

La equidad. en la mira:

La salud pública en Ecuador durante las últimas décadas



La equidad. en la mira:

La salud pública en Ecuador durante las últimas décadas

La realización de esta publicación ha sido posible gracias al apoyo técnico y financiero de los proyectos de la representación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) en Ecuador, y gracias al respaldo institucional del Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Consejo Nacional de la Salud (CONASA).

Las opiniones expresadas, recomendaciones formuladas, denominaciones empleadas y datos presentados en esta publicación son responsabilidad de los autores, y no reflejan necesariamente los criterios o las políticas de la OPS/OMS o sus Estados miembro, ni del MSP y el CONASA.

Comité editorial:

Plutarco Naranjo
Margarita Velasco Abad
Miguel Machuca
Edmundo Granda
Fernando Sacoto
Elizabeth Montes

Compilación:

Margarita Velasco Abad

Edición y corrección de estilo:

Álvaro Campuzano Arteta

Diseño gráfico:

Lápiz y Papel

Diseño de portada:

Liliana Gutiérrez, Lápiz y Papel

Diagramación e impresión:

Imprenta Noción

ISBN 978-9942-01-095-7

Forma de citar:

Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) 2007 *La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas* (Quito: OPS/MSP/CONASA).



Índice

 Presentación	I
<i>Caroline Chang</i> Ministra de Salud Pública	
 Prólogo	III
<i>Jorge Luis Prosperi</i> Representante de OPS/OMS sede Ecuador	
 Introducción	IV
<i>Consejo editorial</i>	

PARTE I

NEOLIBERALISMO Y GLOBALIZACIÓN: LOS ASEDIOS A LA SALUD PÚBLICA

 Transformaciones en el rol del Estado como proveedor de bienestar	3
<i>Fernando Bustamante</i>	
 La salud pública en América Latina	13
<i>Margarita Velasco</i>	

PARTE II

CONDICIONES CONTEMPORÁNEAS DE LA SALUD EN ECUADOR

SOCIEDAD, POLÍTICA Y SALUD

 Tendencias sociopolíticas del Ecuador contemporáneo	31
<i>Santiago Ortiz</i>	
 Cambios en las condiciones de vida de la población ecuatoriana	41
<i>Margarita Velasco</i>	

CAUSAS PRINCIPALES DE ENFERMEDAD Y MUERTE

 Mortalidad materna 57 <i>César Hermida</i>
 Situación alimentaria y nutricional 61 <i>Plutarco Naranjo</i>
 Obesidad 74 <i>Rodrigo Yépez</i>
 VIH / SIDA 87 <i>Alberto Narváez Olalla y Eulalia Narváez Grijalva</i>
 Tuberculosis 97 <i>Miriam Benavides</i>
 Malaria 104 <i>Marcelo Aguilar</i>
 Dengue 111 <i>Lenin Vélez</i>
 Cáncer 122 <i>José Yépez Maldonado</i>
 Violencia social 134 <i>Dimitri Barreto Vaquero</i>

EL ENTORNO EN QUE VIVE LA GENTE

 Los riesgos naturales <i>Marcelo Aguilar, Xavier Coello, Othón Cevallos y Patricia Coral</i> 145
 La salud ambiental 158 <i>Ana Quan</i>
 Los plaguicidas 166 <i>Guido Terán Mogro</i>

 El ambiente de trabajo y la salud de los trabajadores 177 <i>Óscar Betancourt y Bolívar Vera</i>

CAMBIOS EN LA VIDA DE GRUPOS HUMANOS PRIORITARIOS

 La salud de las niñas, niños y adolescentes 195 <i>Juan Vásconez</i>

 La salud y los derechos sexuales y reproductivos 203 <i>Lily Rodríguez</i>

PARTE III

LA RESPUESTA DEL ESTADO

 Las políticas de salud y el sueño de la reforma 213 <i>Ramiro Echeverría</i>

 Los recursos humanos en salud 222 <i>Cristina Merino</i>

 Las acciones y políticas nutricionales 238 <i>Marcelo Moreano Barragán</i>

 La política de medicamentos 249 <i>Luis Sarrazin Dávila</i>
--

 El Programa Ampliado de Inmunizaciones 256 <i>Nancy Vásconez, Guadalupe Pozo e Irene Leal</i>
--

 La gestión del conocimiento y la tecnología en el campo de la Salud 271 <i>Mario Paredes Suárez, Ramiro López Pulles y Guillermo Fuenmayor Flor</i>
--

 El proceso de construcción del Sistema Nacional de Salud 284 <i>César Hermida Bustos</i>

 La promoción de la salud en el Ecuador 294 <i>Carmen Laspina</i>	294
 Aseguramiento universal en salud: instrumento de la reforma sectorial 301 <i>Nilhda Villacrés</i> <i>Marco Guerrero</i>	301

PARTE IV

LOS MODELOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD

 Los modelos de atención de la salud en Ecuador 317 <i>Fernando Sacoto. Fundación Ecuatoriana para la Salud y del Desarrollo (FESALUD)</i>	317
 La seguridad social y la reforma de salud 368 <i>Edison Aguilar Santacruz</i>	368
 El seguro social campesino 378 <i>Pedro Isaac Barreiro</i>	378
 Los servicios de salud de la Policía Nacional del Ecuador 386 <i>Fernando Salazar</i>	386

PARTE V

NUEVOS PLANTEAMIENTOS SOBRE SALUD PÚBLICA

 Salud y globalización 393 <i>Edmundo Granda</i>	393
 Apuntes sobre bioética en América Latina 407 <i>Fernando Lolas Stepke</i>	407
 Otras opciones en la atención de la salud: lo tradicional y lo alternativo 414 <i>Fernando Ortega Pérez</i>	414

 Interculturalidad y salud: la experiencia de Cotacachi 424 <i>Luz Marina Vega</i>	424
 Las tecnologías de la información y la gestión del conocimiento en salud 428 <i>Arturo Carpio y Patricio Yépez</i>	428

PARTE VI

BALANCE Y DESAFÍOS

 Las desigualdades en Ecuador y sus efectos en la salud 441 <i>David Acurio</i>	441
 Objetivos de Desarrollo del Milenio en Ecuador 448 <i>Pablo Salazar</i>	448

LISTA DE RECUADROS

 Los micronutrientes y el combate de la desnutrición 70 <i>Rodrigo Fierro Benitez</i>	70
 La Corporación KIMIRINA y sus aliados, las poblaciones clave, en la prevención del VIH/SIDA 96 <i>Amyra Herdoiza</i>	96
 La reforma desde la perspectiva del ministro de Salud (1998 – 2000) 277 <i>Edgar Rodas Andrade</i>	277
 El CONASA 290 <i>Entrevistas a Jorge Albán y Marco Guerrero</i>	290
 Los organismos internacionales y su apoyo a la reforma de salud 299 <i>Diego Victoria</i>	299

 Municipio saludable 350 <i>Paco Moncayo Gallegos</i>
 La provincia saludable: un nuevo desafío 352 <i>Ramiro González</i>
 Cotacachi, una experiencia de descentralización en salud 353 <i>Auki Tituaña</i>
 Control comunitario de tuberculosis en la Amazonía ecuatoriana 363 <i>Fernando Sacoto</i>
 Nanegalito: una experiencia de atención primaria 365 <i>Entrevista a Jorge Cueva</i>
 El Hospital de Machachi: ¿cómo cambiar lo público? 366 <i>Entrevista a Carlos Velasco</i>
 ¿Cómo lograr un país equitativo? 446 <i>León Roldós Aguilera</i>
 ÍNDICE ALFABÉTICO DE AUTORES 453

VIH / sida

Alberto Narváez Olalla^{1*}
Eulalia Narváez Grijalva^{2*}

Introducción

En 1984 se registró en el Ecuador el primer caso de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (Sida). En 1987 se notificó el primer caso pediátrico (niño entre 10 a 14 años de edad), sin que se haya podido identificar la fuente de infección. Desde entonces, el total de casos de personas adultas infectadas por VIH, más los casos de sida notificados por el Programa de Prevención y Control del VIH/sida e Infecciones de Transmisión Sexual del Ministerio de Salud Pública (MSP) hasta diciembre del 2005, llegan a un total de 7.769 personas (de las cuales 4.306 tienen VIH y 3.463 son casos de sida). Durante el 2005 se notificaron 42 nuevos casos de VIH y 25 casos de sida en niños menores de 15 años. En estas dos décadas han fallecido un total de 1.761 personas.

En el país existe un alto porcentaje de subdiagnóstico (52%) y de subregistro (no estimado) debido a varios motivos, entre los que podemos mencionar el limitado acceso a los centros de diagnóstico y la falta de equipamiento y de un sistema de control de calidad en la red de laboratorios del MSP. Se puede mencionar también la dificultad de establecer datos concretos sobre incidencia y prevalencia por el desconocimiento del tamaño de los subgrupos poblacionales específicos, como el de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y el de las trabajadoras sexuales (Varios Autores, 2003). Por esta razón, la información para realizar un análisis de la tendencia de la epidemia de sida en

el país, se la obtiene a través de la notificación de casos nuevos de sida reportados al Programa del MSP. Una fuente secundaria la constituyen los estudios ecológicos o los resultados de tamizaje regular a grupos específicos que sirven para medir la seroprevalencia¹. Estos estudios han sido realizados por el Programa Nacional o por organizaciones no gubernamentales (ONG). La población objeto de estos estudios han sido aquellos grupos considerados altamente vulnerables frente a la infección de VIH como son los HSH, las trabajadoras sexuales y las embarazadas. En los últimos años se cuenta con resultados de tamizaje regular realizados en mujeres embarazadas de los principales hospitales gineco-obstétricos de Quito y Guayaquil.

El objetivo de este artículo es profundizar en el conocimiento de las características de la epidemia que permitan mejorar y priorizar las estrategias de prevención a las poblaciones expuestas a mayor riesgo, así como orientar los recursos asistenciales y de apoyo requerido por las personas que viven con el virus (PVV).

Consideraciones metodológicas

En este trabajo se recoge información de fuentes secundarias. Se utilizan cinco fuentes de información: 1) la notificación de casos y defunciones por VIH y sida del año 2005, que se recoge a través de las fichas de investigación epidemiológica; 2) estudios de corte transversal de prevalencia; 3) resultados de tamizaje regular

1*. Ex director, Programa Nacional de Prevención y Control de VIH/sida e ITS Ministerio de Salud Pública.

2*. Experta nacional, Subproceso de Epidemiología y Vigilancia Epidemiológica – Ministerio de Salud Pública.

1. Personas VIH positivas diagnosticadas en sangre o suero sanguíneo en un momento determinado.

de embarazadas; 4) un estudio ecológico realizado por Fundación Equidad sobre el perfil epidemiológico de la infección por el VIH en hombres gay y otros HSH en el Ecuador durante el año 2001; y, 5) la encuesta ENDEMAIN 2004 realizada por el Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR).

Los estudios sobre seroprevalencia de grupos vulnerables se realizaron con muestras pequeñas, por lo que se han calculado los intervalos con un nivel de confianza del 95%, lo que permite tener una idea de la variabilidad de la proporción que se puede encontrar en estos grupos.

Resultados

El total de casos de personas infectadas con VIH, más los casos de sida notificados por el MSP desde 1984 hasta diciembre del 2005, llegan a un total de 7.769 personas, de las cuales 1.761 han fallecido en el transcurso de estos años.

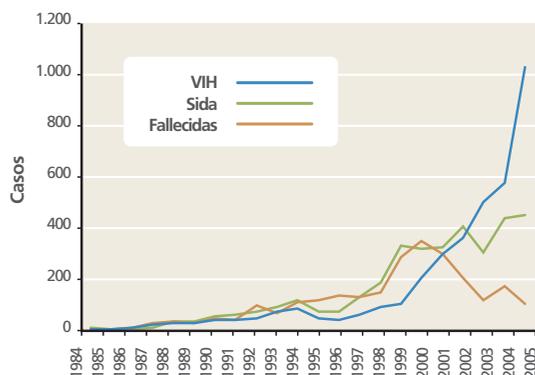
Desde 1984, cuando se notificó el primer caso de sida en el Ecuador, hasta la actualidad, el número se ha incrementado significativamente.

Durante el año 2004, el subsistema de Vigilancia Epidemiológica del Programa de VIH/sida e ITS del MSP, notificó 1.108 casos nuevos de personas que viven con el VIH (PVS), de las cuales 627 corresponden a personas con VIH y 481 presentan sida. En este mismo año fallecieron 178 personas. En el año 2005, se notificaron 1.069 personas infectadas por VIH y 470 casos de sida, y 103 personas fallecidas. De los casos notificados en el 2005, 42 casos de VIH y 25 casos de sida corresponden a niños menores de 15 años

Del total de enfermos con sida mayores de 14 años en el año 2005, el mayor porcentaje son hombres (67,9%), y la razón hombre-mujer fue de 2,1 (relación que mantiene una tendencia a disminuir con respecto a la de años anteriores). Esto último significa que el riesgo ha aumentado para el grupo de mujeres y que la transmisión es mayoritariamente heterosexual. Se debe tomar en cuenta, en algunos casos, la falsa identidad sexual declarada (como por ejemplo heterosexuales que son bisexuales) y los contactos ocasionales de hombres que tienen sexo con hombres, sin considerarse por ello homosexuales (Varios Autores, 2003).

Gráfico 1

Número de personas infectadas por VIH, casos de sida y defunciones por año Ecuador (1984-2005)



Fuente y elaboración: Programa Nacional VIH-SIDA-ITS / MSP (2005)

Distribución de casos de sida por grupos de edad

En el año 2005, el grupo de edad de mayores de 15 años con tasas de notificación más alta de sida fue el de 30 a 34 años de edad (8,9 por 100.000 habitantes), seguido por los grupos de 35 a 39 años y de 25 a 29 años, con tasas de 8,8 y 8,1 respectivamente. Estos grupos corresponden a la población económicamente activa, por lo que las repercusiones económicas familiares y en el desarrollo del país son importantes. En el gráfico 2, se observa que la epidemia de sida no se presenta solo en grupos de jóvenes y adultos, sino que también se ha extendido a los grupos mayores de 60 años.

En cuanto a los casos pediátricos de sida, en el año 2005 no se notificaron niños menores de un año. En este grupo, el diagnóstico se lo realiza por medio de carga viral, pudiendo existir un subregistro cuando se tiene que esperar a que el niño cumpla los 18 meses para realizarle una prueba convencional (*western blot*). El mayor número de niños afectados por sida tiene entre 1 y 4 años de edad (88%), mientras que en el grupo de 5 a 14 años el número es menor dado que a esta edad ocurren la mayoría de los fallecimientos.

La mortalidad infantil por sida en Guayas es la más alta del país. Esto se explica porque en esa provincia se cuenta con el más importante centro de referencia, y es allí donde se tratan los casos en los que no se pudo hacer una adecuada profilaxis de la transmisión vertical (transmisión de madre a hijo durante el embarazo, parto o puerperio).

Distribución geográfica y por ocupación

Con respecto a la tasa de notificación del sida por provincia durante el 2005, la más alta corresponde al Guayas con 6,6 (por 100.000

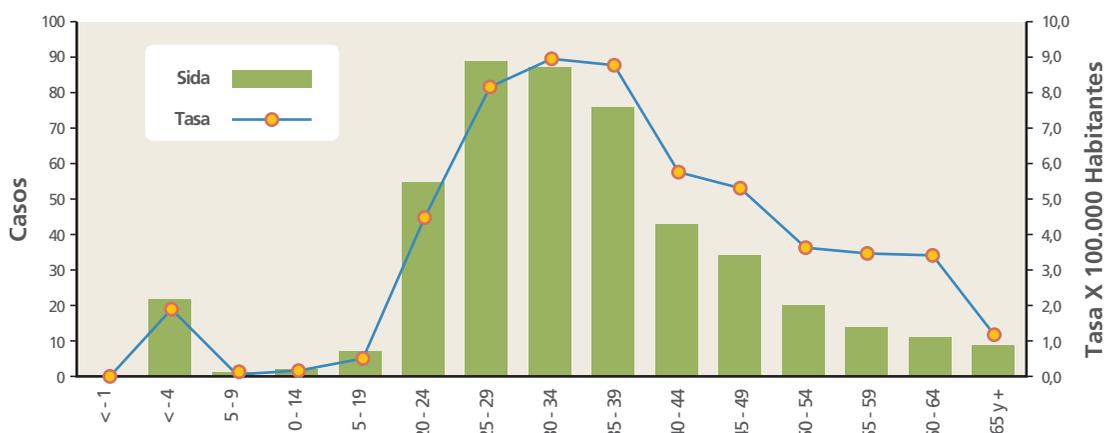
habitantes). Le sigue Manabí, con una tasa que corresponde a 5,2. Luego se ubican Sucumbíos y Pichincha (3,9); Cañar (3,2), El Oro (2,6) y Tungurahua (2,3).

Con respecto a la ocupación de las personas con VIH y sida, los obreros y el grupo de desocupados son los que presentan el mayor número de casos con el 26 y 19% respectivamente. Entre el grupo de mujeres con sida e infectadas por VIH, las amas de casa son las más afectadas con el 66,4%, seguidas por el grupo de trabajadoras sexuales con el 11,2%. Al analizar los casos de VIH /sida por ocupación, es importante tomar en cuenta que el 5% de la población general afectada son profesionales, porcentaje alto considerando el bajo número de profesionales en el país. En consecuencia, es en este estrato social donde se debería tener mayor prevención y conciencia sobre el tema.

La infección por el VIH es uno de los mayores factores de riesgo para la reactivación de la tuberculosis latente y para una rápida progresión de una infección reciente de tuberculosis a una enfermedad activa. La tuberculosis (TB) incrementa la replicación del VIH y ahora es

Gráfico 2

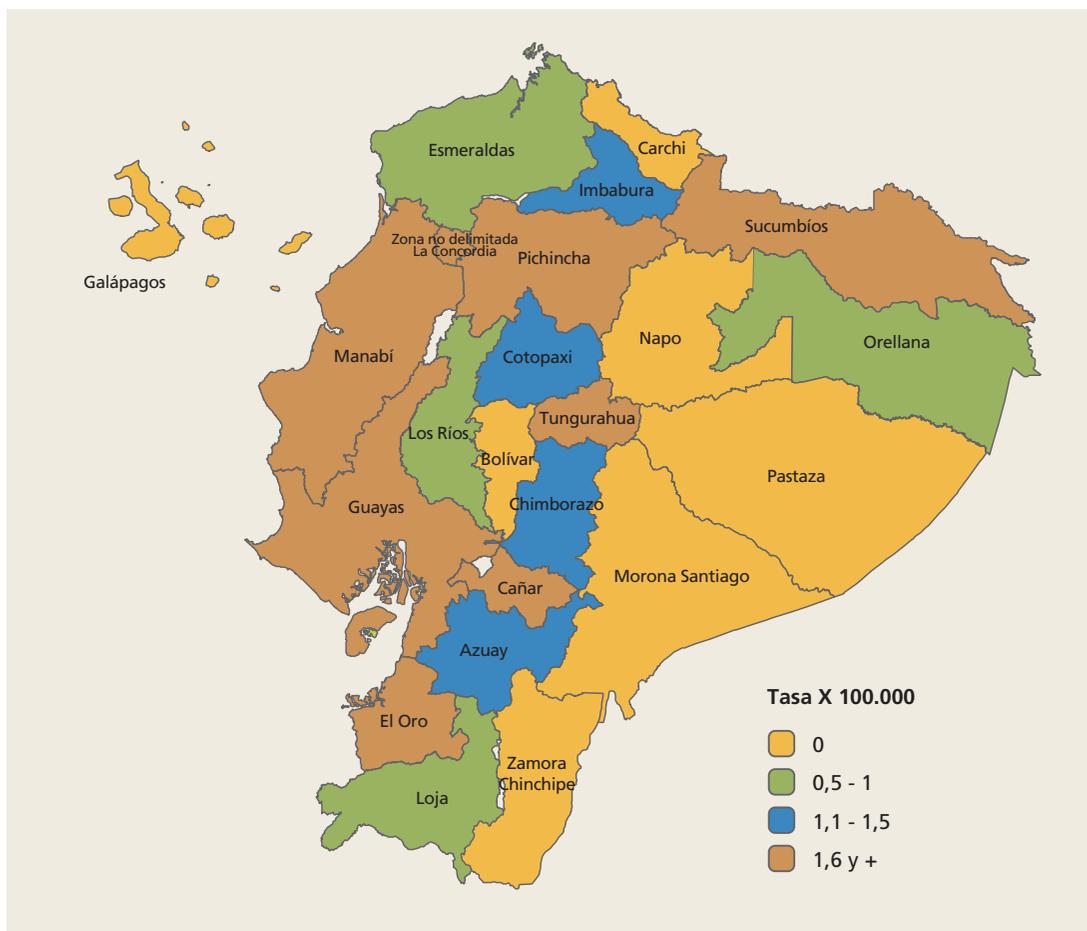
Casos y tasas de sida notificados por edad. Ecuador (2005)



Fuente y elaboración: Programa Nacional VIH-SIDA-ITS / MSP (2005)

Mapa 1

Tasa de notificación de sida por provincia. Ecuador (2005)



Fuente: Programa Nacional de VIH-SIDA-ITS / MSP (2005)
Elaboración: Los autores

la mayor causa de muerte entre los pacientes infectados con VIH en países en vías de desarrollo (WHO, 2005). Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), la tuberculosis es la responsable de la muerte de una de cada tres personas que viven con sida en el mundo entero. En el caso ecuatoriano, esta tendencia también se aplica, a pesar de que la coinfección VIH/TB no es muy conocida. En

efecto, de las 736 personas con sida reportadas en el Ecuador (2003-2004), 226 (30,70%) tuvieron TB en algún punto durante el curso de su enfermedad. Durante el 2003 y el 2004, 76,47% de los pacientes sida-TB pertenecían a la provincia del Guayas, seguido por Pichincha con 8,02%. Aquellos pacientes sida-TB fueron predominantemente hombres (73%) y trabajadores/obreros (62%) (MSP, 2006: 56).

Infeción de VIH en embarazadas por tamizaje regular

Desde el año 2002, se vienen realizando pruebas de tamizaje voluntarias a las mujeres embarazadas, aunque todavía debe mejorar el registro de mujeres VIH positivas y el momento de la detección (preparto, parto, posparto).

Como referencia nacional, durante el año 2003 en el Hospital Obstétrico Isidro Ayora de la ciudad de Quito, se realizaron 421 pruebas de VIH a embarazadas que presentaban factores de riesgo. De entre ellas, se confirmaron un total de 4 personas (0,95%) infectadas. En el año 2004, se hicieron 2.290 pruebas a mujeres embarazadas de las cuales se confirmaron 7 casos, lo que corresponde a una prevalencia de VIH de 0,30%.

Por su parte, profesionales de Médicos Sin Fronteras, realizaron tamizaje a 10.885 embarazadas durante más de un año: desde junio del 2004 a septiembre del 2005. Del total de mujeres sometidas a la prueba, 115 salieron reactivas a tamizajes con dos pruebas (no se cuenta con los datos de la prueba confirmatoria en todos los casos). Este estudio se lo realizó en tres centros hospitalarios: Hospital Guayaquil, Maternidad del Guasmo y Maternidad Marianita de Jesús. Se estima que el valor predictivo positivo (probabilidad de ser una verdadera positiva) con dos pruebas es de 99,8%. De haberse confirmado todas las pruebas como positivas, la prevalencia estimada sería de 1,05%. La procedencia de las pacientes atendidas es mayoritariamente de Guayaquil, y le siguen mujeres del resto de la provincia del Guayas, de Manabí y de Los Ríos.

De igual manera, en el año 2002 en la Maternidad Enrique Sotomayor de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, se realizó un estudio durante tres meses en un total de 2.364 embarazadas. De

este grupo de mujeres, fueron positivas por *western blot* 16 casos, lo que corresponde a una prevalencia de 0,67%.

Prevalencia de VIH en grupos específicos

A continuación se presenta un cuadro donde constan los estudios realizados durante el año 2001 sobre los grupos vulnerables que habitan en las ciudades con mayores grupos de población vulnerable del país (Varios Autores, 2003).

Es importante mencionar que la prevalencia encontrada para VIH entre los donadores voluntarios de sangre alcanzó en el año 2001 el 0,26%. El porcentaje de seropositividad para VIH entre donantes de sangre, es mayor en la provincia del Guayas (Varios Autores, 2003).

En la última Encuesta Demográfica de Salud Materno Infantil (ENDEMAIN) correspondiente al año 2004 y realizada en el Ecuador por el Centro de Estudio de Población y Desarrollo Social (CEPAR, 2004), se establecieron algunas preguntas a mujeres en edad fértil con respecto a sus conocimientos sobre VIH/sida. Los resultados fueron los siguientes. Para empezar, el 62,5% de las mujeres encuestadas conoce sobre VIH/sida. Este conocimiento es más alto en las zonas urbanas (73%), y por regiones, en la costa (71%) y la región insular (73%). Tales conocimientos están relacionados directamente con el nivel de instrucción de la mujer, ascendiendo del 26% entre las mujeres sin educación formal al 82% entre las mujeres con instrucción superior. Asimismo, la diferencia es bastante grande entre mujeres indígenas (24%) y mestizas (66%).

Se averiguó también sobre la letalidad del sida, preguntando si existe curación. El 11% de las mujeres entrevistadas consideraron que el sida sí tiene cura. El 66% de las mujeres encuestadas han oído hablar de la prueba o examen. Este

Cuadro 1

Prevalencia de VIH en grupos específicos (2003)

Lugar	Tipo de población	Muestra	%	(IC 95%) ¹	Fuentes de información
Quito	Embarazadas	300	0%	0	PNS-INH-MSP
	Jóvenes de 18-20 años	100	0	0	PNS-INH-MSP
	Personas con ITS	87	0	0	PNS-INH-MSP
	Trabajadoras sexuales	200	0,5%	(0,0 – 2,8)	NMRC. F. Esperanza
	HSH	209	16,7%	(12 – 22,5)	Servicios Comunitarios Vozandes. NMRC, F. Equidad
Guayaquil	Trabajadoras sexuales	179	1,7	(0,34 – 4,8)	NMRC, F. Esperanza
	Embarazadas	1.500	0,3*	(0,10 – 0,77)	PNS-INH-MSP
	HSH	94	23,4	(15,3 – 33,3)	Servicio Comunitarios Vozandes, NMRC, F. Equidad
Portoviejo	HSH	100	4,0	(1,1 - 9,9)	Servicio Comunitarios Vozandes, NMRC, F. Equidad
Esmeraldas	Trabajadoras sexuales	263	1,1	(0,24 – 3,3)	CLEPS

1. Intervalos de Confianza al 95% de confiabilidad

*Datos preliminares

Fuente: Programa Nacional de de VIH-SIDA-ITS / MSP(2005) y Perfil Epidemiológico de la Infección por el VIH en hombres Gay y otros HSH en el Ecuador Fundación Equidad (2003)

conocimiento es más alto en las áreas urbanas del país, y por regiones, en la insular y la costa. Asimismo, es mayor entre las mujeres mestizas que entre las indígenas. Los conocimientos

adecuados se incrementan en relación directa con el nivel de instrucción de la mujer.

Del total de mujeres que conocen la enfermedad,

el 13,6% señaló haberse realizado la prueba o examen de VIH. El porcentaje de mujeres que se ha realizado la prueba de VIH en el área urbana llega al 17,2%, a diferencia del 6,7% de mujeres en el área rural. Este dato varía del 4% en mujeres con instrucción primaria, al 31,7% entre mujeres con instrucción superior (universitarias), y es de 3,7% y 14% entre mujeres indígenas y mestizas respectivamente.

Con respecto a las tres formas de prevención del VIH/sida propuestas por el Programa de las Agencias de Naciones Unidas de Lucha Contra el sida (ONUSida) –abstinencia sexual, fidelidad y uso de condones durante las relaciones sexuales–, de acuerdo a la encuesta ENDEMAIN 2004, sólo el 8% de las mujeres conocen las tres formas en conjunto. El menor conocimiento se encuentra entre las mujeres de las zonas rurales, de 15 a 19 años de edad, de bajo nivel de instrucción y entre las mujeres indígenas. Entre las formas de prevención del VIH/sida, la más conocida individualmente es el uso de condón con el 47%, seguida por la monogamia o fidelidad con el 29% y la abstinencia sexual con el 16%.

Con respecto al uso del condón como método anticonceptivo entre mujeres casadas o bajo unión libre, se estableció que sólo lo utilizan el 4,3% de ellas. Su uso es más frecuente en las áreas urbanas (5,6%) que en las rurales (2,5%), y mayor entre las mujeres de 25 a 35 años de edad (5,9%) que en los otros grupos. De igual manera, existen diferencias de acuerdo al nivel de escolaridad, variando de 0,1% en las mujeres sin instrucción, a 9,5% en mujeres con educación superior.

Para el 2006, se ha iniciado la convocatoria para la realización de los estudios de línea basal de prevalencia en grupos vulnerables y mujeres embarazadas, como parte de los objetivos del Proyecto del Fondo Global.

Mortalidad por sida

En el año 2002 en el grupo de 15 a 49 años, entre las diez primeras causas de mortalidad se encuentra el sida. Se trata, entonces, de un problema de salud que crece aceleradamente en el país. La razón de muerte por sida es 4,4 veces mayor entre los hombres que entre las mujeres.

De acuerdo con los datos oficiales del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2004, 2005), en los años 2003 y 2004 se reportaron 422 casos y 495 fallecimientos por sida. Por su parte, el Programa Nacional notificó 111 defunciones en el año 2003 y en el 2004, 168. El contraste de estos datos hace concluir que existe un importante subregistro de defunciones. De los fallecidos en el 2004, el 81,6 % corresponde a hombres, y por edad, el grupo más afectado fue el de 30 a 49 años con el 55,8%, seguido por el de 25 a 29 años con el 18,8%.

Conclusiones

El sida tiene una tendencia de notificación geométrica de crecimiento. En la costa ecuatoriana, y particularmente en la provincia del Guayas, este síndrome está pasando de ser una epidemia concentrada a ser una epidemia dispersa.

El aumento de la relación mujer-hombre, y del número de mujeres amas de casa, sugiere que la epidemia está migrando de grupos de HSH a población heterosexual.

En el Ecuador, de 1994 al 2003 los esfuerzos para controlar la velocidad de la progresión de la epidemia han sido pequeños y existe un atraso de 8 a 10 años en la aplicación de medidas preventivas y curativas. Desde el año 2004, el Programa de Prevención y Control de VIH/sida e ITS del MSP con fondos gubernamentales y de Fondo Global, en alianza con UNUSida,

organizaciones de la sociedad civil y de personas que viven con VIH/sida, están ejecutando un proyecto de gran envergadura que pretende frenar la velocidad de la progresión de la epidemia.

De acuerdo con la información disponible, desde esta iniciativa conjunta se han definido las siguientes estrategias importantes de acción:

- 1) Impulsar la prevención en grupos vulnerables, de gran movilidad y con conductas de riesgo como hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadoras sexuales (TS), personas privadas de libertad, policías, militares y adolescentes no escolarizados.
- 2) Introducir en el currículo de los establecimientos de educación media, educación sobre prevención de VIH/sida e infecciones de transmisión sexual. Sensibilizar y capacitar a maestros y estudiantes en la prevención de VIH/sida.
- 3) Ofrecer a toda mujer embarazada consejería y prueba voluntaria para evitar la transmisión madre-hijo. Ofrecer consejería y prueba voluntaria a personas que consultan por tuberculosis, infecciones de transmisión sexual y a toda persona que solicite prueba voluntaria.
- 4) Tratar con medicamentos antiretrovirales a todas las personas que lo necesiten.
- 5) Involucrar a los municipios y empresarios en la lucha contra el sida.
- 6) Superar la falta de información completa para poder caracterizar la epidemia y predecir el curso de la misma. Para el efecto, el Programa Nacional de Prevención y Control de VIH/sida e ITS del MSP ha implementado a partir de enero del 2006 el nuevo sistema de vigilancia y monitoreo, así como una investigación de línea de base que cubre las conductas de los grupos vulnerables y estima la prevalencia de la infección por VIH. Estos estudios deben realizarse con una periodicidad de, por lo menos, dos años.
- 7) Incrementar el tratamiento con antiretrovirales. A partir del año 2002, el Programa Nacional consiguió el acceso a medicamentos antiretrovirales para el tratamiento a personas diagnosticadas con sida. Es así que, hasta julio del 2005, un total de 1.145 personas accedieron a tratamiento en hospitales del MSP, de las cuales 156 eran niños atendidos en los hospitales pediátricos de Quito y Guayaquil. El criterio para iniciar el tratamiento es una prueba de $CD\ 4 < 200\ \text{cel/mm}^3$ (células de linfocitos T por milímetro cúbico de sangre), y una carga viral mayor de 100.000 copias. De las personas bajo tratamiento, 797 estaban localizadas en la ciudad de Guayaquil, 283 en Quito y 65 en Cuenca. Para el año 2006 se preveía alcanzar una cobertura de 2.500 personas.

En la actualidad la prioridad para el MSP es el tamizaje a embarazadas, no solo para prevenir la transmisión vertical sino también para identificar a bisexuales o a población puente entre HSH y TS en población con conductas bajas de riesgo como las embarazadas.

Bibliografía:

CEPAR 2005 *Informe preliminar de la encuesta ENDEMAIN 2004* (Quito: CEPAR).

INEC 2003 *Encuesta anual de nacimientos y defunciones 2002* (Quito: INEC).

INEC 2004 *Encuesta anual de nacimientos y defunciones 2003* (Quito: INEC).

INEC 2005 *Encuesta anual de nacimientos y defunciones 2003* (Quito: INEC).

Ministerio de Salud Pública (MSP), Subproceso de Epidemiológica, Área de Vigilancia Epidemiológica 2006 *Situación de Salud del Ecuador* (Quito: MSP).

Ministerio de Salud Pública (MSP) 2005 *Anuario de notificación de enfermedades bajo vigilancia epidemiológica* (Quito: MSP).

Varios Autores 2003 *Perfil epidemiológico de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en el Ecuador* (Quito: Fundación Ecuatoriana Equidad, ASICAL, Corporación Kimirina, USAID).

World Health Organization (WHO) 2005 *Global Tuberculosis Control. Surveillance, Planning, Financing* (Geneva: WHO).