lo que representa el 13,4 %.

Para el mismo año, se reporta que el número de personas que viven con VIH, registradas por primera vez en la atención y que iniciaron terapia preventiva para TB, es de 3.168 casos, de los cuales 188 casos corresponden a VIH/sida y recibieron tratamiento para la TB latente, representando el 5,9%.

Para el año 2016, 675 casos de VIH recibieron terapia combinada para la coinfección VIH/TB, de los cuales 546 casos fueron hombres y 129 mujeres. Por grupo de edad se reportan 15 casos de menores de 15 años y 660 casos de mayores de 15 años.

6.7 Estrategia de prevención de la transmisión materno-infantil

Otra de las estrategias fundamentales es la reducción de la epidemia en mujeres embarazadas y los recién nacidos de madres VIH positivas. Esta estrategia se encuentra alineada al compromiso del Plan de Acción para la Prevención y el Control del VIH y de las Infecciones de Transmisión Sexual (2016-2021) propuesto por la OPS y al Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021.

Las metas de impacto propuestas son: 1) La eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH; 2) Reducción de la incidencia de la transmisión materno-infantil del VIH a 0,3 casos por mil nacidos vivos o menos; 3) Reducción de la incidencia de la sífilis congénita (incluyendo los mortinatos) a 0,5 casos por mil nacidos vivos o menos.

20 Reporte del Plan Estratégico Nacional para la Prevención y Control de la Tuberculosis en Ecuador 2017-2020

Los objetivos programáticos de este Plan de Acción son: 1) Aumentar la cobertura de atención prenatal y partos institucionales atendidos por personal cualificado a $\geq 95\%$; 2) Aumentar la cobertura de detección del VIH y de la sífilis en embarazadas $\geq 95\%$; 3) Aumentar la cobertura de tratamiento anti-retroviral para la PTMI del VIH y tratamiento de la sífilis en embarazadas y niños a $\geq 95\%$; 4) Aumentar a $>95\%$ los centros de atención de primer nivel que proporcionan servicios para la prevención y diagnóstico de VIH/ITS en forma integrada con otros servicios de salud, incluidos los centros de atención prenatal, salud sexual y reproductiva, adolescentes, violencia de género, y 5) Aumentar $>95\%$ el número de países de la región que disponen de sistemas de información que permitan monitorear y evaluar el progreso hacia la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis congénita como apoyo a la toma de decisiones.

Los casos de embarazadas VIH positivas registradas por el MSP en 2016 fueron 526, de un total 417 778 embarazadas estimadas para 2016, considerando que 335 045 embarazadas fueron atendidas por el MSP. La prevalencia de VIH en embarazadas es del 0,16 % según estimación del *Spectrum*.²¹

De las 526 embarazadas con diagnóstico de VIH/sida, 307 fueron casos nuevos y 219 actualizaciones de casos. De acuerdo con la información disponible, el tamizaje de VIH realizado en gestantes en 2016 reportó 294 nuevos casos de diagnósticos con VIH (Tabla 3).

Tabla 3.
Casos VIH/sida gestantes (MSP 2016)

Definición	Casos nuevos	Casos actualizados	Total
Casos VIH	294	191	485
Casos sida	13	28	41
Total	307	219	526

Fuente: Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control, MSP.

6.7.1 La transmisión materno-infantil reportada por el MSP

De acuerdo con la información disponible, se registró un total de 493 expuestos perinatales, de los cuales se reportaron 13 niños/as infectados: 12 casos de VIH y un caso de sida (Tabla 4).²²

²¹ Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control, estimaciones *Spectrum* 2016.

²² Sistema de vigilancia epidemiológica de VIH/sida e ITS, Formulario de Notificación 002-003, Dirección de Estrategias de Prevención y Control, MSP.

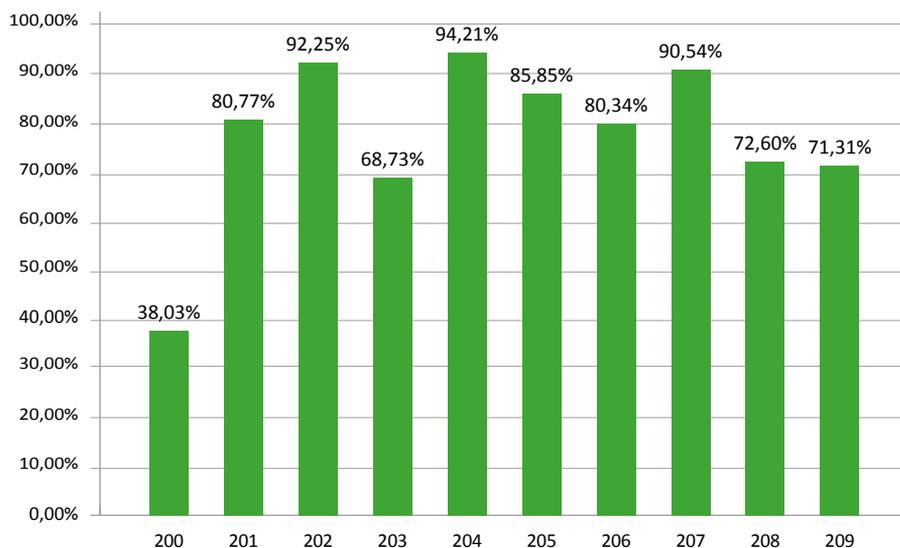
Tabla 4.
Transmisión materno-infantil (MSP 2016)

Transmisión vertical	Hombre	Mujer	Total
Expuestos perinatales	262	218	480
Casos VIH	7	5	12
Casos sida	0	1	1
Total	269	224	493

Fuente: Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control, MSP.

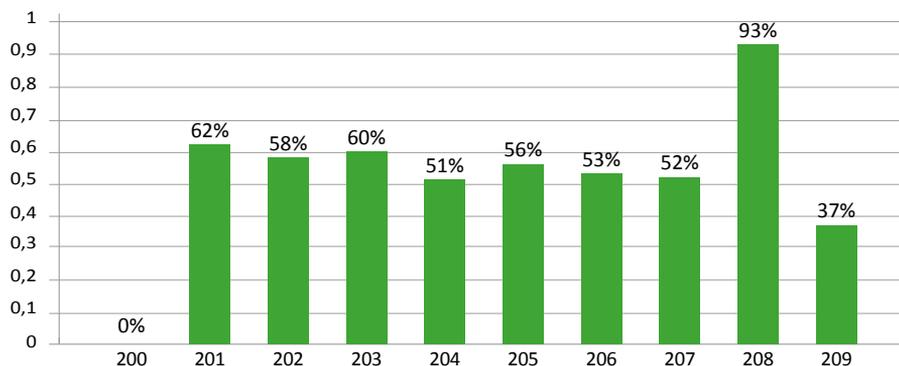
La cobertura en cuanto al control prenatal para 2016 corresponde al 80,2 %, con un total de 335 045 embarazadas atendidas a nivel nacional en los establecimientos del MSP. La Coordinación Zonal que reporta mayor cobertura de atención prenatal es la zona 4, con 94 % (Gráficos 12 y 13). El análisis de la cobertura del control prenatal se realiza por cada una de las coordinaciones zonales establecidas y con la normativa del MSP.

Gráfico 12.
Cobertura prenatal por zonas (MSP 2016)



Fuente: Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control, MSP.

Gráfico 13.
Porcentaje de tamizaje realizado a embarazadas (MSP 2016)

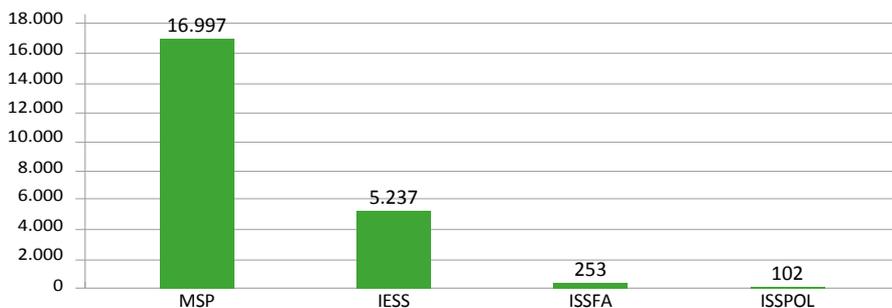


Fuente: Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control, MSP.

6.8 El acceso al tratamiento antirretroviral 1984-2016, en la RPIS

El acceso al tratamiento antirretroviral a 2016 alcanza los 22 589 pacientes, que se distribuyen de la siguiente manera: MSP con 16 997 (75,25 %), IESS con 5 237 (23,18 %), FF.AA. con 253 (1,12 %) y la Policía Nacional con 102 (0,45 %), considerando la normativa para la Atención Integral para VIH/sida-ITS (Gráfico 14).²³

Gráfico 14.
PVV en TARV Acumulado 1984-2016 (2016)

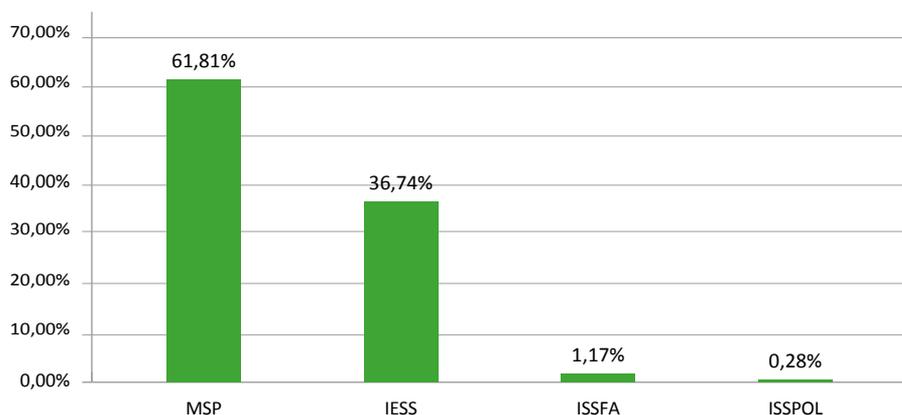


Fuente: Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control, MSP.

²³ Guía de atención integral para adultos y adolescentes con infección por VIH/sida MSP-2013

El acceso al TARV en 2016 corresponde a 3 168 nuevos casos (Gráfico 15), en donde la cobertura ha sido la siguiente: MSP 61,81 % (1 958), el IESS 36,74 % (1 164), Fuerzas Armadas 1,17 % (37) y Policía Nacional con el 0,28 % (9).

Gráfico 15.
Acceso a TARV de la RPIS 2016



Fuente: Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control, MSP, RPIS.

De las PVV atendidas en el MSP con tratamiento antirretroviral, el 77,6 % se encuentra en la primera línea de TARV, el 17,5 % con TARV en la segunda línea y el 4,8 % con TARV en la tercera línea de tratamiento (Tabla 5).

Tabla 5.
PVV con TARV (MSP 2016)

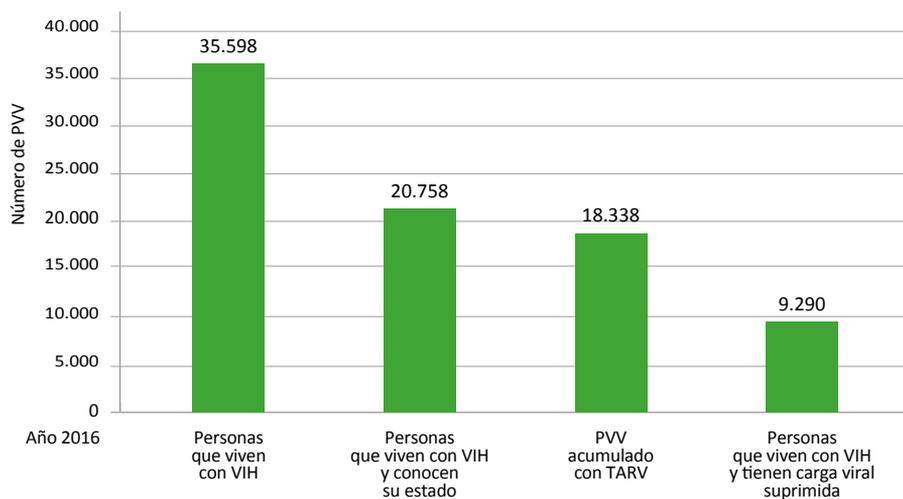
Línea de tratamiento TARV	PVV			
	Niños	Adultos	Total	%
Primera línea	325	12 873	13 198	77,6 %
Segunda línea	315	2 660	2 975	17,5 %
Tercera línea	44	780	824	4,8 %
Total	684	16 313	16 997	100 %

Fuente: Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control, MSP.

6.9 Análisis de la brecha del VIH en 2016

El Gráfico 16 describe la población que vive con VIH que conoce su diagnóstico, se encuentra recibiendo tratamiento y mantiene una carga viral indetectable, aspectos en los que se fundamenta la estrategia 90-90-90 de Onusida.

Gráfico 16.
Cascada de VIH, Ecuador 2016



Fuente: Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control, MSP.
* Los 35 598 casos son estimaciones realizadas para Ecuador por Onusida.

De acuerdo con la estimación realizada a través de la herramienta *Spectrum*, en 2016, en Ecuador existen 35 598 PVV. De estas, 20 758 conocen su condición, lo que corresponde al 58 % del total, que evidencia la primera brecha. Considerando que la meta y los compromisos internacionales apuntan a que el 90 % de las PVV conozcan su estado, la brecha en el país es de 31 %.

Con respecto a la segunda meta relacionada con las personas que conocen su estado y se encuentran en tratamiento, existen 18 338, lo que corresponde al 88 % en relación con las PVV que conocen su estado, que constituye una brecha de 3 % con respecto a la meta 90.

Por último, con respecto a la tercera meta del análisis de la cascada, se registra que 9 290 personas tienen menos de mil copias en un examen de carga viral efectuado durante el último año, es decir, cuentan con una carga viral indetectable. Este número de personas equivale a un 50 % en relación con las

personas que se encuentran en tratamiento, representando una brecha del 40 % con respecto al compromiso mundial y estrategia 90-90-90.

Lo anterior permite evidenciar que la brecha relacionada con las personas que viven con VIH y que conocen su estado de diagnóstico requiere de fortalecimiento, por lo que es importante mejorar el componente de tamizajes en la respuesta nacional al VIH, pues esta diferencia aporta a la propagación de la epidemia. Otro de los puntos relevantes es que aproximadamente la mitad de las personas que evidencian adherencia en el tratamiento cuentan con carga viral indetectable, que podría ser el resultado de falta de aplicación de normativa relacionada con el tratamiento, la falta de implementación de un plan de adherencia a este o aspectos referentes a los servicios en cada una de las UAI.

6.10 Respuesta nacional ante la epidemia de VIH/sida: Plan Estratégico Nacional Multisectorial

El primer PENM de la ENVIH-MSP se elaboró para el periodo 2001-2003. El segundo PENM se realizó para el periodo 2005-2006, y en él se sumaron otras instituciones del sector público como los ministerios de Trabajo y de Educación, municipios, el Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia, el Conamu y el sector académico; así mismo, se contó con el apoyo de la Cooperación Española, el PNUD, la GTZ y Onusida. En 2007, el MSP presentó el PENM de la Respuesta Nacional al VIH/sida para el periodo 2007-2015.

Con el liderazgo de MSP y el equipo técnico de Estrategia Nacional de VIH, y tomando en cuenta la situación nacional e internacional, el reporte de la situación epidemiológica del VIH/sida de 2016, las experiencias y aportes de la RPIS, instituciones públicas y privadas, los aportes de las ONG, organismos de cooperación y de la sociedad civil, el Cemsida elaboró el PENM 2018-2022 con información relevante y acciones estratégicas dirigidas a mejorar la respuesta al VIH/sida de manera multisectorial, dirigida a los GPC y población en general.

7. Identificación de actores

En la elaboración del PENM participaron actores sociales, ONG, agencias de cooperación, instituciones privadas, públicas y autónomas, con una convocatoria amplia y liderada por el MSP. La participación de todos estos actores fue relevante para la construcción de este plan, en el cual se abordaron discusiones referentes a la interculturalidad, género, prevención combinada, eficiencia de recursos, garantía de derechos, modelos de atención y perspectivas relacionadas con el VIH/sida. La asesoría técnica de organismos como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Onusida fue fundamental para el desarrollo prospectivo y metodológico del presente plan.

8. 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.

9. Visión

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

10. Objetivo

Disminuir la velocidad de crecimiento de la epidemia alineada a las estrategias mundiales de reducción y fin del VIH, mediante una respuesta multi-

sectorial para la promoción y ejecución de políticas públicas que garanticen desde un enfoque de género y derechos humanos el acceso universal a la promoción, prevención y atención integral, así como la equidad, la inclusión, la interculturalidad y la igualdad de oportunidades para las PVV.

11. Líneas estratégicas

Con la finalidad de realizar un esfuerzo importante para emprender una respuesta efectiva e integral al VIH/sida en el Ecuador, se definieron cuatro ejes estratégicos de acción que permiten abordar holísticamente al VIH/sida (Gráfico 17).

Gráfico 17.

Ejes estratégicos 2018-2022



Estos ejes estratégicos se encuentran definidos en función de los tres pilares prioritarios que establece el Modelo de Atención Integral de Salud, bajo un enfoque de género, intercultural y generacional, así como la promoción de la participación ciudadana. Los tres pilares que establece el modelo son garantizar la atención integral de salud gratuita y oportuna para los usuarios en cada ciclo de vida, enfatizando la calidad, calidez y equidad de los servicios de salud; fortalecer la prevención, control y vigilancia de la enfermedad, y fomentar entornos saludables, promoviendo prácticas de vida saludables en la población (MSP, 2012).

Esta propuesta de planificación permitirá que todos los actores institucionales y sociales implementen de manera efectiva la herramienta de prevención, diagnóstico, seguimiento y monitoreo de la respuesta al VIH/sida, que se denomina cascada del continuo de la prevención, atención y tratamiento del VIH, para lograr los objetivos 90-90-90 (PNUD, 2016).

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

La promoción permite mejorar los conocimientos, las habilidades, el empoderamiento y la capacidad del control de la salud de las personas. Una persona bien informada y con conocimiento de su enfermedad cumple un papel importante para mejorar no solo su propia salud sino también como apoyo a familiares y amigos, así como también la posibilidad de liderar cambios de conducta o de comportamiento en la comunidad.

La educación y la consejería permiten también que la población pueda contar con información y herramientas para definir acciones que afectan a su salud, así como para la toma de decisiones en torno a su salud sexual.

Para disminuir las nuevas infecciones de VIH y mortalidad por causa del sida en el país, se debe fortalecer el acceso a la información con énfasis en VIH y derechos humanos a los/as adolescentes, los/as jóvenes, mujeres, mujeres embarazadas y GPC, con el fin de que las personas tengan un mayor conocimiento sobre prácticas adecuadas, acceso al diagnóstico precoz, su estatus serológico, el acceso a los servicios de salud para iniciar el TARV oportuno, su adherencia, así como atender otras condiciones de salud para mantenerse sanas y sanos.

Según datos del Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2017-2021, el 39,2 % de adolescentes entre 15-19 años han iniciado su vida sexual; el 18,3 % de mujeres entre 15-19 años ya tiene un hijo; el 89 % de las adolescentes menores de 15 años tuvo relaciones sexuales con personas mayores, y el 67 % de mujeres de 15 a 24 años no utilizó ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual (las principales razones son que no se esperaba tener relaciones sexuales, y no se conocían los métodos y su accesibilidad).

Analizando el impacto de la epidemia de VIH por grupos de edad, se observa que la epidemia afecta de manera significativa a los adolescentes jóvenes y mujeres en edad reproductiva. De acuerdo con la información disponible en 2016, la epidemia se concentró con cerca del 98 % en el grupo de edad de entre los 15 a 64 años; el grupo de edad de 20 a 30 años reporta la mayor

cantidad de casos, con 3 420, y representa el 70,3 % del total de casos reportados en 2016.

Por otra parte, el conocimiento de los HSH sobre VIH es generalizado, en Quito con el 91 % y en Guayaquil con el 97,7 %. Sus principales fuentes de información son las ONG, con el 16,6 %, los servicios de salud (10,9 %), los establecimientos de educación básica o secundaria (6,6 %) y la universidad (5,1 %). De igual forma, el conocimiento sobre la prueba de VIH en HSH es del 97,8 % en Quito y el 83,5 % en Guayaquil.

La percepción de vulnerabilidad/riesgo aún no es evidente en al menos la mitad de los HSH, y esto es catalogado por la mayoría como miedo, registrando en Quito un 70,9 % y en Guayaquil el 66 %. El conocimiento de estatus serológico una vez realizada la prueba en Quito es del 95,7 % y en Guayaquil del 89,7 %.²⁴

En las MTF, el conocimiento del VIH es masivo, con el 91,8 % en Quito y el 97 % en Guayaquil. El 100 % en Quito y el 96,4 % en Guayaquil, conoce sobre la prueba de VIH; mientras que el 96,4 % en Quito y el 96,4 % en Guayaquil conoce sobre los lugares donde realizarse esta prueba. El conocimiento de estatus serológico una vez realizada la prueba es del 87 % en Quito y del 99,1 % en Guayaquil. A pesar del conocimiento sobre VIH, la percepción de vulnerabilidad/riesgo aún no es evidente entre las MTF que tienen TARV, por lo tanto, este es clasificado como medio.²⁵

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. Sus resultados no han tenido el éxito esperado, ya que la epidemia sigue afectando en la población de adolescentes, jóvenes y mujeres en edad reproductiva.

Entre las acciones propuestas como parte de la estrategia mundial²⁶ están diversificar los enfoques y los servicios de detección combinando las pruebas practicadas por profesionales con las efectuadas por agentes comunitarios, promoviendo la descentralización de los servicios y utilizando los servicios de detección del VIH para buscar otras infecciones y dolencias; enfocar adecuadamente los servicios de detección para llegar a los grupos poblacionales y a los entornos donde la carga del VIH es mayor, logrando equidad, y dar prioridad a la ampliación de la cobertura de las tecnologías de diagnóstico precoz

24 Estudio de Vigilancia del Comportamiento y Prevalencia del VIH y otras ITS en: HSH y MTF. Corporación Kimirina, 2017.

25 Estudio de Vigilancia del Comportamiento y Prevalencia del VIH y otras ITS en: HSH y MTF. Corporación Kimirina, 2017.

26 OMS, Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra el VIH 2016–2021- hacia el fin del sida 2016

entre los lactantes y verificar que las pruebas de detección del VIH cumplan con las normas éticas y de calidad.

Sin embargo, para disminuir las nuevas infecciones de VIH es necesario asegurar que los adolescentes, jóvenes, mujeres y los grupos de HSH, MTF, TS y PPL cuenten con programas y servicios de promoción de la salud, así como acceso a una serie de métodos de prevención del VIH, que incluya preservativos masculinos y femeninos, la circuncisión masculina clínica voluntaria, la prevención del VIH de madre a hijo (PTMI) y las estrategias de reducción de daños como la provisión de equipos de inyección estériles, entre otros.

De igual manera, para avanzar en el logro de las metas resultan fundamentales el fortalecimiento personal y colectivo de las mujeres en todo el ciclo de vida, y particularmente de las mujeres adolescentes y jóvenes y adultas jóvenes, y el reconocimiento, en las acciones de promoción y prevención, de las determinantes socioculturales de la salud asociadas al género. El reconocimiento, en las acciones de promoción y prevención, de la violencia contra las mujeres como causa de la infección con VIH y otras ITS es también fundamental para prevenir nuevas infecciones.

En este marco, esta línea estratégica contempla asegurar las acciones de promoción de la salud sexual–reproductiva y la prevención de la transmisión de VIH/ITS en la población general y los GPC, las mujeres y la población adolescente y joven, articulando estas acciones a los planes de salud sexual del MSP y los planes sectoriales con énfasis en VIH/sida-ITS.

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

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

Objetivos Específicos	Líneas de acción y sus alcances	Actividades
<p>1.1. Asegurar el acceso de la población general, la población clave, las mujeres y la población joven a las acciones de promoción de la salud sexual y la prevención de la transmisión de VIH/ITS, articulando a los planes del MSP y sectoriales.</p>	<p>1.1.1 Implementación de normas que permitan la aplicación efectiva de la promoción y prevención del VIH e ITS, en el marco de Prevención Combinada, asegurando la incorporación del enfoque de género y la vinculación entre programas y servicios, como SSR y VCM.</p> <p>1.1.2 Fortalecimientos de estrategias y entornos formativos con énfasis en VIH e ITS, con enfoque de género, de derechos, intercultural e intergeneracional a través de la coordinación multisectorial.</p> <p>1.1.3. Implementar estrategias de promoción para grupos de atención prioritaria, y promoción de la salud sexual y prevención del VIH e ITS dirigido a los grupos de población clave (GPC), a las mujeres y a la población joven, con cobertura nacional, que incluya el uso de tecnologías adaptadas a cada población de acuerdo a su realidad sociocultural y sexual.</p>	<p>Supervisión de la aplicación efectiva de la promoción y prevención del VIH-ITS, en el marco de prevención combinada, en establecimientos de salud de la RPIS y comunitarias</p> <p>Elaboración de estrategias de promoción y entornos formativos con énfasis en VIH e ITS.</p> <p>Elaboración de estrategias de promoción para grupos de atención prioritaria.</p> <p>Diseño e implementación de un plan educacional continuo y permanente dirigido a población general, GPC, mujeres y población joven, con cobertura nacional, que incluya el uso de tecnologías adaptadas a cada población de acuerdo con su realidad sociocultural y sexual.</p>
<p>1.2. Implementación de la Estrategia Nacional para la eliminación de la TMI de VIH y sífilis, que incluya la participación de todos los actores de la RPIS, de la red complementaria y comunitaria.</p>	<p>1.2.1 Articulación de la RPIS, de la red complementaria y comunitaria para garantizar la implementación de la Estrategia Nacional para la eliminación de la TMI de VIH y sífilis con la capacitación del personal técnico.</p>	<p>Capacitar al personal institucional de la RPIS, y de la red complementaria y comunitaria en la Estrategia Nacional para la eliminación de la TMI de VIH y sífilis, y en la normativa del MSP.</p>

Objetivos Específicos	Líneas de acción y sus alcances	Actividades
	<p>1.2.2 Fortalecimiento de los establecimientos de salud de la RPLS, de la red complementaria y comunitaria con insumos y pruebas de tamizaje, CD4, carga viral, misceláneos o leche y ARV por niveles de atención.</p> <p>1.2.3 Implementación de las Guía de prevención y control de la transmisión materno infantil del VIH y sífilis congénita, y de Atención Integral de niños/as con VIH/sida por la RPLS, red complementaria y comunitaria.</p> <p>1.2.4 Fortalecimiento de acciones de salud sexual y reproductiva en adolescentes y mujeres que viven con el VIH para disminuir el riesgo de la transmisión vertical del VIH, para garantizar su propio bienestar integral.</p>	<p>Adquisición y entrega de insumos y pruebas de tamizaje, CD4, carga viral, misceláneos o leche, y ARV por niveles de atención.</p> <p>Captación temprana de la gestante; tamizaje de VIH y sífilis a las gestantes (incluyendo a la pareja o parejas sexuales), parto institucional, tratamiento y profilaxis con ARV.</p> <p>Atención oportuna a niños recién nacidos de embarazadas con VIH, de acuerdo con la normativa y seguimiento a la madre para garantizar su salud y bienestar.</p> <p>Campaña educativa, acciones a nivel educativo y consejería de VIH, abordando la prevención de la TMI y la atención de las necesidades específicas de las mujeres adolescentes, jóvenes y adultas con VIH.</p> <p>Acompañamiento del personal comunitario</p> <p>Capacitación al personal comunitario en los enfoques de género y derechos humanos, y en la visibilización de las necesidades específicas de las mujeres con VIH, para garantizar un acompañamiento a las mujeres, que contribuya a la prevención de la TMI, y al bienestar y salud integral de las mujeres.</p>
<p>1.3. Asegurar el acceso a los servicios de diagnóstico, prevención y atención de VIH e ITS a las poblaciones claves (HSH, MTF, PETS, PPL), mujeres y población adolescente y joven para la reducción del número de nuevas infecciones de VIH/ITS.</p>	<p>1.3.1. Implementación de los servicios comunitarios en asesoría y pruebas rápidas de VIH, provisión de insumos de prevención y la vinculación de usuarios positivos a los servicios atención y tratamiento del VIH e ITS.</p>	<p>Elaboración de la normativa reguladora de los servicios comunitarios para la asesoría y pruebas rápidas de VIH, provisión de insumos de prevención y la vinculación de usuarios positivos a los servicios atención y tratamiento del VIH e ITS.</p>

Objetivos Específicos	Líneas de acción y sus alcances	Actividades
	<p>1.3.2. Fortalecimiento de los servicios de prevención, orientación y diagnóstico oportuno del VIH en GPC, mujeres, población adolescente y joven a través de la oferta de pruebas rápidas y la atención de la demanda espontánea tanto en la RPIS como en la red complementaria, incluidos los servicios comunitarios de la sociedad civil.</p> <p>1.3.3. Asegurar la disponibilidad de condones y lubricantes en los grupos de población clave (GPC) y personas que viven con VIH, como mecanismos de prevención del VIH e ITS.</p> <p>1.3.4. Implementación de estrategias, para mejorar la captación de personas en el diagnóstico y tratamiento con ITS y hepatitis virales, en la RPIS, red complementaria y servicios comunitarios de la sociedad civil.</p>	<p>Capacitar al personal institucional de la RPIS, red complementaria y comunitaria en la prevención, orientación y diagnóstico oportuno del VIH en GPC a través de la oferta de pruebas rápidas y la atención de la demanda espontánea.</p> <p>Adquisición y entrega de condones y lubricantes para los GPC y PVV, como mecanismos de prevención del VIH e ITS.</p> <p>Elaboración de estrategias para mejorar la captación de personas en el diagnóstico y tratamiento con ITS y hepatitis virales, en la RPIS, red complementaria y servicios comunitarios de la sociedad civil.</p>

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

De las brechas identificadas en la atención integral podemos mencionar las siguientes: 20 758 (58 %) PVV conocen su estatus serológico; de estas PVV que conocen su condición, 18 338 (88 %) están en TARV y 9 290 (50 %) tienen carga viral indetectable.

Existe una significativa proporción de pacientes con diagnóstico tardío, que se demuestra en el estudio realizado para identificar las barreras al testeo a nivel institucional y de prestadores de salud en países de América Latina,²⁷ en el que participó Ecuador. Este estudio demuestra que, en cuanto a la oferta general, el sistema de salud ofrece la posibilidad de realizarse una prueba para VIH en un 60 %; la oferta fuera del servicio de salud alcanza el 33,3 % y en las campañas de salud alcanzan el 60 %.

En cuanto al aseguramiento de la atención integral, es importante el fortalecimiento y la mejora sobre la adherencia a los tratamientos ARV de las PVV atendidas en la UAI, así como el apoyo a la PVV a nivel institucional y comunitario que ayuden a mantener una buena adherencia al TARV, y mejorar el acceso al control prenatal y diagnóstico de VIH en mujeres embarazadas que no acceden a la profilaxis prenatal e intraparto de manera oportuna.

A pesar de los esfuerzos y avances de los últimos años en la respuesta nacional al VIH, aún existen dificultades en el acceso al diagnóstico de VIH y pruebas de seguimiento, tomando en cuenta que la realización de estas pruebas se concentra en los laboratorios del Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública (INSPI), que en ocasiones registra demora en los tiempos de entrega de resultados, debido a la ubicación geográfica o al sistema de información utilizado. De igual manera, existen dificultades con respecto al sistema de información y vigilancia para el seguimiento de PVV en TARV, así como la estandarización de este con la RPIS. Es necesario fortalecer los sistemas de información epidemiológica, prevención, diagnóstico y tratamiento de ITS y hepatitis virales.

Es necesario también revisar las Guías de atención integral a PVV niños, adultos y mujeres embarazadas con VIH, tomando en cuenta que estas guías no han pasado por procesos de actualización, así como también capacitar continuamente a los equipos médicos de las UAI, para establecer una heterogeneidad en el diagnóstico y el TARV recomendando por parte del MSP.

²⁷ Taller Latinoamericano de VIH, Barreras al diagnóstico de infección por VIH en Latinoamérica API Ecuador, mayo 2015.

Las recomendaciones internacionales plantean que la prevención, el diagnóstico y tratamiento precoz son dos factores importantes para garantizar la disminución de nuevas infecciones de VIH/ITS, así como para garantizar la sostenibilidad de los servicios de salud de las personas con infección por el VIH. Las personas con un diagnóstico precoz podrán beneficiarse antes del TARV para conseguir una carga viral indetectable y normalizar la situación inmune.

Esto conlleva asegurar el tratamiento y seguimiento oportuno para mejorar la calidad de los servicios de atención a PVV, así como la cobertura y logro en los componentes de la cascada o *continuum* de atención relacionados con la retención en el tratamiento, adherencia adecuada, monitoreo de laboratorio, supresión viral (organización de modelos de atención, coinfección y enfermedades oportunistas y asociadas, dependencias, capacidad resolutive por niveles, recursos humanos capacitados, monitoreo por laboratorio, apoyo de pares para la adherencia, manejo integral).

Entre las acciones que se propone, se encuentran examinar y actualizar regularmente las directrices y los protocolos nacionales sobre tratamiento y atención de VIH (incluidas las orientaciones sobre la prevención y el tratamiento de las afecciones comórbidas comunes); elaborar y actualizar los planes de tratamiento para garantizar la continuidad terapéutica, la atención diferenciada y la transición oportuna hacia nuevas pautas y enfoques terapéuticos; aplicar estrategias para evitar la fármacorresistencia en el VIH y utilizar los datos disponibles para elaborar las políticas y directrices nacionales sobre uso de antirretrovíricos.

Esta Línea Estratégica va dirigida a la población en general, GPC, mujeres y jóvenes que viven con VIH y plantea mejorar el diagnóstico temprano de VIH, asegurando la confidencialidad, calidad y vinculación al sistema; optimizar el tratamiento, asegurando la calidad de los servicios para vinculación y retención, mejorando la calidad de los servicios de atención de VIH, y asegurar el tratamiento y seguimiento oportuno para mejorar la calidad de los servicios de atención a personas que viven con el virus de VIH-ITS y otras enfermedades oportunistas. Asimismo, busca garantizar la vinculación entre servicios de atención al VIH, a la SSR, a la VCM y asistencia social, así como el proceso de transición de la atención pediátrica del VIH a la atención de personas adultas, visibilizando y atendiendo los determinantes socioculturales asociados al VIH, más allá de los aspectos biomédicos.

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

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
<p>2.1. Mejorar el diagnóstico temprano de VIH, asegurando la confidencialidad, vinculación y vinculación al sistema.</p>	<p>2.1.1 Inclusión de servicios de VIH de base comunitaria en un marco jurídico y normativo propuesto por el MSP, que garantice a la sociedad civil la realización de pruebas diagnósticas; propuesta de modelo de sostenibilidad de servicios comunitarios, capacitación, información, consejería y asesoría.</p> <p>2.1.2 Implementación del algoritmo diagnóstico de VIH simplificado a nivel de la RPS y complementaria.</p>	<p>Definición y aplicación de un marco jurídico y normativa del MSP que garantice a la sociedad civil la realización de pruebas diagnósticas de VIH; propuesta de modelo de sostenibilidad de servicios comunitarios, capacitación, información, consejería y asesoría.</p> <p>Elaboración del reglamento del algoritmo simplificado para el diagnóstico de VIH y su socialización.</p> <p>Aplicación del algoritmo actualizado para el diagnóstico de VIH.</p> <p>Capacitación al personal institucional y comunitario en tamizaje, para minimización de pérdidas de personas que viven con VIH.</p> <p>Monitoreo y evaluación de la aplicación del algoritmo diagnóstico vigente en los distintos niveles de atención de la RPS, complementaria y comunitaria.</p>
<p>2.2. Mejorar la calidad de los servicios de atención en VIH para optimizar el tratamiento, su vinculación y retención de PVV.</p>	<p>2.2.1 Organización de la gestión de atención de VIH en las redes integradas de servicios y aseguramiento de la calidad del servicio, que favorezcan la atención integral a las personas que viven con el virus del VIH, considerando las necesidades específicas de cada población.</p>	<p>Elaboración del Manual de Procedimientos para la prevención y el control del VIH/sida e ITS.</p> <p>Definición del flujo de atención de los PVV en los diferentes niveles de atención público y privado.</p>

Objetivos específicos	Líneas de acción y sus alcances	Actividades
	<p>2.2.2 Aseguramiento de la calidad del servicio por niveles de atención, con personal capacitado y entrenado, con vinculación al diagnóstico, tratamiento oportuno de la infección y enfermedades oportunistas, garantizando métodos diagnósticos vigentes y de calidad, al igual que su tratamiento adecuado, que faciliten la toma de decisiones para mejorar la calidad de vida de las PVV, asegurando la inclusión de los enfoques de género y derechos humanos.</p>	<p>Actualización de Guías de práctica clínica de atención a pacientes con VIH/sida-ITS, que incluya lo relacionado con enfermedades oportunistas, así como efectos secundarios causados por ARV; observando las recomendaciones internacionales en cuanto al uso de ARV y otros medicamentos.</p> <p>Fortalecimiento de los establecimientos de salud con capacidad resolutive en VIH por niveles de atención, para el diagnóstico, tratamiento de VIH, coinfección, enfermedades oportunistas y asociadas, así como efectos secundarios causados por ARV; inmunización y seguimiento de los PVV.</p> <p>Capacitación al personal y equipo técnico, para garantizar que se cuente con equipos multidisciplinarios completos y TTHH sensibilizado para prestación de servicios centrados en cada tipo de usuario (culturalmente competentes), y fortalecer las capacidades clínicas en el manejo de pacientes VIH, que incluya la consideración de las determinantes socioculturales que ubican a ciertas poblaciones en condiciones de vulnerabilidad, desde los enfoques de género y derechos humanos.</p>
	<p>2.2.3 Adecuada gestión de insumos y seguimiento de indetectables, garantizando el monitoreo por laboratorio y el fortalecimiento de las capacidades de la red de laboratorios (incluye el TTHH) para el proceso preanalítico, analítico y postanalítico.</p>	<p>Adquisición y entrega de insumos para la red de laboratorio, para el diagnóstico y seguimiento de indetectables.</p> <p>Supervisión y monitoreo de la capacidad de la red de laboratorios en el proceso preanalítico, analítico y postanalítico y de su personal técnico.</p>

Objetivos específicos	Líneas de acción y sus alcances	Actividades
<p>2.3. Asegurar el tratamiento y seguimiento oportuno para mejorar la calidad de los servicios de atención a personas que viven con el virus de VIH e ITS y otras enfermedades oportunistas, así como la prevención y tratamiento de efectos secundarios causados por ARV.</p>	<p>2.3.1 Implementación de programas y plan de adherencia al TARV, tratamiento para enfermedades oportunistas e ITS, mediante la definición de estrategias intersectoriales que contribuyan a la adherencia, incluyendo estudios y aplicación de guías, fármacos, mediante estrategias innovadoras, así como la atención de los determinantes socio-culturales que afectan a poblaciones en condiciones de vulnerabilidad.</p> <p>2.3.2 Disponibilidad suficiente de fármacos, de acuerdo con estimación de pacientes a atender; contando con una adecuada cobertura y calidad de tratamiento, que incluya actividades que permitan identificar y tratar a pacientes que requieren TARV y medicamentos para enfermedades oportunistas e ITS, así como realización de análisis de costo-efectividad.</p> <p>2.3.3 Adecuada gestión de suministros, de acuerdo con estimaciones establecidas, como pruebas de laboratorio para VIH (CD4 y Carga Viral), ITS y enfermedades oportunistas, garantizado el presupuesto, para atención a PVV.</p> <p>2.3.4 Actualizar del sistema automatizado de información para el monitoreo de casos nuevos y de seguimiento a pacientes con VIH, ITS y enfermedades oportunistas con implementación en la RPIS y complementaria.</p>	<p>Elaboración de un Plan de Adherencia y manual de estrategias para la adherencia al tratamiento.</p> <p>Implementación del Plan de Adherencia.</p> <p>Adquisición y entrega de fármacos para VIH/sida, para enfermedades e ITS oportunistas de acuerdo con pacientes estimados y/o líneas de tratamiento, en coordinación con la RPIS y especificadas en las Guías de Atención.</p> <p>Elaboración de estudios de costo-efectividad de tratamiento antirretroviral para PVV.</p> <p>Adquisición y entrega de suministros de pruebas de laboratorio de alta sensibilidad y especificidad para VIH/sida, para enfermedades oportunistas e ITS de acuerdo con pacientes estimados en coordinación con la RPIS, y especificadas en las Guías de Atención.</p> <p>Actualización del sistema automatizado de información para el monitoreo de casos nuevos y de seguimiento a pacientes con VIH, ITS y enfermedades oportunistas.</p>

11.3 Línea estratégica 3: Protección de las PVV y de los GPC, en el marco de los derechos humanos, la universalidad, equidad, género, interculturalidad y participación social

A pesar de los esfuerzos y avances en la Constitución, con la generación de leyes y reglamentos para garantizar el cumplimiento de los derechos humanos de las PVV, en el Ecuador todavía se vulneran los derechos de las PVV y se las discrimina, lo que les impide mejorar su calidad de vida. La historia de lucha de las PVV por el respeto a sus derechos en el Ecuador se remonta a 2002, cuando se produjo un hecho que marcó un antes y un después en su lucha por defender sus derechos, con la presentación de seis peticiones de medidas cautelares ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) de la Organización de Estados Americanos (OEA), por un grupo de 153 PVV.²⁸ Una de esas medidas cautelares se sustentó en el permanente desabastecimiento de medicamentos ARV.

En un estudio realizado por la Coalición Ecuatoriana de Personas que Viven con VIH (CEPVV) en 2010, se estimó que un 10 % de las PVV han sufrido discriminación para conseguir un empleo; de estas, el grupo MTF ha sido el más discriminado, pues 4 de cada 10 MTF han manifestado haber sido rechazadas al intentar acceder a un empleo. En un gran porcentaje, los problemas de las PVV no se deben al acceso a la atención médica sino al rechazo social y familiar, al aislamiento, a los prejuicios, a la estigmatización y a la discriminación. Estos problemas responden al desconocimiento y a la falta de educación sobre el VIH; a los mitos sobre la forma de transmisión y la sexualidad humana; a la información distorsionada de medios de comunicación en relación con el VIH, y a tabúes en torno a la sexualidad.

En recientes estudios realizados por la CEPVV en 2016 y 2017, se observa una defensa a sus derechos más organizada y en el marco del funcionamiento 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 CEPVV, de 2007 a 2014,²⁹ se observa un total de 22 casos distribuidos de la siguiente manera: 11 en salud, con el 50 %; 1 en educación (4,54 %); 8 en trabajo (36,36 %); 1 en familia (4,54 %), y 1 en vivienda (crédito hipotecario, 4,54 %). En 2017³⁰ se denunciaron 37 casos de vulneración de derechos: 19

28 CEPVV Informe de Derechos Humanos de las Personas Afectadas por el VIH en Ecuador, 2016.

29 CEPVV Informe de Derechos Humanos de las Personas Afectadas por el VIH en Ecuador, 2016.

30 CEPVV Informe de Derechos Humanos de las Personas Afectadas por el VIH en Ecuador, 2017.

en el sector de salud (53 %); 15 en educación (41 %); 9 en trabajo (24 %), y 7 en el sector familiar y comunitario (18%).

El reciente estudio de Kimirina,³¹ realizado en Quito y Guayaquil, pone de manifiesto la el incumplimiento de los derechos, el estigma y la discriminación que sufren los GPC en el Ecuador. Los resultados de este estudio demuestran que el 26 % en Quito y el 20,8 % en Guayaquil de HSH y MTF han sufrido de desprecio, rechazo o han sido ofendidos por su orientación sexual por parte de familiares (46,8 %), amigos (32,3 %), compañeros de estudios (23,4 %), vecinos (16,6 %), profesores o docentes (70 %), y policías y militares (6 %).

El estigma y la discriminación han obligado a que estos GPC cambien de residencia (4,4 % en Quito y 3,4 % en Guayaquil). Por otra parte, les han solicitado la prueba de VIH por su orientación sexual (3,9 % en Quito y 7 % en Guayaquil). Además, de acuerdo con el estudio realizado, en los últimos 12 meses estos GPC han sufrido discriminación y rechazo sexual (10,5 % en Quito y 10,3 % en Guayaquil). Entre los tipos de rechazo se encuentra exclusión de actividades sociales (20,9 %) y de actividades laborales (21,5 %), y solicitudes de renuncia o despidos (6,1 %). El estigma y la discriminación a MTF siguen siendo uno de los principales obstáculos en la lucha a través de la prevención, tanto en Quito (27 %) como en Guayaquil (25,6 %). Las MTF refieren haber sufrido desprecio, rechazo o maltrato verbal por su orientación sexual en los últimos 12 meses, de parte de por vecinos, familiares conocidos, desconocidos e incluso amigos; sin embargo, solo la mitad busca apoyo o denuncia. No obstante, también se observan actitudes positivas de reivindicación de sus derechos por causa de su orientación.

Es importante señalar que la falta de acceso a un empleo adecuado obliga a que se dediquen a prácticas laborales que generan un mayor riesgo de contraer VIH, como es el trabajo sexual; se estima que un 70,5 % en Quito y un 61,7 % en Guayaquil de MTF ejerce este tipo de trabajo (Kimirina,2017).

Las denuncias por estos maltratos llegan al 10 % en Quito y al 26 % en Guayaquil, y es en la Defensoría del Pueblo, con el 61,1 %, donde se han denunciado la mayoría de estos maltratos o abusos discriminatorios, seguida por el Ministerio de Trabajo, el Ministerio de Justicia y la universidad.

En relación con el sector de salud, en Quito, el 12 % consideró necesario ocultar su orientación sexual, mientras que en Guayaquil lo considera el 8,5 %. Por otra parte, el 23,7 % en Quito y el 52 % en Guayaquil denunciaron los maltratos recibidos en los servicios de salud.

31 Estudio de Vigilancia del Comportamiento y Prevalencia del VIH y otras ITS en: HSH y MTF. Corporación Kimirina, 2017.

En el caso de las mujeres con VIH, a los problemas asociados directamente con la infección se suman y articulan aquellos relacionados su condición de género, entre los que se incluyen la discriminación, la violencia, la invisibilización de sus necesidades específicas y las dificultades para su participación en las decisiones que las afectan. Por esto, es necesario avanzar en el reconocimiento de la violencia como causa y consecuencia del VIH, y en la visibilización y la atención de la violación de derechos sexuales y reproductivos. Por otro lado, la discriminación y la falta de oportunidades laborales que enfrentan las mujeres con VIH, sumadas al recargo con responsabilidades de cuidado de otras personas dependientes de ellas en sus familias, ubican a las mujeres con VIH en una situación de particular vulnerabilidad económica, que requiere ser visibilizada y atendida. Es necesario avanzar también en una visión que no solo considere a las mujeres como madres, sino como sujetos de derechos humanos en su integralidad.

La atención de las determinantes socioculturales asociadas con la condición de género y la atención de las necesidades específicas de las mujeres y de otras poblaciones vulnerabilizadas, desde un enfoque de derechos humanos, resulta fundamental para cumplir las metas 90-90-90.

En ese sentido, 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.

Esta Línea Estratégica va dirigida a los GPC y personas viviendo con VIH y plantea garantizar mecanismos para la promoción, el respeto y la tutela efectiva de los DD.HH. de las PVV, sus familiares o cuidadores, población clave y grupos de atención prioritaria; reducir el estigma y discriminación de las PVV, sus familiares o cuidadores, población clave y grupos de atención prioritaria, y visibilizar los factores estructurales y sociales que afectan a los grupos de atención prioritaria en relación con el VIH y alcanzar su participación efectiva.

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

Línea Estratégica 3:

Protección de las PVV y de los GPC en el marco de los derechos humanos, la universalidad, equidad, género, interculturalidad y participación social

Objetivos específicos	Líneas de acción y alcances	Actividades
<p>3.1 Garantizar mecanismos para la promoción, el respeto y tutela efectiva de los DD.HH. de las PVV, sus familiares o cuidadores, población clave y grupos de atención prioritaria.</p>	<p>3.1.1. Desarrollo y fortalecimiento de los componentes del Sistema de Protección de Derechos, (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 socialización.</p> <p>3.1.2. Elaboración del índice de estigma y discriminación, incluyendo análisis de nuevas tendencias y su socialización</p> <p>3.1.3. Conformación de un observatorio para la vigilancia del cumplimiento de los derechos humanos y la tutela efectiva de los derechos humanos en el marco legal vigente de las personas que viven con VIH, sus familiares o cuidadores, población clave y grupos de atención prioritaria.</p>	<p>Capacitación a servidores públicos y formadores de los GPC y de organizaciones de personas con VIH, incluyendo organizaciones de mujeres con VIH, en derechos humanos y normativa jurídica de VIH, asegurando la inclusión de la perspectiva de género.</p> <p>Actualización del índice de estigma y discriminación.</p>
	<p>3.1.4. Análisis de la situación anual de los derechos humanos de los GPC y PVV, incluyendo a las mujeres con VIH.</p>	<p>Veeduría para vigilancia de la tutela de los derechos humanos.</p> <p>Veeduría de vigilancia del cumplimiento de la normativa jurídica a través de constitución de observatorio con actores involucrados en el marco del Cemsida.</p> <p>Veeduría de vigilancia de la atención integral a PPV, asegurando la inclusión del enfoque de género.</p>
		<p>Elaboración del Informe con avances y desafíos de la situación de los derechos humanos de los GPC y PVV, asegurando la inclusión del enfoque de género.</p> <p>Discusión de resultados de investigación y encuestas realizadas por organizaciones de sociedad civil, y elaboración de plan de seguimiento por parte del Cemsida, el Ministerio de Salud y la Defensoría del Pueblo, para el seguimiento, atención y prevención de la violación de derechos humanos.</p>

Objetivos específicos	Líneas de acción y alcances	Actividades
<p>3.2 Reducir el estigma y discriminación de las PVV, sus familiares o cuidadores, población clave y grupos de atención prioritaria.</p>	<p>3.1.5. Incidencia política para la conformación de los sistemas de protección integral, de los consejos y juntas para la protección de derecho, promoviendo la participación de GPC y PVV.¹</p> <p>3.2.1. Aplicación del marco legal vigente para la protección social de las poblaciones prioritarias por parte de las instituciones públicas y privadas.</p> <p>3.2.2. Reducción de estigma y discriminación, por razones del sero-estatus de VIH, trans-homofobia, discriminación de género y otras condiciones de vulnerabilidad.</p>	<p>Monitoreo de la conformación de los consejos y juntas para la protección de derecho por parte de comisión a ser conformada como parte del fortalecimiento del Cemsida.</p> <p>Monitoreo del cumplimiento del marco legal vigente para la protección social de las poblaciones de atención prioritaria.</p> <p>Elaboración de un plan de sensibilización y su implementación dirigido a las instituciones que incorpore los enfoques de género y derechos humanos, y que incluya tanto los servicios de atención al VIH como otros servicios claves (servicios de salud, particularmente de la salud sexual y reproductiva, servicios de atención a la violencia de género y social, Defensoría del Pueblo, instituciones de justicia, instituciones relacionadas con trabajo, gobiernos locales).</p>
	<p>3.2.3 Sensibilización de la población en general con enfoque de género y derechos humanos.</p>	<p>Diseñar e implementar una campaña educacional con enfoque de género y derechos dirigida a la población general, que visibilice la relación del VIH con la violación de derechos humanos desde una perspectiva amplia.</p>
<p>3.3 Visibilizar los factores estructurales y sociales que afectan a los grupos de atención prioritaria en relación con el VIH y alcanzar su participación efectiva.</p>	<p>3.2.4 Implementación y difusión de políticas relacionadas con la eliminación del estigma y discriminación, orientadas a disminuir las barreras de accesos sociales, culturales, de género y de trabajo.</p> <p>3.3.1 Caracterización del contexto bio-psico-social de las poblaciones de atención prioritaria que viven con VIH y de los aspectos estructurales que les afectan.</p>	<p>Promover programas de buenas prácticas, orientados a disminuir las barreras de acceso sociales, culturales, de género y de trabajo en instituciones públicas y privadas.</p> <p>Diseño e implementación de un estudio de sobre caracterización del contexto bio-psico-social de las poblaciones de atención prioritaria que viven con VIH y de los aspectos estructurales que les afectan, asegurando la incorporación del enfoque de género y la consideración de las especificidades etarias, culturales, entre otras.</p>

11.4 Línea estratégica 4: Fortalecimiento de la respuesta nacional, con la participación social, la coordinación intersectorial y el financiamiento sostenible de los servicios de prevención y atención

La lucha contra la epidemia del sida es responsabilidad del Estado y de la sociedad civil. El Gobierno nacional, desde que conoció el primer caso de VIH/sida en el país, por medio del MSP conformó el Programa Nacional de Prevención y Control de VIH/sida-ITS y el Conasida.³²

De 1994 a 2003 se reportaron 4 805 (9,69 %) casos de VIH/sida, y en esta década se iniciaron los reportes del INEC por fallecimiento debido a esta causa (1997). Asimismo, se elaboraron las primeras Guías de atención a PVV en 1998, las cuales se actualizaron en 2002, incluyendo la Guía de atención de PTMI. En 2002 se inició el TARV. Por otra parte, se conformó el MCP como un espacio donde participan los actores de la sociedad civil para formular propuestas para financiamiento del FM en proyectos de VIH/sida, TB y malaria, los cuales fueron implementados a partir de 2004. La elaboración del PEN 2001-2003 fue uno de los requisitos para acceder al financiamiento del FM.

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, y en 2008 se aprobó la nueva 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 actualizaron las Guías de Atención Integral VIH/sida-ITS para adultos, mujeres y niños, la Guía de Atención Integral de las ITS, la Guía de Consejería, la Guía de Atención Integral a HSH, la Guía de Atención Integral a Personas Trans, y se implementaron y se incrementaron los centros de consejería pre y posprueba. De igual forma, se elaboraron las Guías de Vigilancia Epidemiológica y se implementó el Sistema de Información. A partir del 2007 se mejoró la atención a PVV en las UAI del MSP, con personal médico capacitado.

Con la finalidad de generar mecanismos de coordinación multisectorial entre todos los actores involucrados a la respuesta del VIH, en 2012 se creó el Comité Ecuatoriano Multisectorial del Sida (Cemsida) como un espacio de coordinación, cuya función principal fue definir las líneas estratégicas na-

³² Ley 7771, del 29 de abril de 1998, que crea el Consejo Nacional de Atención Integral al VIH-SIDA (Conasida).

cionales de política pública para el diseño, implementación, evaluación y financiamiento de la respuesta nacional al VIH. El MSP, mediante la Estrategia Nacional de Prevención y Control del VIH/sida e ITS, ejercerá las funciones de Secretaría Técnica del Comité.

La ausencia de planes de monitoreo y evaluación para cada uno de los PENM y de la evaluación del trabajo del Cemsida es una debilidad que presenta la respuesta nacional (con la excepción del seguimiento y evaluación que realiza el MCP a los proyectos subvencionados por el FM), lo que demuestra que el accionar de la Secretaría Técnica y las comisiones que forman parte de la estructura del Cemsida en términos de monitoreo y evaluación no ha sido el esperado.

Otras de las dificultades de la respuesta nacional se encuentran en los sistemas de información rutinaria de vigilancia epidemiológica y la falta de investigaciones/estudios para definir la situación real de la epidemia en el país. El MSP, a partir de 2005, diseñó el Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación (SIME), posteriormente el Sistema de Información Integral del sida (SIIsida) y en la actualidad el SIEN, sistemas que han demostrado dificultades y que no han sido sujetos de estandarización con la RPIS; a esto se añade la existencia de subnotificaciones entre la RPIS y subregistro de ciertos datos como el de mortalidad.

Los sistemas de información de VIH/sida tienen que promover el análisis, 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 90-90-90.

Ante la situación epidemiológica del VIH en el país, y con los nuevos compromisos asumidos por el Gobierno nacional y las metas propuestas por Onusida, el MSP y el Cemsida plantean en este PENM una línea estratégica de fortalecimiento de la respuesta nacional para articular acciones encaminadas a fortalecer el Cemsida; fortalecer la articulación de la RPIS y la red complementaria, comunitaria, para garantizar la sostenibilidad de la atención integral a las PVV; fortalecer la coordinación intersectorial para la respuesta ante la epidemia del VIH y las ITS; fortalecer el Sistema de Información, Vigilancia, Monitoreo y Evaluación, en alianzas con la academia, sectores públicos y privados, comunitarios, institutos de investigación y ONG para investigaciones que cumplan las líneas estratégicas planteadas.

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

Línea Estratégica 4:

Fortalecimiento de la respuesta nacional, con la participación social, la coordinación intersectorial y el financiamiento sostenible de los servicios de prevención y atención

Objetivos Específicos	Líneas de acción y sus alcances	Actividades
4.1 Fortalecer el Cemsida.	<p>4.1.1 Fortalecimiento de la Secretaría Técnica del Cemsida</p> <p>4.1.2 Desarrollo del marco legal, estatus, marco de desempeño, plan operativo anual, plan estratégico y de monitoreo y evaluación del Cemsida.</p>	<p>Definición de la responsabilidad de la Secretaría Técnica del Cemsida.</p> <p>Elaboración del marco legal, marco de desempeño, el Plan Estratégico y de Monitoreo y Evaluación del Cemsida.</p>
4.2 Fortalecer la articulación de la RPIS y de la red complementaria y comunitaria, para garantizar la atención integral a las PVV.	<p>4.2.1 Determinación de cartera de servicios en VIH de las entidades del Estado.</p> <p>4.2.2 Monitoreo del cumplimiento de la aplicación de la normativa de VIH que expide el MSP para todo el Sistema Nacional de Salud, de ejecución obligatoria.</p> <p>4.2.3 Planificación y alianzas estratégicas entre las instituciones de la RPIS, para la compra conjunta de medicamentos e insumos de laboratorios para VIH/sida-ITS y enfermedades oportunistas, con base en la normativa de VIH del MSP.</p> <p>4.2.4 Realización de estudios para la implementación de nuevas tecnologías como parte de las estrategias de prevención combinada en el país.</p>	<p>Establecimiento de la cartera de servicios en VIH de las entidades del Estado a escala nacional y local de los servicios que se brindarán a las PVV, con base en las Guías de Atención.</p> <p>Socialización de la normativa de VIH actualizada del MSP a toda la RPIS, complementaria y comunitaria para su aplicación de carácter obligatorio, con monitoreo y seguimiento permanente desde los equipos responsables de la estrategia de VIH zonales.</p> <p>Planificación y compra conjunta de medicamentos e insumos de laboratorios para VIH/sida-ITS y enfermedades oportunistas, con base en la normativa de VIH del MSP.</p> <p>Conformación de un Comité Técnico para analizar y estudiar la factibilidad y viabilidad sobre la implementación de nuevas tecnologías como parte de las estrategias de prevención combinada en el país.</p>

Objetivos Específicos	Líneas de acción y sus alcances	Actividades
<p>4.3. Fortalecer la coordinación intersectorial para la respuesta frente al VIH.</p>	<p>4.3.1 Definición y establecimiento del marco y la coordinación intersectoriales que se realizarán con la sociedad civil, generando y/o actualizando la normativa correspondiente.</p> <p>4.3.2 Definición de las responsabilidades y líneas de acción entre los distintos Ministerios afines a sus competencias intra y extramural para el trabajo intersectorial frente al VIH.</p> <p>4.3.3 Sensibilización al sector público y privado sobre VIH en el ambiente laboral, orientado a la inclusión social y económica de las PVV.</p>	<p>Establecimiento del marco de coordinación intersectorial con la sociedad civil con la generación de normativa para los servicios comunitarios de VIH.</p> <p>Establecimiento de la corresponsabilidad de los ministerios, afines a sus competencias a ser plasmados en los planes operativos para que su trabajo en VIH a nivel intra y extramural se realice en un marco de acción, responsabilidades y cumplimiento de metas.</p> <p>Coordinación intersectorial a través del Cemsida en propuestas de políticas/programas en las instituciones públicas y privadas para la inclusión social y económica de las PVV.</p>
		<p>Impulsar un programa a partir de la coordinación intersectorial a través del Cemsida, para promover la empleabilidad de las PVV en instituciones públicas y privadas, como acción afirmativa para promover el acceso a su derecho al trabajo.</p>
	<p>4.3.4 Seguimiento al presupuesto de financiamiento de la respuesta nacional para la lucha contra la epidemia del VIH en el país.</p>	<p>Establecer necesidad de financiamiento para el cumplimiento del PENM e identificar el gasto en VIH y la brecha.</p>
<p>4.4. Incrementar la participación social: promover la movilización social, fortalecer las actorías sociales, y el empoderamiento de los actores sociales.</p>	<p>4.4.1. Conformación de mesas multisectoriales de respuesta local al VIH en territorio, que garanticen la operatividad del PENM, con involucramiento de las bases sociales a la respuesta nacional del VIH.</p> <p>4.4.2 Empoderamiento de los actores sociales de los grupos de población clave (GPC) y grupos vulnerables.</p>	<p>Mesas multisectoriales de respuesta local al VIH en territorio, que garanticen la operatividad del PENM, con involucramiento de las bases sociales a la respuesta nacional del VIH, promoviendo la participación de GPC y PVV.</p> <p>Formulación de convenios entre organizaciones representativas de los GPC, grupos vulnerables, PVV y el sector público.</p>

Objetivos Específicos	Líneas de acción y sus alcances	Actividades
<p>4.5. Mejorar la coordinación con la cooperación internacional</p>	<p>4.5.1 Socialización del PENM a la cooperación internacional y nacional.</p> <p>4.5.2. Definición de un plan con la cooperación internacional y el Cemsida, tomando en cuenta las necesidades país y de la cooperación.</p>	<p>Reunión de socialización del PENM por parte del Cemsida a la cooperación internacional.</p> <p>Elaboración del Plan con la Cooperación Internacional y el Cemsida.</p>
<p>4.6. Fortalecer el Sistema de Información, Vigilancia y Monitoreo y Evaluación, en alianzas con la cooperación internacional, la academia, sectores públicos y privados, comunitarios, institutos de investigación y ONG, para investigaciones que cumplan las líneas estratégicas planteadas.</p>	<p>4.6.1 Implementar un sistema de información de vigilancia y de monitoreo y evaluación estandarizado, para la notificación obligatoria de casos VIH/sida-ITS, en la RPIS, red complementaria y comunitaria, en el sistema estandarizado de información del MSP.</p>	<p>Actualización e inclusión del sistema de información de VIH/sida-ITS al sistema de información de vigilancia, y de monitoreo y evaluación estandarizado para la notificación obligatoria de casos VIH/sida-ITS, en la RPIS, red complementaria y comunitaria, del sistema de información del MSP.</p>
	<p>4.6.2 Realización de estudios, investigaciones y vigilancia centinela en los GPC y vulnerable en VIH/sida-ITS y de enfermedades oportunistas para contar con un perfil del comportamiento de la epidemia en el país.</p>	<p>Propuestas de estudios e investigaciones a realizarse: notificación de casos de nuevos diagnósticos de VIH y de casos de sida; Notificación de casos de ITS; Encuestas sobre conductas de riesgo en poblaciones claves que presenten alta frecuencia de conductas de riesgo; Vigilancia biológica centinela de la infección por VIH y otras ITS, centrada en las poblaciones de mayor riesgo; Vigilancia centinela de la infección por VIH y de la sífilis en mujeres embarazadas; Estimación del tamaño de las poblaciones claves en mayor riesgo de infección; Estudios de cohorte en poblaciones claves con alta frecuencia de conductas de riesgo de exposición al VIH, y Notificación de diagnóstico tardíos</p>

Objetivos Específicos	Líneas de acción y sus alcances	Actividades
	<p>4.6.3 Monitoreo y evaluación de la implementación de las líneas estratégicas, metas y cumplimiento de indicadores planteados en el PENM.</p>	<p>Elaboración del Plan de Monitoreo y evaluación de la implementación de las líneas estratégicas, metas y cumplimiento de indicadores.</p> <p>Implementación del Sistema de Monitoreo y Evaluación para el seguimiento del plan, con el fin de obtener información relacionada a la planificación y gestión del Plan Estratégico.</p> <p>Realización de evaluaciones intermedias de la ejecución del Plan Estratégico.</p> <p>Realización de evaluación final para la valoración del desempeño del Plan Estratégico.</p>

12. Costo estimado del Plan Estratégico Nacional Multisectorial

De acuerdo con el presupuesto estimado detallado en la prioridad Senplades del proyecto de Prevención y Control de VIH/sida, así como en función a la revisión de las actividades planificadas en el Plan Estratégico, se muestra a continuación el costo estimado del Plan.

Objetivos Específicos	Actividades	Presupuesto estimado					TOTAL
		(Año 2018)	(Año 2019)	(Año 2020)	(Año 2021)	(Año 2022)	
1.1. Asegurar el acceso de la población general, la población clave, las mujeres y la población joven a las acciones de promoción de la salud sexual y la prevención de la transmisión de VIH/ITS, articulando a los planes del MSP y sectoriales.	Supervisión de la aplicación efectiva de la promoción y prevención del VIH-ITS en el marco de prevención combinada, en establecimientos de salud de la RPIs y comunitarias.	25.000	35.000	60.000	60.000	60.000	240.000
	Elaboración de estrategias de promoción y entornos formativos con énfasis en VIH e ITS.	-	70.159	75.275	80.102	86.713	312.249
1.2. Implementación de la estrategia nacional para la eliminación de la TMI de VIH y sífilis, que incluya la participación de todos los actores de la RPIs, de la red complementaria y comunitaria.	Elaboración de estrategias de promoción para grupos de atención prioritaria. Diseño e implementación de un plan educacional continuo y permanente, dirigido a población general, GPC, mujeres y población joven, con cobertura nacional, que incluya el uso de tecnologías adaptadas a cada población de acuerdo con su realidad sociocultural y sexual.	50.000	75.000	75.000	75.000	75.000	350.000
	Capacitar al personal institucional de la RPIs, de la red complementaria y comunitaria en la estrategia nacional para la eliminación de la TMI de VIH y sífilis, y normativa del IMSP.	31.696	34.866	38.352	40.187	42.406	187.507
1.2. Implementación de la estrategia nacional para la eliminación de la TMI de VIH y sífilis, que incluya la participación de todos los actores de la RPIs, de la red complementaria y comunitaria.	Adquisición y entrega de insumos y pruebas de tamizaje, CD4, carga viral, misceláneos o leche, y ARV por niveles de atención. Captación temprana de la gestante; tamizaje de VIH y sífilis a las gestantes (incluyendo a la pareja o parejas sexuales), parto institucional, tratamiento y profilaxis con ARV. Atención oportuna a niños recién nacidos de embarazadas con VIH, de acuerdo con la normativa y seguimiento a la madre para garantizar su salud y bienestar.	2.108.043	2.359.693	2.555.288	2.919.046	3.286.935	13.229.005
	Campaña educativa y consejería de VIH, abordando la prevención de la TMI y la atención de las necesidades específicas de las mujeres adolescentes, jóvenes y adultas con VIH.	30.000	75.000	75.000	75.000	75.000	330.000

Objetivos Específicos	Actividades	Presupuesto estimado					TOTAL
		(Año 2018)	(Año 2019)	(Año 2020)	(Año 2021)	(Año 2022)	
	Acompañamiento del personal comunitario. Capacitación al personal comunitario en los enfoques de género y derechos humanos, y en la visibilización de las necesidades específicas de las mujeres con VIH, para garantizar un acompañamiento que contribuya a la prevención de la TMI, y al bienestar y salud integral de las mujeres.	10.000	30.000	40.000	40.000	40.000	160.000
1.3. Asegurar el acceso a los servicios de diagnóstico, prevención y atención de VIH e ITS a las poblaciones claves (HSH, MTF, PETS, PPL), mujeres y población adolescente y joven para la reducción del número de nuevas infecciones de VIH/ITS.	Elaboración de la normativa reguladora de los servicios comunitarios para la asesoría y pruebas rápidas de VIH, provisión de insumos de prevención, y la vinculación de usuarios positivos a los servicios de atención y tratamiento del VIH e ITS. Capacitar al personal institucional de la RPIs, red complementaria y comunitaria en la prevención, orientación y diagnóstico oportuno del VIH en GPC, a través de la oferta de pruebas rápidas y la atención de la demanda espontánea. Adquisición y entrega de condones y lubricantes para los GPC y personas que viven con VIH, como mecanismos de prevención del VIH e ITS.	-	15.000	-	25.000	-	40.000
		15.000	35.000	40.000	40.000	40.000	170.000
		310.375	325.893	342.188	359.297	377.262	1.715.016
	Elaboración de estrategias para mejorar la captación de personas en el diagnóstico y tratamiento con ITS y hepatitis virales, en la RPIs, red complementaria y servicios comunitarios de la sociedad civil.	-	20.000	-	-	20.000	40.000
2.1. Mejorar el diagnóstico temprano de VIH, asegurando la confiabilidad, calidad y vinculación al sistema.	Definición y aplicación de un marco jurídico y normativa del MSP que garantice a la sociedad civil la realización de pruebas diagnósticas de VIH; propuesta de modelo de sostenibilidad de servicios comunitarios, capacitación, información, consejería y asesoría.	-	20.000	-	-	20.000	40.000
	Elaboración del reglamento del algoritmo simplificado para el diagnóstico de VIH y su socialización. Aplicación del algoritmo actualizado para el diagnóstico de VIH.	-	20.000	-	-	20.000	40.000

Objetivos Específicos	Actividades	Presupuesto estimado					TOTAL
		(Año 2018)	(Año 2019)	(Año 2020)	(Año 2021)	(Año 2022)	
2.2. Mejorar la calidad de los servicios de atención en VIH para optimizar el tratamiento, su vinculación y retención de PVV.	Capacitación al personal institucional y comunitario en tamizaje, para minimización de pérdidas de PVV.	15.000	40.000	40.000	40.000	40.000	175.000
	Monitoreo y evaluación de la aplicación del algoritmo diagnóstico vigente en los distintos niveles de atención de la RPIIS, complementaria y comunitaria.	-	60.000	60.000	60.000	60.000	240.000
2.2. Mejorar la calidad de los servicios de atención en VIH para optimizar el tratamiento, su vinculación y retención de PVV.	Elaboración del Manual de Procedimientos para la Prevención y el Control del VIH/sida e ITS.	-	20.000	-	-	-	20.000
	Definición del flujo de atención de las PVV en los diferentes niveles de atención pública y privada.	-	20.000	-	-	-	20.000
	Actualización de Guías de práctica clínica de atención a pacientes con VIH/sida-ITS, que incluya lo relacionado con enfermedades oportunistas, así como efectos secundarios causados por ARV; observando las recomendaciones internacionales en cuanto al uso de ARV y otros medicamentos.	-	20.000	-	-	-	20.000
	Fortalecimiento de los establecimientos de salud con capacidad resolutoria en VIH por niveles de atención, para el diagnóstico, tratamiento de VIH, coinfección, enfermedades oportunistas y asociadas, así como efectos secundarios causados por ARV; inmunización y seguimiento de las PVV.	-	15.000	15.000	15.000	15.000	60.000
	Capacitación al personal y equipo técnico, para garantizar que se cuente con equipos multidisciplinarios completos y TTHH sensibilizado para prestación de servicios centrados en cada tipo de usuario (culturalmente competentes), fortaleciendo las capacidades clínicas en el manejo de pacientes VIH, que incluya la consideración de las determinantes socioculturales que ubican a ciertas poblaciones en condiciones de vulnerabilidad, desde los enfoques de género y derechos humanos.	-	25.000	25.000	25.000	25.000	100.000

Objetivos Específicos	Actividades	Presupuesto estimado					TOTAL	
		(Año 2018)	(Año 2019)	(Año 2020)	(Año 2021)	(Año 2022)		
<p>2.3. Asegurar el tratamiento y seguimiento oportuno para mejorar la calidad de los servicios de atención a personas que viven con el virus de VIH e ITS y otras enfermedades oportunistas, así como la prevención y tratamiento de efectos secundarios causados por ARV.</p>	Adquisición y entrega de insumos para la red de laboratorio, para el diagnóstico y seguimiento de indetectables.	2.000.000	2.697.210	2.898.000	3.312.000	3.726.000	14.633.210	
	Supervisión y monitoreo de la capacidad de la red de laboratorios en el proceso preanalítico, analítico y postanalítico, y de su personal técnico.	-	10.000	10.000	10.000	10.000	40.000	40.000
	Elaboración de un Plan de Adherencia y manual de estrategias para la adherencia al tratamiento.	-	20.000	20.000	20.000	20.000	80.000	80.000
	Implementación del Plan de Adherencia.	-	40.000	40.000	40.000	40.000	160.000	160.000
	Adquisición y entrega de fármacos.	12.609.418	14.175.435	15.403.806	17.265.104	19.349.806	78.803.569	78.803.569
	Elaboración de estudios de costo-efectividad de tratamiento antirretroviral para PVV.	-	-	100.000	-	-	100.000	100.000
	Actualización del sistema automatizado de información para el monitoreo de casos nuevos y de seguimiento a pacientes con VIH, ITS y enfermedades oportunistas.	-	80.000	100.000	-	-	180.000	180.000
	Capacitación a servidores públicos y formadores de los GPC y de organizaciones de personas con VIH, incluyendo organizaciones de mujeres con VIH, en derechos humanos y normativa jurídica de VIH, asegurando la inclusión de la perspectiva de género.	-	30.000	30.000	30.000	30.000	120.000	120.000
	Actualización del índice de estigma y discriminación.	-	100.000	-	-	-	100.000	100.000
	Veeduría para vigilancia de la tutela de los derechos.	-	20.000	20.000	20.000	20.000	80.000	80.000
Veeduría de vigilancia del cumplimiento de la normativa jurídica a través de constitución de observatorio con actores involucrados en el marco del Cemsida.	-	20.000	20.000	20.000	20.000	80.000	80.000	

Objetivos Específicos	Actividades	Presupuesto estimado					TOTAL
		(Año 2018)	(Año 2019)	(Año 2020)	(Año 2021)	(Año 2022)	
3.2 Reducir el estigma y discriminación de las PVV, sus familiares o cuidadores, población clave y grupos de atención prioritaria.	Veeduría de vigilancia de la atención integral a PPV, asegurando la inclusión del enfoque de género.	-	20.000	20.000	20.000	20.000	80.000
	Elaboración del informe con avances y desafíos de la situación de los derechos humanos de los GPC y PVV, asegurando la inclusión del enfoque de género.	-	50.000	-	-	-	50.000
	Discusión de resultados de investigación y encuestas realizadas por organizaciones de sociedad civil, y elaboración de plan de seguimiento por parte del Cemsida, el Ministerio de Salud y la Defensoría del Pueblo, para el seguimiento, atención y prevención de la violación de derechos humanos.	-	-	-	50.000	-	50.000
	Monitoreo de la conformación de los consejos y juntas para la protección de derecho por parte de comisión a ser conformada como parte del fortalecimiento del Cemsida.	-	40.000	40.000	40.000	40.000	160.000
	Monitoreo del cumplimiento del marco legal vigente para la protección social de las poblaciones de atención prioritaria.	-	40.000	40.000	40.000	40.000	160.000
	Elaboración de un plan de sensibilización y su implementación dirigido a las instituciones, que incorpore los enfoques de género y derechos humanos, y que incluya tanto los servicios de atención al VIH como a otros servicios claves (servicios de salud, particularmente de la salud sexual y reproductiva, servicios de atención a la violencia de género y social, Defensoría del Pueblo, instituciones de justicia, instituciones relacionadas con trabajo, gobiernos locales).	-	-	20.000	-	-	20.000
	Diseñar e implementar una campaña comunicacional con enfoque de género y derechos dirigida a la población general, que visibilice la relación del VIH con la violación de derechos humanos desde una perspectiva amplia.	-	25.000	25.000	25.000	25.000	100.000

Objetivos Específicos	Actividades	Presupuesto estimado					TOTAL
		(Año 2018)	(Año 2019)	(Año 2020)	(Año 2021)	(Año 2022)	
	Promover programas de buenas prácticas orientadas a disminuir las barreras de acceso sociales, culturales, de género y de trabajo en instituciones públicas y privadas.	-	-	-	70.000	-	70.000
3.3 Visibilizar los factores estructurales y sociales que afectan a los grupos de atención prioritaria en relación con el VIH y alcanzar su participación efectiva.	Diseño e implementación de un estudio de sobre caracterización del contexto bio-psico-social de las poblaciones de atención prioritaria que viven con VIH y de los aspectos estructurales que las afectan, asegurando la incorporación del enfoque de género y la consideración de las especificidades etarias, culturales, entre otras.	-	-	60.000	-	-	60.000
4.1 Fortalecer el Cemsida.	Elaboración del marco legal, marco de desempeño, el Plan Estratégico y de Monitoreo y Evaluación del Cemsida.	-	10.000	10.000	10.000	10.000	40.000
4.2 Fortalecer la articulación de la RPS y la red complementaria y comunitaria, para garantizar la atención integral a las PVV.	Establecimiento de la cartera de servicios en VIH de las entidades del Estado a escala nacional y local de los servicios que se brindarán a las PVV; con base en las Guías de Atención. Socialización de la normativa de VIH actualizada del MSP a toda la RPS, complementaria y comunitaria para su aplicación de carácter obligatorio, con monitoreo y seguimiento permanente desde los equipos responsables de la estrategia de VIH zonales. Planificación y compra conjunta de medicamentos e insumos de laboratorios para VIH/sida-ITS y enfermedades oportunistas, con base en la normativa de VIH del MSP. Conformación de un Comité Técnico para analizar y estudiar la factibilidad y viabilidad sobre la implementación de nuevas tecnologías como parte de las estrategias de prevención combinada en el país.	-	20.000	-	-	-	20.000
		-	15.000	15.000	15.000	15.000	60.000
		-	-	-	-	-	-
		-	-	70.000	-	-	70.000

Objetivos Específicos	Actividades	Presupuesto estimado					TOTAL
		(Año 2018)	(Año 2019)	(Año 2020)	(Año 2021)	(Año 2022)	
4.3. Fortalecer la coordinación intersectorial para la respuesta frente al VIH.	Establecimiento del marco de coordinación intersectorial con la sociedad civil con base en la norma actualizada.	-	-	20.000	-	-	20.000
	Establecimiento de la corresponsabilidad de los ministerios afines a sus competencias, a ser plasmados en los planes operativos para que su trabajo en VIH a nivel intra y extramural se realice en un marco de acción, responsabilidades y cumplimiento de metas.	-	10.000	-	-	-	10.000
	Coordinación intersectorial a través del Cemsida en propuestas de políticas/programas en las instituciones públicas y privadas para la inclusión social y económica de las PVV.	-	10.000	-	-	-	10.000
	Impulsar un programa a partir de la coordinación intersectorial a través del Cemsida para promover la empleabilidad de las PVV en instituciones públicas y privadas, como acción afirmativa para promover el acceso a su derecho al trabajo.	-	-	25.000	-	-	25.000
4.4. Incrementar la participación social; promover la movilización social; fortalecer las actorías sociales, y el empoderamiento de los actores sociales.	Establecer necesidad de financiamiento para el cumplimiento del PENM e identificar el gasto en VIH y la brecha.	-	15.000	-	-	-	15.000
	Mesas multisectoriales de respuesta local al VIH en territorio, que garanticen la operatividad del PENM, con involucramiento de las bases sociales a la respuesta nacional del VIH, promoviendo la participación de GPC y PVV.	-	15.000	15.000	15.000	15.000	60.000
4.5. Mejorar la coordinación con la cooperación internacional	Formulación de convenios entre organizaciones representativas de los GPC, PVV y el sector público.	-	-	-	-	-	-
	Reunión de socialización del PENM por parte del Cemsida a la cooperación internacional.	-	10.000	-	-	-	10.000
	Elaboración del Plan con la cooperación internacional y el Cemsida.	-	15.000	-	-	-	15.000

Objetivos Específicos	Actividades	Presupuesto estimado					TOTAL
		(Año 2018)	(Año 2019)	(Año 2020)	(Año 2021)	(Año 2022)	
4.6. Fortalecer el Sistema de Información, Vigilancia y Monitoreo y Evaluación, en alianzas con la cooperación internacional, la academia, sectores públicos y privados, comunitarios, institutos de investigación y ONG para investigaciones que cumplan las líneas estratégicas planteadas.	Actualización e inclusión del sistema de información de VIH/sida-ITS al sistema de información de vigilancia y de monitoreo y evaluación estandarizado para la notificación obligatoria de casos VIH/sida-ITS, en la RPIIS, red complementaria y comunitaria, del sistema de información del MSP.	-	80.000	30.000	30.000	30.000	170.000
	Propuestas de estudios e investigaciones a realizarse: Notificación de casos de nuevos diagnósticos de VIH y de casos de sida; Notificación de casos de ITS; Encuestas sobre conductas de riesgo en poblaciones claves que presenten alta frecuencia de conductas de riesgo; Vigilancia biológica centinela de la infección por VIH y otras ITS, centrada en las poblaciones de mayor riesgo; Vigilancia centinela de la infección por VIH y de la sífilis en mujeres embarazadas; Estimación del tamaño de las poblaciones claves en mayor riesgo de infección; Estudios de cohorte en poblaciones clave con alta frecuencia de conductas de riesgo de exposición al VIH, y Notificación de diagnósticos tardíos.	-	1.200.000	1.500.000	1.500.000	1.500.000	5.700.000
	Elaboración del Plan de Monitoreo y Evaluación de la implementación de las líneas estratégicas, metas y cumplimiento de indicadores.	-	20.000	-	-	-	20.000
	Implementación del Sistema de Monitoreo y Evaluación para el seguimiento del plan, con el fin de obtener información relacionada a la planificación y gestión del Plan Estratégico.	-	10.000	10.000	10.000	10.000	40.000
	Realización de evaluaciones intermedias de la ejecución del Plan Estratégico.	-	10.000	10.000	10.000	-	30.000
	Realización de evaluación final para la valoración del desempeño del Plan Estratégico.	-	-	-	-	10.000	10.000
TOTAL		17.372.337	22.082.892	23.819.058	26.430.052	29.236.218	118.940.556

13. Implementación, monitoreo y evaluación del Plan Estratégico

Un elemento fundamental en la lógica del Plan Estratégico es el monitoreo y evaluación que permita medir el desempeño de las actividades e intervenciones realizadas, y el cumplimiento de los objetivos y metas propuestas, así como plantear los ajustes necesarios en las acciones que se llevan a cabo como parte de la respuesta nacional al VIH.

El monitoreo y evaluación del PENM será responsabilidad de la Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control, a través de la Estrategia de VIH, en coordinación con el Cemsida, en todos los niveles, que deberá cumplir con un plan de monitoreo y evaluación en los tiempos programados.

La Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control, a través de la Estrategia de VIH, en todos los niveles administrativos, será la responsable de la recolección y análisis de información provenientes de fuentes oficiales, del sistema de información de VIH, de registros administrativos, entre otros, de acuerdo con la necesidad.

En ese sentido, como indicador general de impacto, que ayudará a establecer si el Plan Estratégico se cumple, y alineado a los compromisos internacionales, se ha planteado el siguiente:

Al año 2021, el 90 % de PVV conoce su estado serológico; el 90 % de PVV que conoce de su estado recibe tratamiento, y el 90 % de PVV que están en tratamiento se encuentra con carga viral indetectable.

Por otra parte, se han establecido indicadores de efecto para cada una de las áreas de focalización, de acuerdo con el siguiente detalle:

Líneas Estratégicas	Indicadores al año 2022
1. Aseguramiento de la promoción de la salud y la prevención del VIH/sida-ITS.	1. 75 % de PVV, TS, PPL reportan haber usado preservativo en su última RRSS. 2. 100 % de mujeres embarazadas con VIH que reciben TARV para PTMI.
2. Garantía de la atención integral en la salud de personas que viven con VIH/sida-ITS.	90 % de adultos y niños que reciben tratamiento ARV entre todas las PVV.
3. Derechos humanos, estigma y discriminación.	95 % de PVV nunca han experimentado discriminación al buscar atención de salud.
4. Fortalecimiento institucional de la respuesta nacional al VIH/sida.	0,1 % del gasto público se dedica a la respuesta nacional multisectorial al VIH.

A continuación se presentan los indicadores propuestos para cada objetivo específico planteado:

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

Objetivo Específico	Indicador	Línea base	Metas	Metas	Metas	Metas	Metas
			(Año 2018)	(Año 2019)	(Año 2020)	(Año 2021)	(Año 2022)
1.1) Asegurar el acceso de la población general y la población clave a las acciones de promoción de la salud sexual y la prevención de la transmisión de VIH/ITS, articulando a los planes del MSP y sectoriales.	% de hombres y mujeres (de 15 a 24 años) que tienen conocimientos correctos sobre VIH.	72,63 % Fuente: GAR-PR 2015	77 %	80 %	85 %	90 %	95 %
	% de hombres y mujeres que tuvieron más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y reportaron haber utilizado condón en su última relación sexual.	N/D	A definir				
1.2) Implementación de la estrategia nacional para la eliminación de la TMI de VIH y sífilis, que incluya la participación de todos los actores de la RPIs, de la red complementaria y comunitaria.	Reducción de la transmisión materno-infantil.	4,4 % (Año base 2012)	4,2 %	3,5 %	3 %	2,5 %	2 %
	% de gestantes tamizadas para VIH/sífilis conforme la normativa vigente.	N/D	80 %	90 %	95 %	100 %	100 %
1.3) Reducir el número de nuevas infecciones de VIH/ITS en las poblaciones claves (HSH, MTF, PETS, PPL), asegurando el acceso a los servicios de diagnóstico, prevención y atención del VIH y las ITS.	% de gestantes con diagnóstico de VIH que reciben TARV para reducir el riesgo de la transmisión materno-infantil.	83,27 % (Año 2013 Spectrum)	87 %	92 %	95 %	100 %	100 %
	% de establecimientos de salud que ofrecen un paquete de prevención combinada a las poblaciones claves.	N/D	30 %	40 %	60 %	75 %	80 %
	% de PVV que pertenecen a las poblaciones claves que ingresan a tratamiento con CD4 entre 350 y 500.	N/D	90 %	92 %	94 %	98 %	100 %

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

Objetivo Específico	Indicador	Línea base	Metas (Año 2018)	Metas (Año 2019)	Metas (Año 2020)	Metas (Año 2021)	Metas (Año 2022)
2.1) Mejorar el diagnóstico temprano de VIH, asegurando la confiabilidad, calidad y vinculación al sistema.	% de hombres y mujeres (entre 15 y 49 años) que se han hecho la prueba de VIH en los últimos 12 meses y conocen sus resultados.	37,7 % Fuente: GARPR 2015	40 %	45 %	47 %	49%	50%
	% de personas de poblaciones claves que se han hecho la prueba de VIH en los últimos 12 meses y conocen sus resultados.	N/D	60 %	70 %	75 %	80%	85%
2.2) Mejorar la calidad de los servicios de atención en VIH para optimizar el tratamiento, su vinculación y retención de PVV.	% de PVV que conocen su estado serológico.	53 %	60 %	70 %	80 %	90%	90%
	% de nuevos diagnósticos que reciben atención y tratamiento.	N/D	80 %	85 %	90 %	95%	100%
2.3) Asegurar el tratamiento y seguimiento oportuno para mejorar la calidad de los servicios de atención a personas que viven con el virus de VIH e ITS y otras enfermedades oportunistas, así como la prevención y tratamiento de efectos secundarios causados por ARV.	% de adultos y niños que reciben tratamiento ARV entre todas las PVV.	41,1 % Fuente: Spectrum 2015	45 %	60 %	70 %	80%	90%
	% de PVV con carga viral indetectable.	N/D	50 %	60 %	70 %	80%	90%

13.3 Línea estratégica 3: Protección de las PVV y de los GPC en el marco de los derechos humanos, la universalidad, equidad, género, interculturalidad y la participación social

Objetivo Específico	Indicador	Línea base	Metas	Metas	Metas	Metas	Metas
			(Año 2018)	(Año 2019)	(Año 2020)	(Año 2021)	(Año 2022)
3.1) Garantizar mecanismos para la promoción, el respeto y tutela efectiva de los DD.HH. de las PVV, sus familiares o cuidadores, población clave y grupos de atención prioritaria.	% de PVV que reportan la violación de algunos de sus derechos en los últimos 12 meses.	N/D	-	15 %	12 %	10 %	8 %
	% de inclusión en la legislación nacional de los convenios internacionales de protección de DDHH relacionados con la epidemia del VIH y sus determinantes.	N/D	-	45 %	50 %	55 %	60 %
3.2) Reducir el estigma y discriminación de PVV, sus familiares o cuidadores, población clave y grupos de atención prioritaria.	% de PVV que reportan haber perdido su empleo o fuente de ingreso debido a su condición de VIH.	N/D	-	40 %	35 %	30 %	25 %
3.3.) Visibilizar los factores estructurales y sociales que afectan a los grupos de atención prioritaria en relación con el VIH y alcanzar su participación efectiva.	% de PVV y población clave que reportan haber culminado la formación superior técnica o universitaria.	N/D	-	25 %	30 %	35 %	40 %

*La línea base y las metas de cada uno de los indicadores se encuentran en proceso de construcción, y serán revisadas como parte de las actividades de coordinación en Cemsida y se actualizarán al primer año de ejecución.

13.4 Línea estratégica 4: Fortalecimiento de la respuesta nacional, con la participación social, la coordinación intersectorial y el financiamiento sostenible de los servicios de prevención y atención

Plan Estratégico Nacional Multisectorial para la respuesta al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/sida e infecciones de transmisión sexual (ITS)

Objetivo Específico	Indicador	Línea base	Metas				
			(Año 2018)	(Año 2019)	(Año 2020)	(Año 2021)	(Año 2022)
4.1) Fortalecer el Cemsida.	Número de reportes anuales conjuntos sobre la respuesta al VIH presentado por Cemsida a las autoridades nacionales y a la colectividad.	0	1 reporte anual conjunto	1 reporte anual conjunto	2 o más reportes anuales conjuntos	2 o más reportes anuales conjuntos	2 o más reportes anuales conjuntos
	Número de sesiones del comité Cemsida de seguimiento y evaluación de la respuesta al VIH.	2	3	4	4	4	4
4.2) Fortalecer la articulación de la RPIs y red comunitaria, para garantizar la atención integral a las PVV.	% de establecimientos de salud que aplican el modelo de gestión en VIH.	N/D	60% de establecimientos de salud aplican el modelo de gestión de VIH	80% de establecimientos de salud aplican el modelo de gestión de VIH	90% de establecimientos de salud aplican el modelo de gestión de VIH	100% de establecimientos de salud aplican el modelo de gestión de VIH	100% de establecimientos de salud aplican el modelo de gestión de VIH
	% de gasto sectorial dedicado a la respuesta al VIH.	N/D	A definir	A definir	A definir	A definir	A definir
4.3) Fortalecer la coordinación intersectorial para la respuesta frente al VIH.	% de talento humano en el sector público que ha acreditado actualización de capacitación en VIH en los últimos 12 meses.	N/D	30%	45%	60%	80%	90%

Objetivo Específico	Indicador	Línea base	Metas (Año 2018)	Metas (Año 2019)	Metas (Año 2020)	Metas (Año 2021)	Metas (Año 2022)
4.4) Incrementar la participación social: promover la movilización social, fortalecer las actorías sociales, y el empoderamiento de los actores sociales.	% de organizaciones ciudadanas que presentan al menos un informe anual de observancia social de la respuesta al VIH. Número de organizaciones ciudadanas que tiene convenios con el sector público para implementar programas y proyectos que mejoren los resultados en VIH.	N/D 3 (año 2015)	50 % de organizaciones	60 % de organizaciones	80 % de organizaciones	90 % de organizaciones	95 % de organizaciones
4.5) Mejorar la coordinación con la cooperación internacional.	Reportes anuales de avance de la respuesta nacional en VIH con información actualizada al año anterior al del reporte.	0	Reporte anual completo con información del año anterior.	Reporte anual completo con información del año anterior.	Reporte anual completo con información del año anterior.	Reporte anual completo con información del año anterior.	Reporte anual completo con información del año anterior.
4.6) Fortalecer el Sistema de Información, Vigilancia, Monitoreo y Evaluación, en alianzas con la cooperación internacional, la academia, sectores públicos y privados, comunitarios, institutos de investigación y ONG para las líneas estratégicas planeadas.	Incorporación de la temática de VIH con participación social en la agenda nacional de investigación del Ecuador.	N/D	Plan anual de investigación desarrollado y consensuado.	Plan anual de investigación desarrollado y consensuado. Al menos 2 investigaciones realizadas de acuerdo con el plan.	Plan anual de investigación desarrollado y consensuado. Al menos 2 investigaciones realizadas de acuerdo con el plan.	Plan anual de investigación desarrollado y consensuado. Al menos 3 investigaciones realizadas de acuerdo con el plan.	Plan anual de investigación desarrollado y consensuado. Al menos 3 investigaciones realizadas de acuerdo con el plan. Evaluación final realizada.
	Número de evaluaciones intermedias y finales realizadas al Plan.	N/D	Plan de Monitoreo y Evaluación.	Evaluación intermedia realizada.	Evaluación intermedia realizada.	Evaluación intermedia realizada.	Evaluación final realizada.

14. Bibliografía

- Bedoya A. *SIDA: acceso al tratamiento para todos y nuevas estrategias*. Lima, Perú; 2009. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/966/96618971011.pdf>
- Bustamante M. *Viviendo con VIH, muriendo con SIDA*. Quito Ecuador; 2011.
- Coalición Ecuatoriana de Personas que Viven con VIH/SIDA (CEPVVS). *Informe de Derechos Humanos de las Personas Afectadas por el VIH en Ecuador 2017*. Quito, Ecuador; 2017.
- . *El Estigma y la Discriminación en VIH/Sida*. Quito, Ecuador; 2010. Recuperado de: <http://www.coalicionecuatoriana.org/web/pdfs/Resultados-del-Estudio-de-Estigma-y-discriminacion-a-PVV-en-Ecuador.pdf>
- Comisión Económica para América Latina (Cepal). *Manual de Planificación Estratégica e Indicadores de Desempeño en el Sector Público*; 2009 Recuperado de: https://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/3/38453/manual_planificacion_estrategica.pdf
- Constitución de la República del Ecuador; 2008.
- Corporación Kimirina. *Estudio de Vigilancia del Comportamiento y prevalencia del VIH y otras ITS en HSH y MTF en las ciudades de Quito y Guayaquil-2017*. Quito, Ecuador; 2017.
- . *Mapeo de lugares de encuentro de la población más expuesta al VIH, 2015*. Quito, Ecuador; 2015.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). *Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo*. Indicadores Laborales, marzo 2016.
- Ministerio de Salud Pública (MSP). *Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS-ECUADOR, Enero 2008-Diciembre 2009*. Quito, Ecuador; 2010. Recuperado de: http://data.unaids.org/pub/report/2010/ecuador_2010_country_progress_report_es.pdf
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). *Plan Estratégico Nacional para la Prevención y Control de la Tuberculosis en Ecuador 2017-2020*. Quito-Ecuador; 2017b.

- . *Actualización del Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional al VIH 2007-2015-Planes Operativos Multisectoriales 2011-2013*. Quito-Ecuador; 2015.
- . *Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural*. Quito, Ecuador; 2012.
- . *Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva*. Quito, Ecuador; 2017a.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España (MSSSIE). *Plan Estratégico de Prevención y Control de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual 2013-2016*. España; 2015.
- Noguer, Isabel, y Cowgill Karen. *El VIH/SIDA en América Latina. Los retos para el futuro*. Organización Panamericana de la Salud; 2004.
- Onusida. *Datos Estadísticos*. Consultado el 28 de diciembre del 2017. s.f.
- . *DIRECTRICES Monitoreo Global del Sida 2017*. 2016.
- . *Acción Acelerada para para acabar con el Sida 2016-2021*; 2016. s.f. Recuperado de: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS-strategy-2016-2021_es.pdf
- . *Estrategia Acción acelerada para acabar con el sida, 2016-2021*.
- . *Acción Acelerada para la prevención combinada*; 2015. Recuperado de: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2766_Fast-tracking_combination_prevention_es.pdf
- . *Enfermedades oportunistas relacionadas con el VIH.*; 1999. Recuperado de: http://data.unaids.org/publications/irc-pub05/opportu_es.pdf
- . *Acción Acelerada para para acabar con el Sida*. S.f.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). *Estrategia mundial del sector de la salud contra el VIH 2016–2021, Hacia el fin del sida*; 2015.
- . *Política de la OMS sobre actividades de colaboración TB/VIH*; 2012. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44838/1/9789243503004_spa.pdf
- . *Vigilancia del VIH de segunda generación. El próximo decenio*; 2000. Recuperado de: <http://www.who.int/hiv/pub/ep->

idemiology/secondgeneration_sp.pdf

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). *Global Comission HIB and the Law*. New York; 2012.

———. *Implementación integral de programas de VIH e ITS con personas transgénero: Orientación práctica para intervenciones de colaboración*. Nueva York; 2016.

World Health Organization (WHO). *Consolidate Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment, and Care For Populations*; 2016.

			
			
	MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL	MINISTERIO DE DEFENSA	MINISTERIO DEL INTERIOR
MINISTERIO DE JUSTICIA, DERECHOS HUMANOS Y CULTOS	MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES Y MOVILIDAD HUMANA	MINISTERIO DE TRABAJO	
MINISTERIO DE EDUCACIÓN	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA		
		SECRETARÍA DE EDUCACIÓN SUPERIOR, CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN	SECRETARÍA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**
OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**