



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS**

**CURVA DE TENDENCIA DEL VIRUS DE LA
INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) / SINDROME DE
INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) EN EL ECUADOR,
PERIODO 2010-2012.**

**TESIS PRESENTADA COMO REQUISITO PARA OPTAR EL
GRADO DE MAGISTER EN MEDICINA TROPICAL**

AUTORA

DRA. NARCISA MENDOZA

TUTOR

DR. LITO CAMPO

2014

GUAYAQUIL- ECUADOR



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESTA TESIS CUYA TUTORIA CORRESPONDE A LADRA. NARCISA MENDOZA FUENTES HA SIDO APROBADA, LUEGO DE SU DEFENSA PUBLICA, EN LA FORMA PRESENTE POR EL TRIBUNAL EXAMINADOR DE GRADO NOMINADO POR LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL, COMO REQUISITO PARCIAL PARA OPTAR POR EL GRADO DE MAGISTER EN MEDICNA TROPICAL.

DR. CARLOS GÓMEZ

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

ABG. CARMEN MORAN FLORES

SECRETARIAFAC. CIENCIAS MEDICINA

II

CERTIFICADO DEL TUTOR

EN MI CALIDAD DE TUTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACION DE TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE MAGISTER EN CIENCIAS, DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL.

CERTIFICO QUE: HE DIRIGIDO Y REVISADO LA TESIS DE GRADO PRESENTADA POR LA DRA. NARCISA BRENDA MENDOZA FUENTES. CI. 0909679003.

CUYO TEMA DE TESIS ES:“**CURVA DE TENDENCIA DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) / SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) EN EL ECUADOR, PERIODO 2010-2012**” REVISADA Y CORREGIDA QUE FUE LA TESIS, SE APROBO EN SU TOTALIDAD, LO CERTIFICO:

DR. DR. LITO CAMPO

TUTOR

III

DEDICATORIA

Los resultados de esta tesis, están dedicados a todas aquellas personas que, de alguna forma, son parte de su culminación. Nuestros sinceros agradecimientos.

A Dios quien supo guiarme por el buen camino, darme las fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin desfallecer en el intento.

Gracias Dios

AGRADECIMIENTO

Doy gracias a Dios SER TODOPODEROSO conductor de todos los actos de mi vida por haberme permitido culminar con lo que me había propuesto.

Quiero dar gracias a mi familia: En especial a mis padres, pilar fundamental en mi educación.

A mis profesores y maestros que con sus conocimientos y enseñanzas sin ningún egoísmo me ayudaron a crecer y enriquecerme intelectualmente.

Mi imperecedero agradecimiento a mi tutor de esta Maestría.

Un agradecimiento especial a todo el personal de Estudios Universitarios y a todos los profesores que nos han dado todos sus conocimientos sin ningún egoísmo.

RESUMEN

Objetivo: El propósito de esta investigación fue determinar el comportamiento de las curvas de tendencia de la Infección por VIH/SIDA, tasas de prevalencia por provincias y factores de riesgo. **Metodología:** El universo para establecer las tasas de incidencia de VIH/SIDA fueron proporcionadas por el INEC y datos estadísticos de morbilidad y mortalidad reportados por el Hospital de Infectología de Guayaquil y MSP-E en el período 2010-2012. Los datos fueron interpretados de acuerdo al crecimiento poblacional. **Resultados:** La curva de **tendencia del VIH** está disminuyendo entre 12.9% al 14% por millón de habitantes. La curva de **tendencia de SIDA** subió en un 5,30% por millón de habitantes, la **mortalidad** reporta una disminución en aproximadamente 1%, la tasas de **distribución de VIH por provincias** la de mayor prevalencia Guayas con 58,24% siendo la más alta de del Ecuador, Esmeraldas con el 44,94% , El Oro con 33,64%; Los Ríos con 23,78%, Santo Domingo con el 22,68%. Las tasas de **distribución por provincias de SIDA** la mas alta corresponde a Esmeraldas con el 25%, El Oro con 16%; Santa Elena 11%; Napo 6.5% Manabí y Pichincha col el 6%. La prevalencia en relación al género y grupo etario demostró que el factor de riesgo mas alto está el género masculino (18,4%) a la edad de 20 a 30 años, segundo lugar el género Femenino (18%) a la misma edad. Las preferencias sexuales corresponde a transexuales seguido los hombres que tienen relaciones con hombres (11%) las trabajadoras sexuales han demostrando su baja prevalencia (3,2%.)

Palabras Claves:

INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censo), MSP-E (Ministerio de Salud Publica Ecuador), Tendencia

ABSTRACT

Objective: The purpose of this research was to determine the behavior of the trend curves of HIV infection / AIDS prevalence rates and risk factors provinces.

Methodology: The universe to establish incidence rates of HIV / AIDS were provided by the INEC and statistics of morbidity and mortality reported by the Infectious Diseases Hospital in Guayaquil and MSP-E in the period 2010-2012 The data were interpreted according to population growth.

Results: The trend curve declining HIV between 12.9% to 14% per million inhabitants. The trend curve of AIDS rose by 5.30% per million population, reported mortality decreased by approximately 1%, The distribution rates of HIV prevalence provinces most Guayas with 58,24%, Esmeraldas 44,94%, El Oro 33,64%, Los Rios 23,78% Santo Domingo 22,68%, the other provinces reported cases less than 9%, Rates of AIDS provincial distribution corresponds to the highest Esmeralda with 25%, Gold 16%, 11% Santa Elena; Napo 6.5% Manabí and Pichincha 6%, The prevalence in relation to gender and etario group showed that the highest risk factor was male gender (18.4%) and age 20 to 30 years and place Female gender (18%) at the same age. Sexual preference is for transgender followed men who have sex with men (11%) and sex workers have demonstrated their low prevalence (3.2 %.)

Keywords: INEC (National Institute of Statistics and Census), MSP-E (Ecuador Ministry of

Public Health), Trend

INDICE

Introducción	1
1.1. Objetivo	7
1.2. Objetivo General	7
1.3. Objetivos Específicos	8
1.4. 3 Hipótesis	8
2. Marco Teórico	9
3. Materiales y Métodos	18
3.1 Materiales	18
3.1.1 Localización del Estudio	19
3.1.2. Periodo de Investigación	19
3.1.3 Recursos a Empleados	20
3.1.3.1 Recursos Humanos	20
3.1.3.2 Recursos Físicos	20
3.1.4 Universo de la Muestra	20
3.1.4.1 Universo	20
3.1.8 Muestra	21
3.2 Método	21
3.2.1 Tipo de Investigación	21
3.2.2 Diseño de la Investigación	21
3.2.3 Procedimiento de la Investigación	21
3.2.4 Análisis de la Información	21
3.2.5 Criterios de Inclusión y Exclusión	21
3.2.5.1 Criterios de Inclusión	21
3.2.5.2 Criterios de Exclusión	21
4. Resultados y Discusión	22
4.1 Resultado	22
4.1.1 Primer Objetivo;	22
4.1.2 Segundo Objetivo;	28
4.1.3 Tercer Objetivo	32
5. Conclusiones y Recomendaciones	36
5.1 Conclusión	36
5.2 Recomendaciones	37
6. Bibliografía	VIII

1. INTRODUCCION

Uno de cada 100 adultos de edades comprendidas entre los 15 y los 40 años está infectado por el VIH (Virus de inmunodeficiencia humana), el virus que provoca SIDA (Síndrome de inmunodeficiencia adquirida). Solamente 1 de cada 10 personas infectadas sabe que lo está.

Se estima que en la actualidad hay más de 30 millones de personas viviendo con la infección por el VIH. El SIDA se convirtió en la gran epidemia del siglo XX, y la proyección a futuro sobre la expansión de esta enfermedad se transforma en un considerable peso para los sobrecargados sistemas de la mayoría de los países afectados.

Teniendo en cuenta que la principal vía de transmisión del VIH en nuestro país, es la vía sexual, es necesario recordar que la conducta sexual es en gran parte aprendida, es decir, es un producto sociocultural que evoluciona con el ser humano reflejando la ideología de diversos momentos históricos por los que pasa la humanidad y por esto es que la conducta sexual es preocupante (23); adolescentes y jóvenes independientemente de su preferencia u orientación sexual siguen practicando conductas de riesgo que incrementan la probabilidad de infección de VIH/SIDA, como mantener relaciones coitales con múltiples parejas estables u ocasionales y no usar efectiva y consistentemente condón en todas sus relaciones sexuales. Entre los factores asociados a la falta de utilización de anticonceptivos, encontramos la percepción de vulnerabilidad, escepticismo respecto a la eficacia de los métodos, creencias infundadas sobre sus efectos secundarios, la pérdida de sensibilidad con el preservativo y la idea de que el condón solo debe usarse con mujeres que no son vírgenes (19).

En el Ecuador existe una falta generalizada de conocimiento sobre la realidad de la epidemia. La población y las instituciones no la consideran una amenaza, persiste la idea de que es un problema de grupos específicos como homosexuales o trabajadoras del sexo, se desconocen las estadísticas incluso se niega su existencia. En consecuencia, no se desarrolla investigación sobre la realidad del VIH-SIDA en el país, ni se estudia su incidencia real, no se adoptan programas de prevención dirigidos a la población heterosexual, ni se pone en

discusión las relaciones de poder en la pareja, es decir, no se adoptan políticas integrales para prevenir la propagación de la epidemia. En la esfera individual, el inicio precoz de la actividad sexual, las bajas tasas de uso de preservativos, la falta casi absoluta de conocimiento sobre el VIH-SIDA, la falta de conciencia de que se está en una situación de riesgo cuando se tiene relaciones sexuales sin protección, las prácticas sexuales en adolescentes, jóvenes y adultos, la migración, el ocultamiento de la condición de ser VIH positivo o de ser persona viviendo con sida debido a la discriminación de que son objeto y el machismo expresado en las formas anteriormente descritas, son factores que contribuyen a la propagación de la epidemia (23).

Se suma además, las malas condiciones de vida, las dificultades para lograr un acceso fluido a los sistemas de salud y las carencias educativas de gran parte de la población, favoreciendo el crecimiento incesante de la epidemia.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) estimó en 2007 que la mitad de todas las nuevas infecciones se presentaban en personas menores de 25 años de edad y que la mayoría se infectaba por la vía sexual (19-2).

Muchos factores se encuentran afectados por el impacto del SIDA. Este impacto no se limita con exclusividad a las estadísticas sanitarias. Plantea además, un grave problema económico dado el alto costo que implica la asistencia médica de los pacientes. A su vez, el SIDA tiene una repercusión social, y ha modificado conductas y hábitos..

Pero la realidad nos muestra que la enfermedad todavía no tiene un tratamiento curativo, y es por esta razón, la lucha debe centrarse en adecuadas tareas de prevención en la lucha contra el SIDA. Y es la educación la clave de la prevención en la lucha contra el SIDA, y debe actuar como refuerzo en los sistemas de salud.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA:

La tendencia del VIH/SIDA en Ecuador ha seguido incrementando con el pasar de los años, está relacionada con el contexto socioeconómico, cultural, el desempleo, el subempleo, estilos de vida no saludables, la inequidad de género, la marginalización social de las poblaciones vulnerables en especial de las mujeres, la población de adolescentes, la violencia sexual, violencia de género, las más altas tasas de prevalencia de la epidemia están en países de bajo desarrollo humano, es decir en países con indicadores muy pobres de esperanza de vida saludable y de pobres logros en el área educativa entre los cuales se incluye a nuestro país.

Una variedad de factores sitúa a los jóvenes en el centro de la vulnerabilidad al VIH. Entre ellos figuran la falta de información, educación y servicios sobre el VIH, los riesgos que muchos tienen que correr para sobrevivir, y los riesgos que acompañan a la experimentación y la curiosidad de los adolescentes.

El conocimiento de la diversidad de la epidemia de VIH/SIDA impone un análisis epidemiológico, es decir un análisis de las características de tiempo, lugar y persona, que permitan establecer las características de las zonas geográficas; los distintos grupos poblacionales afectados; y, los diferentes momentos en las que aparece y/o se modifican las distintas sub epidemias.

No existe información estadística precisa de su prevalencia y sean además identificadas las causas que motivan este incremento, en tal virtud, es necesario plantear una propuesta de investigación que nos permita en forma documentada establecer su prevalencia e identificar los factores de riesgo relacionados con la misma.

1.1.3 JUSTIFICACIÓN

En el país hay un incremento de pacientes con VIH/SIDA, sin embargo no conocemos a ciencia cierta su distribución ni el factor de riesgo que ha permitido la expansión del problema, por lo que el presente estudio es necesario para tener estados reales y confiables.

De acuerdo al informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial del SIDA (2006), se estimaba que al final del 2005 había 38,6 millones de personas en todo el mundo que Vivian con el VIH, de estas 1,6 millones eran de América Latina. A continuación se presentan algunos datos que dan una idea del estado de la epidemia en cada uno de los países:

Brasil es el país con mayor número de personas que viven con VIH/SIDA en América Latina (62,000 adultos y niños), con una prevalencia nacional del 0.5%. A pesar de la importancia de éstas cifras, la respuesta de este país ha sido una de las más contundentes, gracias a la misma varias ciudades están disminuyendo las infecciones relacionadas con el uso peligroso de drogas intravenosas, además de que existe acceso generalizado al tratamiento.

Argentina para el 2005 había 13,000 adultos y niños que vivían con el VIH con una prevalencia del 0,6%. El consumo de drogas intravenosas y las relaciones sexuales sin protección hacen parte de las prácticas de riesgo que más ha contribuido a la propagación de epidemia.

Chile, Bolivia, Ecuador y Perú las relaciones sexuales no protegidas entre hombres constituyen uno de los factores más importantes de propagación de la enfermedad. En Chile por ejemplo, la epidemia se está volviendo más variada en la medida que aumenta el número de varones VIH positivos que transmiten el virus a sus parejas femeninas.

En Bolivia se ha constatado una prevalencia de VIH de hasta el 24% entre varones que tienen relaciones sexuales con otros varones.

En Perú se ha registrado una prevalencia del VIH del 23% en Lima y entre 6% y 12% en otras ciudades.

En Ecuador la prevalencia está entre 17% y 23% en hombres que tienen sexo con hombres.

Colombia muestra tendencias similares a las mencionadas en el grupo de países anterior. En el 2005 tenía unas 16,000 personas que vivían con el VIH, se han detectado niveles de infección de hasta 20% (en Bogotá) en grupos de varones que tienen relaciones sexuales con varones. Cada vez es más frecuente que las mujeres se infecten a través de sus parejas masculinas que también tienen relaciones sexuales con hombres.

Honduras aparece como uno de los países más afectados de la región. La prevalencia nacional del VIH de 1.5% y 63.000 personas que vivían con el virus a finales del 2005. En este país el sida es la principal causa de mortalidad entre las mujeres. El comercio sexual y las relaciones sexuales entre varones son los principales factores impulsores de la epidemia, una de cada doce profesionales femeninas VIH positivas en la capital (Tegucigalpa).

Guatemala había 61.000 personas que viven con el VIH y la prevalencia nacional era de 0.9% para el 2005. Se ha estimado una prevalencia del VIH del 15% entre trabajadoras sexuales y del 12% entre HSH.

Belice es el otro país latinoamericano que con Honduras están sufriendo las epidemias más intensas. Este país tenía una prevalencia nacional de VIH en altos de 2.5% en el 2005.

Tanto Belice como El Salvador, Nicaragua y Panamá las relaciones sexuales entre varones constituyen un factor oculto pero poderoso de la epidemia.

México tiene una prevalencia baja de VIH en adultos (0.3), sin embargo esta cifra es preocupante por el número de habitantes de este país, donde el 3% equivale a que unas 18.000 personas estaban viviendo con sida en el 2005.

Se estima que hasta 2 tercios de los infectados son hombres que se contagiaron durante relaciones sexuales no protegidas con otros hombres, lo que a la vez está aumentando la

transmisión heterosexuales , en la medida en que mas mujeres se infectan con parejas masculinas que a la vez sostienen relaciones con otros hombres.

El impacto del VIH/ SIDA es especialmente pronunciado en el Caribe, donde la tasa de prevalencia del virus en la población adulta es la mas alta fuera de la región de África Subsahariana.

En el Caribe un total de 250.000 personas viven con VIH/Sida, incluidas 27.000 personas recientemente infectadas en el año 2006.

Haití tiene el mayor número de personas con VIH en la región con 19.000 para el 2005, la prevalencia nacional en adultos era de 3.8%. En este caso se consideran factores determinantes de la difusión de la epidemia: la pobreza, migración, inequidades de género, convulsiones políticas, patrones tradicionales y emergentes de unión sexual, prevalencia y falta de accesos al tratamiento de otras enfermedades sexualmente transmisibles, falta de respuesta oportuna de las autoridades de salud pública y las dificultades para una apropiación cultural de las medidas preventivas.

Bahamas tiene una cifra estimada de 6.800 adultos y niños que vivían con el VIH en el 2.005, la prevalencia nacional era de 3.3%, con Haití es una de la mas alta de la región. En este país la prevalencia mujeres embarazadas ha disminuido desde 4% a mediados de los 90 hasta menos del 3% en 2.005.

Trinidad y Tobago tienen una prevalencia nacional de 2.6%, más de una decima parte de los casos de infección puede atribuirse a relaciones sexuales no protegidas entre varones.

Cuba tiene una de las prevalencia más bajas (0.1%) y unas 4,800 personas que viven con VIH, su programa de prevención de la transmisión materno infantil es uno de los más eficaces del mundo, a esto se suma el acceso gratuito y universal a los tratamientos antirretrovirales.

República Dominicana para el 2005 la prevalencia nacional en adultos era de 1.1%, los niveles más altos están en mujeres embarazadas, en éste país el acceso al tratamiento es

muy limitado, menos del 20% de las personas que necesitaban estaban recibiendo la terapia.

Guyana el Sida es la primera causa de mortalidad, la prevalencia nacional es del 2.4%, en Surinam las estimaciones muestran una prevalencia del 1.9%, en ambos casos su tendencia ha ido en aumento. Jamaica tiene una prevalencia nacional del 1.5%.

Con la información generada en el presente estudio diseñaremos una propuesta de medidas de prevención, que permitan reducir la prevalencia del VIH/SIDA, actuando sobre los factores de riesgo que más inciden en la misma.

1.1.4 VIABILIDAD

El presente estudio es factible por que las autoridades de la institución han permitido la ejecución del mismo; además tienen interés por la importancia de la información para ejecución de planes de trabajo, por lo tanto tengo acceso a la información requerida.

1.2 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS E HIPÓTESIS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la tendencia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en el Ecuador durante el periodo 2010-2012.

1.2.1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la tendencia del VIH/SIDA mes, año y periodo de estudio
2. Establecer la prevalencia por provincias
3. Identificar los factores que inciden en la curva de tendencia del componente VIH/SIDA.

1.2.2 HIPÓTESIS

La tendencia del VIH/SIDA en Ecuador es elevada con énfasis en la región tropical costera.

1.3 VARIABLES

1.3.1 DEPENDIENTES

Prevalencia del VIH/SIDA durante el periodo 2010 al 2012.

1.3.2 INDEPENDIENTES

Factores de riesgo: edad, sexo, género, migración.

2. MARCO TEÓRICO

El VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) es el virus que causa el SIDA. Este virus puede ser transmitido de una persona a otra cuando sangre, semen o secreciones vaginales infectadas entran en contacto con las membranas mucosas o lesiones en la piel de una persona no infectada. Las mujeres embarazadas, que tienen el virus, también pueden transmitir el VIH a sus bebés durante el embarazo o el parto, así como durante la lactancia materna. Las personas con VIH tienen lo que se conoce como infección por el VIH. Algunas de estas personas contraerán el SIDA como resultado de esta infección. El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) pertenece a la familia de los retrovirus, lo cual significa que es capaz de invertir la dirección de la información que normalmente fluye del ADN al ARN, pero que en este caso lo hace en sentido inverso gracias a la transcriptasa inversa, introduciendo de esta manera su código genético y por medio de la integraselo "integra" al código de la célula CD4 infectada, lo que permite que ésta en lugar de multiplicarse, lo que hace es producir nuevos virus, llamados vibriones. La estructura genética del VIH está formada por 9,139 nucleótidos.

El VIH es un lentivirus, lo cual significa que permanece mucho tiempo en estado latente. Sin embargo, aunque antes se tenía la creencia de que el VIH permanecía totalmente inactivo durante largos periodos, hoy sabemos que desde el inicio se reproduce, principalmente en el sistema linfático. Varios especialistas, entre ellos el Dr. Luc Montaigner, su descubridor, creen que la acción del virus no es suficiente para desarrollar el SIDA, sino que es necesario que ocurra la Apoptosis, que es la muerte programada de las células, que en este caso ocurre de manera anormalmente acelerada. El virus de la inmunodeficiencia humana destruye las células inmunológicas, provocando que el organismo quede indefenso, lo que aprovechan diversas infecciones y cánceres, que por esta razón se denominen oportunistas, para atacar al organismo y causar su muerte. Actualmente se sabe que existen dos tipos de VIH, el 1 y el 2 uno que se presenta en América y Europa y el VIH -2 en el continente africano.

La infección por el virus de inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) son en la actualidad, uno de los principales problemas para la salud pública en general.

El VIH se encuentra en todos los líquidos orgánicos de aquella persona que tiene el virus: sangre, semen, saliva, lágrimas, leche, calostro, orina, secreciones uterinas y vaginales y el líquido pre seminal. Pero solamente la sangre, el líquido pre seminal, el semen, fluidos vaginales y la leche materna presentan una concentración suficiente como para producir la transmisión.

SIDA es el resultado de la exposición a una infección por el VIH, que facilita el desarrollo de nuevas infecciones como los tumores y otros procesos. Este virus permanece latente y destruye un cierto tipo de linfocitos, células encargadas de la defensa del sistema inmunitario del organismo. Conforme aumenta el conocimiento sobre la epidemia de VIH/SIDA y los comportamientos que promueven su transmisión, es imperativo reconocerlo diverso de esta pandemia, especialmente en América Latina, respecto a su magnitud y su forma de propagación. El reconocimiento de la diversidad de la epidemia impone un análisis epidemiológico, es decir, un estudio de las características de tiempo, lugar y persona, que permitan establecer las particularidades de las zonas geográficas; los distintos grupos poblacionales afectados y; los diferentes momentos en las que aparece y/o se modifican las distintas sub epidemias.

Profundizar en el conocimiento de las características de la epidemia, permite enfocar de mejor manera las estrategias de prevención, orientándolas hacia las diferentes poblaciones y comunidades en las cuales efectivamente reside la epidemia, o a aquellas que pueden derivar mayor beneficio; además de utilizar adecuadamente los recursos asistenciales y de apoyo requeridos para brindar atención a las personas que viven con el virus.

El VIH/SIDA es un problema a nivel mundial que nos debe preocupar a todos, ya que es una enfermedad aun sin cura y que se expande más día a día. No distingue raza, sexo, edad ni estrato social, y la única y verdadera forma de realmente combatirlo es la información.

Si la gente cuenta con el conocimiento y la información adecuada podrá tomar las medidas preventivas y saber que hacer en cada caso. La información es la única salida para que nuestra sociedad progrese, más tolerante y saludable.

VIH/SIDA en el Ecuador

La epidemia se encuentra en fase concentrada con tendencia al crecimiento, observándose valores de ser prevalencia superiores al 5% en ciertos grupos vulnerables (HSH) e inferiores al 1% en gestantes, la forma de transmisión sexual es la predominante con 96.9% de los casos reportados, lo que se relaciona estrechamente con la baja prevalencia de uso de condón que apenas alcanza al 1.5% de las mujeres en edad fértil y el incremento de las infecciones de transmisión sexual (ITS). El 2.6% de casos fueron producto de la transmisión madre-hijo y el 0.2% por uso de drogas intravenosas. No se reportan casos de VIH/SIDA a causa de transfusiones sanguíneas. Desde el registro de los primeros casos de VIH y Sida en el país en 1984, la tendencia de la epidemia ha sido hacia el aumento, con un notable incremento de casos en la primera década del presente siglo. Si bien este incremento es tanto para personas con VIH como para personas con Sida, es notorio que la tendencia de crecimiento de personas infectadas responde principalmente al mejoramiento en la notificación de casos de VIH, como del incremento de los centros de consejería pre y post prueba a partir del 2007 con el Proyecto del Fondo Mundial. El Ministerio de Salud Pública (MSP) a partir de la detección de los primeros ocho casos en el año 1984. Para enfrentar esta epidemia el MSP creó el Programa Nacional de prevención y control del VIH-SIDA e ITS, en el año de 1987. Su implementación ha permitido dar una respuesta a la creciente y compleja epidemia que requiere de un monitoreo permanente, de servicios

especializados y de la formación continua de los prestadores de servicios, para poder actualizarse frente a los nuevos retos de diagnóstico, cuidado y tratamiento que demanda la epidemia. El tema del VIH-SIDA es una problemática que tiene varias complejidades ligadas al desarrollo, tanto en sus causas como en sus efectos, por tanto su respuesta debe ser multisectorial e interdisciplinaria.

En el país se estima que por cada 2 infectados varones, hay 1 mujer con la enfermedad.

De acuerdo a las cifras que maneja el MSP, el mal ha aumentado así; en el año 1984 en Ecuador se registraron 6 casos de sida y ninguno de VIH, para el 2011 había 1573 afectados con sida y 3438 portadores del VIH.

El grupo más vulnerable es el de HSH. De acuerdo con la Organización de Naciones Unidas para el Sida (ONUSIDA), la prevalencia es del 10% en 12 países de centro y sur América, mientras que en el país, según el MSP es del 11%.

Después le siguen las trabajadoras sexuales con el 3.2% de prevalencia y personas privadas de la libertad 1.4%. En el mundo se estima que la mitad son mujeres y en el Ecuador es de 2 hombre, 1 mujer.

Por otro lado, el rango de edad que presenta más casos es entre 18 y 40 años, habiendo una gran concentración en obreros, amas de casa y comerciantes. Las mujeres embarazadas y adolescentes están mayormente expuestas.

En 2010, Guayas tuvo la tasa más alta, con 543 casos de sida y 135 de VIH. Le sigue Pichincha con 173 y 24, respectivamente. Tercer está Los Ríos y después Esmeraldas.

Según Fundación VIHDA, Guayas concentra el 54% de afectados.

En la provincia de El Oro, de acuerdo con su ocupación los más afectados son los obreros (417), le siguen las amas de casa (385), comerciantes (220), empleados privados, trabajadoras sexuales tienen un sitio significativo pero menor.

En cambio en la provincia de Santo Domingo en el 2002 se detectó un caso positivo de VIH en una mujer embarazada, indicador que se duplicó en el 2005 y se agravó en el 2007

con la presencia de 13 casos, y en el 2011 con 12 madres y en lo que va del 2012 con nueve mujeres en estado de gestación.

De acuerdo a la inclinación sexual, los heterosexuales son el grupo que presenta un total de 517 pacientes, a diferencia de los homosexuales con 75 y 39 los bisexuales (1990-20112).

EL SIDA en el país

TUNGURAHUA: 18 infectados en 2010.

EL ORO: 1515 con el mal. Según registros de la DPS de El Oro hasta junio de este año se registran 1515 personas están infectadas: 975 hombres y 540 mujeres. De ellos 576 son solteros, 882 casados, 29 viudos y 28 ignorados. Mil 132 son heterosexuales ,193 homosexuales, 46 bisexuales, 73 de ellos son trabajadoras sexuales, los otros son registrados como ninguna o ignorados.

LOJA: 116 pacientes en tratamiento. En la clínica del VIH del MS se atiende a 116 personas afectadas de sida y 40 con VIH. De estos, 76 son hombres y 33 mujeres, los grupos más afectados van de 20 a 50 años de edad (la población económicamente activa). El 67.8% son heterosexuales, el 24.7 son homosexuales y el 7.3 son bisexuales. En lo que va del año se determinaron 30 nuevos casos en la provincia.

ESMERALDAS: Aumentan casos 200 casos de VIH aumentaron en esmeraldas desde el 2007 al 2011, aunque extraoficialmente se habla de 600.

SANTO DOMINGO: 51 casos se contabilizan en el primer semestre de 2012, de los cuales uno se reporta como fallecido. Estas estadísticas forman parte de la red de Atención Integral de VIH_SIDA, que desde 1990 hasta este año registran un total de 653 casos. De estas cifras 385 son hombres y 268 mujeres, de las que se desglosa que 629 se contagiaron por la vía de transmisión sexual, 22 a través de la madre y dos por vía sanguínea.

COTOPAXI: los casos disminuyen. En 2010 fueron 21, para 2011 se detectaron 13, mientras que para lo que va del 2012 la cifra aun no es oficial.

LOS RIOS: Altos índices. En la zona sur de la provincia existen 1400 pacientes portadores del virus, 124 pacientes con sida, 137 niños hijos de madre infectadas con el virus de los cuales tres de ellos ya han salido reactivos.

VIH/SIDA en el Perú

En resumen, la epidemia se mantiene concentrada, con una prevalencia en población general de 0.23% (vigilancia centinela gestantes **2002**) y de 12.4% en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) (vigilancia centinela 2001). De acuerdo al sistema nacional de notificación², en el año 2011 se notificaron 2895 nuevos casos de VIH y 1051 casos de sida. Desde el reporte del primer caso de sida, la frecuencia de notificación fue en aumento hasta el año 2005 (con algunas fluctuaciones), para luego presentar una tendencia descendente. De manera similar, los casos de VIH notificados tuvieron una tendencia ascendente hasta el año 2008, a partir del cual comenzó a descender sostenidamente hasta el año 2011.

En los primeros años de la epidemia, la razón de masculinidad de casos de sida presentó cifras altas. Durante la década de 1980, la razón de masculinidad fue 8.72; es decir, que en ese periodo por cada caso de sida notificado en mujeres, se notificaban aproximadamente nueve casos en varones. Este indicador fue luego disminuyendo, con valores de 6.4 para el periodo 1990 a 1994 y 3.7 para el periodo 1995 a 1999. Durante la década de 2000 a 2009, se ha mantenido estable, con valores de 2.8 para el periodo 2000 a 2004 y 2.7 para el periodo 2005 a 2009.

El mayor número de casos de sida registrados entre 1983 y 2011 se presentan en Lima y Callao (71%), ciudades que a su vez representan el 34.1% de la población nacional³. La

principal vía de transmisión sigue siendo la sexual (97% de los casos), seguido por la vertical (2%) y la parenteral (1%).

Los datos de la vigilancia siguen en general la misma tendencia que encuentran los modelamientos de la epidemia. Así, el modelo denominado 18 Modos de Transmisión⁴ estimó que para el año 2010 se producirían 4346 nuevas infecciones de infección por VIH en el Perú, distribuidas de la siguiente manera: HSH 56%, personas que practican el sexo casual y sus parejas estables (12%), trabajadoras sexuales (TS) y sus clientes (2%) y las parejas femeninas de los clientes de TS, HSH y usuarios de drogas inyectables (UDI, 13%). La transmisión heterosexual sería responsable del 15% de nuevas infecciones en población heterosexual de bajo riesgo.

VIH/SIDA en Colombia

Desde 1985 al 31 de diciembre de 2011 se ha reportado un total de 75.620 casos de infección por VIH y sida. De acuerdo con estas cifras se observa un crecimiento paulatino de los casos notificados en el país.

La edad de los casos notificados con VIH y sida se concentra en el grupo de 20 a 39 años con más de la mitad de los casos notificados desde 1983 a 31 de diciembre del 2011 (52,7%); el grupo que mayor número de casos aporta es el de 25 a 29 años (15,3%), seguido del de 30 a 34 años (14,4%). Sin embargo, el grupo de 60 y más años presenta un incremento a través de los últimos años.

En el año 2011 se notificaron 6.687 casos de VIH y sida. De estos 4.806 (72,0%) fueron hombres y 1.881 (28,0%) mujeres; el 98,3% corresponde al mecanismo de transmisión sexual. El grupo poblacional más afectado, por grupos quinquenales al igual que en años anteriores, fue el grupo de 25 a 29 años con 1.212 (18,1%), seguido muy de cerca por el grupo de 30 a 34 años de edad con 1.090 (16,3%). En definitiva, la epidemia de sida en

Colombia afecta a la población sexualmente activa; de los casos notificados en 2011, el mayor número de casos se concentra en el grupo de 15 a 44 años de edad 5.175 (77,4%) casos. Por otra parte, es necesario resaltar que en los últimos años, se evidencia un incremento de casos en personas de 45 y más años con 1.425 (21,3%) de la participación total. Igualmente, del total de casos reportados 175 (2,6%) son menores de 18 años de los cuales 84 (1,2%) son menores de 15 años. Para el año 2011 aproximadamente 4 casos de VIH por cada caso de SIDA.

VIH en los latinos

El VIH afecta de manera desproporcionada a los latinos. En el 2009, los latinos representaron el 20% de las infecciones nuevas con el VIH en los Estados Unidos, aun cuando solamente constituían alrededor del 16% de la población total de los EE. UU. HSH están particularmente afectados con el VIH

El VIH es un problema de salud pública en la comunidad latina. En el 2009, los latinos representaron el 20% (9,400) de las infecciones nuevas por VIH en los Estados Unidos, aun cuando solamente formaban alrededor del 16% de la población total de los EE. UU. La tasa de infecciones por el VIH en los latinos en el 2009 fue casi el triple que la de los hombres de raza blanca (26.4 comparado con 9.1 por cada 100,000 habitantes).

En el 2009, los hombres latinos representaron el 79% (7,400) de las infecciones nuevas en toda la población latina y la tasa de infecciones nuevas entre los hombres latinos fue dos veces y media más alta que la de los hombres de la raza blanca (39.9/100,000 comparado con 15.9/100,000).

En el 2009, los hombres latinos que tuvieron relaciones sexuales con hombres (HSH) representaron el 81% (6,000) de las infecciones nuevas por VIH entre los hombres latinos.

Y a su vez representaron el 20% de todos los HSH. Entre los HSH latinos, el 45% de las infecciones nuevas por VIH correspondió a hombres menores de 30 años de edad.

Aunque las mujeres latinas representaron el 21% (2,000) de las infecciones nuevas en los latinos durante el 2009, su tasa de infección por el VIH fue más del cuádruple que en las mujeres blancas (11,8/100,000 comparado con 2,6/100,000).

El mundo enfrenta una pandemia que prácticamente ya completó la infección en los grupos de riesgo iniciales (homosexuales y otros) y se propaga silenciosamente entre los heterosexuales. No hay ningún continente libre de Sida, 162 países declararon a la Organización Mundial de la Salud (OMS) tener casos (enfermos) de SIDA.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 MATERIALES

3.1.1 LOCALIZACIÓN

El presente estudio se realizó con datos estadísticos del Ecuador, obtenidos del departamento de estadísticas del Ministerio de Salud Pública, de la ciudad de Guayaquil, ubicado en las calles Panamá 300 y Padre Aguirre.

La República del Ecuador se encuentra situada al noroeste de América del Sur, con una extensión territorial de 256.370 km² geográficamente dividida en cuatro regiones: Costa, Sierra, Amazonía e Insular; está organizada en 24 provincias, 269 cantones, a su vez subdivididos en parroquias urbanas y rurales. A partir del 20 de mayo de 2010, se estableció una nueva organización política administrativa del territorio, que incluye nueve zonas con gobiernos autónomos descentralizados, distritos y circuitos. Tiene 14.483.499 habitantes; entre 2001 y 2010 registró un crecimiento poblacional promedio anual de 1,7% (1).

Tiene 256.370 kilómetros cuadrados de superficie, lo que evidencia que es el más pequeño de los países andinos, pero cuenta con la mayor biodiversidad por metro cuadrado del continente.

Su capital es San Francisco de Quito, sede de los principales entes estatales y del Gobierno Nacional y su ciudad más grande es Santiago de Guayaquil, puerto marítimo principal e importante centro económico... En el Ecuador existen 55 volcanes, 14 activos y 41 pasivos, siendo el volcán más alto el Chimborazo, con 6.310 msnm. Es el país con la más alta concentración de ríos por milla cuadrada en el mundo. Es el principal exportador de banano a nivel mundial y uno de los principales exportadores de flores, camarones y cacao.

Según datos generados por INEC(Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos), informan que en febrero de 2010, aproximadamente 14.306.876 de personas que habitan en Ecuador.

La población urbana representa 60,43% del total nacional; 50% de la población habita en la Costa, 45% en la Sierra, 5% en la Amazonía y 0,2% en la Región Insular. El 71,9% de la población se considera mestiza, 6,1% blanca, 6,8% indígena, 7,2% afro ecuatoriana y 7,4% montubia. Las provincias con mayor población indígena son Chimborazo, Pichincha e Imbabura (1).

La Región Litoral del Ecuador es una de las cuatro regiones naturales de nuestro país. La *Costa*, está conformada por las provincias de Guayas, Santa Elena, Manabí, El Oro, Los Ríos y Esmeraldas.

Según su Constitución Política (2008) es un país unitario, plurinacional y pluricultural, puesto que varias nacionalidades y etnias coexisten en el territorio nacional; los diferentes colectivos mantienen identidades históricas y culturales particulares que determinan la riqueza y complejidad de la vida del país y la necesidad de abordajes fundamentados en las diversidades en los ámbitos de desarrollo en general y de la salud sexual y reproductiva en particular.

3.1.2 CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO

La información registrada comprende a pacientes de todo el país, por lo que la caracterización de la zona del trabajo corresponde a todas las áreas climatológicas presentes en el Ecuador, igualmente en cuanto se refiere a la población y actividades predominantes.

3.1.3 PERÍODO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio comprende el período 2010-2012.

3.1.4 RECURSOS A EMPLEAR

3.1.4.1 Humanos

- TUTOR
- MAESTRANTE

3.1.4.2 Físicos

- Material de oficina
- Fichas clínicas
- Sistema informativo
- Software especializado

3.1.5 UNIVERSO Y MUESTRA

3.1.5.1 Universo:

Para establecer las tasa de incidencia por año se tomaron datos de INEC de la población de de la provincia del Guayas. y para determinar la prevalencia por provincias se tomaron datos de e los caso positivos a nivel nacional

GUAYAS AÑOS 2010 - 2012				
AÑOS	POBLACION	INCIDENCIA VIH	INCIDENCIA SIDA	MORTALIDAD SIDA
		CASOS NUEVOS	CASOS NUEVOS	DEFUNCIONES
2010	3.474.229	2109	537	358
2011	3.516.652	1680	710	327
2012	3.645.483	1706	485	317

3.1.5.2 Muestra:

Serán todos los pacientes ingresados al Sistema de Salud del Ecuador al programa de control del VIH/SIDA dentro del período de estudio 2010 A 2012

3.2 MÉTODO

3.2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Será de tipo correlacional, descriptivo, longitudinal, retrospectivo.

3.2.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

No experimental

3.2.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN/ EXCLUSIÓN

3.2.4.1 Criterios de inclusión

- Todos los pacientes atendidos en el MSP
- Todos los pacientes atendidos en el periodo de estudio
- Todos los pacientes con historia clínica completa.

3.2.4.1 Criterios de exclusión

- Pacientes que no hayan sido atendidos en el MSP
- Pacientes atendidos fuera del periodo de estudio
- Pacientes con historia clínica incompleta.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Para establecer las curvas de tendencia tome en consideración los datos reportados por el MSP en tasas de incidencia de VIH/SIDA y de mortalidad, durante los años 2010, 2011 y 2012; interpretadas de acuerdo al crecimiento poblacional.(Ver tabla N1)

Tabla N 1: INCIDENCIA VIH/SIDA Y MORTALIDAD POR SIDA				
GUAYAS AÑOS 2010 - 2012				
AÑOS	POBLACION	INCIDENCIA VIH	INCIDENCIA SIDA	MORTALIDAD SIDA
		CASOS NUEVOS	CASOS NUEVOS	DEFUNCIONES
2010	3.474.229	2109	537	358
2011	3.516.652	1680	710	327
2012	3.645.483	1706	485	317

4.1 Objetivo N1: Determinar la curva de tendencia del VIH/SIDA

4.1.1. Curva de tendencia de la tasa de Incidencia del VIH de años 2010 – 2012

Análisis de los Resultados:

Durante el año 2010 la población de la provincia del Guayas era cerca de 3.474.229 habitantes (INEC) de los cuales 2109 caso fueron registrados en el programa Nacional de VIH lo que correspondió a una tasa de incidencia de 60.7 por millón de habitantes mientras que durante el año 2011 el número de habitantes subió a 3.516.652 y el número de casos nuevos fue de 1680 casos nuevos con una tasa de prevalencia que bajo a 47,8 por millón de habitantes es decir que bajo en 12.9 por millón de habitantes y la tasa de incidencia de VIH, pero durante el año 2012 con mayor número de habitantes de 3.645.483 el número de casos nuevos fue de 1706 casos nuevos que corresponde al 46,8 x millón de habitantes es decir

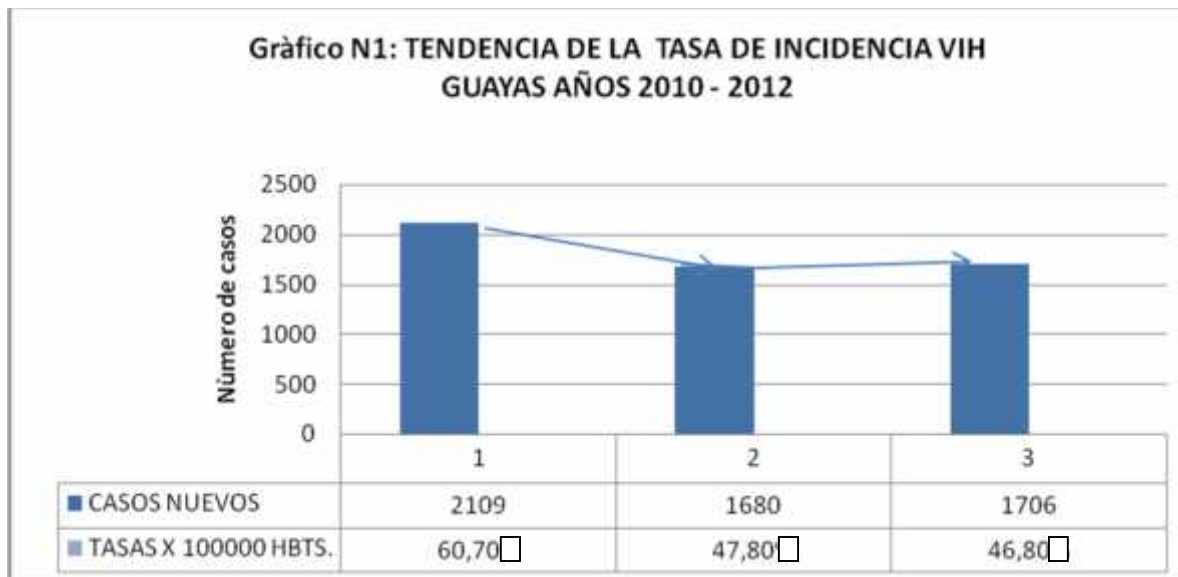
en relación al año 2011 apenas bajo el 1 por millón de habitantes

(Ver tabla N2 y Gráfico N1)

TENDENCIA DE LA TASA DE INCIDENCIA VIH			
GUAYAS AÑOS 2010 – 2012			
AÑOS	POBLACION	INCIDENCIA VIH	
		CASOS NUEVOS	TASAS X 100000 HBTS.
2010	3.474.229	2109	60,7
2011	3.516.652	1680	47,8
2012	3.645.483	1706	46,8

Discusión

La curva de tendencia en el Ecuador podríamos asumir que está disminuyendo entre 12.9 al 14 x millón de habitantes desde año 2010 al 2012. En el informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de sida 2012 refiere que, en 39 países, la incidencia del VIH entre adultos se redujo más de un 25% entre 2001 y 2011, y que en veintitrés de los países presentan grandes descensos en la incidencia entre ellos están en África subsahariana, donde el número de personas que se infectaron por el VIH en 2011 (1,8 millones [1,6 millones-2,0 millones] fue un 25% menor que en 2001 (2,4 millones [2,2 millones-2,5 millones]), Esto significa que Ecuador se está alineando a la tendencia mundial, mientras que el laboratorio del Instituto de salud pública de Chile reporta a partir del año 2009 (3101 caso), 2010 3233 casos) y 2011 (3471 casos) esto indica claramente una curva de tendencia lineal estable. Mientras que en Ecuador ha disminuido entre el 12.9 al 14% por millón de habitantes.



4.1.2 Curva de tendencia de la tasa de Incidencia de SIDA de los años 2010 – 2012

Análisis de los Resultados:

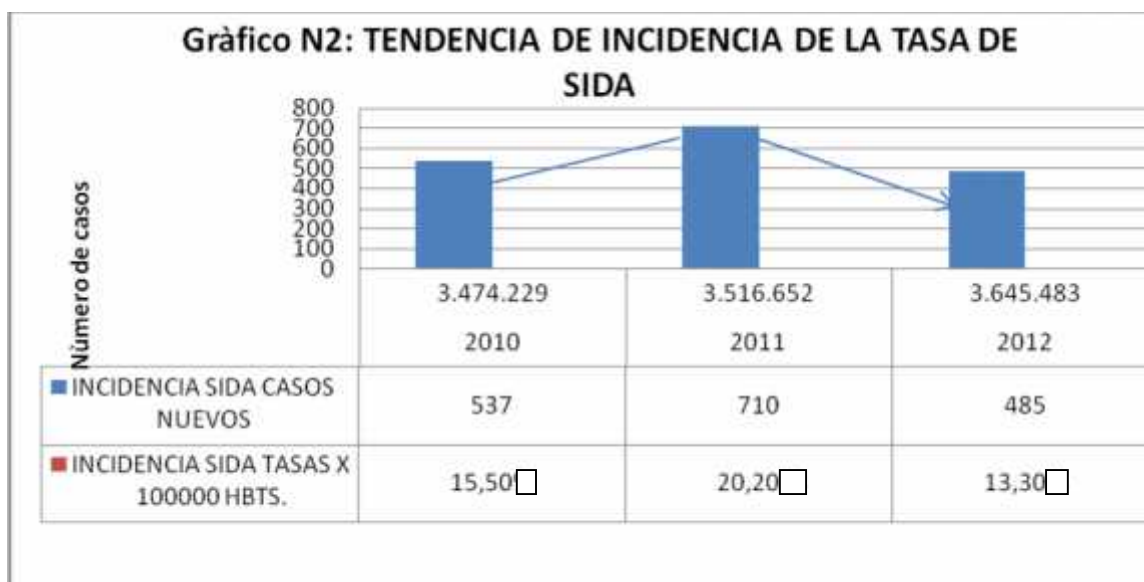
Durante el año 2010 la población de la provincia del Guayas era cerca de 3.474.229 habitantes de los cuales 537 caso de SIDA fueron registrados en el programa Nacional de VIH lo que correspondió a una tasa de incidencia de 15,5 por millón de habitantes, mientras que durante el año 2011 el número de habitantes subió a 3.516.652 y el número de casos nuevos fue de 710 casos nuevos con una tasa de prevalencia de 20,2 por millón de habitantes es decir que subió en 5.15 por millón de habitantes., pero durante el año 2012 con mayor número de habitantes de 3.645.483 el número de casos nuevos fue de 485 casos nuevos que corresponde al 13,3 por millón de habitantes es decir en relación al año 2011 apenas bajo el 6,9 por millón de habitantes (Ver tabla N3 y Gráfico N2).

**Tabla N 3: TENDENCIA DE LA TASA DE SIDA
GUAYAS AÑOS 2010 - 2012**

AÑOS	POBLACION	INCIDENCIA SIDA	
		CASOS NUEVOS	TASAS X 100000 HBTS.
2010	3.474.229	537	15,5
2011	3.516.652	710	20,2
2012	3.645.483	485	13,3

Discusión

La curva de tendencia en el Ecuador podríamos asumir que, del año 2010 al 2011 subió en un 5,30 casos de SIDA por millón de habitantes, pero durante el año 2011 al 2012 en un 6.90 por millón de habitantes de casos de SIDA. En el informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de sida 2012 refiere que, en 14 países, el número anual de personas que fallecieron por causas relacionadas con el sida descendió al menos un 50% entre 2005 y 2011. En otros 74 países se registraron descensos notables, aunque más modestos, de entre el 10 y el 49% durante el mismo periodo de seis años esto significa que el Ecuador no se alinea aun a los resultados alcanzados por la mayoría de los países del mundo, las causas probablemente radican en debilidad del programa en los cuidados profilácticos y consejería, esto hace que un grupo de pacientes evolucionen rápidamente al SIDA.(Ver gráfico N2 y N3).



4.1.3 Curva de Tendencia del SIDA relacionada con la Mortalidad

Análisis de los resultados

La curva de tendencia de casos de SIDA por millón de habitantes está relacionada directamente con el número de fallecidos por diversas causas (enfermedades oportunistas) durante el año 2002 (7,90) hasta el 2006 (11,9) su comportamiento fue una curva de tendencia de forma ascendente sostenida, pero durante el 2008 bajo 9 es decir el 4% pero durante el año 2010 subió a 10,3 (subiendo el 2,3%) y durante el año 2011 bajo 9,30 es decir 1% de reducción de la mortalidad, para luego disminuir al 8,3 durante el año 2012 como podemos apreciar en el tabla N4.

Tabla N4: TENDENCIA MORTALIDAD POR SIDA			
GUAYAS AÑOS 2010 - 2012			
AÑOS	POBLACION	MORTALIDAD SIDA	
		DEFUNCIONES	TASAS X 100000 HBTS.
2010	3.474.229	358	10,3
2011	3.516.652	327	9,3
2012	3.645.483	317	8,7

Discusión

Como apreciamos en el gráfico N3, la curva de tendencia reporta una disminución en aproximadamente 1% la tasa de mortalidad de pacientes con SIDA desde el 2010 hasta el 2012, las razones podrían argumentarse por la eficacia por la disponibilidad de los esquemas de tratamientos antirretrovirales efectivos que se vienen aplicando en el país, si comparamos estos resultados con el informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de sida 2012 refiere que, la ampliación de la terapia antirretroviral en países de ingresos bajos y medios ha transformado las respuestas nacionales al sida y generado amplios beneficios sanitarios. Como la ampliación programática ha continuado, los beneficios sanitarios se han acelerado y el número de años-vida. Refiere esta misma fuente que el América Latina se alcanzó baja el índice de mortalidad en un 10%, en el Ecuador aun no logramos alcanzar esta cifra, pero estamos disminuyendo (1%). Ver Gráfico N4



4.2 Objetivo N2: Establecer la tasa de prevalencia por provincias año 2010 al 2012

4.2.1. Tasa de prevalencia del HIV por provincias año 2010

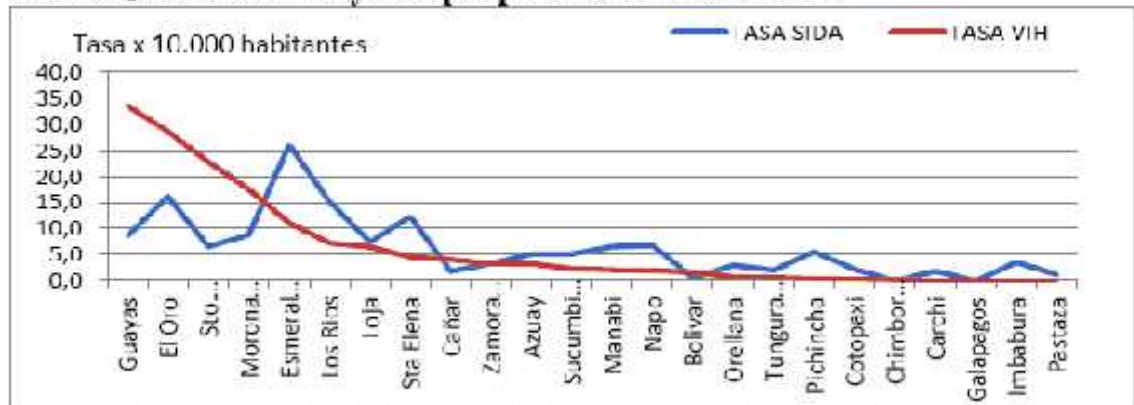
Análisis de los Resultados

En el Grafico N5 podemos apreciar que la tasa de prevalencia por provincias de los casos de VIH se encuentran distribuidos de mayor a menor prevalencia. La provincia del Guayas con 58.24 de VIH y siendo la mas alta del ecuador; en segundo lugar le corresponde a la provincia de Esmeraldas con el 44.94 y en tercer lugar le corresponde a la Provincia del Oro con 33.64; en cuarto lugar a la Provincia de los Ríos con 23.78, en Quito lugar le corresponde a Santo Domingo con el 22.68; en sexto lugar Sucumbios con el 21.2 muy de cerca en séptimo lugar Pichincha con el 19.03. Octavo lugar para Santa Elena con el 15.27; Manabí con el 14.56; en el Noveno lugar le corresponde a Orellana con 13.78; Décimo lugar para Napo con 10.57; Onceavo lugar para Zamora con 1.1; Doceavo lugar las demás provincias menos del 6% y lo interesante es que en Galápagos presento 0% de prevalencia.

4.2.2. Tasa de prevalencia del SIDA por provincias año 2010

Las tasas de distribución por provincias de los casos de sida fue en primer lugar para la Esmeralda 22.55. En segundo lugar por la Provincia del Oro con 18.65; en tercer lugar la Provincia de los Ríos con el 15.55; en cuarto lugar le correspondió a la Provincia del Guayas con el 15.2; en quinto lugar a la provincia de Napo con 9.6; en sexto lugar Galápagos con el 8.9 las demás provincias registraron valores inferiores al 5 y la más baja fue Imbabura con menos de 1. Ver gráfico N5.

Gráfico 6 Tasas de VIH y Sida por provincial. Ecuador 2011.



Fuente: ENVIH/SIDA-ITS-MSP. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH/Sida, 2011

4.2.2. Tasa de prevalencia de SIDA por provincias año 2011

Análisis de los resultados

Las tasas de distribución por provincias de los casos de SIDA fué en primer lugar para la provincia de Esmeraldas 25%. En segundo lugar por la Provincia del Oro con 16%; en tercer lugar la Provincia de Santa Elena con el 11%; en cuarto lugar le correspondió a provincia de Napo con el 6%: en Quito lugar a la provincia de Pichincha y Manabí con 6%: en sexto lugar Imbabura con el 4% el resto de las provincias menos del 5%.

4.3 Objetivo N3: Identificar los factores que inciden en la curva de tendencia del componente VIH/SIDA

4.3.1 Género y Grupo Etáreo

Análisis de los resultados

Los casos notificados por el MSP de VIH por Género y grupo etario durante el año 2011 nos demuestra que el género masculino presenta mayor riesgo con el 18,4% en la edad de 25 a 29 años, seguido por el género femenino con el 18% a la misma edad: en segundo lugar le corresponde al sexo femenino con 17.66% a la edades comprendidas de 20 a 24 años. Seguido por el género masculino a la misma edad con un prevalencia de 16.72% en tercer lugar le correspondió al género masculino con 16.59% a la edad de 30 a 34 años mientras que el género femenino a misma edad le correspondió 14.49%, siguiendo en cuarto lugar al género masculino con el 11.43% a la edad de 35 a 39 años y al género femenino de 9,55% a la misma edad.; en quinto lugar se ubicó para el género con el 8% a edad de 40 a 44 años y el femenino a la misma edad 6.81%; en sexto lugar al género masculino con 5.55% al edad de 45 a 49 años y al grupo femenino con el 3.73% a la misma edad.

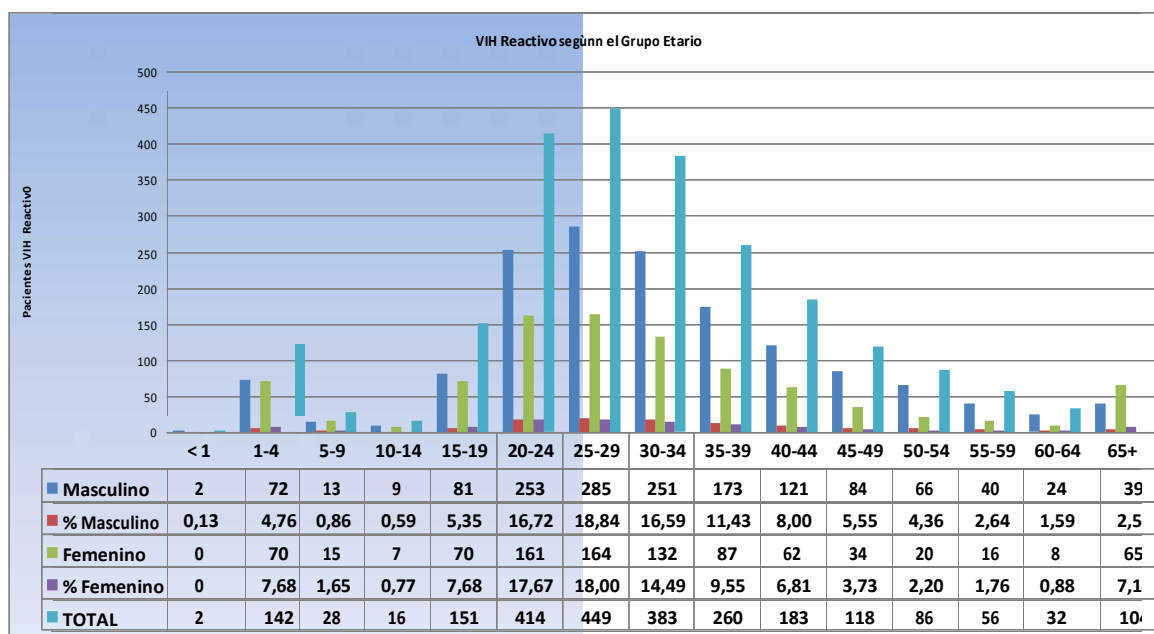
Los niños de 1 a 4 años son el grupo que presento mayor riesgos 4.76% demostrando la importancia del cribado de VH en mujeres embarazadas. Los demás grupos etarios se encuentran menos del 4%.

Discusión

Las estadísticas nos demuestra la mayor prevalencia en hombres (18,4%) de 20 a 30 años segundo por el género Femenino (18%) a la misma edad, estos resultados comparados con los reportados ONUSIDA en el informe de la epidemia mundial año 2012 el reporte refiere de 15 a 45 años la prevalencia es de 4,9% en el Ecuador tenemos una prevalencia aproximada en mismo grupo de edad de 14% es decir de tres veces más alto que lo reportado a nivel mundial. Ver Gráfico N7 y tabla N5.

Tabla N5 : CASOS NOTIFICADOS DE VIH POR GÈNERO Y GRUPO ETARIO ECUADOR 2011

Grupo Etáreo	Masculino	% Masculino	Femenino	% Femenino	TOTAL
< 1	2	0,13	0	0	2
1-4	72	4,76	70	7,68	142
5-9	13	0,86	15	1,65	28
10-14	9	0,59	7	0,77	16
15-19	81	5,35	70	7,68	151
20-24	253	16,72	161	17,67	414
25-29	285	18,84	164	18,00	449
30-34	251	16,59	132	14,49	383
35-39	173	11,43	87	9,55	260
40-44	121	8,00	62	6,81	183
45-49	84	5,55	34	3,73	118
50-54	66	4,36	20	2,20	86
55-59	40	2,64	16	1,76	56
60-64	24	1,59	8	0,88	32
65+	39	2,58	65	7,14	104
SIN DATOS					1072
TOTAL	1513		911		3496



4.3.2 Factor de riesgo de acuerdo a la Orientación Sexual.

Análisis de los resultados

Según este estudio se comprobado que la personas Trans son las que tienen mayor riesgo de contraer la infección (31,9%). Seguidos por los Hombres que tienen relaciones con hombres el cual corresponde al 11% y es mucho más bajo los casos de transmisión a través de las trabajadoras sexuales con el 3,2%

POBLACIÓN	PREVALENCIA (Estudios específicos)
Personas Trans	31.9 %
Hombres Sexo Hombres	11 %
Trabajadoras Sexuales	3.2 %
Población Privada Libertad	1.3 %

Discusión

Las preferencias sexuales corresponden a un factor de riesgo importante en la transmisión del VIH y en el Ecuador el indicador de mayor riesgo le corresponde a la transexuales seguido los hombres que tienen relaciones con hombres 11% pero la trabajadoras sexuales que tienen su propio programa de control de enfermedades de transmisión sexual en el programa de vigilancia del MSP ha funcionado bastante bien demostrando su baja prevalencia de apenas 3,2%.

5. CONCLUSION

Para establecer las curvas de tendencia tome en consideración los datos reportados por el MSP en tasas de incidencia de VIH/SIDA y de mortalidad, durante los años 2010, 2011 y 2012; interpretadas de acuerdo al crecimiento poblacional

La curva de **tendencia del VIH** en el Ecuador podríamos asumir que está disminuyendo entre 12.9 al 14 x millón de habitantes desde año 2010 al 2012. Esto significa que Ecuador se está alineando a la tendencia mundial como lo publica ONUSIDA sobre la epidemia mundial de sida 2012 refiere que, en 39 países, la incidencia del VIH entre adultos se redujo más de un 25% entre 2001 y 2011.

La curva de **tendencia de SIDA** en el Ecuador podríamos asumir que, del año 2010 al 2011 subió en un 5,30 de casos de SIDA por millón de habitantes y durante el año 2011 al 2012 en un 6.90 por millón de habitantes de casos de SIDA. En el informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de sida 2012 en 74 países se registraron descensos entre el 10 y el 49% , esto significa que el Ecuador **no se alinea aun** a los resultados alcanzados por la mayoría de los países del mundo, las causas probablemente radican en debilidad del programa en los cuidados profilácticos y consejería, esto hace que un grupo de pacientes evolucionen rápidamente al SIDA.

La curva de **tendencia de SIDA relacionado con la mortalidad** reporta una disminución en aproximadamente 1% desde el 2010 hasta el 2012, las razones podrían argumentarse por la eficacia y disponibilidad tratamientos antiretrovirales que han acelerado el número de años-vida. Refiere esta misma fuente que el América Latina se alcanzó baja el índice de mortalidad en un 10%, en el Ecuador aun no logramos alcanzar esta cifra, pero estamos disminuyendo (1%).

Las tasas de **distribución por provincias de los casos de VIH** en orden de mayor a menor prevalencia la Provincia del Guayas con 58,24%, Esmeraldas 44,94%; El Oro 33,64%; Los Rios 23,78%, Santo Domingo 22,68%.

Las tasas de **distribución por provincias de los casos de SIDA de mayor a menor** Esmeraldas con el 25%, El Oro con 16%, Santa Elena 11%; Napo 6.5%, Manabí y Pichincha con el 6%.

La prevalencia de VIH/SIDA en relación al género y grupo etario demostró que el factor riesgo más alto esta en genero masculino (18,4%) y a la edad de 20 a 30 años segundo por el género Femenino (18%) a la misma edad.

Las preferencias sexuales corresponden a un factor de riesgo importante en la transmisión del VIH le corresponde a la transexuales seguido los hombres que tienen relaciones con hombres pero la trabajadoras sexuales que tienen su propio programa de control de enfermedades de transmisión sexual en el programa de vigilancia del MSP ha funcionado bastante bien demostrando su baja prevalencia de apenas 3,2%.

5.1. RECOMENDACIONES

Para bajar las curvas de las tasas de incidencia de VIH/SIDA en el Ecuador, pondré como referencia necesaria la guía de acción publicada por UNPFA (El Fondo de Población de las Naciones Unidas) www.unfpa.org donde sugieren políticas de prevención dirigidas a los jóvenes que realmente es el universo problema detectado en mi investigación. Esta guía fue escrita por **Christine Ricardo et. Al**, de la cual propongo un proyecto dirigidos a realizar prevención en este grupo vulnerable.

En este contexto, es necesario desarrollar programas de prevención del VIH para hombres jóvenes que incorporen una perspectiva de género o sea, programas que reconozcan cómo el género y la masculinidad contribuyen a la vulnerabilidad al VIH de ambos, hombres y mujeres y que traten de promover actitudes, comportamientos y estructuras de poder más equitativos. A este enfoque de programación se le conoce como enfoque transformador de género e implica ir más allá del nivel individual para también abordar factores socioculturales, estructurales y comunitarios que influyen en las actitudes y comportamientos (Gupta 2002). Esto puede incluir trabajar con grupos individuales y de pares con los jóvenes en talleres de grupo para promover reflexiones críticas acerca del género y la socialización, mientras se lleva a cabo simultáneamente una campaña de medios para estimular cambios en normas sociales relacionadas con el género. De esta manera, la programación transformadora de género aborda los comportamientos de los jóvenes tales como el uso del condón, la búsqueda de servicios de salud, el uso de violencia contra una pareja como la consecuencia de una relación entre factores socioculturales, estructurales, comunitarios, interpersonales e individuales, en vez de concentrarse en un solo factor específico.

Algunas de las recomendaciones del programa que deberán enfocar al problema de salud presente en esta investigación

- En adición a la prevención de VIH, la gente joven debe tener acceso a información y servicios para ETS y prevención de embarazos
- Las intervenciones de la comunidad son importantes para ubicar grupos vulnerables, construir niveles de aceptación y soporte y movilización para actuaciones específicas a través de los servicios de salud y educación de las escuelas
- Es una necesidad urgente incrementar la capacidad para implementar y evaluar programas y políticas.

También es importante establecer **Estrategias Educativas** comunes para involucrar a los hombres jóvenes en la prevención del VIH/SIDA.

- TALLERES DE GRUPO comprenden pequeños grupos de jóvenes que se reúnen durante cierto tiempo para discutir temas relacionados con la prevención del VIH.
- PROGRAMAS ESCOLARES se llevan a cabo en las escuelas, generalmente como parte de un currículo de vida familiar o educación sexual.
- EDUCACIÓN ENTRE PARES comprende la capacitación y el apoyo a hombres jóvenes para dirigirse a sus pares con información y canalización a servicios, y para distribuir condones y otros materiales.
- EDUCACIÓN A TRAVÉS DE ENTRETENIMIENTO es el uso de canales de entretenimiento y medios tales como la radio, la televisión, historietas, y teatro para dar información y mensajes sobre prevención del VIH.

Analizar y proponer cambios en el **Curriculum de Educación sexual**

- Facilitar actividades de educación en grupo en escuelas, clubes deportivos, cuarteles del ejército, clínicas, lugares de trabajo y otros sitios
- Realizar capacitaciones de sensibilización para educadores, prestadores de servicios y otros interesados sobre la importancia de trabajar con hombres jóvenes

- Coordina la distribución comunitaria de condones
- Desarrollar carteles, grafiti y otros medios visuales para usarse en escuelas, sitios deportivos, cafés cibernéticos y otros espacios que frecuentan los hombres jóvenes
- Instalar puestos informativos en bailes, juegos y otros eventos de la comunidad
- Polarizan a los hombres y las mujeres, y si es así, presentan a los hombres como los malos
- Abordan aspectos emocionales de la sexualidad masculina, o presentan la sexualidad masculina como principalmente física
- Presentan una definición estrecha de lo que significa ser hombre
- Prescriben roles restrictivos o restringidos para los hombres
- Representan el deseo sexual del hombre como más potente, más urgente que el deseo sexual de la mujer
- Promueven visualmente la heterosexualidad como la única norma

Involucrar a los **gobierno como socios de la lucha contra VIH/SIDA**

El gobierno puede servir como socio importante en la implementación de programas de prevención del VIH. El apoyo del gobierno puede ayudar a;

- 1) suprimir las barreras de políticas en la comunicación de mensajes consistentes y explícitos sobre sexualidad y métodos de prevención
- 2) proporcionar cobertura política y legitimidad al programa (especialmente útil cuando se trabaja con grupos fuera de la ley tales como usuarios de drogas inyectables, trabajadoras sexuales, jóvenes en pandillas y poblaciones migrantes)

3) incorporar los resultados a las instituciones y políticas nacionales (especialmente conveniente para los esfuerzos escolares)

4) financiar actividades/ programas como una expresión de compromiso a los temas

- Inclusión de servicios de salud sexual y reproductiva para hombres Jóvenes
- Evaluación de riesgo basada en la historia de salud sexual y reproductiva
- Pruebas, educación, consejería y tratamiento para ITS/VIH • Consejería para disfunción sexual
- Selección para cáncer testicular o del pene
- Información sobre abuso o dependencia del alcohol y otras drogas
- Selección para depresión y canalización a apoyo en salud mental
- Consejería sobre la prevención de violencia de género
- Consejería sobre y acceso a métodos de planificación familiar
- Consejería sobre sexualidad y orientación sexual
- Consejera sobre sexualidad segura y placentera
- Consejería sobre infertilidad
- Información sobre cuidado y apoyo prenatal y post-parto
- Habilidades de paternidad
- Formación de habilidades de comunicación y negociación
- Vasectomías.

6. BIBLIOGRAFIA

1. Dirección General de Epidemiología. Situación del VIH/SIDA en el Perú. Boletín Epidemiológico Mensual, Febrero 2012. Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/perucifrasHTM/infdem/cuadro.asp?cod=11229&name=po17&ext=gif>
2. Alarcón J. Estimating HIV incidence using the model modes of transmission for concentrated epidemics: Peru 2009. XVIII International AIDS Conferencia, Julio 18-23, 2010. Viena, Austria. Disponible en: www.unaids.org/en/dataanalysis/ce/PE/NarrativeReport.pdf
3. Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud, Fondo Mundial de Lucha Contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, CARE – PERU. Informe final: Estudio de Vigilancia Epidemiológica de ITS y VIH en Hombres que Tienen Sexo con Hombres Comparando las Metodologías de Reclutamiento: Muestreo por Conveniencia, Muestreo por Tiempo y Espacio y el Muestreo Dirigido por Participantes. Lima, 28 de Noviembre de 2011. Perú. Disponible en: www.slideshare.net/informe-de-progresosperu -
4. CEPROMUP. El Método joven a joven y Educación Sexual. Galaxias 2da ed. 2004; pp. 60. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos91/tesis-conocimiento-vih-sida-padres-familia/tesis-conocimiento-vih-sida-padres-familia2.shtml#ixzz2mq6QG9LB>

5. Blume ME. Reportaje sobre peruanos con VIH SIDA en menor de 15 años. 2007; pp.1.Perú. Disponible en: [www. http://impactacedoc.blogspot.com/2007/02/el-16-de-peruanos-con-vih-sida-es-menor.html](http://impactacedoc.blogspot.com/2007/02/el-16-de-peruanos-con-vih-sida-es-menor.html). pp. 1
6. Rathe M, Lora D, Arte L. Impacto socio económico del VIH SIDA en el sector turístico de la República Dominicana. 2004; pp. 10-15. Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:uHtP04xzApQJ:www.monografias.com/trabajos91/tesis-conocimiento-vih-sida-padres-familia/tesis-conocimiento-vih-sida-padres-familia2.shtml+&cd=1&hl=es&ct=clnk#ixzz2mqJkThpf>
7. Ministerio de salud Perú. Notificación de Casos de VIH-SIDA en el Perú. (2004). pp. 3-6. Disponible en: www.minsa.goib.com.pe
8. Whitaker D.J, Miller KS, May DC, and Levin ML. Teenage Partners' communication about sexual risk and condom use: The importance of parent-teenager discussions. *FamiliaPlañenPerspectiva*, 2004; pp. 127-131.
9. Navarro E, Vargas R. "Conocimientos, actitudes y prácticas sobre SIDA en adolescentes escolarizados". 2003; pp. 2. Colombia. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos91/tesis-conocimiento-vih-sida-padres-familia/tesis-conocimiento-vih-sida-padres-familia2.shtml#ixzz2mqNUD4fd>
10. Bumpass K. Parent-child communication: Promoting healthy youth. [Fact Sheet]. Washington, D.C., Advocates for Youth, 2001; pp. 4-7. Disponible en: <http://www.advocatesforyouth.org/publications/factsheet/FSPA RCHD.HTM>
11. Miller BC. Families Matter: A Research Synthesis of Family Influences on Adolescent Pregnancy. Washington DC: TeUrbanaInstituto. 2008.

12. National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. Not just another thing to do. Teens talk about sex, regret and the influence of their parents. Washington, D.C., National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. 2008; 7 pp. Disponible en: <http://www.teenpregnancy.org/teenwant.pdf>
13. Ramírez J. Actitudes de los padres sobre sexualidad en sus hijos, Valores y Medidas preventivas de SIDA. 2008. pp. 2-4. Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:uHtP04xzApQJ:www.monografias.com/trabajos91/tesis-conocimiento-vih-sida-padres-familia/tesis-conocimiento-vih-sida-padres-familia2>.
14. Salazar A, Santa María A, Solano I. Conocimientos de sexualidad, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar, en adolescentes de instituciones educativas nacionales del distrito de el Agustino. 2007; artículo 3, volumen 7, pp. 21. Disponible en: http://www.medicina.usmp.edu.pe/horizonte/2007_II/Art3_Vol7_N2.pdf.
15. Enciclopedia Médica Medina Plus. Artículo científico sobre SIDA, tratamiento. pp. 1-4.2007; Disponible en:<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:uHtP04xzApQJ:www.monografias.com/trabajos91/tesis-conocimiento-vih-sida-padres-familia/tesis-conocimiento-vih-sida-padres-familia2.shtml+&cd=1&hl=es&ct=clnk#ixzz2mqTK0ZXY>
16. Valderrama V. "Conocimiento de los padres sobre sexualidad relacionado al conocimiento sobre educación sexual en estudiantes de educación primaria en Iquitos-Perú" 2004; p, 26. Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:uHtP04xzApQJ:www.monografias.com/trabajos91/tesis-conocimiento-vih-sida-padres-familia/tesis->

conocimiento-vih-sida-padres-
familia2.shtml+&cd=1&hl=es&ct=clnk#ixzz2mqUAXI29

17. Plan estratégico VIH/SIDA 2007-2015. Organización Mundial de la Salud: 2007.
Disponible en: www.aidstar-one.com/sites/default/files/Ecuador.pdf
18. Diccionario del VIH/SIDA. Virus de inmunodeficiencia humana. 2008; 10-13.
Disponible en: <http://www.aids-sida.org/termin-indice.html>
19. Comité ciudadano antisida de Murcia (CASMU). Medidas preventivas del VIH, Colombia, 2008. pp. 4. Disponible en: <http://es.geocities.com/casmuweb>
20. Diccionario del VIH/SIDA. Virus de inmunodeficiencia humana, 2008. pp. 20.
Disponible en: <http://www.aids-sida.org/termin-indice.html>
21. Gobierno de Nuevo León. Prevención del VIH/SIDA, México, 2009. pp. 6,
Disponible en: http://www.nl.gob.mx/?P=sec_salud_ca_vih
22. Instituto de investigación de SIDA. IrsiCaixa del Hospital Germanísticas i Pujol de Badalona (Barcelona) 2008. pp. 5. Disponible en: <http://www.europapress.es/salud/noticia-investigadores-espanoles-identifican-variantes-vih-causan-casos-severos-sida-20081218203913.html>
23. Kaplan JE, Hanson D, Working MS, Frederick T, Bertolli J, Lindegren ML, et al. Epidemiology of human immunodeficiency virus-associated opportunistic infections in the United States in the era of highly active antiretroviral therapy. Clin Infect Dis 2000; 30: S5-14.

24. UNAIDS. *Manual on Best Practices: HIV/AIDS Programming with Children and Young People*. AIDSNET. Versión 08.04.2005. Disponible en: http://data.unaids.org/publications/IRC-pub02/jc-summbook1-2_en.pdf
25. Tuñón Pablos E. *Mujeres en las fronteras: trabajo, salud y migración*: Belice, Guatemala, Estados Unidos y México. Ed. Plaza y Valdes, 2001. Disponible en: <http://books.google.com.ec/books?id=TzaE-9SWfuwC&pg=PA15&lpg=PA15&dq=Bronfman,+%E2%80%9CMujeres+al++borde:+Vulnerabilidad+a+la+infecci%C3%B3n+por+VIH+el+frontera+sur+de+m%C3%A9xico>
26. García A, Nogue Y, y Cowgrill K. *El SIDA en América Latina: los retos futuros*, Washington: OPS y Banco Mundial. 2004. Disponible en: www.paho.org/mex/index.php?gid=370&option=com_
27. Naciones Unidas. *Migración internacional y desarrollo: informe del secretario general*, 18 de mayo de 2006. Disponible en: [www.un.org/.../Report%20of%20the%20SG%20\(June%2006\)_Spanish.p](http://www.un.org/.../Report%20of%20the%20SG%20(June%2006)_Spanish.p)
28. ONU sida. *Informe sobre la epidemia mundial del Sida: edición especial con motivo del 10º aniversario del ONUSIDA*, Naciones Unidas. 2006. Disponible en: data.unaids.org/Pub/report/2006/2006_gr_es.pdf
29. Organización Internacional Para Las Migraciones OIM. *Documento expositivo de OIM sobre el Sida y la Migración*, octogésima cuarta reunión, 2002. Disponible en: www.paho.org/mex/index.php?gid=370&option=com_doc
30. Organización Internacional Para Las Migraciones- OIM, *Las Migraciones América Latina y el Caribe*. 2007. Disponible en: www.eclac.cl/mujer/oimmigraciones

31. Organización Mundial de la Salud, “Migración Internacional, salud y derechos humanos”, Serie de publicaciones sobre Salud y Derechos Humanos, diciembre de 2003, número 4. Disponible en: apps.who.int/iris/bitstream/10665/43168/1/9243562533_spa.pdf
32. Pellegrino A “La migración internacional en América Latina y el Caribe: tendencias y perfiles de los migrantes, en serie Población y Desarrollo, número 35, Santiago de Chile: Naciones Unidas- CEPAL. 2003. Disponible en: www.eclac.org/publicaciones/xml/1/11962es.pdf
33. Salgado N. Migración, Sexualidad y Sida en mujeres de origen rural: sus implicaciones psicosociales. Disponible en: www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/111
34. Ministerio de Salud Pública. Indicadores básicos de salud 2009. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador; 2009. www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&task
35. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Anuario de estadísticas vitales: nacimientos y defunciones. Quito: INEC; 2010. Disponible en: www.inec.gob.ec/estadisticas_sociales/nac_def_2011/anuario.pdf
36. Organización Internacional para las Migraciones. Perfil migratorio del Ecuador 2008. Ginebra: OIM; 2009. Disponible en: www.oim.org/ec/porta/images/pdf/publicaciones/oim.pdf
37. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Pobreza por necesidades básicas en el Ecuador a diciembre de 2010. Quito: INEC; 2011. Disponible en: www.inec.gob.ec/publicaciones/Nuevacarademograficadeecuador.pdf

38. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo, Pobreza Extrema y Pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas. Ecuador: INEC; 2010. Disponible en: www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?id=40&option=com
39. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo 2007 – 2009. Quito: INEC; 2010. Disponible en: www.bce.fin.ec/documentos/Estadísticas/Empleo/empleo.pdf

7. ANEXOS

DIRECCION PROVINCIAL DE SALUD DEL GUAYAS INCIDENCIA VIH/SIDA Y MORTALIDAD POR SIDA GUAYAS, AOS 1989 - 2012

Años	POBLACION	INCIDENCIA VIH		INCIDENCIA SIDA		MORTALIDAD SIDA	
		CASOS NUEVOS	TASAS POR 100.000 Hbts.	CASOS NUEVOS	TASAS POR 100.000 Hbts.	DEFUNCION ES	TASAS POR 100.000 Hbts.
1989	2.750.976	14	0,5	21	0,8	8	0,3
1990	2.689.745	25	0,9	26	1,0	8	0,3
1991	2.762.501	28	1,0	32	1,2	21	0,8
1992	2.835.751	58	2,0	49	1,7	28	1,0
1993	2.909.240	37	1,3	50	1,7	55	1,9
1994	2.982.715	86	2,9	87	2,9	58	1,9
1995	3.055.907	110	3,6	69	2,3	83	2,7
1996	3.128.791	110	3,5	41	1,3	87	2,8
1997	3.201.672	105	3,3	109	3,4	108	3,4
1998	3.274.395	123	3,8	164	5,0	133	4,1
1999	3.349.111	152	4,5	299	8,9	176	5,3
2000	3.421.051	227	6,6	262	7,7	179	5,2
2001	3.386.624	166	4,9	231	6,8	248	7,3
2002	3.438.694	144	4,2	324	9,4	270	7,9
2003	3.471.681	248	7,1	229	6,6	300	8,6
2004	3.504.590	359	10,2	298	8,5	330	9,4
2005	3.541.475	638	18,0	233	6,6	403	11,4
2006	3.581.579	778	21,7	249	7,0	427	11,9
2007	3.617.504	1.043	28,8	317	8,8	405	11,2
2008	3.393.262	1.845	54,4	715	21,1	305	9,0
2009	3.432.447	2.691	78,4	685	20,0	322	9,4
2010	3.474.229	2.109	60,7	537	15,5	358	10,3
2011	3.516.652	1.680	47,8	710	20,2	327	9,3
2012	3.645.483	1.706	46,8	485	13,3	317	8,7

Nota: Las defunciones de los años 2008, al 2012 fueron tomados de los informes mensuales epidemiológicos

uente: Anuarios de Estadísticas Vitales y Informes mensuales Epidemiológicos

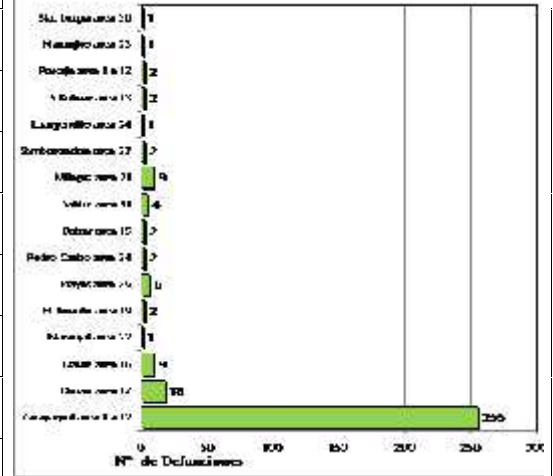
SEGÚN PROVINCIA DE RESIDENCIA HABITUAL. Anual del 2012

Provincias	Número	%
Cañar	3	0,5
Guayas	485	86,9
Los Rios	42	7,5
Manabi	7	1,3
Sta Elena	15	2,7
Esmeraldas	1	0,2
El Oro	4	0,7
Tungurahua	1	0,2
Total	558	100,0

Fuente: Informes mensuales epidemiológicos
Elaboración: Dpto. de Estadística e Informática

**MORTALIDAD POR SIDA, SEGÚN AREAS DE RESIDENCIA
HABITUAL, GUAYAS Anual del 2012**

Residencia Habitual	N° Defunc.	%
Guayaquil area 1 a 12	255	80,4
Duran area 17	18	5,7
Daule area 16	9	2,8
Naranjal area 22	1	0,3
El Triunfo area 19	2	0,6
Playas area 25	6	1,9
Pedro Carbo area 24	2	0,6
Balzar area 15	2	0,6
Salitre area 31	4	1,3
Milagro area 21	9	2,8
Samborondon area 27	2	0,6
L.sargentillo area 24	1	0,3
S.Bolivar area 13	2	0,6
Posorja area 1 a 12	2	0,6
Naranjito area 23	1	0,3
Sta. Lucçia area 30	1	0,3
Total	317	100,0

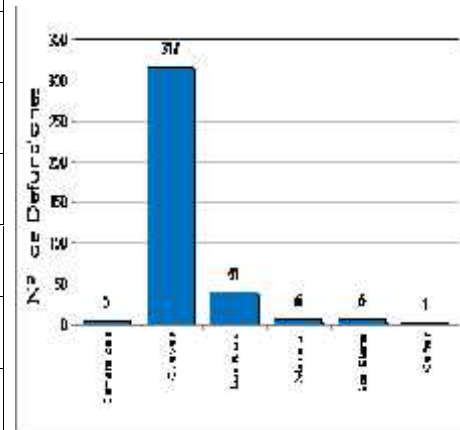


Fuente: Informes mensuales epidemiológicos

Elaboración: Dpto. de Estadística e Informática

**MORTALIDAD POR SIDA, DIAGNOSTICADOS
EN ESTABLECIMIENTOS DE LA DIRECCION DE SALUD DEL GUAYAS,
SEGÚN PROVINCIA DE RESIDENCIA HABITUAL Anual del 2012.**

Provincias	Nº Defunc.	%
Esmeraldas	5	1,3
Guayas	317	83,4
Los Rios	41	10,8
Manabi	6	1,6
Sta Elena	6	1,6
Cañar	1	0,3
El Oro	4	1,1
Total	380	100,0



Fuente: Informes mensuales epidemiológicos

Elaboración: Dpto. de Estadística e Informática



Presidencia
de la República
del Ecuador



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS

TÍTULO Y SUBTÍTULO: TENDENCIA DEL VIH/SIDA EN EL ECUADOR, PERIODO 2010-2012
SUBTITULO: CURVA DE TENDENCIA DEL VIH/SIDA EN EL ECUADOR, PERIODO 2010-2012

AUTOR/ES: Dra. Narcisa Brenda Mendoza
Fuentes

TUTOR: Dr. Lito Campo Carbo
REVISORES: Dr. Angel Ortiz Arauz

INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil

FACULTAD: Ciencias Médicas

CARRERA: Maestría en Medicina Tropical

FECHA DE DISERTACION: 27/08/2014

No. DE PÁGS: 48

ÁREAS TEMÁTICAS: Infectología

PALABRAS CLAVE: INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censo), MSP-E (Ministerio de Salud Pública del Ecuador), Tendencia

RESUMEN:

Objetivo: De ésta investigación fue determinar el comportamiento de las curvas de tendencia de la Infección por VIH/SIDA, tasas de prevalencia por provincias y factores de riesgo. **Metodología:** El universo para establecer las tasas de incidencia de VIH/SIDA fueron proporcionadas por el INEC y datos estadísticos de morbilidad reportados por el Hospital de Infectología de Guayaquil y MSP_E en el periodo 2010-2012. Los datos fueron interpretados de acuerdo al crecimiento poblacional. **Resultados:** La curva de **tendencia de VIH** está disminuyendo entre 12,9% al 14% por millón de habitantes. La curva de **tendencia del SIDA** subió en un 5,30% por millón de habitantes, la mortalidad reporta una disminución de aproximadamente 1%. Las tasas de **distribución de VIH por provincias** de mayor prevalencia está en Guayas,, Esmeraldas, El Oro, Los Rios, Sto Domingo, Sucumbios, Pichincha, Sta Elena, Manabí. **Distribución por provincias de SIDA** la más alta le corresponde a Esmeraldas, El Oro, Sta Elena, Napo, Manabí y Pichincha. En relación al grupo etario demostró que el factor de riesgo está en el género masculino (18,4%) de 20 a30 años de edad. Las preferencias sexuales le corresponden a los transexuales.

No. DE REGISTRO (en base de datos):

No. DE CLASIFICACIÓN:

DIRECCIÓN URL (tesis en la web):

ADJUNTO PDF:

✓ SI

NO

CONTACTO CON AUTOR/ES:

Teléfono: 0992423623

E-mail:

brendamendoza2709@hotmail.com

CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:

Nombre: SECRETARIA DE LA ESCUELA DE GRADUADOS

Teléfono: 2- 288086

E-mail: egraduadosug@hotmail.com

