



INFORME

SITUACIÓN DE LA RESPUESTA
NACIONAL A LA EPIDEMIA DE
VIH EN ECUADOR

2024



PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

Daniel Noboa Azín

MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

Jimmy Martín Delgado

VICEMINISTRO DE GOBERNANZA DE LA SALUD

Bernardo Darquea Arias

SUBSECRETARIA DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA SALUD

Andrés Carrasco Montalvo

DIRECTORA NACIONAL DE ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL PARA ENFERMEDADES TRANSMISIBLES (e)

Ana Sánchez Piñuela

GERENTE DEL PROYECTO DE REDUCCIÓN DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICO-TRANSMISIBLES DE MAYOR IMPACTO EN EL ECUADOR: VIH/sida, ITS, TUBERCULOSIS Y HEPATITIS VIRAL B Y C

Rodrigo Tobar Robalino

EQUIPO TÉCNICO

Fernanda Vélez Cevallos

Diana Iglesias Zambrano

Henry Calle Llor

Mayra Granja Acosta

Carmen Pozo Rivera

Lisbeth Cuasapaz Rosero

Juan Vega Reyes

Viviana Allauca Chávez

Marcela Salazar Cedillo

Jaime Enríquez Salinas

Andrés Sanmartín Zambrano

María Bonifaz Hidalgo

Carlos Erazo Verdugo

Carina Silva Cordovilla

Jipson Montalbán Moreira

Christian Germán Pincay

Stephano Erazo Flores

Bolívar Tapia Ramírez

REVISIÓN

Valeria Torres Espín

DISEÑO

Iván Zúñiga Parra

Primera Edición, 2025

© Ministerio de Salud Pública

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

www.salud.gob.ec

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

DISTRIBUCIÓN GRATUITA

PROHIBIDA SU VENTA

EL NUEVO ECUADOR IMPULSA
Ministerio de Salud Pública

Tabla de contenido

1.	Introducción.....	6
2.	Situación mundial de la epidemia de VIH/sida.....	7
3.	Situación epidemiológica del VIH/sida en el Ecuador.....	7
3.1.	Tendencia anual de casos notificados por VIH/sida en el Ecuador, 1984 hasta el 2024.....	8
3.2.	Distribución de casos por provincia de residencia.....	10
3.3.	Tasa de incidencia de VIH/sida, Ecuador, 2024.....	12
3.4.	Tendencia de muertes relacionadas al VIH/sida en el Ecuador.....	13
3.5.	Distribución por características sociodemográficas y personales.....	16
3.5.1.	Razón hombre-mujer del VIH.....	16
3.5.2.	Distribución de casos de VIH por grupo de edad.....	16
3.5.3.	Distribución de casos de VIH por grupo de población.....	17
3.5.4.	Distribución de casos de VIH por autoidentificación étnica.....	18
3.5.5.	Distribución de casos de VIH por tipo de ocupación.....	20
4.	LÍNEA ESTRATÉGICA 1: ASEGURAR LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA PREVENCIÓN DEL VIH/sida, ITS Y HEPATITIS VIRALES.....	21
4.1.	Estrategias de prevención del VIH/sida, sífilis, hepatitis virales B y C.....	21
4.1.1.	Tamizajes de VIH.....	21
4.1.2.	Tendencia anual de tamizajes de VIH.....	21
4.1.3.	Cobertura del tamizaje de VIH, según zonas de planificación.....	22
4.1.4.	Tamizajes de Hepatitis B.....	28
4.1.5.	Tamizajes de hepatitis C.....	32
4.2.	Prevención combinada como estrategia en el Ecuador, 2024.....	36
4.2.1.	Estrategia de Profilaxis Pre Exposición (PrEP).....	37
4.2.2.	Estrategia de Profilaxis Post Exposición (PEP).....	39
4.2.3.	Cascada de prevención, Ecuador, 2024.....	41
4.2.3.1.	Análisis de cascada en población clave: Hombres que tienen sexo con hombres.....	41
4.2.3.2.	Análisis de cascada en población clave: Mujeres transfemininas (MT).....	42
4.2.3.3.	Análisis de cascada en población clave: trabajadoras sexuales (TS).....	43
4.2.4.	Implementación de la autopueba o prueba auto administrada de VIH (PAVIH).....	44
4.2.5.	Atención libre de estigma y discriminación en el marco de los servicios inclusivos.....	45
5.	LÍNEA ESTRATÉGICA 2: ASEGURAR LA ATENCIÓN INTEGRAL EN LA SALUD (CON EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL OPORTUNO DE ENFERMEDADES OPORTUNISTAS Y OTRAS ITS) DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA – ITS.....	49
5.1.	Atención integral de las personas que viven con VIH.....	49
5.1.1.	Personas que viven con el VIH que conocen su estado serológico.....	50

5.1.2. Análisis de tendencia de personas que viven con VIH y conocen su estado serológico, en Ecuador, desde el año 2018 al 2024.	51
5.1.3. Personas que viven con VIH con tratamiento antirretroviral (TARV).....	52
5.2. Medicamentos Antirretrovirales y esquemas de tratamiento en el MSP.	53
5.3. Atención diferenciada y el seguimiento de las personas con VIH.	56
5.4. Análisis de tendencia de las personas que viven con VIH en tratamiento antirretroviral (TARV).	58
5.4.1. Abandono de la terapia antirretroviral.....	59
5.4.2. Personas que viven con VIH en tratamiento antirretroviral con carga viral suprimida.	59
5.4.3. Análisis de tendencia de personas que viven con VIH en tratamiento antirretroviral y presentan carga viral suprimida, bajo el umbral <1000 copias/ml.	60
5.5. Gestión del suministro de productos estratégicos.	61
5.6. Cascada de atención del VIH en Ecuador, en el año 2024.....	62
5.6.1. Análisis de las brechas de la cascada de atención del VIH.....	63
5.6.2. Resumen del análisis de las brechas.....	64
5.6.3. Análisis de cascada atención de VIH por sexo, Ecuador, año 2024.	64
5.7. Estrategia para la Eliminación de la Transmisión Maternoinfantil del VIH.	65
5.7.1. Transmisión maternoinfantil del VIH.	66
5.7.2. Transmisión maternoinfantil de Sífilis.	68
5.7.3. Transmisión Maternoinfantil de Hepatitis B.....	69
5.7.4. Transmisión Maternoinfantil de la enfermedad de Chagas.	70
5.8. Coinfección VIH-tuberculosis.	71
5.9. Hepatitis virales B y C en población general y personas que viven con VIH.....	73
5.9.1. Hepatitis B.....	74
5.9.1.1. Atención integral y tratamiento - Hepatitis B.....	77
5.9.2. Hepatitis C.....	78
5.9.2.1. Atención integral y tratamiento - Hepatitis C.....	80
5.10. Infecciones de transmisión sexual	81
5.11. Atención Integral en Personas Privadas de Libertad.	84
5.11.1. Situación de los Centros de Privación de la Libertad en el año 2024.	85
5.11.2. Pruebas de Tamizaje en contextos penitenciarios.	85
5.11.3. Personas que viven con VIH por centro de privación de libertad.....	87
5.11.4. Personas privadas de libertad que presentan coinfección TB/VIH por centro de privación de libertad.....	88
6. LÍNEA ESTRATÉGICA 3: GARANTIZAR DERECHOS HUMANOS Y LA PREVENCIÓN DEL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN EN LAS PVV Y LOS GRUPOS DE POBLACIÓN CLAVE.....	89
6.1. Derechos humanos, estigma y discriminación.....	89

6.1.1. Situación de los Derechos Humanos 2024.....	89
6.2. Cumplimiento de sentencias en el País.	95
7. LÍNEA ESTRATÉGICA 4: FORTALECER LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA LA GOBERNANZA DE LA RESPUESTA NACIONAL AL VIH/SIDA-ITS.....	97
7.1. Fortalecimiento de la gobernabilidad y multisectorialidad de la respuesta nacional al VIH/sida-ITS.....	97
7.1.1. Gobernabilidad.	98
7.2. Política normativa.	99
7.3. Los sistemas de información estratégicos de vigilancia epidemiológica, monitoreo y evaluación de los servicios de salud.	99
8. Gasto relativo al VIH: presupuesto del MSP.	100
9. Acciones comunicacionales para la prevención del VIH.	103
10. Referencias.....	105

1. Introducción.

El Estado Ecuatoriano, en cumplimiento a lo establecido en la Constitución, ha desarrollado políticas públicas que garanticen a toda la población del Ecuador el acceso a la salud, al bienestar, a la vivencia, desde un enfoque y aplicación de los derechos humanos.

Ecuador se ha sumado a los acuerdos mundiales y regionales en la respuesta contra el VIH con el fin de garantizar una menor incidencia y a su vez una vida digna de todas las personas viviendo con VIH. Por lo tanto, los retos planteados por el país, en conformidad a la Declaración Política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida, es alcanzar que el 95% de personas que viven con VIH conozcan su estado serológico, que el 95% de personas viviendo con VIH reciban tratamiento antirretroviral y que el 95% de personas viviendo con VIH tengan carga viral indetectable, así como el mejoramiento del acceso a los servicios de educación sexual integral y reducción de daños, reforzando la atención a las mujeres, a las personas jóvenes, adolescentes y a los grupos de población clave, con un enfoque de derechos humanos.

El Ministerio de Salud Pública y la Red Pública Integral de Salud del Ecuador contribuyen a la disminución de la velocidad de crecimiento de la epidemia, fortaleciendo e implementando políticas sanitarias 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 personas viviendo con VIH en el Ecuador.

Estos esfuerzos conjuntos entre las instituciones públicas, privadas y organizaciones sociales, plasmadas en el PENM 2023-2025, permiten consolidar e implementar líneas estratégicas como políticas sanitarias en la promoción y prevención, con el fortalecimiento del algoritmo diagnóstico para mejorar la captación oportuna a través de pruebas rápidas, mejorar la atención integral universal y gratuita con la implementación de un proceso de transición en el tratamiento antirretroviral, garantizar los derechos humanos con la finalidad de disminuir el estigma y la discriminación, plantear un nuevo modelo de funcionamiento del CEMSIDA que permita consolidar una respuesta nacional y multisectorial con un solo plan estratégico de VIH y garantizar un sistema de información, de monitoreo y evaluación a nivel nacional, poniendo énfasis a población clave y grupos de alto riesgo, como mujeres embarazadas, para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH.

La Organización Mundial de la Salud define al VIH como el “Virus de Inmunodeficiencia Humana”, que infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente “inmunodeficiencia”. Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH. El VIH puede transmitirse por relaciones sexuales

vaginales, anales u orales con una persona infectada, la transfusión de sangre contaminada o el uso compartido de agujas, jeringuillas u otros instrumentos punzantes. Asimismo, puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia.

2. Situación mundial de la epidemia de VIH/sida.

El VIH sigue siendo un problema de salud pública a nivel mundial y es fundamental seguir trabajando en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento para lograr la eliminación del sida como problema de salud pública.

La situación mundial de la epidemia de VIH se caracteriza por avances significativos y desafíos persistentes; a pesar de ello, todavía hay desigualdades en el acceso a la atención, así como el estigma y la discriminación que siguen siendo barreras para la prevención y el tratamiento antirretroviral.

Según las cifras publicadas por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/sida (ONUSIDA), para el cierre del año 2023, a nivel mundial, se registran en promedio:

- 39,9 millones de personas vivían con el VIH en todo el mundo.
- 1,3 millones de personas contrajeron la infección por el VIH.
- 630.000 personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas al sida.
- 30,7 millones de personas tuvieron acceso a la terapia antirretroviral.
- 88,4 millones de personas contrajeron la infección por el VIH desde el comienzo de la epidemia.
- 42,3 millones de personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el sida desde el comienzo de la epidemia.

Estos datos reflejan una situación en la que, aunque se han logrado progresos, aún queda mucho trabajo por hacer, especialmente en términos de prevención, diagnóstico temprano, tratamiento y apoyo continuo a las personas que viven con VIH.

3. Situación epidemiológica del VIH/sida en el Ecuador.

Según ONUSIDA, para el año 2024 en el Ecuador se estiman 52.357 personas viviendo con VIH (PVV).

La epidemia en Ecuador es de tipo concentrada, en grupos de población clave (GPC), con una mayor prevalencia en hombres que tienen sexo con hombres (HSH), mujeres transfemeninas (MTF), trabajadoras/es sexuales y personas privadas de libertad (PPL).

Prevalencia de VIH en grupos de población clave (estudio de prevalencia 2009):

- Personas Transfemeninas **18,17%**
- Hombres que tienen sexo con hombres **10,19%**
- Trabajadoras/es sexuales **1,04%**
- Personas Privadas de libertad **1.3%**

3.1. Tendencia anual de casos notificados por VIH/sida en el Ecuador, 1984 hasta el 2024.

El Ecuador acumula un total de 85.224 casos de VIH notificados desde el año 1984 hasta el 2024; en la tendencia por décadas se puede apreciar que: entre los años 1980-1990, primera aparición del VIH/sida en Ecuador, los números son bajos pero en aumento; entre 1990-2000 el crecimiento acelerado de casos; entre el 2000-2010, expansión continua de la epidemia, alcanzando más de 5.000 casos en 2009; y entre los años 2010-2020, estabilización parcial de la epidemia, con fluctuaciones en los números de casos debido a mejoras en el acceso a tratamiento y prevención.

De 1984 a 2023 podemos apreciar la evolución de la epidemia con un aumento general de casos de VIH/sida, la cual ha sido de manera constante. En las primeras décadas, el aumento fue exponencial (más de 1% de 1984 a 1990 y casi 2% de 1990 a 2000), pero en las últimas décadas (2010-2023) el incremento ha sido más moderado, con un crecimiento de aproximadamente 3% al 6% anual en los últimos años; desde el año 2022 al 2024 la tendencia anual de casos se mantiene sobre los 5.000 casos.

Desde el inicio de la epidemia del VIH en Ecuador, en 1984, hasta el año 2024 se ha observado una evolución significativa en la notificación de casos, marcada por distintas fases de crecimiento, estabilización y proyecciones futuras con tendencia al incremento.

Durante los primeros años (1984-1999), la notificación anual de casos se observa con crecimiento gradual y progresivo, este comportamiento puede atribuirse a limitaciones en la capacidad diagnóstica y el estigma asociado, lo cual probablemente conllevó a un importante subregistro de casos.

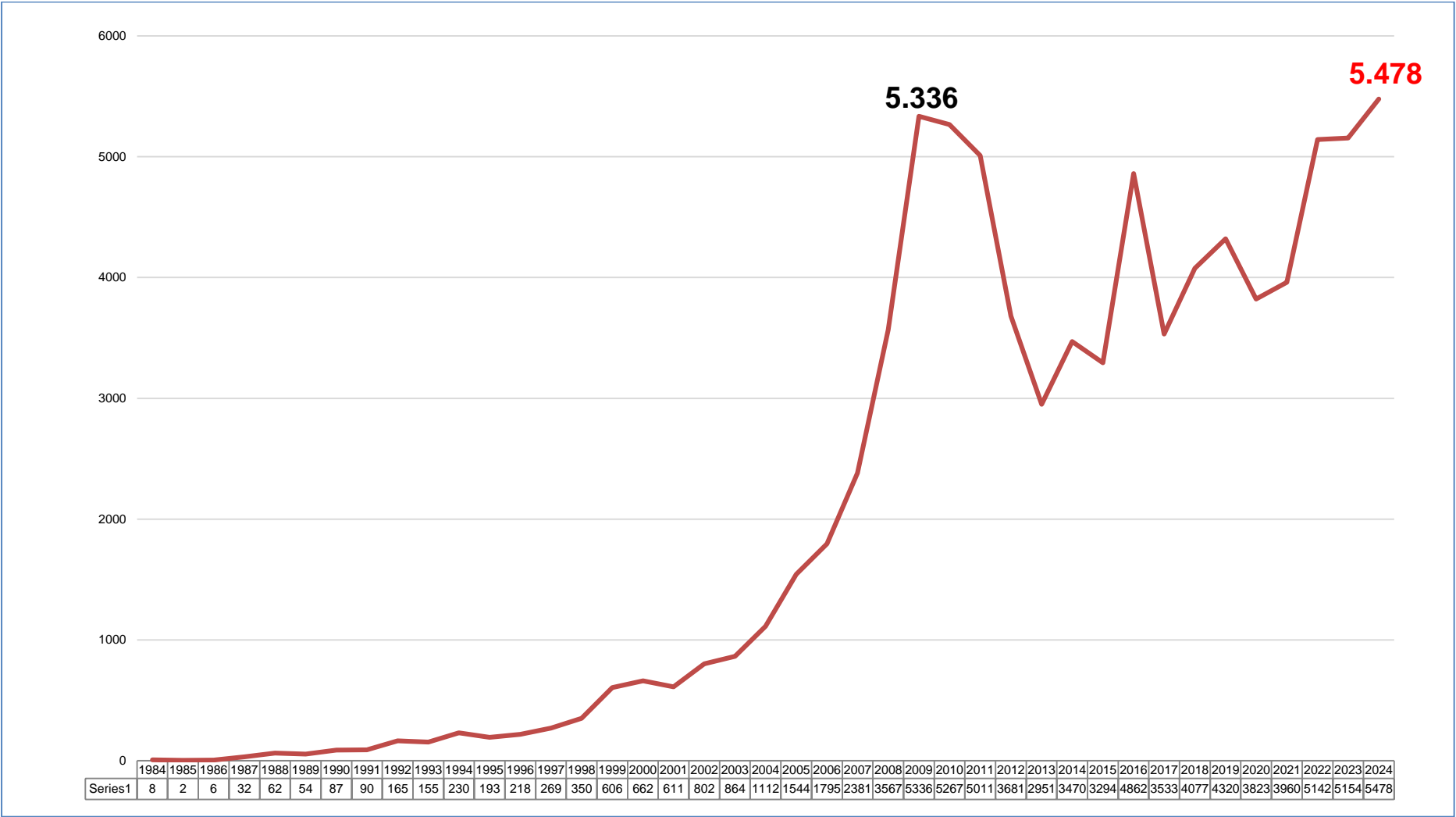
A partir del año 2000, se observa un incremento de los casos notificados, alcanzando su primer pico importante en 2009 con 5.336 casos, este ascenso está relacionado con el fortalecimiento del acceso a pruebas de tamizaje rápido para detección del VIH, y la implementación de políticas de salud pública enfocadas en VIH.

El periodo comprendido entre 2009 y 2015 muestra una tendencia irregular, con oscilaciones en las cifras anuales; se destacan incrementos como el del año 2010 (5.267 casos) y descensos como el de 2015 (3.294 casos).

Entre 2016 y 2021 se registra una fase de aparente estabilización, con cifras anuales que fluctuaron entre 4.862 y 3.960 casos. No obstante, es importante considerar el impacto de la pandemia por COVID-19 durante 2020 y 2021, que afectó la oferta de servicios, generando un subregistro temporal.

Finalmente, las proyecciones para el trienio 2022-2024 muestran nuevamente una tendencia ascendente, alcanzando una cifra estimada de 5.478 casos en 2024.

Gráfico 1. Incidencia anual de casos notificados por VIH/sida, Ecuador, 1984-2024.



Fuente: Estrategia Nacional del VIH/Sida-ITS, MSP, Histórico de casos de VIH/sida, 1984-2024.



En conclusión, la evolución histórica de los casos notificados por VIH en el país refleja los cambios en el contexto sanitario, social y político a lo largo de cuatro décadas. La vigilancia epidemiológica continua y el análisis de tendencias permiten orientar estrategias efectivas que respondan a las necesidades actuales y futuras de la población.

3.2. Distribución de casos por provincia de residencia.

Durante el año 2024 se notificaron un total de 5.478 nuevos casos de VIH/sida en el país, de éstos, el 75,51% se concentraron en cinco provincias: Guayas 36,11% (1.978); Pichincha 18,47% (1.012); Manabí 6,57% (360); El Oro 5,28% (289); y Azuay 5,17% (283). Esmeraldas también reportó una proporción significativa, con el 3,91% (214) del total de casos; en conjunto, Guayas y Pichincha agrupan el 54,58% de los casos nuevos, lo cual puede estar relacionado con la mayor disponibilidad de Unidades de Atención Integral (UAI) en estas provincias, así como con factores asociados al acceso a servicios de salud en contextos urbanos. Es fundamental considerar que las características socioculturales y estructurales del entorno urbano podrían incidir tanto en el diagnóstico oportuno como en la captación de casos.

El análisis por regiones geográficas revela que el 61% de los nuevos casos residen en la región Litoral, el 32% en la región Sierra, el 7% en la Amazonía y apenas el 0,1% en la región Insular. Estos datos refuerzan la necesidad de continuar fortaleciendo las estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento en las zonas geográficas con mayor carga de enfermedad.

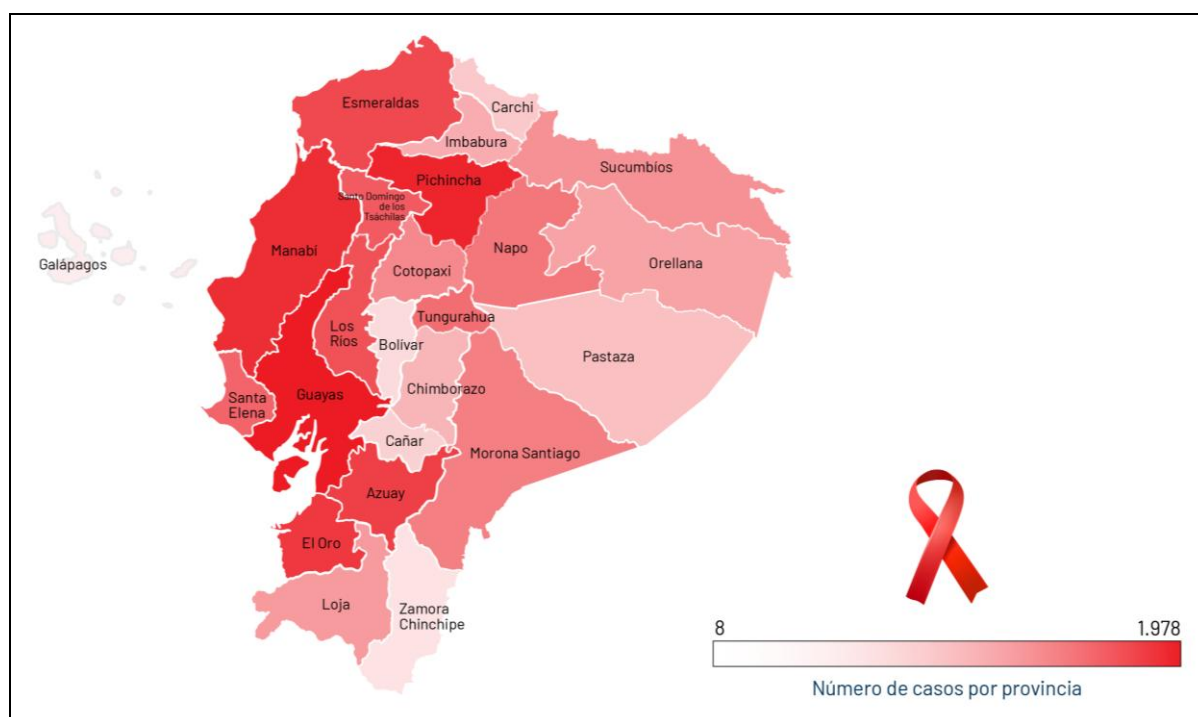
Tabla 1. Distribución de casos VIH/sida por provincia de residencia, Ecuador, 2024.

Provincia de residencia	Hombre	%	Mujer	%	Total	%
Guayas	1.471	36,01%	507	36,40%	1.978	36,11%
Pichincha	847	20,73%	165	11,84%	1.012	18,47%
Manabí	272	6,66%	88	6,32%	360	6,57%
El Oro	207	5,07%	82	5,89%	289	5,28%
Azuay	220	5,39%	63	4,52%	283	5,17%
Esmeraldas	121	2,96%	93	6,68%	214	3,91%
Los Ríos	106	2,59%	72	5,17%	178	3,25%
Santo Domingo de los Tsáchilas	118	2,89%	40	2,87%	158	2,88%
Santa Elena	117	2,86%	29	2,08%	146	2,67%
Tungurahua	92	2,25%	28	2,01%	120	2,19%
Napo	64	1,57%	36	2,58%	100	1,83%

Morona Santiago	63	1,54%	33	2,37%	96	1,75%
Cotopaxi	54	1,32%	28	2,01%	82	1,50%
Sucumbíos	51	1,25%	20	1,44%	71	1,30%
Loja	46	1,13%	21	1,51%	67	1,22%
Orellana	45	1,10%	20	1,44%	65	1,19%
Imbabura	44	1,08%	13	0,93%	57	1,04%
Chimborazo	41	1,00%	6	0,43%	47	0,86%
Pastaza	29	0,71%	11	0,79%	40	0,73%
Carchi	22	0,54%	11	0,79%	33	0,60%
Cañar	19	0,47%	12	0,86%	31	0,57%
Bolívar	15	0,37%	12	0,86%	27	0,49%
Zamora Chinchipe	15	0,37%	1	0,07%	16	0,29%
Galápagos	6	0,15%	2	0,14%	8	0,15%
Total	4.085	100%	1.393	100%	5.478	100%

Fuente: Plataforma de Registro de Atenciones en Salud (PRAS), Reporte de casos de VIH, Ecuador, 2024.

Gráfico 2. Concentración de casos de VIH por provincia, 2024.



Fuente: Plataforma de Registro de Atenciones en Salud (PRAS), Reporte de casos de VIH – Ecuador, 2024.

3.3. Tasa de incidencia de VIH/sida, Ecuador, 2024.

La tasa de incidencia de VIH en Ecuador varía significativamente entre provincias y entre hombres y mujeres, debido al tamaño poblacional, lo que denota que se encuentra en las 24 provincias del país; hay una clara disparidad geográfica con provincias amazónicas y costeras teniendo tasas significativamente más altas.

Provincias con mayor incidencia: La incidencia del VIH tiene una dispersión amplia entre las diferentes provincias. Napo tiene la tasa más alta con 0,71 por cada 1.000 habitantes, seguida por Guayas con 0,42; Morona Santiago con 0,41; El Oro con 0,38; Orellana 0,36 y Santa Elena 0,35. Esto indica que estas provincias superan la media nacional de 0,31; aumentando el riesgo de nuevos casos en comparación con otras regiones.

Provincias con menor incidencia: Provincias como Chimborazo, Cañar e Imbabura, presentan tasas más bajas con 0,09; 0,11 y 0,12 respectivamente, lo que indica un menor riesgo de nuevos casos en esas regiones.

Diferencias por sexo: En muchas provincias, la tasa en hombres es significativamente mayor que en mujeres; por ejemplo, en Guayas, la tasa en hombres es 0,64 mientras que en mujeres es 0,22; sugiriendo que los hombres en estas áreas tienen un riesgo mucho mayor de contraer VIH en comparación con las mujeres.

Tendencias generales: La diferencia marcada entre las tasas de hombres y mujeres en varias provincias puede reflejar factores sociales, culturales o de acceso a servicios de salud. Además, las provincias con tasas más altas podrían requerir mayor atención en campañas de prevención y detección temprana.

Contexto nacional: La tasa nacional es de 0,31 por cada 1.000 habitantes, con una tasa en mujeres de 0,15 y en hombres de 0,46; lo que nos muestra que, en general, los hombres presentaron un riesgo casi el doble que las mujeres en contraer VIH en Ecuador, en el año 2024.

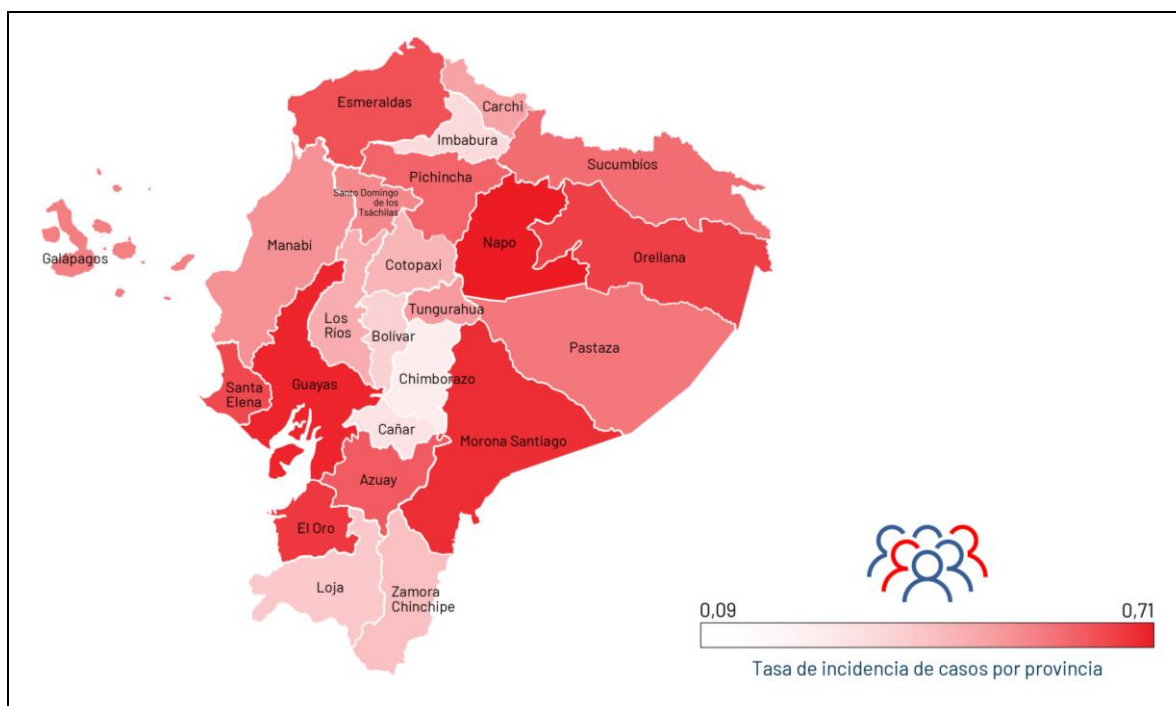
Tabla 2. Distribución de la Tasa de incidencia de VIH/sida por cada 1.000 habitantes por provincia y sexo, Ecuador, 2024.

Provincias	Tasa de incidencia por cada 1.000 habitantes		
	Tasa hombre	Tasa mujer	Tasa por provincia
Napo	0,89	0,52	0,71
Guayas	0,64	0,22	0,42
Morona Santiago	0,52	0,29	0,41
El Oro	0,54	0,22	0,38
Orellana	0,46	0,23	0,36
Santa Elena	0,55	0,14	0,35
Esmeraldas	0,38	0,30	0,34
Azuay	0,54	0,14	0,34
Pichincha	0,57	0,11	0,33

Sucumbíos	0,44	0,19	0,32
Pastaza	0,46	0,18	0,32
Galápagos	0,42	0,15	0,29
Santo Domingo de los Tsáchilas	0,42	0,14	0,28
Manabí	0,33	0,11	0,22
Tungurahua	0,33	0,09	0,21
Carchi	0,26	0,13	0,19
Los Ríos	0,20	0,14	0,17
Cotopaxi	0,23	0,12	0,17
Zamora Chinchipe	0,24	0,02	0,13
Loja	0,18	0,08	0,13
Bolívar	0,14	0,11	0,12
Imbabura	0,19	0,05	0,12
Cañar	0,14	0,08	0,11
Chimborazo	0,17	0,02	0,09
Nacional	0,46	0,15	0,31

Fuente: 1. Proyección Poblacional del Ecuador, INEC 2024 2. Plataforma de Registro de Atenciones en Salud (PRAS), Reporte de casos de VIH, Ecuador, 2024.

Gráfico 3. Tasa de incidencia de casos de VIH por provincia, 2024.



Fuente: 1. Proyección Poblacional del Ecuador, INEC 2024 2. Plataforma de Registro de Atenciones en Salud (PRAS), Reporte de casos de VIH, Ecuador, 2024.

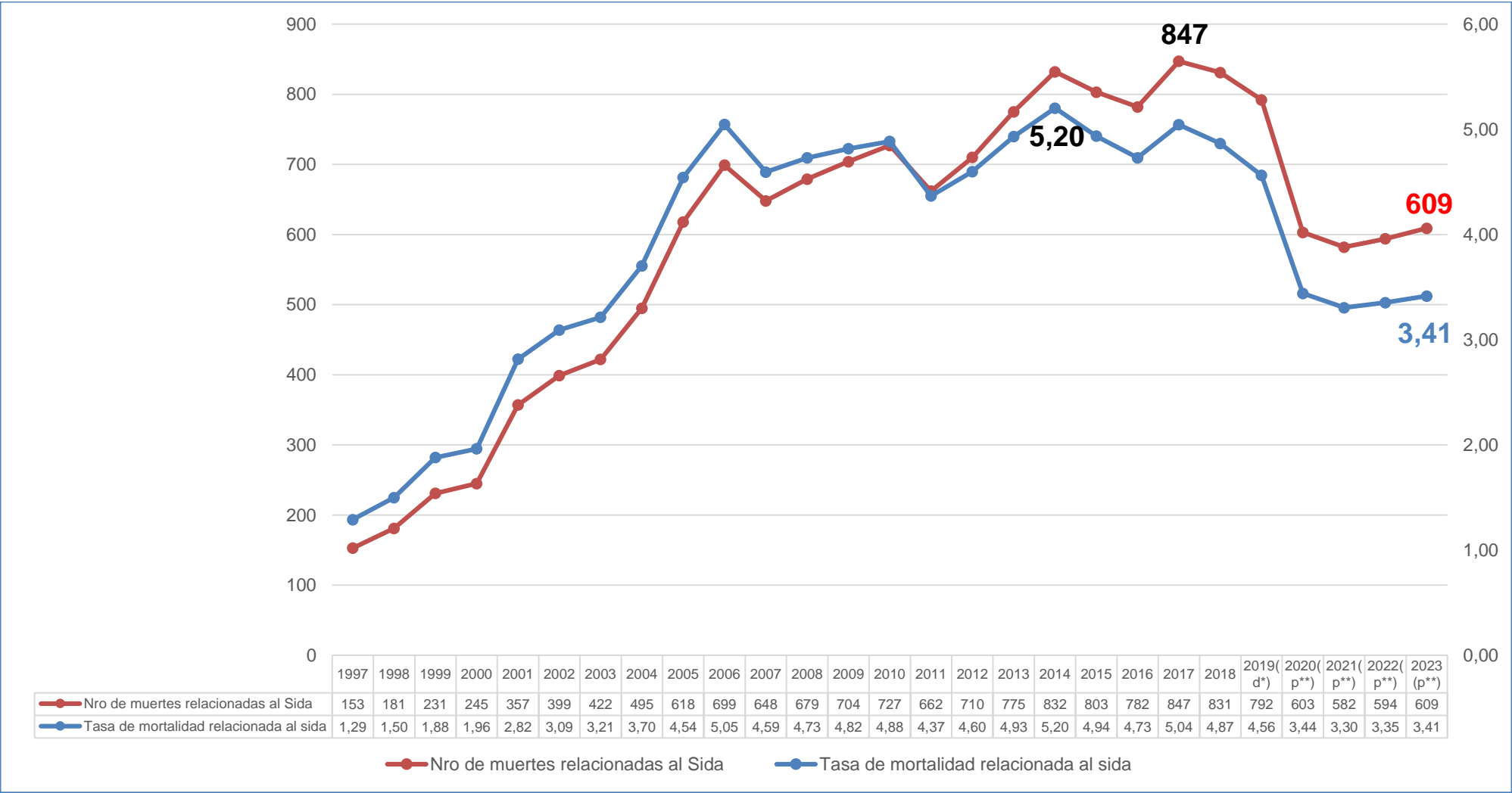
3.4. Tendencia de muertes relacionadas al VIH/sida en el Ecuador.

La tasa de mortalidad por VIH/sida en Ecuador ha mostrado una disminución en los últimos años. En 2022, la tasa de mortalidad ajustada fue de 3,35 por cada 100.000 habitantes, una de las más bajas de los últimos 15 años, lo que representa una reducción del 74,5% desde el año 2000.

Se estima que la epidemia de VIH en el Ecuador ha provocado el fallecimiento de 25.000 personas por causas relacionadas al sida. Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), en el año 2023 la tasa de mortalidad fue de 3,41 por cada 100.000 habitantes; entre las causas de muerte más frecuentes están la Tuberculosis Pulmonar y Extrapulmonar, seguida de encefalitis por Toxoplasma Gondii e Histoplasmosis Diseminada.

Sin embargo, en este último año se reportaron 5.478 nuevos casos de VIH, con una concentración significativa en las provincias de Guayas, Pichincha, Manabí, El Oro, Azuay y Esmeraldas. A pesar de la reducción en la mortalidad, el número de nuevos casos indica que la epidemia sigue activa, especialmente entre hombres jóvenes de 25 a 49 años.

Gráfico 4. Mortalidad relacionada al VIH/sida, Ecuador, 1997-2023.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), Anuario de estadísticas vitales - Defunciones, 1997-2023.



3.5. Distribución por características sociodemográficas y personales.

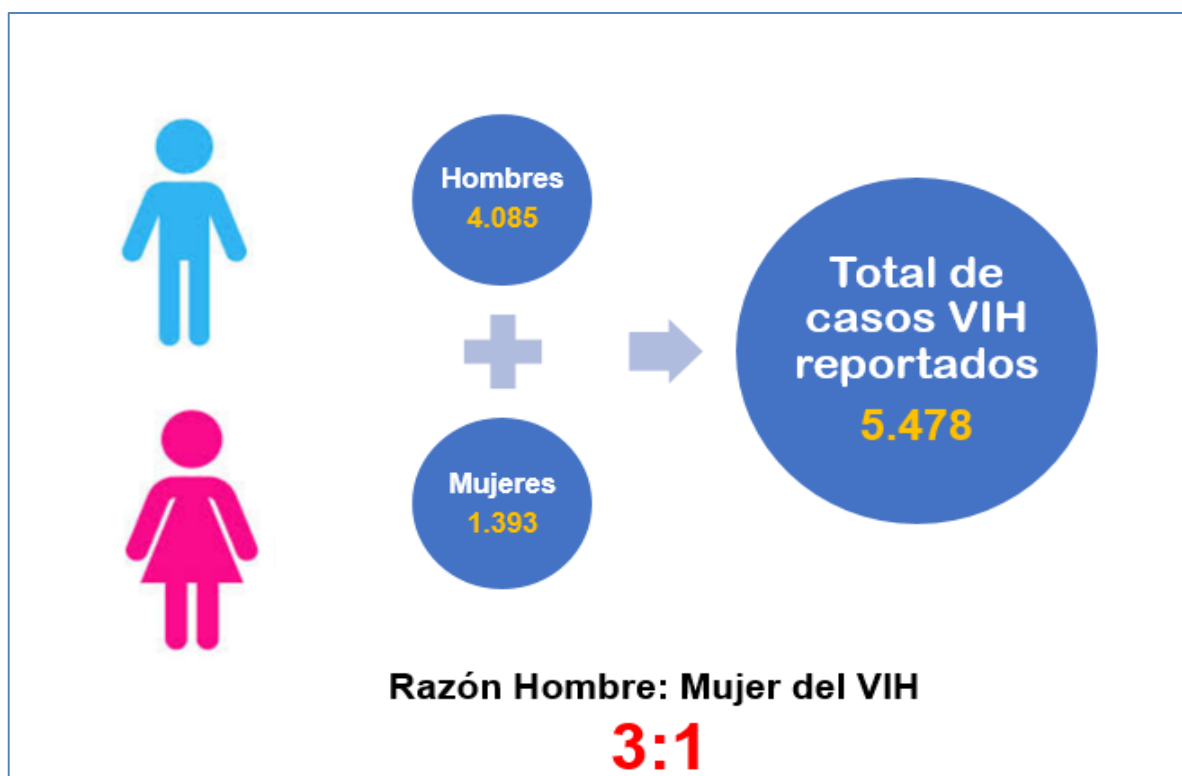
3.5.1. Razón hombre-mujer del VIH.

En Ecuador, durante el año 2024, se notificaron 5.478 casos nuevos de VIH, de los cuales el 75% corresponde a hombres y el 25% a mujeres, lo que refleja una razón de sexo de 3:1, es decir, por cada tres hombres diagnosticados, se reporta una mujer con la infección.

Comparado con el año 2023, se observa un incremento de 324 casos en el total de casos notificados.

En el caso de las mujeres, el número de reportes mostró una ligera disminución, pasando de 1.400 casos en 2023 a 1.393 en 2024; en contraste, en los hombres se evidenció un incremento, de 3.754 casos en 2023 a 4.085 en 2024.

Gráfico 5. Razón Hombre-Mujer, 2024.



Fuente: Plataforma de Registro de Atenciones en Salud (PRAS), Reporte de casos de VIH, Ecuador, 2024.

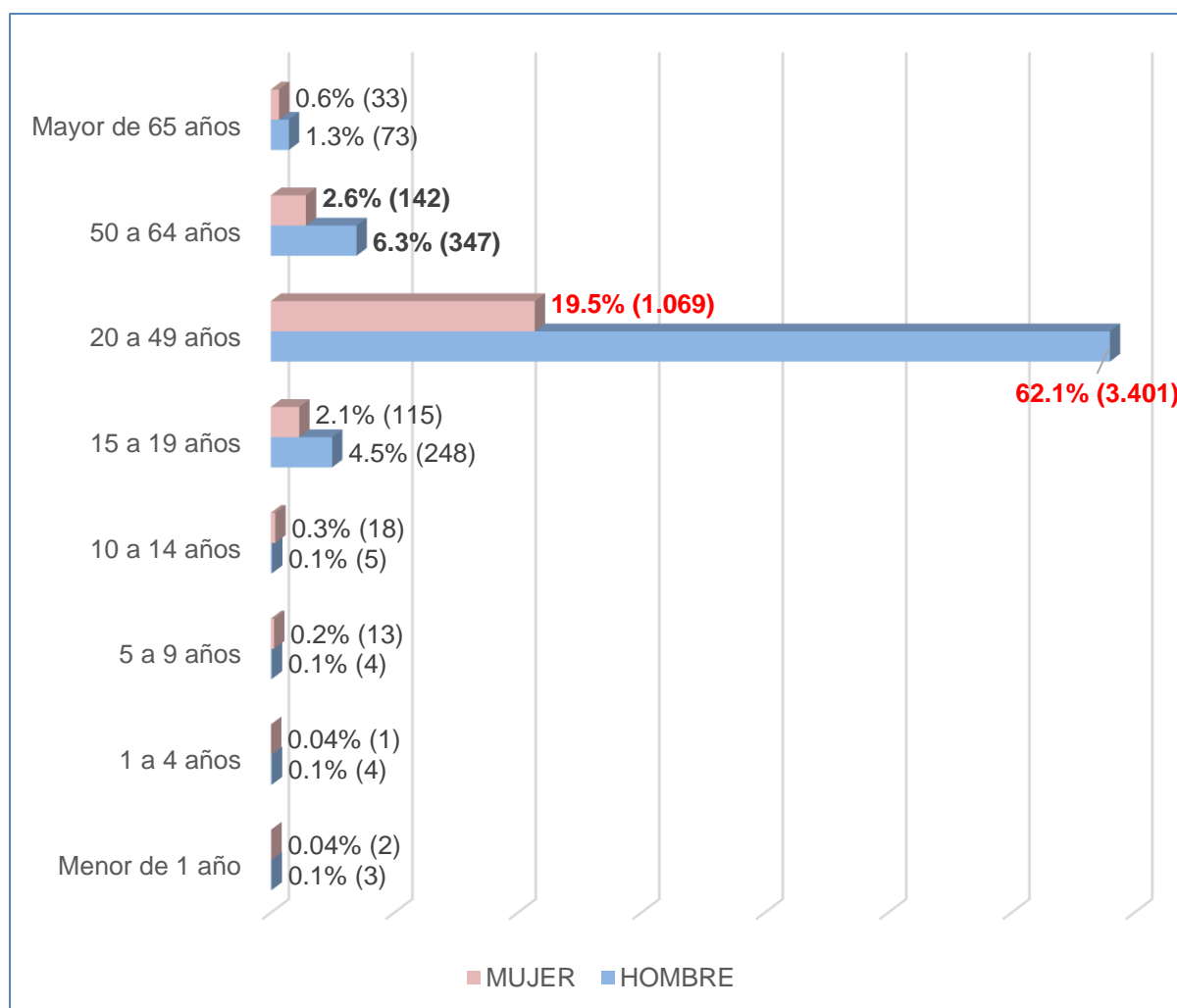
3.5.2. Distribución de casos de VIH por grupo de edad.

El análisis de los nuevos casos de VIH notificados en 2024, según el grupo etario, muestra que la mayoría de los diagnósticos corresponde a personas entre 20 y 49 años, quienes representan el 81,6% (4.470 casos) del total reportado. En segundo lugar, se encuentran las personas de 50 a 64 años, con un 8,9% (489 casos).

El grupo de adolescentes y jóvenes de 15 a 19 años representa el 6,6% (363 casos), mientras que las personas mayores de 65 años constituyen el 1,9% (106 casos). Por su parte, los niños y niñas menores de 14 años representan en conjunto el 0,98% (50 casos).

En la población mayor de 15 años se observa un claro predominio de casos nuevos en hombres, quienes representan el 75% de los diagnósticos en este grupo etario.

Gráfico 6. Distribución de casos de VIH por grupo de edad, 2024.



Fuente: Plataforma de Registro de Atenciones en Salud (PRAS), Reporte de casos de VIH, Ecuador, 2024.

3.5.3. Distribución de casos de VIH por grupo de población.

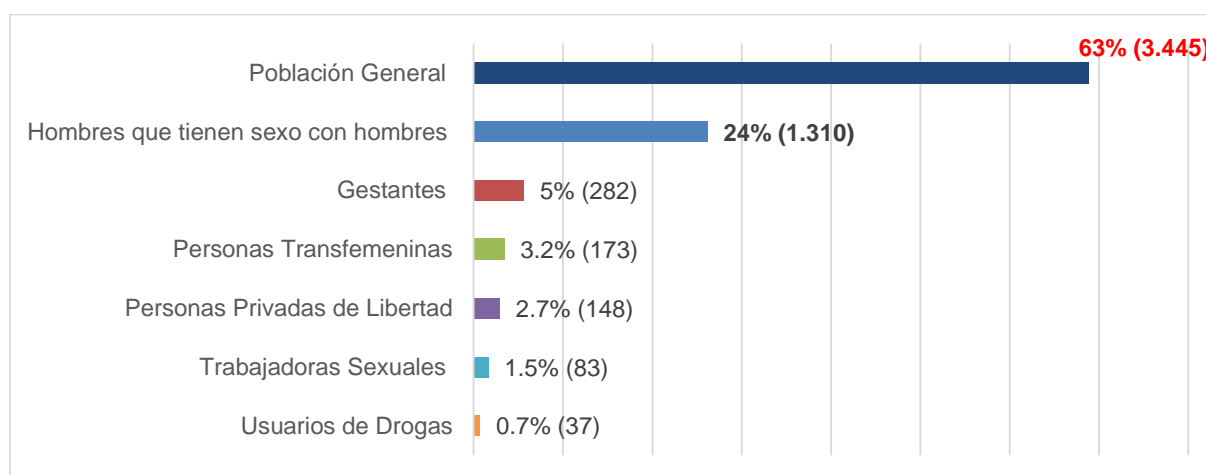
La distribución de nuevos diagnósticos de VIH, en cuanto al grupo de población, evidencia que la población general concentra el 63% de los casos reportados (3.445).

En segundo lugar, se encuentran los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), quienes representan el 24% (1.310), seguidos por las mujeres trans (personas transfemeninas) con el 3,2% (173), personas privadas de libertad con el 2,7% (148), mujeres que ejercen el trabajo sexual con el 1,5% (83) y personas usuarias de drogas con el 0,7% (37).

Los denominados grupos de población clave (GPC) representan en conjunto el 32,1% del total de nuevos casos. Esta concentración responde a una interacción de factores estructurales, sociales, biológicos y conductuales que incrementan su exposición al virus. Entre los determinantes de riesgo destacan las prácticas sexuales sin protección, particularmente el sexo anal receptivo que presenta mayor eficiencia en la transmisión del VIH, la alta rotación de parejas sexuales, así como las limitaciones para negociar el uso consistente del condón. Adicionalmente, en el contexto ecuatoriano, estas poblaciones suelen estar insertas en redes sexuales cerradas, caracterizadas por una elevada prevalencia del VIH, lo que implica mayor riesgo de transmisión.

Por otra parte, la población de mujeres gestantes constituye el 5% de los nuevos casos reportados (282). Aunque múltiples determinantes pueden contribuir al riesgo de infección en este grupo, el principal mecanismo identificado continúa siendo la exposición sexual sin protección con parejas seropositivas o con diagnóstico desconocido.

Gráfico 7. Distribución de casos de VIH por grupo de población, 2024.



Fuente: Plataforma de Registro de Atenciones en Salud (PRAS), Reporte de casos de VIH, 2024.

3.5.4. Distribución de casos de VIH por autoidentificación étnica.

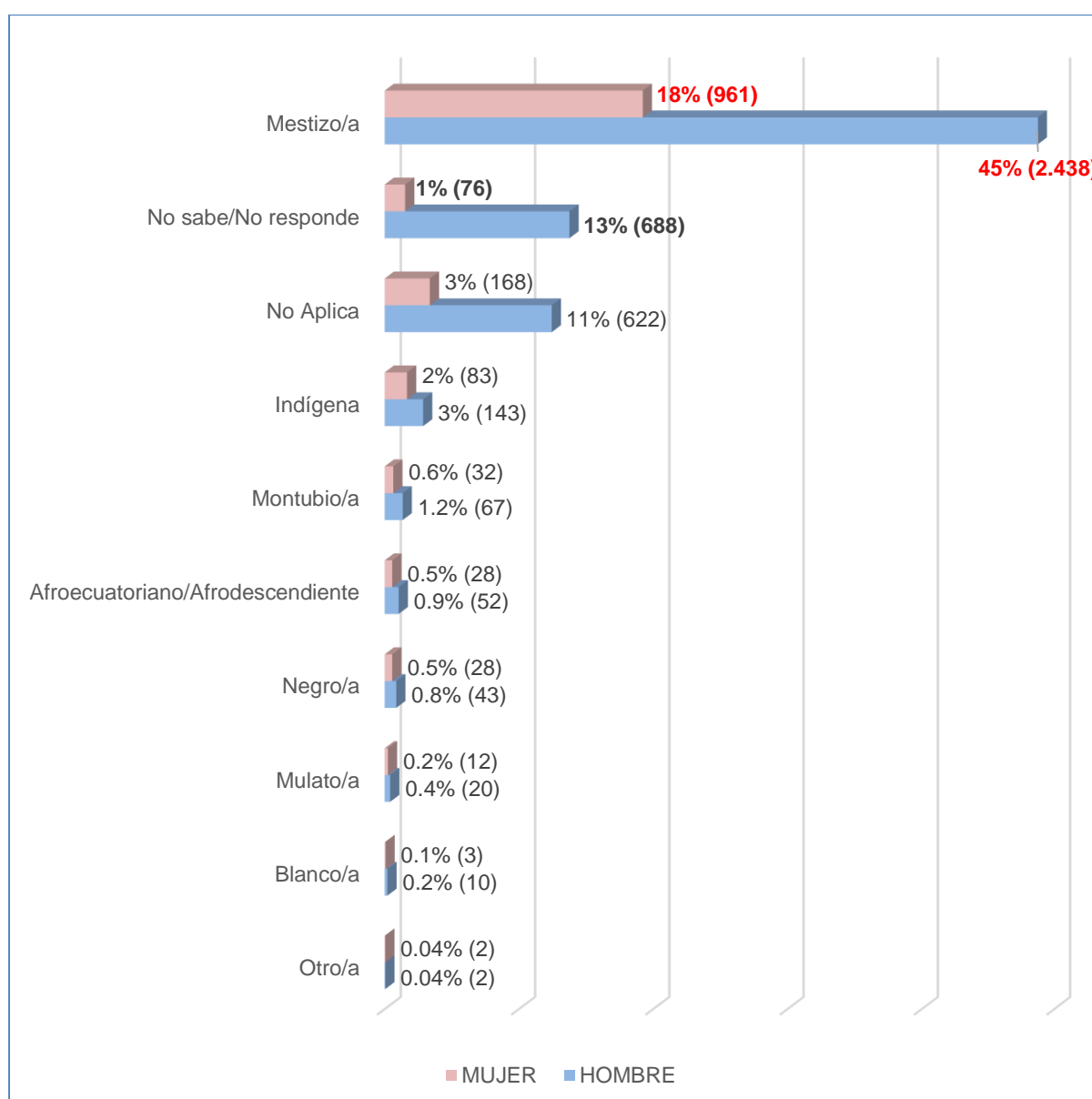
De los 5.478 nuevos casos de VIH notificados en el país en el 2024, el 63% (3.399) corresponde a personas que se autoidentifican como mestizas. Les siguen personas indígenas con el 5% (226), montubio/a con el 1,8% (99), afroecuatorianas/afrodescendientes con el 1,4% (80), negro/a con el 1,3% (71), mulato/a con el 0,6% (32), blanco/a con el 0,3% (13) y otras identidades étnicas con el 0,08% (4). Adicionalmente, el 14% (790) corresponde a personas extranjeras, por lo que no aplica esta caracterización y el 14% (764) corresponde a personas que no refieren o desconocen su pertenencia étnica.

La menor proporción de casos reportados entre personas no mestizas no necesariamente refleja una menor incidencia del VIH en estos grupos, sino que puede estar relacionada con condiciones estructurales que limitan el acceso a servicios de salud, diagnóstico y prevención.

En el caso de comunidades indígenas, montubias y afrodescendientes, el acceso a información y servicios de salud sexual y reproductiva suele verse restringido por factores como la dispersión geográfica, la ubicación en zonas rurales y de difícil acceso, así como la escasa disponibilidad de programas interculturales que respondan a sus particularidades socioculturales.

Adicionalmente, la estigmatización y discriminación hacia las personas que viven con VIH pueden ser más acentuadas en ciertos entornos comunitarios, generando barreras para el acceso oportuno al diagnóstico y tratamiento. Estas desigualdades se ven agravadas por condiciones de pobreza y exclusión social que históricamente han afectado a estas poblaciones, lo que resalta la necesidad de estrategias diferenciadas y culturalmente pertinentes en la respuesta nacional al VIH.

Gráfico 8. Distribución de casos de VIH por autoidentificación étnica, 2024.



Fuente: Plataforma de Registro de Atenciones en Salud (PRAS), Reporte de casos de VIH, Ecuador, 2024.

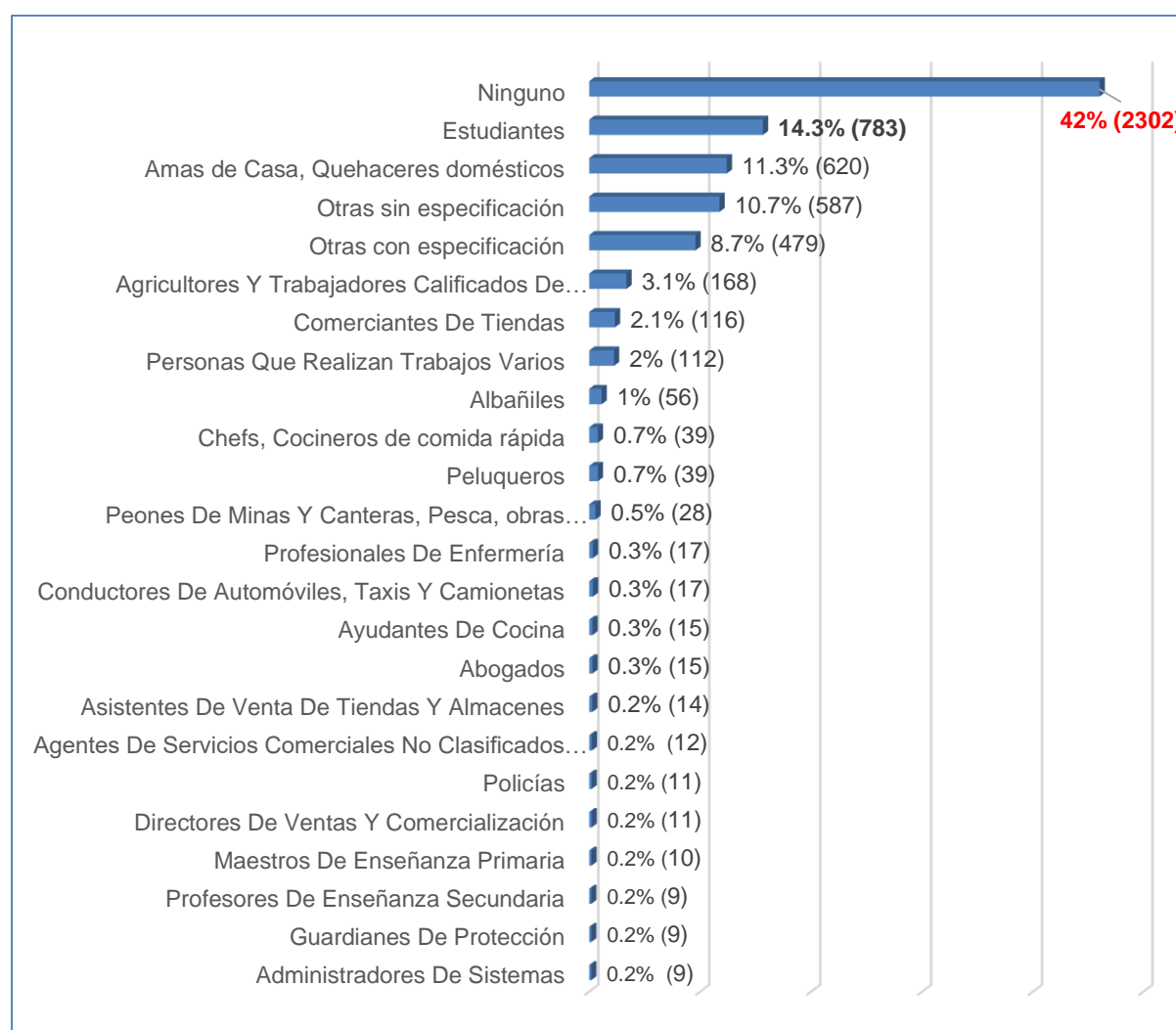
3.5.5. Distribución de casos de VIH por tipo de ocupación.

La infección por VIH no está determinada por el estatus socioeconómico de las personas, sin embargo, ciertos factores sociales y económicos pueden influir en el riesgo de adquirir VIH en diferentes grupos de población.

En el gráfico se observa que el 42% (2.302) de los nuevos casos de VIH notificados en el año 2024 corresponden a personas que no reportan una ocupación específica, seguido por un 14,3% (783) que refieren ser estudiantes y un 11,3% (620) que se identifican como amas de casa.

A partir de estos grupos se evidencia una distribución amplia de casos entre personas que ejercen diversas ocupaciones; esta dispersión refuerza la comprensión de que el VIH puede afectar a cualquier persona, independientemente de su actividad laboral y que no se debe asociar la infección a una profesión en particular, evitando así cualquier forma de estigmatización.

Gráfico 9. Distribución de casos de VIH por tipo de ocupación, 2024.



Fuente: Plataforma de Registro de Atenciones en Salud (PRAS), Reporte de casos de VIH, Ecuador, 2024.

4. LÍNEA ESTRATÉGICA 1: ASEGURAR LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA PREVENCIÓN DEL VIH/sida, ITS Y HEPATITIS VIRALES.

4.1. Estrategias de prevención del VIH/sida, sífilis, hepatitis virales B y C.

4.1.1. Tamizajes de VIH.

La prueba rápida de tamizaje para VIH se realiza a personas asintomáticas para detectar la presencia de anticuerpos o antígenos del virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Su objetivo es identificar infecciones no diagnosticadas para brindar tratamiento oportuno, reducir la transmisión y mejorar la calidad de vida.

En Ecuador, el tamizaje de VIH está regido por un marco normativo integral que busca garantizar la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado de esta infección; el MSP es el organismo encargado de normar y dirigir las acciones de prevención, tratamiento y control del VIH/sida en el país, así como la confidencialidad de los datos de las personas que acceden a estos servicios.

El Plan Estratégico Nacional Multisectorial para la Respuesta al VIH/sida, ITS y Hepatitis Virales 2023-2025, establece estrategias específicas para fortalecer la respuesta nacional al VIH, incluyendo:

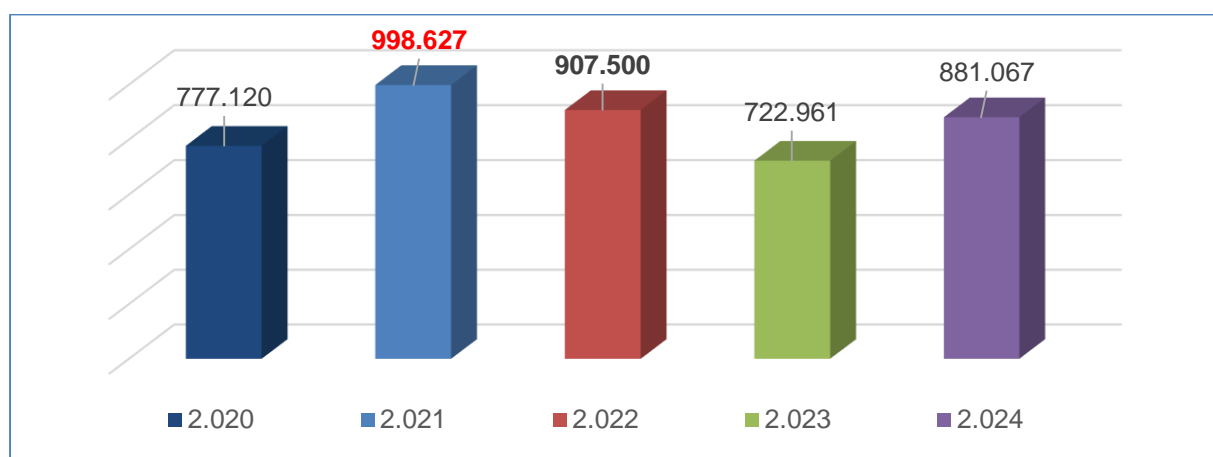
- La implementación de tamizajes universales en servicios de salud, con énfasis en poblaciones clave y grupos vulnerables.
- La promoción de la detección temprana del VIH a través de pruebas rápidas y gratuitas en todos los niveles de atención.
- La capacitación continua del personal de salud en la realización de pruebas de VIH y en la consejería pre y post prueba.

4.1.2. Tendencia anual de tamizajes de VIH.

Durante el periodo 2020-2024 se observa una variabilidad en el número de tamizajes para VIH realizados a nivel nacional. En 2020 se registraron 777.120 tamizajes, en 2021 un total de 998.627, en 2022 se alcanzaron 907.500, en 2023 se reportaron 722.961 y en 2024 la cifra ascendió a 881.067.

Es importante señalar que, a partir de finales de 2022, mediante disposición ministerial, se estableció como obligatorio el registro de los tamizajes en el módulo de prevención combinada del sistema PRAS, siendo éste el único canal oficial para la recolección de dicha información. Este proceso de transición generó una disminución en el número de registros durante el año 2023, debido a los ajustes en la implementación y adopción del sistema, no obstante, en 2024, gracias a los esfuerzos de fortalecimiento institucional y a la capacitación continua a los profesionales de salud, se logró una mejora sustancial en la calidad y oportunidad del registro, reflejándose en una tendencia a la estabilización de los datos.

Gráfico 10. Pruebas de tamizaje para VIH anuales, Ecuador, 2020-2024.



Fuente: Plataforma de Registro de Atenciones en Salud (PRAS), Reporte tamizajes para VIH, Ecuador, 2024.

4.1.3. Cobertura del tamizaje de VIH, según zonas de planificación.

Durante el año 2024 se registraron a nivel nacional un total de 881.067 tamizajes para VIH mediante pruebas rápidas, según datos reportados en la Plataforma de Registro de Atenciones en Salud (PRAS); del total de pruebas realizadas, el 29% (251.413) se realizó en hombres, mientras que el 71% (629.654) se realizó en mujeres.

En comparación con el año 2023, en el que se reportaron 722.961 tamizajes, se evidencia un incremento del 18% (158.106) en el número de pruebas realizadas durante 2024. Este incremento podría atribuirse al fortalecimiento de las estrategias de prevención implementadas durante el periodo, así como al accionar coordinado de los equipos técnicos desplegados en territorio, en el marco de una respuesta nacional ampliada frente a la epidemia del VIH.

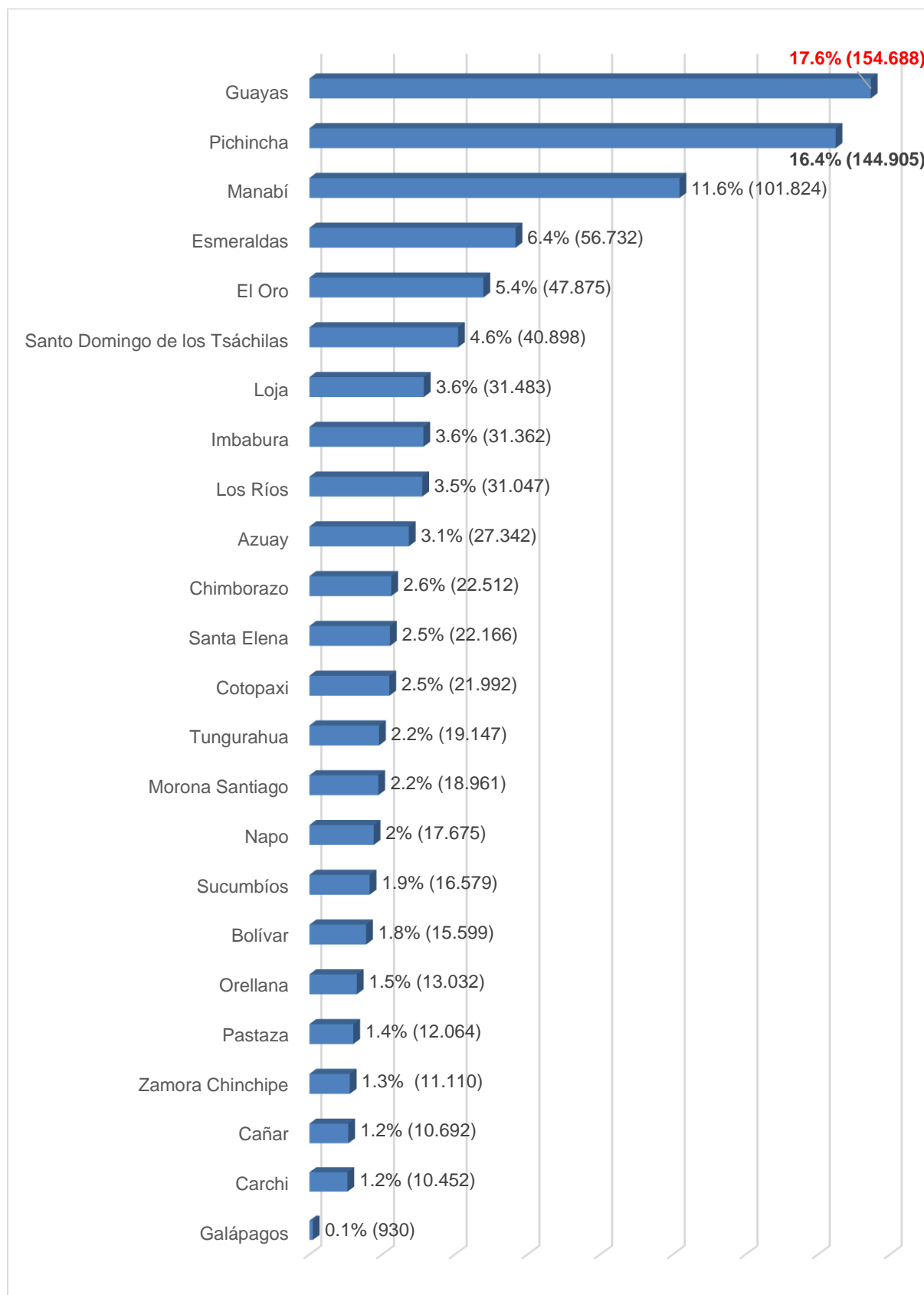
En la siguiente tabla se presenta la distribución de pruebas de tamizaje para VIH realizadas entre 2020 y 2024, desagregada por coordinación zonal.

Tabla 3. Tamizajes de VIH según zona de planificación, 2020-2024.

Zonas	2020	2021	2022	2023	2024
Zona 1	118.168	139.910	132.080	78.655	115.125
Zona 2	40.464	52.443	47.004	36.463	46.131
Zona 3	47.756	62.976	82.810	61.193	75.715
Zona 4	72.772	116.372	129.478	109.649	142.722
Zona 5	142.381	182.238	136.117	50.780	117.594
Zona 6	96.043	120.771	84.836	53.373	56.995
Zona 7	69.949	93.790	95.312	75.407	90.468
Zona 8	126.356	164.603	129.221	126.530	106.836
Zona 9	63.231	65.524	70.642	130.911	129.481
Total	777.120	998.627	907.500	722.961	881.067

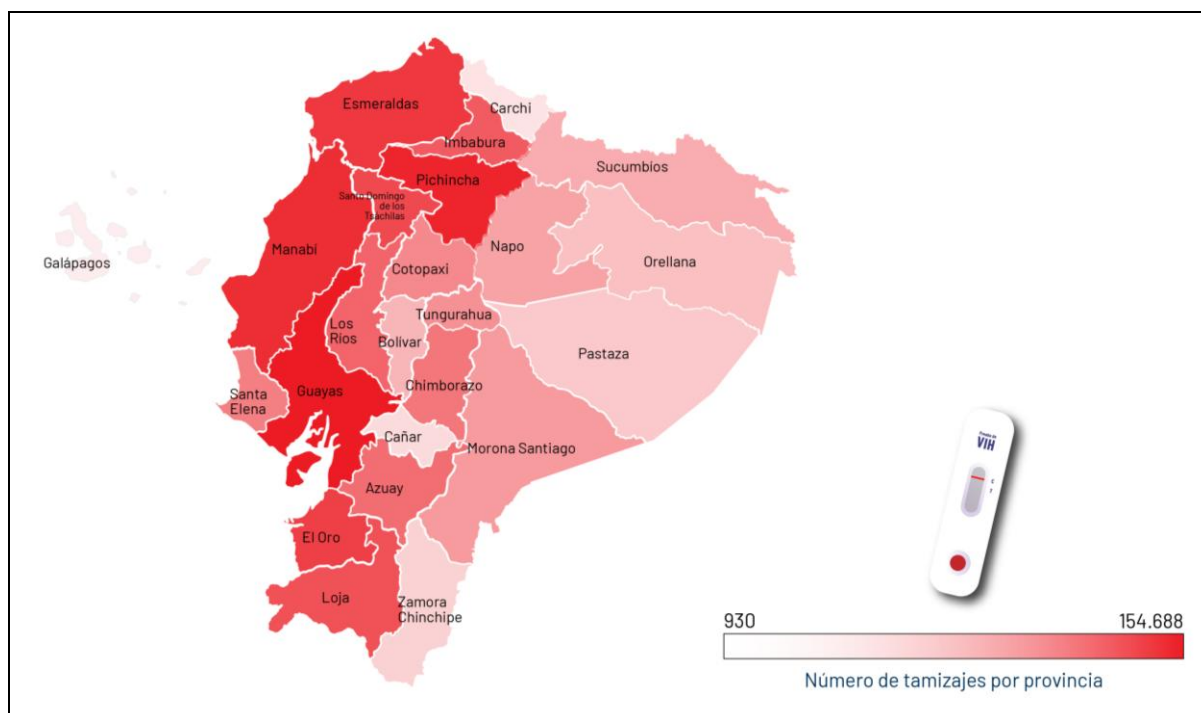
Fuente: Plataforma de Registro de Atenciones en Salud (PRAS), Reporte tamizajes para VIH, Ecuador, 2024.

Gráfico 11. Tamizajes de VIH por provincia, 2024.



Fuente: Plataforma de Registro de Atenciones en Salud (PRAS), Reporte tamizajes para VIH, Ecuador, 2024.

Gráfico 12. Número de tamizajes de VIH por provincia, 2024.



Fuente: Plataforma de Registro de Atenciones en Salud (PRAS), Reporte tamizajes para VIH, Ecuador, 2024.

En el año 2024, la mayor proporción de pruebas de tamizaje para VIH se registró en el grupo identificado como población general, con un total de 416.417 pruebas: 141.727 en hombres (16%) y 274.690 en mujeres (31%).

Es importante señalar que, dentro de este grupo se incluye un número no determinado de personas pertenecientes a poblaciones clave que no se autoidentifican como tales al momento del tamizaje, lo cual representa una limitación en la identificación precisa de estas poblaciones que se encuentran en mayor riesgo.

El segundo grupo con mayor número de pruebas corresponde a mujeres gestantes, quienes representaron el 35% del total de tamizajes realizados (308.943). Este dato refleja la continuidad de las estrategias de prevención de la transmisión materno-infantil del VIH en el contexto del control prenatal, parto y postparto.

En tercer lugar, se encuentran los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), quienes representaron el 8% del total de pruebas (71.868), este valor es indicativo de un incremento en la percepción del riesgo dentro del grupo, así como del efecto positivo de las estrategias de prevención combinada implementadas durante el año.

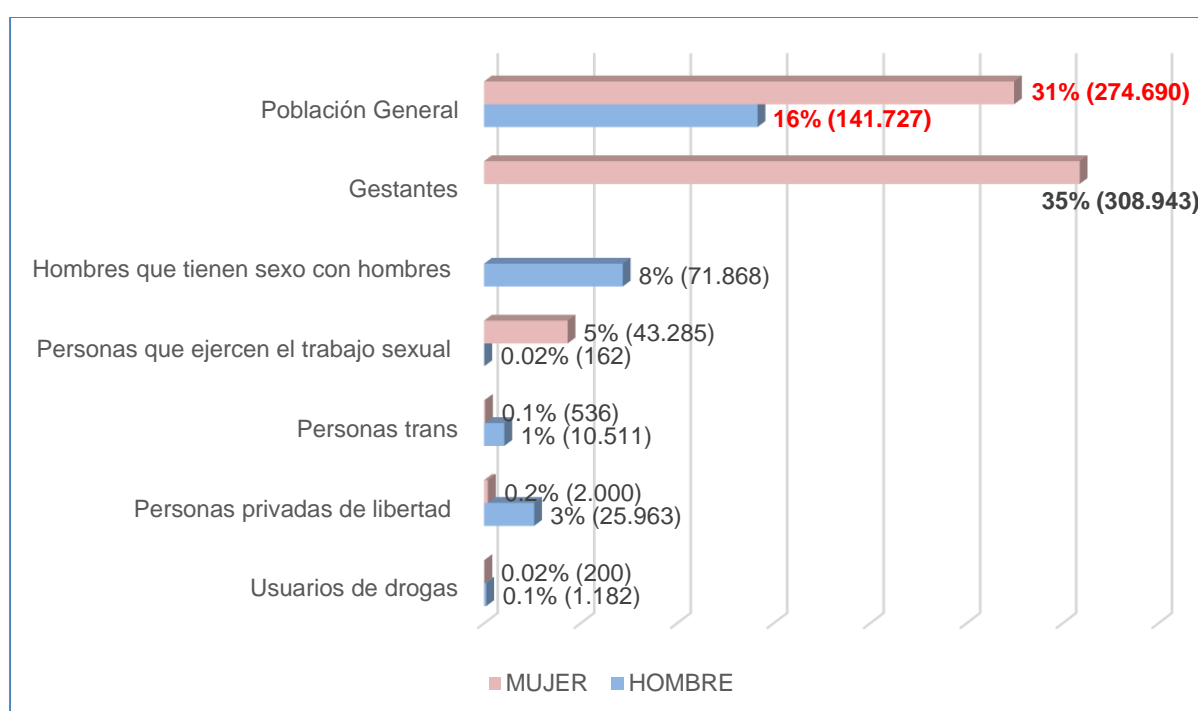
El sistema de información PRAS permite actualmente la desagregación de los datos por sexo y grupo poblacional. En relación con las personas que ejercen trabajo sexual, el 5% del total de pruebas (43.285) corresponde a mujeres trabajadoras sexuales, mientras que solo el 0,02% (162) corresponde a hombres que reportaron ejercer esta actividad, esta baja proporción reportada en hombres podría estar relacionada con barreras estructurales y sociales que limitan la autoidentificación, lo que evidencia la necesidad de fortalecer las estrategias de captación y abordaje dirigidas a esta población.

En cuanto a la población trans, se observa que el 1% (10.511) de los tamizajes corresponde a personas transfemeninas, mientras que las personas transmasculinas representan el 0,1% (536).

En la población privada de libertad el acceso al tamizaje representó el 3% del total, con 25.963 pruebas realizadas en hombres y 2.000 en mujeres. Este resultado destaca los esfuerzos del MSP para mantener la provisión de servicios de prevención del VIH en un entorno caracterizado por altos niveles de violencia e inseguridad.

Finalmente, en la población usuaria de drogas, se reportaron 1.382 pruebas (0,12%), desagregadas en 1.182 hombres y 200 mujeres.

Gráfico 13. Resumen general de tamizajes para VIH por grupo de población en el periodo enero-diciembre, Ecuador, 2024.



Fuente: Plataforma de Registro de Atenciones en Salud (PRAS), Reporte tamizajes para VIH, Ecuador, 2024.

En Ecuador, el tamizaje para VIH está disponible de manera gratuita en establecimientos de salud del MSP.

El grupo etario con mayor proporción de acceso a la prueba corresponde a personas de 20 a 24 años, quienes representaron el 22% del total de tamizajes realizados (197.182). Este resultado podría estar asociado a una mayor actividad sexual y número de parejas sexuales en esta etapa de la vida, así como a un mayor acceso a programas de educación en salud sexual y reproductiva, que favorecen la autopercepción de riesgo y la adherencia al diagnóstico oportuno.

A continuación, se observa que el grupo de 25 a 29 años, que representó el 21% de los tamizajes (183.191), las personas inmersas en este grupo etario atraviesan importantes transiciones personales y sociales que suelen estar asociadas con un

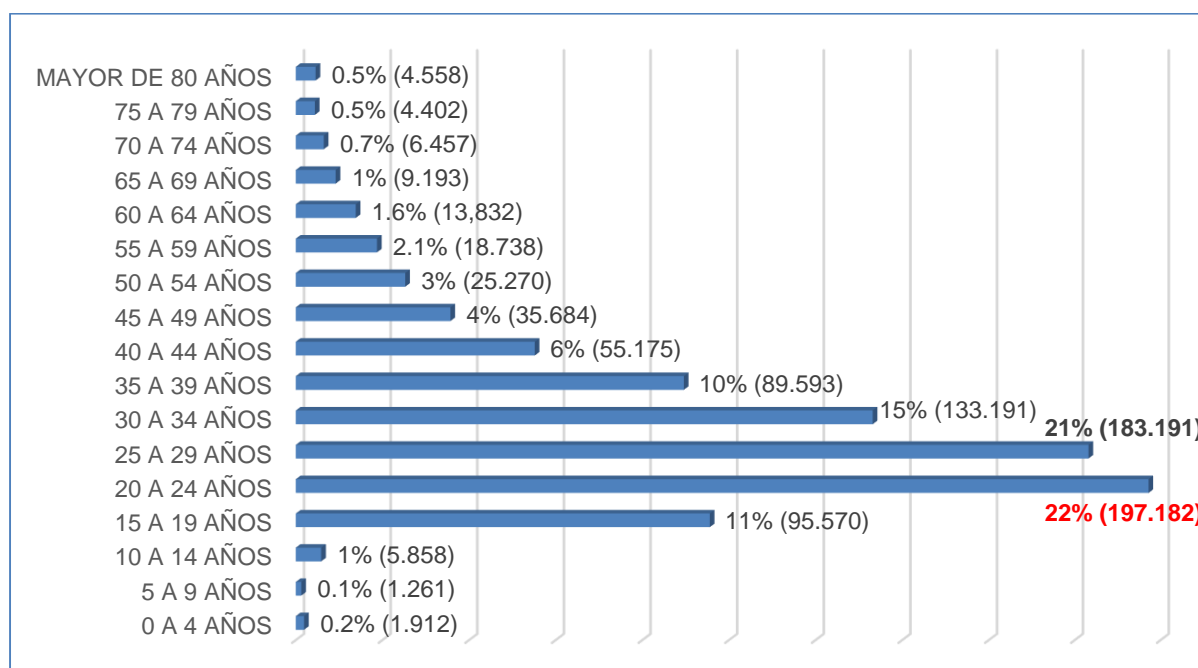
incremento en la percepción de responsabilidad sobre la salud sexual, lo que se traduce en una mayor demanda de servicios de prevención como el tamizaje.

En tercer lugar, las personas de 30 a 34 años representaron el 15% de los tamizajes (133.191); este grupo presenta un mayor grado de vinculación a los servicios de salud a través de la oferta de la prueba en lugares de trabajo y otras intervenciones comunitarias, lo que facilita el acceso a las pruebas diagnósticas de VIH.

El grupo de 15 a 19 años accedió en un 11% (95.570), lo cual podría explicarse por el enfoque preventivo de estrategias como la PrEP, disponible en el país a partir de los 15 años, así como por las acciones de sensibilización dirigidas a la población adolescente y joven en el marco de la salud sexual integral.

Por su parte, la población de 50 años en adelante representó en conjunto el 9,4% de los tamizajes (82.450), si bien esta cifra es menor en comparación con otros grupos etarios, sugiere un avance importante en las estrategias de promoción del diagnóstico en personas mayores, tradicionalmente excluidas por el estigma asociado al VIH. El acceso oportuno a la prueba en esta población es crucial para garantizar un tratamiento temprano, prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida.

Gráfico 14. Porcentaje de tamizajes para VIH por grupo de edad en el periodo enero-diciembre, Ecuador, 2024.



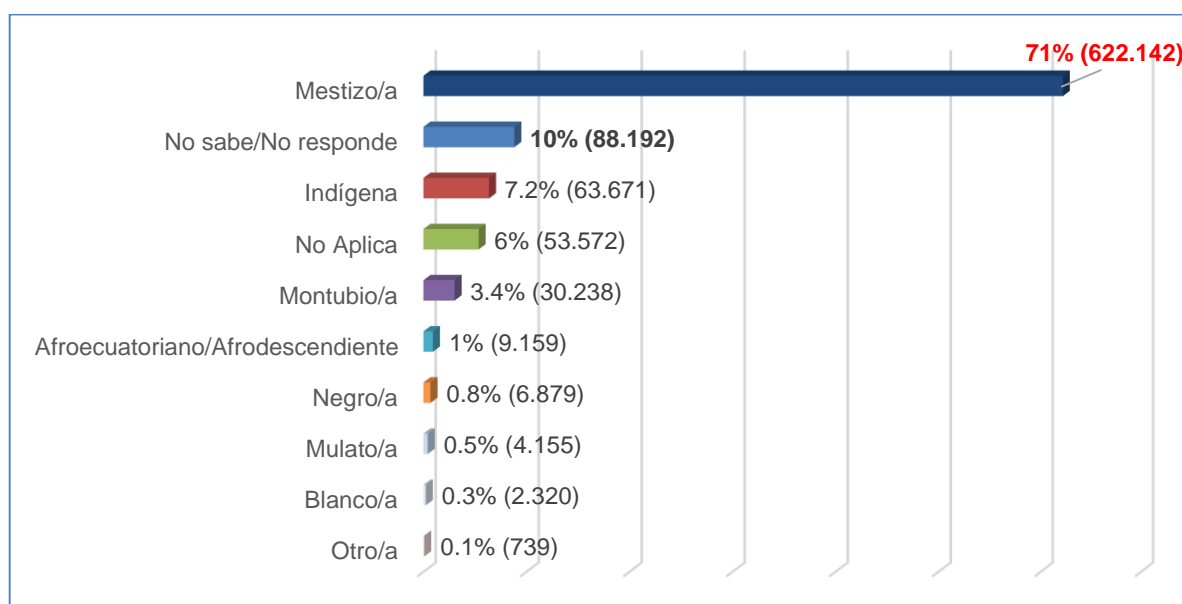
Fuente: Plataforma de Registro de Atenciones en Salud (PRAS), Reporte tamizajes para VIH, Ecuador, 2024.

El Ecuador, como Estado plurinacional e intercultural, reconoce la coexistencia de múltiples nacionalidades y culturas, lo que implica el respeto a la diversidad étnica y la garantía de derechos colectivos. En este marco y considerando que la oferta de tamizaje para VIH es universal a nivel nacional, el análisis por autoidentificación étnica permite visibilizar el acceso diferencial a este servicio de salud.

Del total de tamizajes para VIH realizados durante el año 2024, el 71% (622.142) se realizaron en personas que se autoidentificaron como mestizo/a, el 10% (88.192) prefirió no responder o manifestó desconocer la etnia a la que pertenece, el 7% (63.671) se realizaron en personas que se autoidentificaron como indígena, mientras que en el 6% (53.572) de los casos la pregunta no fue aplicable por tratarse de personas con nacionalidad extranjera; asimismo, el 3,4% (30.238) de personas se autoidentificaron como montubio/a, el 1% (9.159) como Afroecuatoriano/a o afrodescendiente, el 0,8% (6.879) como negro/a, el 0,5% (4.155) como mulato/a, el 0,3% (2.320) como blanco/a y el 0,1% (739) como perteneciente a otra categoría étnica.

Este análisis permite identificar posibles brechas en el acceso, asociadas a factores estructurales, culturales o sociales y constituye una herramienta clave para el diseño de estrategias de prevención culturalmente pertinentes que garanticen un enfoque equitativo e inclusivo en la respuesta nacional al VIH.

Gráfico 15. Porcentaje de tamizajes para VIH por autoidentificación étnica en el periodo enero-diciembre, Ecuador, 2024.



Fuente: Plataforma de Registro de Atenciones en Salud (PRAS), Reporte tamizajes para VIH, Ecuador, 2024.

Con relación al nivel de instrucción, se observa que el 34,8% (306.178) de los tamizajes se realizaron en personas que reportaron haber cursado educación básica elemental y media.

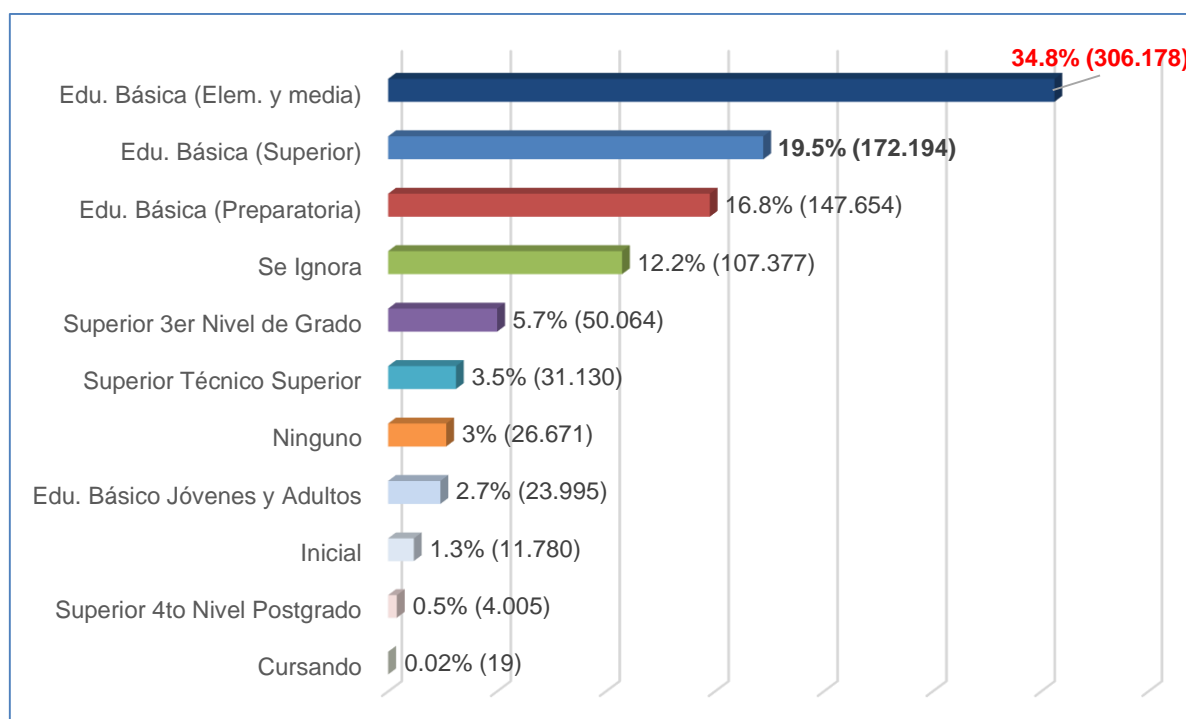
A continuación, se encuentra el grupo con educación básica superior, que representó el 19,5% (172.194) y quienes refirieron haber alcanzado la educación básica preparatoria con un 16,8% (147.654), un 12,2% (107.377) de las personas no respondieron a esta pregunta; por su parte, el 5,7% (50.064) indicó haber cursado educación superior (tercer nivel), mientras que el 3,5% (31.130) reportó tener formación técnica o tecnológica superior.

El 3% (26.671) de los tamizados manifestó no contar con ningún nivel de instrucción formal y el 2,7% (23.995) señaló haber cursado educación básica para jóvenes y adultos; el 1,3% (11.780) refirió haber alcanzado únicamente la educación inicial y el 0,5% (4.005) señaló contar con estudios de cuarto nivel (postgrado); finalmente, el 0,02% (19) indicó encontrarse cursando algún nivel educativo.

Se observa una mayor concentración de tamizajes en personas con educación básica (elemental, media, superior y preparatoria), lo que representa más del 70% del total.

Esta tendencia refleja la necesidad de fortalecer estrategias de acceso y comunicación adaptadas al nivel educativo de la población, con énfasis en la comprensión del riesgo, la prevención combinada y el diagnóstico oportuno.

Gráfico 16. Porcentaje de tamizajes para VIH por nivel de instrucción en el periodo enero-diciembre, Ecuador, 2024.



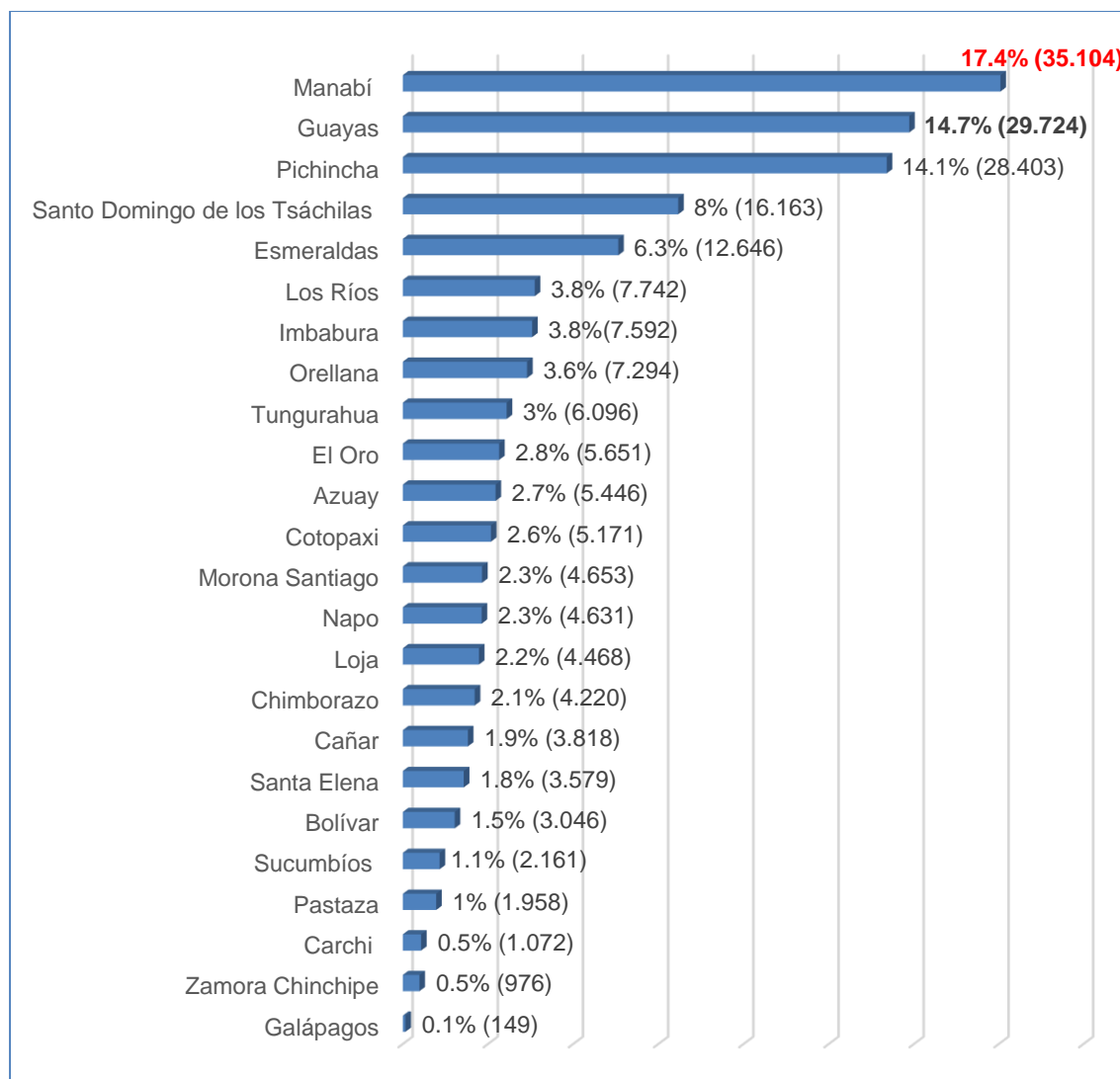
Fuente: Plataforma de Registro de Atenciones en Salud (PRAS), Reporte tamizajes para VIH, Ecuador, 2024.

4.1.4. Tamizajes de Hepatitis B.

Durante el año 2024, se realizaron un total de 201.763 pruebas rápidas para la detección del antígeno de superficie del virus de la hepatitis B (HBsAg) a nivel nacional, el 84% (169.502) correspondió a mujeres y el 16% (32.261) a hombres.

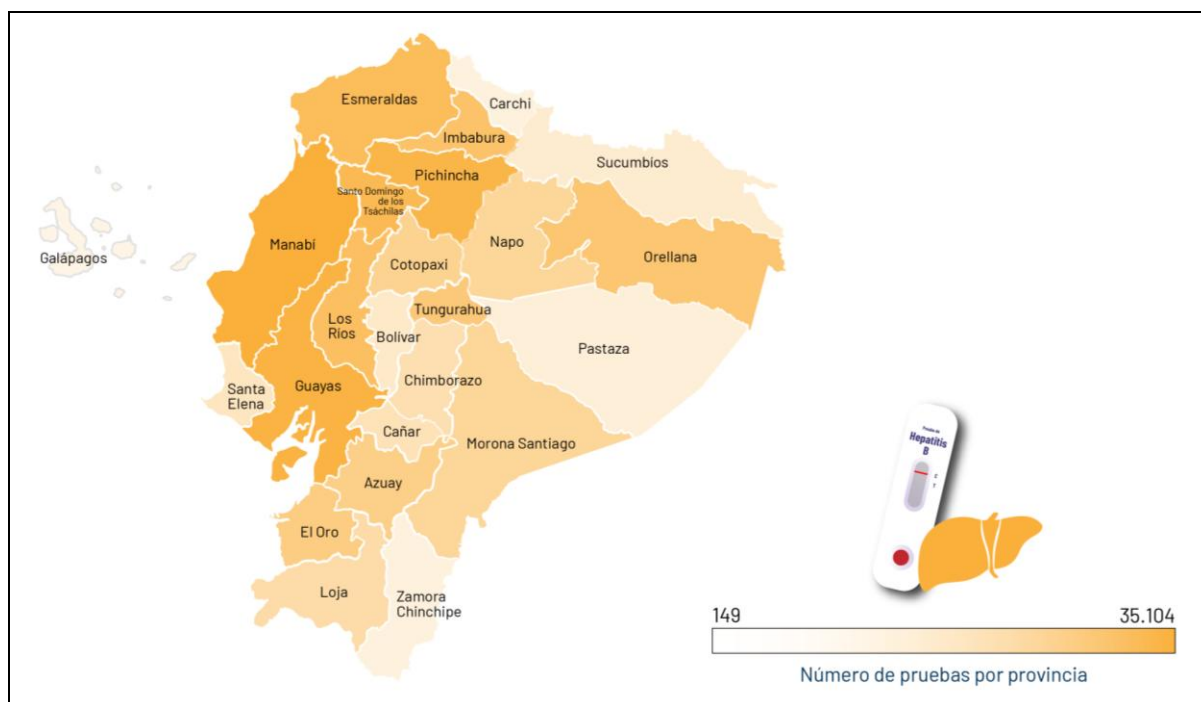
Las pruebas se aplicaron en todo el territorio nacional, sin embargo, se observó una mayor concentración de tamizajes en las siguientes provincias: Manabí con el 17,4% (35.104), Guayas con el 14,7% (29.724), Pichincha con el 14,1% (28.403), Santo Domingo de los Tsáchilas con el 8% (16.163), Esmeraldas con el 6,3% (12.646) y Los Ríos con el 3,8% (7.742).

Gráfico 17. Porcentaje de pruebas rápidas realizadas para detección de antígeno de superficie para hepatitis B por provincia en el periodo enero-diciembre, Ecuador, 2024.



Fuente: Plataforma de Registro de Atenciones en Salud (PRAS), Reporte tamizajes, Ecuador, 2024.

Gráfico 18. Pruebas rápidas para hepatitis B por provincia, 2024.



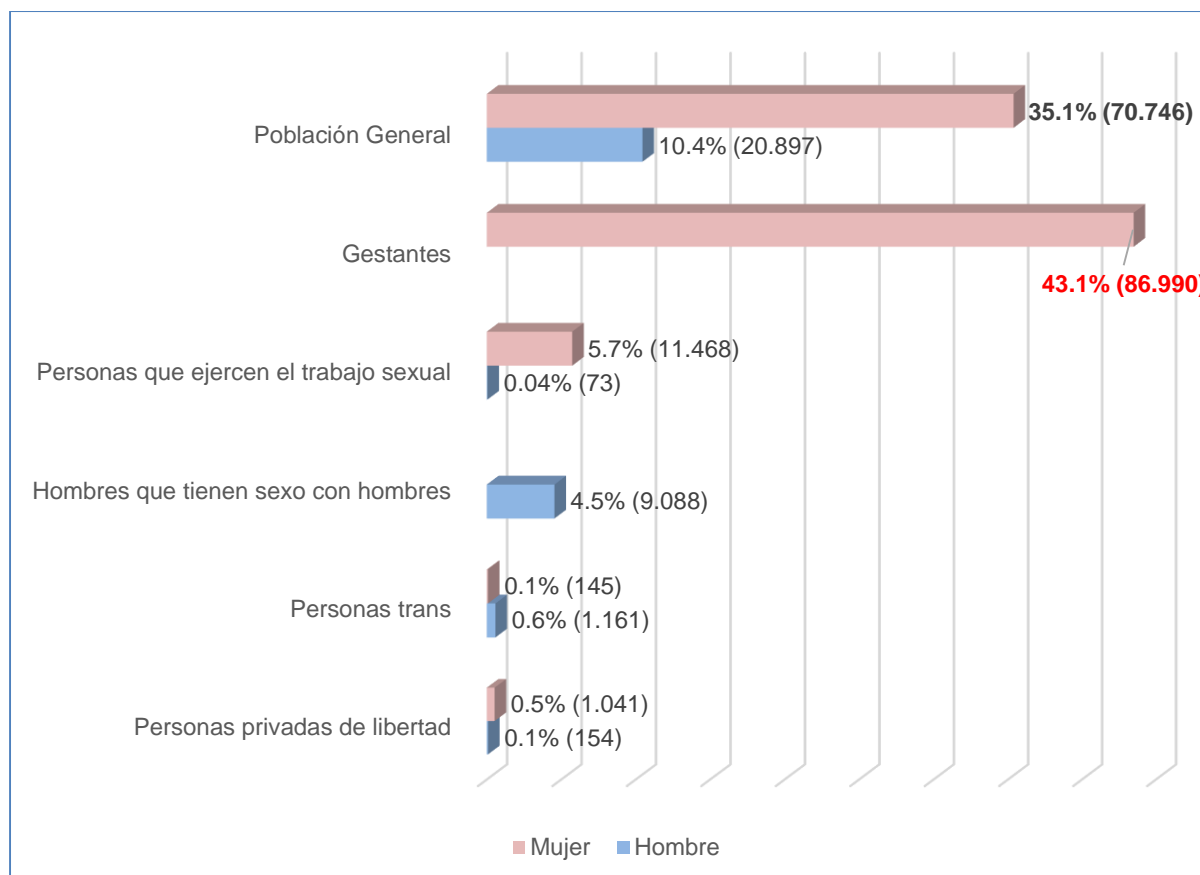
Fuente: Plataforma de Registro de Atenciones en Salud – PRAS – Reporte tamizajes, Ecuador, 2024.

Del total de 201.763 pruebas rápidas realizadas para la detección del antígeno de superficie del virus de la hepatitis B (HBsAg), durante el año 2024, la mayor proporción correspondió a la población en general con un 45,5% (91.643), en segundo lugar, se tamizó a mujeres gestantes, quienes representaron el 43,1% (86.990).

Entre las poblaciones clave, personas que ejercen trabajo sexual: 5,74% (11.541), hombres que tienen sexo con hombres (HSH): 4,5% (9.088), personas transfemeninas: 0,6% (1.161), personas transmasculinas: 0,1% (145) y personas privadas de libertad: 0,6% (1.195).

Esta distribución refleja los esfuerzos de tamizaje orientados tanto a la población general como a poblaciones con mayor vulnerabilidad epidemiológica frente a la hepatitis B.

Gráfico 19. Porcentaje de pruebas rápidas realizadas para detección de antígeno de superficie para hepatitis B por grupo de población en el periodo enero-diciembre, Ecuador, 2024.

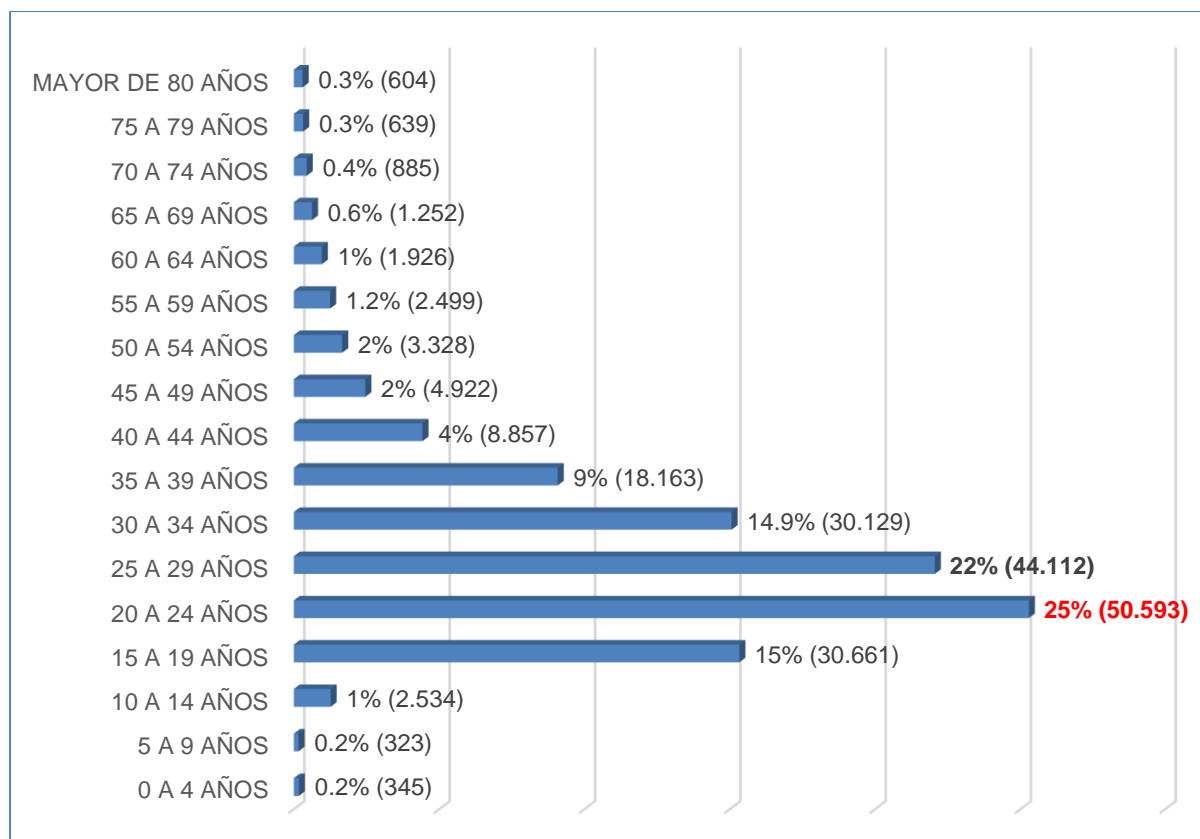


Fuente: Plataforma de Registro de Atenciones en Salud (PRAS), Reporte tamizajes, Ecuador, 2024.

Al analizar la distribución por grupos de edad de las 201.763 pruebas rápidas realizadas para la detección del antígeno de superficie del virus de la hepatitis B (HBsAg), durante 2024, se observa que la mayor proporción se concentró en personas entre 20 y 24 años, con un 25% (50.593), seguido de los grupos de 25 a 29 años: 22% (44.112), 15 a 19 años: 15% (30.661), 30 a 34 años: 14,9% (30.129), 35 a 39 años: 9% (18.163).

Estos datos sugieren un enfoque del tamizaje hacia personas jóvenes en edad reproductiva y sexualmente activas, lo cual es consistente con las estrategias de prevención y diagnóstico oportuno de la infección por hepatitis B.

Gráfico 20. Porcentaje de pruebas rápidas realizadas para detección de antígeno de superficie para hepatitis B por grupo de edad en el periodo enero-diciembre, Ecuador, 2024.



Fuente: Plataforma de Registro de Atenciones en Salud (PRAS), Reporte tamizajes, Ecuador, 2024.

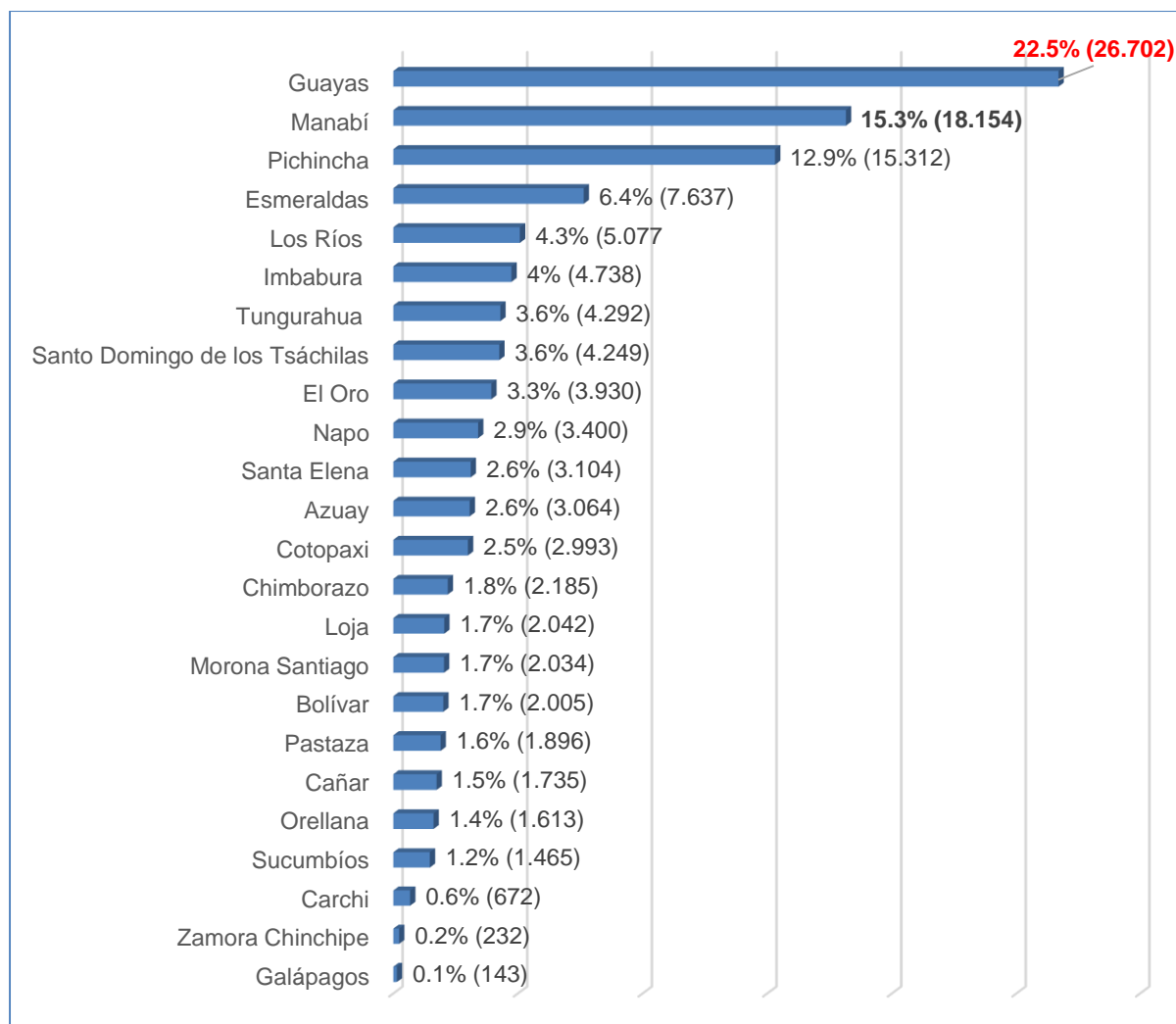
4.1.5. Tamizajes de hepatitis C.

Durante el año 2024, a nivel nacional se realizaron un total de 118.674 pruebas rápidas para la detección de anticuerpos contra el Virus de la Hepatitis C (Anti-VHC). Del total de tamizajes, el 79% (94.329) correspondió a mujeres, mientras que el 21% (24.345) se realizó a hombres.

Las pruebas se aplicaron en todo el territorio nacional, con una mayor concentración en las siguientes provincias: Guayas, que registró el 22,5% de las pruebas (26.702), Manabí con el 15,3% (18.154), Pichincha con el 12,9% (15.312), Esmeraldas con el 6,4% (7.637), Los Ríos con el 4,3% (5.077) e Imbabura con el 4% (4.738).

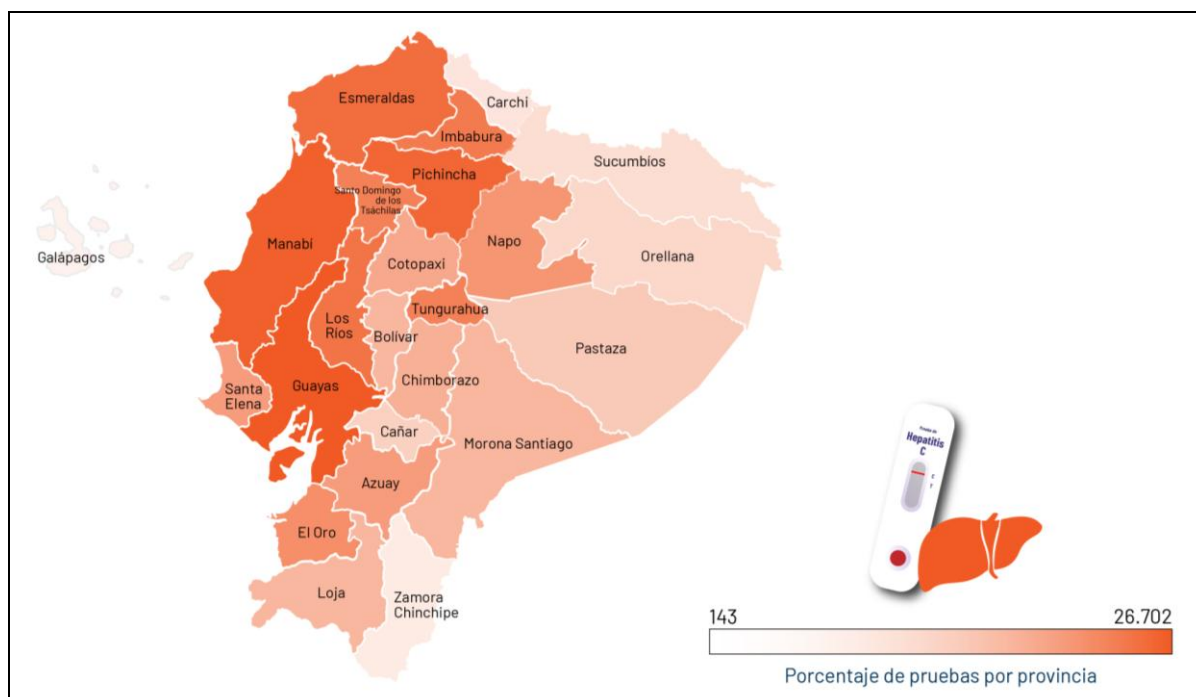
En las demás provincias, la proporción de tamizajes fue inferior al 3.6%, como se observa en el siguiente gráfico:

Gráfico 21. Porcentaje de pruebas rápidas realizadas para detección de anticuerpos contra el Virus de la Hepatitis C (Anti-VHC) por provincia en el periodo enero-diciembre, Ecuador, 2024.



Fuente: Plataforma de Registro de Atenciones en Salud (PRAS), Reporte tamizajes, Ecuador, 2024.

Gráfico 22. Pruebas rápidas para hepatitis C por provincia, 2024.



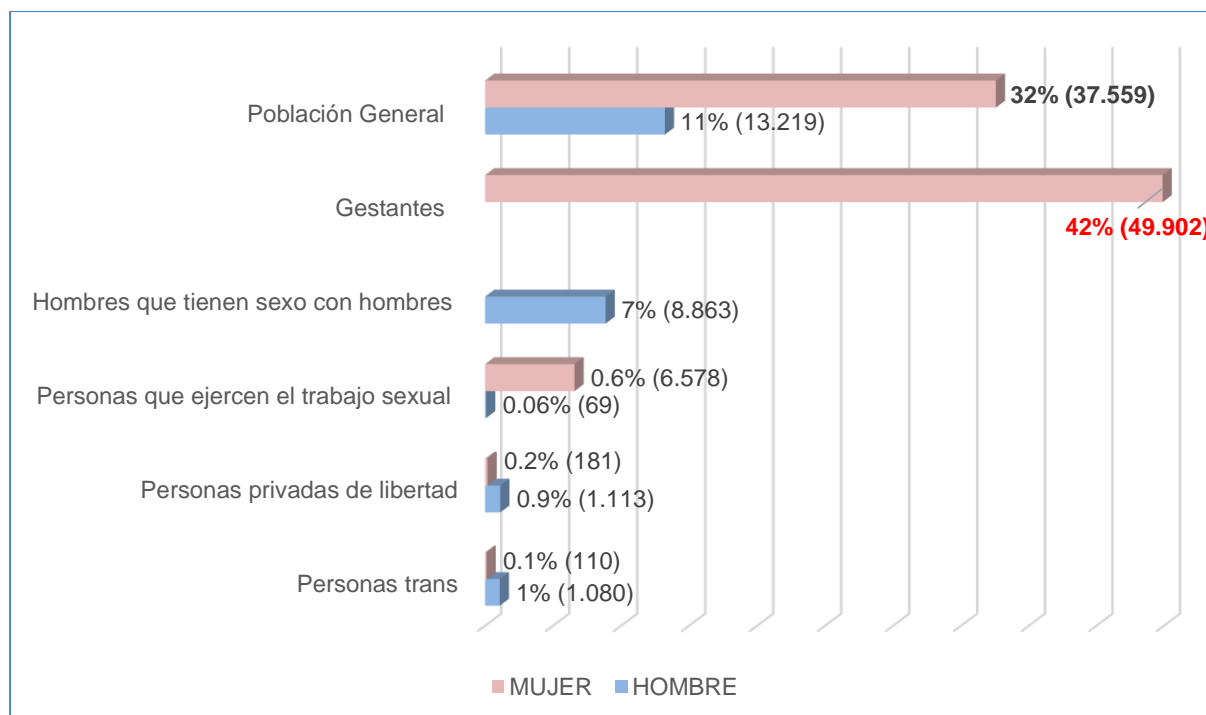
Fuente: Plataforma de Registro de Atenciones en Salud (PRAS), Reporte tamizajes, Ecuador, 2024.

Del total de 118.674 pruebas rápidas realizadas para la detección de anticuerpos contra el Virus de la Hepatitis C (Anti-VHC), la mayor proporción correspondió a la población general, que representó el 43% (50.778 pruebas), en segundo lugar, se tamizó a mujeres gestantes, quienes constituyeron el 42% (49.902).

En cuanto a las poblaciones clave, la distribución fue la siguiente: hombres que tienen sexo con hombres (HSH) con el 7% (8.863), personas que ejercen trabajo sexual con el 6,06% (6.647), personas transfemeninas con el 1% (1.080), personas transmasculinas con el 0,1% (110) y personas privadas de libertad con el 1,1% (1.294).

Esta distribución pone en evidencia los esfuerzos dirigidos a tamizar tanto a la población general como a grupos con mayor vulnerabilidad epidemiológica frente a la hepatitis C.

Gráfico 23. Porcentaje de pruebas rápidas realizadas para detección de anticuerpos contra el Virus de la Hepatitis C (Anti-VHC) por grupo de población en el periodo enero-diciembre, Ecuador, 2024.

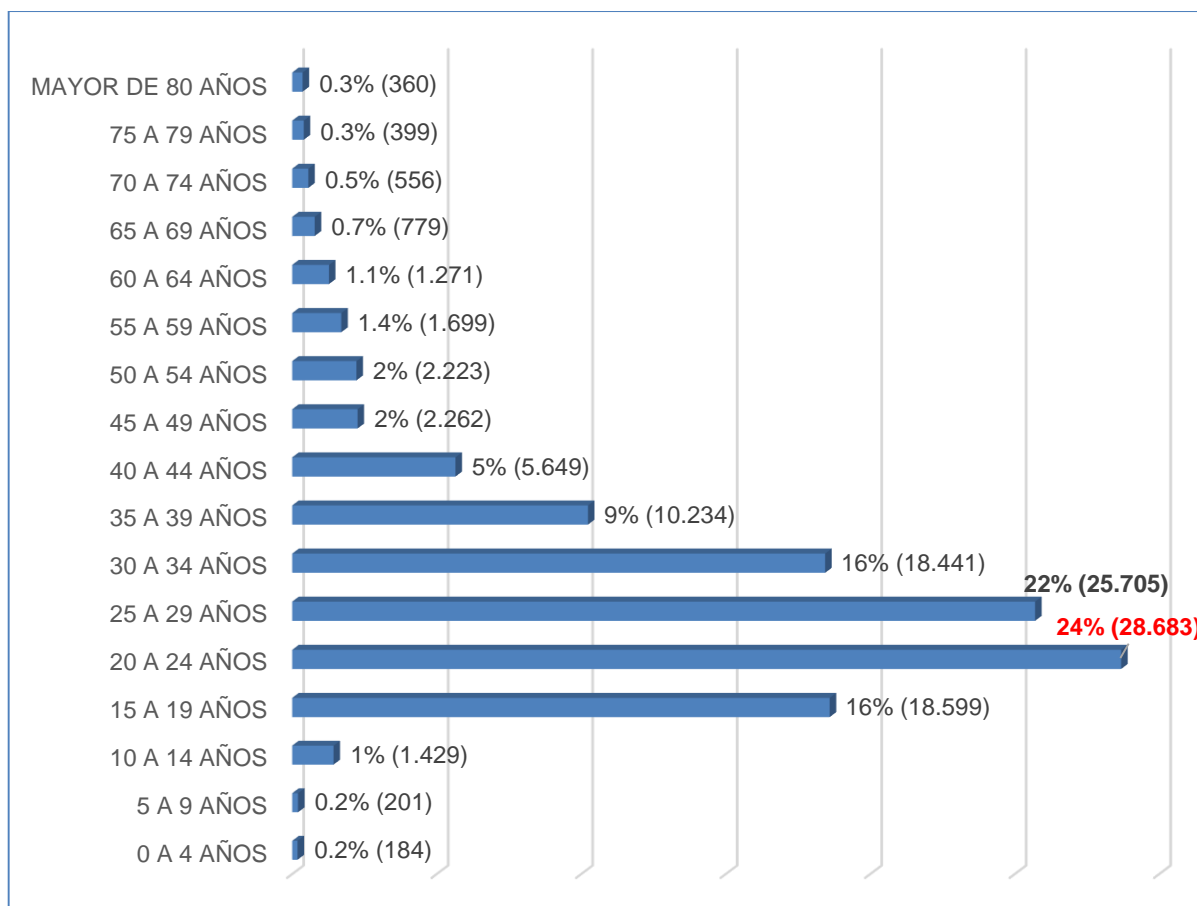


Fuente: Plataforma de Registro de Atenciones en Salud (PRAS), Reporte tamizajes, Ecuador, 2024.

Al analizar la distribución por grupos de edad de las 118.674 pruebas rápidas realizadas para la detección de anticuerpos contra el virus de la hepatitis C (anti-VHC), se observa que la mayor proporción se concentró en personas entre 20 y 24 años, con un 24% (28.683), seguido de los grupos de 25 a 29 años con un 22% (25.705), 15 a 19 años con un 16% (18.599), 30 a 34 años con un 16% (18.441) y, finalmente, 35 a 39 años con un 9% (10.234).

Estos resultados reflejan un enfoque del tamizaje orientado principalmente hacia personas jóvenes en edad reproductiva y sexualmente activas, en concordancia con las estrategias de prevención y diagnóstico oportuno de la infección por el virus de la hepatitis C.

Gráfico 24. Porcentaje de pruebas rápidas realizadas para detección de anticuerpos contra el Virus de la Hepatitis C (Anti-VHC) por grupo de edad en el periodo enero-diciembre, Ecuador, 2024.



Fuente: Plataforma de Registro de Atenciones en Salud (PRAS), Reporte tamizajes, Ecuador, 2024.

4.2. Prevención combinada como estrategia en el Ecuador, 2024.

La Prevención combinada es el conjunto de programas comunitarios fundamentados en los derechos y la evidencia, que promueve una combinación de intervenciones biomédicas, comportamentales y estructurales, diseñadas con el propósito de satisfacer las necesidades de prevención de la infección por el VIH de personas y comunidades específicas. Dentro de las actividades biomédicas tenemos la entrega de condones y lubricantes a base de agua, oferta de la prueba de tamizaje de VIH, inicio del tratamiento antirretroviral (TARV) lo más pronto posible en todas las poblaciones, entre otras.

Dentro de las intervenciones biomédicas que el MSP ha venido fortaleciendo, se encuentran:

- Tamizaje de VIH.
- Oferta de Profilaxis Pre Exposición (PrEP).
- Oferta de Profilaxis Post Exposición (PEP).

4.2.1. Estrategia de Profilaxis Pre Exposición (PrEP).

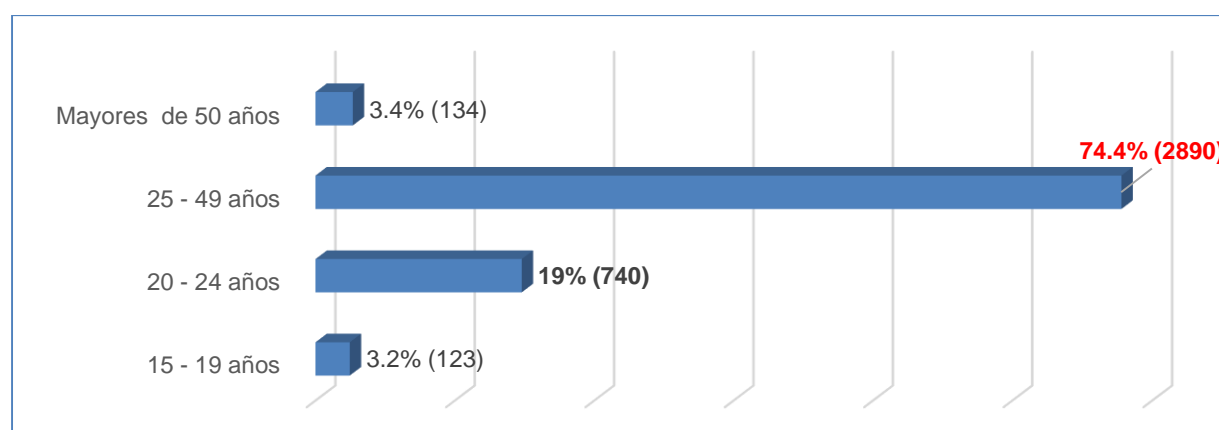
La PrEP es una estrategia de prevención altamente efectiva frente a la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Consiste en la administración diaria de medicamentos antirretrovirales a personas que no viven con el VIH pero que presentan un riesgo elevado de adquirirlo.

En Ecuador, el esquema de PrEP incluye la combinación de dos antirretrovirales: Tenofovir disoproxil fumarato (TDF) y Emtricitabina (FTC), administrados en una tableta diaria por vía oral. Estos medicamentos poseen una vida media intracelular y plasmática prolongada, lo que contribuye a su buena tolerancia y eficacia como herramienta preventiva.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el uso sistemático de PrEP puede reducir en más del 90% el riesgo de adquirir el VIH a través de relaciones sexuales.

A nivel nacional en el año 2024, 3.887 personas accedieron a la PrEP. El 68,2% (2.654) corresponde a hombres, el 31,7% (1.232) a mujeres y el 0,03% (1) a personas intersexuales.

Gráfico 25. Personas que iniciaron PrEP, desagregado por grupo de edad, 2024.



Fuente: Plataforma de Registro de Atenciones en Salud (PRAS), 2024.

En cuanto al acceso a la PrEP por grupo de edad, se observa que la mayor proporción de personas que iniciaron esta estrategia de prevención combinada corresponde al grupo de 25 a 49 años, quienes representan el 74,4% (2.890) del total; esta tendencia puede estar relacionada con un mayor nivel de información en temas de salud sexual y reproductiva en este grupo etario, así como con un mayor conocimiento sobre las opciones de prevención del VIH, incluyendo la PrEP.

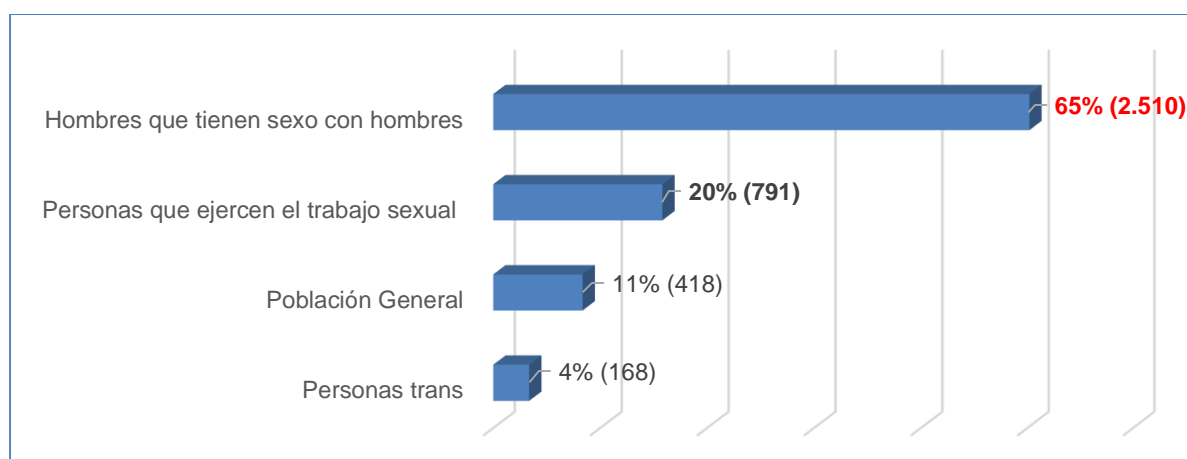
En segundo lugar, se encuentra el grupo de personas de 20 a 24 años, quienes también presentan un número significativo de usuarios. Es importante destacar que este grupo de edad suele encontrarse en una etapa de inicio de su vida sexual activa, lo que los motiva a buscar métodos de protección, especialmente si se identifican con factores de riesgo como tener múltiples parejas sexuales o percibirse en situación de alto riesgo frente al VIH.

Ambos grupos etarios muestran una alta receptividad hacia la adopción de nuevas tecnologías y estrategias de salud preventiva, incluyendo el uso de medicamentos como la PrEP.

En tercer lugar, se encuentran las personas mayores de 50 años, con 134 usuarios registrados, lo que representa el 3,4% del total. El acceso a PrEP en este grupo refleja un avance en las estrategias de comunicación y sensibilización, considerando que se trata de una población históricamente marcada por el estigma asociado al VIH desde los inicios de la epidemia en el país. Además, suele presentar una menor predisposición a adoptar tratamientos de toma diaria, por lo que su inclusión es un indicativo de progreso en términos de aceptación y confianza en la estrategia.

Finalmente, el grupo de adolescentes entre 15 y 19 años representa el 3,2% (123 usuarios). Aunque se trata de una proporción menor, su acceso a la PrEP evidencia una creciente conciencia sobre el autocuidado y la prevención entre los jóvenes. Cabe señalar que en Ecuador la PrEP es gratuita y está disponible a partir de los 15 años, lo cual permite una intervención temprana en esta población clave.

Gráfico 26. Personas que iniciaron PrEP, desagregado por grupo de población, 2024.



Fuente: Plataforma de Registro de Atenciones en Salud (PRAS), 2024.

Durante el año 2024, un total de 3.469 personas pertenecientes a grupos de población clave accedieron a la PrEP en el país.

Del total de usuarios, el 65% (2.510) se autoidentificaron como hombres que tienen sexo con hombres (HSH), el 20% (791) como mujeres que ejercen trabajo sexual y el 4% (168) como mujeres trans (MT). Estos datos evidencian que la mayor acogida de esta estrategia de prevención combinada se concentró en la población HSH.

Entre los factores que motivan el acceso a la PrEP en estos grupos destacan su alta efectividad en la prevención del VIH cuando se administra de forma adecuada, lo que la convierte en una opción atractiva para personas en alto riesgo de infección. Adicionalmente en Ecuador, la PrEP es proporcionada de manera gratuita en establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública; este servicio incluye atención médica especializada, pruebas de laboratorio para VIH e infecciones de

transmisión sexual (ITS), así como la entrega del medicamento, todo ello en entornos libres de estigma y discriminación, lo que favorece su aceptación y accesibilidad. Cabe señalar que un 10% (418) de los usuarios refirieron no pertenecer a ningún grupo de población clave, sin embargo, decidieron acceder a la PrEP motivados por las campañas nacionales de promoción y prevención, que han contribuido a ampliar el conocimiento y facilitar el uso de esta estrategia preventiva entre la población general.

4.2.2. Estrategia de Profilaxis Post Exposición (PEP).

La Profilaxis Post Exposición (PEP) es una estrategia preventiva que forma parte de la prevención combinada, que es utilizada como terapia preventiva de ITS incluido el VIH, dirigida a personas que no tienen infección por VIH y que refieran haber tenido una exposición para alguna ITS incluido el VIH, por haber mantenido una relación sexual de riesgo (ruptura del condón o no uso del mismo), violencia sexual y exposición laboral.

Consiste en la toma de un medicamento dentro de un tiempo máximo de 72 horas después de la exposición de riesgo, para prevenir el VIH, así como la toma de medicamento profiláctico para prevenir las ITS, aplicación de inmunoglobulina antiviral de Hepatitis B (VHB) y anticonceptivo oral de emergencia (mujeres en edad fértil).

Actualmente, se cuenta con 239 establecimientos de salud que ofertan la PEP a través de los servicios de emergencia: salas de primera acogida y servicios de primera atención como se detalla en la tabla a continuación:

Tabla 4. Establecimientos de salud del MSP que ofertan el servicio de PEP.

CZ	Puesto de salud (CPL)	Hospital móvil	Establecimientos de primer nivel			Hospitales				Total
			Tipo A	Tipo B	Tipo C	Básicos	Generales	Especializados	Especialidades	
1			1	3	4	12	4			24
2				6	3	5	2			16
3			1	4	7	11	4	1		28
4				6	11	8	6		1	32
5	2			2	7	20	5			36
6				4	3	12	3			22
7				4	4	16	3	1		28
8	4	1	2	5	9		3	5	1	30
9	2			3	7	2	3	5	1	23
TOTAL	8		4	37	55	87	33	12	3	239

Fuente: MSP, Estrategia Nacional de VIH/sida, mayo, 2024.

En el año 2024 se reportaron 3.780 casos de PEP, siendo las Coordinaciones Zonales 9, 8 y 6 las zonas con mayor reporte de casos.

En la siguiente tabla se detalla el reporte de casos de PEP de 2024:

Tabla 5. Casos PEP por tipo de exposición, enero-diciembre, 2024.

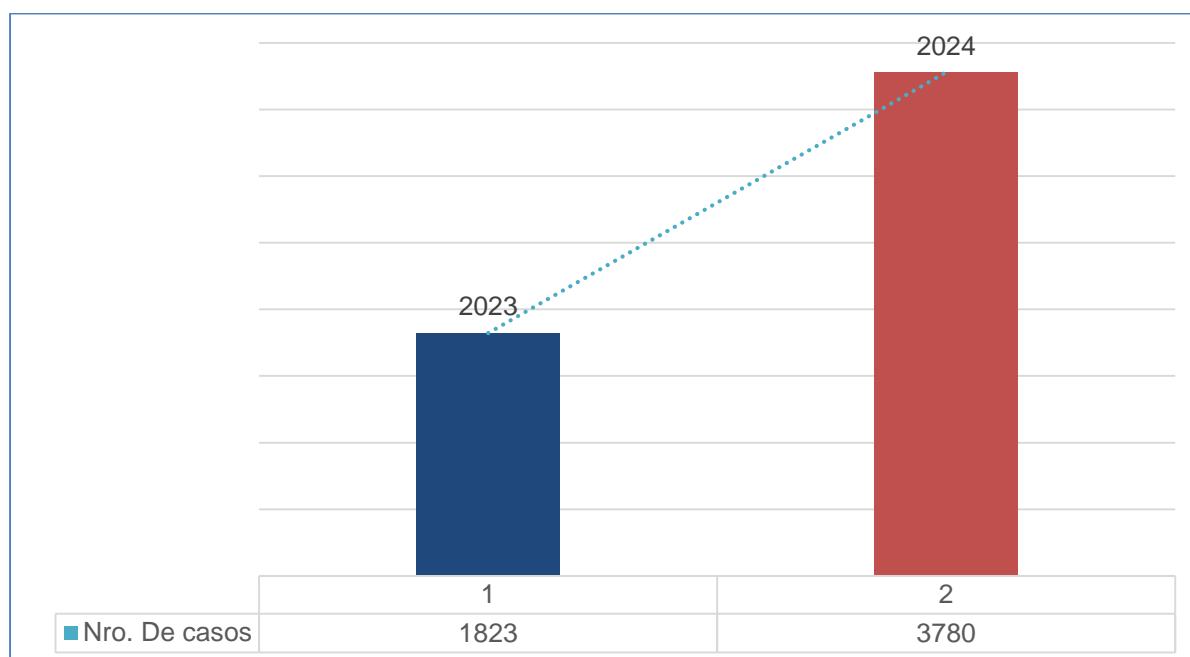
CZ	Violencia sexual	Relaciones sexuales de riesgo	Exposición laboral	Total
1	84	18	35	137
2	128	13	33	174
3	237	100	120	457
4	116	118	246	480
5	60	21	72	153
6	200	112	183	495
7	106	105	61	272
8	92	134	309	535
9	474	388	215	1077
Total	1497	1009	1274	3780

Fuente: MSP, Estrategia Nacional de VIH/sida, Matriz de reporte de casos de activación de exposición al VIH, 2024.

Entre el año 2023 y 2024 se han reportado un total de 5.603 casos de PEP de las 9 Coordinaciones Zonales.

A continuación, se observa un cuadro comparativo del incremento de casos 2023 al 2024:

Gráfico 27. Casos PEP, 2023-2024.



Fuente: MSP, Estrategia Nacional de VIH/sida, Matriz de reporte de casos de activación de exposición al VIH, 2023-2024.

4.2.3. Cascada de prevención, Ecuador, 2024.

La cascada de prevención en VIH es un modelo conceptual que describe las distintas etapas necesarias para que una persona expuesta al VIH acceda, utilice y se beneficie de las intervenciones de prevención del virus de manera efectiva. Esta cascada ayuda a identificar brechas en el acceso, adopción y adherencia a las estrategias preventivas y es útil para mejorar programas de salud pública.

4.2.3.1. Análisis de cascada en población clave: Hombres que tienen sexo con hombres.

Para el año 2024, se estimaba que en el Ecuador existirían aproximadamente 96.965 personas pertenecientes al grupo de población clave de hombres que tienen sexo con hombres (HSH). A partir de esta cifra y utilizando el dato de prevalencia del 10,18% proveniente del “*Estudio de Prevalencia de VIH e ITS en hombres que tienen sexo con hombres (HSH), mujeres transfemeninas (MTF) y trabajadoras/es sexuales (TS) en seis provincias del Ecuador: Pichincha, Guayas, Azuay, Esmeraldas, El Oro y Manabí, 2021*”; se estima que 9.881 personas HSH vivirían con VIH, mientras que 87.084 serían VIH negativo.

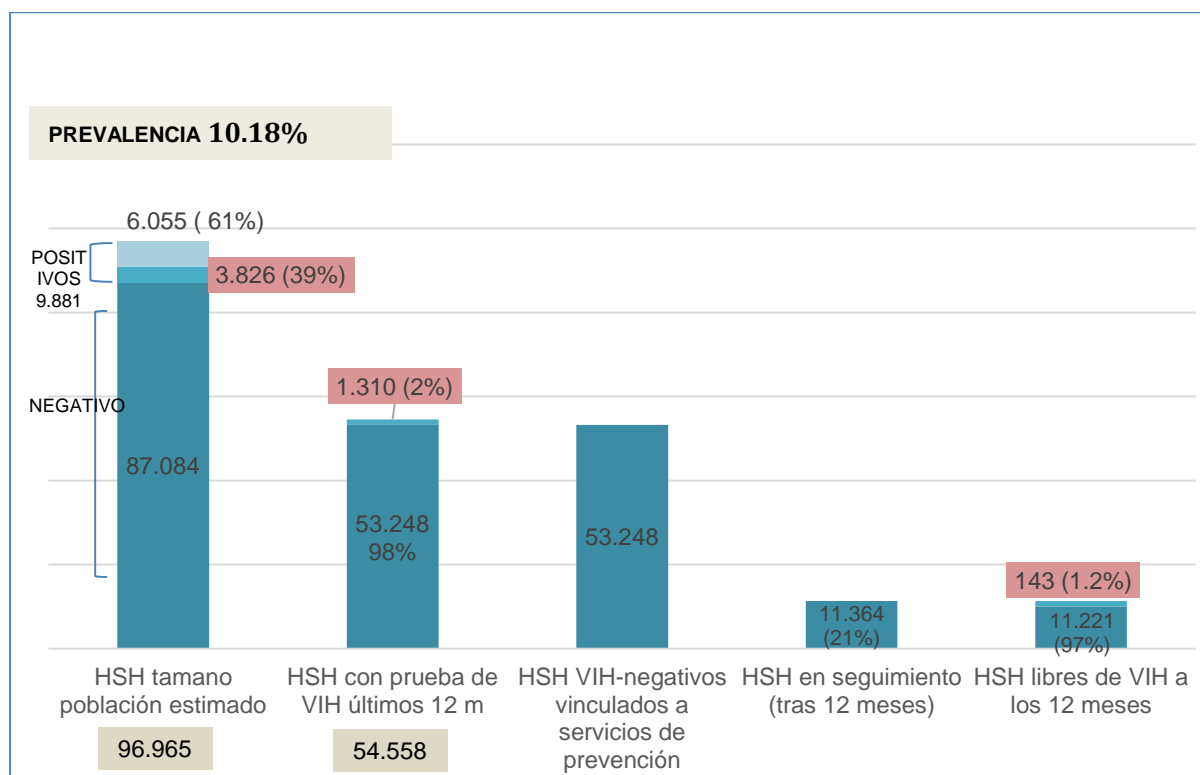
Hasta el año 2024, en el sistema nacional de salud se han registrado 6.055 casos positivos de VIH en personas HSH, lo que representa el 61% de la estimación proyectada por el modelo Spectrum. Durante el mismo año, en el sistema PRAS se reportó que 54.558 personas que se identificaron como HSH y que accedieron a una prueba de tamizaje para VIH, alcanzando así el 63% de la población estimada, de este total, 53.248 personas (98%) obtuvieron un resultado no reactivo, mientras que 1.310 (2%) resultaron positivas.

El servicio de tamizaje incluye asesoría e información sobre VIH e ITS, aplicación de la prueba rápida de cuarta generación y, en caso de reactividad, la confirmación mediante una prueba de tercera generación, además, entrega de condones y lubricante a base de agua a todas las personas que acceden al servicio, lo cual permite considerarlas como vinculadas al programa nacional de prevención. Por tanto, se considera que el 100% de las personas tamizadas han sido incorporadas a los servicios de prevención.

Respecto al seguimiento, en el año 2024 se registraron en el sistema PRAS un total de 11.364 personas HSH que accedieron a una segunda prueba de VIH, lo cual corresponde al 21% de quienes se realizaron una primera prueba; este dato evidencia la necesidad de fortalecer las acciones de información y sensibilización sobre la importancia del testeo periódico en esta población clave.

Finalmente, al cierre del período de análisis, se identificó que 143 personas (1,2%) adquirieron el VIH de quienes accedieron a una segunda prueba durante el 2024.

Gráfico 28. Cascada de prevención hombres que tienen sexo con hombres (HSH), 2024.



Fuente: Plataforma de Registro de Atenciones en Salud (PRAS), 2024.

4.2.3.2. Análisis de cascada en población clave: Mujeres transfemeninas (MT).

Según las estimaciones para el año 2024, en Ecuador existirían aproximadamente 14.060 personas transfemeninas (MT). A este grupo se aplica la prevalencia obtenida en el “*Estudio de Prevalencia de VIH e ITS en hombres que tienen sexo con hombres (HSH), mujeres transfemeninas (MT) y trabajadoras/es sexuales (TS) en seis provincias del Ecuador (Pichincha, Guayas, Azuay, Esmeraldas, El Oro y Manabí, 2021*”; la cual fue del 18,17% para las personas MT. Con base en ello, se estima que 2.555 personas MT viven con VIH, mientras que 11.505 serían VIH negativo.

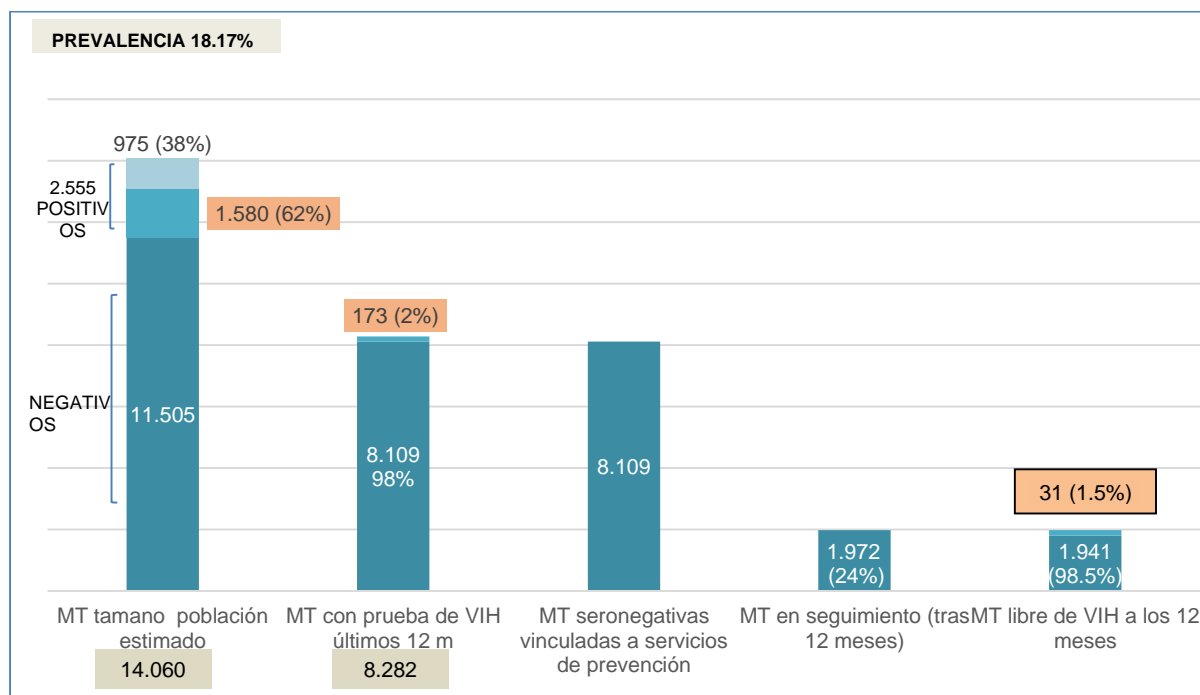
Hasta 2024, se han notificado en el sistema nacional de salud se registra un total de 975 casos nuevos de VIH en personas transfemeninas, lo que representa el 38% del total estimado por el modelo Spectrum.

Durante el año 2024, se registraron en el sistema PRAS 8.282 personas transfemeninas a quienes se les realizó una prueba de VIH, lo que corresponde al 72% del total estimado, de ellas, 8.109 personas (98%) obtuvieron un resultado no reactivo y 173 (2%) un resultado positivo.

Entre las 8.109 personas MT con resultado no reactivo, se identificó que todas se encuentran vinculadas a programas de prevención a través del acceso al paquete preventivo, que incluye información y consejería sobre VIH e ITS, prueba rápida de tamizaje, entrega de preservativos y lubricantes.

Del total con resultado no reactivo, el 24% (1.972 personas) accedió a una segunda prueba de VIH en el mismo año y, entre ellas, 31 personas (1.5%) fueron diagnosticadas con VIH.

Gráfico 29. Cascada de prevención grupo de población mujeres transfemeninas (MT), 2024.



Fuente: Plataforma de Registro de Atenciones en Salud (PRAS), 2024.

4.2.3.3. Análisis de cascada en población clave: trabajadoras sexuales (TS).

Según la estimación del modelo Spectrum para el año 2024, en Ecuador existirían aproximadamente 56.623 mujeres que ejercen el trabajo sexual (TS). Aplicando la prevalencia de VIH del 1,04%, obtenida del “*Estudio de Prevalencia de VIH e ITS en HSH, MTF y TS en seis provincias del Ecuador: Pichincha, Guayas, Azuay, Esmeraldas, El Oro y Manabí, 2021*”; se estima que 589 mujeres TS vivirían con VIH y 56.034 serían VIH negativo.

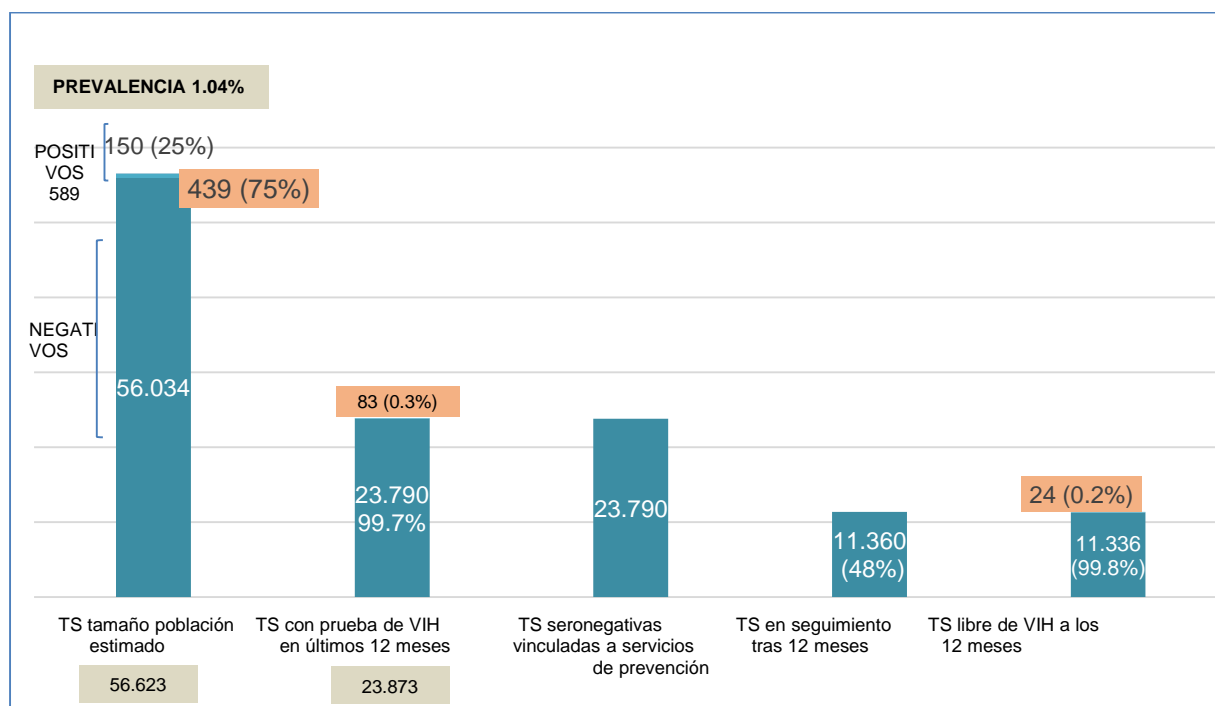
Hasta el año 2024, el sistema nacional de salud notificó 150 casos positivos de VIH en mujeres TS, lo que representa el 25% del total estimado.

En el mismo periodo, el sistema PRAS registró a 23.873 mujeres TS que accedieron a la prueba de tamizaje para VIH, lo que equivale al 30% de la población estimada; de este total, 23.790 personas (99,7%) obtuvieron un resultado no reactivo y 83 (0,3%) un resultado positivo.

Se considera que todas las personas con resultado negativo están vinculadas a servicios de prevención, dado que accedieron al paquete de prevención que incluye

asesoría, tamizaje para VIH, entrega de condones y lubricante a base de agua; de éstas, el 48% (11.360) mujeres TS accedieron a una segunda prueba de tamizaje para VIH durante el mismo año, entre ellas, se identificaron 24 casos positivos, lo que representa el 0.21% de quienes se realizaron una segunda prueba.

Gráfico 30. Cascada de prevención grupo de población trabajadoras sexuales (TS), 2024.



Fuente: Plataforma de Registro de Atenciones en Salud (PRAS), 2024.

4.2.4. Implementación de la autoprueba o prueba auto administrada de VIH (PAVIH).

El MSP dio inicio a la implementación de la autoprueba o prueba auto administrada de VIH (PAVIH) en el año 2023 y, como rector de la salud del país, incluyó la PAVIH en el PENM 2023-2025 para la prevención y diagnóstico del VIH y continuó con la elaboración de las “Directrices para la Distribución de Pruebas de Autotest de VIH” y la realización de un piloto de la utilización de la PAVIH.

La PAVIH forma parte de las estrategias de prevención combinada para el VIH y es considerada una herramienta adicional o complementaria a las demás intervenciones de prevención existentes en el país, que estará dirigida principalmente a aquellos usuarios que presentan un riesgo sustancial de infectarse por el VIH y cuyos resultados permitirán evaluar la viabilidad de adoptarla como política pública en prevención y diagnóstico de VIH.

La implementación de la PAVIH, tiene como base y evidencia lo que propone la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su documento “*Guidelines on HIV self-testing and partner notification*”, definiendo la autoprueba como el proceso en el cual una persona recolecta su propia muestra (fluido oral o sangre) y luego realiza una

prueba e interpreta los resultados, frecuentemente en un ambiente privado, sea sólo o acompañado por alguien de su confianza. La autopruueba de VIH es segura y precisa y, de acuerdo con la evidencia disponible, de gran aceptabilidad sobre todo entre las poblaciones clave, hombres y jóvenes, grupos con alto riesgo de infección, con una proporción de diagnóstico y vinculación a los servicios de salud similares a los logrados en centros de salud.

El MSP, a finales del 2023, inicia el piloto de implementación de la PAVIH con la distribución de 4.950 pruebas de Autotesteo de VIH a personas de grupos de población clave, gestantes y población general a nivel nacional; se lo realizó principalmente en establecimientos de los Servicios de Atención Libres de Estigma y Discriminación en el marco de los Servicios Inclusivos y a través de los servicios de atención en PrEP del MSP, además de la coordinación para el apoyo de organizaciones de sociedad civil de base comunitaria como Corporación Kimirina, Coalición Ecuatoriana de Personas que Viven con VIH y Fundación Equidad.

Los resultados de esta intervención fueron los siguientes: de las 4.950 pruebas de Autotesteo de VIH distribuidas, 4.589 pruebas de Autotesteo de VIH fueron entregadas a la población y registradas en el sistema PRAS; y 2.904 pruebas de Autotesteo de VIH registradas con resultado por la población al sistema PRAS.

En el periodo comprendido de diciembre de 2023 al 31 de julio de 2024, las personas que recibieron la Autopruueba de VIH y registraron sus resultados en el sistema PRAS fueron 2.904, lo que representa el 63,3% del total de las pruebas entregadas.

El 97,9% tuvo un resultado NO REACTIVO, mientras que el 1,3% tuvo un resultado REACTIVO y el 0,7% un resultado INVÁLIDO.

Dentro de las directrices planteadas para la distribución de la Autopruueba de VIH, se estableció el flujograma para la realización de la prueba de VIH, así como el proceso para la vinculación a las Unidades de Atención Integral, frente a un resultado reactivo de la Autopruueba de VIH; en este sentido, se realizó el seguimiento de los 39 casos reactivos reportados, evidenciándose que el 36% (14) de los casos se vincularon a una UAI y el 64% (25) de los casos de VIH no se han vinculado a ninguna UAI, esto según el reporte de seguimiento de casos de VIH del sistema PRAS.

4.2.5. Atención libre de estigma y discriminación en el marco de los servicios inclusivos.

Para el fortalecimiento de la respuesta al VIH en el país, desde mayo de 2023, se realizan acciones enfocadas en la promoción y prevención del VIH, otras ITS, tuberculosis y hepatitis virales B y C, dirigido a la población general, grupos de población clave: hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), personas transfemeninas (PTF) y mujeres que ejercen el trabajo sexual (TS), además de población vulnerable, en espacios libres de estigma y discriminación.

En este sentido y en el marco del Proyecto de Reducción de las Enfermedades Crónico-Transmisibles de Mayor Impacto en el Ecuador: VIH/sida, ITS, Tuberculosis y Hepatitis viral B y C, el mismo que tiene como objetivo “Reducir las nuevas

infecciones, las muertes, comorbilidades y la transmisión maternoinfantil de las enfermedades crónico-transmisibles con mayor impacto en el Ecuador a través de acciones de prevención en los distintos niveles de atención en salud, con el fin de detener la expansión de estas epidemias”, dentro de las acciones y componentes a ejecutarse se encuentran:

- **Componente Nro. 2:** Mejorar el acceso a un diagnóstico oportuno y métodos de prevención de enfermedades crónico-transmisibles.

- **Componente Nro. 3:** Fortalecer la atención integral de salud y control de las enfermedades crónico-transmisibles: VIH/sida, ITS, Tuberculosis y Hepatitis B y C.

Con lo anteriormente mencionado, se describe el fortalecimiento de 19 establecimientos de salud del primer nivel de atención, que se encuentran anclados a la Norma Técnica: "Implementación de la Estrategia de Servicios de Salud Inclusivos en los Establecimientos del Primer Nivel de Atención del Sistema Nacional de Salud" y el instructivo "Implementación de la Estrategia de Servicios de Salud Inclusivos en los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención del Ministerio de Salud Pública", emitida con acuerdo ministerial Nro. 246 en el 2018.

Dentro de los objetivos de la estrategia de servicios inclusivos se encuentra el hecho de promover el derecho a una atención integral, inclusiva y no discriminatoria a todos los usuarios de los establecimientos del primer nivel de atención.

El estándar de esta estrategia tiene que ver con establecimientos de salud libres de discriminación, el cual busca que los establecimientos de salud incorporen prácticas para el respeto y protección de los derechos humanos, la aplicación del enfoque de género, interculturalidad, el reconocimiento y respeto a las diversidades.

En el marco de la estrategia, se fortaleció con la contratación de los siguientes profesionales de salud, distribuidos en las 9 Coordinaciones Zonales:

- Especialista Zonal de Estrategias de Prevención y Control 1, para el Cargo de Especialista de Estrategias.
- Médico General de Primer Nivel de Atención, para el cargo de Médico.
- Enfermera 3, para el cargo de enfermera.
- Psicólogo Clínico 1, para el cargo de Psicólogo Clínico.
- Tecnólogo Médico de Laboratorio 3, para el cargo de Laboratorista.
- Promotor comunitario.

A continuación, se detalla la distribución de los equipos en las 9 Coordinaciones Zonales:

Tabla 6. Establecimientos de salud de primer nivel de atención que forman parte de la atención libre de estigma y discriminación en el marco de los servicios inclusivos.

Zona	Provincia	Cantón	Tipología	Establecimiento de Salud
Zona 1	Esmeraldas	Esmeraldas	Centro de Salud Tipo C	Centro de Salud Tipo C Las Palmas
Zona 1	Imbabura	Ibarra	Centro de Salud Tipo A	Priorato
Zona 1	Sucumbíos	Lago Agrio	Centro de Salud Tipo B	San Valentín
Zona 2	Napo	Tena	Centro de Salud Tipo B	Centro de Salud Satelital
Zona 2	Orellana	La Joya de los Sachas	Centro de Salud Tipo C	Joya de los Sachas
Zona 3	Cotopaxi	Latacunga	Centro de Salud Tipo C	Latacunga
Zona 3	Chimborazo	Riobamba	Centro de Salud Tipo B	Centro de Salud N° 1
Zona 3	Pastaza	Pastaza	Centro de Salud Tipo A	Centro de Salud Urbano Puyo
Zona 3	Tungurahua	Ambato	Centro de Salud Tipo B	Centro de Salud N° 1
Zona 4	Manabí	Manta	Centro de Salud Tipo C	Manta
Zona 4	Santo Domingo de los Tsáchilas	Santo Domingo	Centro de Salud Tipo C	Augusto Egas
Zona 5	Guayas	Daule	Centro de Salud Tipo A	Centro de Salud Urbano Daule
Zona 5	Santa Elena	La Libertad	Centro de Salud Tipo C	Centro de Salud Materno Infantil Venus de Valdivia
Zona 6	Azuay	Cuenca	Centro de Salud Tipo C	Centro de Salud Carlos Elizalde
Zona 6	Morona Santiago	Morona	Centro de Salud Tipo B	Centro de Salud INFA 24 HD
Zona 7	El Oro	Machala	Centro de Salud Tipo C	Velasco Ibarra
Zona 7	Loja	Loja	Centro de Salud Tipo B	Centro de Salud N° 1
Zona 8	Guayas	Guayaquil	Centro de Salud Tipo C	Centro de Salud Cisne II

Zona 9	Pichincha	Distrito Metropolitano de Quito	Centro de Salud Tipo C	Centro Histórico
--------	-----------	---------------------------------	------------------------	------------------

Fuente: Proyecto de Reducción de las Enfermedades Crónico -Transmisibles de Mayor Impacto en el Ecuador: VIH/ sida, ITS, TUBERCULOSIS Y HEPATITIS VIRAL B Y C, 2024.

Dentro de la atención que se brinda con estos 19 equipos, se manejan metas de tamizaje del VIH para realizarse en los GPC, planteadas por parte del Proyecto, las mismas que se han aplicado desde enero a diciembre de 2024; a continuación, se detalla la meta planteada de tamizaje y el alcance correspondiente al año 2024.

Tabla 7. Meta y alcance de tamizaje de VIH a GPC para los equipos de atención libre de estigma y discriminación en el marco de los servicios inclusivos, 2024.

ESTABLECI MIENTO DE SALUD	TAMIZAJES GRUPO DE POBLACIÓN CLAVE 2024									
	ALCAN CE 2024 HSH	META	% CUM PLIMI ENTO	ALCA NCE 2024 TRAN S	META	% CUM PLIMI ENTO	ALCAN CE 2024 TS	META	% CUM PLIMI ENTO	TOTA L
Centro de Salud Tipo C Las Palmas	805	671	120%	109	97	112%	503	394	128%	120%
Priorato	317	325	98%	45	47	96%	619	213	291%	161%
San Valentín	497	465	107%	53	67	79%	115	105	110%	99%
Centro de Salud Satelital	368	187	197%	23	27	85%	118	19	612%	298%
Joya de los Sachas	528	567	93%	23	82	28%	348	279	125%	82%
Latacunga	746	828	90%	41	120	34%	551	542	102%	75%
Centro de Salud N°1 (Riobamba)	637	485	131%	34	70	48%	400	332	121%	100%
Centro de Salud Urbano Puyo	253	127	199%	33	18	179%	255	72	355%	244%
Centro de Salud N°3 (Ambato)	774	627	123%	52	91	57%	822	415	198%	126%
Manta	1.449	1.786	81%	233	259	90%	1.085	1.084	100%	90%
Augusto Egas	1.952	1.828	107%	284	265	107%	2.246	1.115	201%	138%
Centro de Salud Urbano Daule	1375	1.289	107%	186	187	99%	808	808	100%	102%
Centro de Salud Materno Infantil Venus de Valdivia	1.105	1.183	93%	203	171	119%	639	688	93%	102%
Centro De Salud N°4	904	896	101%	96	130	74%	691	619	112%	95%

Centro De Salud INFA 24 HD	225	224	100%	23	33	71%	218	123	178%	116%
Velasco Ibarra	2.078	1.663	125%	153	241	63%	724	983	74%	87%
Centro De Salud N°1	1.594	621	257%	67	90	74%	535	395	135%	155%
Centro De Salud Cisne II	1.133	855	133%	123	124	99%	487	536	91%	108%
Centro Histórico	1.174	454	259%	77	66	117%	1.413	298	474%	283%
TOTAL	17.914	15.079	119%	1.858	1.965	95%	12.577	3.006	418%	211%

Fuente: MSP, Estrategia Nacional de VIH/sida, Matriz de seguimiento de tamizaje de VIH a los GPC, 2024.

Dentro de las actividades que realizan los 19 equipos, se alcanzaron 2.100 talleres y capacitaciones dirigidas a población general, personal de salud, estudiantes universitarios y grupos de población clave, con enfoque de derechos humanos, promoción y prevención del VIH/sida y otras ITS, estigma y discriminación.

5. LÍNEA ESTRATÉGICA 2: ASEGURAR LA ATENCIÓN INTEGRAL EN LA SALUD (CON EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL OPORTUNO DE ENFERMEDADES OPORTUNISTAS Y OTRAS ITS) DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA – ITS.

5.1. Atención integral de las personas que viven con VIH.

El Ministerio de Salud Pública (MSP) ha asegurado el acceso al tratamiento antirretroviral para personas que viven con VIH lo que incluye adultos, gestantes y niños, independientemente de su situación económica, social o nacionalidad.

En el Ecuador se viene trabajando en fortalecer la atención integral del VIH con un enfoque holístico y continuo. Este enfoque abarca la prevención, diagnóstico de coinfecciones y comorbilidades, tratamiento, exámenes de seguimiento y apoyo a personas que viven con el VIH (PVV), buscando mejorar su calidad de vida y garantizar sus derechos. Se considera no solo los aspectos médicos, sino también los psicológicos y sociales.

Componentes clave de la atención integral del VIH:

1. Prevención:

- Educación sexual integral.
- Promoción del uso del condón y lubricante a base de agua.
- Prevención de la transmisión maternoinfantil.
- Reducción del estigma y discriminación.

2. Tratamiento antirretroviral (TARV):

- Acceso gratuito y continuo a medicamentos antirretrovirales.
- Inicio temprano del tratamiento, independientemente del conteo de CD4.
- Monitoreo de carga viral y adherencia al tratamiento.

3. Atención médica integral:

- Control de infecciones oportunistas.
- Manejo de enfermedades crónicas asociadas (como diabetes o hipertensión).
- Salud mental y apoyo psicológico.
- Atención en salud sexual y reproductiva.
- Exámenes de monitoreo: carga viral y CD4.

4. Apoyo psicosocial y comunitario:

- Grupos de apoyo entre pares.
- Servicios de trabajo social.
- Acompañamiento en el sistema de salud.

5. Derechos humanos y enfoque diferencial:

- No discriminación por orientación sexual, identidad de género, etnia o estatus serológico.
- Adaptación de servicios a población clave y vulnerable (gestantes, adolescentes, personas trans, personas que usan drogas, trabajadores sexuales, etc.).

Actualmente el país cuenta con 63 Unidades de Atención Integral para personas que viven con VIH, 51 corresponden al MSP, 8 IESS, 2 ISSPOL y 2 ISSFA, mismos que se encuentran en establecimientos de salud del primer, segundo y tercer nivel de atención, en las 24 provincias del país.

5.1.1. Personas que viven con el VIH que conocen su estado serológico.

Las personas que viven con el VIH y conocen su estado serológico, es decir, saben que viven con el virus gracias a una prueba de detección positiva, al conocer el diagnóstico les permite:

- **Iniciar tratamiento antirretroviral temprano:** Esto mejora la salud, la calidad de vida y reduce la posibilidad de transmisión.
- **Lograr la supresión viral:** El tratamiento regular y la carga viral indetectable previenen la transmisión sexual.
- **Prevenir complicaciones:** El diagnóstico temprano ayuda a controlar el virus antes de que afecte el sistema inmunológico y cause infecciones oportunistas.
- **Tomar decisiones informadas:** El conocimiento del estado serológico permite a la persona acceder a servicios de salud y apoyo para tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva.

Razones principales para conocer el estado serológico:

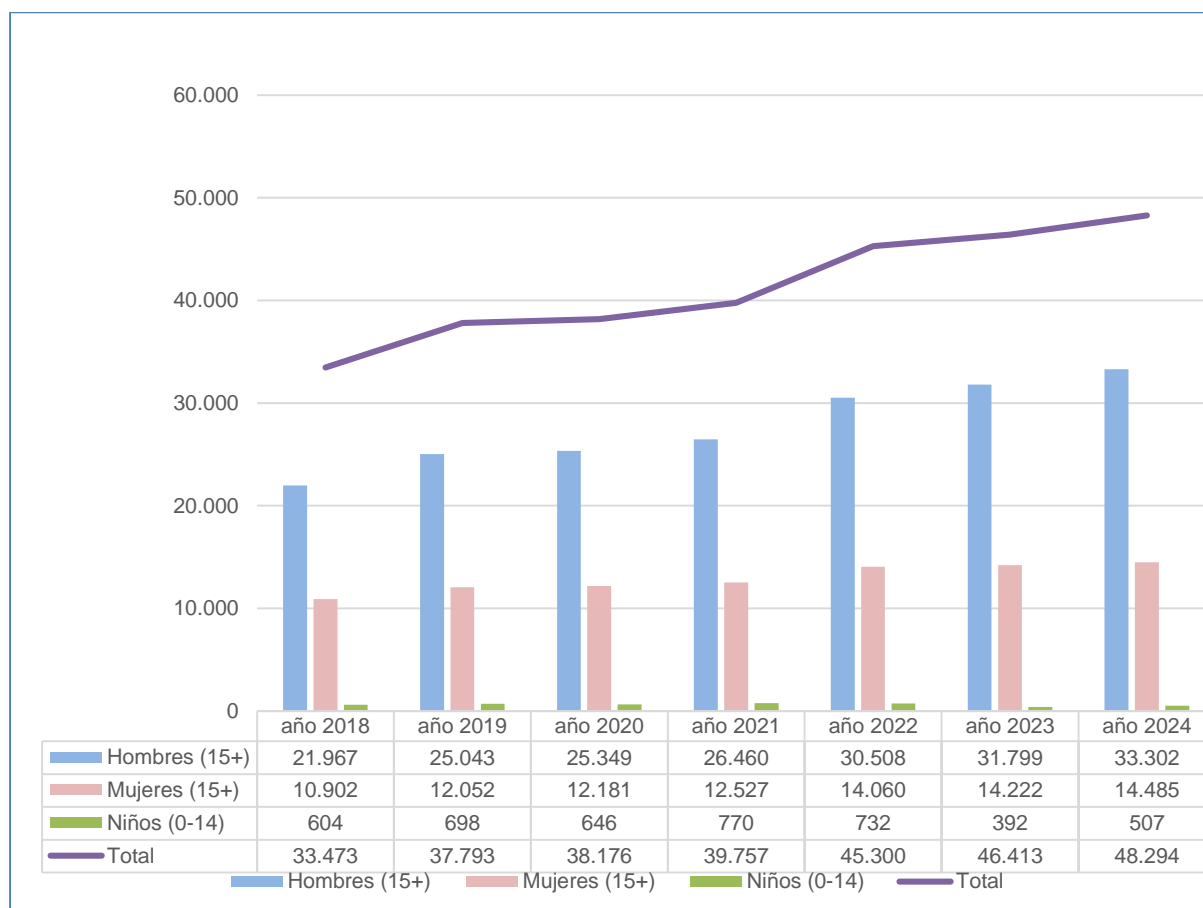
- **Acceso temprano al tratamiento:** El tratamiento antirretroviral (TARV) es crucial para mantener un óptimo estado de salud y prevenir la progresión de la enfermedad.

- **Reducción de la transmisión:** Al lograr una carga viral indetectable, las personas que viven con VIH no transmiten el virus.
- **Mejora de la calidad de vida:** El tratamiento permite a las personas vivir vidas largas y saludables.
- **Empoderamiento y control:** Conocer el estado serológico empodera a las personas para tomar decisiones informadas sobre su salud y bienestar.

5.1.2. Análisis de tendencia de personas que viven con VIH y conocen su estado serológico, en Ecuador, desde el año 2018 al 2024.

En Ecuador, para el cierre del año 2024, existían aproximadamente 48.294 personas que viven con el VIH y conocen su estado serológico, lo que significa que han sido diagnosticadas.

Gráfico 31. Tendencia de personas que viven con VIH y conocen su estado serológico, Ecuador, 2018 al 2024.



Fuente: Plataforma de Registro de Atenciones en Salud (PRAS), Seguimiento de casos de VIH, 2024.

La tendencia es claramente ascendente, lo que indica una mejora constante en el acceso al diagnóstico del VIH y en la notificación de resultados a los pacientes. En 2018 se observan que 33.473 personas conocían su diagnóstico, mientras que, en el año 2024, esa cifra crece a 48.294, lo que representa un aumento absoluto de 14.821 personas y un crecimiento del 44,3%.

Tabla 8. Crecimiento por año (variación absoluta y relativa).

Año	Incremento vs. año anterior	Porcentaje de crecimiento
2019	+4.320	+12,90%
2020	+383	+1,00%
2021	+1.581	+4,10%
2022	+5.543	+13,90%
2023	+1.113	+2,50%
2024	+1.881	+4%

Fuente: Proyecto de Reducción de las Enfermedades Crónico -Transmisibles de Mayor Impacto en el Ecuador: VIH/ sida, ITS, TUBERCULOSIS Y HEPATITIS VIRAL B Y C, 2024.

A pesar de estos avances, persisten desafíos relacionados con el estigma y la discriminación que pueden disuadir a algunas personas de hacerse la prueba o acceder al tratamiento. Es fundamental continuar con campañas de sensibilización y educación para garantizar que todas las personas tengan acceso a la información y servicios necesarios.

5.1.3. Personas que viven con VIH con tratamiento antirretroviral (TARV)

El TARV en el Ecuador se ofrece sin costo por mandato constitucional y tiene una cobertura universal, incluyendo a personas en situación de movilidad humana, así como el respaldo del abastecimiento del TARV en los PVV que pertenecen a la RPIS.

Con una adherencia adecuada al tratamiento antirretroviral (TARV), las personas que viven con VIH pueden llevar vidas largas, saludables, productivas y reducir el riesgo de transmisión del virus

El TARV es un conjunto de medicamentos que las personas con VIH deben tomar todos los días para suprimir el virus en su organismo. No cura el VIH, pero controla la replicación del virus, protege el sistema inmunológico y reduce significativamente el riesgo de transmisión, tomar los medicamentos todos los días sin fallar es fundamental para:

- Mantener la carga viral baja o indetectable.
- Evitar la resistencia a los medicamentos.
- Reducir el riesgo de transmisión del VIH.
- Mejorar la calidad de vida.

El TARV constituye uno de los mayores avances en la medicina moderna, ha evitado la muerte de millones de personas y ha frenado la expansión de la epidemia por VIH; el objetivo principal de este tratamiento es tener un control estable de la replicación viral y la prevención de la inmunodeficiencia, pero hasta el momento el tratamiento farmacológico no elimina por completo la infección por el VIH, existen reservorios naturales de la enfermedad, lugares en donde se encuentran células infectadas con infección latente. Por tanto, el manejo farmacológico de esta enfermedad conlleva

nuevos retos, como es lograr la reducción significativa de reservorios virales (curas funcionales); varios estudios han demostrado que iniciando el tratamiento lo más pronto posible, luego de su diagnóstico, favorece al menor daño y mejor sobrevida de la persona infectada por el virus.

5.2. Medicamentos Antirretrovirales y esquemas de tratamiento en el MSP.

Actualmente, en el país se encuentran disponibles fármacos antirretrovirales que actúan en diferentes niveles del ciclo replicativo del VIH: inhibidores de la transcriptasa inversa, inhibidores de la proteasa del VIH e inhibidores de la integrasa; a continuación, se los detalla:

Tabla 9. Clasificación de Antirretrovirales por familias según su mecanismo de acción.

Inhibidores de la Transcriptasa Inversa análogos de los nucleósidos (ITIAN)	Abacavir 300 mg
	Abacavir Solución oral, 50 mg/5ml
	Zidovudina 100 mg
	Zidovudina 300 mg
	Zidovudina Solución oral, 50 mg/5ml
	Zidovudina IV
	Lamivudina Solución oral, 50 mg/5ml
	Lamivudina 150 mg
	Emtricitabina 200 mg
	Tenofovir Diproxil fumarato 300 mg
Inhibidores de la Transcriptasa Inversa análogos de los no nucleósidos (ITIANN)	Nevirapina Solución oral, 50m g/5ml
	Nevirapina 200 mg
Inhibidores de la Proteasa (INP)	Darunavir 600 mg
	Ritonavir 100 mg
Inhibidores de la Integrasa (INI)	Dolutegravir 50 mg

Fuente: Estrategia Nacional de Prevención y Control del VIH, 2024.

Además, presenta las siguientes coformulaciones disponibles:

Tabla 10. Medicamentos ARV coformulados en el MSP.

Abacavir 600mg + Lamivudina 300 mg
Atazanavir 300mg + Ritonavir 100mg
Lopinavir 200mg + Ritonavir 50mg
Zidovudina 300+ Lamivudina 150 mg
Tenofovir Disoproxil Fumarato 300 m g + Emtricitabina 200 mg
Tenofovir Disoproxil Fumarato 300 mg + Emtricitabina 200 mg + Efavirenz 600mg
Tenofovir Disoproxil Fumarato 300 mg + Lamivudina 300mg + Dolutegravir 50mg

Fuente: Estrategia Nacional de Prevención y Control del VIH, 2024.

Es importante señalar que la Guía de Práctica Clínica de VIH 2019, entró en proceso de actualización durante el año 2023, según agenda regulatoria establecida, razón por la cual la lista de esquemas mencionados a continuación podría estar sujetos al cambio.

A la presente fecha se cuenta con 13 esquemas de tratamiento ARV de los cuales:

- 5 se emplean en adultos y niños (preferente o de primera línea).
- 3 de segunda línea.
- 5 de tercera línea y rescate.

Tabla 11. Esquemas de tratamiento antirretroviral empleados por el MSP.

No.	Esquemas	Presentación Farmacológica	Total
1	ABC/3TC+DRV+RTV	600/300+600+100	150
2	ABC/3TC+DTG	600/300+50	3000
3	3TC+DTG	150+50	120
4	ABC+3TC+DTG	300+150+50	150
5	AZT/3TC+DRV+RTV	300/150+600+100	60
6	AZT/3TC+DTG	300/150+50	290
7	AZT+3TC+DTG	(50/5+50/5+10)	56
8	DTG+DRV+RTV	50+600+100	100
9	DTG+DRV+RTV+ETR	50+600+100+200	25
10	TDF/FTC+DRV+RTV	300/200+600+100	270
11	TDF/FTC+DTG	300/200+50	900
12	TDF/FTC+DTG+DRV+RTV	300/200+50+600+100	30
13	TDF/3TC/DTG	300/300/50	35066

Fuente: Estrategia Nacional de Prevención y Control del VIH, 2024.

Tabla 12. Esquemas de tratamiento antirretroviral en coinfección TB/VIH empleados por el MSP.

Grupo poblacional	Esquema
Adultos y Adolescentes	TDF/3TC/DTG*

*DTG dos veces al día cuando se coadministra con Rifampicina

Ítem	Medicamento	Abreviatura	Familia
1	Abacavir 120mg + Lamivudina 60mg	ABC/3TC	Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa + inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos (INTI).
2	Abacavir 300mg	ABC	Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa + inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos (INTI).

3	Abacavir 600mg + Lamivudina 300mg	ABC/3TC	Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa + inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos (INTI).
4	Darunavir 600mg	DRV	Inhibidores de la proteasa.
5	Dolutegravir 10mg	DTG	Inhibidores de la integrasa
6	Dolutegravir 50mg	DTG	Inhibidores de la integrasa
7	Etravirina 200mg	ETR	Inhibidores no nucleótidos de la transcriptasa inversa
8	Tenofovir 300mg + Lamivudina 300mg + dolutegravir 50mg	TDF/ 3TC/DTG	Inhibidor de la transcriptasa inversa análogo de nucleótido + inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos (INTI) + inhibidores de la integrasa
9	Tenofovir 300mg + emtricitabina 200mg	TDF/FTC	Inhibidor de la transcriptasa inversa análogo de nucleótido + inhibidor de la transcriptasa inversa análogo de nucleósido
10	Lamivudina 50mg/5ml	3TC	Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos (INTI).
11	Lamivudina 150mg	3TC	Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos (INTI).
12	Nevirapina 50mg/5ml	NVP	Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa
13	Ritonavir	RTV	Inhibidor de la proteasa
14	Zidovudina 50mg / 5mL	AZT	Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa (INTI)
15	Zidovudina 10mg/mL	AZT	Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa (INTI)
16	Zidovudina / Lamivudina 300mg/150mg	AZT/3TC	Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa (INTI)+ inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos (INTI).

Fuente: Estrategia Nacional de Prevención y Control del VIH, 2024.

5.3. Atención diferenciada y el seguimiento de las personas con VIH.

Las recomendaciones internacionales para la atención y el seguimiento de las personas con VIH han cambiado tras el enfoque de iniciar a todas las PVV con el TARV.

Como respuesta a este cambio, las directrices de la OMS correspondientes al 2016 sobre el uso de medicamentos antirretrovirales incluyen una sección sobre “Atención Diferenciada” que ofrece sugerencias básicas para que los establecimientos de salud pasen a un Modelo en el que la atención esté basada en las necesidades de cada usuario.

La Organización Mundial de la Salud promueve la necesidad de una atención centrada en el usuario para mejorar la calidad y eficiencia de los servicios de atención del VIH y para abordar los desafíos de algunas poblaciones para acceder a los servicios de salud. Todo esto implica una serie de adaptaciones programáticas que se describen como formas de “diferenciar”, que no solo toman en cuenta cómo y dónde realizar las pruebas de VIH, sino que incluyen la dispensación del TARV.

En las Unidades de Atención Integral, el número de usuarios que reciben el TARV no solo ha aumentado, sino que incluye una mayor proporción de usuarios sanos y estables. El principio central para diferenciar la Atención es proporcionar servicios de prueba de VIH y de TARV, donde se aborden las barreras específicas identificadas por los usuarios y se centre la atención en las necesidades específicas de cada grupo.

Los objetivos del Modelo Diferenciado incluyen:

- Aliviar la sobrecarga de usuarios en algunos servicios de salud.
- Permitir que el personal se concentre más en usuarios con afecciones y necesidades más complejas.
- Reducir la carga financiera y no financiera para el usuario.
- Mejorar la aceptabilidad de los servicios para el paciente.

Los principios de la prestación diferenciada de las UAI se pueden aplicar a través de toda la cascada de atención, desde la realización de la prueba de VIH hasta el inicio del TARV, con la dispensación a largo plazo, la adherencia al tratamiento y la supresión virológica.

El grado de adherencia óptima es un factor determinante para lograr, por un lado, la supresión viral en las personas que viven con VIH, lo que se traduce en una reducción significativa del avance a la fase avanzada de la enfermedad y la morbilidad de los pacientes, lo cual constituye una elevada asignación de recursos de los fondos públicos de los países; y por el otro, prevenir la infección en el caso de los que usan los medicamentos como profilaxis.

Con las estrategias mencionadas, el país asume el compromiso de poner fin a la epidemia del VIH como problema de salud pública para el 2030.

Con este antecedente, el Ministerio de Salud Pública realizó la adquisición del medicamento: **Tenofovir 300mg/Lamivudina 300mg/Dolutegravir 50mg en presentación de 90 tabletas**, como una estrategia encaminada a una atención diferenciada conforme las diversas necesidades de las personas viviendo con el VIH, con el objetivo de definir las pautas clave para garantizar el acceso oportuno, continuo y sostenible a los medicamentos, requeridas en la prescripción y dispensación de antirretrovirales para varios meses, mediante la gestión eficiente del sistema integral de suministro.

En virtud de lo mencionado se emiten a continuación las directrices de dispensación del medicamento Tenofovir 300mg/Lamivudina 300mg/Dolutegravir 50mg en presentación frasco de 30 tabletas y frasco de 90 tabletas:

Dispensar frascos x 30 tabletas de Tenofovir 300mg/ Lamivudina 300mg/ Dolutegravir 50mg a los siguientes grupos:

- a. Personas que inician o reinician el tratamiento antirretroviral (TARV) en las Unidades de Atención Integral de VIH, considerando que se les deberá brindar el apoyo complementario dirigido a fortalecer la adherencia a la TARV.
- b. Personas con diagnóstico de VIH/sida en fase avanzada de la enfermedad (sida), que requieren un seguimiento más estrecho a fin de garantizar su adherencia al tratamiento.
- c. Personas que viven con VIH en tratamiento antirretroviral, con condición clínica inestable o sospecha de mala adherencia, que requieren seguimiento más estrecho.
- d. Para toda persona que requiera aplicación de profilaxis post exposición laboral o no laboral, en cuyo caso únicamente se utilizará esta presentación del medicamento, en función de su administración por 28 días.

Dispensar frascos x 90 tabletas de Tenofovir 300mg/Lamivudina 300mg/Dolutegravir 50mg al siguiente grupo:

- a. Personas que viven con VIH/sida que se encuentran clínicamente estables, con carga viral indetectable, en las que se ha verificado que comprenden la importancia de la adherencia al tratamiento y, de acuerdo con el criterio médico, pueden disminuir la frecuencia de sus controles.

Este enfoque puede aliviar la presión en los entornos de atención de salud sobrecargados y facilitar la prestación de una mejor atención a los pacientes que presentan condiciones más complejas que requieren un rápido diagnóstico y tratamiento (por ejemplo, tratamiento de infecciones oportunistas, apoyo a la adhesión terapéutica, pruebas de carga viral y eventuales cambios de esquema, pruebas de farmacorresistencia del VIH u otra atención especializada).

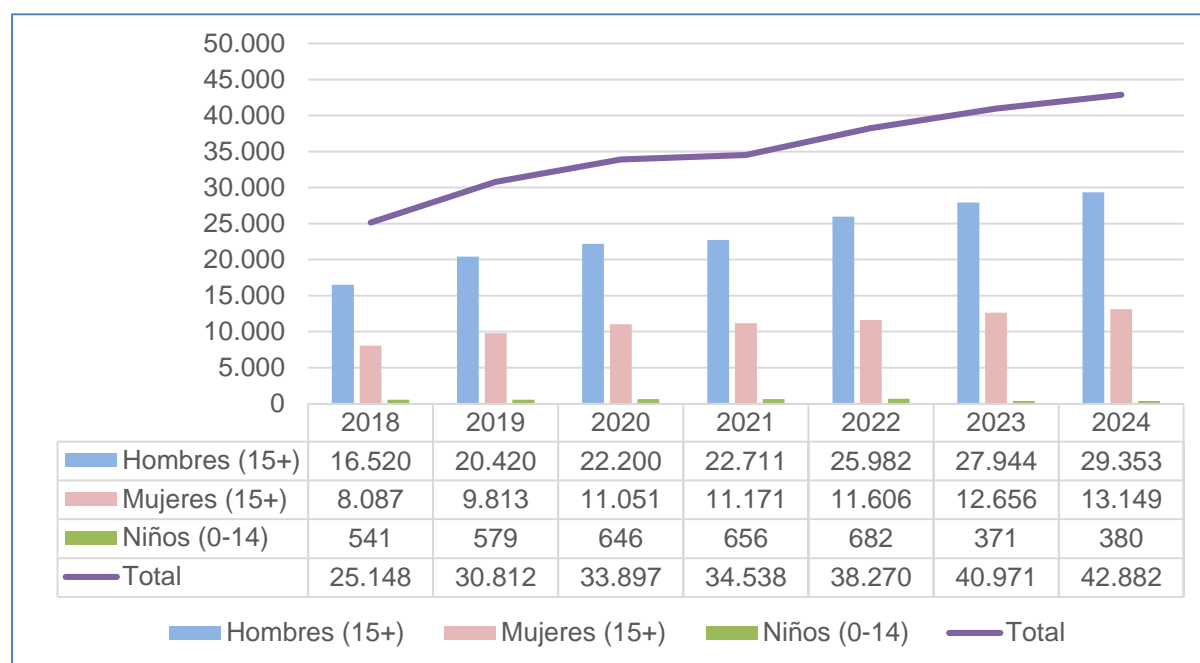
En Ecuador, para el año 2024, las personas estimadas que viven con VIH son 52.347, lo que refleja que 48.294 (92,26%) son personas con VIH que conocen su estado, mientras que 42.882 (88,79%) personas viviendo con VIH se encuentran con tratamiento antirretroviral y 33.019 (77%) se encuentran adherentes al esquema preferencial.

5.4. Análisis de tendencia de las personas que viven con VIH en tratamiento antirretroviral (TARV).

A lo largo de los años Ecuador ha mantenido una tendencia positiva y sostenida, con mejoras continuas en el acceso al tratamiento.

La cobertura con TARV ha mejorado notablemente, pasando de 75,1% en 2018 a 88,8% en 2024; el país se está acercando al objetivo de ONUSIDA (95% de personas diagnosticadas en TARV), pero aún hay una brecha del 6,2% por cerrar.

Gráfico 32. Personas que viven con VIH que recibieron TARV, por sexo, desde el año 2018 a 2024, Ecuador.



Fuente: Plataforma de Registro de Atenciones en Salud (PRAS) Seguimiento de casos de VIH, 2024.

Los hombres representan el grupo con mayor cobertura de TARV, seguidos por mujeres y luego niños. La reducción en TARV pediátrico en 2023 corresponde a un análisis retrospectivo de la información para este grupo de edad, donde fue necesario realizar un ajuste nominal de cada caso, principalmente con las UAI pediátricas.

El crecimiento sostenido en el reporte y seguimiento de casos también indica un sistema de información estratégico en VIH que se ha venido fortaleciendo en los últimos 5 años, que ha mejorado con la implementación del sub módulo de VIH en unidades de atención integral que brindan atención a personas que viven con VIH, del IESS, Fuerzas Armadas y Policía Nacional; aunque aún existen brechas en el subregistro de información, el país ha tenido grandes avances en la consolidación de la Respuesta Nacional de VIH.

En términos generales, Ecuador ha logrado una expansión continua del TARV, lo que es un indicador positivo en su respuesta al VIH.

5.4.1. Abandono de la terapia antirretroviral.

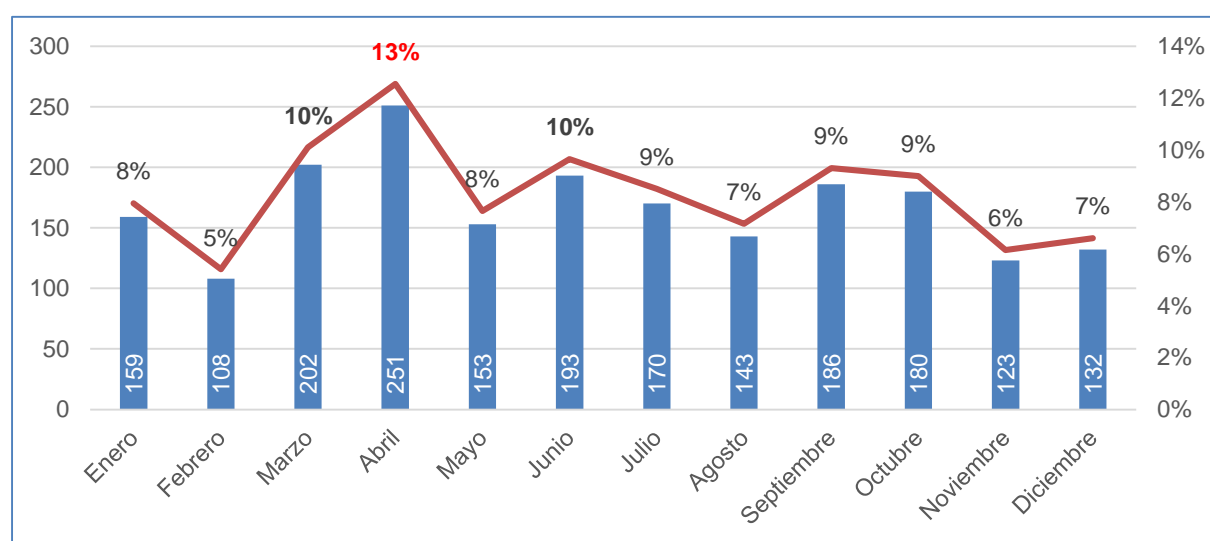
La no adherencia, traducida como abandono a los antirretrovirales, se asocia a resistencia a los medicamentos y a primoinfección con virus resistentes, impactando en forma negativa el control de la epidemia.

Se ha identificado a la variable psicopatológica que probablemente se relaciona con el abandono de la terapia más que a barreras de acceso a tratamiento, debido a que en los últimos 5 años no ha existido interrupción de fármacos antirretrovirales en el país.

En nuestra población con VIH existe una alta adherencia al TARV que se traduce a una tasa de abandono al TARV del 4,7%, es decir, que de 42.882 sólo 2.000 PVV interrumpieron su tratamiento por periodo mayor a 6 meses.

Esta cifra ha demostrado el éxito de la introducción de atención diferenciada y dispensación por frascos de 90 tabletas, ya que una de las causas, que en anteriores años se formulaban, era que al tener un mayor número de comprimidos formulados y coformulados diarios se asociaba a mayor riesgo de abandono a la terapia.

Gráfico 33. Abandono de terapia Antirretroviral.



Fuente: Plataforma de Registro de Atenciones en Salud (PRAS), Seguimiento de casos de VIH, 2024.

5.4.2. Personas que viven con VIH en tratamiento antirretroviral con carga viral suprimida.

La supresión de la carga viral del VIH es fundamental para mejorar la salud de las personas que viven con VIH, prevenir la transmisión sexual y reducir la transmisión perinatal. El tratamiento antirretroviral (TARV) es el método más eficaz para lograr y mantener la supresión viral, idealmente con un inicio rápido después del diagnóstico y un tratamiento continuo de por vida.

Existen tres categorías para clasificar la carga viral cuantitativa de VIH: detectable (mayor a 1.000 copias/ml), suprimida (detectada pero igual o menor a 1.000 copias/ml) e indetectable (carga viral no detectada según el punto de corte del equipo empleado, por ejemplo, igual o menor a 40 copias/ml).

Las personas que viven con VIH que se encuentran indetectables y están en tratamiento antirretroviral no pueden transmitir de forma sexual el VIH.

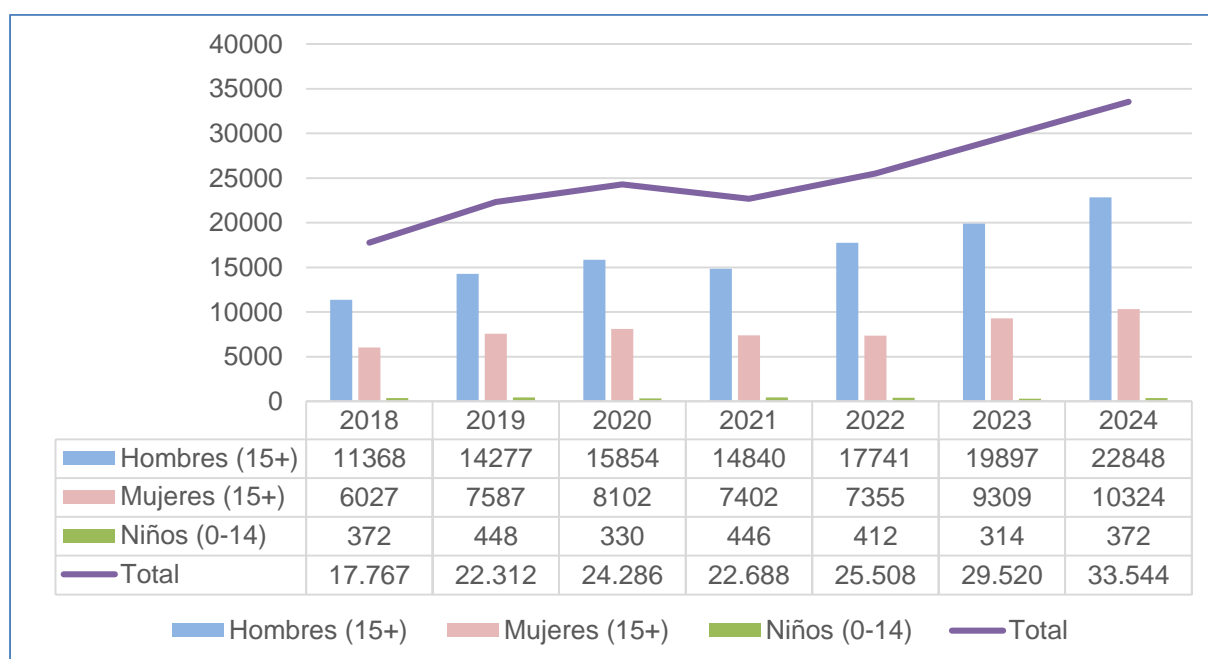
La carga viral es un indicador indirecto de adherencia farmacológica, por tanto, dentro de los objetivos que tiene la terapia antirretroviral (TARV) es lograr que la persona que vive con VIH logre tener una carga viral indetectable, recupere su función inmunológica, retrase la aparición de infecciones oportunistas, evite el efecto nocivo de la replicación viral sobre posibles comorbilidades existentes, disminuya el proceso inflamatorio crónico que esta patología conlleva y prevenga la transmisión del VIH.

5.4.3. Análisis de tendencia de personas que viven con VIH en tratamiento antirretroviral y presentan carga viral suprimida, bajo el umbral <1000 copias/ml.

La tendencia de personas con carga viral suprimida es positiva y en crecimiento sostenido, pero con una interrupción leve en 2021 del 6,6%, posiblemente vinculada a interrupciones por la pandemia (acceso a servicios de laboratorio, seguimiento, etc.); desde 2022, la recuperación ha sido fuerte y constante.

En 2018 había 17.767 personas con supresión viral y para 2024 la cifra sube a 33.544, lo que representa un incremento de 88,8% en siete años.

Gráfico 34. Personas que viven con VIH en tratamiento antirretroviral y presentan carga viral suprimida, bajo el umbral <1000 copias/ml, por sexo, desde el año 2018 a 2024, Ecuador.



Fuente: Plataforma de Registro de Atenciones en Salud (PRAS), Seguimiento de casos de VIH, 2024.

5.5. Gestión del suministro de productos estratégicos.

La gestión del suministro de dispositivos médicos y reactivos de laboratorio en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública es de vital importancia como elemento fundamental del derecho a la salud que el Estado tiene como obligación, a fin de asegurar la atención integral de la población.

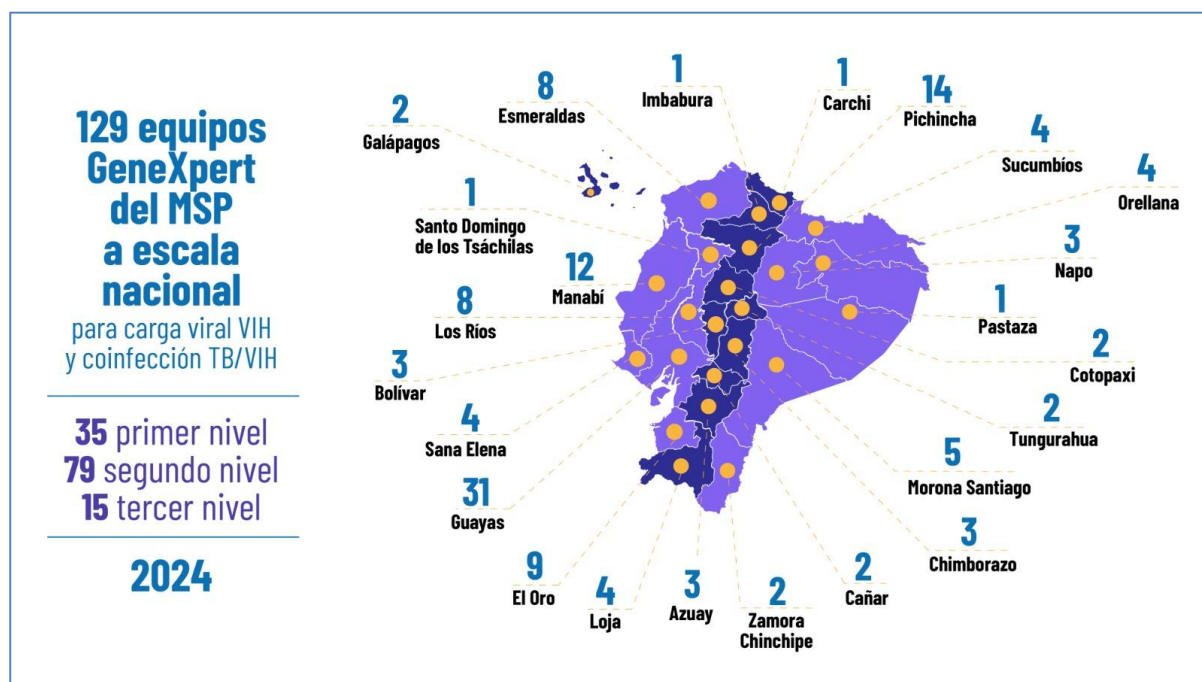
En este contexto, el MSP, a través de la Estrategia Nacional de VIH/sida - ITS garantiza el acceso oportuno y equitativo a tecnologías sanitarias seguras, eficaces y de calidad, que permitan la prevención, diagnóstico y monitoreo adecuado de la infección; a través de un análisis de datos históricos de consumo, dato poblacional mediante la identificación de poblaciones clave priorizando grupos vulnerables.

Por lo cual, el acceso a dispositivos médicos y reactivos de laboratorio requeridos para la atención integral de las personas que viven con VIH y de la población que requiere conocer su estado de salud, se asegura mediante ciclos de cadena de suministro de productos estratégicos como: selección, programación, adquisición (que considera precios asequibles y financiamiento sostenido), distribución, uso racional mediante monitoreo, generando sistemas de salud confiables de acuerdo a la prevalencia e incidencia de las infecciones de transmisión sexual incluyendo al VIH, considerando la tendencia actual de los gobiernos a ser más eficientes y obtener mayor impacto con la optimización de los recursos disponibles a fin de restablecer la salud de la población.

Por otro lado, de manera transversal se impulsa el fortalecimiento de capacidades del personal de salud, con base en procesos de capacitación técnica sobre el uso adecuado de dispositivos médicos y la interpretación de resultados, mediante talleres, guías técnicas actualizadas y acompañamiento en territorio.

Es importante recalcar que, la gestión del suministro de dispositivos médicos y reactivos de laboratorio incluye la dotación de tecnologías que permitan el procesamiento de las diferentes pruebas que se adquieren y distribuyen, como equipos de biología molecular en el punto de atención (GeneXpert), así como la participación activa del MSP en procesos de evaluación y vigilancia externa, en articulación con la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria (ARCSA) y el Instituto Nacional de Salud Pública e Investigación (INSPI).

Gráfico 35. Equipamiento de biología molecular disponible a nivel nacional



Fuente: Estrategia Nacional de Prevención y Control del VIH, 2024

5.6. Cascada de atención del VIH en Ecuador, en el año 2024.

La cascada del VIH, también conocida como cascada de atención del VIH, ilustra el flujo de personas con VIH/sida a través de diferentes etapas del cuidado. Estas etapas generalmente incluyen:

Diagnóstico: El porcentaje de personas con VIH que conocen su estado serológico.

Acceso a tratamiento: El porcentaje de personas diagnosticadas con VIH que inician y continúan con tratamiento antirretroviral.

Supresión viral: El porcentaje de personas en tratamiento antirretroviral que logran una carga viral indetectable.

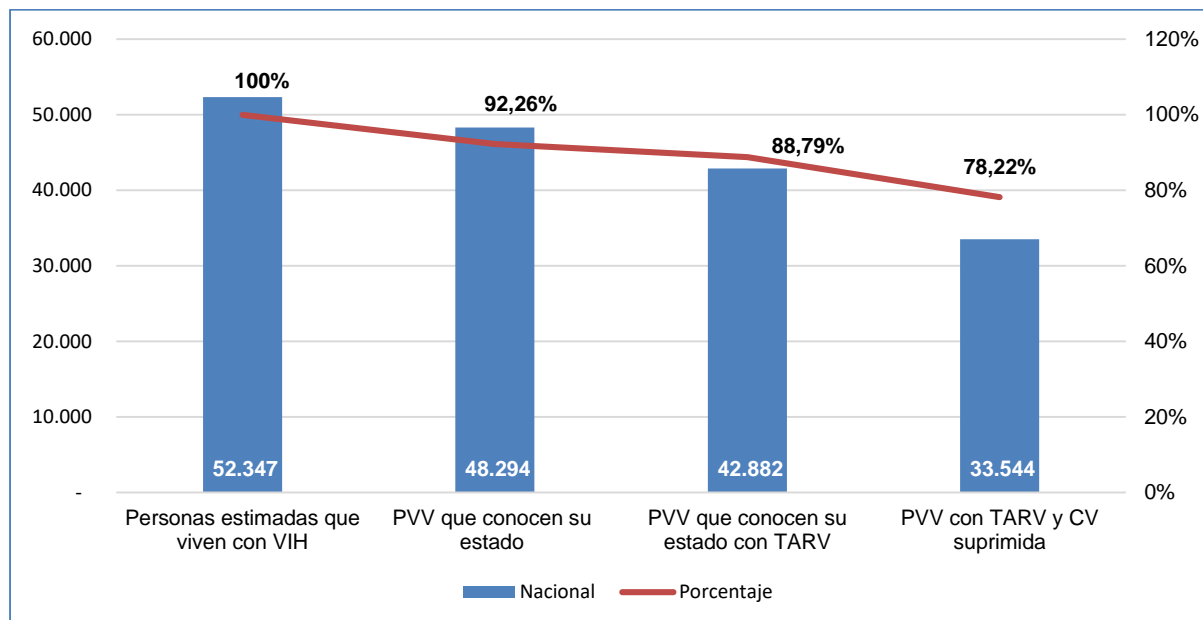
Al analizar la cascada, se pueden identificar los puntos donde las personas se pierden en el camino, lo que permite implementar estrategias específicas para abordar estas brechas y mejorar la eficiencia de la atención.

La cascada de atención del VIH se relaciona estrechamente con los objetivos 95-95-95 de ONUSIDA, que buscan poner fin al sida para el año 2030:

- 95% de las personas con VIH conozcan su estado serológico.
- 95% de las personas diagnosticadas con VIH reciban tratamiento antirretroviral continuo.
- 95% de las personas que reciben tratamiento tengan supresión viral.

Estos objetivos son ambiciosos pero alcanzables y la cascada de atención del VIH es una herramienta fundamental para monitorear el progreso y tomar medidas para asegurar que se logren.

Gráfico 36. Cascada de atención de VIH, Ecuador, 2024.



Fuente: Plataforma de Registro de Atenciones en Salud (PRAS), Seguimiento de casos de VIH, 2024.

En Ecuador para el año 2024, las personas estimadas que viven con VIH son 52.347, lo que refleja que 48.294 (92,26%) son personas con VIH que conocen su estado, mientras que 42.882 (88,79%) de personas viviendo con VIH se encuentran con tratamiento antirretroviral y 33.544 (78,22%) alcanzaron una carga viral suprimida bajo el umbral <1000 copias/ml.

5.6.1. Análisis de las brechas de la cascada de atención del VIH.

- De las 52.347 personas viviendo con VIH, alrededor de 4.053 personas (7,74%) no han sido diagnosticadas y, por lo tanto, no conocen su estatus VIH positivo. El 92,26% de las personas con VIH en Ecuador están conscientes de su diagnóstico, lo que es positivo, pero también refleja que una proporción significativa de personas aún no han sido diagnosticada. Esto sugiere que existen obstáculos en el acceso a pruebas de VIH, que podrían estar relacionados con la disponibilidad de servicios de salud, el estigma o la falta de conciencia sobre la importancia de la prueba.
- A pesar de que la mayoría de las personas diagnosticadas acceden al tratamiento, un 11,21% (5.412) no están en tratamiento; una proporción importante de las personas que conocen su estado no acceden al tratamiento, lo que indica posibles barreras relacionadas con la disponibilidad de medicamentos, la falta de apoyo para iniciar el tratamiento o problemas de adherencia. Esta brecha puede reflejar dificultades de acceso en ciertas regiones o poblaciones vulnerables, o incluso problemas de estigma y discriminación que impiden que las personas accedan a los servicios de tratamiento.

- Aunque la mayoría de las personas en tratamiento logran una carga viral indetectable, aún hay un 11,42% (9.338) que no alcanzan la supresión viral; este resultado refleja que una proporción de las personas que están recibiendo tratamiento no alcanzan la supresión viral, lo que puede estar relacionado con varios factores, como la falta de adherencia al tratamiento, así como posibles problemas socioeconómicos que afectan la capacidad de las personas para mantener el tratamiento a largo plazo.

5.6.2. Resumen del análisis de las brechas.

- **Brecha de diagnóstico:** Un 7,74% de las personas viviendo con VIH aún no conocen su estado, lo que representa una brecha crítica en el acceso a las pruebas y al diagnóstico temprano.
- **Brecha de tratamiento:** Un 11,21% de las personas diagnosticadas no están recibiendo tratamiento antirretroviral, lo que resalta la importancia de mejorar el acceso y la adherencia al tratamiento.
- **Brecha de supresión viral:** Un 11,42% de las personas en tratamiento no alcanzan la carga viral suprimida, lo que sugiere que, aunque la mayoría de las personas están en tratamiento, aún existen barreras que dificultan el logro de la supresión viral.

En Ecuador, aproximadamente 15.000 personas que viven con VIH y conocen su estado serológico siguen transmitiendo el virus. Esta situación representa una brecha significativa en la prevención y control del VIH, ya que el tratamiento antirretroviral efectivo puede reducir la carga viral a niveles indetectables, previniendo la transmisión.

5.6.3. Análisis de cascada atención de VIH por sexo, Ecuador, año 2024.

La desagregación por sexo de la cascada de VIH es clave para identificar desigualdades en el acceso, adherencia y efectividad del tratamiento, lo cual es fundamental para políticas públicas más precisas.

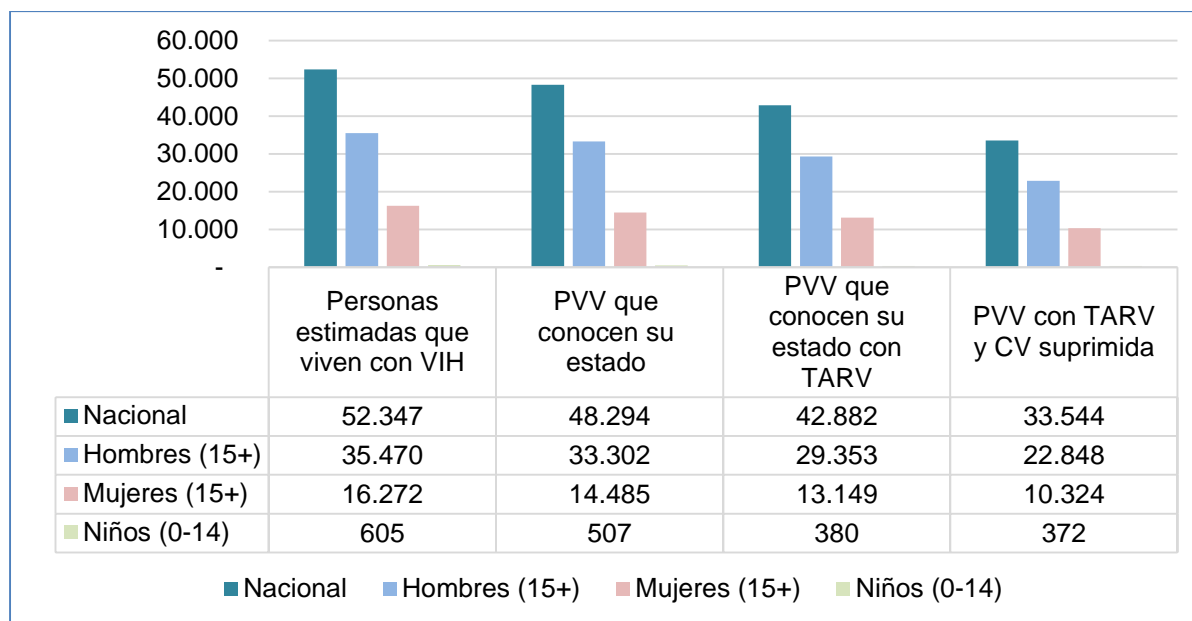
En el análisis de la cascada de atención por sexo, se puede apreciar que de las personas estimadas que viven con VIH para el cierre del año 2024, los hombres mayores de 15 años representan el 67% (35.470), mujeres mayores de 15 años el 31% (16.272), mientras que los niños menores de 14 años el <1% (605).

Pilar diagnóstico: Del total de personas que viven con VIH y conocen su estado serológico, los hombres mayores de 15 años representan el 68% (33.202), mujeres mayores de 15 años el 29% (14.485), mientras que los niños menores de 14 años representaron <1% (507).

Pilar de tratamiento: Del total de personas que viven con VIH y se encuentran en tratamiento antirretroviral los hombres mayores de 15 años, representan el 68% (29.353), mujeres mayores de 15 años el 31% (13.149), mientras que los niños menores de 14 años representaron <1% (380).

Pilar de supresión viral: Del total de personas viviendo con VIH se encuentran con tratamiento antirretroviral y alcanzaron una carga viral suprimida bajo el umbral <1000 copias/ml, los hombres mayores de 15 años, representan el 68% (22.848), mujeres mayores de 15 años el 30% (10.324), mientras que los niños menores de 14 años representaron menos del 1% (372).

Gráfico 37. Cascada de atención de VIH desagregada por sexo, Ecuador, 2024.



Fuente: Plataforma de Registro de Atenciones en Salud (PRAS), Seguimiento de casos de VIH, 2024.

5.7. Estrategia para la Eliminación de la Transmisión Maternoinfantil del VIH.

El Ecuador es el quinto país de la región en adoptar la Estrategia Nacional para la Eliminación de la Transmisión Maternoinfantil de VIH, sífilis, hepatitis B y enfermedad de Chagas (ETMI Plus).

La transmisión maternoinfantil del VIH puede ocurrir durante el embarazo, el parto o la lactancia materna; esta transmisión es evitable, ya que, siguiendo las acciones planteadas en la ETMI-Plus, la probabilidad del riesgo de transmisión de VIH de madre a hijo se reduce del 40% al 2%, por lo que se deben hacer todos los esfuerzos para el efecto.

Actualmente el país cuenta con la normativa para la Estrategia Nacional para la Eliminación de la Transmisión Maternoinfantil de VIH, sífilis, hepatitis B y enfermedad de Chagas (ETMI-Plus), según Acuerdo Ministerial Nro. 373 - 2019, misma que dispone su obligatoriedad a todo el Sistema Nacional de Salud.

La prevención de la transmisión maternoinfantil de la infección por VIH y sífilis exige la aplicación de una sucesión de intervenciones dirigidas a las mujeres antes del embarazo y durante el mismo, así como a las mujeres en estado de puerperio y a sus recién nacidos, por lo que es de vital importancia seguir estrategias para poder cumplir

con las metas nacionales propuestas, además de crear las herramientas necesarias para alcanzar estos objetivos de eliminación de la transmisión materno infantil (TMI) del VIH, sífilis, hepatitis B y enfermedad de Chagas como un problema de salud a nivel nacional.

5.7.1. Transmisión materno infantil del VIH.

La transmisión materno infantil del VIH puede ocurrir durante el embarazo, el parto o a través de la lactancia materna; esta transmisión es evitable, ya que, siguiendo las acciones planteadas en la Estrategia Nacional ETMI-Plus, la probabilidad del riesgo de transmisión de VIH de madre a hijo se reduce del 40% al 2%, por lo que se deben hacer todos los esfuerzos para el efecto. Se ha demostrado que el factor de riesgo más importante asociado con la transmisión materno infantil es la carga viral, a mayor carga viral de la gestante, mayor riesgo de transmisión; el diagnóstico y la administración de antirretrovirales deben iniciarse lo antes posible de preferencia antes de las 20 semanas de gestación.

La transmisión materno infantil (TMI) del VIH en Ecuador ha mostrado una tendencia general a la disminución, gracias al fortalecimiento del tamizaje prenatal, el acceso al tratamiento antirretroviral (ARV) y el seguimiento clínico del binomio madre-hijo, de los últimos 3 años.

En el periodo de enero a diciembre del año 2024, el número de gestantes que acuden a los servicios de atención prenatal en su primera consulta fueron 228.386, el número de gestantes que se realizan al menos una prueba de VIH fueron 197.753 con una prevalencia del 0,30%; en este mismo año, se registraron 596 gestantes con VIH, 423 expuestos perinatales (niñas/os menores de 18 meses de edad, hijos de madres con diagnóstico confirmado de VIH), se notificaron 5 casos nuevos de niños/as menores de 18 meses con VIH por transmisión materno infantil, alcanzando un porcentaje de transmisión del 1,18%.

Tabla 13. Resumen de indicadores de transmisión materno infantil VIH en Ecuador durante el año 2024.

Indicadores	2024
Número de nacimientos	268.377
Número de gestantes que acuden a servicios de atención prenatal	228.386
Número de gestantes que se realizan tamizaje para VIH	197.753
Número de gestantes que dan positivo en su primera prueba del VIH	282
Número de gestantes positivas + gestantes en la primera visita al centro de atención prenatal (incluido ARV)	314
Número de gestantes que empezaron la terapia antirretroviral antes del embarazo actual	262
Número de gestantes que iniciaron la PTMI durante el embarazo actual >4 semanas antes del parto	175
Número de gestantes que iniciaron la PTMI durante el embarazo actual <4 semanas antes del parto	139
Número de gestantes nuevas + gestantes que ya conocían su estado	596

Prevalencia de VIH en gestantes	0,30
Expuestos perinatales	423
Niños con TMI de VIH	5
Porcentaje de TMI	1,18

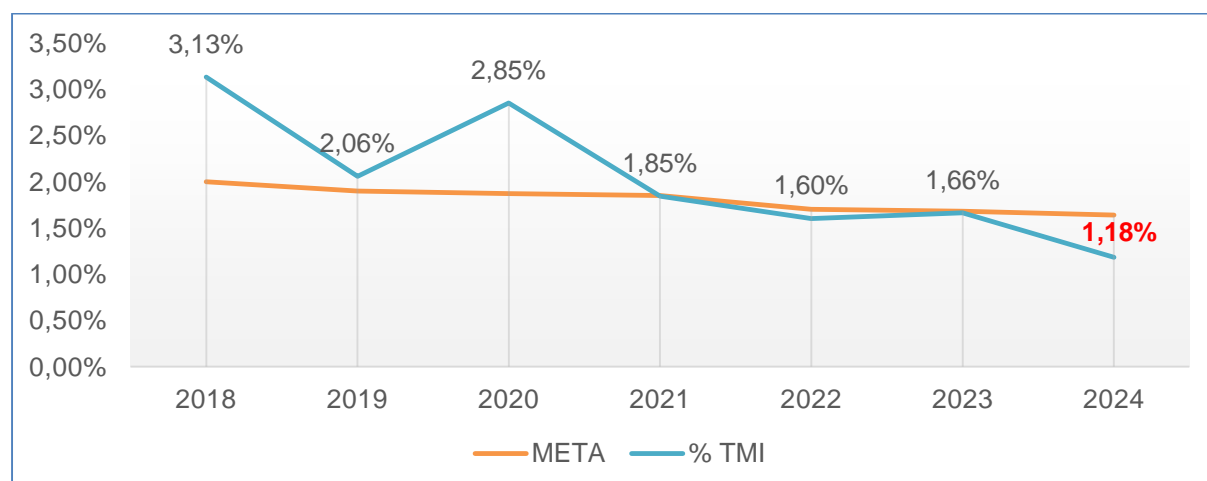
Fuente: Plataforma de Registro de Atenciones en Salud (PRAS) / SGRDACC / INEC / COHORTE ETMI, 2024.

La transmisión materno infantil en 2024 fue de 1,18%, lo que representa el valor más bajo del período 2018-2024; a pesar del pequeño aumento en 2023, la tendencia general es claramente descendente, lo que refleja mejoras en salud materno infantil, acceso a servicios de salud, educación y nutrición.

La caída de 0,48 puntos porcentuales entre 2023 y 2024 (de 1,66% a 1,18%) es significativa, lo que podría responder a políticas públicas efectivas o inversiones recientes en salud infantil.

Los casos de transmisión materno infantil de VIH pasaron de 16 casos en 2018 a 5 en 2024, manteniendo desde 2021 la meta global de <2% de TMI del VIH, alineándose a los objetivos mundiales planteados por la OMS.

Gráfico 38. Tendencia anual de la transmisión materno infantil de VIH, 2018 al 2024.



Fuente: Proyecto de Reducción de las Enfermedades Crónico-Transmisibles de Mayor Impacto en el Ecuador: VIH/ sida, ITS, TUBERCULOSIS Y HEPATITIS VIRAL B Y C, 2024.

Dentro de los logros del país están el mayor acceso y cobertura al tamizaje y tratamiento antirretroviral en gestantes con VIH y el seguimiento a niños seroexpuestos, lo que ha permitido la reducción sostenida de la TMI desde 2021.

Persisten brechas posibles en zonas rurales, poblaciones indígenas, migrantes y adolescentes, donde el acceso a diagnóstico y TARV puede ser menor, además en la capacitación y sensibilización de manera constante a los profesionales de la salud desde el primer nivel de atención y posibles subregistros en el sistema de información.

Dentro de los desafíos están incrementar el tamizaje prenatal desde el primer trimestre de la gestación, así como tamizar a la pareja y/o conviviente de cada gestante, fortalecer el seguimiento de niños expuestos al VIH, incluir en programas

de prevención, tales como la PrEP, en gestantes y en periodo de lactancia, además de mantener el seguimiento con altas tasas de tratamiento y adherencia.

5.7.2. Transmisión materno infantil de Sífilis.

En América Latina y el Caribe la prevalencia en las embarazadas varía ostensiblemente -del 0,1% al 7,0%- de un país a otro; se calcula que de las 63.000 infecciones que hubo en el 2012, 14.000 tuvieron un desenlace desfavorable. En el 2015 la OPS estimó que los casos de sífilis congénita ascendían a 22.800, lo que equivale a una tasa de 1,7 casos por 1.000 nacidos vivos en la región; en ese mismo año el tamizaje de sífilis en las embarazadas que asistían a control prenatal ascendió a un 83% y la cobertura del tratamiento de la sífilis materna a un 84%, pero el progreso en los últimos cinco años ha sido escaso.

La sífilis congénita es una de las infecciones de transmisión sexual más graves que afecta a los recién nacidos cuando las madres no son diagnosticadas ni tratadas durante el embarazo. En el contexto de Ecuador, la situación epidemiológica de la sífilis congénita sigue siendo un desafío de salud pública, aunque ha habido avances gracias a la implementación de políticas de prevención y control. La Estrategia Nacional de Eliminación de la Transmisión Materno Infantil (ETMI-Plus) juega un papel fundamental en la lucha contra la sífilis congénita, abordando de manera integral la prevención del VIH, la sífilis y la hepatitis en gestantes y sus bebés.

Los indicadores que se muestran a continuación reflejan diversos aspectos clave relacionados con la transmisión materno infantil de sífilis en Ecuador, incluyendo la cobertura de tamizajes, la prevalencia de sífilis en gestantes y la incidencia de sífilis congénita.

Tabla 14. Indicadores de Transmisión Materno infantil - Sífilis en Ecuador durante el año 2024.

INDICADORES	2024
Número estimado de nacidos vivos	268.377
Número de gestantes que acuden a servicios de atención prenatal	228.386
Número de gestantes que se realizan tamizaje para sífilis	60,410
Número de gestantes con serología reactiva para sífilis	395
Prevalencia de sífilis en gestantes	0,65
Cobertura de tamizajes de sífilis en gestantes	26%
Niño/as menores de 18 meses notificados con sífilis congénita	152
Incidencia de sífilis congénita por cada 1.000 nacidos vivos	0,56

Fuente: Plataforma de Registro de Atenciones en Salud (PRAS) / SGRDACC / INEC / COHORTE ETMI, 2024.

En el año 2024 la prevalencia de sífilis en gestantes es del 0,65%, lo que significa que 1 de cada 200 gestantes diagnosticadas presenta sífilis. Esta cifra puede considerarse baja, muy probablemente relacionada al subregistro en el sistema de información, pero sigue siendo un reto para las políticas de prevención y tratamiento.

La incidencia de sífilis congénita fue de 0,56 casos por cada 1.000 nacidos vivos, lo que representa un descenso relativo respecto a años anteriores; no obstante, este valor aún está por encima de la meta planteada, que es de menos de 0,5 casos por cada 1.000 nacidos vivos.

La cobertura de tamizajes en 2024 fue de aproximadamente el 26%, lo cual indica que hay un margen importante para mejorar la tasa de cobertura. A pesar de la mejora gradual, las zonas rurales y las poblaciones vulnerables continúan siendo las de mayor riesgo, lo que impide alcanzar la universalidad en el acceso a servicios de salud.

El tratamiento oportuno y adecuado de la sífilis en gestantes es clave para prevenir la transmisión vertical y, por ende, la sífilis congénita, una condición prevenible que puede tener consecuencias graves para la salud del recién nacido. Durante el año 2024 se notificaron 395 gestantes que resultaron serológicamente reactivas a sífilis, pero no necesariamente tratamiento efectivo. Esto se evidencia en que 152 niños/as fueron notificados con sífilis congénita, lo que sugiere una brecha significativa entre el diagnóstico y el tratamiento oportuno y completo de las gestantes.

5.7.3. Transmisión Materno infantil de Hepatitis B.

La transmisión materno infantil del virus de la hepatitis B ocurre principalmente durante el parto y, en menor medida, por la lactancia. El riesgo de transmisión es mayor si la madre es portadora crónica del virus o si se infecta en el tercer trimestre del embarazo. El virus puede causar infección crónica en el recién nacido si no se administra la vacuna e inmunoglobulina de forma oportuna tras el parto y el 90% de los recién nacidos infectados desarrollan infección crónica si no reciben profilaxis.

Para prevenir la transmisión materno infantil, Ecuador ha implementado la Estrategia de Eliminación de la Transmisión Materno infantil de VIH, sífilis, hepatitis B y enfermedad de Chagas (ETMI-Plus), esta estrategia busca reducir la prevalencia del antígeno de superficie de la hepatitis B (AgHBs) en niños de 4 a 6 años a menos del 0,1%.

Tabla 15. Casos de gestantes con hepatitis B, Ecuador, 2024.

Indicadores	2024
Número de gestantes que acuden a servicios de atención prenatal	249.712
Número de gestantes que se realizan tamizaje para hepatitis B	66.906
Número de gestantes positivas para hepatitis B	150
Prevalencia de hepatitis B en gestantes	0,22%

Cobertura de tamizajes de hepatitis B en gestantes	26.8%
--	-------

Fuente: Plataforma de Registro de Atenciones en Salud (PRAS) / SGRDACA / INEC / COHORTE ETMI, 2024.

En el año 2024, se realizaron 66.906 tamizajes para hepatitis B, identificando 150 gestantes con serología reactiva y alcanzando una prevalencia del 0,22%. La cobertura de tamizaje se mantuvo en un 26,8%; este análisis corresponde a los últimos 4 meses del año 2024, ya que se fortaleció el ingreso de datos a nivel nacional.

Este patrón sugiere una necesidad crítica de reforzar el tamizaje en el embarazo, especialmente en zonas con alta incidencia, además la vacunación neonatal dentro de las primeras 24 horas, junto con la inmunoglobulina en casos de madres AgHBs positivas; es fundamental para prevenir la transmisión al recién nacido.

Se deben reforzar los programas educativos, seguimiento de casos y el fortalecimiento de la estrategia ETMI-Plus a nivel nacional.

5.7.4. Transmisión Maternoinfantil de la enfermedad de Chagas.

La enfermedad de Chagas es una parasitosis crónica y sistémica causada por el protozoo hemoflagelado *Trypanosoma cruzi* y transmitida, fundamentalmente, por insectos de la subfamilia Triatominae. Actualmente, se reconocen al menos 151 especies de Triatominae, con especies de los géneros, *Triatoma*, *Rhodnius* y *Panstrongylus*, con un importante papel epidemiológico en la transmisión de la enfermedad.

En Ecuador es difícil conocer la verdadera situación epidemiológica de esta enfermedad, sus implicaciones y la situación sobre su gestión de prevención y control.

Se notifican 71 casos de gestantes con enfermedad de Chagas, detallada en la siguiente tabla:

Tabla 16. Casos de gestantes con Enfermedad de Chagas Aguda y Crónica, 2024.

Estadio de la enfermedad	2024
Aguda	44
Crónica	27
Total	71

Fuente: Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información, 2024.

En el año 2024, se registró un aumento significativo a 71 casos totales, mostrando un cambio notable en la distribución, con 44 casos agudos y 27 casos crónicos. La mayoría de los casos se concentraron en las provincias de El Oro, Guayas, Manabí, Pichincha, Loja, Sucumbíos y Orellana.

El incremento sostenido de casos totales y el aumento de casos agudos indican la necesidad urgente de reforzar las estrategias de prevención, detección y seguimiento de los expuestos perinatales, además del tratamiento de esta enfermedad.

5.8. Coinfección VIH-tuberculosis.

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infecciosa que constituye un grave problema de salud pública, principalmente para las personas que viven con el VIH. Son cinco los principales factores de riesgo relacionados con la salud, que en conjunto representan aproximadamente la mitad de todos los nuevos episodios de tuberculosis a nivel mundial, como son: la diabetes mellitus, el VIH, el tabaquismo, la desnutrición y los trastornos por consumo de alcohol (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2024).

El número de casos de enfermedad por tuberculosis en todas sus formas disminuyó en el 2020 a 5.469 debido a la pandemia por el SARS-CoV-2 y su impacto en el sistema de salud. Desde el 2021 se ha notificado un incremento de la enfermedad por tuberculosis con 5.963 casos, 6.872 casos en el 2022, 8.373 casos en el 2023 y 9.300 casos confirmados de enfermedad por TB en el 2024, principalmente en población vulnerable como son los niños, adultos mayores, personas con comorbilidades, esto en parte debido a interrupciones en los servicios de salud, en las acciones estratégicas contra la tuberculosis, sumado a las desigualdades socioeconómicas (Ministerio de Salud Pública, 2023).

Aquellas personas que viven con el VIH tienen 14 veces más probabilidad de presentar la enfermedad por tuberculosis en comparación con la población general (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2024). Los casos de coinfección TB/VIH se han incrementado en el país desde el 2022 con 754 casos y 1.200 casos de coinfección en el 2023. Esta situación se presenta en parte debido a un incremento en el abastecimiento oportuno por el Nivel Nacional de 130 equipos para el diagnóstico con pruebas rápidas moleculares recomendadas (PDRm) por la OMS (plataforma GeneXpert®) y de la distribución en 45 establecimientos a nivel nacional. Estos equipos tienen una capacidad promedio de procesamiento de 276.480 pruebas de diagnóstico de TB al año. En el 2024, el número de casos notificados de coinfección TB/VIH fue de 1.031.

La cobertura de tamizaje de VIH en personas con enfermedad por tuberculosis experimentó una reducción importante en el año 2020 por efectos de la pandemia por la COVID-19. Se determinó también una reducción en el número de notificación de casos con infección de TB/VIH, así como la reducción de casos con infección de TB/VIH que reciben tratamiento antirretroviral (TARV). Desde el año 2021 se notifica un incremento importante en los tres indicadores anteriormente mencionados; los porcentajes de positividad de TB en personas viviendo con VIH y de TB/VIH que reciben TARV tiene un comportamiento similar a los valores absolutos.

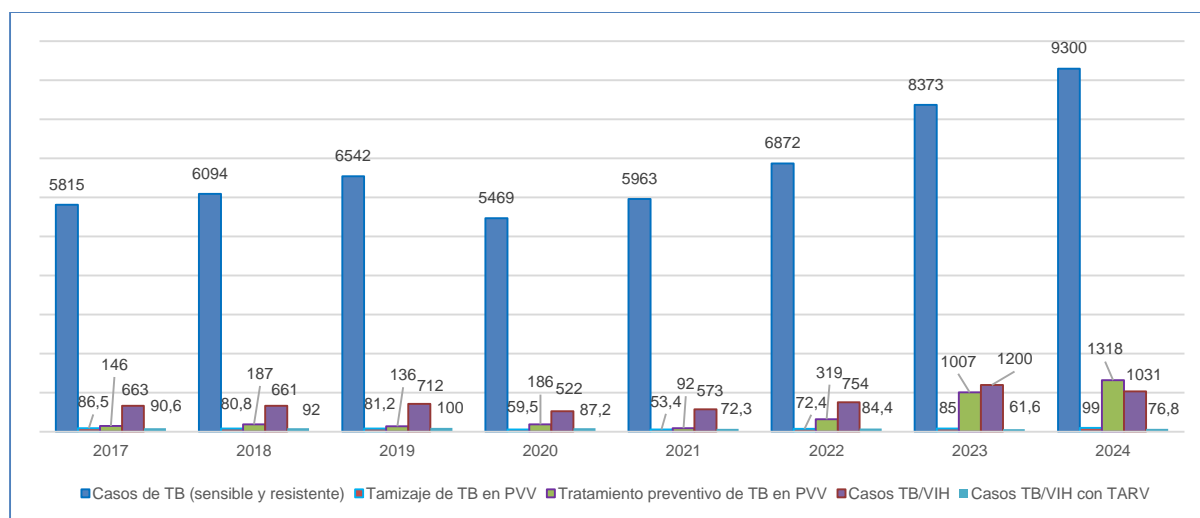
En relación a las actividades de colaboración entre las estrategias nacionales de VIH (ENVIH) y de TB (ENPCTByL), para la reducción de la carga de TB en personas viviendo con VIH, se debe intensificar la búsqueda de casos de TB y proporcionar tratamiento para la enfermedad por TB, así como el tratamiento preventivo de la

Tuberculosis (TPT) en PVV y garantizar el control de infecciones por TB en establecimientos de salud y sitios de congregación. Se emitieron las Guías de Práctica Clínica (GPC) de Tamizaje y Diagnóstico de la Tuberculosis y de Tratamiento de la Infección por Tuberculosis Sensible y Resistente 2024, lo que permitió realizar una serie de actividades de capacitación presencial en: diagnóstico de infección por tuberculosis, tamizaje de TB/VIH en niños y adolescentes, tratamiento de la infección por tuberculosis y el tratamiento de TB sensible y terapia antirretroviral en PVV. Las capacitaciones incluyeron también a los responsables de las Unidades de Atención Integral a nivel nacional, con un total de 200 participantes capacitados en las GPC en septiembre del 2024.

En cuanto a la infección por tuberculosis en PVV, la ENVIH realizó un proceso de adquisición de 7.200 unidades de tuberculina derivado proteico purificado (PPD) para el apoyo diagnóstico de infección por TB en PVV. Se llevaron a cabo capacitaciones teórico-prácticas a personal de las UAI y de laboratorio de los establecimientos de salud en las directrices de PPD. En octubre se capacitaron presencialmente a 216 funcionarios en la administración de la prueba de tuberculina.

En lo referente al Tratamiento Preventivo de la tuberculosis (TPT) en PVV, hasta el 2022, el porcentaje de PVV que recibieron TPT era menor al 6,2% por cada año desde el 2016. Desde el 2023 se llevó a cabo una serie de estrategias por parte del Nivel Nacional encaminadas al incremento de la prescripción del TPT en PVV, como han sido la disponibilidad de nuevos esquemas de TPT, disponibilidad del nuevo coformulado isoniazida 300mg/rifapentina 300mg, así como la realización de una serie de capacitaciones virtuales y presenciales enfocadas a la prescripción del TPT en PVV, en las que participaron personal operativo de las unidades de atención integral. Entre septiembre y octubre de 2024 se capacitaron a 416 funcionarios en las recomendaciones del TPT. Debido a estas acciones, se ha incrementado considerablemente al 12,7% de PVV que recibieron TPT en el 2023 y a 1.318 PVV que recibieron TPT, representando el 15,25% de PVV, que recibieron TPT en el 2024.

Gráfico 39. Número de personas con Coinfección Tuberculosis/VIH y actividades de detección y tratamiento de TB en Ecuador, 2017 a 2024.



Fuente: Estrategia Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis y Lepra, 2017-2024.

Se notifica que el porcentaje de positividad de VIH en pacientes con diagnóstico de Tuberculosis se incrementó durante los tres años de la pandemia por la COVID-19 en relación con los años pre pandemia. El mismo comportamiento presenta el porcentaje de casos de coinfección TB/VIH con TARV. El porcentaje de personas viviendo con VIH que reciben tratamiento preventivo para la TB se incrementa en el primer año de pandemia y se reduce al año siguiente, para después incrementar a partir del 2023. En el 2024 se incrementa el número de tamizajes de VIH en casos de enfermedad por TB y también disminuye el número de coinfectados TB/VIH a 1.031, como se puede observar en la tabla 17.

Tabla 17. Personas con Coinfección Tuberculosis/VIH y actividades de detección y tratamiento de TB en PVV, Ecuador, 2020 a 2024.

INDICADORES	AÑOS				
	2020	2021	2022	2023	2024
Casos de Tuberculosis	5469	5963	6872	8373	9300
Tamizaje de TB en PVV	3252	3182	4975	4380	5423
Casos TB/VIH	522	573	754	1200	1031
% de positividad de TB	16,05	18,01	15,16	15	15
Casos TB/VIH con TARV	455	414	636	738	792
Tratamiento Preventivo de TB en PVV	186	92	319	1007	1318
% de PVV que reciben tratamiento preventivo de TB	5,72	2,89	2,99	12,7	15,25

Fuente: Estrategia Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis y Lepra, 2017-2024.

5.9. Hepatitis virales B y C en población general y personas que viven con VIH.

Las hepatitis virales B y C constituyen un problema prioritario de salud pública a nivel mundial debido a su potencial de progresar a cirrosis, carcinoma hepatocelular e insuficiencia hepática. La OMS ha definido una estrategia global para eliminarlas como amenaza sanitaria para el año 2030, centrada en la prevención, el diagnóstico temprano, el tratamiento y el fortalecimiento de los sistemas de información.

En Ecuador, el Ministerio de Salud Pública, a través de la Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades Transmisibles, implementa acciones integrales enmarcadas en esta estrategia y en el Plan Nacional de Hepatitis Virales, vigente.

A lo largo del año 2024 se consolidaron importantes avances en el componente de hepatitis virales. Se ejecutaron tamizajes en poblaciones clave y generales, se incorporaron pruebas de carga viral para confirmar diagnóstico y seguimiento clínico

y se puso en producción el sistema PRAS Hepatitis, permitiendo el registro y trazabilidad de los casos.

Asimismo, se habilitaron servicios de atención en varios niveles del sistema público de salud, se fortaleció la formación del talento humano y se inició la entrega de tratamiento antiviral gratuito con sofosbuvir/velpatasvir para hepatitis C.

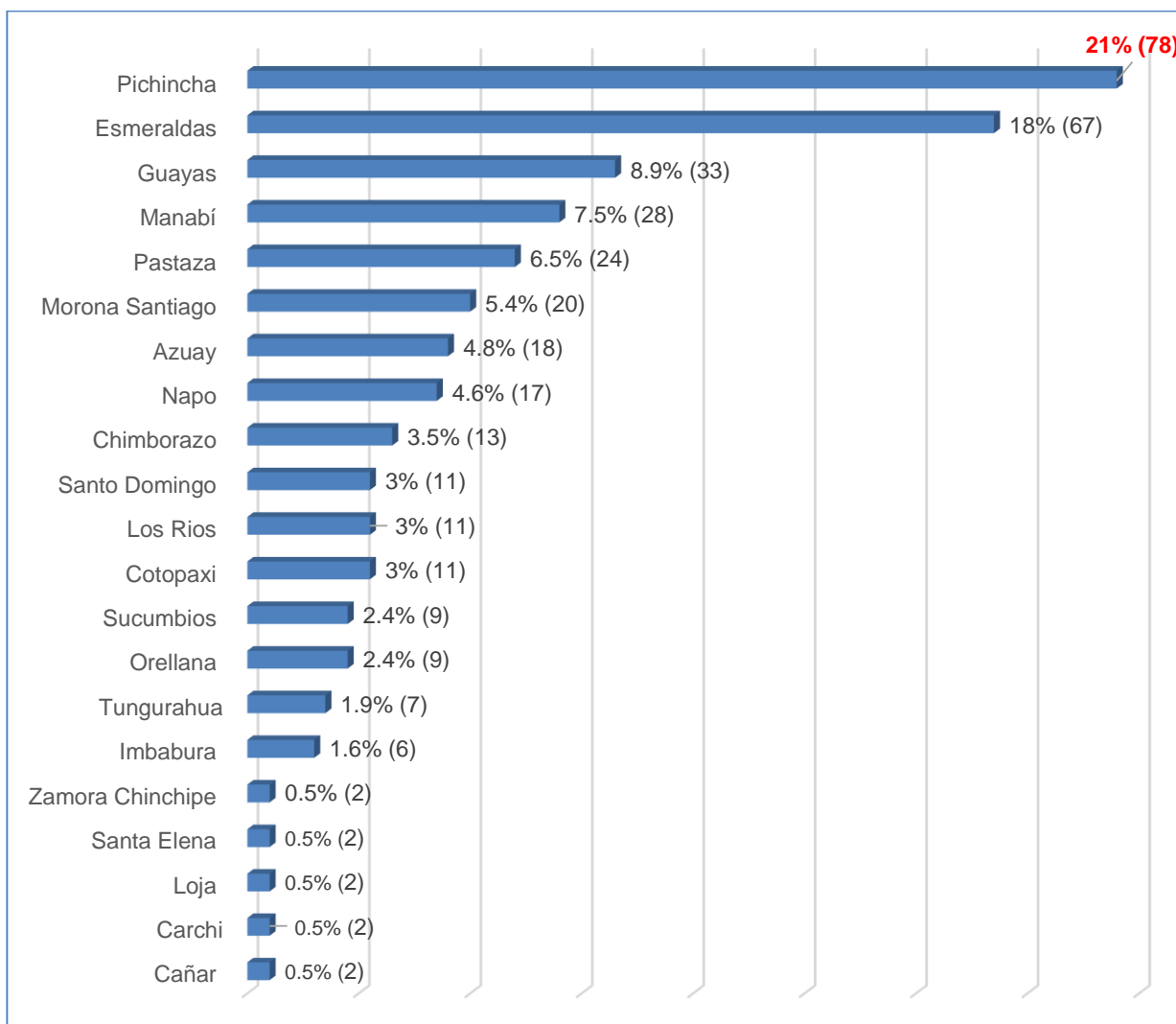
Se presenta a continuación un análisis detallado de la situación epidemiológica y programática de las hepatitis B y C en Ecuador durante 2024, así como los desafíos y perspectivas de cara al cumplimiento de las metas nacionales e internacionales.

5.9.1. Hepatitis B.

Durante el año 2024, se notificaron un total de 372 casos de hepatitis B a nivel nacional, según estimaciones basadas en el sistema de vigilancia del MSP. La provincia con mayor número de casos fue Pichincha, con 78 notificaciones confirmadas. El resto de los casos fue distribuido proporcionalmente entre las demás provincias, siguiendo la tendencia observada durante años anteriores, lo que sugiere una mayor carga en provincias como Esmeraldas, Guayas, Manabí y Pastaza.

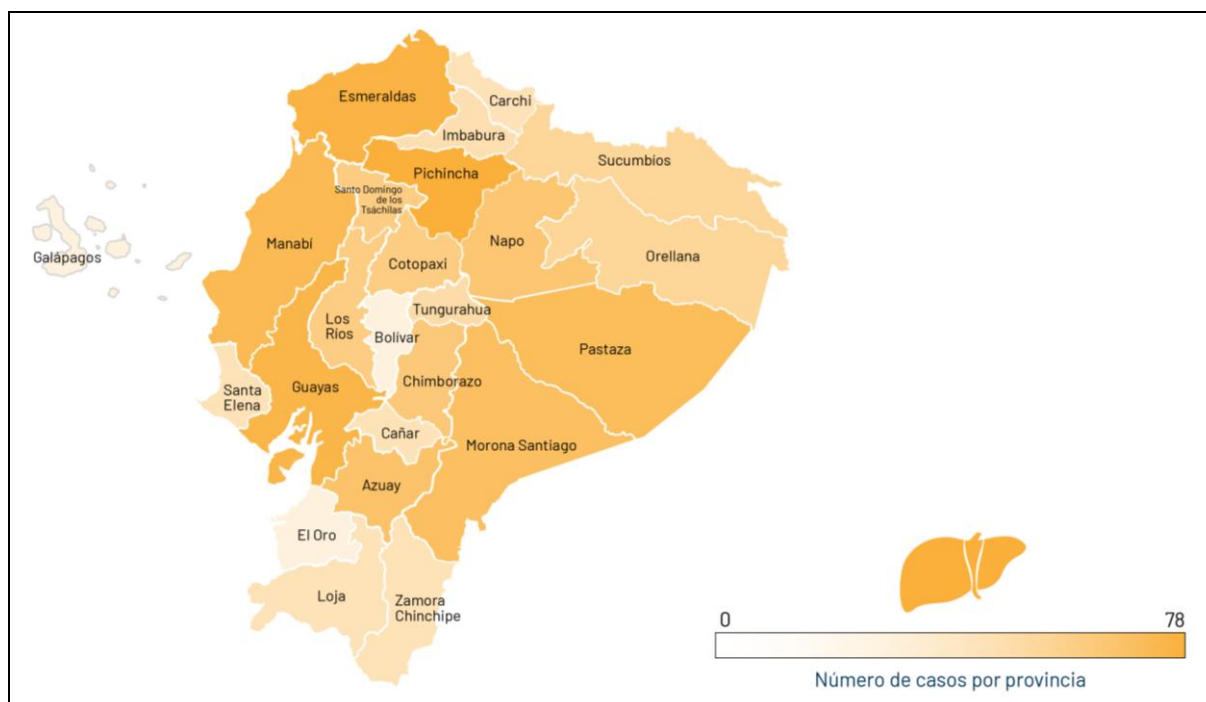
Esta distribución refleja la persistencia de la carga histórica de hepatitis B en zonas urbanas densamente pobladas y en regiones con brechas en la cobertura de vacunación. En contraste, provincias como Cañar, Carchi y Loja notificaron un número reducido de casos, manteniendo una baja carga relativa. La evolución respecto a 2023 muestra un leve incremento del total de notificaciones, posiblemente asociado a los esfuerzos de tamizaje, vacunación y confirmación diagnóstica implementados durante el periodo.

Gráfico 40. Casos de hepatitis B por provincia, 2024.



Fuente: Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades Transmisibles, Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2024.

Gráfico 41. Concentración de casos de hepatitis B por provincia, 2024.



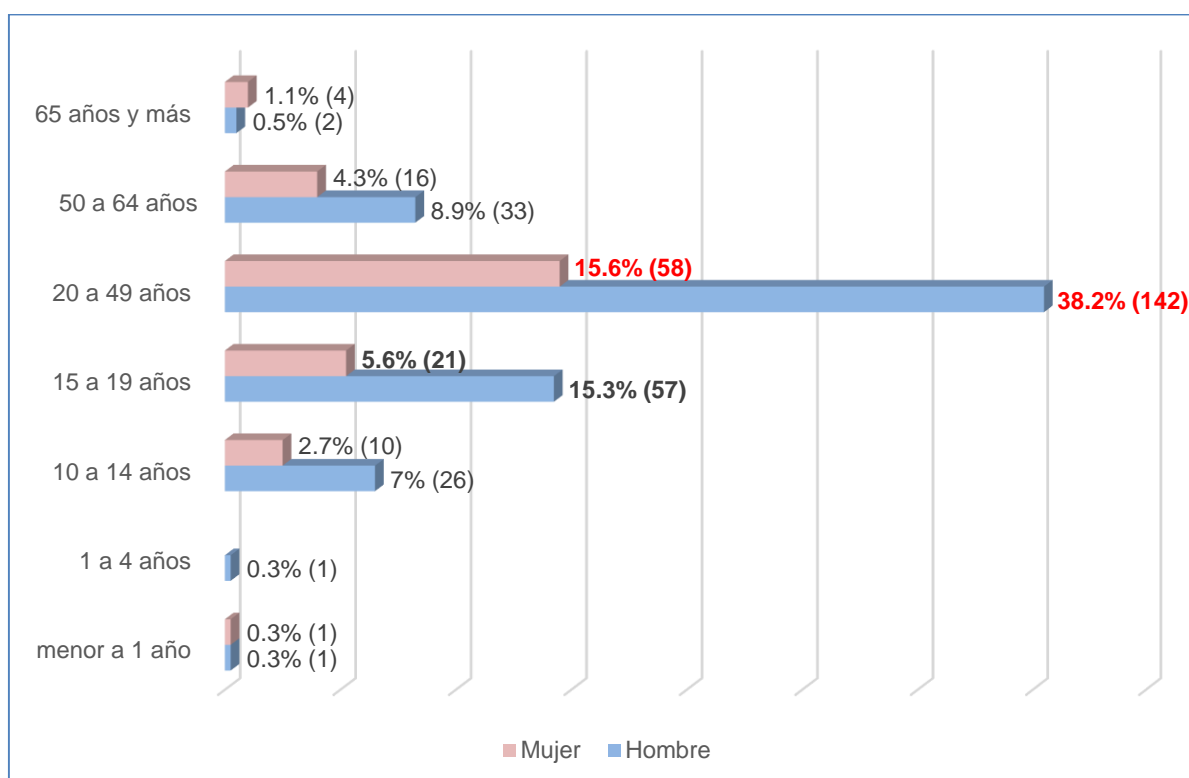
Fuente: Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades Transmisibles, Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2024.

En el análisis por grupo etario, se observa que la mayor carga de hepatitis B en 2024 correspondió al grupo de 20 a 49 años, con un total de 200 casos (142 hombres y 58 mujeres), lo que representa más del 53% de todos los casos notificados. Esta tendencia coincide con la epidemiología nacional e internacional, que identifica a este grupo como el más expuesto por factores laborales, sociales y biológicos.

Le sigue en frecuencia el grupo de 15 a 19 años, con 78 casos, y el grupo de 50 a 64 años, con 49 casos, lo que indica la persistencia de transmisión en adolescentes y adultos mayores no vacunados o no diagnosticados oportunamente. Los grupos de menores de 15 años registraron cifras muy bajas, destacando un solo caso en menores de 5 años, lo cual es consistente con la cobertura ampliada de vacunación infantil.

La distribución por sexo muestra un claro predominio de casos en hombres (70,5%), con una razón aproximada de 2.2 hombres por cada mujer diagnosticada. Esta diferencia es especialmente notoria en los grupos de 20 a 49 y 15 a 19 años, lo cual sugiere un patrón mantenido en la exposición diferencial a factores de riesgo como prácticas sexuales no protegidas, movilidad laboral o antecedentes de exposición ocupacional.

Gráfico 42. Casos de Hepatitis B por grupo de edad y sexo, Ecuador, 2024.



Fuente: Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades Transmisibles, Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2024.

5.9.1.1. Atención integral y tratamiento - Hepatitis B.

Durante el año 2024 se consolidó la implementación de los servicios de atención a pacientes con diagnóstico de hepatitis virales (SAPDHV), con un total de 51 establecimientos habilitados a nivel nacional, distribuidos en las 24 provincias del país y las 9 coordinaciones zonales de salud. Estos servicios se encuentran conformados por equipos clínicos integrados por infectólogos, gastroenterólogos, hepatólogos e internistas y se encuentran habilitados tanto en hospitales generales como en establecimientos pediátricos y maternoinfantiles, permitiendo así una atención integral en todas las etapas de vida.

A través del fortalecimiento del sistema PRAS - Hepatitis, que fue implementado de forma efectiva en establecimientos de primer y segundo nivel de atención, se logró registrar y dar seguimiento clínico a 372 pacientes con diagnóstico confirmado de hepatitis B. Este sistema permitió la trazabilidad de los casos, el monitoreo de carga viral y la activación de rutas de derivación entre niveles de atención.

En cuanto al tratamiento, la mayoría de pacientes con hepatitis B sin coinfección iniciaron terapia antiviral con Tenofovir Disoproxil Fumarato (TDF), conforme a las recomendaciones internacionales y el protocolo nacional vigente. En los casos con coinfección por VIH, se proporcionó tratamiento combinado con TDF + Lamivudina + Dolutegravir, como parte del régimen antirretroviral integral, en coordinación con los servicios del componente VIH.

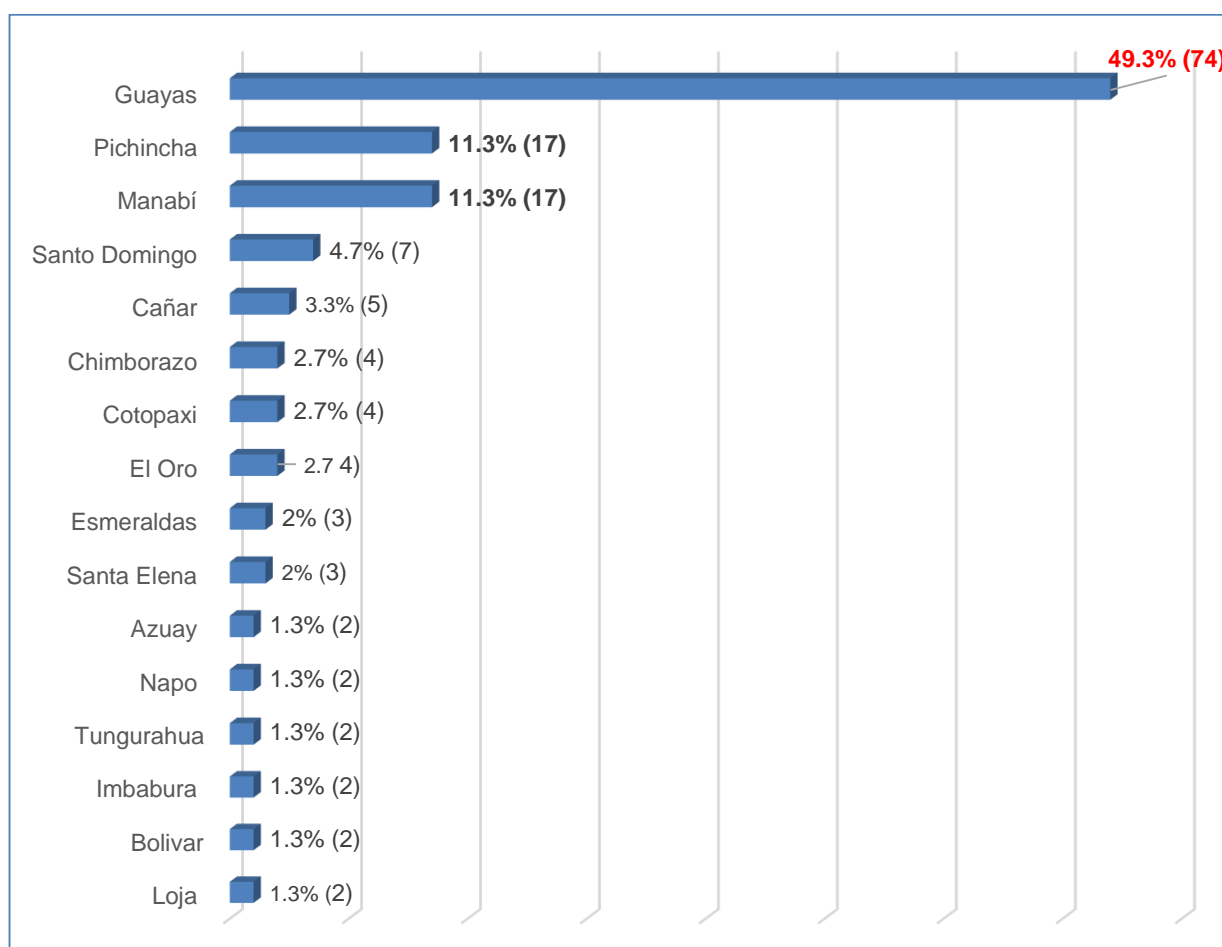
Estos avances reflejan el compromiso institucional por garantizar una atención clínica gratuita, especializada y continua, articulando la vigilancia epidemiológica con la respuesta médica y programática.

5.9.2. Hepatitis C.

Durante el año 2024 se notificaron 150 casos de hepatitis C en el país, la distribución geográfica mostró una importante concentración de casos en la provincia de Guayas, que reportó 74 casos, equivalente al 49,3% del total nacional; le siguieron Manabí y Pichincha, con 17 casos (11,3%) cada una, reflejando una carga persistente en zonas urbanas y costeras con mayor densidad poblacional y accesibilidad diagnóstica.

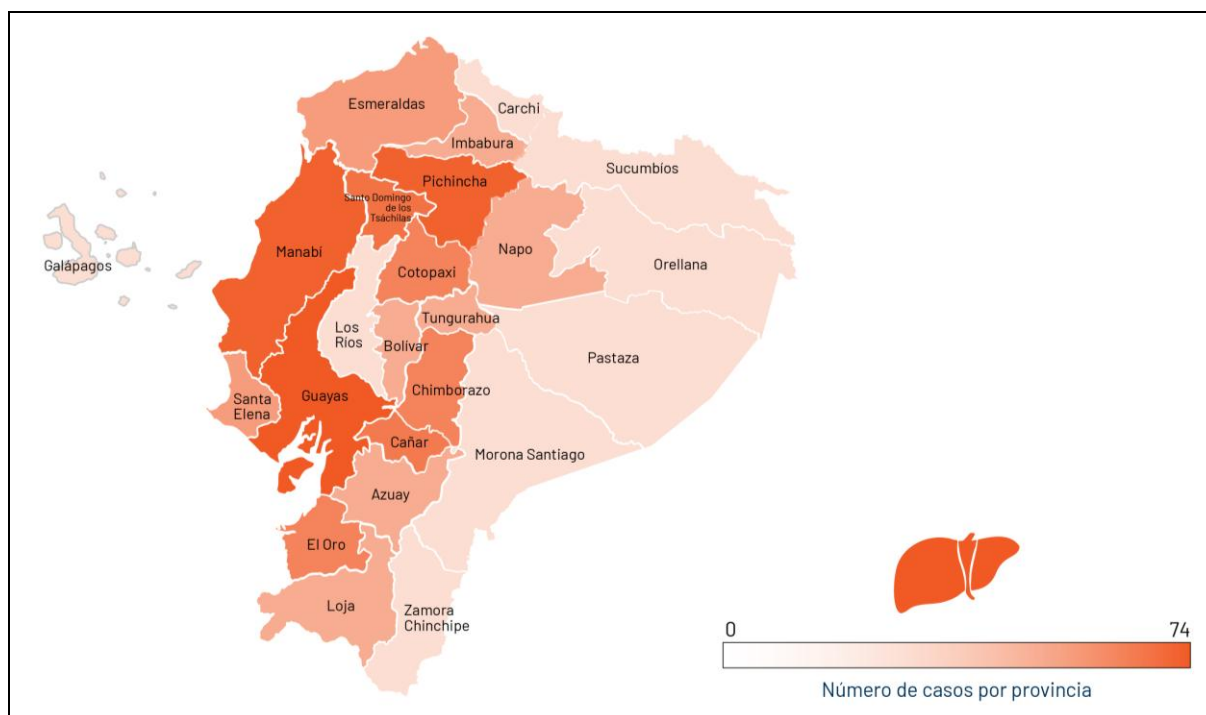
Provincias como Santo Domingo, Cañar, Chimborazo, Cotopaxi, El Oro y Esmeraldas reportaron entre 3 y 7 casos, mientras que Santa Elena, Loja, Azuay, Bolívar, Imbabura, Tungurahua y Napo notificaron entre 2 y 3 casos, lo que evidencia una diseminación de la infección en múltiples zonas del país, aunque en menor magnitud. Esta distribución territorial reafirma la necesidad de continuar fortaleciendo el tamizaje en poblaciones de riesgo y en provincias con baja notificación.

Gráfico 43. Casos de Hepatitis C por provincia, 2024.



Fuente: Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades Transmisibles, Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2024.

Gráfico 44. Concentración de casos de hepatitis C por provincia, 2024.



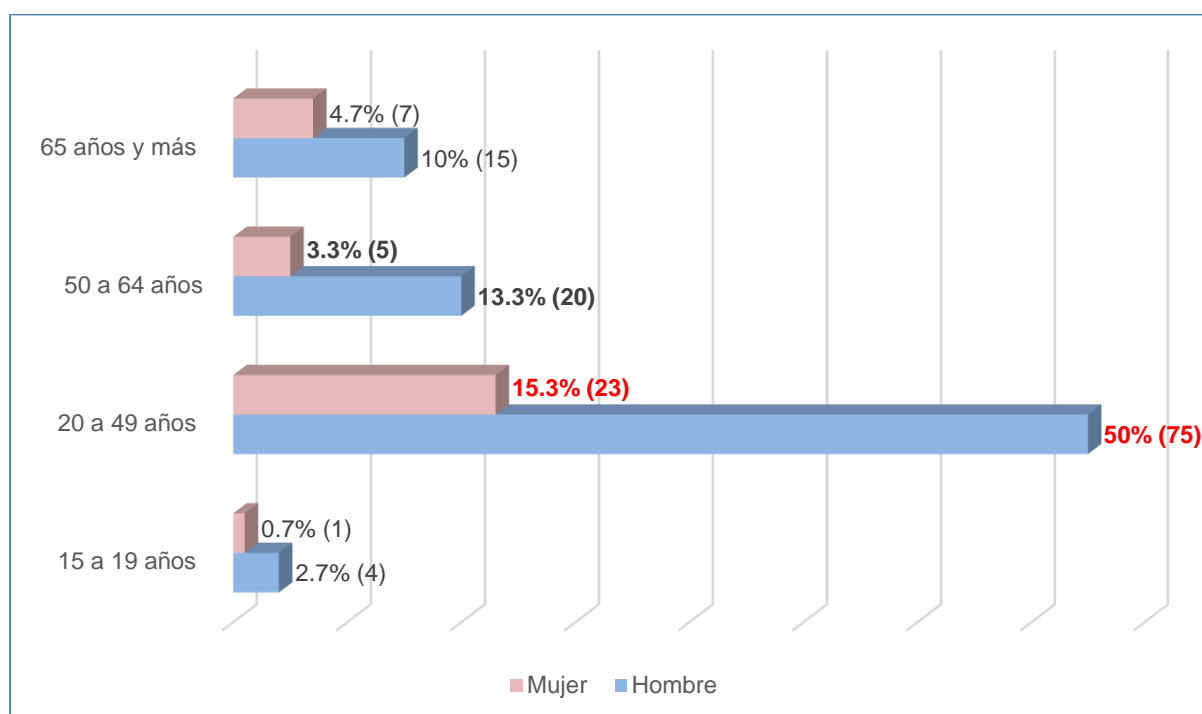
Fuente: Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades Transmisibles – Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2024.

La distribución de los 150 casos notificados de hepatitis C en 2024 evidencia una marcada concentración en el grupo de edad de 20 a 49 años, que agrupa a 98 pacientes (75 hombres y 23 mujeres), lo que representa el 65,3% del total; este grupo, correspondiente al segmento social y laboralmente más activo, refleja una alta exposición a factores de riesgo asociados, como transfusiones previas sin tamizaje o prácticas de riesgo en el ámbito ocupacional y social.

En el rango de 50 a 64 años se notificaron 25 casos (20 hombres y 5 mujeres), mientras que en el grupo de 65 años y más se registraron 22 casos (15 hombres y 7 mujeres); por otro lado, el grupo de 15 a 19 años, aunque con una representación menor, acumuló 5 casos (4 hombres y 1 mujer).

Estos hallazgos son coherentes con la epidemiología conocida de la hepatitis C, en la que muchas infecciones se adquieren de manera silenciosa y se manifiestan años más tarde, lo que subraya la necesidad de estrategias de detección temprana y seguimiento en todos los grupos etarios.

Gráfico 45. Casos de Hepatitis C por grupo de edad y sexo, Ecuador, 2024.



Fuente: Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades Transmisibles, Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2024.

5.9.2.1. Atención integral y tratamiento - Hepatitis C.

La atención integral para los pacientes con diagnóstico confirmado de hepatitis C se llevó a cabo a través de los mismos 51 Servicios de Atención a Pacientes con Diagnóstico de Hepatitis Virales (SAPDHV) implementados en todo el país, los cuales brindan cobertura nacional y operan bajo criterios clínicos estandarizados. En estos establecimientos, los casos fueron manejados por equipos médicos conformados por infectólogos, gastroenterólogos e internistas, quienes lideraron la evaluación, indicación terapéutica y seguimiento de los pacientes.

El sistema PRAS - Hepatitis fue utilizado para el registro y seguimiento clínico individual de cada paciente en tratamiento, permitiendo documentar la adherencia, evolución terapéutica y trazabilidad de los casos; de los 150 pacientes que iniciaron tratamiento antiviral con sofosbuvir/velpatasvir, 138 completaron el esquema completo, mientras que 12 interrumpieron el tratamiento debido a causas como fallecimiento, cambio de domicilio, reclusión en centros penitenciarios o ingreso a centros de rehabilitación por consumo de sustancias, así como pérdida de contacto geográfico.

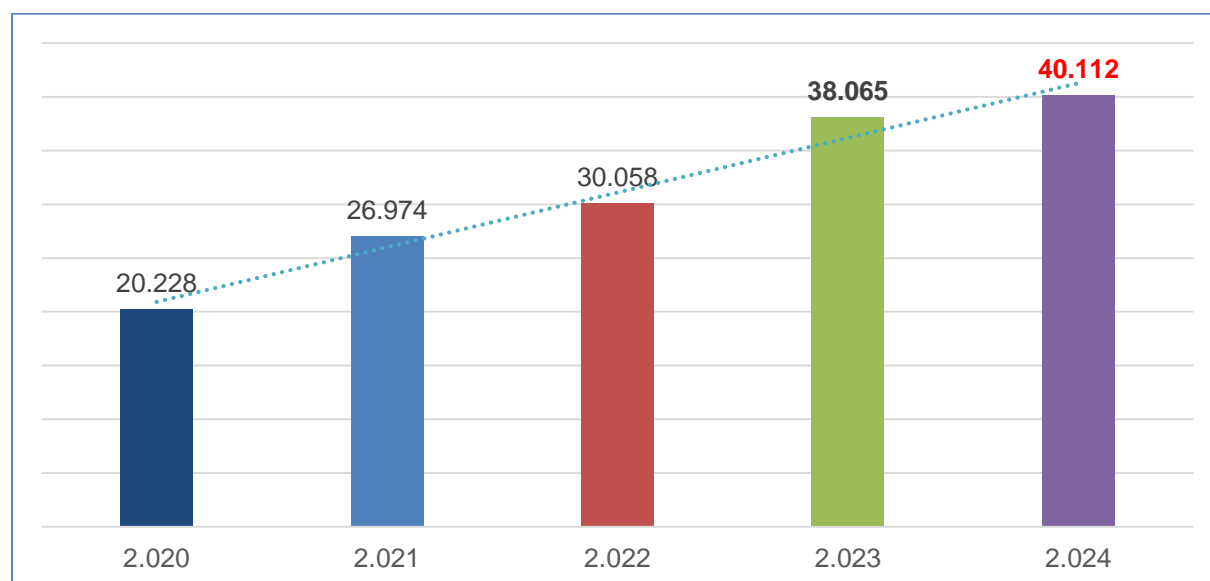
El seguimiento a estos pacientes se realizó tanto desde las unidades operativas como desde las instancias técnicas de coordinaciones zonales y planta central, garantizando un acompañamiento clínico y programático activo. Este modelo de atención articulada ha permitido avanzar hacia una respuesta más eficaz y sostenible frente a la hepatitis C, integrando diagnóstico, tratamiento y vigilancia en un solo circuito de atención.

5.10. Infecciones de transmisión sexual

El análisis de la incidencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) en Ecuador durante el período 2020-2024 evidencia una variabilidad significativa en la notificación anual de casos, con una tendencia creciente que merece especial atención.

En el año 2024 se notificaron 40.112 casos de ITS, lo que representa un incremento del 5% en comparación con el año 2023. Este aumento podría estar relacionado con la intensificación de las estrategias de prevención, sensibilización y captación implementadas durante el periodo, que habrían favorecido para una mayor detección y notificación de casos.

Gráfico 46. Reporte de infecciones de transmisión sexual, Ecuador, 2020-2024.



Fuente: Ministerio de Salud Pública, Plataforma de registro de atención en salud (PRAS), RDACAA 1.6 y RDACCA 2.0, 2024.

Durante el año 2024 se notificaron 40.112 casos de infecciones de transmisión sexual (ITS) a nivel nacional; el mayor número de ITS en los últimos 5 años.

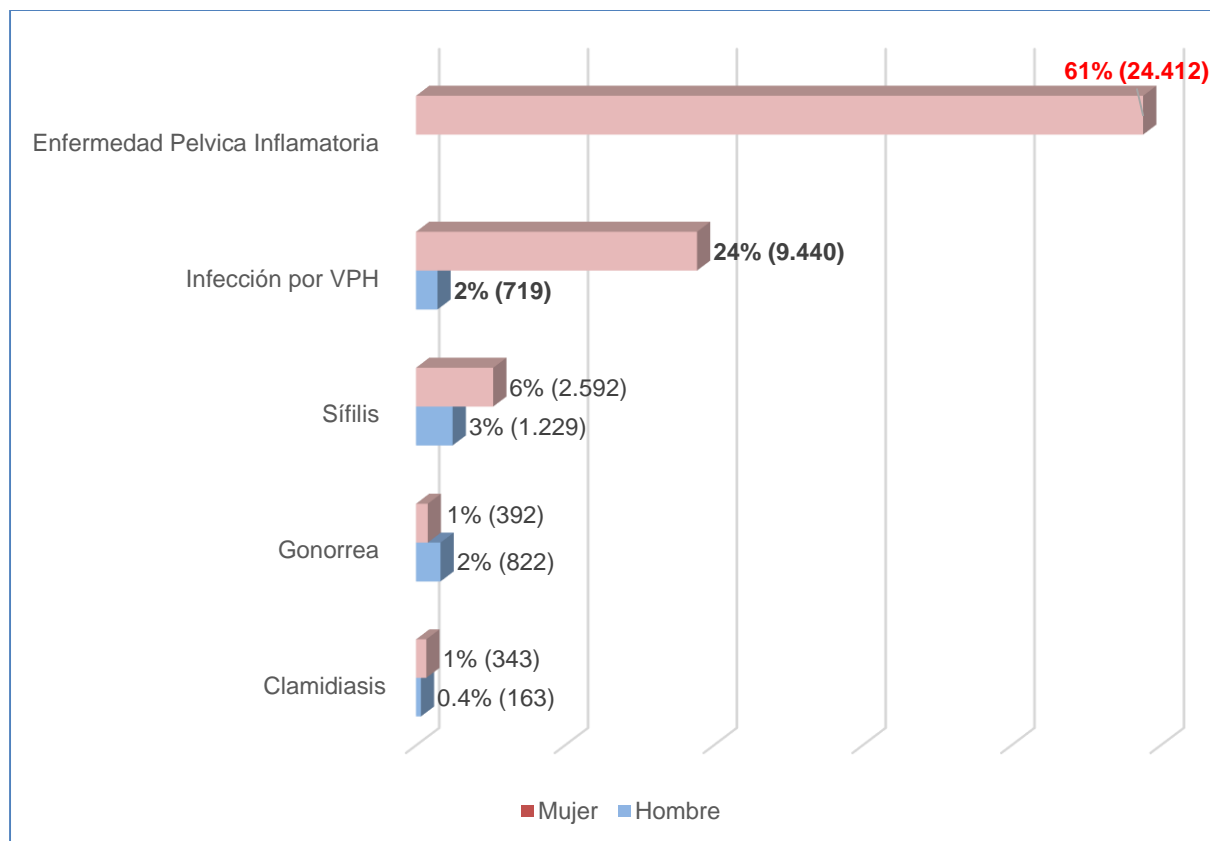
La mayor proporción correspondió a enfermedad pélvica inflamatoria, con un 61% (24.412), lo que evidencia una alta carga de complicaciones ginecológicas asociadas a otras infecciones no tratadas oportunamente.

A continuación, se encuentran los casos de infección por virus del papiloma humano (HPV) con un 26% (10.159), reflejando la persistencia de una infección que, si bien frecuentemente es asintomática, representa un factor de riesgo importante para el desarrollo de neoplasias.

La sífilis representó el 9% (3.821) de los casos, lo cual plantea un reto en términos de diagnóstico oportuno y seguimiento de contactos.

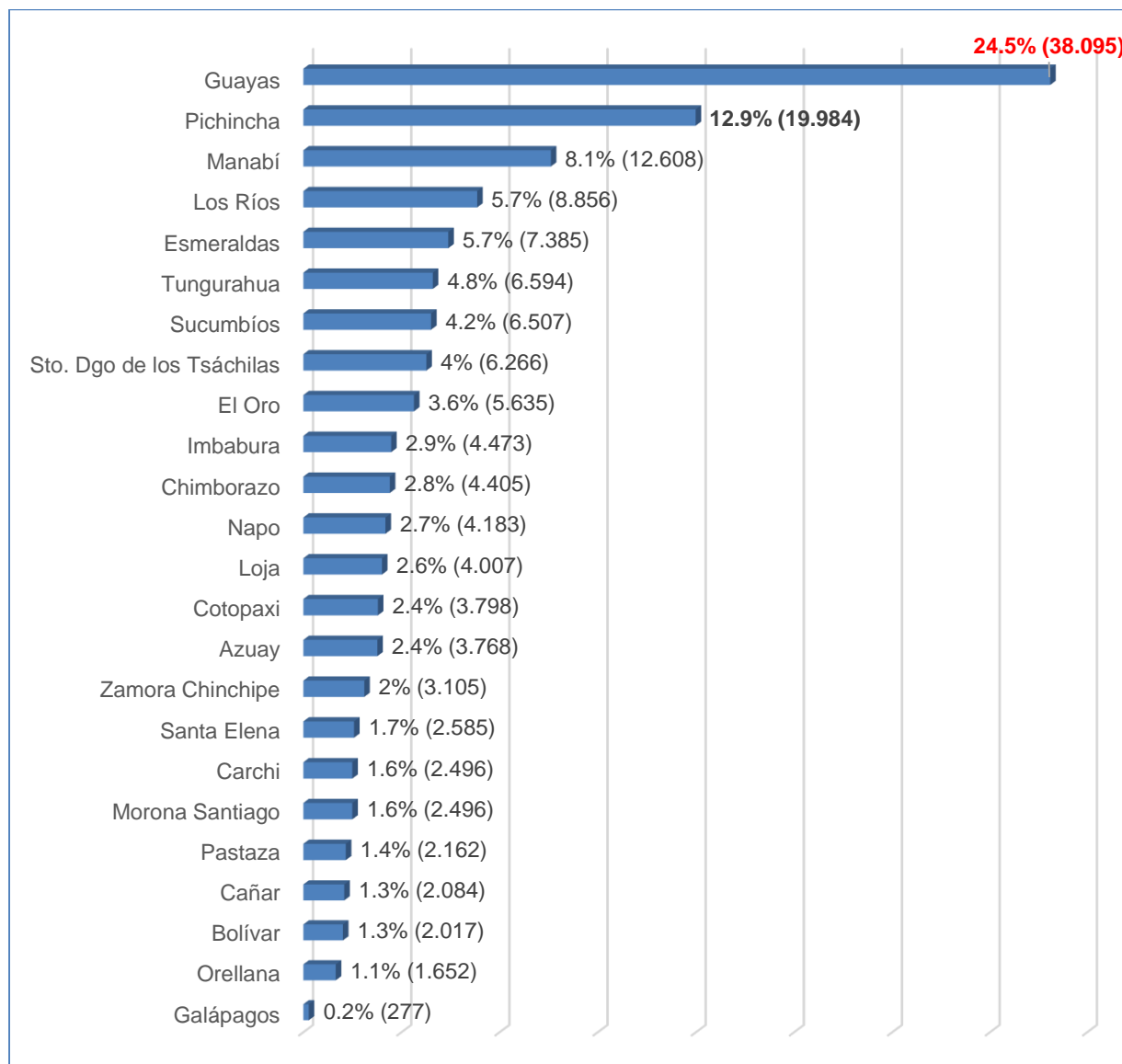
En menor proporción se reportaron casos de gonorrea 3%; (1.214) y clamidiasis 1,4 %; (506), ambas con implicaciones relevantes en salud sexual y reproductiva, particularmente en población joven.

Gráfico 47. Número de infecciones de transmisión sexual, Ecuador, 2020-2024.



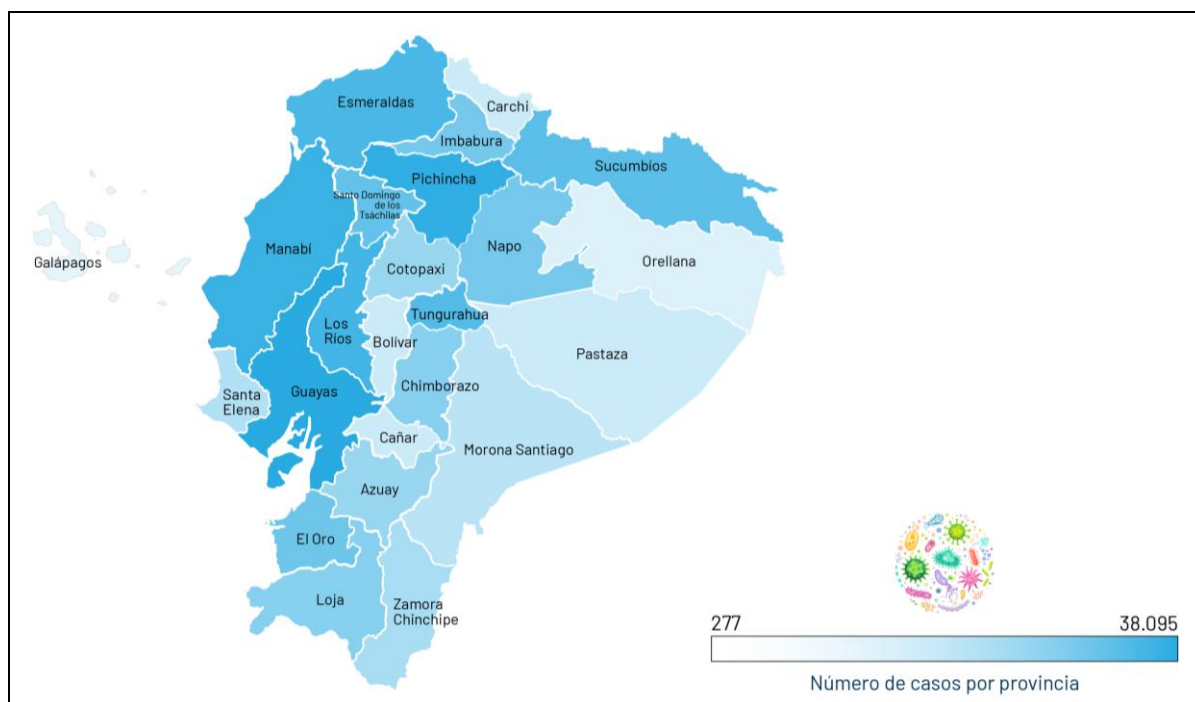
Fuente: Ministerio de Salud Pública, Plataforma de registro de atención en salud (PRAS), RDACAA 1.6 y RDACCA 2.0, 2024.

Gráfico 48. Infecciones de transmisión sexual, por provincia de notificación, Ecuador, 2020-2024.



Fuente: Ministerio de Salud Pública, Plataforma de registro de atención en salud (PRAS), RDACAA 1.6 y RDACCA 2.0, 2024.

Gráfico 49. Concentración de casos de ITS por provincia, 2024.



Fuente: Ministerio de Salud Pública, Plataforma de registro de atención en salud (PRAS), RDACAA 1.6 y RDACCA 2.0, 2024

5.11. Atención Integral en Personas Privadas de Libertad.

Para el aseguramiento de los procesos de atención a las Personas Privadas de Libertad (PPL), el Estado ecuatoriano posiciona como un grupo de población prioritaria a las PPL, aspecto establecido en la Constitución del Ecuador, Capítulo tercero *“Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria, art. 35: 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 (...)”*.

En este sentido, el Estado garantiza los derechos de las personas y grupos de atención prioritaria, así como el acceso universal y gratuito a los servicios de salud, el diagnóstico de VIH, el tratamiento antirretroviral y el seguimiento de las personas viviendo con VIH, dentro de ellas las personas privadas de libertad.

Es importante indicar que, mediante Acuerdo Interministerial Nro. 0000001 el Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos (anterior instancia responsable de la atención a privados de libertad), realizó el traspaso del personal de salud al Ministerio de Salud Pública (MSP), aspecto establecido en el artículo 1, dispone: *“(...) traspasar a perpetuidad al Ministerio de Salud Pública, sesenta y cinco puestos correspondientes a profesionales de la salud con sus respectivas partidas presupuestarias. [...] quienes han venido prestando sus servicios en las diferentes dependencias del Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos”*.

Por otra parte, mediante Acuerdo Interministerial Nro. 00004906 el Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos traspasó oficialmente la gestión y prestación de

servicios de salud y todos los procesos inherentes a éstos en los centros de privación de libertad (CPL) al MSP, que incluye: equipamiento, mobiliario, talento humano, sistema de información y se establece responsabilidades del personal operativo y administrativo de acuerdo con su competencia por cada Cartera de Estado.

A partir del año 2014, el MSP es el responsable de la atención en salud de las PPL, dentro de las actividades establecidas es la atención integral en VIH.

Alineados al marco legal del Estado ecuatoriano, mediante resolución Nro. 007 del 2018, se publica el Modelo de Gestión Operativo “Atención de Salud en Contextos de Privación de Libertad”, documento en el que se establecen los procesos de atención de VIH, tales como: promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las PPL que viven con VIH, acciones desarrolladas en todos los tipos de CPL, a nivel nacional; aspectos establecidos en la Guía de Práctica Clínica “Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en embarazadas, niños, adolescentes y adultos”, del 2019.

La implementación de las estrategias de promoción y prevención del VIH, así como el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las PPL que viven con VIH, son ejecutados en los CPL a nivel nacional.

5.11.1. Situación de los Centros de Privación de la Libertad en el año 2024.

Actualmente el Servicio Nacional de Atención Integral a personas adultas privadas de libertad y adolescentes infractores (SNAI), cuenta con 35 CPL para población adulta y 11 centros para adolescentes infractores.

Los centros penitenciarios de Ecuador se encuentran atravesando una grave crisis asociada tanto al hacinamiento como a los continuos actos de violencia suscitados en los CPL.

Conforme a la información reportada por las autoridades del SNAI, el resultado de los amotinamientos y muertes de las PPL ha sido producto de una lucha de poder delictivo dentro de los centros de privación de libertad.

A pesar de la situación de violencia presentada en los CPL, el MSP de forma conjunta con el SNAI, coordinan acciones que permitan garantizar el acceso principalmente a medicamentos, tomando en consideración que la no continuidad del tratamiento antirretroviral genera resistencia al mismo, ocasionando que las PPL que viven con VIH requieran otro tipo de medicamento, lo cual conlleva a rotación a otros esquemas, afectando en la adherencia.

5.11.2. Pruebas de Tamizaje en contextos penitenciarios.

A pesar de estas limitaciones, los equipos de salud han mantenido de forma continua las acciones de tamizaje. Durante el año 2024 se realizaron 27.691 pruebas rápidas para la detección de VIH en los centros penitenciarios del país. Del total de pruebas realizadas el 94% (29.953) corresponden a hombres y el 6% (2.000) a mujeres.

Tabla 18. Tamizajes de VIH según zona de planificación, 2024.

C. Zonal	Centro de privación de libertad	Total 2024
1	Centro de Privación de Libertad Sucumbíos	1.102
	Centro de Rehabilitación de Varones Esmeraldas	1.756
	Centro de Privación de Libertad Mujeres Esmeraldas	106
	Centro de Rehabilitación Social Carchi	894
	Centro de Rehabilitación Social Ibarra	249
2	Centro de Privación de Libertad Archidona	477
3	Centro de Privación de Libertad Cotopaxi N°1	657
	Centro de Rehabilitación Social Chimborazo N°1	29
	Centro de Privación de Libertad Chimborazo N°2 Alausí	25
	Centro de Privación Libertad Provisional Mixto Pastaza N°1	298
	Centro de Privación de Libertad Tungurahua N°1	801
4	Centro de Privación de Libertad Manabí N°1	127
	Centro de Privación de Libertad Manabí N°4	933
	Centro de Privación de Libertad Bahía de Caráquez	120
	Centro de Privación de Libertad Jipijapa	453
	Centro de Privación de Libertad Bellavista	2.315
	Centro de Privación de Libertad Santa Martha	194
5	Centro de Rehabilitación Social Quevedo	895
	Centro de Rehabilitación Social Guaranda	317
6	Centro de Privación de Libertad Cañar N°1 Azogues	15
	Centro de Rehabilitación Cañar	208
	Centro de Privación de Libertad Adultos Macas	254
	Centro de Privación de Libertad Azuay N°1	671
7	Centro de Rehabilitación Social Machala	1.572
	Centro de Rehabilitación Social Zaruma	197
	Centro de Rehabilitación Social Loja	1.982
8	Centro de Detención Provisional Guayas 5	1.386
	Centro de Privación de Libertad Femenino Guayas 2	431
	Centro de Privación de Libertad Regional Guayas 4	553
	Centro de Privación de Libertad Varones Guayas 1	7.807
9	Centro de Rehabilitación Social Pichincha 1 Masculino	117
	Centro de Adolescentes Infractores Femenino Conocoto	14
	Centro Detención Provisional El Inca	354
	Centro de Rehabilitación Social Pichincha 2 Masculino	43
	Centro de Detención Provisional de Infractores de Tránsito Calderón	208
	Centro de Privación de Libertad Pichincha N°3	131
Total		27.691

Fuente: Plataforma de Registro de Atenciones en Salud (PRAS) Reporte de tamizajes VIH, 2024.

5.11.3. Personas que viven con VIH por centro de privación de libertad.

Durante el año 2024, se registraron un total de 458 personas viviendo con VIH en contextos penitenciarios a nivel nacional. La mayor concentración de casos se presentó en los Centros de Privación de Libertad pertenecientes a la Coordinación Zonal 8, los cuales agrupan el 52% del total (240), le sigue la Coordinación Zonal 1, con el 12% de los casos (53), los demás centros de privación de libertad concentran, en conjunto, 165 casos.

Tabla 19. Personas que viven con VIH por Centro de Privación de Libertad, 2024.

Coordinación zonal	Centro de Privación de Libertad	Total PPL con VIH 2024
1	Centro de Rehabilitación Social Carchi	7
	Centro de Rehabilitación de Varones Esmeraldas	32
	Centro de Privación de Libertad Sucumbíos	9
	Centro de Privación de Libertad Mujeres Esmeraldas	2
	Centro de Rehabilitación Social Ibarra	3
2	Centro de Privación de Libertad Archidona	3
3	Centro de Privación de Libertad Cotopaxi N°1	24
	Centro de Rehabilitación Social Chimborazo N°1	2
	Centro de Privación Libertad Provisional Mixto Pastaza N°1	1
	Centro de Privación de Libertad Tungurahua N°1	1
4	Centro de Privación de Libertad Manabí N°1	3
	Centro de Privación de Libertad Manabí N °4	17
	Centro de Privación de Libertad Bahía de Caráquez	3
	Centro de Privación de Libertad Jipijapa	4
	Centro de Privación de Libertad Bellavista	10
	Centro de Privación de Libertad Santa Martha	3
5	Centro de Rehabilitación Social Guaranda	3
	Centro de Rehabilitación Social Quevedo	10
6	Centro de Privación de Libertad Azuay N°1	25
	Centro de Privación de Libertad Cañar N°1 Azogues	3
	Centro de Rehabilitación Cañar	1
	Centro de Privación de Libertad Adultos Macas	2
7	Centro de Rehabilitación Social Machala	24
	Centro de Rehabilitación Social Loja	14
8	Centro de Detención Provisional Guayas 5	15
	Centro de Privación de Libertad Femenino Guayas 2	21
	Centro de Privación de Libertad Regional Guayas 4	84
	Centro de Privación de Libertad Varones Guayas 1	120
9	Centro de Rehabilitación Social Pichincha 1 Masculino	12
TOTAL		458

Fuente: Matriz de Reporte de Información Personas Privadas de Libertad que Viven con VIH, 2024.

Cabe destacar los esfuerzos del Ministerio de Salud Pública (MSP) para garantizar una atención médica integral a esta población, mediante la realización de exámenes de seguimiento, el acceso a tratamiento antirretroviral y la continuidad en los servicios de salud dentro del sistema penitenciario.

5.11.4. Personas privadas de libertad que presentan coinfección TB/VIH por centro de privación de libertad.

Durante el año 2024 se registraron 28 personas que viven con VIH y presentan coinfección con tuberculosis; del total de casos, el 50% (14) se concentran en centros de privación de libertad ubicados en la Coordinación Zonal 8, lo que representa la mayor proporción registrada.

En segundo lugar, se identificó el 25% (7) en el Centro de Privación de Libertad El Oro N.º 1, correspondiente a la Coordinación Zonal 7. Por su parte, el 14% (4) se reportaron en el Centro de Privación de Libertad Esmeraldas N.º 1, bajo la jurisdicción de la Coordinación Zonal 1.

Finalmente, se registró 1 caso en cada uno de los siguientes centros: Centro de Privación de Libertad Los Ríos N.º 2, Cañar N.º 2 y el Centro de Privación Provisional de Libertad Masculino. En conjunto, estos tres casos representan el 11% del total nacional de coinfección.

Tabla 20. Personas privadas de libertad que presentan la coinfección TB/VIH por centro de privación de libertad, 2024.

C. Zonal	Centro de privación de libertad	Sexo		Total 2024
		Hombre	Mujer	
1	Centro de Rehabilitación de Varones Esmeraldas	4		4
5	Centro de Rehabilitación Social Quevedo	1		1
6	Centro de Rehabilitación Cañar	1		1
7	Centro de Rehabilitación Social Machala	7		7
8	Centro de Privación de Libertad Varones Guayas 1	7		7
	Centro de Privación de Libertad Regional Guayas 4	7		7
9	Centro de Rehabilitación Social Pichincha 1 Masculino	1		1
Total		28	0	28

Fuente: Sistema de Información en Tuberculosis, 2024.

6. LÍNEA ESTRATÉGICA 3: GARANTIZAR DERECHOS HUMANOS Y LA PREVENCIÓN DEL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN EN LAS PVV Y LOS GRUPOS DE POBLACIÓN CLAVE.

6.1. Derechos humanos, estigma y discriminación.

El Ecuador cuenta con un amplio marco legal en el que se establecen los derechos humanos asociados al VIH, sin embargo, es fundamental que los mismos sean aplicables en las diferentes carteras de Estado que tienen competencia en la respuesta al VIH.

6.1.1. Situación de los Derechos Humanos 2024.

En el año 2024, a través de Alianza Liderazgo en Positivo y Poblaciones Clave (ALEP), se desarrolló el “Estudio sobre Violencia, Estigma y Discriminación (VED) en mujeres trans, personas que usan drogas, personas que ejercen el trabajo sexual y hombres gays en Costa Rica, Ecuador, Panamá y Perú”.

El Estudio “(...) se diseñó con un enfoque cuantitativo de tipo exploratorio, de alcance descriptivo y corte transversal. Este enfoque permitió recopilar información poco documentada sobre las poblaciones clave en Costa Rica, Ecuador, Panamá y Perú, con el propósito de identificar la magnitud y gravedad de las situaciones de discriminación y violencia que experimentan las mujeres trans, personas que usan drogas, personas que ejercen el trabajo sexual y hombres gays mayores de 18 años”.

Para el estudio en mención se utilizó una técnica de muestreo no probabilístico por conveniencia, utilizando el método de bola de nieve o *snowball sampling*; la muestra fue distribuida entre 400 personas, siendo 100 personas por cada una de las cuatro poblaciones clave.

El presente estudio permitió realizar un análisis de los datos para “(...) identificar patrones y tendencias que enriquecen la comprensión de las realidades enfrentadas por las poblaciones clave en Costa Rica, Ecuador, Panamá y Perú”.

“En el proceso del Estudio VED 2024, se realizaron un total de 1.610 encuestas válidas, distribuidas entre los cuatro países de la siguiente manera: Costa Rica, 408 encuestas; Ecuador, 400 encuestas; Panamá, 402 encuestas; y Perú, 400 encuestas. Esta recolección de datos proporcionó insumos para el análisis de las realidades que enfrentan estas poblaciones, sobre todo en lo que respecta a factores que modulan la intensidad y frecuencia de experiencias, donde el estigma y la discriminación afectan el goce de una vida digna libre de violencia”.

En este sentido, Ecuador aportó con el 24,84% de la muestra del estudio VED.

Las encuestas realizadas en Ecuador fueron en 2 regiones conforme se indica a continuación:

- **Costa:** Machala, Santa Rosa, Pasaje, Huaquillas, El Guabo, Guayaquil, Milagro, Quevedo, Manta, Santo Domingo y El Carmen.
- **Sierra:** Quito, Cayambe, Ibarra, Riobamba, Latacunga, Saquisilí, Cuenca, Loja.

Respecto a la distribución por edad, de las 400 personas correspondientes a Ecuador, se encuentran:

- **Grupo de 18 a 29 años:** 134 personas (33,5%), predominan hombres gays (67).
- **Grupo de 30 a 39 años:** 129 personas (32,25%), mayor representación de personas usuarias de drogas (51).
- **Grupo de 40 a 49 años:** 91 personas (22,75%), destacan quienes ejercen trabajo sexual (37).
- **Grupo de 50 a 73 años:** 46 personas (11,5%), sobresalen mujeres trans (26).

Resultados

Los resultados del Estudio VED en el presente informe anual de VIH, son gracias a la información reportada por sociedad civil; en este sentido, a continuación, se describen los principales resultados por entornos.

Resultados sobre ingreso y actividades económicas.

Generación de ingresos: El 89% de las personas encuestadas participaron en actividades económicas para generar ingresos durante el último año, sin embargo, el tipo de actividad varió según el grupo poblacional:

- **Personas que ejercen trabajo sexual:** 95% reportaron generación de ingresos, la mayoría a través de trabajo sexual.
- **Mujeres trans:** 85% participaron en actividades económicas, pero muchas lo hicieron en empleos informales o no regulados.
- **Hombres gays:** 88% participaron en actividades laborales, pero muchos se enfrentaron a barreras como la discriminación o la falta de oportunidades de empleo formal.
- **Personas que usan drogas:** 87% participaron en actividades económicas, pero la mayoría se dedicó a trabajos informales o inestables.

Participación en el Mercado Laboral por grupo poblacional:

- **Mujeres trans:** 13% de las encuestadas tenían empleos formales.
- **Hombres gays:** 18% accedieron a empleos formales.
- **Personas que ejercen trabajo sexual:** 5% tenían trabajos formales.
- **Personas que usan drogas:** 8% tenían empleos formales.

Trabajo no remunerado:

- **Mujeres trans:** 62% realizan trabajo doméstico no remunerado.
- **Personas que ejercen trabajo sexual:** 50% realizan trabajo doméstico no remunerado.
- **Hombres gays:** 36% realizan trabajo doméstico no remunerado.
- **Personas que usan drogas:** 28% realizan trabajo no remunerado.

Los resultados en mujeres trans y trabajadoras sexuales, indican que tienen una mayor carga de trabajo no remunerado.

Resultados sobre ingreso, salud y condiciones de vida.

Ingresos relativos al salario mínimo.

El 32% de las **personas que ejercen trabajo sexual** ganan menos que el Salario Mínimo Mensual (SMM), mientras que el 68% restante reporta ingresos por encima del SMM.

- **Mujeres trans:** 53% ganan menos del SMM, con un 22% ganando más y un 25% no respondieron sobre sus ingresos.
- **Personas que usan drogas:** 48% ganan menos del SMM, pero 52% reportan ingresos por encima del SMM.
- **Hombres gays:** 28% ganan menos del SMM y 72% ganan más del SMM.

Formalización del trabajo sexual.

A pesar de que el trabajo sexual es una fuente significativa de ingresos para muchas personas, **el 85% de las personas que ejercen trabajo sexual indicaron que no tienen acceso a servicios de seguridad social ni beneficios laborales** debido a la informalidad y criminalización de su ocupación.

Un **60%** mencionó que **la estigmatización del trabajo sexual es la principal barrera** para acceder a servicios de salud, derechos laborales y otros beneficios sociales. La falta de políticas públicas que regulen el trabajo sexual expone a estas personas a situaciones de explotación y abuso.

Acceso a servicios de salud.

El 86% de los encuestados han utilizado algún servicio de salud en los últimos 12 meses, sin embargo, el acceso varió según el grupo poblacional:

- **Mujeres trans:** 92% accedieron a servicios de salud en el último año.
- **Hombres gays:** 90% accedieron a servicios de salud.
- **Personas que ejercen trabajo sexual:** 75% accedieron a servicios de salud.
- **Personas que usan drogas:** 62% accedieron a servicios de salud.

Prevalencia del VIH.

El 12% de las personas encuestadas han sido diagnosticadas con VIH:

- **Mujeres trans:** 32% tienen diagnóstico de VIH, lo que representa una alta prevalencia en esta población.
- **Hombres gays:** 11% tienen diagnóstico de VIH.
- **Personas que ejercen trabajo sexual:** 4% tienen diagnóstico de VIH.
- **Personas que usan drogas:** 2% tienen diagnóstico de VIH.

Además, un 7% de los encuestados no conocen su estado serológico, lo que indica la necesidad de campañas de concientización y acceso a pruebas de VIH para reducir el desconocimiento sobre el tema. Un 8% prefirió no responder, lo que podría reflejar el estigma relacionado con el diagnóstico de VIH.

Resultados sobre violencia, estigma y discriminación en el ámbito familiar.

- **Mujeres Trans:** El 88% de las mujeres trans encuestadas reportan mantener algún tipo de contacto con su familia. Sin embargo, un 12% (14 personas) mencionaron la ausencia de este contacto, lo cual puede indicar exclusión familiar. De las que señalaron distanciamiento, un 64% (9 mujeres) afirmaron que su identidad de género fue la causa principal de la ruptura. Esto refleja la persistente discriminación que enfrentan dentro de sus propios hogares.
- **Personas que Ejercen Trabajo Sexual (PETS):** El 85% de las trabajadoras sexuales informaron tener contacto familiar, mientras que un 15% indicó no tenerlo. De las que experimentaron distanciamiento, el 56% señaló que su actividad laboral como trabajadora sexual fue la razón principal de la exclusión. Este dato subraya el estigma significativo asociado con el trabajo sexual, lo que limita las posibilidades de apoyo familiar genuino.
- **Hombres Gays:** Este grupo presenta el porcentaje más alto de desconexión familiar, con un 19% (50 hombres) que reportan no mantener contacto con su familia. De estas desconexiones, el 72% (36 hombres) identificaron su orientación sexual como la principal causa de ruptura, lo que sugiere un fuerte rechazo en los entornos familiares hacia la diversidad sexual.
- **Personas que Usan Drogas:** El 91% de las personas que usan drogas afirmaron tener algún tipo de contacto con su familia, lo que sugiere una red de apoyo cercana. Sin embargo, 38 personas (9%) señalaron que el consumo de drogas fue la razón principal de su distanciamiento familiar. Esto indica que, aunque haya contacto, muchas veces está condicionado por prejuicios y estigmatización relacionados con el uso de sustancias.

Análisis de las razones para el distanciamiento familiar.

Del total de 287 personas encuestadas que indicaron no tener contacto familiar por diversas razones, se destacan los siguientes hallazgos:

- **Identidad de Género y Orientación Sexual:** El 5% de las personas encuestadas afirmaron que su identidad de género o su orientación sexual fue la razón de su desconexión familiar.
- **Mujeres trans:** 14 personas (5%) señalaron que su identidad transgénero fue la causa de la ruptura.
- **Hombres gays:** 50 personas (18%) informaron que su orientación sexual fue la causa de su distanciamiento familiar.
- **Trabajo Sexual:** 56 personas (20%) señalaron que su actividad como trabajadora sexual fue la causa del distanciamiento familiar, reflejando la estigmatización que sufren estas personas por su trabajo.
- **Uso de Drogas:** 39 personas (14%) mencionaron el consumo de drogas como la razón para el distanciamiento, lo que refleja el estigma asociado a esta práctica.

- **Vivir con VIH:** 4 personas (1%) señalaron que su diagnóstico de VIH fue la causa del distanciamiento familiar, evidenciando el estigma relacionado con el VIH en las familias.

Resultados sobre violencia, estigma y discriminación en la comunidad y amistades.

Estigma en las interacciones comunitarias y sociales.

La discriminación y violencia ejercidas por amistades hacia las poblaciones clave reflejan el estigma persistente, incluso en los vínculos más cercanos, desafiando la expectativa de que las relaciones sociales sean espacios de apoyo y bienestar. Estos datos sugieren que, en ciertos contextos, las relaciones de amistad pueden estar marcadas por dinámicas de abuso y maltrato, lo que plantea preguntas sobre la naturaleza de estas relaciones.

- **Mujeres trans:** reportan un 26% de casos recientes de discriminación.
- **Hombres gays:** el 20% ha experimentado discriminación.
- **Personas que ejercen trabajo sexual:** el 16% de esta población enfrenta discriminación.

La **violencia verbal** se presenta como la forma de abuso más común, alcanzando un 84% entre las personas que ejercen trabajo sexual. Este dato invita a reflexionar sobre cómo el estigma y la desvalorización pueden hacerse evidentes incluso en estas relaciones, generando un entorno que podría afectar el bienestar de las personas.

- **Violencia física:** menos frecuente, pero reportada en un 15% entre mujeres trans y hombres gays.
- **Violencia sexual:** reportada por un 5% de los hombres gays.

En cuanto a la categoría de **más de un tipo de violencia**, las personas que usan drogas destacan con un 25%, lo que sugiere que pueden experimentar una combinación de agresiones en sus relaciones de amistad.

Estigmatización en las interacciones sociales generales.

El análisis de las experiencias de violencia, estigmatización y discriminación revela una realidad inquietante para las poblaciones clave. Los datos no solo reflejan la alarmante prevalencia de agresiones físicas y murmullos, sino también la normalización de actitudes hostiles en diversos entornos.

- **Mujeres trans:** 27% reportan estigma.
- **Personas trabajadoras sexuales:** 65% enfrentan estigma.
- **Hombres gays:** 57% experimentan estigma.
- **Personas usuarias de drogas:** 47% son estigmatizadas.

Resultados sobre estigmatización en las interacciones sociales generales.

La estigmatización y la violencia no solo se limitan a las relaciones de amistad, sino que también se extienden a las interacciones sociales generales, contribuyendo a la exclusión social de las poblaciones clave.

Estigmatización en las interacciones sociales generales:

- **Mujeres trans:** el 27% reportan haber sido estigmatizadas en sus interacciones sociales.
- **Personas que ejercen trabajo sexual:** el 65% enfrentan estigma social, lo que refleja una fuerte marginalización.
- **Hombres gays:** el 57% experimentan estigmatización debido a normas de género tradicionales.
- **Personas usuarias de drogas:** el 47% son estigmatizadas en su vida diaria.

Impacto del estigma.

- **El estigma relacionado con el trabajo sexual (65%)** refleja la severidad de los prejuicios sociales, contribuyendo a la marginalización de quienes lo ejercen.
- **El estigma hacia los hombres gays (57%)** está asociado con expectativas rígidas sobre el comportamiento de las personas según su género, creando un ambiente hostil.

La estigmatización en las interacciones sociales generales tiene un efecto profundo en la vida de las poblaciones clave, creando un entorno de exclusión social que afecta tanto su bienestar emocional como su vida laboral. Este estigma aumenta el riesgo de problemas de salud mental y perpetúa un ciclo de violencia y vulnerabilidad.

Resultados sobre la prevalencia del trabajo sexual y participación de los grupos de población clave.

Total de personas encuestadas: El 44% (176) reportaron haber estado involucradas en actividades sexuales pagadas, destacando la prevalencia de esta actividad en diversas poblaciones clave:

- **Trabajadoras sexuales:** El 100% reportaron haber participado en actividades sexuales pagadas, lo que sugiere que el trabajo sexual es su principal fuente de ingresos.
- **Mujeres trans:** El 55% afirmaron haber participado en actividades sexuales pagadas.
- **Personas usuarias de drogas:** Solo el 8% reportaron haber estado involucradas en trabajo sexual.
- **Hombres gays:** El 13% afirmaron haber participado en actividades sexuales pagadas.

Resultados sobre violencia y coerción en el ejercicio del trabajo sexual.

- **Pago por protección y robo de dinero ganado:** 64 personas reportaron estos hechos, de las cuales 42 ocurrieron en el último año. Esta cifra revela la grave inseguridad que enfrentan las personas en espacios públicos o clandestinos donde la extorsión es más común.

- **Pago por protección:** un 25% de las personas que ejercen trabajo sexual reportaron este tipo de extorsión, reflejando un alto grado de vulnerabilidad; un 19% de mujeres trans también reportaron esta situación, lo que sugiere una conexión con su identidad de género y la coerción por parte de grupos delictivos.
- **Baja prevalencia en hombres gays:** solo el 2% de los hombres gays reportaron pago por protección, lo que podría indicar menores niveles de exposición a contextos de inseguridad.
- **Robo de dinero ganado:** un total de 18 personas reportaron haber experimentado esta situación, de las cuales 10 mencionaron que ocurrió en el último año.

La distribución es la siguiente:

- **Mujeres trans:** 7% reportaron robo de dinero ganado.
- **Personas que ejercen trabajo sexual:** 6% reportaron esta situación.
- **Hombres gays:** 2% reportaron haber sido víctimas de robo.

Mujeres trans y personas que ejercen trabajo sexual reportaron la exigencia de pagos por protección, principalmente de grupos armados o criminales. Esto refleja una alta vulnerabilidad a amenazas externas y un contexto de violencia estructural que requiere intervención urgente.

De acuerdo con los resultados del estudio VED 2024, es prioritario el trabajo para el fortalecimiento de políticas públicas con su correspondiente aplicación, las cuales garanticen los derechos humanos, principalmente de las personas que viven con VIH y grupos de población clave, puesto que el estigma, violencia y exclusión social continúan afectando a esta población.

6.2. Cumplimiento de sentencias en el País.

A pesar de que Ecuador cuenta con el marco normativo y política pública asociada a VIH, el país tiene 3 sentencias por vulneración de derechos humanos asociados en VIH, frente a los cuales se han establecido el cumplimiento de medidas de reparación.

A continuación, se detallan las sentencias:

Tabla 21. Cumplimiento de sentencias.

Sentencia	Descripción
Sentencia CDH-6-2014 - Caso Gonzales Lluy y Otros vs. Ecuador - Corte Interamericana de Derechos Humanos.	La presente sentencia se dictó el 1 de septiembre de 2015 en la cual la Corte Interamericana de Derechos Humanos estableció una "(...) <i>Sentencia mediante la cual declaró responsable internacionalmente al Estado de Ecuador por ciertas violaciones de derechos humanos cometidas por la transmisión de VIH a Talía Gabriela Gonzales Lluy cuando tenía tres años de edad. La Corte encontró que el Estado era responsable por la violación de los derechos a la vida e integridad personal, a la educación, y a la garantía judicial del plazo en el proceso penal en perjuicio de Talía Gabriela Gonzales Lluy. Además, la Corte encontró que el Estado</i>

	<i>era responsable por la violación del derecho a la integridad personal en perjuicio de Teresa Lluy e Iván Mauricio Lluy. Por otro lado, el Tribunal no encontró méritos para declarar la violación de la garantía judicial del plazo razonable en el proceso civil ni el derecho a la protección judicial”.</i>
Sentencia No. 364-16-SEP-CC Caso Nro. 1470-14-EP - Corte Constitucional del Ecuador	<i>“(…) en la presente causa, el accionante solicita medidas cautelares, en virtud de que no se le han entregado los medicamentos antirretrovirales de nombre “Efavirenz, cápsulas de 600 mg” en su cita médica de 14 de agosto de 2024 por parte del Hospital Carlos Andrade Marín (…)”.</i>
Sentencia Nro. 068-18-SEP-CC Caso Nro. 1529-16-EP - Corte Constitucional	<p>La Corte Constitucional emitió la sentencia 068-18-SEP-CC, el 21 de febrero de 2018, <i>“(…) en la que resolvió aceptar la acción extraordinaria de protección planteada por NN1 a favor de la niña NN2 y declaró la vulneración de los derechos al debido proceso en la garantía de la motivación, a la verdad y por conexidad la tutela judicial efectiva, principio de interés superior del niño y por conexidad el derecho a la salud, contenidos en los artículos 76 numeral 7 literal I), 78, 75, 44 y 45 de la Constitución, respectivamente”.</i></p> <p>Frente al presente caso, se estableció una acción extraordinaria de protección <i>“(…) que tiene origen en un proceso de acción de protección planteada el 7 de diciembre de 2015, por el señor NN en contra de la solicitud de desestimación de la denuncia y archivo de la investigación por parte de la fiscal de la Unidad Especializada de Violencia de Género No. 1 de Esmeraldas, y, en la que alegó una vulneración de los derechos de su hija NN, contagiada de VIH en un hospital público por una presunta transfusión de sangre realizada por la Cruz Roja”.</i></p>

Las acciones realizadas frente a las 3 sentencias, dentro de las competencias asociadas al VIH, se encuentran principalmente el acceso a la atención integral en VIH, de las 3 personas, con énfasis en el tratamiento antirretroviral, sin embargo, el MSP fortalece acciones tanto en la atención a las personas que viven con VIH, así como en las estrategias de promoción de la salud y prevención, acciones a ser aplicadas en el marco de los derechos humanos asociados a VIH.

Dentro de las acciones realizadas durante el 2024, en temas relacionados a Derechos Humanos, Estigma y Discriminación en VIH, con apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), se llevó a cabo la tercera fase de la campaña educacional contra el Estigma y Discriminación hacia las personas que viven con VIH, obteniendo los siguientes resultados:

“Ampliación y seguimiento de la Estrategia Edu-Comunicativa contra el Estigma y la Discriminación a nivel nacional y en provincias priorizadas (Pichincha, Esmeraldas, Guayas, El Oro) en el 2024, para promover el ejercicio de derechos y vigilancia comunitaria, y contribuir a la reducción de barreras de acceso a la información y oportunidades para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud integral.

Esta actividad tuvo como objetivo difundir la campaña digital a nivel nacional y fortalecer el trabajo educativo-comunicativo con talleres locales en territorios y sectores priorizados (salud, educación y comunidad) para abrir el diálogo entre el personal de salud y la comunidad de personas que viven con VIH, intercambiar conocimientos y recoger información para el fortalecimiento de capacidades y estrategias de educación e incidencia política tanto a nivel de servicios como en la comunidad.

La campaña fue vinculada a los resultados del Índice 2.0 y trabajó en coordinación con la Alianza Mundial contra el Estigma y la Discriminación. La campaña es una puerta de entrada para trabajar sobre las barreras actitudinales y las violaciones de derechos para contribuir a la prevención, la adherencia al tratamiento y la garantía de los derechos sexuales.

Resultados:

- “En 2024, se capacitó a 264 profesionales de salud en las provincias de Esmeraldas, Pichincha, El Oro y Guayas sobre estigma y discriminación en el VIH.
- Se diseñaron cuñas radiales y videos animados para sensibilizar al público, los cuales están en proceso de aprobación.
- Se realizaron talleres con 170 jóvenes y representantes de más de 20 organizaciones, fortaleciendo sus capacidades en promoción de derechos y acceso a servicios de salud.”

7. LÍNEA ESTRATÉGICA 4: FORTALECER LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA LA GOBERNANZA DE LA RESPUESTA NACIONAL AL VIH/SIDA-ITS.

7.1. Fortalecimiento de la gobernabilidad y multisectorialidad de la respuesta nacional al VIH/sida-ITS.

La gobernanza de la respuesta nacional al VIH en Ecuador se refiere al conjunto de estructuras, actores, políticas y mecanismos encargados de coordinar y dirigir los esfuerzos para prevenir, diagnosticar, tratar y controlar la epidemia del VIH/sida en el país. Ecuador fortalece acciones con el objetivo de contar con una respuesta multisectorial e interinstitucional, liderada por el Ministerio de Salud Pública, que involucra al Estado, la sociedad civil y organismos internacionales.

En el marco de la participación ciudadana, la definición y control social de las políticas, los planes y proyectos de respuesta integral en políticas de Salud a la epidemia del VIH, se tiene como objetivo mejorar la participación de todos los actores que realizan acciones en VIH/sida y en el marco de la implementación del CEMSIDA, para incrementar la respuesta nacional al VIH/sida, tomando como base el Plan Estratégico Nacional Multisectorial (PENM), con énfasis en promoción y prevención de la salud.

Entre los principales actores están:

- Ministerio de Salud Pública (MSP).

Otras Instituciones de la Red Pública Integral de Salud:

- Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS).
- Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA).
- Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL).

Otras Instituciones del Estado:

- Ministerio de Educación.
- Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES).
- Ministerio de Justicia y Sistema Penitenciario.
- Defensoría del Pueblo.
- Ministerio de la Mujer y Derechos Humanos.

Organismos Internacionales y Cooperación: (apoyan técnica y financieramente, además alinean la respuesta con estándares internacionales)

- ONUSIDA (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida).
- OPS/OMS (Organización Panamericana y Mundial de la Salud).
- Fondo Mundial de lucha contra el sida, la Tuberculosis y la Malaria.
- PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo).
- UNICEF (trabaja en prevención y derechos de adolescentes).
- OIM y ACNUR (trabaja en la dimensión migratoria y de personas refugiadas).

Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC), Poblaciones Clave y Comunidades:

- Personas que viven con VIH.
- Mujeres trans.
- Hombres que tienen sexo con hombres (HSH).
- Trabajadoras sexuales.
- Personas migrantes y refugiadas.

7.1.1. Gobernabilidad.

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

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

La gobernanza, la coordinación y la gestión estratégica de la respuesta multisectorial al VIH/sida - ITS se sustentan en el liderazgo del CEMSIDA y el MSP por intermedio de la Subsecretaría Nacional de Vigilancia, Prevención y Control de la Salud, la Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades Transmisibles y el proyecto de Reducción de las Enfermedades Crónico-

Transmisibles de Mayor Impacto en el Ecuador: VIH/sida, ITS, Tuberculosis y Hepatitis Viral B y C.

Cabe indicar que, actualmente, el MSP se encuentra en proceso de actualización del Acuerdo Interinstitucional para el funcionamiento del CEMSIDA, conforme a la normativa legal vigente, considerando que el Comité es un espacio fundamental para la articulación y participación de las diferentes instancias del país, para una respuesta efectiva frente al VIH, considerado las líneas estratégicas del PENM.

7.2. Política normativa.

En Ecuador, la normatividad relacionada con el diagnóstico, atención y tratamiento del VIH es fundamental para garantizar un abordaje integral, accesible y efectivo para las personas que viven con el virus. Los documentos normativos son herramientas esenciales para proporcionar directrices claras al personal de salud y asegurar que los servicios sean consistentes, basados en la evidencia científica y alineados con los estándares internacionales.

La implementación de la normativa en el Sistema Nacional de Salud, es fundamental para una respuesta efectiva frente al VIH/sida. Asegurar que los profesionales de salud estén capacitados y que los pacientes reciban una atención integral y sin discriminación es clave para lograr una respuesta nacional eficaz ante la epidemia de VIH.

Para el año 2024 se cuenta con 2 boletines epidemiológicos, 17 documentos normativos y 12 informes/estudios realizados por el Proyecto de Reducción de las Enfermedades Crónico-Transmisibles de Mayor Impacto en el Ecuador; VIH/sida, ITS, tuberculosis y hepatitis viral B y C, mismos que han sido desarrollados con el apoyo de organismos cooperantes e involucramiento de la sociedad civil; dichos documentos son accesibles en cualquier momento y desde cualquier lugar a través de internet, disponibles en la página web oficial del Ministerio de Salud Pública, contando con los documentos en formato PDF para el análisis correspondiente.

7.3. Los sistemas de información estratégicos de vigilancia epidemiológica, monitoreo y evaluación de los servicios de salud.

Ecuador, como muchos países de la región, ha reconocido la necesidad crítica de contar con sistemas de información en salud robustos, oportunos y confiables para enfrentar desafíos sanitarios, mejorar la toma de decisiones y garantizar el acceso equitativo a servicios de salud de calidad.

En este marco, se han impulsado diversas estrategias para fortalecer la vigilancia epidemiológica, así como los procesos de monitoreo y evaluación (M&E), especialmente frente a enfermedades transmisibles como el VIH, Hepatitis Virales B y C, Tuberculosis y Enfermedades de Transmisión Sexual.

En la actualidad, el MSP cuenta con la Plataforma de Registro de Atenciones en Salud (PRAS), sistema informático donde se ha incorporado el módulo de VIH, desarrollado y ajustado a las necesidades de la respuesta nacional al VIH/sida.

La capacitación e implementación del sistema PRAS ha fortalecido el registro de datos a nivel en las Unidades de Atención Integral de la RPIS y en establecimientos de salud donde se contemplan las actividades de promoción, prevención, atención y seguimiento; con un enfoque diferenciado en poblaciones clave y la mejora continua del monitoreo de la cascada de atención han sido pilares fundamentales en la vigilancia epidemiológica, destinados a recolectar, analizar, interpretar y difundir datos sobre la infección por VIH.

La vigilancia epidemiológica de VIH no solo se basa en la notificación de casos, sino también en estudios específicos que permiten profundizar el conocimiento sobre la dinámica de la enfermedad, identificar poblaciones con mayor incidencia, su impacto y los factores asociados. A continuación, se detallan los principales estudios realizados:

- Estudio de prevalencia de VIH e ITS en HSH, mujeres Trans y trabajadoras sexuales en el Ecuador.
- Estimación del tamaño poblacional en grupos de población clave.
- Estudio de resistencia al tratamiento antirretroviral en el Ecuador.
- Estudio de genotipificación de Hepatitis virales B y C.

El fortalecimiento de los sistemas de información estratégicos ha sido esencial para lograr el control de la epidemia de VIH en Ecuador, orientar políticas públicas, la efectividad de las intervenciones y programas de prevención y atención.

Aunque el país ha avanzado, aún enfrenta desafíos críticos relacionados con la fragmentación de datos, calidad del registro y uso limitado de la información para orientar intervenciones efectivas.

8. Gasto relativo al VIH: presupuesto del MSP.

En el año 2024, de acuerdo con el Informe Técnico del Presupuesto General del Estado, el sistema de Salud Pública recibió USD 4.491,82 millones, esto con un aumento por disposición constitucional del 0,5% del (PIB).

El Ministerio de Salud Pública reportó una ejecución presupuestaria del 94% en el gasto corriente y un 74% en el gasto de inversión; en el año 2024 el presupuesto fue de tipo prorrogado lo que, comparable al año 2023, se entregó una cantidad similar de presupuesto, principalmente en el gasto de inversión.

Durante el ejercicio fiscal 2024, para la Estrategia Nacional de VIH y el Proyecto de Reducción de las Enfermedades Crónico-transmisibles de Mayor Impacto en el Ecuador: VIH/sida, ITS, TB y Hepatitis Viral B y C, la asignación presupuestaria ha sido crucial para la continuidad, sostenimiento y expansión de las intervenciones no solo de la respuesta al VIH, sino también de las infecciones de transmisión sexual y hepatitis virales dando cumplimiento a los compromisos asumidos por el país a estas enfermedades.

Tabla 22. Gasto relativo al VIH, MSP, Ecuador, 2024.

CATEGORÍAS DE GASTO	MONTOS INVERTIDOS (dólares)
ASC.01.01.02.98 Actividades programáticas para poblaciones clave no desagregadas (exclusivamente para las cinco poblaciones clave)	7'735.885,18
ASC.01.01.05.98 PPrE sin desglosar por población clave	206.945,50
ASC.01.02.01.01 Prácticas seguras de alimentación de lactantes (incluidos los sucedáneos de la leche materna)	534.604,31
ASC.01.02.10 Programas de prevención y tratamiento de ITS para poblaciones distintas de las poblaciones clave, solo si su financiamiento se deriva de presupuestos específicos para el VIH	1'974.104,06
ASC.02.01 Asesoramiento y pruebas de VIH para profesionales del sexo	68.646,26
ASC.02.01.98 Pruebas y asesoramiento sobre el VIH (HTC) para poblaciones clave (KPs) no desagregadas	35.817,02
ASC.02.02 Asesoramiento y pruebas de VIH para HSH	113.551,44
ASC.02.03 Asesoramiento y pruebas del VIH para TG	17.454,26
ASC.02.04 Asesoramiento y pruebas del VIH para PID	2.183,56
ASC.02.05 Asesoramiento y pruebas del VIH para internos en instalaciones penitenciarias y de detención preventiva	44.138,38
ASC.02.06 Asesoramiento y pruebas del VIH para mujeres embarazadas (parte de programas PTMI)	488.129,94
ASC.02.08 Asesoramiento y pruebas de VIH para poblaciones vulnerables y accesibles	3.577,12
ASC.02.09 Asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH para la población en general	682.722,74
ASC.03.01.01.01 TAR de primera línea - adultos	1'739.472,00
ASC.03.01.01.02 TAR de segunda línea - adultos	787.501,35
ASC.03.01.01.03 TAR de tercera línea o de rescate - adultos	905.764,65
ASC.03.01.02.98 Terapia antirretroviral pediátrica sin desglosar por línea de tratamiento	31.214,85
ASC.03.01.98 Terapia antirretroviral sin desglosar por edad, línea de tratamiento o PTMI	26.470,00
ASC.03.03 Vigilancia de laboratorio específicamente relacionada con el TAR	1'881.780,32

ASC.03.04.01.02 Análisis, detección de casos y diagnóstico de TB	26.470,00
ASC.06.03 Costos de administración y gestión de programas (por encima del nivel de prestación de servicios)	67.854,45
ASC.06.04.03 Vigilancia serológica	26.470,00
TOTAL GENERAL	17'400.757,39

Fuente: Proyecto de Reducción de las Enfermedades Crónico-Transmisibles de Mayor Impacto en el Ecuador: VIH/sida-ITS, tuberculosis y hepatitis virales B y C, 2024.

En el año 2024 se han invertido USD 17'400.757,39 a través del gasto público y USD 698.054,21 que provienen de los recursos de donación del Fondo Mundial de Lucha Contra el sida, la Tuberculosis y Malaria.

El reporte 2024 combina el tipo de datos por informe de gastos, lo que representa la cantidad de insumos, medicamentos y dispositivos utilizados durante el período en un 47% y su costo, basado en presupuestos, hace referencia al devengo efectivo de recursos realizado durante el período fiscal en un 53%.

Las categorías de costo están resumidas de acuerdo con el estudio MEGAS, de acuerdo con su categorización funcional:

Tabla 23. Categorización funcional del costo, Ecuador, 2024.

CATEGORÍA FUNCIONAL	MONTO INVERTIDO (dólares)
Prevención	10'451.538,05
Asesoramiento y pruebas (HTC)	1'456.223,72
Tratamiento TAR	3'490.422,85
Vigilancia y laboratorio	1'934.720,32
Gestión y administración	67.854,45
Total general	17'400.759,39

Fuente: Reporte MEGAS, 2024.

La inversión en prevención supera el 60% y el 30% en atención y seguimiento, lo que detalla que los esfuerzos se concentran en las acciones de evitar la transmisión del VIH.

A pesar de los esfuerzos, el déficit presupuestario para esta estrategia aún persiste, toda vez que la planificación hace referencia a una necesidad total de aproximadamente USD 28,9 millones anuales para mantener satisfecha la demanda total de medicamentos, dispositivos médicos, vacunas, entre otros insumos necesarios para la respuesta efectiva al VIH, ITS y hepatitis viral B y C.

El aporte del Fondo Mundial ha sido fundamental para el fortalecimiento de la respuesta al VIH en el Ecuador, ha permitido financiar intervenciones clave en

prevención, diagnóstico, tratamiento y vigilancia, especialmente a las poblaciones clave, en estrecha coordinación con el Estado.

9. Acciones comunicacionales para la prevención del VIH.

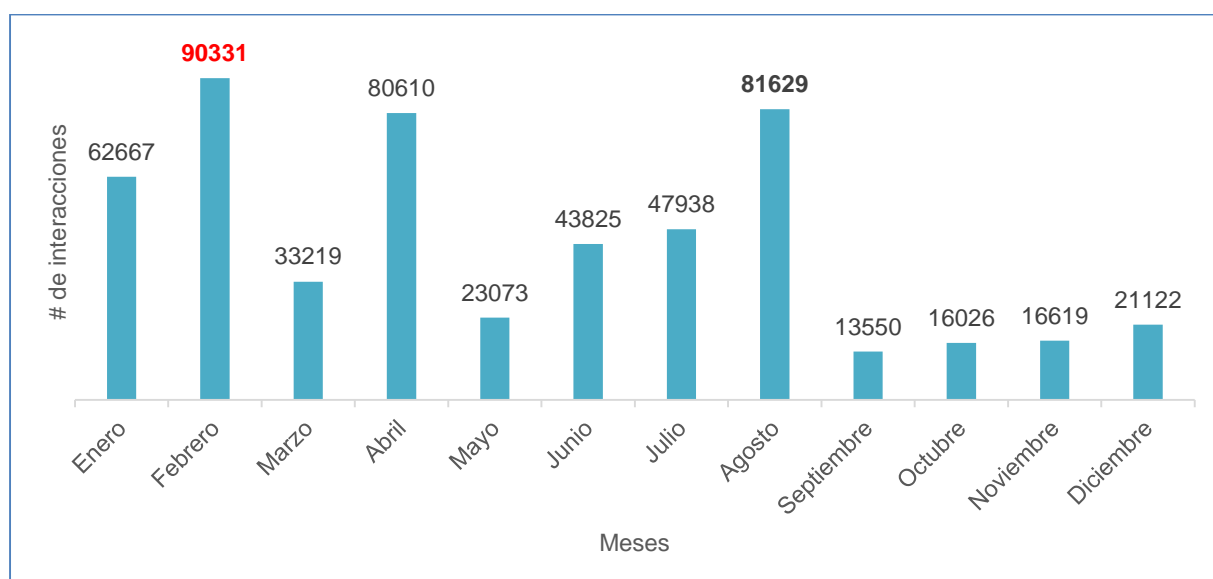
Tomando en consideración la importancia de continuar con la estrategia comunicacional para el proyecto en el 2024, se desarrolla las siguientes actividades:

- Apoyar la gestión de comunicaciones, con énfasis en el diseño gráfico de productos comunicacionales, relacionados al Proyecto de Reducción de Enfermedades Crónico-Transmisibles de Mayor Impacto en el Ecuador.
- Elaborar diseños e ilustraciones para materiales interactivos educomunicacionales, de los temas relacionados al VIH/sida, ITS, TB y hepatitis virales.
- Realizar adaptaciones de contenido solicitadas por la Dirección Nacional de Estrategias para Enfermedades Transmisibles del MSP.
- Producir piezas comunicacionales, con las adaptaciones que se requieran, para que sean difundidas por la Dirección de Comunicación, Imagen y Prensa del MSP.
- Generar y procesar contenido en atención a la correcta aplicación de la identidad institucional.
- Coordinar los procedimientos de diseño y elaboración de los materiales gráficos, así como audiovisuales, de manera articulada con la línea gráfica autorizada por la Secretaría General de Comunicación (SEGCOM).
- Diseñar y diagramar contenidos en formatos adecuados según el público objetivo y/o actividad, incluyendo la producción de:
 - Materiales informativos y educomunicacionales.
 - Boletines de prensa.
 - Volantes, trípticos, afiches y demás formatos para material impreso.
 - Presentaciones de diapositivas.
 - Otros relacionados a formatos de impresión y digitales.
- Preparar la identidad para los eventos organizados por el Proyecto de Reducción de Enfermedades Crónico-Transmisibles de Mayor Impacto en Ecuador.
- Diseñar invitaciones, certificados y papelería personalizada institucional.
- Producción y postproducción de material audiovisual referente a temas relacionados al VIH/sida, ITS, TB y hepatitis virales.

Especificación de actividades realizadas:

- 88 publicaciones en redes sociales.
- 212 materiales gráficos elaborados.
- 530.609 personas alcanzadas en redes sociales institucionales del MSP, con respecto a los temas del proyecto.

Gráfico 50. Alcance en redes sociales por mes, 2024.



Fuente: Comunicación, Imagen y Prensa del Proyecto de Reducción de las Enfermedades Crónico-Transmisibles de Mayor Impacto en el Ecuador: VIH/sida, ITS, tuberculosis y hepatitis virales B y C, 2024.

10. Referencias.

1. World Health Organization. HIV. [Online].; 2022 [cited 2023 11. Available from: https://www.who.int/health-topics/hiv-aids#tab=tab_1.
2. Ministerio de Salud Pública. VIH. [Online].; 2017 [cited 2023 11. Available from: <https://www.salud.gob.ec/vih/>.
3. ONUSIDA. Ecuador. [Online].; 2022 [cited 2023 11. Available from: <https://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/ecuador>.
4. ONUSIDA. Estadísticas mundiales sobre el VIH. [Online].; 2023 [cited 2023 11. Available from: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf.
5. ONUSIDA. 90-90-90 Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de sida. [Online].; 2022 [cited 2023 11. Available from: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90_90_90_es.pdf.
6. Organización Panamericana de la Salud. VIH/SIDA. [Online].; 2021 [cited 2023 11. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/vihsida#:~:text=Se%20estima%20que%20el%20n%C3%BAmero,casos%20a%2014.000%20por%20a%C3%B1o>.
7. Organization WH. HIV & COVID-19. [Online].; 2022 [cited 2023 11. Available from: <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/covid-19>.
8. Jewell B, Mudimu E, Stover J. IV Modelling Consortium. Potential effects of disruption to HIV programmes in sub-Saharan Africa caused by COVID-19: results from multiple mathematical models. The Lancet. 2020 Sep; 7(9).
9. Centers for Disease Control and Prevention. HIV Testing Before and During the COVID-19 Pandemic — United States, 2019–2020. [Online].; 2022 [cited 2023 11. Available from: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/71/wr/mm7125a2.htm>.
10. O'Grady TJ, Yuan Y, Harris JM. Impact of COVID-19 on HIV Testing Among AIDS Institute-Funded Providers in New York State-A Time Series Analysis. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. 2023 Jan; 92(1).
11. Rick F, Odoke W, Hombergh Jvd, Benzaken A, Avelino-Silva V. Impact of coronavirus disease (COVID-19) on HIV testing and care provision across four continents. HIV Medicine. 2022 Feb; 23(2).
12. Instituto Ecuatoriano de Estadística y Censo. Estadísticas vitales. [Online].; 2021 [cited 2023 11. Available from: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Defunciones_Generales_2021/Principales_resultados_EDG_2021_v2.pdf.
13. Instituto Ecuatoriano de Estadística y Censo. Estadísticas Vitales. [Online].; 2020 [cited 2023 11. Available from: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Defunciones_Generales_2020/2021-06-10_Principales_resultados_EDG_2020_final.pdf.
14. GK. Así está la mortalidad en Ecuador durante 2021. [Online].; 2021 [cited 2023 11. Available from: <https://gk.city/2021/04/23/visualizador-exceso-muertes-ecuador-2021/>.

15. Organización Panamericana de la Salud. Profilaxis Previa a la Exposición (PrEP). [Online].; 2020 [cited 2023 11. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/profilaxis-previa-exposicion-prep-0>.
16. Conde MS, Vivancos MJ, Moreno Guillén S. Profilaxis preexposición (PrEP) frente al VIH: eficacia, datos de coste/efectividad y posibilidades de implantación en nuestro medio. Revista de Enfermedades Emergentes. 2017; 16(2).



@SaludEcuador



@minsaec



@Salud_Ec

www.salud.gob.ec