

Plan
Estratégico
Multisectorial
de la
Respuesta
Nacional
al VIH/SIDA
2007 - 2015



ONUSIDA

ACUERDO
UNICEF
PNUD
UNFPA

CONVENIO
OP
UNESCO
OMS
BANCO MUNDIAL

CREDITOS Y AGRADECIMIENTOS

Doctora Carolina Chang Campos
Ministra del
Ministerio de Salud Pública del Ecuador

Moni Pizani
Presidenta del Grupo Temático
ONUSIDA

Doctora María Elena Rojas
Jefa Nacional del
**Programa Nacional de
Prevención y Control
de ITS-VIH/SIDA**

**Consultores del proceso de
formulación del documento
del Plan estratégico**

Silvia Barragán M.
Jacques Laufer Z.
F. Nuestros Jóvenes

En la formulación de este documento participaron
300 personas delegadas de más de 150 instituciones
-públicas, ONG y OBC- y personas viviendo con VIH/SIDA.

Agradecemos de manera especial al
**Comité Multisectorial de Formulación del Plan Estratégico
de la Respuesta Nacional al VIH/SIDA 2007-2015.**

PRESENTACION

El documento del **Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional al VIH/SIDA 2007-2015** que ahora se presenta es el resultado de un proceso consensuado entre el Estado y sus asociados. Elaborado dentro del marco constitucional y legal, ha buscado reflejar el estado de la epidemia, las condiciones socioeconómicas, culturales y políticas y la capacidad del país. Recoge las necesidades locales y nacionales identificadas en múltiples espacios de reflexión en los que han estado representados muchos sectores y aquellas provincias del país donde se manifiesta con mayor fuerza la epidemia. Prueba de ello es que, el plan refleja la articulación de nuevos actores (Ministerios de Trabajo y Bienestar Social, CONAMU, CNNA, Frente Social, Municipios etc.); la participación activa de mujeres y hombres viviendo con el VIH-SIDA y el respeto y cercanía a los grupos vulnerables: jóvenes, mujeres y niños, niñas y adolescentes, hombres gay, que tienen sexo con hombres, policías, militares, las personas que ejercen el trabajo sexual y personas privadas de libertad, refugiadas.

El plan para el período 2007-2015 es una herramienta que nos permitirá a los y las ecuatorianas de todas las edades, regiones, etnias e idiosincrasias, interrelacionarnos e intervenir en forma eficiente -desde nuestros espacios, roles y funciones- en el sistema complejo del VIH/SIDA; una herramienta que instrumentará la respuesta pues será el marco de referencia de todos los responsables de programas, proyectos y acciones tendientes a reducir la propagación de un fenómeno cuyos impactos rebasan al sector salud y ponen en riesgo los fundamentos mismos del desarrollo socio-económico del país.

En su implementación, ejecución y monitoreo, la respuesta respetará y hará respetar los derechos humanos, con un enfoque de género y justicia social, en un contexto de diversidad social y cultural. Lo que se ha logrado hasta ahora es visualizar el país que todos y todas queremos, definir nuestra misión, distribuir responsabilidades, en otras palabras, transformar nuestras expectativas y necesidades en un plan acordado. Nuestro reto es ahora ejecutarlo, para detener y reducir la propagación del VIH/SIDA en el país, cumpliendo el objetivo 6 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

El Plan Estratégico Multisectorial es la respuesta nacional al VIH/SIDA. En todos sus componentes refleja el sentido de responsabilidad y el sentimiento de solidaridad que mueven al Estado ecuatoriano. Con la puesta en vigencia de este Plan, el Gobierno del Ecuador, la sociedad civil organizada, el sector privado y las agencias de cooperación internacional deciden "*asumir el compromiso de una vez por todas*".

Dra. Carolina Chang
Ministra de Salud Pública



Sra. Moni Pizani
Presidenta



CONTENIDOS

PRESENTACION.....	2
-------------------	---

MAPA DEL PLAN.....	5
--------------------	---

I PARTE: Contexto, antecedentes y justificativos

1. CARACTERIZACION SOCIODEMOGRAFICA Y CULTURAL DEL PAIS.....	1
--	---

2. CONTEXTO.....	2
------------------	---

3. MARCO JURIDICO	6
-------------------------	---

4. SITUACIÓN GENERAL DEL VIH-SIDA EN EL ECUADOR.....	7
--	---

II PARTE: Plan estratégico

1. ALGUNAS CONSIDERACIONES	22
----------------------------------	----

2. METODOLOGIA DEL PROCESO.....	23
---------------------------------	----

3. MARCO ESTRATÉGICO	23
----------------------------	----

4. SECTORES PRIORITARIOS Y ESTRATEGIAS COMUNES	25
--	----

5. FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD PARA ASEGURAR EL ACCESO UNIVERSAL AL TRATAMIENTO	37
--	----

6. MECANISMOS DE GESTIÓN	41
--------------------------------	----

III PARTE: Sectores prioritarios para la Acción

1º SECTOR PRIORITARIO : ATENCIÓN, EMPODERAMIENTO Y LA PROMOCIÓN DE DERECHOS DE LAS PVVS....	46
---	----

2º SECTOR PRIORITARIO : PREVENCIÓN DEL VIH SIDA EN NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES, L.....	54
---	----

3º SECTOR PRIORITARIO :PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL (MADRE-HIJO).....	65
--	----

4º SECTOR PRIORITARIO : PROMOCIÓN DE LOS DERECHOS EN HOMBRES GAY, BISEXUALES Y TRANS.	72
--	----

5º SECTOR PRIORITARIO :PROMOCIÓN DE DERECHOS,EN PERSONAS QUE EJERCEN EL TRABAJO SEXUAL	79
---	----

6º SECTOR PRIORITARIO : PROMOCIÓN DE RELACIONES DE GÉNERO VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES.....	83
---	----

7º SECTOR PRIORITARIO : SUMINISTRO DE SANGRE SEGURA EN RECEPTORES.....	94
--	----

8º (A) SECTOR PRIORITARIO :PROMOCIÓN DE DERECHOS, ATENCIÓN..EN MILITARES..	111
--	-----

8º (B) SECTOR PRIORITARIO :PROMOCIÓN DE DERECHOS, ATENCIÓN EN PPL	117
---	-----

8º (C) SECTOR PRIORITARIO :PROMOCIÓN DE DERECHOS, ATENCIÓN Y ..SEGUROS EN POLICÍAS	124
--	-----

9º SECTOR PRIORITARIO :INCLUSIÓN DE LA POBLACIÓN REFUGIADA Y SOLICITANTE DE ASILO EN	131
--	-----

10º SECTOR PRIORITARIO : PROMOCIÓN DE COMPORTAMIENTOS SEXUALES SEGUROS POBLACIÓN GENERAL	131
--	-----

ANEXOS

ABREVIACIONES	139
---------------------	-----

ILUSTRACIONES.....	142
--------------------	-----

COMITÉ MULTISECTORIAL DE FORMULACION DEL PLAN ESTRATEGICO 2007 - 2015	143
---	-----

PROPUESTA DE REFORMA LEGAL	142
----------------------------------	-----

MATRIZ DE LA DIVISION DEL TRABAJO PARA EL APOYO TECNICO DE ONUSIDA	142
--	-----

GLOSARIO	142
----------------	-----

ACTIVIDADES DEL PROCESO METODOLÓGICO	142
--	-----

MAPA DEL PLAN

ESTRUCTURA DEL DOCUMENTO

El documento del Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional al VIH/SIDA 2007-2015, consta de tres grandes partes y de dos anexos. La **primera parte** se desarrolla en 4 capítulos. En el primero, se presenta la caracterización del país que determina los rasgos geográficos, étnicos y demográficos de la epidemia. En el segundo, se describen las condiciones socio-culturales, económicas y políticas que contextualizan la respuesta nacional y justifican la selección de los sectores prioritarios para la acción. En el tercero, se analiza el marco jurídico sobre el que se ampara la respuesta al VIH/SIDA. Para por último, en el cuarto capítulo, describir las características y la evolución tanto de la epidemia como de la respuesta y su impacto macro y micro económico.

En la **segunda parte** se presenta el Plan Estratégico propiamente dicho, se inicia con un primer capítulo de consideraciones teóricas que fundamentan su desarrollo; un segundo capítulo contiene la metodología del proceso que tuvo como resultado el plan; el marco estratégico se presenta en el tercer capítulo y, el cuarto, se lo destina a introducir el concepto de lo que se ha convenido en llamar, en el marco de ONUSIDA, “sectores prioritarios para la acción” y se listan aquellos que fueron identificados y validados en el proceso, así como también se desarrollan un cierto número de estrategias que son denominadores comunes de todos los sectores, agrupadas según busquen el fortalecimiento del sector de la respuesta nacional o viabilicen la ejecución del Plan Estratégico. Debido a su importancia, se desarrolla como un capítulo aparte la estrategia eje del Plan que es el “Acceso universal al tratamiento, cuidado y apoyo al VIH/SIDA”.

En la **tercera parte**, se desarrollan, para cada uno de los sectores prioritarios identificados, el **marco legal** sobre el que se sustenta, el **análisis de la situación** y las necesidades identificadas, el análisis de la respuesta con lo que no se ha abordado, el **objetivo estratégico** y la **meta**. Luego, en los cuadros que acompañan a los análisis, se presentan los **objetivos concretos**, las **metas**, **indicadores** y **estrategias** y las **líneas de intervención** con sus **responsables y costos** estimados así como las fuentes potenciales.

El documento cuenta como Anexos, además de las Abreviaciones y Listados de Gráficos e Ilustraciones, el cuadro de los Miembros del Comité Multisectorial de Formulación del Plan Estratégico de la Respuesta Nacional al VIH-SIDA 2007-2015, el Glosario de términos utilizados en el documento y un cuadro con los principales Eventos que se llevaron a cabo –por etapas- durante todo el proceso a partir de la Evaluación del Plan Estratégico 2001-2003.

MAPA DE LA ESTRATEGIA DEL PLAN

Indocumentados y refugiados, desplazados, migrantes

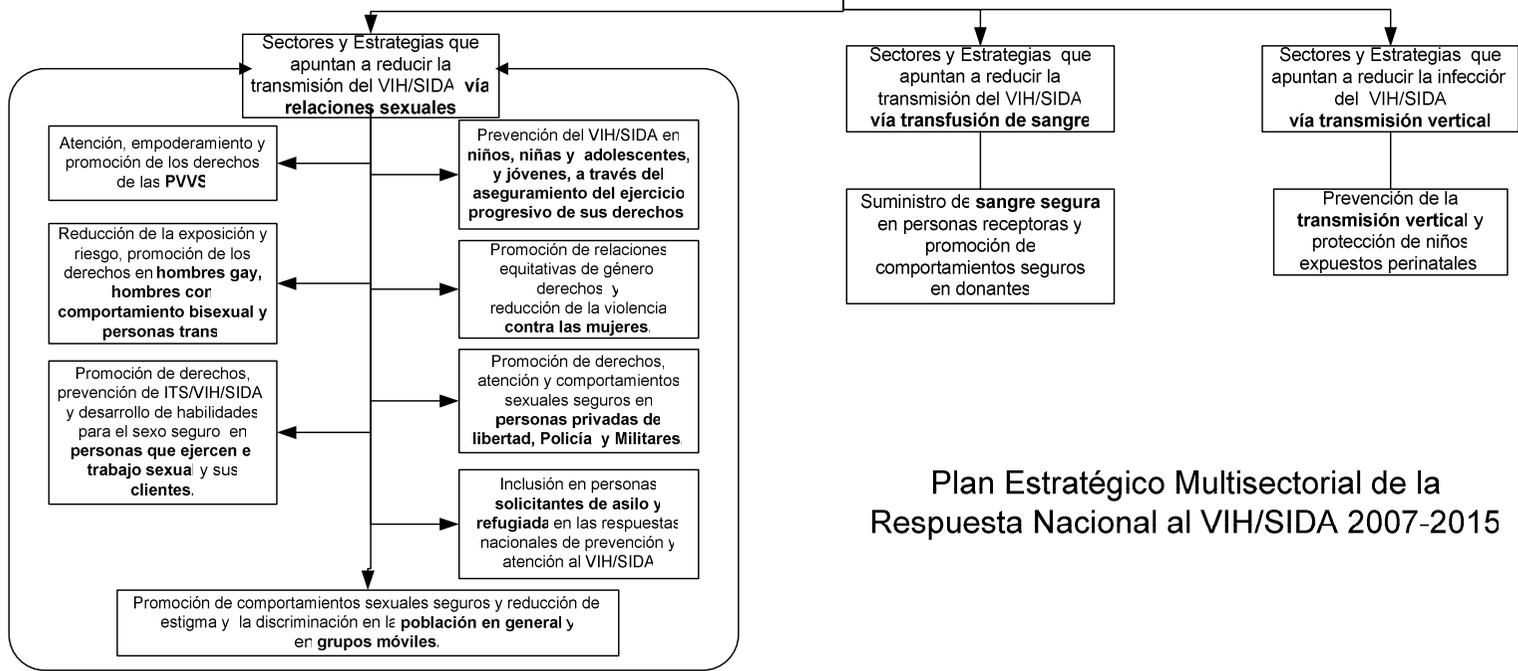
VISION
 Al 2015, en Ecuador se ha disminuido la velocidad de crecimiento de la epidemia del VIH/SIDA gracias a una respuesta nacional, multisectorial, coordinada y con políticas públicas en ejecución que garantizan, con enfoque de género y derechos humanos, el acceso universal a la promoción, prevención y atención integral así como a la equidad y la igualdad de oportunidades para las personas viviendo con VIH/SIDA

- Gestión de la información: monitoreo de la respuesta
- Aseguramiento de los recursos

Viabilidad del Plan ↔ Fortalecimiento de todos los sectores

- Modelo de prevención consensuado que tome en cuenta la diversidad y la multiculturalidad
- Consolidación del liderazgo y la coordinación interinstitucional e intersectorial, y la transversalización del VIH/SIDA
- Promoción de la participación efectiva de la sociedad civil organizada
- Armonización del marco legal en cumplimiento de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en lo que atañe al VIH/SIDA.
- Posicionamiento del VIH/SIDA en la sociedad ecuatoriana
- Gestión de la información: monitoreo de la epidemia.

Fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud para el Acceso Universal al Tratamiento, Cuidado y Apoyo del VIH/SIDA



Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional al VIH/SIDA 2007-2015

le la Respuesta Nacion

I PARTE: Contexto y justificativos

1 CARACTERIZACION SOCIODEMOGRAFICA Y CULTURAL DEL PAIS

1.1 DATOS BÁSICOS E INDICADORES SOCIO-DEMOGRÁFICOS

Nombre Oficial	= República del Ecuador
Extensión	= 272.031 Km2.
Capital	= Quito
Forma de Gobierno	= Democrático
Ciudades principales	= Quito, Guayaquil, Cuenca.
Idioma Oficial	= Español.
Fiesta de Independencia	= 10 de Agosto.
Unidad Monetaria	= Dólar
Religión	= Libertad de culto, predominio de la religión Católica.

Población	= 12.156.608
Población Urbana-rural	= urbana 61.1% / rural 39%
Distribución por sexo	= masculino: 49,5% (6.018.353) femenino: 50,5% (6.138.255).
Tasa de crecimiento anual	= 2.1%
Analfabetismo 2001	= 8.4%
Indice de Desarrollo Humano	= 0.759 posición 82, en el 2003

1.2 CARACTERIZACIÓN

Conforme a su Constitución política, el Ecuador es “*un estado social de derecho, soberano, unitario, independiente, democrático, pluricultural y multiétnico*” y su gobierno es “*republicano, presidencial, electivo, representativo, responsable, alternativo, participativo y de administración descentralizada*”. Limitando al norte con Colombia, al sur y este con el Perú y al oeste con el Océano Pacífico, el país se localiza al noroeste de América del Sur. Su situación privilegiada sobre la línea equinoccial, rodeada por el Océano Pacífico y atravesada por la Cordillera de los Andes, lo divide en cuatro regiones geográficas: la Costa, la Sierra, el Oriente o región Amazónica y las Islas Galápagos.

En 256.370 Km2 se asienta una población de 12'156.608 de habitantes con una tasa de crecimiento anual de 2,1%. Una natalidad moderada y una urbanización relativa presionan sobre los recursos naturales y la inversión social, y determinan que el país se encuentre en “plena transición demográfica”. Su distribución por edades refleja una población relativamente joven, puesto que el 51% pertenece al grupo de edad que va de los 15 a los 49 años. Este grupo etario, a su vez, corresponde al 78% de la población económicamente activa.

El análisis de las principales causas de mortalidad y enfermedad revela un perfil epidemiológico de “transición”. En los últimos 15 años, *“el Ecuador ha experimentado cambios muy importantes en su perfil de enfermedades más frecuentes, pasando de un predominio de enfermedades infecciosas y parasitarias propias del subdesarrollo y relacionadas con la pobreza, a enfermedades propias de los procesos de modernización, como las patologías crónicas, degenerativa, accidentes y violencias”*.¹

Para fines políticos y administrativos, el país se encuentra dividido en 22 provincias, 219 cantones y 465 parroquias urbanas y 834 parroquias rurales. En el territorio nacional coexiste una variedad de etnias - las nacionalidades aborígenes- con modos de vida milenarios, identidad histórica y cultural propia, con frecuencia, discriminada de la vida de la nación. No se cuenta con datos exactos que permitan dimensionarlas. Sin embargo, en el censo de población del 2001, el 6.1% de la población de más de 15 años se auto consideró como indígena, el 5.0%, como afrodescendiente mientras que, el 73.1%, lo hizo como mestiza y el 10.8%, como blanca. La diversidad cultural conlleva marcadas diferencias en los enfoques y abordajes de la salud sexual y reproductiva.

Durante toda su historia colonial y republicana, el Ecuador se ha caracterizado por movimientos migratorios que han contribuido a la interculturalidad. Estos movimientos explican, entre otros fenómenos, los procesos de urbanización de la Costa que concentran el 61% de la población en los centros urbanos y la colonización del Oriente. Desde 1979, con el regreso a la democracia y durante todo el período posterior hasta nuestros días, diferentes crisis han erosionado su institucionalidad y sus formas de representación. La que tuvo lugar en 1998 aceleró bruscamente la emigración y, entre 1998 y el 2005, más de 500.000 ecuatorianos dejaron el país. Por otro lado, la guerrilla, el narcotráfico y el Plan Colombia del país vecino han provocado que, importantes flujos de ciudadanos colombianos inmigren y busquen acogerse al status de refugio.

En resumen, los factores naturales, históricos y políticos han convertido al Ecuador en un país diverso, multicultural y multiétnico de grandes contrastes pero también con grandes limitaciones sociales, tales como: la desigualdad en el acceso a la educación, atención a la salud y prácticas de exclusión por razones de género, de edad y sociales. Estas limitaciones han obstaculizado su desarrollo social y no le han permitido alcanzar la calidad de vida esperada para toda su población.

2 CONTEXTO

El VIH/SIDA afecta, con mayor fuerza, a los países más pobres y, en ellos, a las personas que están en su etapa de vida más productiva. Al hacerlo, incrementa los niveles de pobreza y revierte las oportunidades para alcanzar el desarrollo.

La respuesta nacional que se delinea en este documento asume el reto de coadyuvar a los esfuerzos tendientes a lograr que, las ecuatorianas y ecuatorianos ejerzan su derecho a una salud integral. En ese afán, busca intervenir en aquellas condiciones socio-culturales, económicas y políticas que exponen al VIH/SIDA a importantes grupos poblacionales o impiden la restitución de los derechos de las personas infectadas por el virus.

Para prevenir la epidemia, atender la infección y mitigar los efectos en las poblaciones más afectadas, el trabajo que se propone se organiza en 10 sectores que han sido priorizados por sus

¹ Lozada Dávalos, Aguinaga Ponce y otros El peso de la enfermedad en el Ecuador. Pag. 97 Available from: <http://www.opsecu.org/bevestre/revistas/CEPAR/pesoenf.pdf>

niveles de vulnerabilidad, al analizar, en cada uno de ellos, la dinámica propia al momento histórico por el que atraviesa el Ecuador.

Las fuerzas que caracterizan esta dinámica no pueden ser ignoradas y su correcto abordaje busca, por un lado, mejorar el entendimiento del reto que se asume y, por otro, dar sentido a las estrategias que, en cada sector prioritario, se han identificado para reducir la vulnerabilidad al VIH/SIDA en las poblaciones más afectadas. Para contextualizar la respuesta nacional, se describen a continuación las más importantes:

2.1 GLOBALIZACIÓN, POBREZA Y MOVIMIENTOS MIGRATORIOS

El Ecuador se encuentra inmerso en un contexto de globalización. Un proceso que ha representado profundos cambios en sus ámbitos: económico, político y socio-cultural. Los impactos más importantes de esta apertura de las fronteras a empresas transnacionales, a flujos de capitales extranjeros, al tránsito de personas, han sido, paradójicamente, el ahondamiento de la pobreza y el éxodo masivo, lo que ha destruido el tejido social y, por ende, ha fomentado la discriminación y violación de los derechos humanos.

La pobreza está presente en todas las regiones del Ecuador y tiene edad joven y rostro de mujer. La pobreza extrema es una condición inaceptable que afecta a millones de ecuatorianos y ecuatorianas los mismos que, al no poder ejercer sus derechos económicos, sociales y culturales, ven deteriorarse su calidad de vida y su estado de salud.

La **migración interna** es estructural y está al origen de los procesos urbanizadores, de la aparición de cinturones de pobreza en las grandes ciudades, el abandono del campo y deterioro de su capacidad productiva. La **migración internacional**, por su parte, es una consecuencia de las reiteradas crisis en las que ha caído nuestro país desde el restablecimiento del orden democrático en 1979, cuyo máximo exponente fue aquella que azotó al Ecuador en 1999. En ese año, la economía ecuatoriana enfrentó una caída del PIB del 30% y el desempleo se ubicó en 15.1%. Como efectos de esta crisis para el 2005, el 4% del total de la población y el 8,5% de la población económicamente activa (PEA), es decir, más de medio millón de ecuatorianos -58% mujeres- habían salido del país por razones laborales.² Otros afectados por esta diáspora y por los movimientos migratorios internos han sido los niños, niñas, y adolescentes (NNA). Según el censo del 2001, más de 150.000 ecuatorianos entre 12 y 18 años tenían sus padres fuera del país y, sólo en la capital de la República, de 199.060 inmigrantes internos, el 24% eran NNA y jóvenes de 10 a 24 años.

En ese contexto de pobreza extrema y de migración, las desigualdades se expresan en la invisibilidad, exclusión de los niveles de decisión, sometimiento y dependencia económica y subordinación sexual que sufren las mujeres, es decir, más del 50% de la población. Por otro lado, generan también el desamparo social y legal de los NNA y jóvenes, sus escasas oportunidades de información, estudio y trabajo. En ambos casos, se ha incrementado la vulnerabilidad de estos grupos a la violencia, al sexo transaccional, a la explotación laboral y sexual comercial, a la trata y tráfico de personas, etc.³ y por ende al ITS y al VIH/SIDA en todos los contextos: en la calle, en sus propios hogares, en el trabajo, en las cárceles, en las fronteras, en el campo o en la ciudad.

2.2 EL PLAN COLOMBIA Y LAS INMIGRACIONES

El Plan Colombia y el Plan Patriota -que desde el 2002 privilegia una estrategia militar de combate al narcotráfico y al terrorismo así como las fumigaciones aéreas a las plantaciones de coca del

¹ CIAME – UTPL. El proceso migratorio en el Ecuador Available from: www.utpl.edu.ec/ciame/imagenes/documentos/EL%20PROCESO%20MIGRATORIO%20EN%20EL%20ECUADOR.pdf

³ La OIT señala que 5.000 NNA se encuentran en condición de explotación sexual comercial infantil.

territorio controlado por las FARC - han provocado, en la frontera norte, el desplazamiento de sus tierras de cerca de dos millones de personas. El 53% de la población desplazada son mujeres jefes de hogar y el 55% son niños, niñas y adolescentes y jóvenes, el destino final del 86% de esta población son: la zona de frontera o los cordones de miseria de las grandes ciudades.

Esta situación conlleva problemas de desabastecimiento en la cobertura de servicios sociales y la desatención de la población nacional e inmigrante, generándose fuertes sentimientos de xenofobia. Como consecuencia del incremento de la población en la frontera, han aumentado sensiblemente: el desempleo, subempleo y problemas sociales como el narcotráfico, la explotación sexual y laboral y en consecuencia, los desplazamientos desde las zonas de frontera hacia las urbes y particularmente hacia la Capital de la república de masas de colombianos y colombianas que buscan acceder a la condición de refugio, tener oportunidades de negocios o pasar desapercibidos en la masa de indocumentados. Este último grupo, por su invisibilidad social, desarrolla estilos de vida basados en el miedo a la deportación. La migración de las personas que no alcanzan status de refugio, dificulta su reconocimiento, favorece la existencia de prácticas sexuales que ponen en riesgo la salud sexual y reproductiva de esta población y aumenta su vulnerabilidad al VIH.

2.3 LA RUPTURA INSTITUCIONAL Y LOS CAMBIOS DE REGLAS EN EL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE LA JUSTICIA

En los últimos años, los ministerios encargados de la rehabilitación social, la protección de los derechos y el desarrollo humano no han podido cumplir con sus metas por las repetidas rupturas de la institucionalidad democrática. Los cambios de gobierno, los golpes de estado y la corrupción han dificultado la formulación de políticas de Estado y la sostenibilidad de programas y proyectos. Reformas substanciales en los procesos de administración de justicia, han introducido cambios en las reglas del juego. Estos cambios, en vez de facilitar el acceso a la justicia, han hecho que los procedimientos se vuelvan más engorrosos y confusos. A esta situación se añade la desinformación y desconocimiento de los principios fundamentales de dichas reformas por parte de ciertos operadores de justicia y la falta de interiorización del derecho como elemento inherente a la ciudadanía, tanto de los gobernantes como de los gobernados, lo que impide o restringe su exigibilidad. Los derechos son concebidos como meras declaraciones líricas y formales.

Los grupos más afectados por esta situación son las personas cuya condición depende de las resoluciones judiciales o de las decisiones de funcionarios que velan por la seguridad pública como: los privados de libertad o las mujeres y hombres que ejercen el trabajo sexual, los niños, niñas y adolescentes en o de la calle o los hijos, hijas de emigrantes o los/las indocumentados y extranjeros. Esta situación abona a la violación de derechos. Frente al poder y en las redes de una "justicia" que no cumple con su misión, estos grupos son presas fáciles de la tortura física y psicológica, abuso y la violencia sexual institucionalizada y, por ende, vulnerables a las ITS y VIH/SIDA.

2.4 LA CONSTITUCIÓN DEL ESTADO Y LA LUCHA POR LOS DERECHOS HUMANOS

La Constitución declara a la República del Ecuador "*un estado social de derecho*" porque en él prevalece el principio de la participación social y ciudadana en la función de control y regulación del quehacer del estado. En una sociedad como la ecuatoriana que gira alrededor del etnocentrismo, del androcentrismo, del adultocentrismo, este marco jurídico ha propiciado y relevado la importancia de las luchas por el ejercicio real y efectivo de los derechos humanos de

los movimientos indígenas, de mujeres, de los niños, niñas y adolescentes, de los GLBTT como de las mismas organizaciones de derechos humanos. A estas luchas se ha sumado el joven movimiento de las personas que viven con el VIH/SIDA.

Todos estos movimientos, unos de más larga data que otros, dotándose de importantes herramientas jurídicas, han logrado poner en la palestra ciudadana las violaciones de los derechos humanos haciendo uso de los mecanismos de control y exigibilidad que dispone la Constitución para quienes sientan vulnerados sus derechos. Los medios de comunicación han sido amplificadores de la secular discriminación de la mujer, la violencia hacia los niños, niñas y adolescentes, la intolerancia hacia la homosexualidad y la *“persistente violación de los derechos de las personas que están viviendo con el VIH/SIDA en los ámbitos de lo laboral, la educación, la atención médico-clínica y... familiar”*⁴.

A pesar de las luchas sostenidas por estos grupos vulnerables, los mitos, estereotipos sociales y lugares comunes que reivindican la moral, la *“honra femenina y el honor masculino”*, el *“decoro y las buenas costumbres”*, el respeto -mal entendido- a la autoridad paterna o del marido, siguen justificando las más atroces violaciones a los derechos humanos y, más específicamente, a los derechos sexuales y reproductivos. La subordinación sexual, la represión, la discriminación, el estigma y la exclusión social, presentes en la sociedad ecuatoriana, aumentan la vulnerabilidad de estos grupos al VIH/SIDA o a su reinfección en un contexto donde prima, por un lado, la impunidad y la conspiración del silencio en los responsables de administrar justicia y, por otro, el miedo, la vergüenza y la poca capacidad de exigibilidad en los afectados.

2.5 CONCLUSIONES

- El fortalecimiento de los movimientos sociales, el ingreso de nuevos actores políticos y la profunda inconformidad con un sistema que se ha caracterizado por las inequidades y condiciones de desarrollo limitadas están presionando para un cambio de democracia, de una meramente representativa a otra más participativa⁵. Desde esta perspectiva, la inestabilidad política e institucional puede ser vista como el indicador que anuncia el nuevo ordenamiento y correlación de fuerzas que será el marco en el que se desarrollará el Plan Estratégico de la Respuesta Nacional al VIH/SIDA.
- Al comprometerse a cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2004) y asumir los compromisos de UNGASS 2001, el Estado Ecuatoriano se ha obligado a respetar y hacer respetar los derechos humanos erradicando la pobreza extrema, sus múltiples manifestaciones y sus efectos sobre la salud mediante políticas económicas y sociales acertadas. Como punto de partida reconoce en su Carta Magna los principios de integralidad, universalidad e igualdad ante la ley y al hacerlo,
 - garantiza *“a todos sus habitantes, sin discriminación alguna, el libre y eficaz ejercicio y el goce de los derechos humanos establecidos en la Constitución.*
 - amplía el campo de protección, a los derechos de grupos vulnerables como las minorías étnicas, homosexuales y lesbianas, personas que enfrentan discriminación por enfermedades como el SIDA etc. prohibiendo expresamente toda discriminación por razón de etnia, edad, orientación sexual o estado de salud.

⁴ Fundación Equidad, “Informe sobre la situación del VIH/SIDA y Derechos Humanos en Ecuador para el seguimiento al cumplimiento de las obligaciones emanadas de la Declaración de Compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA”,

⁵ El resultado de la Consulta popular del 15 abril del 2007 en que el pueblo se pronunció en más del 80% por la necesidad de una Asamblea Constituyente, exterioriza esta situación.

- Con este marco constitucional del que derivan otras normas jurídicas que se explicitan en el capítulo siguiente y, específicamente, con la puesta en vigencia de la Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, el Estado Ecuatoriano cuenta con orientaciones conceptuales, base legal internacional, nacional y fundamentos estratégicos suficientes para formular una respuesta que, con el enfoque social de derecho, se adecue al contexto que caracteriza a la epidemia en el Ecuador.

3 MARCO JURIDICO

La respuesta al VIH/SIDA se ampara en los principios generales recogidos en la Constitución Política que declara que el más alto deber del Estado es *“respetar y hacer respetar los derechos humanos”*...*“...establecidos en esta Constitución y en las declaraciones, pactos, convenios y más instrumentos internacionales vigentes”* y garantizar *“a todos sus habitantes, sin discriminación alguna, su libre y eficaz ejercicio y goce”* para lo cual *“Adoptará, mediante planes y programas permanentes y periódicos, medidas para el efectivo goce de estos derechos”*. En concordancia con este principio esencial, tenemos también la normativa internacional, regional y nacional, particularmente:

A nivel internacional, los principios rectores de mayor importancia son: los **Objetivos de Desarrollo del Milenio – ODM** -en cuyo objetivo 6, se plantea como meta *“Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH-SIDA”*- y la **Declaración de UNGASS 2001** en la que se recogen los compromisos a los que adhirió el Estado Ecuatoriano al unirse a la Acción Global para atacar la Crisis mundial generada por la pandemia del VIH/SIDA.

A nivel regional, el **Convenio Hipólito Unanue** y la **Carta Andina para la Promoción y Protección de los Derechos Humanos**; la Resolución de Reunión de Ministros de Salud del Área Andina -REMSAA y la Declaración de Nuevo León, estas últimas que disponen sobre la cobertura, el acceso al tratamiento y la disponibilidad de los recursos del Fondo Global.

A nivel nacional, el marco legal vigente articulado por la **Política Nacional de Salud** que expresa que *“La salud de los habitantes de una nación constituye el factor sustantivo en la culminación de su desarrollo armónico y permanente...”*; la **Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud** que *garantiza el acceso equitativo y universal a los servicios de atención integral de salud a través de una red de servicios de gestión desconcentrada y descentralizada*; y, más específicamente la **Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (2005)** y la **Ley para la Prevención y Asistencia Integral de VIH/SIDA** -actualmente en proceso de sustitución. Esta última norma fundamenta la respuesta, al decretar de *“interés nacional”* al VIH-SIDA y responsabilizar al Estado del *fortalecimiento de la prevención de la enfermedad, de la garantía de la adecuada vigilancia epidemiológica; y, de facilitar el tratamiento específico gratuito a las personas afectadas con VIH/SIDA y las enfermedades asociadas al SIDA, asegurar el diagnóstico en bancos de sangre y laboratorios, precautelar los derechos, el respeto, la no-marginación y la confidencialidad de los datos de las personas afectadas con el virus de Inmuno Deficiencia Adquirida (VIH)”*.

Otras herramientas complementarias permiten identificar estrategias para abordar desde una perspectiva multisectorial las diversas y múltiples manifestaciones de la problemática del VIH/SIDA a saber: la **Ley de Maternidad Gratuita y atención a la Infancia** (reforma 1998), la **Ley contra la Violencia de la Mujer y la Familia** (1995) **Ley sobre la Educación de la Sexualidad y el Amor**.

El **Plan Nacional de Derechos Humanos en Ecuador** (1998). La **Ley contra la trata de personas** (marzo 2006) y la reforma al **Ley Orgánica de Salud**, en su capítulo sobre educación sexual (octubre 2006). La reforma al **Código Penal** y el **Código de la Niñez y Adolescencia** constituyen un avance legal fundamental al permitir mejorar el abordaje de la protección de niños, niñas, adolescentes y jóvenes, tipificar las diferentes formas de violencia contra ellos, como el abuso sexual, la explotación sexual, el tráfico (trata) reconociendo que el bien jurídico tutelado es **la dignidad humana y el derecho al sano desarrollo de la sexualidad** de este grupo etario. Por último, el Acuerdo del Ministerio de Trabajo No.00398 expedido en el 2006 el mismo que, prohíbe explícitamente el despido de las PVVS por su estado de salud e impulsa acciones de prevención y no discriminación en el sector laboral, es un avance significativo en la lucha por garantizar los derechos humanos de las PVVS.

4 SITUACIÓN GENERAL DEL VIH SIDA EN EL ECUADOR

4.1 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DEL VIH/SIDA

Los progresos de la respuesta al VIH/SIDA en todos los ámbitos no han podido evitar que la epidemia siga incrementándose y que afecte principalmente a las personas pobres y vulnerables. En el Ecuador, la epidemia se encuentra en fase concentrada con tendencia al crecimiento, observándose valores de seroprevalencia superiores al 5% en ciertos grupos vulnerables (HSH) e inferiores al 1% en gestantes.

El estigma, la discriminación, la desigualdad de género, la limitada respuesta nacional y hasta hace poco tiempo, la falta de tratamientos ampliamente disponibles, han sido factores que han determinado que un limitado número de personas se haya sometido a la pruebas de VIH. Como resultado, muchas de las personas que se encuentran infectadas todavía ignoran su condición y, por ende, no acceden a los servicios existentes.

Si bien la infección constituye un problema de salud, la epidemia es un problema de desarrollo. Tampoco debe considerársela como solamente confinada a ciertos grupos vulnerables puesto que hay evidencias que demuestran que la epidemia avanza en la **población en general** afectando a los/las **jóvenes, los hombres y las mujeres heterosexuales**, así como a los **niños**^{[1]6}. Las mujeres y la población joven (menor de 30 años), representaron el 33 % y 46,25% de los casos reportados en el 2003; el 29% y el 42,84%, en el 2004 y el 32% y 46,75%, en el 2005 y el 39.3% y 51.0% en el 2006⁷. Respecto a los **niños y adolescentes**, se han registrado 77 casos, en el 2003 (0-9 años); 102, en el 2004 (0-14 años); 65, en el 2005 (0-13 años) y 94, en el 2006 (0-14 años). El PNS reporta un acumulado de 343 casos desde el año 2002 al 2005, nacidos de madres VIH positivas. Otros grupos afectados por el VIH/SIDA son las **poblaciones móviles, trabajadores migratorios, población refugiada y solicitante de asilo**, los **miembros de las fuerzas armadas** y de la **policía**. Por último, las **personas que viven con el VIH/SIDA**, unas 40.000 personas según estimaciones de ONUSIDA, así como las ocultas en poblaciones poco visibles (i.e. indocumentados en la población de inmigrantes), constituyen grupos altamente sensibles y prioritarios en la dinámica de la epidemia.

⁶ Al 15 de marzo del 2006, el MSP registra 206 niños en TAR, cifra que constituye un indicador de la feminización de la epidemia Acceso Universal, MSP, Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA/ITS, 2006.

⁷ Ministerio de Salud Pública. "Programa Nacional de SIDA. Ecuador 2002 – 2005"

Según el PNS, 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 apenas el 0.2% por uso de drogas intravenosas. No se reportan casos de VIH/SIDA a causa de transfusiones sanguíneas; sin embargo, existe alguna presunción de casos no reportados.

La epidemia en el Ecuador se compone ahora de varias subepidemias que se entrelazan y se potencian mutuamente. Pero puesto que el país no cuenta todavía con un sistema epidemiológico con capacidad para identificar en forma oportuna sus características y tendencias, se desconoce la situación de muchos de los sectores prioritarios involucrados en la problemática. Este desconocimiento permite que la epidemia siga avanzando sin ser detectada en todas sus dimensiones. Finalmente, cabe indicar que el tiempo que transcurre entre la infección y su notificación hace que los datos relativos al presente no reflejen la respuesta que se despliegue en dicho presente y que su impacto se observará solamente en las notificaciones del futuro.

4.1.1 Comportamiento de los casos de VIH, SIDA y personas fallecidas

La información siguiente analiza el comportamiento en el tiempo de ciertas variables esenciales de

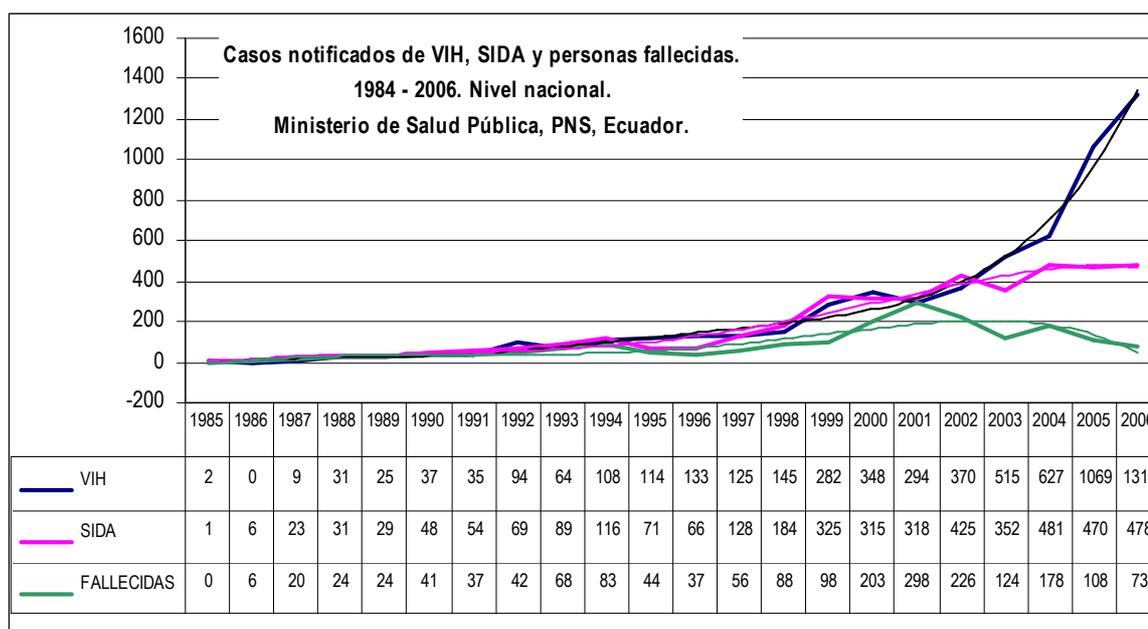


Ilustración 1: Casos notificados de VIH/SIDA. Nivel nacional. Ecuador, 1984 – 2006

la epidemia en el país a partir del Sistema de Notificación de Casos de VIH/SIDA del Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Epidemiología, Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH-SIDA (PNS). A diciembre del 2006, se registró un total acumulado de 9.833 personas con VIH/SIDA: VIH, 5.748 y SIDA, 4.085.

La información del Sistema de notificación del PNS – MSP que, como en muchos otros países, no representa a la población total de las PVVS porque refleja un subdiagnóstico/subregistro de infecciones por VIH y casos de SIDA que existen en el país, muestra una tendencia **fuertemente**

creciente del número de casos notificados de VIH, una **estabilización** a partir del 2004 de los casos de SIDA y un **decrecimiento** a partir del 2002 de las personas fallecidas, fecha esta última, en la cual se registró el número máximo de decesos de toda la serie, a saber: 298. La primera tendencia creciente, evidenciaría el bajo impacto de los programas de prevención -que por la naturaleza de la epidemia, demoran más en visibilizarse, frente al impacto logrado por el Sistema Nacional de Salud en la implementación de los TAR

4.1.2 Comportamiento de los casos de VIH/SIDA según sexo

La distribución de los **casos notificados de VIH/SIDA según el sexo y la razón hombre-mujer**

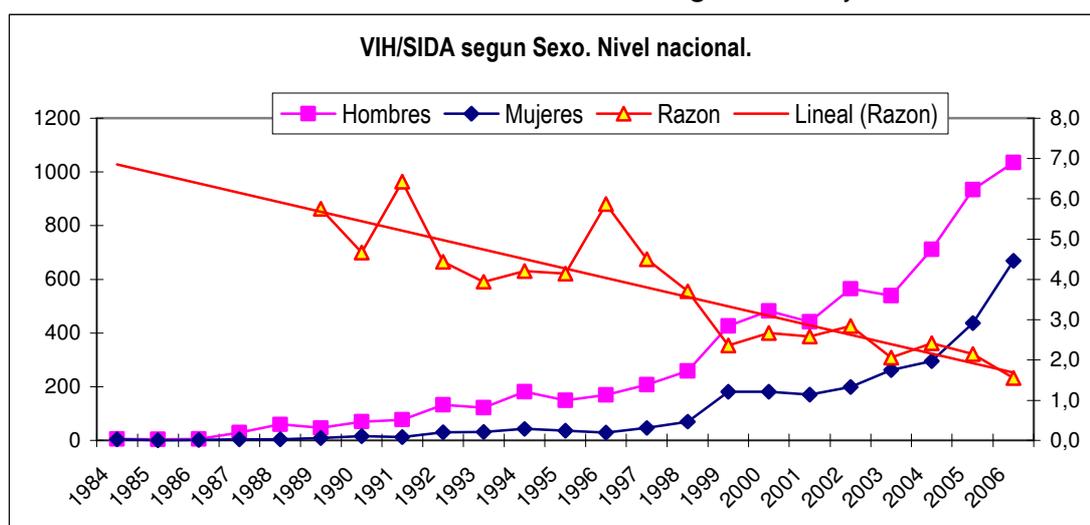


Ilustración 2: VIH/SIDA según sexo y razón hombre-mujer. Nivel nacional. Ecuador, 1984 – 2005.

muestran que la epidemia en el Ecuador se difunde también en los espacios de la heterosexualidad, para alcanzar en forma creciente a las mujeres y finalmente a los niños y niñas.

4.1.3 Comportamiento de los casos de VIH/SIDA según orientación sexual, edad, ocupación profesional y origen geográfico

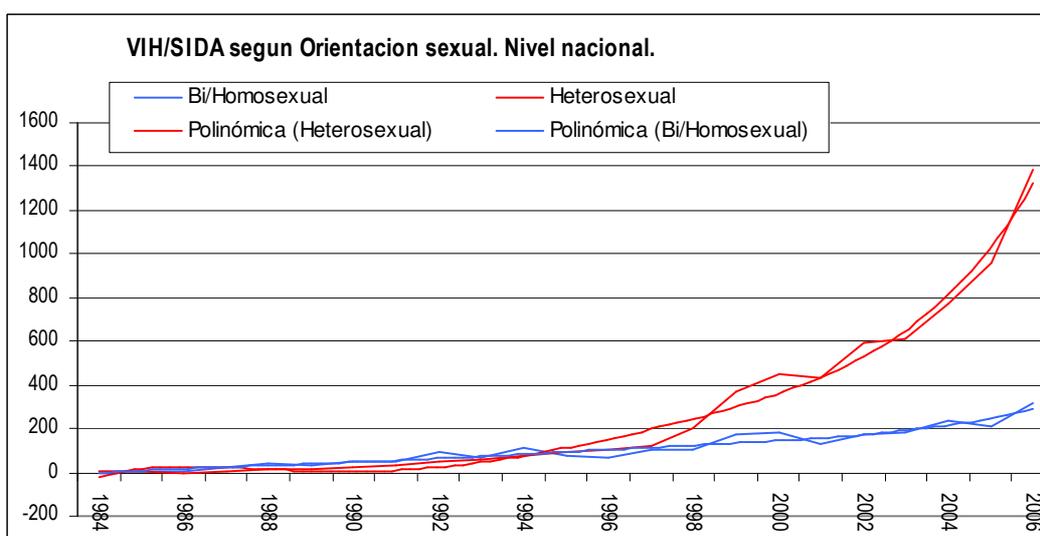


Ilustración 3: VIH/SIDA según orientación sexual a nivel nacional

En el 2006, la razón de género se sitúa en 1.5 hombres por cada mujer después de haberse ubicado en 6:1 alrededor del año 1990⁹. La distribución de los casos notificados según la orientación sexual muestra que, el Ecuador se encuentra en una situación donde, a la propagación del VIH/SIDA entre las personas de orientación homosexual y bisexual se añade una nueva dinámica, la heterosexual, mientras se mantiene la potenciación de ambas a través de sus interacciones mutuas. Por otra parte, el crecimiento de los casos de VIH/SIDA en la población heterosexual presenta un crecimiento más acentuado que el que caracteriza la población homosexual y bisexual. La razón Heterosexual / Bi y Homosexual pasó de 0.5 en 1990 a 4.4 en el 2006. En relación con la **edad**, la información muestra que la epidemia afecta principalmente a los jóvenes y adultos jóvenes.

Edad	VIH		SIDA	
	2005	2006	2005	2006
14-19	7,5	7,0	1,7	2,9
20-24	22,7	21,0	12,4	14,1
25-29	22,1	27,5	20	20,0
30-34	18,5	16,9	18,9	18,3
35-39	10,8	9,5	17,4	15,6
40-44	7,8	6,8	9,5	10,7
45-49	5,2	3,9	7,9	8,5
50 y +	5,3	7,4	12,1	9,7

Ilustración 4: Distribución de los casos notificados de VIH/SIDA (%) según Edad. Año 2005 y 2006, nivel nacional.

Ocupación	Hombres		Ocupación	Mujeres	
	2005	2006		2005	2006
Obreros	31,2	35,9	Quehaceres domésticos	73,9	73,8
Desocupados	19,1	16,5	T. sexuales	5,5	6,6
Comerciantes	13,6	10,5	Comerciantes	4,8	3,6
Empleados	10,2	12,6	Desocupados	4,4	3,6

Ilustración 5: Distribución de los casos notificados de VIH/SIDA (%) según Ocupación. Año 2005 y 2006, a nivel nacional

La distribución de los casos reportados según la **Ocupación** indica que, entre los hombres, en el 2005 y 2006, los “Obreros” representan la categoría de mayor número de casos, 31.2% y 35.9%, y entre las mujeres, la que corresponde a “Quehaceres domésticos”, 73.9% y 73.8%.

Para el 2005 y el 2006, según el **origen geográfico** de la notificación, Guayas es la provincia más representada con el 60.9% y 55.4% de los casos, seguida por Pichincha, el 15.3% y 18.7%; Manabí, el 9.0% y 7.9%; El Oro, el 4.4% y 6.1% y Los Ríos, el 2.2% y 3.9%, siendo Galápagos y Sucumbíos las provincias con mayor tasa de incidencia.

⁹ En este valor, los casos detectados por el Programa de Prevención de la TV del PNS tienen un peso.

4.1.4 Caracterización de la epidemia según estudios realizados

El país ha realizado un cierto número de estudios de seroprevalencia de VIH que empiezan de configurar un mapa de la epidemia en la población y en diversos grupos vulnerables¹⁰.

- En **hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres**, estos estudios observaron en Quito, Guayaquil y Portoviejo niveles de seroprevalencia que fluctúan entre 4% y 23.4%.
- En **personas privadas de libertad**, el 1.23% en Guayaquil.
- En **trabajadoras sexuales**, entre el 0.5% y el 1.7%.
- En **embarazadas**, entre el 0% y el 1.05% según ciertas fuentes, el 0.3% a nivel nacional y el 0.6% en Guayas según los datos del Programa de Prevención de la Transmisión Vertical del PNS – MSP en 136.000 gestantes de octubre del 2005 a octubre del 2006.
- En miembros de las **Fuerzas Armadas**, el 0.16% y, en miembros de la **Policía Nacional**, el 0.064%.
- En las pruebas de tamizaje con Elisa realizadas a nivel nacional en la **Cruz Roja Ecuatoriana**, 0.22%, en el 2003 (187/84.492); 0.20%, en el 2004 (242/120.329); 0.58%, en el 2005 (730/124.515) y 0.42%, en el 2006 (585/137.041) según la Secretaria Nacional de Bancos de Sangre. En el Banco de Sangre de Quito, el servicio mas fuerte del sistema, se detecto en el año 2005 una prevalencia de 0.99% (321/33.290) y en el 2006, de 0.97% (334/33.393).

En conclusión, estos estudios indican la presencia del VIH en varios grupos de la población ecuatoriana, siendo altas las de las de Hombres Gay, hombres con comportamiento bisexual y personas Trans. Aunque se observa una variabilidad importante en las mediciones realizadas y si bien es difícil estimar los parámetros de las poblaciones estudiadas a partir de los estadísticos muestrales, dicha información nos muestra una presencia creciente y alarmante en la población en general.

4.1.5 Infecciones de transmisión sexual

Según la información del Programa Nacional de VIH/SIDA-ITS del MSP, el resumen, para el 2006, del manejo sindrómico de ITS, básicamente orientados hacia las TS, indica un total de 55.119 eventos que se distribuyen de la manera siguiente.

Tabla 6: ITS diagnosticadas con manejo sindrómico, 2006, PNS

Síndrome ulceras	Síndrome de secreción uretral	Síndrome de secreción vaginal	Síndrome de dolor abdominal bajo	Síndrome Edema de escroto	Síndrome Bubón inguinal	Síndrome de Conjuntivitis neonatal
1.677	2.109	41.460	5.823	28	30	37

La misma fuente reporta los casos de ITS de la demanda espontánea a nivel nacional que se relaciona con sífilis primaria y secundaria, sífilis congénita, herpes genital y otras.

¹⁰ Epidemiología del Virus de Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en el Ecuador, junio 2005, Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, MSP.

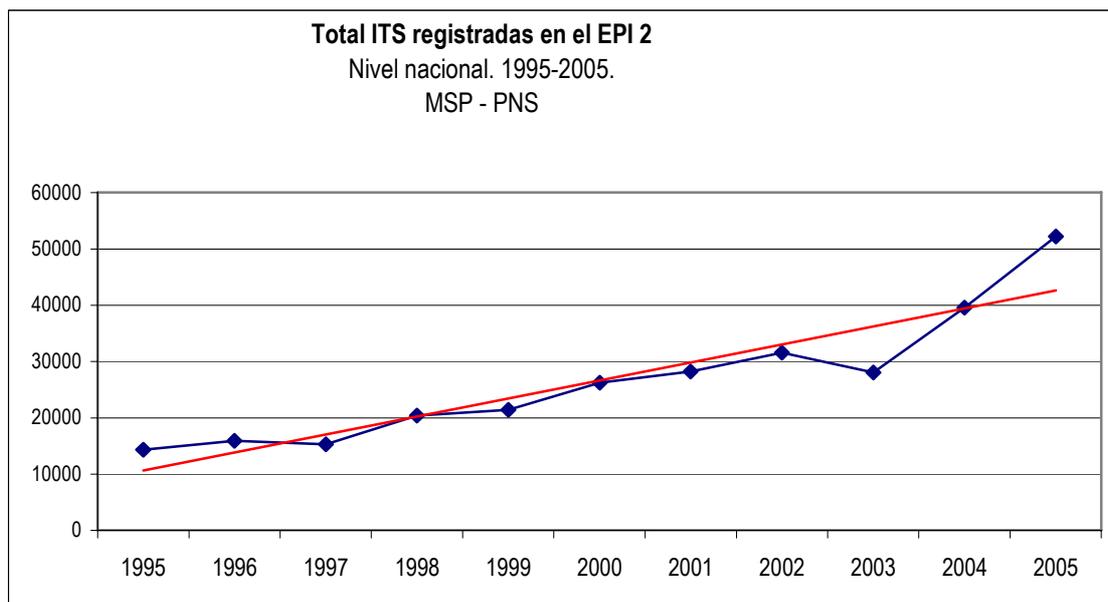


Ilustración 6: Distribución de eventos registrados de ITS. 1995- 2005, a nivel nacional

Se observa que “*las tasas de ITS, como sífilis primaria y secundaria, se mantienen elevadas con tendencia al incremento reflejando la urgente necesidad de intervención... Actualmente existen evidencias que relacionan las ITS y la infección por el VIH, es por esto que los servicios de salud dedicados a la atención de las personas con ITS constituyen lugares fundamentales para abordar en forma integral a las poblaciones en riesgo de adquirir VIH¹¹*”.

Finalmente, cabe indicar que, el sistema actual de registro de las ITS no permite establecer su prevalencia en la población nacional ni relaciones con otras variables de interés, como las sociodemográficas (género, edad, orientación sexual, etc.). Se trata de una debilidad que tendrá que ser considerada en el Sistema de gestión de la información del Plan Estratégico.

4.1.6 **Coinfección Tuberculosis-VIH (TB/VIH)**

Según datos de MSF¹², la primera causa de muerte hospitalaria en personas que tienen SIDA es la tuberculosis, y, la búsqueda activa de VIH en pacientes con tuberculosis, arroja, en el último período analizado, (último cuatrimestre de 2006), un 23,9% de coinfección, es decir que sobre 163 pacientes TB tamizados, 39 resultaron reactivos.

Dada la situación endémica de la tuberculosis en Ecuador, y los índices de formas multiresistentes, la atención sobre el problema de la coinfección tuberculosis –VIH ha de ser un punto crucial a considerar tanto en este Plan estratégico por los Programas Nacionales de VIH/SIDA y Tuberculosis.

¹¹ Manual de normas para el manejo sindrómico de infecciones de transmisión sexual, MSP – PNS, 2006.

¹² Proyecto ejecutado en la ciudad de Guayaquil en un centro hospitalario, tres maternidades y 7 subcentros de salud, pertenecientes a las áreas de salud 1, 4 Y 11.

4.1.7 **Drogas inyectables (DI)**

Poco se sabe al momento sobre el consumo de DI. En el Segundo Estudio Nacional sobre el Consumo de Drogas (1995), no se examinaron este tipo de drogas. En el Primer Estudio Nacional sobre el Consumo de Drogas entre Estudiantes de Secundaria (1998), se observó una prevalencia de vida de 1.6% para la heroína y, en el Segundo Estudio Nacional (2005), de 0.9% para la heroína y de 0.5% para el opio y la morfina. Ya que dichas frecuencias observadas se encuentran cercanas a los intervalos de confianza de la muestra, resulta difícil interpretarlas. Sin embargo, podrían señalar la presencia de UDI en los estudiantes de secundaria y, por ende, también en la población general, aunque en un número pequeño que no debería contribuir significativamente a la diseminación de la epidemia. Por este motivo, el Plan no contempla una estrategia específica al respecto, pero establece la transversalización del tema del VIH/SIDA en los programas de prevención del Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP) y en el trabajo de los diferentes centros de tratamiento existentes en el país.

4.2 **ANÁLISIS DE LA RESPUESTA AL VIH/SIDA**

4.2.1 **El Sistema Nacional de Salud**

En la Ley del Sistema Nacional de Salud, se determinan como sus integrantes al Ministerio de Salud Pública (MSP) y sus entidades adscritas; a los Ministerios que participan en el campo de la salud. Al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS-SSC), al Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA); y, al instituto de Seguridad Social de la Policía – ISSPOL (dependientes de los Ministerios de Defensa y Gobierno respectivamente); a las Organizaciones de salud de la Fuerza Pública: FFAA y Policía Nacional; a las Facultades y Escuelas de ciencias Médicas y de la Salud de las Universidades y Escuelas Politécnicas. A los organismos seccionales: Consejos Provinciales, Consejos Municipales y Juntas Parroquiales; a la Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG), a la Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil y la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) y la Cruz Roja Ecuatoriana, estos últimos, aunque son entes privados actúan dentro del **sector público**. Este sector dispone del 85.4% de los establecimientos. El Sistema Nacional de Salud está también integrado por las entidades del **subsector privado**, a saber: por entidades privadas con fines de lucro (Hospitales, Clínicas, Dispensarios, Consultorios, Farmacias y las Empresas de Medicina Pre-pagada) y por las organizaciones privadas sin fines de lucro como diversas ONG, organizaciones populares de servicios médicos, asociaciones de servicio social, etc.. El conjunto de entidades privadas, con o sin fines de lucro, representan el 14.6 % de los establecimientos de salud del país.

Todas estas organizaciones son articuladas, en mayor o menor grado, por la Política Nacional de Salud que obliga a una protección integral de toda la población, lo que comprende acciones de promoción, vigilancia, prevención y control de enfermedades y de recuperación y rehabilitación de la salud. En el abordaje del VIH/SIDA, este sistema no ha logrado reducir la fragmentación que lo caracteriza ni organizar sus servicios asistenciales debido a la falta de recursos y a la ausencia de una política de atención integral. Tampoco ha sido fácil hacer funcionar el **Sistema de referencia y contrarreferencia** y fortalecer la **Vigilancia epidemiológica**. El Proyecto de país (PP) del Fondo Global (FG), gracias al liderazgo del Ministerio de Salud Pública -en su calidad de Receptor Principal de los recursos importantes que canaliza - y del Mecanismo de Coordinación de País (MCP), ha facilitado el fortalecimiento del sistema con los procesos de capacitación, normalización y servicios, paso en firme que augura una buena implantación y ejecución del presente Plan.

4.2.2 La dinámica temporal de la respuesta nacional al VIH/SIDA

La respuesta nacional al VIH/SIDA ha ido creciendo y diversificándose. Según los datos de la encuesta realizada en el marco de la evaluación del Plan Nacional 2001 – 2003, administrada a 301 organizaciones en las 7 provincias más afectadas que concentran el 66.2% de la población ecuatoriana, el 12% inicio sus actividades en el periodo 1982-1989; el 30% entre 1990 y 1999 y el 52%, entre 2000-2005, no disponiendo de información sobre el 6% restante.

La respuesta pública al VIH/SIDA nace con la constitución del Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA del Ministerio de Salud Pública (PNS –MSP) en 1987 mientras que el primer caso se identificó en 1984. Por más de una década, el PNS funciona prácticamente sin recursos humanos ni económicos. En el mismo período, en 1985, la Cruz Roja Ecuatoriana, una ONG internacional de larga trayectoria en el país, toma el liderazgo, como una reacción inmediata al inicio de la epidemia. Para entonces, pocas son las ONG nacionales trabajando en el tema.

En la década de los 90, organizaciones importantes especializadas en salud sexual y reproductiva incluyen al VIH-SIDA como eje transversal, tales como CEMOPLAF en Quito y APROFE, en la ciudad de Guayaquil o la Pájara Pinta y SENDAS, en Cuenca. En el área de atención, el Hospital Vozandes organiza su Clínica de VIH-SIDA (1991) y, en prevención en grupos vulnerables, se mantiene FEDAEPS y Comunidec¹³ (organización de la que surge Kimirina), esta última sostiene técnica y financieramente pequeños proyectos de investigación y capacitación de una serie de organizaciones no especializadas. Es la década del ingreso en el sector de un 35% de las OG y de un 35% de las ONG. A fines de los 90 y principios de la siguiente década, organizaciones especializadas en grupos HSH o pro-defensa de las TS ingresan en el sector, motivadas por la naturaleza vulnerable de sus beneficiarios/as¹⁴. A principios de los 90, son pocas las ONGI que se identifican como dando servicios en prevención del VIH-SIDA, entre ellas cabe destacar, a MAP Internacional y Cuerpo de Paz con un fuerte programa de sensibilización e información. En 1995, inician su trabajo en VIH-SIDA, importantes instituciones públicas, a saber, la Dirección de Sanidad del Comando Conjunto de las Fuerzas Armadas, un poco más tarde, en el 98, el Hospital del IESS y algunos Centros de Salud y de Control de ITS. Si ya desde la década anterior, las organizaciones empiezan a trabajar en el área de derechos, en el presente quinquenio esta tendencia se incrementa con fuerza, amparada por la *Declaración de los derechos fundamentales de la persona que vive con el virus del SIDA* de Montreal (1988), por los compromisos de UNGASS y por la Ley para la Prevención y Asistencia Integral de VIH/SIDA (2000) y su reglamento de diciembre del 2002. En este contexto, las PVVS inician sus procesos de capacitación y empoderamiento y empiezan con fuerza a exigir del Estado el respeto a sus derechos, utilizando canales nacionales e internacionales, ante el permanente desabastecimiento de medicamentos antiretrovirales.

A partir del año 2000, se observó un crecimiento en el sector, entre otros, por el interés de Alliance International de incluir al Ecuador en el proyecto Prevención en Fronteras que, a través de la Corporación Kimirina, buscó apoyar a ONG locales u OBC enfocando 3 poblaciones claves: TS, HSH y PVVS. En esta época, el Programa Nacional de Prevención y Control de ITS-VIH/SIDA elaboró de manera intersectorial el Plan Estratégico Nacional 2001 – 2003. También fue la época en la que se formalizó la Coalición Ecuatoriana de Personas que Viven con VIH-SIDA – CEPVVS

¹³ Kimirina, ONG ecuatoriana que trabaja con especificidad en VIH/SIDA., surge del proceso de autonomización del programa de Iniciativas de VIH/SIDA en COMUNIDEC, como una Organización con identidad propia, en 1999.

¹⁴ Fundación Equidad, Fundación Esperanza, FAMIVIDA, ASOPRODEMO, Quimera, entre otros

(2003) con presencia en 13 provincias y empezó un desarrollo organizacional y programático propio lo que le permitió alcanzar una representación significativa en el MCP, Producto de esa tendencia a la autonomía, en estos últimos años han entrado al escenario nuevas ONG lideradas por PVVS, de mujeres viviendo con VIH, adolescentes, y trabajadoras sexuales, HSH, en Guayas, Manabí, el Oro, Cotopaxi, Esmeraldas, Sucumbíos que reivindican el uso de modelos de organización articulada, coordinada e interactuando con las OG, ONG nacionales e internacionales en el mismo nivel.

Desde el punto de vista de los enfoques, el tema del abordaje del VIH-SIDA se volvió polémico para ciertos, en particular para las organizaciones de Iglesia que manifestaron su rechazo a la estrategia del uso del condón. Se observó un alejamiento del MEP influenciado por ciertas tendencias conservadoras, lo que se refleja en la limitada intervención oficial en el campo de la prevención en el Sistema Educativo Nacional. El “Orgullo Gay” se posicionó y permitió que, ciertos grupos vulnerables accedan a derechos que no les habían sido reconocidos hasta ahora.

En el 2002, nuevos actores ingresaron en el sector. Por un lado, CARE apuntando a programas de asistencia técnica en prevención, promoción, atención básica a las PVVS con organizaciones socios como dispensarios y clínicas o prevención en jóvenes escolarizados, apoyándose en dos redes de salud REDIMA y CEMOPLAF, en Guayas, Imbabura y Carchi. Por otro lado, desde el 2003, Plan Internacional se integró al sector con programas de SSR y prevención del VIH/SIDA en niños, niñas, adolescentes y jóvenes, profesionales de salud en el área rural y urbana.

En el período, 2005-2006, el mismo que se caracteriza por la plena ejecución del Proyecto de País del FG, la respuesta se vuelve multisectorial, con la presencia activa del Ministerio de Trabajo, del Ministerio de Educación, de los Municipios, del Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia, el CONAMU y del sector académico con el apoyo de la Cooperación Española, y el PNUD, la GTZ y ONUSIDA y la participación decidida de la Sociedad Civil Organizada. Se introduce con fuerza el enfoque social de derechos.

Una muestra de la dinámica que se genera es la aprobación del **Reglamento de la Ley para la Prevención y Asistencia Integral de VIH/SIDA (2000)** y la **Propuesta de Ley de Respuesta Integral al VIH/SIDA**, sustitutiva de La Ley de Prevención y Asistencia Integral del VIH-SIDA, instrumentos concertados con enfoque multisectorial.

4.2.3 **Los recursos del Fondo Global y el proyecto de país**

En el 2003, se conforma el Mecanismo de Coordinación País (MCP) para el proyecto del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (Fondo Global – FG), como condición para que el Ecuador reciba US\$ 14.000.000 para un período de 4 años. El mencionado proyecto del FG busca cumplir con 9 objetivos en cuyo cumplimiento se equilibran los recursos para los dos programas: prevención y atención, a saber: (1) poblaciones con prácticas de riesgo (HSH, TS y otros), (2) adolescentes escolarizados a través del Plan Nacional de Educación de la Sexualidad y el Amor (PLANESA) del MEC, (3) ampliación del acceso a 38 centros de servicios de consejería y pruebas voluntarias con fortalecimiento de la red de laboratorios y de servicios de sangre, (4) ampliación de la cobertura del manejo sindrómico de las ITS, (5) mejoramiento de la disponibilidad de condones, (6) fortalecimiento de la atención materno-infantil y disminución de la transmisión madre – hijo, (7) atención integral a las PVVS que incluya la entrega de ARV con fortalecimiento de los laboratorios de referencia, (8) fortalecimiento de los mecanismos de exigibilidad y de participación ciudadana de las PVVS y (9) incorporación de la problemática de ITS/VIH/SIDA en la agenda pública.

Al llegar al país, los recursos del FG han permitido incrementar sustancialmente el nivel de la respuesta nacional y dotar de un mayor dinamismo a las organizaciones del sector desde el momento de su articulación en función del diseño del proyecto, en la solución de la Crisis de “alerta temprana” y en el desarrollo de estrategias de incidencia y facilitación para el cumplimiento de los requisitos previos impuestos para beneficiarse de los recursos.

4.2.4 Los programas y sus principales responsables

Según se recoge en el documento de informe de la evaluación realizada sobre el período 2001-2005, el área de **Educación y Prevención** fue asumida por las organizaciones de la sociedad civil. Su dinamismo interno les permitió desarrollar enfoques y metodologías que servirán plenamente al país en la ejecución del Plan Estratégico Nacional 2006-2015, esta experiencia favorecerá ahorros importantes al permitir a los responsables aprovechar de las buenas prácticas del subsector, sus alianzas estratégicas, sus soportes pedagógicos probados y su capacidad profesional.

Los resultados alcanzados en el área de **Atención** han sido importantes durante el desarrollo del plan del 2001 al 2003, así como del proyecto financiado por el FG. Mientras que antes del 2002, el PNS no daba atención ni medicamentos a las PVVS, a partir de esa fecha, inicia TAR con un cierto número de PVVS. En el 2005, llegó a cubrir unas 1000 personas y, en el 2006, ha garantizado el tratamiento a 1650 PVVS, además intenta cubrir al 100% de embarazadas VIH positivas identificadas. Tomando en cuenta la diversidad de los subsectores de salud, tanto del público como del privado, en ésta área de atención, el MSP suma sus servicios a los ofrecidos por el Seguro Social, Fuerzas Armadas, Policía y ciertos hospitales privados como: el Hospital Voz Andes en Quito y los de la Junta de Beneficencia en Guayaquil. Además, durante el último quinquenio, creció la participación en la atención de los servicios de ONG internacionales, lo que ha coadyuvado al fortalecimiento de los centros hospitalarios responsables de ofrecer terapia antiretroviral a las PVVS registradas.

La Cruz Roja Ecuatoriana (CRE), por convenio con el Estado, es la responsable de proporcionar sangre segura a la población en general. Esta institución cubre el 80% del total de la demanda; no obstante, para garantizar la no transmisión del VIH, se requiere del fortalecimiento del sistema de control de calidad de sus laboratorios. Además, dicha entidad fue la que implementó los primeros servicios de consejería y asesoría a nivel nacional para acompañar a las pruebas voluntarias, fundamentales en una política de prevención.

4.2.5 Los principales logros que capitaliza este plan

4.2.5.1 El sector oficial

En el **sector salud**, el impulso dado por el Proyecto de País del FG ha permitido que el MSP, a través del PNS, genere *“una respuesta nacional fuerte y sostenida, con apoyo político de las esferas gubernamentales más altas, con asignaciones presupuestarias objetivas acordes a las necesidades de la epidemia”*¹⁵ gracias al fortalecimiento de su planta central con recursos humanos especializados en manejo sindrómico de ITS, manejo de ARV, consejería, laboratorios y comunicación social; a las alianzas estratégicas con organizaciones de la sociedad civil y los Municipios¹⁶; y, al apoyo de la red de Epidemiólogos del Ecuador que ha asumido la tutoría

¹⁵ Informe y rendición de cuentas del Accionar del programa nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA ITS en el Ecuador. Enero a Octubre del 2006, PNS-MSP, Ecuador.

¹⁶ REDIMA, Junta de Beneficencia de Guayaquil, Municipio de Quito, Municipio de Guayas.

permanente en cada provincia y la co-responsabilidad de la implementación, en las provincias y cantones, de las estrategias de prevención de VIH/SIDA recogidas en los objetivos 4 y 6 del Proyecto Fondo Global.

El cumplimiento del **objetivo 4** ha permitido la ampliación de la cobertura del manejo sintomático de las ITS con la capacitación masiva del personal de salud del MSP, FFAA, Policía, IESS, SSC etc.; y el **objetivo 6**, el fortalecimiento de la atención materno-infantil y la disminución de la transmisión madre – hijo, cuya meta está próxima a cumplirse a saber: *“Promover que 200.000 mujeres accedan a realizarse la prueba de tamizaje para detección del VIH/SIDA (y que) el 80% de las mujeres VIH+ reciban tratamiento profiláctico”*, apoyado con un fuerte componente de comunicación, la **Campaña Nacional de Información para la prevención de la transmisión vertical** que se caracteriza por su cobertura nacional y por su diseño intersectorial¹⁷

Otro esfuerzo que capitaliza este Plan estratégico nacional es la mejora substancial del programa de tratamiento con la capacitación al personal de salud de todas las regiones, la formación de equipos multidisciplinarios en los hospitales provinciales y cantonales y el acceso a tratamiento de 1650 PVVS en 17 establecimientos de salud. Esto ha sido posible gracias al apoyo técnico y financiero de la OPS y del FG, organismos que han facilitado la compra internacional de antiretrovirales precalificados para el tratamiento, satisfaciendo en un 60%, las necesidades en un año.

Por fin, se cuenta también con la validación y difusión de la normativa para el control de co-infección, el tamizaje, el manejo sintomático de ITS, la consejería elaborado con el apoyo de organizaciones no gubernamentales con asesoría técnica de OPS y distribuido en los Hospitales de II y III Nivel y Clínicas del Sida de todo el país.

En el sector educación, luego de un retraso que puso en “alerta temprana” al Mecanismo de Coordinación de País, el Ministerio de Educación Pública (MEP) con el apoyo de la GTZ, pudo negociar con el Fondo Global y logró cumplir con los indicadores de cobertura sobretudo en lo que se refiere a la ejecución del Plan nacional sobre la Sexualidad y el Amor, con énfasis en la prevención del VIH/SIDA e ITS en el currículo vigente de los centros de educación de nivel medio, institutos hispanos y bilingües, con el fin de reducir las prácticas de riesgo para VIH entre los adolescentes escolarizados. El **Memorando de entendimiento por la educación sexual** suscrito por el MEC, Salud, CONAMU, CNNA, UNFPA y otras ONG, el 16 de junio del 2006¹⁸ sella una alianza importante que busca institucionalizar la educación de la sexualidad, prevenir el VIH/SIDA y erradicar los delitos sexuales en el ámbito educativo con enfoques de derechos, equidad social, género, interculturalidad e intergeneracional. En el acuerdo, que regirá durante cinco años, las instituciones se comprometen a brindar asistencia técnica y financiera al Ministerio de Educación y por su parte el MEP garantiza que directivos, técnicos docentes y personal administrativo de la institución -en los ámbitos nacional, provincial y local- participen y apoyen el compromiso. Además, promoverá la participación de la comunidad educativa en estos procesos.

En el sector laboral, se destacan importantes avances. En octubre del 2005, el Ministerio de Trabajo y Empleo y el PNUD firman un convenio de cooperación interinstitucional para desarrollar estrategias tendientes a cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). En julio del

¹⁷ Participaron en el diseño los siguientes actores: UNICEF, OPS, Maternidad Gratuita, Proyecto Fondo Global, KIMIRINA, CRS, RedSIDA Azuay, Plan Internacional, CNNA, Cruz Roja, Fundación VIHDA y la Dirección de Comunicación Social del MSP. Se sensibilizó además a editorialistas y periodistas de los medios de comunicación quienes apoyaron la campaña.

¹⁸ Son los objetivos del memorando de entendimiento que suscribieron el 16 de junio el Ministerio de Educación, el de Salud, el Consejo Nacional de las Mujeres (CONAMU), el Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia, Plan Internacional, el Proyecto Ecuador Adolescente, Care Internacional, Map Internacional, UNFPA y Foster Parents.

2006, se expide el Acuerdo Ministerial No.00398 que prohíbe explícitamente solicitar la prueba VIH/SIDA como requisito para obtener o conservar un empleo, así como el despido de las PVVS por su estado de salud y se impulsan acciones de prevención y no discriminación en el sector laboral.

En los departamentos de salud y educación de los **gobiernos locales**, se manifiesta un interés creciente por participar. El apoyo del PNUD a partir del 2006, ha permitido que los municipios de Quito y Guayaquil lideren la respuesta en el sector de los gobiernos locales en el marco de Programas Municipales de Respuesta al VIH/SIDA.

4.2.5.2 Los asociados. La Sociedad civil organizada: las ONG y las organizaciones de PVVS. ONUSIDA y las agencias bilaterales y multilaterales de cooperación.

El sector del VIH/SIDA se caracteriza por fuertes alianzas entre el sector oficial y las ONG y por la presencia de las PVVS que ganan espacio por su protagonismo en las instancias de decisión. En efecto, las ONG -solas y/o articuladas en redes- han sido una fuerza que ha acompañado al Estado en sus logros y han construido la historia del sector a punta de esfuerzo y de constancia. Con eficaces estrategias de incidencia política, se han constituido en los actores presentes, creativos y activos del escenario institucional, lo que les ha valido el reconocimiento de las instituciones públicas y ha marcado la diferencia con muchos otros sectores en donde prevalece el monopolio de la posición oficial. El Plan Estratégico Multisectorial apuesta al dinamismo de este sector para alcanzar su ambiciosa meta.

Desde el 2004, ONUSIDA ha fortalecido su presencia con asistencia técnica, dinamizando el sector e impulsando una respuesta ampliada a la epidemia del VIH/SIDA. Su intervención -directa o a través de las agencias del Sistema de Naciones Unidas en el Ecuador- ha permitido involucrar a nuevos actores en la prevención de la epidemia, especialmente a las personas que viven con VIH/SIDA., a las mujeres, a los Municipios y a los sectores laboral y académico.

4.2.6 El presupuesto oficial

Los recursos destinados por el país para el Control del VIH/SIDA tienen una tendencia netamente creciente pero insuficiente. Con relación al presupuesto en Salud en el 2005, el destinado al control del VIH/SIDA representó solamente el 0,63%. Es sólo en el período 2005 – 2006 que alcanza la no despreciable asignación de US \$ 6'756.475, recursos que corresponden a la contraparte del país a los inyectados por el Fondo Global, los mismos que fueron destinados al fortalecimiento organizacional y al desarrollo de la capacidad instalada del PNS para responder a sus funciones como Receptor Principal de los recursos del Proyecto de País, además de invertirse en la atención integral a las PVVS y la adquisición de insumos.

Año	Presupuesto en Salud	Presupuesto para el Control del VIH/SIDA	Porcentaje VIH/SIDA del Presupuesto en Salud
1999	140'963.674	15.582,10	0.01%
2000	74'409.041	7.594,88	0.01%
2001	146'289.876	5.235,33	0.003%
2002	330'169.308	619.384,23	0.19%
2003	373'264.416	836.860,59	0.22%
2004	387'401.357	948.989,77	0.24%
2005	438'897.121	2'756.475,41	0.63%
2006	517'000.000	\$ 6'756.475	1.30%

Tabla 7: Presupuesto estatal para el control del VIH/SIDA 1999-2006

4.3 EL IMPACTO SOCIOECONOMICO DEL VIH/SIDA

No se dispone de mucha información sobre los impactos socioeconómicos del VIH/SIDA en el Ecuador con la excepción del estudio realizado en el 2005 por ONUSIDA. Los impactos macro y macroeconómico en resumen son los siguientes:

4.3.1 El impacto macroeconómico

El costo para el **Sistema Nacional de Salud** del *Estado Ecuatoriano en el año 2005 en atención y tratamiento a las PVVS* (tratamiento ARV, hospitalización y exámenes de seguimiento) se elevó a US\$ 8'539.743 el mismo que no pudo ser cubierto con el presupuesto total destinado para dicho año (*ver abajo tablas 8 Y 9*).

“Puesto que el Programa Nacional de Prevención y Control ITS-VIH/SIDA cuenta con un presupuesto total para el año 2005 de US\$ 2.756.475,41, resulta evidente que estos costos directos no podrán ser cubiertos por la mayoría de hospitales públicos del país debido principalmente a la escasez de presupuesto, problemas en el manejo de sus fondos (falta de estudios costo-efectividad, mala administración, etc.) y al alto costo de los medicamentos ARV que, en la mayoría de estos hospitales, se manejan ARV de marca o patentados...”

Nivel	Costo Directo Total 2005
Policía	115.400
FFAA	822.000
IESS	1'903.452
MSP	5'698.891
TOTAL	8'539.743

Tabla 8: Costo para el sistema de salud en el 2005. ONUSIDA

Con proyección epidemiológica, se estima que el costo directo total en el 2015 será de US\$ 67.237.604.

Años	Proyección Casos	Proyección Casos	Gasto Prom. Anual	Proyección Costo
	Nuevos	Acumulados	PVVIH/SIDA	Directo Total
2005	1369	7666	1.113,98	8.539.770,68
2010	8.330	15.996	1.113,98	17.819.224,08
2015	50.692	60.358	1.113,98	67.237.604,84

Tabla 9: Proyección epidemiológica de nuevos casos y costo directo

A estos costos sin embargo, deben añadirse otros, en particular aquellos indirectos que se refieren a los generados por productividad perdida: *“ausentismo laboral”, “discapacidad” y “muerte prematura”,* aunque éstos se vean compensados -en una proporción no estimada- por *“la mejoría en la calidad de vida de las PVVS que se ve reflejada en la ausencia de enfermedades oportunistas, el retraso en la progresión de la enfermedad, el incremento de la expectativa de vida, etc.”*.

4.3.2 El impacto microeconómico

Los costos del VIH/SIDA en la **microeconomía doméstica** relativos a la pérdida o disminución en los ingresos y por aumento del gasto familiar (*compra de ARV en períodos de desabastecimiento, medicamentos para IO, exámenes de laboratorios, exámenes de seguimiento de la enfermedad,*

dietas, medicamentos profilácticos, costos de transportes o de funeral en caso de fallecimiento) sobrepasan la capacidad de los hogares pobres quienes para asumírselos deben a menudo reducir “el gasto en alimentos, vivienda, ropa y artículos de aseo personal.

La circularidad del impacto de la epidemia en los hogares pobres es abrumadora: muchas familias se ven obligadas a vender los pocos bienes y propiedades que tienen con el fin de cubrir los costos asociados al SIDA. Este proceso suele empezar con la venta de artículos no esenciales, pero puede progresar rápidamente hasta la venta de inmuebles y bienes productivos fundamentales. Una vez desposeídos de bienes productivos, disminuyen las posibilidades de que los hogares puedan recuperarse y reconstruir su medio de sustento. Esto conduce al riesgo de un deslizamiento terminal hacia la indigencia y el colapso de las economías familiares”.

Al respecto, el Plan contemplará mecanismos específicos de apoyos económicos y psicosociales, especialmente para las PVVS y los NNA que viven privados de protección de su medio familiar o directamente afectados.

4.4 CONCLUSIONES

En el estado del arte, el **Sistema Epidemiológico Nacional** no ha logrado generar datos suficientes, en representatividad, consistencia y continuidad. Tampoco ha podido responder a los requerimientos del UNGASS a través del Sistema de Información para la Respuesta Nacional (SIRN) ni crear un sistema nacional de indicadores. Los datos actualmente disponibles presentan diversos problemas metodológicos, no han sido estandarizados y son dispersos por lo cual es difícil construir un mapa integrado y con base científica de la epidemia en el Ecuador. A pesar de los avances de la respuesta en los últimos años, los datos existentes delimitan una epidemia en expansión en todo el tejido social y con niveles altos de incidencia y prevalencia en ciertos grupos vulnerables. Al desconocimiento de la población sobre el VIH/SIDA y sus formas de infección se añaden aquellos factores que influyen en su propagación como la pobreza, la migración y la cultura en un contexto de discriminación que dificulta la prevención.

Respecto a los recursos invertidos, aunque debe aprovecharlo, por su naturaleza temporal, el país requiere considerar en forma prudente el apoyo del Fondo Global. Por otra parte, es importante puntualizar que, la atención a las PVVS no termina con la entrega de ARV puesto que la enfermedad genera una serie de costos adicionales elevados que terminan destruyendo la capacidad de los hogares pobres que son, por lo general, los más afectados por la epidemia. En ese sentido el Plan prevé la realización de estudios que afinen la información sobre los impactos, a nivel macro y micro, de la epidemia para ayudar a las instancias de decisión económica a construir los presupuestos a partir de proyecciones reales y con bases científicas.

Respecto al enfoque de las intervenciones, cabe indicar que, el país, hasta el 2005, ha priorizado el trabajo en grupos vulnerables pero con recursos insuficientes que no han garantizado intervenciones con cobertura necesaria. Por ello, la epidemia ha seguido creciendo en dichos grupos y en la población en general. La evidencia epidemiológica, aunque incompleta, indica la necesidad de equilibrar las intervenciones, fortalecer aquellas orientadas a los grupos vulnerables e iniciar una intervención decidida en otros sectores afectados y en la población en general.

Respecto al modelo, este Plan estratégico utiliza el abordaje por sectores prioritarios, el mismo que busca facilitar que otros actores (educación, bienestar social, justicia, trabajo, derechos, etc.) asuman el rol que les corresponde frente a la epidemia evitando una representación que concentre la intervención sobre la infección.

Respecto a la eficacia de las intervenciones se puede concluir que si bien los programas de prevención y tratamiento funcionan, debido a su poca cobertura y baja inversión han tenido una escasa repercusión sobre la epidemia. Por ello el Plan estratégico busca promover intervenciones eficaces y eficientes y una inversión suficiente del Estado y sus asociados para lograr cobertura e impacto.

Por último, **respecto a la multisectorialidad y al liderazgo**. El proceso de conformación, activación y funcionamiento del Mecanismo de Coordinación de País para la gestión del proyecto financiado por el Fondo Global ha resultado un interesante ejercicio de multisectorialidad mientras que otros esfuerzos de instancias de coordinación han quedado trancos como el CONASIDA o el INSIDA, organismos legalmente constituidos. En los 3 últimos años, este rol ha sido asumido por el Programa Nacional de Prevención y Control de ITS-VIH/SIDA, en su calidad de entidad rectora.

La construcción de una instancia superior capaz de articular, coordinar y regular una respuesta nacional multisectorial y que vaya más allá de un proyecto, es uno de los retos del nuevo Plan Estratégico Nacional.



II PARTE: Plan Estratégico Nacional

1. ALGUNAS CONSIDERACIONES

En el Ecuador, la epidemia se difunde principalmente en los intercambios sexuales de hombres y mujeres. Por ello, con frecuencia, hablar del VIH/SIDA es hablar del deseo y sus recorridos. Sin embargo, esta reducción a su dimensión orgánica pierde de vista lo psicológico, social y cultural.

Aunque es verdad que es el cuerpo el espacio en donde se ejercen los derechos sexuales y reproductivos, al circunscribirse a la dimensión orgánica de los comportamientos sexuales, los modelos de intervención parten del supuesto que las personas están siempre en capacidad de ejercer un control total sobre sus comportamientos sin tomar en cuenta que hay respuestas más emocionales que inducen a la actividad sexual. Estos modelos también ignoran la influencia del contexto marcado por la pobreza y exclusión, en donde actúan con fuerza, además del deseo, la identidad, las relaciones de género y una serie de representaciones colectivas que se tejen entre sí con elementos de realidad y de lo imaginario. Esta situación ha permitido que la infección desencadene múltiples epidemias cuyos impactos empiezan a sentirse y ponen de manifiesto que, las intervenciones -desde la perspectiva de la salud- son insuficientes porque no visibilizan los efectos de la epidemia sobre el desarrollo de los países.

Al presentar un plan multisectorial se busca marcar la diferencia entre infección y epidemia -la primera, como un problema de salud, la segunda, como un problema de desarrollo-. Sobretodo se quiere poner énfasis en un abordaje en donde se plantee a la prevención como una estrategia, igual o más eficaz, para responder al VIH que la atención y el tratamiento, aunque con la conciencia de que, son muchos los factores que la vuelven una tarea compleja, a saber: la fragmentación de los esfuerzos, la falta de continuidad y de sinergia, la persistencia del estigma y la discriminación, pero también la falta de información o de acuerdos sobre los modelos más efectivos, eficaces y eficientes.

La prevención tiene que pensarse como un continuo, cada etapa de la infección requiere de una estrategia preventiva. En la **primera**, se busca evitar que hombres, mujeres, personas con otra opción sexual y personas transgéneros, adultos, jóvenes, adolescentes y niños se infecten. Para lograrlo, hay que reducir la vulnerabilidad propia de las sexualidades de los hombres y de las mujeres, compuesta de constelaciones dinámicas de factores de riesgo y protección. Su principal estrategia es la promoción del uso del condón acompañada o no de otros cambios en el comportamiento sexual. En la **segunda etapa**, se busca disminuir el tiempo transcurrido entre el momento en el que la persona se infecta hasta cuando llega a conocer su estatus serológico, para evitar el agravamiento de su condición, pero también para tomar medidas de protección respecto al otro. Su principal estrategia es la promoción de la prueba voluntaria y la consejería. La **tercera etapa** se inicia en el momento que la persona se sabe VIH positivo y, en la cual, se busca aumentar los niveles de autoprotección y de protección del otro, favoreciendo un monitoreo adecuado del estatus virológico, el acceso y la adherencia a los TAR, la consejería y el apoyo psicológico, las modificaciones en la vida sexual para evitar la reinfección y el tratamiento de las IO, tomando en cuenta que la presencia de ARV podría incidir en el estado de alerta y de autovigilancia del sujeto.

Caracterizar la respuesta por etapas es hablar de tres tipos de prevención: primaria, secundaria y terciaria; prevención *per se*, la prevención con la detección y la prevención durante el

tratamiento. A su vez, al conjunto de estrategias es a lo que se denomina “atención integral”.

2 METODOLOGIA DEL PROCESO

El “Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional al VIH/SIDA 2007-2015”¹⁹ fue elaborado a partir del 2005 bajo la responsabilidad y el liderazgo del Ministerio de Salud Pública (MSP), a través de su Programa Nacional de Prevención y Control de ITS-VIH/SIDA (PNS) y el apoyo del Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA – Ecuador) y formulado con una metodología participativa, inclusiva, flexible y multisectorial.

Estas características metodológicas han permitido que, en las diferentes actividades del proceso de planificación estratégica, cerca de 300 delegados de instituciones del gobierno nacional, de los gobiernos locales y de la sociedad civil organizada, hayan tenido la oportunidad de participar en la construcción del Plan. Un papel preponderante han jugado las personas viviendo con VIH/SIDA al ser protagonistas en todos los eventos y en todas las instancias de responsabilidad. En definitiva, la participación ha sido el mecanismo con el que se ha asegurado que el país cuente con este marco de acción debidamente apropiado por los actores.

En su formulación, el Plan recogió las principales recomendaciones de la evaluación del Plan Estratégico Nacional sobre VIH/SIDA 2001-2003 y de la respuesta comprendida entre el 2003-2005. Otros insumos importantes fueron: el “Informe del Gobierno del Ecuador relativo al seguimiento de sus obligaciones a la Declaración de Compromiso de UNGASS por el período 2003 - 2005” -presentado ante la Asamblea General de las Naciones Unidas en Nueva York- en junio del 2006; y el informe de la *Consulta Nacional para el “Acceso Universal”* del mes abril del mismo año, ambos liderados también por el PNS y consensuados con las instituciones públicas y la Sociedad Civil Organizada.

3 MARCO ESTRATÉGICO

3.1 VISIÓN DE FUTURO

Al 2015, en Ecuador se ha disminuido la velocidad de crecimiento de la epidemia del VIH/SIDA gracias a una respuesta nacional, multisectorial, coordinada y con políticas públicas en ejecución que garantizan, con enfoque de género y derechos humanos, el acceso universal a la promoción, prevención y atención integral así como a la equidad y la igualdad de oportunidades para las personas viviendo con VIH/SIDA

3.2 MISIÓN

Enfrentamos la epidemia del VIH/SIDA en el Ecuador como un problema de desarrollo impulsando una respuesta multisectorial, promoviendo y ejecutando políticas públicas desde nuestro rol como ciudadanos, organizaciones sociales e instituciones públicas

¹⁹ Como programa conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA que reúne los esfuerzos del Sistema de las Naciones Unidas para contribuir a la reducción del impacto de la epidemia del VIH - Sida en el mundo. N. de la C.

3.3 VALORES

En el cumplimiento de su misión y para alcanzar la visión de futuro, en todas las acciones del Plan se buscará que se reflejen los valores de:

Solidaridad: en la atención prioritaria a los grupos que presentan mayor vulnerabilidad o riesgo movilizando para ello el esfuerzo y la cooperación de la sociedad en su conjunto.

Equidad: en el acceso a servicios, beneficios y protección, de acuerdo a sus derechos sin discriminación relativas al género, a lo social, a la edad, a la diversidad sexual o pertenencia a una etnia.

Justicia: en el hecho de dar a cada persona lo que le corresponde o pertenece, haciendo respetar y respetando el marco constitucional y legal vigente.

Respeto: en la promoción de un marco de derechos humanos que, en la lucha por la salud integral, se respeta la dignidad de cada persona sin distinción de raza, edad, género, opción sexual, estado de salud.

Honestidad: imprimiendo racionalidad, decencia y probidad en nuestro accionar.

Generosidad: de compartir logros, de buscar como sumar fuerzas, de pensar en el bien del país antes que en los intereses personales e institucionales.

Responsabilidad: o la promoción de la conciencia de que tanto los responsables como los beneficiarios de este plan somos sujetos activos de derecho y debemos reconocer y aceptar las consecuencias de nuestros actos realizados libremente, comprometiéndonos a aportar a la solución y no al problema.

Compromiso: en la forma de que las acciones se lleven a cabo con seriedad y sin dilación porque nos mueve el sentimiento de obligatoriedad y de premura que la naturaleza del problema que se atiende, exige.

3.4 PRINCIPIOS RECTORES

Los principios rectores pilares del plan son los siguientes:

Primero: La respuesta al VIH/SIDA se elevará a **política de estado** y comprometerá a todos los sectores.

Segundo: La respuesta al VIH/SIDA tiene un **enfoque social de derecho** que vuelve prioritaria la participación de la sociedad civil organizada y de las PVVS como principio regulador del quehacer del Estado y en el que, la atención primaria o preventiva es tan importante –si no es más- como la atención secundaria o curativa.

Tercero: La garantía del ejercicio y goce de los **derechos humanos con un enfoque integral** que tome en cuenta el ciclo de vida, es la razón de ser de las políticas, programas y servicios relacionados con la prevención, atención y tratamiento del VIH/SIDA.

Cuarto: La respuesta al VIH/SIDA tendrá un **enfoque de género y de justicia social** será incluyente, multi e intersectorial y respetará la diversidad social y cultural.

- Quinto:** La formulación de políticas y programas tendrá en cuenta **el impacto del VIH y el SIDA** en el ser humano y en el desarrollo socioeconómico del país, en lo micro y lo macro.
- Sexto:** Toda política, plan y programa estarán fundamentados en **evidencias científicas** para garantizar la **objetividad de las intervenciones**.
- Séptimo:** La respuesta del VIH/SIDA **articula a los diferentes sectores**, toma en cuenta las especificidades locales y la cercanía a la gente.
- Octavo:** El Estado ecuatoriano y sus asociados (gobierno, empresa privada, sociedad civil organizada, comunidad y agencias de cooperación nacional e internacional) se comprometen a procesos de **rendición de cuentas** que asegure la transparencia en la gestión y uso de los recursos.
- Noveno:** La respuesta al VIH/SIDA se desarrolla en el marco consensuado por las Naciones Unidas de **“Los tres unos”**: un solo plan estratégico, un liderazgo establecido y un sólo sistema de monitoreo y evaluación.
- Décimo:** El Plan Estratégico será el marco que asegure la **viabilidad política, técnica y financiera** de la respuesta nacional.

4 SECTORES PRIORITARIOS Y ESTRATEGIAS COMUNES

4.1 SECTORES PRIORITARIOS

La utilización del concepto de **“sectores prioritarios para la acción”** deriva de la metodología asumida para la formulación del Plan y que es la propuesta en la *“Guía para la planificación estratégica de una respuesta nacional al VIH/SIDA”* de ONUSIDA (Guías ONUSIDA). Según esta guía, *“la planificación en materia de VIH significa, por consiguiente, preparar estrategias pertinentes para situaciones concretas, suficientemente flexibles como para adaptarse cuando cambia la situación y que tengan en cuenta, de manera realista, los recursos disponibles”*²⁰.

Estos sectores se los establece inicialmente *“en función de la importancia que tiene la contribución de diversos factores en la propagación de la epidemia de VIH/SIDA y de sus efectos negativos en el país”*.²¹

Tomando en cuenta que el VIH se transmite predominantemente a través del contacto sexual en el 96% de los casos, en menor proporción de la transfusión de sangre y de la transmisión perinatal, los sectores que se identifican integran grupos poblacionales que fundamentalmente están en condiciones de vulnerabilidad o riesgo de infectarse por dichas vías.

No debe confundirse sin embargo, al sector prioritario para la acción, como exclusivamente un grupo poblacional vulnerable. De hecho, un sector prioritario se refiere a un grupo vulnerable bajo ciertas condiciones y a la red de actores institucionales que, con sus programas, interactúan con este grupo, así como a una serie de otros componentes relevantes, como por ejemplo el marco legal, las representaciones socioculturales, conceptos, etc. y, finalmente, los recursos económicos. El análisis

²⁰ Guía para la planificación estratégica de una respuesta nacional al VIH/SIDA. Módulo 3. Pág.5

²¹ Guía para la planificación estratégica de una respuesta nacional al VIH/SIDA. Módulo 1. Pág.11

de la situación se refiere al grupo poblacional, mientras el análisis de la respuesta, a lo que se ha movilizó en relación con este grupo para modificar ciertos de sus parámetros de vulnerabilidad.

Otra forma de pensar los “sectores prioritarios para la acción” es combinar, en una matriz a doble entrada, los ejes temáticos tradicionalmente aceptados de la respuesta al VIH/SIDA -a saber: prevención, atención, derechos humanos, etc.- y los grupos poblacionales vulnerables identificados. Luego, concentrarse, en cada celda combinada, en desarrollar las estrategias “que tienen un real potencial para modificar la situación”. Los sectores prioritarios identificados y validados en el proceso de construcción del plan son los siguientes:

- 1º Sector prioritario : Atención, empoderamiento y promoción de derechos de las personas viviendo con el VIH/SIDA.
- 2º Sector prioritario : Prevención del VIH/SIDA en niños, niñas, adolescentes y jóvenes, a través del aseguramiento del ejercicio progresivo de sus derechos.
- 3º Sector prioritario : Prevención de la transmisión vertical (madre-hijo) y protección de niños expuestos perinatales.
- 4º Sector prioritario : Reducción de la mayor exposición y riesgo frente al VIH/SIDA, promoción de derechos en hombres gay, otros hombres con comportamiento bisexual y personas *trans*.
- 5º Sector prioritario : Promoción de derechos, prevención de ITS/VIH/SIDA, y desarrollo de habilidades para el sexo seguro en personas que ejercen el trabajo sexual y sus clientes.
- 6º Sector prioritario : Promoción de relaciones equitativas de género entre hombres y mujeres, derechos y reducción de la violencia contra las mujeres.
- 7º Sector prioritario : Suministro de sangre segura en personas receptoras.
- 8º Sector prioritario : Promoción de derechos, atención y comportamientos sexuales seguros en personas privadas de libertad, policía y militares.
- 9º Sector prioritario : Inclusión de la población refugiada y solicitante de asilo en respuestas nacionales de prevención y atención, y reducción de la vulnerabilidad y comportamientos de riesgo.
- 10º Sector prioritario : Promoción de comportamientos sexuales seguros y reducción del estigma y la discriminación en la población en general y en grupos móviles.

4.1.1 **Acotaciones a los sectores de: niñez- adolescencia y mujeres.**

4.1.1.1 Niñez y adolescencia y VIH/SIDA

En el presente Plan Estratégico Nacional del VIH-SIDA 2007-2015, el tema de VIH-SIDA en la niñez y adolescencia se lo trabaja en dos grandes ámbitos, los mismos que son:

- a. Atención de niños, niñas y adolescentes viviendo con VIH-SIDA y niños, niñas y adolescentes infectados vía transmisión vertical
- b. Prevención en:
 - b.1. Adolescentes ejerciendo sus derechos sexuales y reproductivos
 - b.2. Niños, niñas y adolescentes en ejercicio progresivo de todos sus derechos incluyendo los sexuales y reproductivos.
 - b.3. Adolescentes en acogimiento institucional por medidas socio-educativas.

Estos ámbitos se los aborda específicamente en tres de los sectores prioritarios para la acción: **Sector No.3** “Prevención de la transmisión vertical (madre-hijo) y protección de niños y niñas expuestos perinatales”, **Sector No. 1:** “Atención, empoderamiento y promoción de derechos de las PVVS” y, en el **Sector No. 2:** “Prevención del VIH-SIDA en niños, niñas, adolescentes y jóvenes a través del aseguramiento del ejercicio progresivo de sus derechos”.

4.1.1.2 Mujeres y VIH/SIDA

A su vez el tema del VIH/SIDA en mujeres se lo trabaja en tres grandes ámbitos, los mismos que son:

- a. Atención de mujeres viviendo con VIH-SIDA y mujeres que son madres viviendo con el VIH/SIDA, no conocen su estatus y están en riesgo de infectar a sus hijos por transmisión vertical.
- b. Prevención en mujeres que ejercen sus derechos sexuales y reproductivos en desigualdad de género y un marco de violencia:
 - b. 1 Las mujeres privadas de libertad.
 - b. 2 Las que ejercen el trabajo sexual.
 - b. 3 Las refugiadas y solicitantes de refugios.
 - b. 4 Aquellas que ejercen funciones en las fuerzas de seguridad.
 - b. 5 Y las que se dedican a los quehaceres domésticos.

Aunque sin ser categorías estancas, estos ámbitos se los aborda, el primero en el **Sector No.1** “Atención, empoderamiento y promoción de derechos de las PVVS” y, en el **Sector No.3** de “Prevención de la transmisión vertical (madre-hijo) y protección de niños y niñas expuestos perinatales”, el segundo, en los **sectores que corresponden a cada grupo**.

4.2 ESTRATEGIAS COMUNES A TODOS LOS SECTORES PRIORITARIOS

El plan prevé un conjunto de estrategias que se orientan al fortalecimiento de todos los sectores y a su capacidad de respuesta. A continuación se agrupan las estrategias que se desarrollarán para alcanzar el fortalecimiento de los mismos, aquellas, que buscarán viabilizar la ejecución del plan y su seguimiento, y en un capítulo aparte, las que fortalecerán el Sistema Nacional de Salud para asegurar el Acceso Universal al Tratamiento.

4.2.1 Estrategias que buscan fortalecer al conjunto de sectores prioritarios:

Estas estrategias buscan mejorar el liderazgo, la participación y la coordinación de los esfuerzos, el compromiso político, la reorganización y capacidad instalada de las instituciones, la calidad de los servicios de forma a que respondan con mayor eficacia y eficiencia a las necesidades de la población, a partir de la reforma y/o consolidación o implantación, de sistemas y mecanismos.

4.2.1.1 Consolidación del liderazgo y la coordinación interinstitucional e intersectorial, y la transversalización

Se siente la necesidad de identificar un liderazgo que permita la coordinación multisectorial, la transversalización y la armonización de la respuesta nacional. El país cuenta con pocas estructuras de coordinación, aparte del MCP. Es sólo a partir del 2005 que, el Programa Nacional de Prevención y Control de ITS-VIH/SIDA del Ministerio de Salud Pública ha sido fortalecido como organismo rector del VIH/SIDA, con suficiente voluntad política y recursos fiscales hasta alcanzar el nivel profesional y compromiso necesario para cumplir con su mandato y atender los requerimientos del proyecto financiado por el FG. A pesar de ello, el liderazgo del PNS se circunscribe al sector salud y funciona dentro de una estructura administrativa y financiera que no facilita los procesos de toma de decisiones para llevar a cabo

responsabilidades de coordinación multisectorial que implican gran cantidad de actores y niveles gubernamentales y de sociedad civil.

4.2.1.2 Armonización del marco legal -con enfoque de género y diversidad sexual- en cumplimiento de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, la Ley de Atención Integral al VIH y la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la infancia

Un gran esfuerzo del Estado ecuatoriano, a través de los ministerios de Salud y de Trabajo en consenso con la sociedad civil organizada y el apoyo de ONUSIDA ha sido la elaboración del anteproyecto de sustitución de la Ley para la Prevención y Asistencia Integral de VIH/SIDA. Esta propuesta de ley substitutiva denominada ley de Respuesta Integral al VIH/SIDA, ha sido consensuada y, con un enfoque social de derecho, busca regular las acciones del sector considerando los avances en todos los campos y pone especial énfasis en la prevención mejorando los mecanismos de liderazgo y coordinación intersectorial. A partir de su puesta en vigencia es imprescindible armonizar el marco legal y político en todos los sectores tanto en función del cumplimiento de la política de Salud Sexual y Reproductiva en lo que atañe al VIH/SIDA como de la ley propiamente dicha.

4.2.1.3 Modelo de prevención consensuado que tome en cuenta la diversidad y la multiculturalidad

Una de las recomendaciones de los actores, en la etapa de evaluación fue que, el nuevo plan cuente con un modelo claro de prevención que facilite la comprensión de los conceptos y que oriente la ejecución de las estrategias en poblaciones tan diversas. Muchas organizaciones del sector han desarrollado metodologías de prevención eficaces, pero éstas se conocen poco y no se han capitalizado.

4.2.1.4 Promoción de la participación efectiva de la sociedad civil

La experiencia del país refleja que muchos logros en el sector del VIH/SIDA han sido posible gracias a las alianzas entre las instituciones públicas y la sociedad civil organizada. Así como también gracias a la capacidad de incidencia política de ésta última. Sin embargo, las evaluaciones proyectan una sociedad civil compuesta, en su mayor parte, de organizaciones pequeñas ejecutando pequeños proyectos. Y aunque algunos de los programas desarrollados tienen un alcance casi nacional, su accionar en general se caracteriza por cierta fragmentación, desconexión y discontinuidad.

4.2.1.5 Posicionamiento del VIH/SIDA en la sociedad ecuatoriana y en las instancias de decisión

Para el éxito y sostenibilidad de la respuesta en todos los sectores prioritarios, es prioridad promover en la sociedad ecuatoriana un entorno político, social y legal favorable para el abordaje integral del VIH/SIDA desde una perspectiva de derechos humanos que facilite la movilización de la sociedad, la participación real y efectiva de los diferentes actores sociales, en especial de los más afectados, la generación de alianzas estratégicas y la ubicación de recursos. Para ello se propone el diseño de una estrategia nacional de comunicación que articule a todos los sectores y estrategias que sensibilicen a los propietarios de medios, los comunicadores sociales y los orientadores de la opinión pública.

4.2.1.6 Aseguramiento de la disponibilidad de condones en los sectores prioritarios.

De todas las estrategias de prevención de la infección por el VIH, el uso del preservativo es la más costo-efectiva y universal. Por este motivo, enmarcado en la Política Nacional de Salud y derechos Sexuales y Reproductivos, el Plan sistematizará su desarrollo haciendo énfasis en los compromisos adquiridos a nivel internacional y regional. Para ello se prevé la estrategia común que busca el acceso universal a métodos de prevención del VIH/SIDA a través del diseño y puesta en funcionamiento de un mecanismo que asegure una disponibilidad de

insumos (condones y lubricantes) a nivel nacional y local para la prevención del VIH/SIDA y de las infecciones de transmisión sexual (ITS) de calidad y a bajo precio con un financiamiento adecuado para las poblaciones más expuestas así como también promoverá su uso en la población en general.

4.2.1.7 Gestión de la información para el monitoreo nacional de la epidemia

La epidemia debe ser monitoreada. Las respuestas nacionales conciben sistemas de información que se fundamentan en marcos teóricos y metodológicos complejos. El más reciente es el de los Observatorios Nacionales. Este concepto ha sido recogido en la Política Nacional de Salud y Salud Sexual y Reproductiva. Uno de los esfuerzos realizados que debe capitalizar este plan es la implantación y desarrollo de un Sistema de Vigilancia Epidemiológica de segunda y tercera generación²² según las recomendaciones de ONUSIDA y de la Organización Mundial de la Salud. La misma que toma como punto de partida los resultados de la línea de base llevada a cabo con los recursos del Fondo Global²³.

Finalmente, cabe indicar que la información existente utilizada para los procesos de toma de decisiones no se socializa de forma a que permita la integración o interpretación o sistematización de las fuentes. La socialización de los datos será fundamental para generar una reacción pública al VIH.

4.2.2 Estrategias para la viabilidad del Plan estratégico y su seguimiento

4.2.2.1 Gestión de la información para el monitoreo de la respuesta nacional.

La ejecución del plan que, en estricto sentido, se llevará a cabo a través de la planificación-ejecución de sus planes operativos multisectoriales, nacionales y locales, descansa en una adecuada estructura de responsabilidad a nivel nacional y local y en un sistema de monitoreo y evaluación. En la definición de los Planes Operativos Anuales de los programas y proyectos, se incluirá un conjunto específico de indicadores de procesos, resultados e impactos que serán recogidos periódicamente en cada programa, con el fin de conocer sus avances y el grado de cumplimiento de sus objetivos, el tipo de dificultades que conocen y los ajustes que deben introducirse. El sistema de monitoreo y evaluación describirá: cómo los recursos generan procesos, cómo los procesos conducen a los resultados de los programas y cómo los resultados provocan impactos en los grupos considerados. De esta manera se podrá establecer la efectividad, eficacia y eficiencia de los planes operativos y, por ende, del Plan Estratégico. Por ello, es importante que, en el Sistema de Monitoreo y Evaluación (SME), se visualice además de la estructura de responsabilidad, los mecanismos claros de planificación, documentación, reporte, evaluación y sistematización así como los recursos técnicos y financieros suficientes que garanticen el éxito del proceso. El Plan estratégico, prevé una evaluación intermedia en el 2010, lo que permitirá ajustar las estrategias para el siguiente período comprendido entre el 2010 y el 2015.

4.2.2.2 Aseguramiento de los recursos y la calidad del gasto para la ejecución del plan

Finalmente, se buscará darle viabilidad al Plan estratégico a través de la inclusión de los recursos en el Presupuesto General del Estado y de la movilización y comprometimiento de los asociados asegurando la focalización del gasto. Para ello se prevé adecuados ejercicios de priorización y ajustes -a través de los planes operativos anuales- a nivel de los organismos estatales responsables de la respuesta a nivel nacional y local, procesos de sensibilización de

²³ Investigación realizada en el 2006 y 2007 por la Universidad USFQ.

los responsables de las finanzas públicas y organización de mesas de cooperantes bilaterales y multilaterales que alcance compromisos de recursos adicionales.

Estrategias que buscan fortalecer al conjunto de sectores prioritarios:

Estrategia común No.1: Construcción de una autoridad nacional para la respuesta al VIH/SIDA

Objetivo: Garantizar un liderazgo nacional para la respuesta multisectorial a la epidemia.

Metas: Hasta el 2008, se instala la Comisión Nacional de VIH/SIDA en el Consejo Nacional de Salud con las funciones definidas en la Propuesta de Reforma de Ley de Respuesta Integral al VIH/SIDA²⁴ al 2015, el Plan Estratégico Multisectorial para la respuesta nacional al VIH/SIDA 2007-2015 ejecutado en un 80%.

Indicadores:

1. % de las organizaciones que operan en el marco definido por el Plan Nacional 2007 – 2015 con el liderazgo del CONASA-CONASIDA,
2. Número de convenios interinstitucionales tendientes a facilitar la transversalización del VIH/SIDA en otros sectores.
3. % de sectores sociales, económicos y productivos articulados para la ejecución del Plan Estratégico Multisectorial

Líneas de intervención	Responsables	Costos
1.1 Esfuerzos de incidencia política tendientes a la aprobación de la nueva Ley sobre VIH/SIDA y su reglamentación	CONASA, MSP-PNS	
1.2 Iniciativas de difusión y socialización de la Ley substitutiva de Atención Integral del VIH-SIDA luego de su puesta en vigencia por el Congreso Nacional así como del marco legal armonizado en función de la nueva ley.	CONASA, MSP-PNS, Ministerios de Trabajo, Educación y Bienestar social, Frente Social, ONG.	
1.3 Implantación, estructuración y consolidación orgánica y funcional del nuevo organismo rector y multisectorial en el CONASA.		
1.4 Diseño y ejecución de un plan y mecanismos de coordinación interinstitucional que integre a los actores alrededor de objetivos nacionales comunes y que promueva la inclusión de nuevos.	CONASA-CONASIDA	
1.5. Diseño e implantación de estrategias de transversalización del VIH/SIDA en otros sectores aún no involucrados.	CONASA y Sociedad Civil Organizada	

Estrategia común No. 2: Armonización del marco legal -con enfoque de género y diversidad sexual- en cumplimiento de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, de la Ley Atención a la infancia y la Ley de Respuesta Integral al VIH/SIDA y de la ley de Maternidad Gratuita.

Objetivo: Garantizar y promover la vigencia de los DDHH, el respeto de las PVVS y poblaciones vulnerables enmarcando su accionar en marcos legales y evidencias científicas actualizadas.

Metas: Al 2010, se difunde el estudio que identifica las necesidades de armonización del Marco legal. Al 2015, se introducen reformas al 80% de los Códigos, leyes menores que así lo requieran y un 80% de los sectores cuentan con políticas intersectoriales en VIH/SIDA, diversidad sexual y género.

Indicadores:

1. % leyes protegiendo los derechos de las PVVS y poblaciones vulnerables.

²⁴ Ver documento de la Propuesta en anexo.

II PARTE: PLAN ESTRATEGICO

Estrategias comunes a todos los sectores prioritarios: Objetivos concretos, Estrategias y Líneas de intervención.

2. % de políticas intersectoriales que transversalizan el VIH/SIDA, enfoque de género y la diversidad sexual.

Líneas de intervención	Responsables	Costos
2.1 Estudios tendientes a identificar vacíos o incoherencias y propuestas de reformas que armonicen el marco legal y formulación de políticas intersectoriales en VIH/SIDA.	PNS, SCO, ONUSIDA, Ministerios del Frente Social. ²⁵	
2.2 Formulación de normas de discriminación positiva hacia las mujeres y GLBTT para fomentar la igualdad entre los géneros.	CONAMU, PNS, SCO, PVVS,.	
2.3 Iniciativas de socialización y divulgación de las normas legales armonizadas en las instituciones de los sectores: público y privado.	CONASA, MSP, ONG, Coalición de PVVS	

Estrategia común No. 3: Modelo de prevención consensuado que tome en cuenta la diversidad y la multiculturalidad.

Objetivo: Sistematizar y socializar las experiencias de prevención y comunicación exitosas que tomen en cuenta la diversidad y la multiculturalidad; y, construir un modelo que parta de una estructura causal del problema y el análisis de sus características y tendencias.

Metas: Al 2010, el país cuenta con un estudio de costo-efectividad de las intervenciones de prevención y al 2015, los programas nacionales de prevención integran los lineamientos evaluados como costo-efectivos.

Indicadores:

1. % de programas orientados por el modelo consensuado

Líneas de intervención	Responsables	Recursos
3.1 Recopilación de Investigaciones sobre modelos de intervención exitosos a nivel de la región y sus niveles de eficacia.	CONASA-CONASIDA ²⁶ , ONUSIDA	
3.2 Iniciativas de socialización y evaluación de las metodologías preventivas utilizadas en el país.		
3.3 Sistematización y publicaciones de buenas prácticas.		
3.4 Adecuación de modelos eficaces a la realidad nacional, construcción y validación de metodologías consensuadas que tomen en cuenta la experiencia con enfoque de diversidad y multiculturalidad.		

Estrategia común No. 4: Promoción de la participación efectiva de la sociedad civil organizada

Objetivo: Promover la participación ciudadana en los procesos de diseño, ejecución y evaluación de las políticas públicas en el campo del VIH/SIDA.

Metas: Al 2010, se han introducido las reformas a la ley y se ha estructurado un Fondo y un Sistema para que el sector sin fines de lucro se fortalezca. Al 2015, todas las instancias de decisión, claves del sector, cuentan con representación democrática y paritaria (Estado-sociedad civil)

²⁵ En el 2007, es el Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social la instancia que los coordina.

²⁶ . En el actual proceso de modificación de la Ley, se prevé la creación de una comisión multisectorial, CONASIDA, acorde a la Ley Orgánica de Salud y a la Política Nacional de Salud y Derechos sexuales y reproductivos.

II PARTE: PLAN ESTRATEGICO

Estrategias comunes a todos los sectores prioritarios: Objetivos concretos, Estrategias y Líneas de intervención.

Indicadores:

1. Número de organizaciones de la sociedad civil fortalecidas trabajando en VIH/SIDA.
2. Número de iniciativas orientadas a exigir por parte de los actores responsables, el cumplimiento de la ley y del Plan
3. Número de instancias de decisión donde las PVVS se encuentran representadas.

Líneas de intervención	Responsables	Recursos
4.1 Diseño e implantación de un sistema y creación de un fondo para el fortalecimiento de las ONG, la articulación en redes y la instalación de mecanismos para la sostenibilidad programática del sector.	CONASA, MSP-PNS	
4.2 Iniciativas que fortalezcan una cultura de participación ciudadana (espacios de deliberación y concertación, foros, conversatorios)	MSP-PNS, Ministerios del Frente Social y Municipios, ONG, SCO, Organizaciones de PVVS.	
4.3 Creación de veedurías y control ciudadanos (u otros mecanismos de exigibilidad social) que fiscalicen la gestión de los diferentes actores responsables de dar cumplimiento a la Ley para la Prevención y Asistencia Integral de VIH/SIDA y de éste Plan.	ONG, OBC, CEPVVS	
4.4 Organización y consolidación de redes con fines de fortalecimiento de la capacidad de incidencia política (propuesta de leyes, seguimientos de compromisos del país ante los foros internacionales, formación de alianzas con las instituciones de estado, etc.)	PVVS y organizaciones de PVVS.	

Estrategia común No. 5: Posicionamiento del VIH/SIDA en la sociedad ecuatoriana y en las instancias de decisión

Objetivo: Generar una conciencia social nacional sobre la importancia y gravedad de la epidemia y la necesidad de una respuesta multisectorial, con enfoque de DDHH y de género.

Metas: Al 2010, se cuenta con estudios sobre el impacto socio-económico de la epidemia y se ha consensado la estrategia nacional de comunicación y las campañas que se diseñan integran sus lineamientos. Al 2015, se ha logrado articular los medios de comunicación colectiva, a nivel nacional y local y se llega a toda la población.

Indicadores:

1. % de población general y Número de autoridades alcanzados por la estrategia de comunicación social.
2. Características y aportes de los medios de comunicación, gobiernos locales y sociedad civil al proceso de concienciación.

Líneas de intervención	Responsables	Recursos
5.1 Diseño y ejecución de una estrategia nacional de comunicación que equilibre el enfoque del VIH/SIDA como un problema de salud (impactos de la infección sobre la salud) y de desarrollo (impactos del VIH/SIDA sobre el desarrollo socio-económico).	CONASA-CONASIDA, MSP-PNS, Frente Social, CONAMU, CNNA, AME, CONCOPE, Asociados, ONG ²⁷ .	
5.2 Promoción de alianzas sólidas entre medios de comunicación, gobiernos locales y sociedad civil.	PNS, Municipios, ONG	
5.3 Iniciativas de información y difusión de los compromisos del país en los foros internacionales (Objetivos de Desarrollo del Milenio, UNGASS 2001, Tres Unos, etc.) y promoción de las normativas relacionadas a los derechos de las poblaciones más vulnerables.	MSP-PNS	
5.4 Diseño y desarrollo de estudios de impacto socio-económico de la epidemia a nivel macro y micro económico.	Frente Social, Universidades, ONUSIDA, SIISE	

²⁷ Coordinadoras locales de ONG en VIH/SIDA (ver Glosario en Anexo No.4).

II PARTE: PLAN ESTRATEGICO

Estrategias comunes a todos los sectores prioritarios: Objetivos concretos, Estrategias y Líneas de intervención.

Estrategia común No. 6: Aseguramiento de la disponibilidad de condones en los sectores prioritarios para la acción

Objetivo: Asegurar la disponibilidad de condones, masculinos y femeninos, de calidad y de bajo costo para las poblaciones más expuesto y fomentar su uso consistente para la población en general.

Metas: Al 2010, se cuenta con la normativa para la disponibilidad asegurada de condones y el diseño del sistema de adquisiciones de condones, almacenamiento y distribución en función de los resultados de los estudios así como con un plan piloto ejecutado en 5 provincias. Al 2015, el Sistema es completamente operativo y tienen una cobertura del 60% de la población de 15 a 49 años.

Indicadores:

1. Cambios en la disponibilidad y precio de los condones para la población.
2. % de incremento de sectores promocionando activamente el uso del condón.
3. % de personas que declaran haber usado condón en la última relación sexual de riesgo

Líneas de intervención	Responsables	Recursos
6.1 Diseño y desarrollo de investigaciones (estudios CAP, encuesta ENDEMAIN, etc) sobre el condón y su uso desde una perspectiva multicultural y necesidades insatisfechas	Observatorio Nacional de SIDA, CONASIDA-CONASA.	
6.2 Formulación e instrumentación de un marco normativo nacional para la disponibilidad asegurada de condones en el contexto de la Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivas (con la armonización de otros que lo requieran)	Observatorio Nacional de SIDA, CONASIDA-CONASA.	
6.3 Formulación y puesta de estrategias para la difusión del marco legal e incidencia política en los gobiernos locales y en otros sectores.	Observatorio Nacional de SIDA, CONASIDA-CONASA., PNS, MEC y SNS.	
6.4 Diseño, implementación y puesta en funcionamiento de un Sistema de adquisición, almacenamiento y distribución de condones.	CONASIDA-CONASA., PNS, MEP y SNS.	
6.5 Diseño de estrategias IEC para la promoción y uso del condón con diseño y validación de materiales educativos con visión intercultural.	CONASIDA-CONASA., PNS, MEP y SNS	

Estrategia común No. 7: Gestión de la información para el monitoreo nacional de la epidemia

Objetivo: Contar con información oportuna sobre las características y las tendencias de la epidemia para ampliar la conciencia sobre la presencia de la epidemia en el espacio nacional, fundamentar con evidencia científica la política y la distribución de la respuesta.

Metas: Al 2008, se ha consensuado una estructura de responsabilidad, al 2010 se cuenta con el Sistema de Gestión de la Información para el monitoreo de la epidemia, funcionando. Al 2015, el Sistema responde plenamente a los requerimientos nacionales de información estandarizada integrando sistemas internacionales tales como el SIRN y otros.

Indicadores:

1. % de información brindada y asegurada por la medición de los indicadores estandarizados y otros identificados según diseño metodológico y protocolos.
2. % de programas evaluados en sus impactos en la epidemia.
3. Número de publicaciones y actos de distribución de la información hacia decisores y actores del sector.

II PARTE: PLAN ESTRATEGICO

Estrategias comunes a todos los sectores prioritarios: Objetivos concretos, Estrategias y Líneas de intervención.

Líneas de intervención	Responsables	Recursos
7.1 Organización de la estructura de responsabilidad del Sistema de Gestión de la Información para el monitoreo de la epidemia que incluya a los principales actores.	CONASA, MSP-PNS,	
7.2 Diseño y desarrollo del Sistema de monitoreo de la epidemia a partir del diseño de una estrategia nacional para la medición de los indicadores estandarizados del VIH/SIDA., del análisis de las necesidades de información recogidos en el Plan y de los sistemas internacionales identificados en los marcos legales a los cuales el Ecuador adhirió.	CONASA, MSP-PNS, Ministerios del Frente Social y STFS ²⁸	
7.3 Análisis e identificación de la estructura causal de la epidemia y tendencias, evaluación del acceso a servicios y de los impactos de los programas del Plan.	PNS, Municipios, ONG	
7.4 Identificación y negociación con fuentes de asistencia técnica y financiera para los desarrollos ulteriores.	CONASIDA-Observatorio Nacional del SIDA. Universidades.	
7.5 Construcción de un sistema automatizado de recolección y difusión de la información para satisfacer las necesidades de los actores y desarrollar procesos de incidencia.		
7.6 Socialización del sistema de monitoreo de la epidemia entre los actores responsables del Plan Estratégico.		
7.7 Diseño de términos de referencia y concurso público para la evaluación intermedia del Plan Estratégico Nacional	CONASA, MSP-PNS, ONUSIDA.	

Estrategias para la viabilidad del Plan estratégico y su seguimiento

Estrategia común No. 1: Monitoreo de la respuesta nacional.

Objetivo: Garantizar por parte de los tomadores de decisión, la reflexión participativa sobre la marcha del Plan Estratégico, la generación de aprendizajes, la obtención de lecciones, el control y regulación de la respuesta sobre la base de indicadores de eficacia, eficiencia y efectividad

Metas: Al 2010, se ha implementado y funciona plenamente el Sistema de Evaluación y Monitoreo del Plan Estratégico Multisectorial 2007-2015 integrado al Observatorio Nacional de SIDA. Al 2015, todas las organizaciones del sector público, central y local, están articuladas y reportan al Sistema de Evaluación y Monitoreo y toman decisiones de ajuste en función de los impactos de la Respuesta nacional.

Indicadores:

4. % de programas evaluados en el cumplimiento de sus objetivos según la medición de sus indicadores de proceso y resultados.
5. % de tomadores de decisión usando la información del Sistema de Evaluación y Monitoreo.
6. % de instituciones públicas, locales y nacionales que cuentan con planes operativos que se refieren al Plan Estratégico Multisectorial 2007-2015

Líneas de intervención	Responsables	Costos
1.1 Organización de la estructura responsable del Sistema de Evaluación y Monitoreo del Plan Estratégico Multisectorial 2007-2015	CONASA-CONASIDA, MSP-PNS	
1.2 Diseño y desarrollo el Plan de Monitoreo y Evaluación con componentes de planificación, reporte, evaluación y sistematización.	CONASA-CONASIDA, MSP-PNS, AME, CONCOPE.	
1.3 Diseñar y medir el sistema de indicadores de proceso, resultados e impactos de cada uno de los programas del Plan.	CONASA- CONASIDA, Observatorio Nacional Sida	

²⁸ En el 2007, el Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social.

II PARTE: PLAN ESTRATEGICO

Estrategias comunes a todos los sectores prioritarios: Objetivos concretos, Estrategias y Líneas de intervención.

1.4 Institucionalización del Plan de Monitoreo y Evaluación	CONASA, MSP-PNS, Universidades.	
1.5 Socialización los resultados del Plan de Monitoreo y Evaluación entre los actores responsables del Plan Estratégico (página Web, publicaciones, boletines electrónicos, etc)	CONASA, MSP-PNS, Ministerios, Municipios, Consejos Provinciales, ONG,	

Estrategia común No. 2: Aseguramiento de los recursos y la calidad del gasto para la ejecución del plan

Objetivo: Garantizar recursos humanos, materiales y financieros suficientes para la ejecución del Plan Estratégico Nacional del presupuesto nacional y de los asociados así como la calidad del gasto en todo el período.

Metas: A partir del 2008, los POA, relativos a las estrategias comunes y la de los sectores prioritarios del Plan, cuentan con un financiamiento no menor del 90% del presupuesto nacional y de fuentes de financiamiento externo. Además, al 2015 se cuenta con un estudio del costo-beneficio de los programas del Plan ejecutados.

Indicadores:

1. % de los programas del plan cuyas necesidades de financiamiento se encuentran satisfechas de manera oportuna.
2. Razón entre los recursos solicitados y ejecutados del presupuesto nacional para la ejecución de los programas del Plan.

Líneas de intervención	Responsables	Costos
2.1 Presentación y negociación del documento del Plan con las autoridades del Ministerio de Finanzas	CONASA, Ministerios del Frente Social, MFC	
2.2 Investigación de los intereses y mandatos de los cooperantes y sectores privados del país para mejorar las aportaciones de recursos al Plan	MSP-PNS, CONASA, Ministerios del Frente Social, ONG.	
2.3 Identificación y ejecución de estrategias de financiamiento adicional (mesas de cooperantes, participación de cooperantes bilaterales y multilaterales, ONG internacionales en los ejercicios de planificación anual y/o desarrollo de programas y proyectos y en los ejercicios de socialización y/o rendición de cuenta) contemplando en particular las líneas estratégicas definidas como prioritarias y donde existe brechas.	MSP-PNS, CONASA, ONG.	
2.4 Iniciativas de sensibilización de responsables de las finanzas en gobiernos nacionales y locales para la incorporación de la perspectiva de género y de derechos en los procesos de formulación de los presupuestos públicos y programas y proyectos sobre VIH/SIDA a nivel nacional y local.	CONAMU, CNNA, AME, CONCOPE.	
2.5 Elaboración de proyectos de país en coherencia con el Plan Estratégico Nacional para ser presentados en las rondas del Fondo Global.	MSP-PNS, MSP, CONASA, Ministerios del Frente Social, ONG, AME, CONCOPE, Sector privado.	

5 FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD PARA ASEGURAR EL ACCESO UNIVERSAL AL TRATAMIENTO, CUIDADO Y APOYO AL VIH SIDA

5.1 JUSTIFICACIÓN

El movimiento mundial para aumentar el acceso al tratamiento del VIH ha alcanzado logros críticos durante los últimos años. Al refrendar la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA de 2001, todos los Estados Miembros de las Naciones Unidas se comprometieron a proporcionar, progresivamente, el máximo nivel alcanzable de tratamiento para las enfermedades relacionadas con el VIH, incluida la terapia antirretrovírica. La mayoría de los países que cuentan con planes nacionales sobre el VIH/SIDA, ha incorporado en ellos el tratamiento antirretrovírico y ha establecido objetivos específicos de cobertura. Mientras tanto, ONUSIDA y otros asociados han desarrollado instrumentos para medir los progresos realizados y promover la responsabilidad en la consecución de estas metas, además de supervisar y evaluar activamente la situación en los diferentes países.

El cumplimiento del deber del Estado de garantizar el tratamiento ARV a todas las PVVS, es uno de los principales retos que tiene que enfrentar el MSP-PNS. Por ello la trascendencia de que las políticas nacionales de tratamiento, contemplen no sólo los últimos avances científicos sino las posibilidades reales de garantizar de manera universal los esquemas de tratamiento que se estipulen. El acceso universal se asegura en tanto en cuanto todas las personas infectadas conozcan lo más rápido su estatus serológico (acceso universal al diagnóstico) y que, aquellas que lo conocen tengan opciones de tratamiento de primera línea previendo con tiempo que se harán necesarios esquemas de segunda línea, en los cuales las alternativas son siempre más caras y difíciles de obtener (acceso universal al tratamiento).

Conforme a recomendaciones nacionales e internacionales, el PNS ha establecido las siguientes intervenciones para el Acceso Universal al Tratamiento, Cuidado y Apoyo al VIH-SIDA:

- Acceso a tratamiento antiretroviral e implementación de Clínicas del SIDA, en todas las provincias del país hasta finales del 2010.
- Acceso generalizado de la población a diagnóstico: consejería, pruebas rápidas voluntarias.
- Prevención de la transmisión madre a hijo (*el mismo que se constituye por su importancia en un sector prioritario para la acción*).

5.2 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

En el contexto del Sistema Nacional de Salud, el Ministerio de Salud Pública (MSP) atiende aproximadamente al 65% de todas las PVVS registradas en el país. El IESS proporciona atención y tratamiento antiretroviral al 25 % afiliado y, el 10%, es atendido por los servicios de salud especializados de las Fuerzas Armadas, Policía y otras clínicas privadas. Por lo tanto, es el MSP la estructura que mayor peso tiene en la atención de pacientes con SIDA. Según el Sistema de Notificación de su Programa Nacional de Control y Prevención de ITS-VIH/SIDA (PNS), a diciembre del 2006, se registró un total acumulado de 9.833 personas con VIH/SIDA: VIH, 5.748 y SIDA, 4.085, fallecidas, 1884.

Según su informe de gestión, de enero a octubre del 2006, el PNS garantizó tratamiento a 1650 PVVS en 17 establecimientos de salud e intentó cubrir al 100% de embarazadas

diagnosticadas VIH+. Sin embargo, en la medida en que la condición de las PVVS dificulta la continuidad laboral de las personas viviendo con VIH/SIDA, se genera una desprotección por parte de los sistemas de seguridad social. Además, la segmentación de los prestadores de servicios, la misma que impide articular eficazmente las acciones de salud, es causa de duplicidades e ineficiencia y dificulta el rol rector del MSP -PNS.

Desde febrero 2005 hasta septiembre del 2006, en el país, se tamizaron con pruebas rápidas, a 145.000 mujeres embarazadas, de las cuales 445 (0.3 %) resultaron positivas. El 83% del total de las mujeres positivas han recibido tratamiento profiláctico y provienen sobretodo de Guayas y Pichincha, en menor cantidad, de El Oro, Manabí, Esmeraldas, Quevedo, Galápagos.

Hasta la actualidad, en todo el país, existe un acumulado de 343 niños menores de 14 años nacidos de mujeres VIH registrados desde el año 2002 al 2005. De este número el 60% recibió tratamiento profiláctico. El 36% ha sido reportado en la provincia del Guayas. Se siente la necesidad de fortalecer el sistema de información en las unidades gineco-obstétricas de todo el país.

El Instituto Nacional de Higiene y Enfermedades Tropicales "Leopoldo Izquieta Pérez" (INH) administra 3 centros de consejería a nivel nacional mientras que, el PNS ha capacitado profesionales de la salud en 168 áreas o centros de salud y cuenta con centros de consejería en cada hospital. Sin embargo, los profesionales capacitados no trabajan necesariamente en consejería. No se han concretado acciones de coordinación con el Seguro Social Campesino ni con el IESS. El MSP no ha intervenido en la población de los Centros de Rehabilitación Social del país, salvo en el tema de tuberculosis. De manera general, los índices de consejería posprueba son insuficientes debido a la falta de información masiva y a la escasez de personal.

El marco legal vigente y los DDHH aseguran que hacerse la prueba es un acto voluntario. Sin embargo, ciertos establecimientos educativos secundarios y universitarios y de empresas privadas violan el derecho a la voluntariedad de la prueba. En las Fuerzas armadas y en la Policía Nacional, la prueba es obligatoria. Por último, en el caso de la población penitenciaria, se pone en duda que la voluntariedad de la prueba sea siempre una buena estrategia.

El aprovisionamiento de las pruebas y reactivos, por parte del MSP, ha creado múltiples problemas de coordinación entre el PNS y el INH, problemas que deben ser enfrentados con urgencia.²⁹ Frente a la necesidad de aprovisionamiento adicional, el INH ha aportado con el 8% de su presupuesto, esfuerzo económico que ha interferido con su trabajo.

La proyección de la demanda (número de pruebas y ARV por año) es insuficiente porque se basa en un sistema de notificación incompleto y porque no contempla los casos identificados por el Programa para la Prevención de la Transmisión Vertical. Por último, algunas veces las proyecciones de la demanda de ARV no han incluido las pruebas.

El país cuenta con una política nacional para el tratamiento universal y gratuito; la compra internacional de ARV a través del Fondo Estratégico está planificada para satisfacer, en un 60%, las necesidades de un año. Las drogas adquiridas son de bajo costo, de calidad y precalificadas por la OPS/OMS. A inicios del 2007, las autoridades de salud tomaron la decisión de comprar medicamentos genéricos. A pesar de este logro, el PNS tiene dificultades para cumplir con las planificaciones anuales de compra de ARV. De acuerdo a lo estipulado por la ley, la responsabilidad de dichas compras recae en el Comité de Adquisiciones, pero los

²⁹ En el 2006, el MSP ofreció al INH proveerle 8000 pruebas de CD4, pero sólo entregó 1500. En el 2004 y el 2005, el INH aportó con 340.000 pruebas para CD4 y de carga viral a un costo de US\$ 45 por prueba a una población de 1500 pacientes lo que con una frecuencia de 3 veces al año implica un peso importante sobre el presupuesto de la institución.

procedimientos señalados y los montos permitidos, no alcanzan a satisfacer más allá de las necesidades bimensuales. El PNS se encuentra cumpliendo con un plan de mejoramiento de buenas prácticas de almacenamiento y distribución de ARV, requisito previo para cualquier compra que se realice con los recursos del Proyecto financiado por el Fondo Global. En el caso de la no disponibilidad de medicamentos para la venta en las casas farmacéuticas,³⁰ la política es la gestión en el exterior. Por último, se han suscrito acuerdos entre el PNS y el INH para el tamizaje, control de calidad, estandarización de criterios de costos y trabajo articulado con el Programa de Maternidad Gratuita. Se desea continuar con la implementación del paquete automatizado para **monitoreo clínico de pacientes con TAR**, que fuera construido en el presente año con aporte de OPS, el mismo que cuenta con criterios para medir adherencia, reacciones adversas, etc.

Para descentralizar las acciones de atención integral se ha constituido y capacitado a equipos multidisciplinarios - una enfermera, un psicólogo, un clínico y un pediatra- en 120 hospitales cantonales y 22, provinciales. El objetivo es descentralizar la atención de las personas que se encuentran con TAR de los hospitales de tercer nivel hacia unidades provinciales. Los responsables de las nuevas clínicas de Esmeraldas, Manabí, Pichincha y el Oro han sido capacitados a nivel internacional y nacional, con el apoyo de OPS y Kimirina, respectivamente. Las Unidades catalogadas como de referencia para atención de segundo y tercer nivel en VIH/SIDA son las siguientes:

Tabla 10: Unidades de 2do. y 3er nivel que mantienen a PVVS en terapia antiretroviral – MSP

Pichincha	■ Hospital Eugenio Espejo
	■ Maternidad "Isidro Ayora"
	■ Hospital Enrique Garcés
	■ Hospital Pablo Arturo Suárez
	■ Hospital "Baca Ortiz"
Guayaquil	■ Hospital de Insectología
	■ Hospital "Icaza Bustamante"
Azuay	■ Maternidad "Santa Marianita"
	■ Maternidad del Guasmo
3 Clínicas del SIDA	■ Hospital "Vicente Corral Moscoso"
	■ El Oro
	■ Manabí
4 Clínicas que empezaron a funcionar el 1 Diciembre 2006	■ Esmeraldas
	■ Santo Domingo
	■ Quevedo
	■ Loja
	■ Sucumbios

A pesar de los avances en el diagnóstico y tratamiento, el subregistro afecta las estimaciones realizadas y se debe principalmente a la desarticulación de los diferentes actores del Sistema Nacional de Salud, los problemas de accesibilidad geográfica y económica a los servicios de diagnóstico, la pérdida de las personas para las pruebas confirmatorias o la estigmatización. En el 2004, el MSP estimaba el número aproximado de PVVS existentes en el país en 21.000 personas, con valores de prevalencia del 0.3%, para el rango 15 – 59 años.³¹

³¹ Para la OPS, el 20% de las PVVS necesitaría TAR, lo cual para el Ecuador significaría tasas de cobertura que fluctuarían entre 9% y 26.4% según las estimaciones realizadas sobre el total de las PVVS existiendo en el país.

5.3 ANÁLISIS DE LA RESPUESTA

En conclusión, en el Ecuador, ante la falta de cifras basadas en estudios amplios que nos permitan hablar de una línea de base en términos de prevalencia, se cuenta sólo con estimaciones que nos indican que, hasta ahora:

- a) El % de personas detectadas está por debajo del número estimado de personas infectadas.
- b) El número de personas que están en tratamiento tampoco coincide con las estimaciones teóricas sobre el número de personas a tratar (en cifras, este número es siempre mayor al número de personas en fase SIDA) lo que supone que no todas las personas que lo necesitan están recibiendo terapia antirretroviral.

Otro problema importante que no se ha abordado, se refiere al funcionamiento del Comité de Adquisiciones del MSP. Por la normatividad vigente, no está facultado a realizar compras a largo plazo, lo que incrementa el riesgo de ruptura en los esquemas de tratamiento. Es indispensable revisar la estructura de decisión y el mecanismo de adquisiciones de ARV.

Para asegurar medicamentos de calidad y precios accesibles y reducir las rupturas de stock y, por ende, la interrupción de los tratamientos, se requiere de un marco regulador de las adquisiciones de los ARV al que se sometan todos los miembros del Sistema Nacional de Salud sin excepción. La disponibilidad de ARV de calidad y precio justo, debe constituirse en una exigencia de país y no solo en una medida asumida por el PNS.

La reducida capacidad de los servicios de consejería, los problemas de coordinación entre el MSP y el INH y las deficiencias del sistema de aprovisionamiento de pruebas y reactivos así como la no gratuidad de las pruebas de tamizaje (exceptuando en el grupo de embarazadas), las pruebas confirmatorias y, en gran parte de los casos, las de control de CD4 y carga viral, dificultan el acceso al diagnóstico universal.

En términos de atención, hasta hace poco, la centralización de la misma en solo tres lugares (Quito, Guayaquil y Cuenca) complicó el acceso de los pacientes de puntos geográficos distantes, la no inclusión sistemática de la profilaxis y los tratamientos para infecciones oportunistas en la política del PNS, hacía que, en la mayor parte de las ocasiones, la PVVS tratadas, no accedieran -por falta de recursos- a cuidados y medidas preventivas y/o curativas directas, por lo que, la desconcentración en marcha y la consolidación de las nuevas clínicas de SIDA que lleva a cabo el PNS-MSP se convierte en un elemento básico para garantizar la universalización tanto del tratamiento como de la atención y apoyo.

Por último, el país no cuenta con un mecanismo para la profilaxis post exposición (PPE), la misma que es de suma importancia no solamente para el personal medio y paramédico, sino también para muchas personas que estuvieron expuestas como, por ejemplo, en los casos de violación.

5.4 OBJETIVO ESTRATÉGICO

Fortalecer el Sistema Nacional de Salud para garantizar que, el número de casos VIH detectados se aproxime a las estimaciones de prevalencia y su inclusión en los programas de atención integral (se realizan exámenes y controles de laboratorio periódicos, reciben profilaxis y tratamiento farmacológico y psicosocial)

5.5 META

AL 2015, LA BRECHA ENTRE LOS CASOS DIAGNOSTICADOS Y LA POBLACIÓN NO DIAGNOSTICADA QUE VIVEN CON VIH/SIDA SE REDUCIRÁ PROGRESIVAMENTE Y EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ASEGURARÁ EL INGRESO DE UN 5% DE NUEVAS PVVS AL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL, INCLUYENDO EL ACCESO A ARV.

Objetivo concreto No. 1: Incrementar el acceso universal al diagnóstico de VIH a la población general.

Metas: Al 2010, el Sistema Nacional de Salud (SNS) cuenta con el 50% de establecimientos que ofrecen APV como parte de sus protocolos de atención y, con el 80%, al 2015.

Indicadores:

1. # de unidades de salud, que ofrecen y promocionan pruebas de tamizaje del VIH.
2. # de profesionales de la salud capacitados en consejería que trabajan en dicha función en los centros implementados.
3. # de tamizaje del VIH realizadas de acuerdo a motivo de consulta. (ITS, TB, Embarazadas, demanda espontánea, violación, otros)

Estrategia	Líneas de intervención	Responsables
1. Fortalecimiento de los sistemas, mecanismos y servicios que aseguran el acceso universal al diagnóstico precoz de todas las poblaciones.	1.1 Evaluación, ajuste y ampliación del Sistema de Notificación de Casos de de ITS-VIH/SIDA del PNS para la obtención de datos cuantitativos de descripción y tendencia de la población PVVS identificada en los registros integrando a todas las organizaciones del SNS a nivel nacional y local.	MSP-PNS
	1.2 Creación, equipamiento, promoción y puesta en funcionamiento de Centros de consejería con asesoría de prueba voluntaria asegurando cobertura nacional, priorizando la distribución de la epidemia. Fortalecimiento de los existentes.	MSP-PNS, IESS, FFAA, CP, ONG
	1.3 Ajustes en la Política y normas de administración de recursos humanos (selección, contratación, inducción y capacitación) que asegure suficientes RRHH multidisciplinario e interinstitucionales de calidad y la no interferencia de los sindicatos.	MSP-PNS
	1.4 Ajustes de la Política de diagnóstico, optimizada y eficiente.	PNS, OBS
	1.5 Diseño y puesta en marcha de un Plan de normalización y coordinación del MSP con otras entidades publicas y privadas que dan atención sanitaria (IESS, FFAA, centros penitenciarios, Municipios, Iglesia).	MSP- PNS, IESS, FFAA, CP
	1.6 Diseño y desarrollo de Circuitos de atención para los casos detectados a nivel local.	MSP-PNS, IESS, FFAA, CP

Objetivo concreto No. 2: Asegurar el acceso universal a la atención integral al VIH-SIDA incluyendo ARV.

Metas: Al 2010, el SNS cuenta con modelos de atención integral y políticas y normas respecto al VIH/SIDA orientando los procesos. Al 2015, un 90% de los sistemas están funcionales y el sistema logra alcanzar su meta.

Indicadores:

1. # de tratamientos ininterrumpidos.
2. % de personas en TARV con carga viral indetectable.
3. Disminución de la tasa de mortalidad.
4. # de unidades desconcentradas brindando atención integral, equipadas y abastecidas de manera a satisfacer la demanda.
5. # de profesionales capacitados para el manejo y la atención integral de PVVS.

Estrategia	Líneas de intervención	Responsables
2. Fortalecimiento de modelos, sistemas, mecanismos y servicios que aseguran el Acceso universal al tratamiento.	2.1 Diseño de modelos de atención integral con componentes que aseguren además de ARV la fidelidad y adherencia al tratamiento así como el seguimiento que reduzca las tasas de abandono de TARGA., tratamiento de OI, grupos de autoayuda y reinserción social.	MSP-PNS
	2.2 Consolidación de los Procesos de desconcentración de la atención de manera estratégica, con recursos y capacidades suficientes.	MSP-PNS
	2.3 Instaurar Políticas y normas de selección de los productos farmacéuticos con criterios de Salud Pública.	Observatorio N de SIDA, OPS
	2.4 Equipamiento de los laboratorios y entrega de insumos suficientes en función de la proyección de necesidades reales.	MSP, CRE
	2.5 Diseño de normas e instrumentación de las mismas para la puesta en funcionamiento de un Sistema de adquisiciones con criterios objetivos y de carácter público, para la selección de los proveedores, mecánica de solicitud regular de listas de precios, proyección de la demanda y adquisición de los medicamentos (de marca como genéricos).	ONUSIDA
	2.6 Establecer un Sistema de distribución (de medicamentos, incluidos las presentaciones pediátricas, basado en proyecciones reales y priorización de genéricos integrando los estándares de la OMS a las clínicas del SIDA) con una administración ágil y rápida.	MSP-PNS
	2.8 Organización y puesta en funcionamiento del Sistema de control del MSP e INH de las normas en el mercado.	
	2.9 Diseño, implantación, funcionamiento y consolidación de un Sistema Nacional de Capacitación a proveedores de servicios de salud.	CONASA, PNS.
	2.10 Diseño e implantación de un Plan de coordinación interinstitucional intra e intersectorial que garantice, por un lado, la complementación y continuidad de la atención a la madre después del parto y a los niños VIH+ después de los 18 meses, así como la protección y amparo de los niños/as nacidos de madres VIH+.	PNS, STFS, CNNA,

MECANISMOS DE GESTIÓN

5.6 RESPONSABILIDADES Y PARTICIPACIÓN INSTITUCIONAL

5.6.1 Competencias y responsabilidades

Al ser de responsabilidad pública, el Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional al VIH/SIDA 2007-2015, recae en el Gobierno del Ecuador y sus instituciones, con el liderazgo del Ministerio de Salud Pública, rector del sector salud.

Debido a la complejidad del VIH/SIDA su abordaje necesita tener un enfoque multisectorial, por lo que, tanto en los sectores comunes como en cada uno de los sectores prioritarios para la acción, se identifican los responsables, los mismos que asumen el liderazgo de la acción, tomando en cuenta sus respectivas competencias y responsabilidades.

A continuación se hace una corta reseña de los principales y de sus competencias:

5.6.1.1 Responsabilidad de las estrategias que tienden al fortalecimiento de todos los sectores

La propuesta de Ley de Respuesta Integral al VIH/SIDA³² reformativa a la Ley de Prevención y Asistencia Integral del VIH/SIDA³³ prevé consolidar una instancia de coordinación, concertación y asesoría respondiendo a lo estipulado por la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud³⁴. En dicha instancia intersectorial, presidida por el Ministerio de Salud Pública, recaería la responsabilidad de cumplir con las metas de las estrategias de fortalecimiento de los sectores y viabilidad del plan estratégico, creando el andamiaje de sistemas y mecanismos que sostenga y facilite la respuesta en cada uno de los sectores, para que en estos, a su vez, los responsables puedan asegurar servicios con calidad y calidez a la población identificada como vulnerable.

5.6.1.2 Respecto a la responsabilidad de las estrategias de los sectores prioritarios para la acción

Por lo tanto, en la ejecución del Plan Estratégico, el **Ministerio de Salud Pública**, a través de su Programa Nacional de Prevención y Control de VIH/SIDA-ITS, será responsable de la prevención secundaria y terciaria y tendrá el rol de garantizar el cumplimiento de las estrategias de los sectores prioritarios de “Atención a las PVVS” y “Prevención de la transmisión vertical” sector, formulando políticas y normalizando las intervenciones que llevan a cabo las diferentes unidades operativas (Clínicas del SIDA, CAISS, centros de salud, unidades gineco-obstétricas, etc.) y coordinando con aquellas que, por ser miembros del Sistema Nacional de Salud, desarrollan acciones complementarias en salud hacia las PVVS y demás poblaciones vulnerables o que por mecanismo de convenio han asumido también el liderazgo como La Cruz Roja Ecuatoriana en el sector de “Provisión de sangre segura”. Le corresponderá además, asumir el fortalecimiento de su capacidad instalada y de todos los servicios de salud y según reza en la Política Nacional de Salud y Salud Sexual y Reproductiva, llevar a cabo una estrecha coordinación que asegure la “*unidad en las líneas de acción prioritaria*” de dicha política en lo que atañe, la atención del VIH/SIDA.

Debido a su enfoque multisectorial, en los demás sectores actuarán:

³² Ver documento de la Propuesta en anexo.

³³ R.O. 58 del 14 de abril del 2000

- El sector de “Reducción de la vulnerabilidad de niños, niñas, adolescentes y jóvenes” es responsabilidad del MEP en coordinación con el Consejo Nacional y Cantonales de la Niñez y Adolescencia y el Ministerio de Bienestar Social – a través de la Dirección de protección y atención integral a la niñez y adolescencia y del Instituto Nacional de la Juventud en coordinación con las organizaciones no gubernamentales y de PVVS activas en este sector. Coadyuvarán en la labor los Municipios y los Consejos provinciales, a nivel local.
- En el sector de “Promoción de relaciones equilibradas de género y reducción de la violencia contra la mujer”, la responsabilidad del liderazgo y coordinación interinstitucional, la tiene el Consejo Nacional de las Mujeres – CONAMU.
- El sector de “Provisión de sangre segura”, el Ministerio de Salud Público, delega la responsabilidad del Sector a la Cruz Roja Ecuatoriana (CRE) y la Secretaría Nacional de Sangre.
- Las Fuerzas Armadas, la Policía, el Ministerio de Gobierno - a través de las Dirección sanitarias y de la Dirección de Rehabilitación social, respectivamente- serán responsables de desarrollar las estrategias del sector de “Promoción de derechos, atención y comportamientos sexuales seguros en Personas privadas de libertad, Policía y Militares”.
- En el sector de “Promoción de comportamientos sexuales seguros en indocumentados y refugiados” la responsabilidad recae sobre el Ministerio de Relaciones Exteriores, a través de la Dirección de refugiados.
- Mientras que en el sector prioritario denominado “Promoción de comportamientos sexuales seguros y reducción del estigma y la discriminación en la población en general y en grupos móviles en especial” el liderazgo y responsabilidad recae sobre la Secretaría Técnica del Frente Social del Gobierno central en coordinación estrecha con los gobiernos seccionales. Por lo tanto, en este sector son importantes actores: los Ministerios: de Trabajo y Empleo-MTE, de Gobierno y de Turismo, la Asociación Ecuatoriana de Municipalidades – AME y el Consorcio Nacional de Prefecturas Provinciales del Ecuador- CONCOPE..
- El sector de “Promoción de derechos, prevención de ITS/VIH/SIDA y desarrollo de habilidades para el sexo seguro en TS y sus clientes”, a nivel central es una responsabilidad conjunta del Ministerio de Salud Pública a través del PNS y los CAISS y del Ministerio de Gobierno – a través de la Superintendencia de policía. A nivel local, los responsables son los gobiernos de las ciudades y las provincias.
- Por último, el PNS es el responsable del sector “Reducción de la mayor exposición y riesgo frente al VIH/SIDA, promoción de los derechos en hombres gay, otros hombres con comportamiento bisexual y personas trans”. A nivel local, el sector será asumido por los gobiernos locales.

5.6.2 **Participantes**

Aunque de naturaleza pública, la respuesta efectiva contra el VIH/SIDA contenida en este Plan, requiere que los responsables de niveles centrales y locales, potencialicen sus recursos y se apoyen en otros marcos políticos y programáticos específicos a cada uno de los sectores identificados, así como en la coordinación intersectorial, la participación social y comunitaria y la cooperación técnica y financiera de las agencias asociadas.

Por ello son participantes en su ejecución los siguientes actores:

- Las Coordinadoras Locales con trabajo en VIH/SIDA, las ONG nacionales e internacionales y las organizaciones de PVVS.
- El Mecanismo de coordinación de país.
- El Sistema de las Naciones Unidas: su Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre VIH/SIDA – ONUSIDA Ecuador y sus Agencias miembros³⁵.
- Los Organismos de desarrollo internacional: Agencias bilaterales y multilaterales que tienen representación en el país.
- El sector privado.
- El sector académico.
- La comunidad nacional y local.

Para garantizar su participación, el plan desarrolla mecanismos de involucramiento de los actores antes mencionados en los sistemas de gestión de la información para monitoreo de la epidemia y de la respuesta. En los espacios de planificación de los planes operativos anuales (POA), la evaluación del avance, la socialización de los reportes y la rendición de cuentas se contará con la participación de todos los actores en los niveles: locales y nacional. Además, en cada sector se promocionarán los mecanismos de exigibilidad de derechos cuya activación garantizará que, el Estado asuma plenamente su responsabilidad en la ejecución del plan.

5.7 SISTEMA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Respondiendo al principio rector de los “Tres Unos”, el Plan Estratégico desarrollará el Sistema de Monitoreo y Evaluación de la respuesta nacional el mismo que permitirá la reflexión participativa sobre su marcha, la toma de decisiones sobre sus ajustes en el marco de los planes operativos anuales y la generación de aprendizajes.

El Sistema responderá a un cierto número de premisas:

- El sistema tendrá un enfoque participativo, es decir que los diferentes actores del Plan Estratégico serán invitados a asumir roles en los procesos sistemáticos de recopilación, procesamiento y análisis de la información.
- Las lecciones aprendidas como producto de la evaluación deberá facilitar a que los responsables tengan mayores conocimientos del sentir y necesidades locales acercándolos a los grupos de beneficiarios del Plan Estratégico.
- El sistema se institucionalizará respetando la premisa de la desconcentración y la descentralización con la finalidad de garantizar la participación y la toma de decisiones a nivel local.

5.8 RENDICIÓN DE CUENTAS.

Para asegurar la transparencia en la gestión del Plan Estratégico, se prevé la obligatoriedad de los procesos anuales o bi-anuales de rendición de cuenta de todos y cada uno de los responsables y ejecutores del Plan Estratégico, organizados por sectores prioritarios.

³⁵ Ver Anexo No. 7 Matriz de la división del trabajo para el apoyo técnico del ONUSIDA. 2006

5.9 DIMENSIÓN TEMPORAL

El Plan Estratégico se desarrolla en un horizonte temporal de 7 años porque su visión coincide con la meta del objetivo 6, que reza *“Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH-SIDA”*. Su ejecución está prevista en dos períodos, el primero que va desde su puesta en vigencia hasta el 2010 y, el segundo, desde el 2011 hasta el 2015. El segundo período partirá de los resultados de la evaluación intermedia que se llevará a cabo a fines el 2010.

5.10 FINANCIAMIENTO

En primera instancia y según reza en el Art. 46 de la Constitución Política el financiamiento de las entidades públicas de los diferentes sectores para ejecutar este plan provendrá de los *“aportes obligatorios, suficientes y oportunos del Presupuesto General del Estado”* y su asignación se incrementará anualmente tomando como referencia el incremento en el presupuesto en cada sector. A nivel local, los gobiernos locales destinarán recursos financieros de sus asignaciones presupuestarias específicas de salud y educación.

El plan será también financiado con los recursos de las diferentes rondas que se negociarán con el Fondo Global.

Otras fuentes complementarias de financiamiento serán los presupuestos de las ONG, del sector privado, las subvenciones de bancos internacionales de desarrollo, de las fundaciones internacionales del SIDA y las agencias bilaterales y multilaterales. El Sistema de Naciones Unidas apoyará en la ejecución del plan con asistencia técnica y con esfuerzos para coordinar otros cooperantes y multiplicar recursos adicionales.

III PARTE: Sectores prioritarios

1er Sector: Atención, empoderamiento y promoción de derechos de las personas viviendo con VIH/SIDA³⁶.

MARCO LEGAL

La legislación ecuatoriana prohíbe la discriminación y protege la igualdad. Así, en la Constitución Política de la República del 98, se establece que todas las personas “*serán consideradas iguales y gozarán de los mismos derechos... sin discriminación en razón... del sexo... y de la orientación sexual...*”. Además incluye y protege a las personas con VIH/SIDA como un grupo vulnerable. De la misma manera garantiza el derecho a la salud y establece la gratuidad de los servicios de la salud pública. Hasta el año 2000, el Ecuador sólo contaba con un marco legal general para abordar el VIH/SIDA que no garantizaba acciones tan esenciales como la prevención, el tratamiento y los DDHH y en el que se encontraba la Constitución Política del Ecuador, la Ley de Derechos y Amparo al Paciente y la Declaración Universal de los Derechos Humanos. El 6 de Abril del 2000, se aprueba la Ley de Prevención y Asistencia Integral del VIH/SIDA y el reglamento publicado en el Registro Oficial del 20 de diciembre del 2002 relativo al área de atención al *paciente* VIH-SIDA. Sus disposiciones establecen que se “ *cubrirá de manera gratuita la atención de las personas viviendo con el VIH, tanto a nivel de consulta externa como hospitalización, incluyendo los exámenes y medicamentos establecidos para controlar la infección por el VIH-SIDA y las enfermedades relacionadas con la misma, según se ha establecido en las “Guías de atención de las personas viviendo con el VIH-SIDA en Unidades de Salud”*. Establece también “ *las pruebas de tamizaje confirmatoria de la infección por VIH para las embarazadas, y, la profilaxis de la transmisión perinatal*”. Finalmente cabe indicar que, el Acuerdo Ministerial del 13 de julio del 2006 del Ministro de Trabajo y Empleo No. 00398 prohíbe el despido de trabajadores/as por ser VIH positivo, obliga al patrono a tramitar la jubilación en el IESS en los casos que lo ameriten y también prohíbe la prueba de detección para obtener o conservar un empleo.

A nivel internacional, el Ecuador ha ratificado una serie de tratados y convenios internacionales en relación con el Sistema Universal e interamericano de Derechos Humanos. En el ámbito del VIH/SIDA, ha firmado entre otros el Convenio Hipólito Unanue, el Convenio para la Red Andina de Vigilancia Epidemiológica (RAVE), Acceso a tratamiento de Medicamentos Antirretrovirales en la Subregión Andina y la Declaración de Compromisos del UNGASS, 2001.

DATOS DE CARACTERIZACIÓN

Las personas beneficiarias del presente sector prioritario para la acción son las personas que viven con el VIH/SIDA se concentra sobre las personas seropositivas, tanto aquellas que conocen su estatus - generalmente identificadas en el Sistema Nacional de Notificación- como aquellas que lo desconocen sin otro tipo de consideraciones.

De hecho, en la diversidad de características que presenta la población de PVVS (mujeres, NNA, jóvenes, HSH), la infección añade un nivel de necesidades específicas y comunes como aquellas inminentes que derivan de su derecho a la atención integral y, específicamente, al acceso universal al tratamiento, cuidado y apoyo.

³⁶ Como su nombre lo indica, el grupo vulnerable de PVVS incluye a personas adultas, jóvenes, adolescentes y menores de edad, hombres y mujeres.

Esta diferencia es importante puesto que, cuando una persona desconoce su estatus, permanece fuera del alcance de los programas de atención y es mayor la probabilidad de que mantenga sus comportamientos sexuales sin cambios poniendo en alto riesgo a sus parejas. Es importante identificar y dimensionar la epidemia para estimar la cobertura y las brechas de los servicios, así como las necesidades reales de atención. El subregistro existente de casos de VIH/SIDA afecta las estimaciones realizadas y se origina, entre otras fuentes, en la desarticulación de los diferentes actores del Sistema Nacional de Salud (SNS), en los problemas de accesibilidad geográfica y económica a los servicios de diagnóstico, en la pérdida de las personas para las pruebas confirmatorias o por la estigmatización.

Otros actores del sector prioritario son: el sector salud especializado en el tratamiento, los servicios de diagnóstico privados e estatales, los servicios de consejería, los sistemas de auto-apoyo y de apoyo, el sector laboral, académico, de DDHH, etc. En otras palabras, en este sector prioritario confluyen todos los demás ámbitos en los que las PVVS se desenvuelven y en los que tienen que hacer respetar sus derechos económicos, sociales y culturales.

El responsable de la coordinación y liderazgo de la respuesta en el sector es el **Ministerio de Salud Pública**, a través de su Programa Nacional de Prevención y Control de VIH/SIDA-ITS (PNS). Tiene su rol de garantizar el cumplimiento de las estrategias de dicho sector, formulando políticas y normalizando las intervenciones que llevan a cabo las diferentes unidades operativas (Clínicas del SIDA, CAISS, centros de salud, unidades gineco-obstétricas, etc.) y coordinando con aquellas que, por ser miembros del Sistema Nacional de Salud, desarrollan acciones complementarias en salud hacia las PVVS y demás poblaciones vulnerables. Comparten esta responsabilidad, en lo laboral, el Ministerio de Trabajo y Empleo; en lo educativo, los Ministerios de Educación y de Cultura; en el campo de derechos humanos, la Defensoría del Pueblo.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

En un sondeo realizado en el 2006 por la Fundación Coalición Ecuatoriana de Personas que Viven con VIH/SIDA (CEPVVS) a una muestra de 245 PVVS³⁷, se observó que, del 51.0% de las personas que declaró tener una pareja estable (esposo/a – conviviente), en el 15.5% de los casos, indican que la pareja desconoce el estatus serológico. El 47.8% no tiene empleo estable. Sólo el 29.0% tiene afiliación al IESS y el 66%, no lo está. El 86.9% manifiesta no tener tampoco ningún otro seguro de salud. El 67.7% califica de “buena” - “muy buena” y el 22.9% de “regular” la atención médica recibida. El 55.9% esta con TAR, el 46.9% indicó que no tuvo dificultades para iniciar la terapia antiretroviral y, el 46.1%, no conoció interrupciones en el tratamiento. Pero el 50.4% indicó no haber recibido consejería pre y post prueba y el 61.6% haber tenido dificultades o retrasos para hacerse los exámenes de control del VIH de CD4 y de carga viral. El 34.7% indicaba que, desde que le diagnosticaron ser VIH positivo, había tenido algún tipo de enfermedad oportunista y/o infección de transmisión sexual (ITS). El 80% califica de “muy bueno” y “bueno” su estado de salud. Pero el 36.3% declara que tuvo que dejar de trabajar o estudiar por su condición de ser VIH+ y, el 31.4%, haber sufrido algún tipo de discriminación por su condición de salud. En este grupo, las principales necesidades expresadas son: la ayuda de pares y la participación (24.3%), el acceso a medicina y exámenes (19.2%), el apoyo psicológico (14.7%), el apoyo en temas de defensa de derechos (13.6%), la estrategia de IEC (10.2%) y el apoyo a sus problemas económicos y de trabajo (9.0%). Un estudio³⁸ realizado para determinar las necesidades alimentarias y no alimentarias de las PVVS determina que el 10,3% presentan cuadros de desnutrición y se observa que, la dieta consumida no cubre al 100% de los requerimientos diarios, lo que puede coadyuvar al deterioro progresivo y mantenerlas en condiciones que le resten

³⁷ Realizado por la CEPVVS con cooperación técnica y financiera de la Fundación Kimirina.

³⁸ Ivette Valcarcel Pérez, Diagnóstico de la Situación Alimentaria de las personas que viven con el VIH/SIDA, mayo 2006, Ecuador.

posibilidades de trabajo y por ende, de ingresos para su sobrevivencia. Según el estudio, en general existiría un gran desconocimiento en las PVVS acerca de los alimentos y la nutrición.

En el caso de las niñas y los niños que viven con el VIH no tienen acceso al tratamiento pediátrico porque la oferta de presentaciones pediátricas de antiretrovirales en el mercado ecuatoriano es limitada. En los hospitales pediátricos donde se tratan a niñas y niños con el VIH, fraccionan las dosis de adultos para adecuarlas a la necesidad específica de cada paciente pediátrico con el riesgo que esto implica: toxicidad por exceso en la dosis o desarrollo de resistencia en el virus debido a una dosis insuficiente. Se aduce que, el costo de las pruebas diagnósticas es un factor que limita el acceso de los recién nacidos a la confirmación o descarte de la presencia del VIH en su sangre. El mismo argumento se esgrime para justificar la limitada disponibilidad de presentaciones pediátricas de los antiretrovirales. Cuando hay un tratamiento disponible para ellos, más del 80% de los niños y niñas viven hasta cumplir seis años, algunos han sobrevivido hasta llegar a los 20 años³⁹. Denegar a los niños y niñas el derecho al tratamiento significa denegar el derecho a la supervivencia, al crecimiento y el desarrollo.

En resumen, las necesidades del sector se concentran sobre la necesidad de detección precoz de la infección, el monitoreo continuo del estatus virológico, el acceso en forma oportuna y continua a la atención integral (consejería, pruebas y exámenes de laboratorio, ARV, tratamiento de las IO e ITS), el manejo de las reacciones adversas, la adherencia al tratamiento y el mantenimiento de comportamientos sexuales seguros a pesar de tener tratamiento, dentro de espacios sin estigmatización. Una especial atención debe darse a la defensa de los derechos humanos, los mismos que son violados con frecuencia en el ámbito familiar, laboral, social, educativo y médico puesto que, muchas PVVS sufren una doble discriminación por su condición de salud y por su orientación sexual.

ANÁLISIS DE LA RESPUESTA

Desde su creación en 1985 y después de funcionar durante muchos años prácticamente sin recursos⁴⁰, el Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA ha incrementado en forma significativa sus recursos, en particular, a partir del apoyo recibido del Fondo Global. Sin embargo, los recursos aún son insuficientes para garantizar el acceso universal y el tratamiento gratuito en todas sus etapas.

Los hospitales del Sistema Nacional de Salud presentan ciertas limitaciones en su capacidad de dar atención integral de salud a las PVVS, que se relacionan con la fragmentación del sistema, baja cobertura, un cierto déficit todavía de capacitación del personal de salud, ciertas resistencias por parte del personal de salud, deficiencias en la infraestructura y el equipamiento.

Entre los principales factores que limitan el acceso universal de las PVVS a la atención integral tenemos: la discriminación, el cobro de varios exámenes, los atrasos para recibir los resultados, los bajos niveles de la consejería post- prueba, la debilidad en la realización de los exámenes, los engorrosos procedimientos del Comité de Adquisiciones del MSP para la adquisición de los medicamentos, la lentitud del proceso de adquisición de medicamentos del Proyecto del FG, la utilización de medicamentos de marca a precios altos, la falta de medicamentos antiretrovirales en presentación pediátrica, las diferencias en los protocolos de tratamiento de las organizaciones del Sistema de Salud⁴¹. En este panorama, las rupturas de stock preocupan sobremanera puesto que el PNS no logra asegurar un abastecimiento continuo de ARV. Además, al intensificar las

³⁹ Global AIDS Alliance, Treat the Children: Accelerating Action for Universal Antiretroviral Treatment for Children in Resource Limited Countries by 2010, 2005.

⁴⁰ Un factor que favoreció la expansión de la epidemia.

⁴¹ MSF por ejemplo, utiliza un esquema básico de primera línea, recomendado y reconocido por la OMS (D4T-3TC-NVP) que el propio PNS ha incluido en su manual de atención y manejo editado en 2006, como recomendación de esquema de primera línea en mujeres VIH + en edad fértil que difiere al utilizado por los hospitales del MSP. El IESS utiliza como esquema básico de primera línea, medicamentos considerados por su complejidad, de segunda línea.

acciones de promoción de la prueba como consecuencia de la implementación del Plan, se puede anticipar que la capacidad del MSP se verá rápidamente saturada. Esta situación obligará a la búsqueda de soluciones efectivas.

Se constituye en logros de la respuesta en este sector el proceso -todavía inconcluso- de reforma - que se ha iniciado en el 2006- a la Ley de Prevención y Asistencia Integral del VIH/SIDA del 2000, la introducción de mejoras en el sistema epidemiológico, el Programa de Prevención de la Transmisión Vertical del PNS y la compra masiva y sistemática de genéricos (inicios del 2007). Respecto al acceso universal al tratamiento, a fines del 2006, el PNS reportó que 1650 PVVS beneficiaban de tratamiento de ARV. Respecto a la organización de las PVVS, éstas han sido articuladas por la Coalición Ecuatoriana de Personas Viviendo con el VIH/SIDA (CEPVVS) creada en el 2003⁴². La CEPVVS obtuvo su personería jurídica en el Ministerio de Salud en marzo del 2006. Ha logrado posicionarse como protagonista de la respuesta nacional. Cuenta con comisiones permanentes así como con representantes al Mecanismo de Coordinación País (MCP) del Proyecto Fondo Global. En el 2006, reunía las PVVS organizadas de 13 provincias del país. Es la mayor organización de PVVS del país y cuenta con un interlocutor permanente en todas las instancias de decisión. Al momento se encuentra en un proceso de fortalecimiento institucional y programático con recursos del Fondo Global y de ONUSIDA. Es reconocida por su liderazgo en varios ámbitos de intervención. Sin embargo, las MVVS necesitan un fortalecimiento de su capacidad organizativa como tal.

LO QUE NO SE HA CONSIDERADO

El sector ha sabido identificar y atender diversas necesidades que su población requiere, pero sufre de insuficiencias en lo que se refiere a intensidad y cobertura de la respuesta. El principal problema en el sector, es que no se cuenta con una línea de base. Tampoco se ha abordado el problema de las rupturas de stock y, por lo tanto, de la interrupción de los tratamientos. La disponibilidad de ARV de calidad y precio justo, debe constituirse en una exigencia de país y no solo en una medida asumida por el PNS. Otro problema que debe ser superado es la debilidad en el sistema de realización de las pruebas de laboratorio. Se debe abordar con urgencia y con soluciones concretas, la descentralización de los exámenes. Otro tema que tampoco se ha considerado es el acceso a condones para las PVVS, varones y mujeres, y lubricantes.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

Primero: Lograr que las personas que viven con el VIH-SIDA conozcan su estatus virológico y accedan a los servicios de atención integral.

Segundo: Garantizar la calidad de vida de las PVVS y el respeto irrestricto a sus derechos humanos, con énfasis en los derechos económicos, sociales y culturales (DESC), así como a su derecho a participar en las decisiones públicas que les conciernen.

META

Meta del primer objetivo: SE AUMENTA EL 20% ANUAL DE PERSONAS CON ACCESO A PRUEBAS PARA CONOCER SU ESTATUS VIROLÓGICO.

Meta del segundo objetivo: AL 2015, EL 100% DE LAS PERSONAS DIAGNOSTICADAS ATENDIDAS EN PROGRAMAS DE ATENCIÓN INTEGRAL Y GOCE DE SUS DERECHOS.

⁴² En este proceso debe destacarse el rol de Kimirina y su proyecto de Prevención en las Fronteras de la Epidemia del 2003 hasta el 2006..

Del primer objetivo estratégico: Las PVVS conocen su status virológico y acceden a un sistema de Atención Integral de calidad adecuado a sus necesidades.

Objetivo concreto No. 1: Conocer, sistematizar y visibilizar la información relacionado con la problemática de las ITS, VIH/SIDA en la población de las PVVS.

Metas: Al 2010, se ha identificado la importancia de la epidemia en el sector prioritario, sus principales determinantes así como su tendencia que permiten ajustes a las políticas públicas, las mismas que, al 2015, se encuentran plenamente ejecutadas.

Indicadores:

1. Proporción de los indicadores identificados para caracterizar el sector, que se ha logrado medir.
2. # eventos de incidencia y características de los cambios producidos en el marco de políticas relativas al sector.
3. # decisores informados sobre la magnitud y características de la epidemia en la población.

Estrategias	Líneas de intervención	Responsables	Costos
1.1 Monitoreo de la epidemia que brinde información pertinente sobre las PVVS evaluación de comportamientos de riesgo y cobertura de servicios.	1.1.1. Estudios sobre factores de riesgo y de protección en PVVS, derechos y cobertura de servicios.	PNS, CONASA, Observatorio Nacional de SIDA	
	1.1.2. Sistematización y difusión de los resultados del Sistema de investigación, documentación y monitoreo.		
	1.1.3. Estudios de cohortes en PVVS.		

Objetivo concreto No. 2: Disminuir el número de personas seropositivas que desconocen su estatus

Metas: Del total de las estimaciones del PNS de PVVS, un 40% de nuevos casos son identificadas al 2010, y el 60% hasta el 2015.

Indicadores:

1. % de personas diagnosticadas, del total de estimadas (nacional y provincial si hay estimaciones)
2. % de personas que se realizó la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados (SIRN).
3. % de personas con ITS que han recibido un diagnóstico, tratamiento y asesoramiento apropiados (SIRN).

Estrategias	Líneas de intervención	Responsables	Costos
2.1 Acceso universal a las pruebas diagnósticas	2.1.1 Diseño y ejecución de campañas masivas y selectivas de promoción e información de la prueba con consejería.	MSP-PNS, INH	
	2.1.2 Diseño y ejecución de estrategias masivas y selectivas para la promoción de los centros de consejería existente		
	2.1.3 Fortalecimiento de los servicios gratuitos de tamizaje con normativa de registro sanitario a nivel nacional para responder a la demanda de todos los sectores.		
	2.1.4 Detección sistemática del VIH/SIDA en personas con TB, ITS y otros factores predisponentes.		

Objetivo concreto No. 3: Garantizar el acceso continuo a una atención integral, descentralizada y de calidad y la adherencia al tratamiento de las PVVS hombres, mujeres y NNA.

Metas: El 100% de las PVVS identificadas entran y se mantienen en el Sistema de atención.

Indicadores:

1. % de personas diagnosticadas, que son atendidas de acuerdo a las normas.
2. % personas con coinfección (TB-VIH), del total de personas en TAR.
3. % de unidades de salud especializadas en la atención al VIH/SIDA disponibles en todo el país, en adultos y niños.

Estrategias	Líneas de intervención	Responsables	Costo
3.1 Atención integral a las PVVS cubriendo las ITS, las IO y la coinfección	3.1.1 Adecuación de los servicios y capacitación al personal para trabajar con calidad y calidez con las PVVS.	MSP-PNS, miembros del Sistema Nacional de Salud.	
	3.1.2 Instalación de mecanismos para asegurar el acceso a condones y lubricantes.		
3.2 Aseguramiento de la adherencia al tratamiento	3.2.1 Creación de Grupos de Apoyo Mutuo en los centros que den atención a PVVS.	MSP, redes de PVVS, CEPVVS, ONUSIDA, MBS	
	3.2.2 Organización de servicios de apoyo psicológico y salud mental en los centros hospitalarios que complemente el tratamiento de ARV.		
	3.2.3 Capacitación al personal de farmacias de los Centros asistenciales para adecuada organización en entrega de ARV y apoyo al seguimiento.		
	3.2.4 Implantación y ejecución de Programas de capacitación orientado a las PVVS sobre el tema de adherencia al tratamiento (relación ARV y nutrición)		
3.3 Atención integral para el ejercicio pleno de derechos de niños, niñas y adolescentes VIH positivos	3.3.1. Evaluación de los servicios de atención existentes y rescate de las buenas prácticas que incorporen el enfoque de derechos en la atención.	MSP-PNS, CONAMU, Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia, MSP, ONG	
	3.3.2. Diseño e implantación de modelos (parámetros, estándares y metodologías) de atención integral y personalizada basados en el enfoque de protección integral de derechos incluyendo a poblaciones vulnerables (niños, niñas y adolescentes privados del medio familiar por la muerte de padre y/o madre con VIH-SIDA y niños, niñas, adolescentes y jóvenes VIH positivos y sus familias.		
	3.3.3. Implementación de servicios de seguimiento y evaluación de tratamientos de niños, niñas, adolescentes y jóvenes		

III PARTE: SECTORES PRIORITARIOS

Sector No.1 Atención, empoderamiento y promoción de derechos de las PVVS: **Objetivos concretos, Estrategias y Líneas de intervención**

Del segundo objetivo estratégico: *Garantizar la calidad de vida de las PVVS y el respeto irrestricto a sus derechos humanos, con énfasis en los económicos, sociales y culturales, en su derecho a participar en las decisiones públicas que les conciernen.*

Objetivo concreto No. 1: Fortalecer a las PVVS como sujetos de derechos con capacidad de participación real y efectiva.

Metas: El 40% de las decisiones claves relacionadas con la respuesta nacional se toman en conjunto y en forma consensuadas con las PVVS al 2010, 70% en el 2015.

Indicadores:

1. # de instancias políticas con representación equitativa de PVVS:
2. # de PVVS y organizaciones fortalecidas con desarrollo programático.
3. % de PVVS cuyos derechos han sido vulnerados y que lograron obtener reparación por los daños vividos.
4. % de PVVS, hombres, mujeres, jóvenes, adolescentes y, niños y niñas presentes en instancias de vigilancia y exigibilidad de sus derechos

Estrategias	Líneas de intervención	Responsables	Costo
1.1 Promoción y exigibilidad de los derechos de las PVVS	1.1.1 Diseño e implementación de agendas de incidencia política para la aprobación y aplicación de la propuesta de Ley substitutiva de Atención Integral del VIH-SIDA, así como su reglamentación.	MSP-PNS, ONUSIDA, CEPVVS, redes de PVVS, ONG	
	1.1.2 Iniciativas de difusión y socialización de la Ley substitutiva de Atención Integral del VIH-SIDA luego de su puesta en vigencia por el Congreso Nacional, entre las PVVS	MSP-PNS, ONUSIDA, CEPVVS, redes de PVVS, ONG.	
	1.1.3 Iniciativas para la difusión masiva y/o selectiva sobre DDHH en centros sanitarios, empresas y otros espacios prioritarios.	MSP-PNS, MTE, AME, CONCOPE, Municipios, Prefecturas provinciales.	
	1.1.4 Creación de veedurías y aplicación de otros mecanismos de exigibilidad social y jurídica que permita vigilar el cumplimiento de la ley, especialmente en el campo laboral.	MTE, CEPVVS, ONG, redes de PVVS, OBC	
	1.1.5 Instalación de mecanismos nacionales y locales de información, orientación personalizada y derivación sobre el tema del VIH/SIDA y derechos. (líneas telefónicas, páginas web, etc.)	AME, CONCOPE, CEPVVS, ONG, ONUSIDA, CNNA, CCNA	
1.2 Fortalecimiento de su capacidad de participación real y efectiva	1.2.1 Fortalecimiento de una organización que represente y defienda sus necesidades y creación de redes de organizaciones de PVVS.	CEPVVS, redes de PVVS, ONG, ONUSIDA, CNNA, CCNA, MEC	
	1.2.2 Iniciativas de capacitación en temas de construcción de ciudadanía a las PVVS organizadas	CEPVVS, redes de PVVS, ONG, ONUSIDA, CNNA, CCNA, MEC	
	1.2.3 Diseño de programas y procesos de formación de las PVVS en desarrollo organizativo, programático y captación de recursos.	CEPVVS, redes de PVVS, ONG, ONUSIDA, CNNA, CCNA, MEC	
	1.2.4 Iniciativas para el fortalecimiento de la capacidad de incidencia política de las organizaciones y redes de PVVS	CEPVVS, redes de PVVS, ONG, ONUSIDA, CNNA, CCNA, MEC	

Objetivo concreto No. 2: Reducir el impacto en las PVVS y sus allegadas con énfasis a las que se encuentran en los percentiles de pobreza e indigencia.

Metas: 50% de las PVVS de los percentiles 4 y 5 acceden a todos los programas nacionales de protección social, al 2010 y 75%, al 2015.

Indicadores:

1. % de PVVS que se encuentran integrados a los programas nacionales de protección (bono de desarrollo humano, PAE, bono de vivienda, becas educativas).
2. % de NNA que viven sin protección familiar y niños vulnerables cuyas familias recibieron apoyo externo básico gratuito para la atención infantil (SIRN).
3. % de niños, niñas y adolescentes privados del medio familiar por el VIH/SIDA atendidos por el sistema descentralizado de protección integral a la Infancia.
4. # de redes de atención integral fortalecidas y respondiendo a las necesidades de niños, niñas, adolescentes y jóvenes VIH positivo y sus familiares

Estrategias	Líneas de intervención	Responsables	Costos
2.1 Reinserción social, económica, y cultural de las PVVS y entre ellas, de las MVVS.	2.2.1 Creación de una política pública y un fondo de créditos para microempresas orientado a PVVS, hombres y mujeres, de escasos recursos económicos.	MTE.	
	2.2.2 Iniciativas que propicien procesos de responsabilidad social en el sector laboral con enfoque a la inserción laboral y su sostenibilidad a las MVVS y sus familias (guarderías, recreación, aseguramiento, consejerías y otros).	CONAMU, INNFA, MTE, Cámaras de la producción, SERES, ONG.	
	2.2.3 Desarrollo de un modelo y de sistema permanente de formación pre-profesional que desarrolle en las PVVS habilidades microempresariales.	MTE, Cámaras de la producción, ONG.	
	2.2.4 Articulación en redes de servicios sociales que proporcionen apoyo para personas viviendo con el VIH, orientándolos a la reinserción sociolaboral.	MTE, ONG, CEPVVS, redes de PVVS, ONG	
	2.2.5 Diseño y desarrollo de un Programa focalizado de Asistencia Alimentaria y Nutrición.	CEPVVS, PMA, MSP-PNS, ONG	
2.2 Protección y educación a NNA que viven con el VIH/SIDA.	2.2.1 Sistematización y difusión de buenas prácticas, diseño de modelos e implantación de programas de protección especial para NNAVVS.	CNNA, CCNNA, UNICEF, AME, CONCOPE	
	2.2.2 Creación de un fondo de becas para el acogimiento institucional y/o familiar y educación formal de los NNA privados del medio familiar por muerte de padre y/o madre y aquellos que viven con VIH/SIDA	CNNA, MBS, CCNNA, AME, CONCOPE.	
	2.2.3 Iniciativas de sensibilización e información sobre los modelos, políticas y programas de protección especializada a los NNA que viven sin protección familiar, orientada a instituciones responsables del acogimiento institucional del Sistema descentralizado de Protección integral Niñez y Adolescencia.	CNNA, COORDINADORAS, ONG, ONUSIDA.	
2.3 Promoción de la no discriminación y erradicación de la impunidad en casos de discriminación mujeres, hombres, jóvenes y NNA -VVS	2.3.1 Iniciativas que fomenten la no discriminación y el estigma	Gobiernos Locales, MEC, MSP, CCNNA, CNNA, DINAGE, CONAMU, CPVVS.	
	2.3.2 Identificación, seguimiento y evaluación de casos de discriminación.	CNNA, CCNNA, Juntas Cantonales, DINAGE, CONAMU.	
	2.3.3 Apoyo a casos emblemáticos en la judicialización.	Juntas Cantonales CCNNA, DINAGE, CONAMU.	

2do Sector: Prevención del VIH/SIDA en niños, niñas y adolescentes, y jóvenes asegurando el ejercicio progresivo de sus derechos.

MARCO LEGAL

La “Convención sobre los Derechos del niño” de 1989 y la “Constitución Política del Ecuador” constituyen el marco jurídico fundamental, internacional y nacional, respectivamente, que defiende y garantiza los derechos de los ecuatorianos: niños, niñas y adolescentes, y jóvenes y del que derivan todos los demás al incorporar avances importantes como el de (1) establecer la responsabilidad conjunta del Estado, la sociedad y la familia en la garantía de los derechos de los niños, niñas y adolescentes; (2) reconocer la ciudadanía social de la niñez y adolescencia (3) declarar a la niñez y adolescencia como prioridad nacional e (4) identificar a la niñez como población en riesgo y en vulnerabilidad.

En el 2003, el Código de la Niñez y Adolescencia adecua los principios y normas constitucionales a la realidad del país pues, no sólo provee de un marco legal para la resolución de los problemas de violación de derechos sino que sobretodo visualiza a la niñez y adolescencia como sujetos de derechos y reorganiza -en función de la protección integral de éstos- las relaciones entre las instituciones del sector público y privado integrándolas en tres niveles: aquellas responsables de la definición de políticas (Consejo Nacional y Consejos Cantorales de la Niñez y Adolescencia), las que garantizan la protección, defensa y exigibilidad de los derechos (las Juntas cantonales y la Administración especializada de justicia, además de de la Defensoría del Pueblo y la Dirección Nacional de la Policía Especializada en Niñez y Adolescencia) y, por último, aquellas que ejecutan las políticas, planes, programas y proyectos (las entidades de atención públicas y privadas), buscando activar así el denominado **Sistema Nacional Descentralizado de Protección integral a la Niñez y Adolescencia**.

El Código reconoce el derecho de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes a “*disfrutar del más alto nivel de salud física, mental, psicológica y sexual*” lo que comprende entre otros: el acceso gratuito a los programas y servicios públicos de salud y a medicina gratuita, así como a la información sobre su estado de salud de acuerdo al nivel evolutivo del niño, niña o adolescente y educación sobre los principios básicos de prevención en materia de salud. También introduce la responsabilidad de los servidores públicos de la salud para brindar una atención especializada a los adolescentes y jóvenes, con calidad y calidez.

En su Libro Cuarto, habla de la Responsabilidad del *Adolescente Infractor* y deroga el antiguo Código de Menores. Declara que, mientras que “*Los adolescentes son penalmente inimputables*” por lo que, en caso de infracciones a la ley, *son responsables* y “*estarán sujetos a medidas socio-educativas por su responsabilidad*”, “*Los niños y niñas son absolutamente inimputables y tampoco son responsables*”; por lo que se prohíbe recibir a un niño o niña en un centro de internamiento.

Para garantizar el pleno cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos de niños, niñas, adolescentes y jóvenes existen varios instrumentos legales como son: la Reforma a la Ley Orgánica de Salud en lo que se refiere a la educación sexual, la Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos del 2005, la Ley sobre Educación de la Sexualidad y el Amor

aprobada en 1998 para lo cual se creó el Plan Nacional de Educación de la Sexualidad y el Amor (PLANESA) y el Plan Nacional para la Erradicación de los Delitos Sexuales en el Ámbito Educativo, la Ley Contra la Violencia a la Mujer y la Familia (1995), la Ley de Maternidad gratuita y Atención a la infancia y, por último, la *Ley de la Juventud* (2001), que es el marco legal que propone el pleno reconocimiento de la juventud y sus necesidades, incluye el principio de no discriminación y eliminación de diferentes formas de maltrato.

DATOS DE CARACTERIZACIÓN DEL SECTOR

Según el último censo del 2001, los/las adolescentes y jóvenes (10 a 24 años) representan casi la tercer parte de la población (30.8%), la proyección para el 2006 de dicho grupo es de 4.011.885,96 de personas. Con relación al resto de la población, este grupo, en números absolutos, es considerable. Un 62% del total es urbana como consecuencia de los procesos migratorios ocurridos en el país, especialmente la interna, campo-ciudad. En efecto, es La pobreza la que obliga a los/las niños, niñas y adolescentes, y a los/las jóvenes a migrar a las ciudades en busca de mejores oportunidades y calidad de vida. A su vez, la migración internacional introduce prácticas culturales que desestructuran los roles familiares y ponen en situaciones de mayor riesgo a este sector.

Según datos del Censo de Población del 2001, sobre el total nacional de 12.156.608 habitantes, 1.803.341 ecuatorianos, el 14.8% tenían menos de 6 años y 1.439.300, el 11.8% tenían entre 6 y 12 años de edad, de los cuales:

- La población de niños/as menores de cinco años que viven en condiciones de pobreza creció de 1995 a 1999 del 40% al 63% .
- En la franja de edad que va de los 12 a 18 años, más de 150.000 ecuatorianos tienen padres fuera del país.
- En 1999, uno de cada dos pobres de todo el país era un niño o una niña.
- La mitad de los niños menores de cinco años mueren
- Uno de cada cinco niños sufre de desnutrición
- 3 de cada 10 niños no completan la educación básica
- Únicamente 4 de cada 10 adolescentes alcanzan 10 años de escolaridad básica⁴³.
- 2 de cada 10 niños y niñas no viven con sus padres
- 1 de cada 10 no está matriculado/a en la escuela
- 4 de cada 10 han recibido golpes de sus profesores
- 4 de cada 10 no conocen que hay leyes que protegen sus derechos

A pesar de que los niveles de escolaridad han mejorado, son preocupantes los porcentajes de población de 10 a 17 años que no estudian así como la elevada deserción escolar. El 66.8% de la población mayor de 15 años alcanza la primaria completa, mientras que la secundaria solo ha sido concluida por el 22.6% de la población de 18 años en todo el país.⁴⁴

⁴³ Indicadores planteados por: Martín Paul, Estado de los Derechos de la niñez y adolescencia del Ecuador 2003, Consejo del Observatorio Ciudadano de los Derechos de la Niñez y Adolescencia, UNICEF, Ecuador, 2003

⁴⁴ Ídem.

Se considera que 800 mil adolescentes y jóvenes, del grupo de edad que va de los 10 a los 24 años, están al margen del sistema educativo, siendo el sector rural el que está en mayor desventaja (32%). El enrolamiento de los adolescentes en el mundo del trabajo empieza a temprana edad pues, la cuarta parte de los niños de 10 años (23.8%) ya forman parte de la Población Económicamente Activa (PEA).

El estudio de la OIT-IPEC del 2002⁴⁵, calcula en más de 5000 niñas y adolescentes a las víctimas de las redes de explotación sexual comercial y otro estudio realizado por la Fundación Nuestros Jóvenes y la OIT-IPEC en el 2005, identificó más de 80 niñas explotadas sistemáticamente en bares y clubes nocturnos de la ciudad de Quito. Los dos estudios indican un bajo nivel de conocimiento sobre el VIH/SIDA y de controles regulares de salud. En el último, el 10% indica no usar el preservativo y más del 50% menciona la ruptura del mismo durante el acto sexual. El 13.0% reconoce haber tenido una vez en su vida una ITS y el 24.0%, nunca haber tenido pruebas de VIH.

La dinámica social y la agudización de la pobreza se manifiestan también en el incremento de adolescentes que se encuentran en conflicto con la ley y a quienes se les aplica el régimen de internamiento, en la provincia del Litoral, los infractores sobrepasan los 1000 adolescentes, y los centros carecen de las condiciones mínimas en las áreas de salud, educación y trabajo social.

Los responsables del seguimiento, cumplimiento y ejercicio de los derechos así como de los instrumentos legales mencionados son: los Ministerios de Salud, Educación y Bienestar social, los Gobiernos locales, el Consejo Nacional y Cantonales de la Niñez y Adolescencia, la DINAGE y el CONAMU, PRONESA, CONESUP y la DINAPEN.

ANALISIS DE LA SITUACIÓN

Los niños, niñas y adolescentes así como los/las jóvenes son grupos que nos se los ha visibilizado ni reconocido como sujetos de derechos. En un sistema basado en relaciones asimétricas de poder del más fuerte sobre el más débil, en su relación con las personas adultas- por ser ésta una relación de subordinación y dependencia social, a los NNA y jóvenes se los/las considera socialmente vulnerables a los abusos.

Desde el punto del VIH/SIDA, estos grupos etarios son importantes por el crecimiento de la infección que se registra en el Sistema de Notificación del MSP, en los casos reportados de VIH/SIDA a nivel nacional, el Programa Nacional de Control y Prevención del VIH/SIDA e ITS (PNS) reporta una prevalencia del 4.3%, para el rango 15-19 años y del 19.4%, para el de 20-24 años; sumando el 23.7% en los jóvenes de 15 a 24 años, para el 2004 y el 25.3%, para el 2005. Además, esta alta prevalencia se encuentra en la edad en la que, el hombre y la mujer entran de lleno en su etapa reproductiva, lo que no sólo pone en riesgo a la mujer joven infectada sino también a su descendencia (transmisión vertical). El problema se agrava porque:

- en las mujeres de este grupo de edad, se observa un ingreso precoz a la vida sexual y reproductiva (el 20% de las mujeres adolescentes de 15 a 24 años, estuvo alguna vez embarazada) y es evidente el desconocimiento del comportamiento de la epidemia y su prevención pues, sólo el 8% de las mujeres conoce de manera espontánea las tres

⁴⁵ Mariana Sandoval Laverde, OIT/IPEC,2002

formas en conjunto, a saber: la abstinencia sexual, la fidelidad y el uso de condones en todas las relaciones sexuales⁴⁶.

- Este grupo corresponde a un significativo porcentaje de la actual y futura población económicamente activa.

Otros factores importantes de la expansión del VIH/SIDA son: las características propias de la adolescencia y juventud, el sentimiento de ser inmortales, la búsqueda de experiencias nuevas y el bajo nivel de percepción de riesgo. Estos hacen que este grupo se convierta en una población en riesgo. Ciertas culturas juveniles y las conductas sumadas a factores personales, familiares y sociales (conflictos, inseguridad, pares, presión social, disponibilidad de drogas legales e ilegales) fomentan el consumo de alcohol y drogas en muchos contextos (fiestas, discotecas, pandillas, etc.), la iniciación sexual cada vez más temprana y los comportamientos irresponsables en lo referente al cuidado individual de su salud y de su vida. En el grupo que migra a la ciudad o en aquellos hijos e hijas de emigrantes, el asumir responsabilidades familiares que no corresponden a su edad hace que aumente su propensión a la infección del VIH/SIDA porque sufren cambios en sus proyectos de vida, rupturas con sus grupos de pares y desarraigos culturales que es una de las causas de la baja autoestima, del sentimiento de soledad y la necesidad de afecto.

Otro factor de riesgo en este grupo poblacional es la violencia en todas sus formas y el alto índice de abuso y explotación sexual comercial que viven a diario un considerable número de personas menores de edad sin ninguna garantía de ver reintegrados sus derechos a la salud y a la vida con dignidad. Aunque son escasos los estudios que lo fundamentan, la cultura machista, la religión, los falsos moralismos, los mitos y tabúes y las políticas conservadoras, pesan sobre la realidad del comportamiento sexual de la juventud, por lo general, las y los adolescentes, sobretodo en el sector rural, consideran esta actividad como prohibida, los encuentros son furtivos y no planificados lo que resta margen a la acción preventiva; pocos son los jóvenes que utilizan el preservativo como método preventivo de ITS, su uso está asociado casi exclusivamente con la prevención del embarazo, otro problema vinculado a las relaciones de género es la baja capacidad en la mujeres de *negociar el uso del condón, a tener o no relaciones sexuales, etc.*). A esto se suma el problema del acceso al condón sobretodo en las comunidades rurales. La adquisición del condón es tarea casi exclusiva de los hombres, situación que coloca a su pareja en una condición de dependencia. Las restricciones sociales al uso de preservativo es un fuerte limitante, cuando los jóvenes lo adquieren tienen que hacer frente a actitudes inquisidoras y culpabilizantes.

Aunque en los establecimientos educativos secundarios, se da cada vez más información sobre VIH y sus formas de prevención, el aumento de conocimientos no necesariamente ayuda a los/las estudiantes a integrar, en su vida, prácticas de una sexualidad sana. Además, la mayor parte de los programas se establecen para jóvenes escolarizados y no llegan a aquellos que no tienen acceso al sistema educativo. En la enseñanza de la sexualidad, se observa la concepción de que hay aspectos de la sexualidad que son responsabilidad de las mujeres y otros para los hombres, así se focaliza la prevención de embarazo en mujeres y de las ITS, en varones.⁴⁷ En los colegios regentados por comunidades religiosas, se impone una visión culpabilizante de la sexualidad que impide que -por temor a la discriminación- las y los jóvenes expresen libremente sus inquietudes, expectativas y necesidades. A esto se añade la

⁴⁶ ONUSIDA propone investigar el conocimiento del VIH/SIDA, a través de encuestas demográficas y de salud, el indicador propuesto es la identificación de las tres formas de prevención de su transmisión sexual.

⁴⁷ Eva Cevallos, Línea de base de proyecto de Santa Elena, "Promoviendo los derechos sexuales y reproductivos para reducir la vulnerabilidad al VIH/SIDA entre adolescentes". Plan internacional, 2004

fuerte oposición de grupos conservadores, amplificadas por los medios de comunicación y con apoyo de sectores políticos, a propuestas en torno a los derechos SSRR lo que dificulta el establecimiento de políticas y programas que garanticen su pleno ejercicio. Las universidades no tienen planes de prevención ni facilitan el acceso a condones.

No existe una estrategia nacional de comunicación ni una campaña de control de los mensajes publicitarios que erotizan el cuerpo de la mujer joven y refuerzan los estereotipos de género. El abordaje del problema del VIH/SIDA es sensacionalista o utiliza la estrategia del miedo y la negación de la diversidad sin fomentar estilos de vida saludables ni comportamientos de autoprotección. Se prioriza la información masiva cuando este grupo se caracteriza por su diversidad sexual, social, geográfica y cultural. La ausencia de estudios dificulta la implementación de estrategias adecuadas de prevención que lleguen realmente a la diversidad.

Este grupo de edad es también el que más sufre de la crisis del sector salud. No existen servicios especializados para adolescentes y jóvenes. Las pocas iniciativas tienen limitada cobertura. Hay poco conocimiento en las madres adolescentes sobre la existencia de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia lo que hace que los NNA permanezcan en condición de desamparo. Los servicios de salud se concentran en las grandes ciudades y, en el resto del país, su distribución es inequitativa. La violación sistemática los derechos humanos - en especial, de los SSRR por la ausencia de enfoque de género, la falta de calidad y calidez que caracterizan a los servicios de salud, son también otros factores de expansión de la epidemia porque infunden miedo y reduce el interés de los adolescentes y jóvenes por hacerse la prueba allí donde son maltratados/as, cuestionados/as y discriminados/as.

A su vez, los menores infractores vienen de familias donde son frecuentes las agresiones sexuales e incestuosas y la violencia intrafamiliar, las tasas de embarazo precoz son elevadas y los comportamientos sexuales, de alto riesgo. La ausencia de la función protectora de las familias les expone generalmente a procesos de callejización temprana donde se ven expuestos a influencias negativas, pandillas, alcohol, drogas, violencia sexual, redes delictivas. Estos elementos de su historia les exponen a presentar en su sexualidad un importante nivel de comportamientos de riesgo, situación que, junto a los bajos niveles de escolarización y de acceso a servicios, les designa como un grupo de extrema vulnerabilidad respecto al VIH/SIDA. La adulteración de documentos de identidad - frecuente en estos grupos- invisibiliza su problemática.

El análisis de la situación identifica como las principales necesidades, las siguientes:

1. Mayor conocimiento sobre comportamientos sexuales de los/las niños, niñas y adolescentes y jóvenes (*edad, sexo, orientación sexual, etnia, etc*)
2. Acceso a educación e información integral de calidad (*implementar la enseñanza práctica que involucre y refleje la realidad que viven los jóvenes y los incentive a ser críticos y con capacidad para tomar decisiones y asumir la responsabilidad de las mismas*)
3. Promover nuevos modelos de masculinidad y feminidad, basada en equidad de género.
4. Vivencia de la sexualidad de manera plena, satisfactoria y responsable (*En un marco de derechos, que apunte al empoderamiento de niños, niñas, adolescentes y jóvenes,*)
5. Acceso a servicios de salud integrales específicos para el grupo: (*a*) que respondan a sus necesidades y les permita involucrarse (*b*) que focalicen a aquellos grupos más vulnerables (*los hijos/as de emigrantes y los migrantes internos -campo-ciudad, los privados de libertad.*)

6. Políticas públicas nacionales y locales específicas a jóvenes que promuevan el desarrollo integral y que garanticen salud, empleo, educación y servicios (*en donde se considere la participación juvenil como la base para la construcción de las mismas*)
7. Mayor investigación y acción del Estado, más allá de los controles de las ITS y del VIH, para erradicar la explotación sexual comercial, restituir los derechos de las y los víctimas, de información, educación, salud integral y condiciones de vida dignas.

ANALISIS DE LA RESPUESTA

Para evaluar la respuesta en el sector prioritario de los niños, niñas, y adolescentes y jóvenes, se deben diferenciar dos etapas: antes y después del proyecto de país sobre VIH/SIDA financiado con recursos del Fondo Global (FG).

Hasta el 2005, en el sector prioritario que se analiza, el esfuerzo es exclusivo de la sociedad civil organizada y se concentra principalmente en determinados grupos de alto riesgo, no se identifica claramente la heterosexualización del VIH/SIDA y con la principal estrategia preventiva del uso del condón desde lo informativo. Con contadas excepciones, no se utiliza un enfoque de género ni se sustenta en modelos de prevención que aborden la complejidad de la sexualidad humana limitándose a arreglos dentro de una determinada sexualidad. También son pocas las intervenciones que contemplan cambios en el mismo comportamiento sexual. Los modelos centrados en el uso del condón son necesarios, pero insuficientes. No existen liderazgos claros a nivel de Gobierno, puesto que el MEP es un actor ausente a pesar de contar desde 1998 con la Ley para la Educación de la Sexualidad y el Amor y con el Plan Nacional para la Educación de la Sexualidad y el Amor "PLANESA". Desde ese período, los datos sobre la epidemia han aumentado y al momento, señalan una transición de la epidemia hacia una fase generalizada.

Desde el 2005, el proyecto de país (FG) es un activador de una respuesta con cobertura. Gracias a los recursos que inyecta el MEP, a través de PRONESA, puede capacitar a los maestros y promover la prevención del VIH/SIDA e ITS en el currículo vigente en los centros de educación de nivel media, con el fin de reducir las prácticas de riesgo para VIH entre los adolescentes escolarizados. Vale rescatar el indicador de cobertura que obliga al país a buscar estrategias de sensibilización que lleguen en poco tiempo a una gran población estudiantil como es la estrategia utilizada en el "*Recorrido Participativo*". También es interesante en este período la aparición de campañas que utilizan la expresión artística y facilita la creación de espacios afines a los jóvenes para conversar sobre el tema del SIDA. Así como aquellos proyectos que promueven los derechos SSRR de las/los adolescentes y jóvenes y crean redes veedoras. En ciertas unidades de salud, aparecen incipientes servicios para adolescentes aunque, por razones culturales, no acuden a éstos los adolescentes y jóvenes varones. En el ámbito universitario, el PNUD inició en el 2006, una propuesta dirigida al sector académico con un componente de prevención de DDHH con la participación de 5 universidades.

En lo que se refiere a la respuesta a la explotación sexual comercial de personas menores de edad, el marco jurídico ecuatoriano evolucionó desde la doctrina de la situación irregular o conducta desadaptada hacia la de los derechos, de su exigibilidad y de su restitución. La política, los programas y proyectos dirigidos a la erradicación de la explotación sexual de niños, niñas y adolescentes, como peor e inaceptable forma de trabajo infantil. Actualmente se cuenta con un modelo de rescate y protección para niñas y adolescentes explotadas sexualmente que articula a la Fiscalía de Delitos Sexuales, la Unidad de Protección a Víctimas y Testigos, la DINAPEN, la Fundación Nuestros Jóvenes y la Fundación Quimera, así como una red con otras organizaciones en Quito, Machala y Sucumbios. El Municipio del Distrito Metropolitano

de Quito está en proceso de declarar el 2007 el año de la prevención y erradicación del abuso y la explotación sexual comercial infantil.

LO QUE NO SE HA CONSIDERADO

Respecto al enfoque de género en la garantía de los derechos de salud sexual y reproductiva: Aunque muchas iniciativas transversalizan el VIH/SIDA no se están promoviendo en forma sistemática nuevos modelos de masculinidad y feminidad basado en la equidad de género. En este ámbito hay un vacío de conocimientos.

Respecto a grupos vulnerables: No se ha abordado la problemática que enfrentan los subgrupos como los hijos/hijas de emigrantes o de migrantes internos, los que se encuentran en condición de calle o aquellos/as que son acogidos en instituciones por su situación de abandono o privación de libertad, aquellos que son o han sido víctimas de tratantes y/o explotadores sexuales. Tampoco se ha visibilizado la situación de los NNA que viven privados de la protección familiar y/o hijos e hijas de PVVS. En la violencia intrafamiliar y su relación con el VIH/SIDA tampoco se ha tocado el tema del incesto que es un tabú social pero estrechamente relacionado con la infección.

Respecto a la indivisibilidad de los derechos de niños, niñas y adolescentes: El abordaje de la prevención del VIH/SIDA debe considerar la indivisibilidad de los derechos para asegurar su protección. Los programas de educación sexual y reproductiva deben ser parte de procesos de formación en derechos y ciudadanía.

Respecto al derecho a la información de niños, niñas y adolescentes: Este ha sido sistemáticamente violado en el grupo de niños, niñas y adolescentes. La información en la primera infancia sobre la responsabilidad sobre su salud y el ejercicio responsable de sus derechos sexuales y reproductivos es un deber del Estado.

Respecto a enfoques y metodologías de trabajo No se han desplegado esfuerzos para evaluar las metodologías que se utilizan y sistematizar las buenas prácticas a nivel del país ni tampoco de la región.

OBJETIVO ESTRATÉGICO

Lograr que los niños, niñas, adolescentes y jóvenes vivan una sexualidad sana, placentera, responsable y libre de riesgos frente a las ITS y el VIH/SIDA en un contexto legal, institucional y cultural que los proteja y respete como sujetos de derecho.

META

AL 2015, EL 65% DE LOS/LAS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES Y JÓVENES VIVEN UNA SEXUALIDAD QUE PREVIENE LA INFECCIÓN DE ITS/VIH-SIDA DENTRO DE UN CONTEXTO INSTITUCIONAL QUE PROTEGE A LAS PERSONAS MÁS VULNERABLES DE ESTE GRUPO ETARIO.

III PARTE: **SECTORES PRIORITARIOS**

Sector No.2 Aseguramiento del ejercicio y goce de los derechos sexuales y reproductivos y prevención del VIH/SIDA en niños, niñas, adolescentes y jóvenes: **Objetivos concretos, Estrategias y Líneas de intervención.**

Objetivo concreto No. 1 Asegurar políticas públicas de protección adecuadas a sus características y a las tendencias de la epidemia en niños y niña y en adolescentes y jóvenes.

Metas: Al 2010 se ha identificado la importancia de la epidemia en el sector prioritario, sus principales determinantes así como su tendencia que permiten ajustes a las políticas públicas, las mismas que, al 2015, se encuentran plenamente ejecutadas.

Indicadores

1. Proporción de los indicadores identificados para caracterizar el sector, que se ha logrado medir.
2. # eventos de incidencia y características de los cambios producidos en el marco de políticas relativas al sector.
3. # de programas que se desarrollan en el marco de la política.

Estrategias	Líneas de intervención	Responsables	Costos
1.1 Adecuación del conocimiento a la realidad de la epidemia en niños y niñas, y en adolescentes y jóvenes	1.1.1 Realización de estudios de seroprevalencia en NNA, en general y en grupos específicos (turismo Sexual en Ecuador, tráfico Infantil en Ecuador, abuso y explotación sexual comercial infantil, poblaciones desprotegidas, hijos e hijas de poblaciones móviles, personas menores de edad privadas de libertad, etc.)	MSP, Concejos Cantonales de la Niñez y Adolescencia, CNNA , ONG	
	1.2.2 Desarrollo de investigaciones y estudios sobre comportamientos de riesgo y actitudes de estigma y discriminación	MSP, Concejos Cantonales de la Niñez y Adolescencia, CNNA , ONG	
	1.2.3 Realización de estudios sobre acceso y calidad de servicios	MSP, CNNA, Concejos Cantonales de la Niñez y Adolescencia, ONG	
	1.2.4 Sistematización de los datos disponibles sobre la situación de niñas, niños, adolescentes y jóvenes, expuestos y viviendo con VIH/SIDA	Observatorio Nacional del SIDA	
1.2 Adecuación de las políticas y de los programas a los resultados de las investigaciones	1.2.1 Estudio y adecuación de los marcos jurídicos existentes con agendas de incidencia política.	PNS, CNNA, CONAMU	
	1.2.2 Esfuerzos de apoyo y orientación a los responsables de diseño de programas y proyectos orientados a la protección de NNA y jóvenes.	CNNA, Concejos Cantonales de la Niñez y Adolescencia	
1.3 Sensibilización a la sociedad sobre el tema de VIH-SIDA y visualización de la corresponsabilidad de todos los actores.	1.3.1 Procesos de capacitación a Gobiernos Locales y Concejos Cantonales de la Niñez y Adolescencia para la definición de políticas locales de prevención y protección del VIH-SIDA,	AME, MSP, CONAMU, CNNA , CCNA, OI, ONG	2
	1.3.2 Proceso de movilización de las organizaciones nacionales de adolescentes y jóvenes que apoyen el posicionamiento del tema ante organismos estatales.	AME, MSP, CONAMU, CNNA , CCNA, OI, ONG	

III PARTE: SECTORES PRIORITARIOS

Sector No.2 Prevención del VIH/SIDA en niños, niñas, adolescentes y jóvenes a través del aseguramiento del ejercicio progresivo de sus derechos: **Objetivos concretos, Estrategias y Líneas de intervención.**

Objetivo concreto No. 2: Promover el conocimiento, cuidado de la salud sexual y reproductiva y fomento de capacidades en adolescentes y jóvenes, escolarizados y no escolarizados, respetando idiosincrasias, enfoque de género y diversidades étnicas y sexuales.

Metas: Al 2010, un 60% de las adolescentes y jóvenes, escolarizados y un 30% de los no escolarizados, han recibido información y educación sobre sexualidad responsable. Y, al 2015, el 90% y 60%, respectivamente.

Indicadores

1. % de programas que han incluido la construcción de feminidades y masculinidades que aseguran equidad entre los géneros así como a la diversidad sexual.
2. Porcentaje de adolescentes y jóvenes que logran atender los programas de prevención
3. % de centros de educación básica, bachillerato, IPEDs e IPIBs con personal capacitado implementando educación sexual con orientación para la prevención del VIH/SIDA y derechos humanos (PFG).
4. % de mujeres y varones de 13 a 24 años de edad que identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechazan las principales ideas erróneas sobre su transmisión.
5. % de adolescentes que conocen que el condón es un mecanismo de prevención del VIH (PFG).
6. % de adolescentes y jóvenes que manifiestan una actitud de aceptación frente a las personas con VIH/SIDA (PFG)

Estrategias	Líneas de intervención	Responsables	Costos
2.1 Institucionalización de la educación sobre la sexualidad, los derechos sexuales y reproductivos con énfasis en la prevención de la transmisión del VIH-SIDA en adolescentes y jóvenes escolarizados con enfoque de género, diversidad sexual y respeto a los DDHH.	2.1.1 Fortalecimiento del Programa Nacional de Educación de la Sexualidad y el Amor (PRONESA) con énfasis en su componente de educación de la sexualidad y prevención De ITS-VIH/SIDA.	MEC, MSP, CONAMU, CNNA,, Organismos internacionales , ONG, AME,	
	2.1.2 Iniciativas de asistencia técnica para el desarrollo de la malla curricular y paquetes pedagógicos oficiales para la educación de la sexualidad en el Ministerio de Educación.	ONUSIDA, UNFPA, UNICEF, ONG	
	2.1.3 Capacitación permanente a docentes, alumnos y padres de familia a nivel nacional	MEC, MSP, CONAMU, CNNA, Organismos internacionales. ONG	
	2.1.4 Iniciativas que permitan la evaluación del trabajo de PRONESA y el debate sobre las mejores opciones curriculares de inserción de la prevención de la ITS y el VIH/SIDA	Actores del Sistema Nacional de Educación, ONG	
	2.1.5 Inserción en los Proyectos Educativos Institucionales de los establecimientos educativos, de los programas de educación de la sexualidad y el amor, acorde los estipula el acuerdo ministerial 403.	MEC, PRONESA, actores del Sistema Nacional de Educación, ONG	
2.2 Información, educación y comunicación en adolescentes y jóvenes no escolarizados de comunidades de sectores rurales y urbanos marginales	2.2.1 Iniciativas que permitan evaluar las necesidades de información, educación y comunicación en las comunidades	Ministerio de Bienestar social, Instituto nacional de la Juventud, ONG	
	2.2.2 Validación y adecuación de estrategias a las idiosincrasias de los jóvenes de las comunidades.		
	2.2.3 Diseño y ejecución de programas y proyectos con componentes de evaluación formativa y de impacto.		
2.3 Transversalización institucional y curricular del VIH/SIDA Y DDHH en el Sistema Nacional de Educación Superior.	2.3.1 Formulación y puesta en vigencia de políticas de DDHH y VIH/SIDA	CONESUP, actores del Sistema Nacional de Educación Superior.	
	2.3.2 Iniciativas de transversalización institucional y curricular del VIH/SIDA y DDHH en universidades, escuelas politécnicas		
2.4 Transversalización de la prevención del VIH/SIDA en las instituciones del Sistema de Justicia Juvenil	2.4.1 Formulación y puesta en vigencia de políticas de DDHH y VIH/SIDA	Ministerio de Bienestar Social, CNNA	
	2.4.2 Diseño y ejecución de programas y proyectos con componentes de evaluación formativa y de impacto y producción de materiales adecuados a esta población.	Instituciones de Medidas socio-educativas.	

III PARTE: SECTORES PRIORITARIOS

Sector No.2 Prevención del VIH/SIDA en niños, niñas, adolescentes y jóvenes a través del aseguramiento del ejercicio progresivo de sus derechos: **Objetivos concretos, Estrategias y Líneas de intervención.**

2.5 Promoción y aseguramiento de las formas de prevención del VIH/SIDA en el contexto de la Política Nacional de Derechos de Salud Sexual y Reproductiva	2.5.1 Elaboración de líneas de base y estudios CAP para identificar comportamientos sexuales en la población adolescente y joven.	Gobiernos locales, Juntas parroquiales, MSP, CONAMU, CNNA , OI, ONG.
	2.5.2 Diseño, implementación y ejecución de estrategias comunicacionales masivas y selectivas con metodologías participativas para la promoción del uso del condón masculino y femenino.	MEC, ONG, ONUSIDA, UNFPA
	2.5.3 Instrumentación del marco normativo vigente para disponibilidad de condones en la población vulnerable.	MEC, MSP, UNFPA.

Objetivo concreto No. 3: Asegurar el acceso a la atención personalizada e integral en salud, poniendo énfasis en la salud sexual y reproductiva, garantizando sus derechos de supervivencia

Metas: Para el 2010, 50% de los servicios de atención de salud sexual y reproductiva ofrecen, a los/las adolescentes, la prueba voluntaria y atención especializada. Y, al 2015, el 80%.

Indicadores

1. Cobertura y # de servicios con atención integral y personalizada en salud y derechos sexuales y reproductivas para adolescentes y jóvenes.

2. # de niños, niñas y madres adolescentes que se realizan pruebas de tamizaje.

Estrategias	Líneas de intervención	Responsables	Costos
3.1 Promoción de la prueba voluntaria	3.1.1 Diseño e implementación de estrategias para la realización de las primeras pruebas voluntarias y rápidas y de tamizaje gratuitas a adolescentes y jóvenes.	SCO, Congreso Nacional, PNS, Comité Interinstitucional sobre trata de personas	
	3.1.2 Diseño y ejecución de estrategias de sensibilización a políticos a nivel nacional, provincial y local.		
3.2 Fortalecimiento y mejora de la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva con énfasis en prevención del VIH/SIDA e ITS, con atención diferenciada en NNA y jóvenes	3.2.1 Evaluación de los servicios existentes de salud reproductiva y rescate de las buenas prácticas que incorporen el enfoque de derechos en la atención	MSP, CNNA, CCNA	
	3.2.2 Diseño de modelos de atención especializada que responda a las características de las NNA y jóvenes, genere motivación, no promueva sesgos de género ni social y focalice a poblaciones altamente vulnerables (víctimas de abuso sexual y/o explotación sexual comercial infantil)		
	3.2.3 Replica de modelos exitosos y capacitación a los recursos humanos de los servicios de salud con estrategia de formación de promotores pares.		
	3.2.4 Normalización de la atención de salud sexual y reproductiva y prevención del VIH-SIDA diferenciada y/o amigable para adolescentes y jóvenes a nivel de atención primaria de Salud.		
	3.2.5 Promoción de los servicios especializados de salud sexual y reproductiva.		

III PARTE: SECTORES PRIORITARIOS

Sector No.2 Prevención del VIH/SIDA en niños, niñas, adolescentes y jóvenes a través del aseguramiento del ejercicio progresivo de sus derechos: **Objetivos concretos, Estrategias y Líneas de intervención.**

Objetivo concreto No. 4: Asegurar la protección a grupos de NNA en condición de alta vulnerabilidad y la participación de niños, niñas, adolescentes y jóvenes en la prevención del VIH-SIDA (derechos libertad de expresión, a ser consultados, a la libertad de pensamiento y conciencia, religión, reunión y asociación)

Metas: Al 2010, el 60% de los programas de protección a los NNA de alta vulnerabilidad han integrado protocolos sobre VIH y, al 2015, el 90%.

Indicadores

1. % de programas de protección que integran protocolos de protección y prevención del VIH.
2. % de adolescentes y jóvenes que conocen sus derechos sexuales y reproductivos y los hacen respetar.

Estrategias	Líneas de intervención	Responsables	Costos
4.1 Protección de las NNA en condiciones de vulnerabilidad al VIH/SIDA.	4.1.1 Armonización y articulación con otras políticas públicas a fines a la protección de NNA vulnerables.	CNNA, CCNA, SNS	
	4.1.2 Estudio y revisión de los procedimientos del sistema de protección para evitar la revictimización		
	4.1.3 Promoción de modelos de atención a NNA en condición de vulnerabilidad al VIH/SIDA en las redes multisectoriales nacionales y locales de protección y atención especial.		
4.2 Promoción de derechos y ciudadanía de NNA y jóvenes, vigilancia y exigibilidad con la actoría de niños, niñas, adolescentes para hacer frente a la epidemia.	4.2.1 Iniciativas de instalación de mecanismos tendientes a evitar la impunidad de los delitos sexuales y que atentan a los derechos de NNA y jóvenes	CNNA, CONAMU, Fiscalía, DINAPEN, INNFA.	
	4.2.2 Apoyo en la conformación de espacios organizados de niños, niñas y adolescentes (Consejos Consultivos de niños, niñas y adolescentes) y veedurías juveniles que identifique casos de discriminación y/o exclusión.		
	4.2.3 Generación de capacidades de liderazgo de niños, niñas y adolescentes en lo que a la promoción de derechos sexuales y reproductivos y prevención del VIH/SIDA atañe.		
	4.2.4 Organización y fortalecimiento de redes juveniles que promuevan los derechos sexuales y reproductivos con énfasis en la prevención del VIH/SIDA, la no discriminación y la no exclusión de los NNA y jóvenes en todos los contextos.	CNNA , CCNA, ONG , Gobiernos Locales	
	4.2.5 Diseño y ejecución de estrategias de comunicación, masivas y selectivas orientados a prevenir el tema de derechos, ciudadanía y VIH/SIDA.		

3er Sector: Prevención de la transmisión vertical del VIH (madre- hijo) y protección de niños/niñas expuestos perinatales.

MARCO LEGAL

Conforme con la Constitución Política del Ecuador, el marco jurídico en el que se inscribe el sector incluye a la **Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud y su política**, al **Código de la Niñez y Adolescencia**, a la **ley contra la Violencia a la Mujer y a la Familia** y, más específicamente, a la **Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos** del 2005 y a la **Ley de Maternidad Gratuita y Atención de la Infancia** (1994 y su revisión de 1998). Este último instrumento se constituye en el más importante, al garantizar el acceso universal de las mujeres embarazadas y sus hijos e hijas menores de 5 años a las atenciones de salud sexual y salud reproductiva sin costo alguno. La mencionada ley determina la responsabilidad del Estado en el financiamiento de los servicios y la articulación entre los diferentes proveedores de servicios y entre el Gobierno central y los municipios, garantizando la participación social en instancias de decisión (comités de gestión) y la corresponsabilidad ciudadana en el cuidado de la salud sexual y reproductiva a través de mecanismos de control y veeduría (comités de usuarias).

DATOS DE CARACTERIZACION

En el 2006, el MSP estimó en 359.599 el número de mujeres embarazadas en la población del país⁴⁸. La misma fuente calcula en 3.489.937, el de mujeres, entre 15 a 49 años.

Según la publicación de la ENDEMAIN - 2004 (CEPAR), sólo del 10.5% al 13.5% de la población de 15 a 49 años usa preservativos como profilaxis de ITS, una de cada 15 adolescentes ha tenido un embarazo y, en éstas, la mitad de los embarazos son producto de relaciones premaritales. Un tercio de la población femenina, con pareja, ha sido agredida físicamente en los 12 meses anteriores a la encuesta, un 7% de las mujeres entrevistadas ha sido víctima de violación completa y, un 4%, de abuso sexual en el transcurso de su vida.

Respecto al VIH/SIDA, el 63% de mujeres entre 15 y 49 años lo conocen en forma espontánea, pero sólo el 8% conoce las tres formas de prevención relacionadas con la actividad sexual. Sin embargo, entre 1999 y 2004, la percepción de riesgo de infectarse del VIH/SIDA aumentó al 48%. Este aumento se evidencia en la población de todas las edades pero sobretudo en aquella con mayores niveles de instrucción. En relación con las demás ITS, existe un más bajo porcentaje de conocimiento (gonorrea 35%, sífilis 28%, hepatitis B 3%).

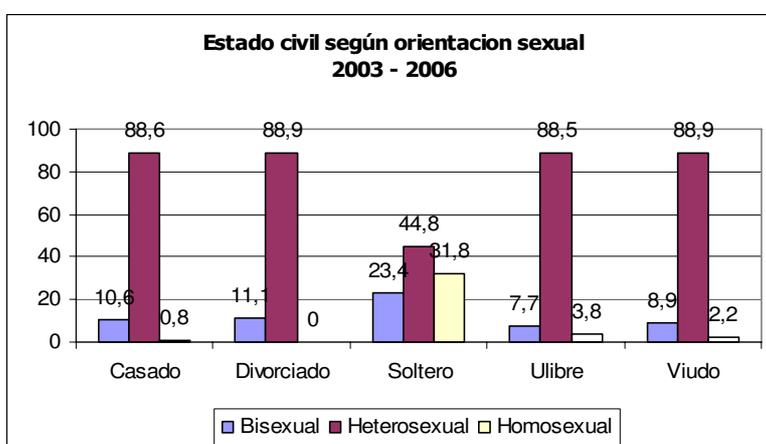
Dos de cada 3 mujeres, que conocen sobre el VIH, han oído hablar de la prueba o examen de diagnóstico, este conocimiento es más alto a nivel urbano, en las regiones insular y costa, y se incrementa con el nivel educativo de las mujeres.

⁴⁸. Proyección de la Población 2006, MSP, OPS, UNFPA, UNICEF.

Son actores claves de este sector, en calidad de rector, el Ministerio de Salud Pública a través del Programa Nacional de control y prevención de ITS-VIH/SIDA (PNS) y del Programa de Maternidad Gratuita (MG), las unidades Gineco-obstétricas, el Instituto Nacional de Higiene y Enfermedades Tropicales (INH) y, como responsables de las políticas en las poblaciones de mujeres y de niños, niñas y adolescentes, el CONAMU y el CNNA, respectivamente.

ANALISIS DE LA SITUACION

En el 2006, el sistema de notificación del MSP reportó, de un total de 1703 personas con VIH/SIDA, 1034 hombres y 669 mujeres, representando respectivamente el 69.7% y el 39.3% del total. La razón de género pasó del 4.7 en 1990 a 1.5 en el 2006. Si se mantiene esta tendencia, esta tasa podría igualarse en los próximos años. Estos datos constituyen un indicador de la feminización de una epidemia cuyo comportamiento creciente depende de diversos mecanismos.



Inicialmente, la epidemia afectó con mayor fuerza a los hombres gay (HG) y varones que tienen sexo con otros varones (HSH) para luego diseminarse entre los heterosexuales y sus parejas. Por ejemplo, un análisis de la relación existente entre el Estado civil y la Orientación sexual en los casos notificados por el MSP para los años 2003 – 2006 muestra la presencia significativa de personas

con orientación bisexual entre los casados (10.6%) y los divorciados (11.1%). Otros factores ubican a la mujer en una situación de vulnerabilidad frente al VIH y otras ITS como aquellos que tienen que ver con las relaciones desiguales de género, la infidelidad masculina, la violencia intrafamiliar, las desigualdades económicas y educativas de las mujeres, precisamente porque que las vuelve más dependientes, en particular a las mujeres de escasos recursos. Muchas mujeres temen ser abandonadas por sus esposos o parejas si intentan controlar o determinar las relaciones sexuales, o peor, exigir que su pareja use preservativo. El inicio de la sexualidad a más temprana edad expone a los hombres a una mayor probabilidad de contraer el VIH. El factor cultural que lleva a los varones a establecer relaciones sin protección con múltiples parejas y mujeres más jóvenes, explica que las mujeres se infecten a más temprana edad. La creencia arraigada en ciertos sectores en donde aún priman los principios religiosos, de que las relaciones sexuales se dan exclusivamente con fines reproductivos, se constituye en un poderoso obstáculo para los programas de prevención del VIH/SIDA.

Desde esta misma perspectiva de género, la salud se restringe a la mujer y sólo cuando esta está embarazada, la mujer no ejerce su derecho a la autonomía en lo que se refiere a la reproducción. En general, los servicios de salud reproductiva han sido diseñados para la atención prenatal y la planificación familiar sin tomar en cuenta la salud sexual de los hombres. Las mujeres generalmente son más vulnerables económicamente que los hombres, lo cual aumenta su dependencia y brinda mayor poder al hombre en las decisiones relativas a la vida sexual.

Con estos antecedentes y por diferentes causas como por ejemplo: la naturaleza del trabajo temporal, la pobreza, el desplazamiento obligado o las migraciones, interna o internacional, ciertos grupos de mujeres se encuentran en situación de especial vulnerabilidad como las casadas o las involucradas en el trabajo sexual, el turismo sexual, la trata y la explotación sexual.

El género influye también en el acceso a la prueba y la orientación en materia del VIH. La falta de información, el miedo al estigma, la objeción o falta de apoyo de la pareja a la prueba, los recursos económicos constituyen obstáculos en las mujeres para buscar oportunamente diagnóstico y tratamiento.

En este contexto, se evidencia un incremento de la incidencia de niños y niñas nacidas de madres infectadas y, por ende, el incremento de niños y niñas infectados de VIH por transmisión vertical. Al 15 de marzo del 2006, el MSP registra 206 niños en TAR, cifra que constituye otro indicador de la feminización de la epidemia⁴⁹.

Tabla 12: Tabla de incidencia de niños/niñas nacidas de madres infectadas.

	Menor 1 año	1-4 años	5-9 años	10-14 años	Total
2003	62 (0-4 años)		15		77
2004	41	52	5	4	102
2005	0	57	6	2	65
2006	0	74	16	4	94

(En el cuadro no se registran los niños o niñas menores de un año con tratamiento profiláctico).

La dificultad en el acceso a los servicios de salud y a la información adecuada se constituyen en una posibilidad de incremento de la incidencia de niños infectados a través de sus madres que pueden transmitir el virus durante el embarazo, parto y lactancia, que sin tratamiento puede ser de un 25 al 40% .

ANÁLISIS DE LA RESPUESTA

De acuerdo al reporte del ONUSIDA del 2006, para el 2005, un 8,3% de las mujeres embarazadas infectadas por el VIH recibió un curso completo de profilaxis antiretroviral para reducir el riesgo de transmisión de madre a hijo.

En el 2006, con los recursos del FG, el MSP -a través del PNS- inició el **Programa de Prevención de la Transmisión Vertical** a nivel nacional con un fuerte componente de información por medios de comunicación, masivos y selectivos. Las acciones para la implementación del Programa de Prevención de la TV se resumen a continuación:

- "Reproducción y difusión de la normatividad para el tamizaje.
- Tamizaje en 160 áreas de salud.
- Material de información a la mujer embarazada sobre prevención de VIH en todas las unidades de salud del MSP, en unidades del IESS y FFAA.
- Convenios con la Junta de Beneficencia de Guayaquil y REDIMA.
- Convenios con las Universidades Católica y Estatal de Guayaquil.
- Convenio con la Universidad de Quito.

⁴⁹ Acceso Universal, MSP, Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA/TTS, 2006.

- Tamizaje en Maternidades y 30% de hospitales provinciales.
- Descentralización de la terapia a 6 Clínicas del SIDA.
- Dotación de Zidovudina en 22 Hospitales Provinciales.
- Capacitación de equipos multidisciplinarios en Hospitales Provinciales y en 100 Hospitales Cantorales del país.
- Dotación de fórmula infantil para niños de 6 a 12 meses de edad, toda vez que según acuerdos con el Programa de Maternidad Gratuita, esta la proporciona a niños de 0 a 6 meses de edad.
- Dotación de 110.000 pruebas rápidas. a las provincias para el tamizaje de esta forma cubrir la demanda posterior a la campaña⁵⁰.

El PNS, a través de toda la red de servicios de salud y con el personal previamente capacitado, ha implementado su programa de prevención de la transmisión vertical, (pruebas de tamizaje), la profilaxis y el tratamiento de los niños hijos/as de madres infectadas en las clínicas del SIDA correspondientes, con el principal objetivo de evitar que el virus sea transmitido a los niños/niñas. Según el informe de gestión, los avances realizados en este tema se presentan en el cuadro a continuación:

Programa-componente	Avance
Promover en 200.000 mujeres acceso a prueba rápida en el 2006	Se cuenta con 145.000 ejecutadas
Tratamiento profiláctico en el 80% de mujeres embarazadas VIH+	El 80% de las detectadas reciben actualmente ARV.

El tamizaje con pruebas rápidas a mujeres embarazadas se inició en febrero del 2005 aunque no se ha trabajado en forma sistemática con las parejas de las madres positivas.. Desde esta fecha hasta septiembre del 2006 y respetando los lineamientos de la normativa validada con el apoyo de UNICEF, ha tamizado a 145.000 embarazadas, de las cuales 445 resultaron positivas (0.3%). “De un acumulado de 343 niños registrados desde el año 2002 al 2005, nacidos de madres VIH positivas, de ellos constan en archivos que el 60% recibieron tratamiento profiláctico”⁵¹. Sólo Guayas reportó el 36% de los niños nacidos de mujeres VIH+. Del total de mujeres positivas de Pichincha, Guayas, El Oro, Manabí, Esmeraldas, Quevedo, Galápagos, el 83% recibió tratamiento profiláctico. En el monitoreo realizado al Programa de Prevención de la Transmisión Vertical en las unidades de primer y segundo nivel, el PNS detectó deficiencias en el registro de las intervenciones a la madre y al niño lo que abona a la necesidad de fortalecer el Sistema de Información en las unidades gineco-obstétricas y pediátricas.

Según el mismo informe, se han instalado mecanismos de coordinación entre el Programa de Maternidad Gratuita y el PNS para la compra de medicamentos para ITS y las compras de pruebas rápidas, para ello se han incrementado las transferencias a provincias. A su vez, el PNS -de ser necesario durante el tamizaje – dota de insumos para la realización de la segunda prueba. El Programa de MG también provee de fórmula infantil a los RN de 0 a 6 meses, hijos de mujeres VIH+, mientras que el PNS lo hace para los RN de 6 a 12 meses.

El PNS ha realizado talleres de capacitación, orientados al manejo integral del paciente VIH-SIDA y Prevención de la Transmisión Vertical a los equipo de salud de II y III nivel de los hospitales cantonales y provinciales del MSP, IESS, municipios, FFAA y Policía, en las provincias del Carchi, Esmeraldas, Manabí, Azuay, Cañar, Morona Santiago, los Ríos y

⁵⁰ Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA ITS, Informe de Gestión, Octubre del 2006.

⁵¹ Op.cit.

Tungurahua y talleres dirigidos a los responsables provinciales del Programa de MG para fortalecer la coordinación de éstos con los epidemiólogos.

Sin embargo, el Sistema Público de Salud no atiende todos los partos. Una proporción importante del total de ellos es atendida en las unidades del sector privado, con o sin fines de lucro. Por otra parte, se desconoce también el estado epidemiológico de otras madres que no acuden del todo al Sistema Nacional de Salud, como las mujeres que viven en comunidades alejadas, las adolescentes con embarazos no deseados que acuden a establecimientos clandestinos, las mujeres embarazadas privadas de libertad, las adolescentes embarazadas en condición de trata y explotación sexual comercial y las mujeres inmersas en migraciones voluntarias o forzadas, legales e ilegales.

Por lo tanto es difícil dimensionar la situación de la epidemia en las mujeres embarazadas. Según ciertas estimaciones, se calcula que la cobertura de dicho Sistema es sólo de un 60% del total de los partos.

LO QUE NO SE HA CONSIDERADO

- La prevención de la transmisión vertical incluyendo a las parejas.
- El carácter del ARV para población pediátrica poco atractivo para los proveedores, por la demanda que ésta representa.
- Los medicamentos en forma pediátrica.

OBJETIVO ESTRATEGICO

Lograr que las mujeres embarazadas infectadas con el VIH no transmitan el virus a sus hijos.

META

AL 2015, SE HABRÁ REDUCIDO LA TRANSMISION VERTICAL (MADRE-HIJO) A MENOS DEL 2%.

Objetivo concreto No. 1 : Conocer y sistematizar la información relacionada con la problemática de la transmisión vertical.

Metas: Al 2010, el Sistema de gestión de la información sobre la problemática de TV integra al 50% de los establecimientos del SNS y, el 80%, al 2015.

Indicadores

1. % de las embarazadas atendidas en los servicios públicos han sido registradas mediante protocolos estandarizados y sus datos integrados en una base única de datos.
2. % de las organizaciones del Sistema Nacional de Salud que reportan al Sistema de gestión de la información.
3. # de eventos de información anual de análisis con las autoridades locales y nacionales sobre la magnitud y gravedad de la problemática de la TV.

Estrategias	Líneas de intervención	Responsables	Costos
1.1 Vigilancia de la transmisión vertical.	1.1.1 Realización de estudios de comportamiento para identificar y monitorear los comportamientos de riesgo presentes.		

Objetivo concreto No. 2 Ampliar los niveles de conocimiento de las mujeres en edad fértil y o de las embarazadas acerca de la gravedad de la infección de las ITS-VIH/SIDA y la necesidad de la prevención de la transmisión vertical.

Metas: Al 2010, el 40% de las mujeres en edad fértil conocen sobre el VIH y los servicios de diagnóstico y atención existentes. Al 2015, lo conoce el 70%.

Indicadores

1. % de mujeres en edad fértil que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre su transmisión (SIRN).
2. % de embarazadas, atendidas en el sector público y privado sin fines de lucro, que aceptaron realizarse la prueba de tamizaje para VIH, luego de recibir consejería.

Estrategias	Líneas de intervención	Responsables	Costos
2.1 Promoción sistemática de la prueba voluntaria y de la consejería en todas las unidades del Sistema Nacional de Salud.	2.1.1. Diseño, ejecución y evaluación de estrategias de comunicación sobre la PTV coordinadamente con el PRONESA para llegar a adolescentes de zonas rurales y urbano-marginales.	MSP-PNS	
	2.1.2. Evaluación y fortalecimiento de la campaña permanente de prevención de la TV del PNS con enfoque de género e inclusión de parejas.	MSP-PNS, UNICEF, ONG	
	2.1.3. Sistematización de la promoción de la prueba en todas las unidades de salud que realizan controles prenatales.	Actores del SNS	

Objetivo concreto No. 3: Ampliar la cobertura de la prevención de la transmisión vertical a todos los sectores de la población, incluidos los de difícil acceso.

Metas: Al 2010, el 60% de las mujeres embarazadas tienen acceso a APV y 90%, al 2015.

Indicadores

1. % de servicios de salud de nivel provincial con servicios de maternidad con personal capacitado para brindar atención a las embarazadas con VIH/SIDA (PFG).
2. % de las mujeres embarazadas con VIH que asisten a los servicios públicos y privados de salud, que han sido detectadas.
3. % de mujeres embarazadas infectadas por el VIH, atendidas en el sector público y privado sin fines de lucro, que reciben ARV como profilaxis para la transmisión madre-hijo (PFG, SIRN).
4. % de mujeres embarazadas VIH+ que han recibido profilaxis para la RV (ARV, cesárea programa y leche maternizada).
5. % de recién nacidos expuestos que se han realizado la prueba diagnóstica del VIH (carga viral)

III PARTE: SECTORES PRIORITARIOS

Sector No. 3 Prevención de la Transmisión Vertical y Protección de niños y niñas expuestos/as perinatales : **Objetivos concretos, Estrategias y Líneas de intervención.**

6. % de niños que nacieron con el VIH de madres infectadas (SIRN).

Estrategias	Líneas de intervención	Responsables	Costos
3.1 Tamizaje para VIH y detección y tratamiento de las ITS y VIH/SIDA (ARV y dotación de leche maternizada hasta el año de edad) en las unidades públicas del Sistema Nacional de Salud.	3.1.1 Diseño y desarrollo de un modelo de atención de tamizaje de las embarazadas y tratamiento de las infectadas que incluya sistemáticamente a madres VIH+ e institucionalice el control y seguimiento del compañero.	MSP-PNS, MG, actores del Sistema Nacional de Salud.	
	3.1.2 Realización de pruebas gratuitas de diagnóstico y seguimiento de ITS y de VIH en gestantes y sus parejas.		
	3.1.3 Ampliación de la cobertura de las medidas preventivas de la transmisión vertical de VIH e ITS: profilaxis , y o tratamiento antirretroviral, cesárea, provisión de leche artificial al recién nacido (1 año) y tratamiento de sífilis materna .otras ITS materna.		
3.2 Prevención de la transmisión vertical en el sistema privado y organizaciones con o sin fines de lucro	3.2.1 Creación de una norma para la obligatoriedad de realizar el tamizaje a todas las embarazadas atendidas en el sistema privado.	MSP-PNS, Organizaciones con y sin fines de lucro del Sistema Nacional de Salud, MG	
	3.2.2 Instalación de mecanismos de coordinación y de un sistema de referencia y contrarreferencia para la atención en las unidades de salud del sector público de las detectadas.		
	3.2.3 Evaluación de la aplicación de la norma y del sistema de referencia y contrarreferencia.		
	3.2.4 Diseño e instalación de mecanismos de control de la aplicación de la norma.		
3.3 Tamizaje y consejería en las poblaciones que tienen dificultad de acceder a los servicios de salud.	3.3.1 Identificación de la población de difícil acceso e Inventarios de los recursos de salud con los que cuentan.	MSP-PNS, Organizaciones con y sin fines de lucro, MG.	
	3.3.2 Diseño y aplicación de estrategias para llegar con consejería y tamizaje voluntario a las poblaciones que tienen dificultad de acceder a los servicios de salud, respetando su diversidad.		
	3.3.3 Evaluación de las estrategias, sistematización y réplica de buenas prácticas		

Objetivo concreto No. 4: Empoderar a las mujeres de toda condición social y sus parejas en el ejercicio de sus derechos a la atención de salud y la no discriminación.

Metas: Al 2010, haciendo uso de sus derechos que le confiere la LMGyAI, el 40% de mujeres en edad fértil y sus parejas exige información, consejería y acceso a la prueba, y, el 70% en el 2015.

Indicadores

1. % de mujeres en embarazadas que conocen la Ley de Maternidad Gratuita
2. # de iniciativas de participación de las MVVS.
3. # de consejeras embarazadas apoyando los procesos.

Estrategias	Líneas de intervención	Responsables	Costos
4.1 Promoción y exigibilidad de los derechos.	4.1.1 Difusión de la Ley de Maternidad Gratuita y de sus beneficios.	MSP-PNS, Organizaciones con o sin fines de lucro, Actores del Sistema Nacional de Salud.	
	4.1.2 Iniciativas para fomentar la participación ciudadana y específicamente el de las mujeres PVVS (Grupos de Autoayuda, Comités de Gestión y Comités de Usuarías)		
	4.1.3 Diseño y desarrollo de programas de capacitación para la formación de consejeras madres VIH+		

4to. Sector: Reducción de la exposición y riesgo frente al VIH/ITS, promoción de derechos en hombres gay, hombres con comportamiento bisexual y personas trans.

MARCO LEGAL

La **Constitución Política del Ecuador** (1998) prohíbe la discriminación y protege la igualdad de derechos humanos. En efecto, en el art. 23, numeral 3 se establece que, todas las personas “*serán consideradas iguales y gozaran de los mismos derechos... sin discriminación en razón... del sexo, ... y de la orientación sexual...*”. De la misma manera garantiza el derecho a la salud y establece la gratuidad de los servicios públicos. En noviembre de 1997, el Art. 516 del **Código Penal del Ecuador** que tipificaba como delito la homosexualidad, fue declarado anticonstitucional. La Constitución protege, además de los derechos sexuales, a la integridad personal, la igualdad ante la ley, el derecho a la honra, a la buena reputación y a la intimidad personal y familiar. En 1998, se publica el **Plan Nacional de Derechos Humanos** que incluye los Derechos de las Minorías Sexuales, el mismo que compromete al Estado con la promoción y la defensa de los DDHH y con el reconocimiento de las convenciones internacionales en la materia. Las normas contenidas en los tratados y convenios internacionales como la Declaración Universal de Derechos Humanos, la Declaración Americana de Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, una vez que han sido promulgadas en el Registro Oficial, pasan a formar parte del ordenamiento jurídico del país y desde entonces prevalecen sobre leyes y otras normas de menor jerarquía. En el 2002, el Ecuador firmó la Carta Andina para la Promoción y Protección de los Derechos Humanos que reconoce explícitamente la orientación sexual homosexual. El Plan Nacional de Derechos Humanos identifica a la Defensoría del Pueblo y la Oficina de Derechos Humanos del Ministerio de Gobierno encargadas de manejar el tema. Sin embargo, los hombres gay, lesbianas, bisexuales, transgéneros y transexuales siguen, en la práctica, discriminados en lo educativo, laboral y social como lo evidencian múltiples testimonios. La represión que sufren las personas GLBT (violencia, detenciones arbitrarias, difamación, agresiones físicas, asesinatos, sometimiento a pruebas de detección del VIH, etc.) se produce en el silencio y la indiferencia y aunque protegidos por el marco legal vigente, rara vez se respeta su derecho a la defensa o a presentar una demanda. Esta situación de estigma social y judicial ha sido documentada y denunciada en varias ocasiones por Amnistía Internacional. Finalmente, cabe indicar que, en el Ecuador, las agrupaciones de la sociedad civil han elaborado el Plan Operativo de Derechos Humanos de la Diversidad Sexual Gays, Lesbianas, Bisexuales, Transexuales y Transgénero, el mismo que busca que se cumplan los objetivos del Plan Nacional de Derechos Humanos en materia de DDSS de estos grupos, y el 22 de junio de 2004, se entregó a la Comisión de Derechos Humanos del Congreso Nacional, el Proyecto de Ley Orgánica para prevenir y eliminar todas las formas de discriminación.

DATOS DE CARACTERIZACION

La orientación sexual es un concepto complejo que cambia con el tiempo y difiere a través de las diferentes culturas. Actualmente, en el mundo, se han considerado tres dimensiones distintas sobre la orientación sexual (sean aceptadas o no social y culturalmente): la atracción, la identidad y el comportamiento, sexuales. Esas tres dimensiones a menudo, pero no

siempre, se alinean. Por ejemplo, un hombre puede comprometerse en una actividad sexual con otros hombres (comportamiento), sentirse atraído por hombres y mujeres (atracción), e identificarse como heterosexual (identidad)

Atracción hace referencia a la atracción sexual y emocional que uno siente hacia otros. La atracción a veces es vista como un *continuum*, desde lo exclusivamente heterosexual a lo exclusivamente homosexual, que la mayoría de la gente cae entre los dos extremos. Algunas personas sienten igual atracción por hombres y mujeres.

Identidad Sexual es como la personas se define y se etiqueta así misma, independientemente de su atracción o comportamiento. Muchos hombres se identifican con gay, bisexuales u heterosexuales, o en otros términos que ellos sienten y consideran apropiados para sí mismos a nivel individual.

Comportamiento Sexual hace referencia a los actos de las personas, que son exclusivas de su identidad o atracción sexual. El término de hombres que tienen sexo con hombres se refiere a aquellos hombres que tienen en común sus relaciones sexuales con personas de su mismo sexo de manera temporal o definitiva. Muchos de ellos también tienen relaciones sexuales con mujeres o con personas transgéneros y se identifican así mismos en un sinnúmero de maneras.

Es importante tener en cuenta que, el término *“hombres que tienen sexo con hombres”* no constituye un concepto que describe una identidad exclusiva del individuo, ya que para la mayoría de ellos no implica significado alguno. Este término establece una categoría de análisis para ampliar la visión epidemiológica tradicional que, con relación al VIH y al SIDA, agrupa en su análisis, de manera exclusiva, a hombres que se definen así mismos como homosexuales y bisexuales, pero dejando por fuera a un sinnúmero de hombres que más allá de su orientación sexual (hombres heterosexuales) no reconocen a su comportamiento como una práctica de índole homosexual y/o bisexual. En suma la categoría epidemiológica es un concepto que permite entonces, en su análisis, tomar en cuenta a los distintos subgrupos de hombres que se encuentran inmensos en actividades sexuales de índole homosexual, independientemente de su orientación sexual.

Como mucha gente, las relaciones entre hombres que tienen sexo con hombres tienen una variedad de formas y pueden cambiar con el tiempo. Muchos HG/BI/TRANS/SHH tiene relaciones de largo plazo que son monógamas con su pareja estable, algunos tiene relaciones abiertas con su pareja (esto quiere decir que ambos acuerdan tener parejas sexuales adicionales a la relación de pareja), otros tiene citas y encuentros casuales.

Los hombres sin pareja estable tienen amigos, parejas casuales que encuentran a través de amigos o en lugares de socialización, o también parejas anónimas, como aquellos que tienen encuentros en el Internet. Algunos se mantienen abstinentes por períodos de tiempo. Las relaciones con la pareja estable pueden cambiar con el tiempo. Los hombres gay, trans, bisexuales y otros SHH que tienen relación de pareja estable con otro hombre utilizan algunos términos para describir a su pareja(s): *“amigo”, “amiga”, “amante”, “compañero”, “compañera”, “pareja”, “novio”, “novia”*. Otros le llaman *“esposo”, “esposa”, “marido”, “mujer”*, independientemente que en el país este tipo de parejas tenga reconocimiento legal o no. La terminología utilizada generalmente para este tipo de relaciones puede diferir a nivel individual en cada persona y pueden cambiar con el tiempo.

ANALISIS DE LA SITUACION

En el Ecuador, la epidemia del VIH/SIDA se encuentra concentrada en poblaciones específicas y con una alta velocidad de crecimiento. A pesar del incremento substancial de la transmisión del VIH en la población heterosexual, la transmisión entre hombres gay, hombres que tienen sexo con hombres y de las personas trans sigue considerándose importante.

La prevalencia del VIH SIDA en HSH fluctúa de manera importante. Por ejemplo, el estudio *Seroprevalence of and risk factors for HIV-1 infection among South American men who have sex with men, 19 seroepidemiological, cross sectional studies in 36 cities of seven countries of South America among 13.847 MSM, 1999-2002*, determina para el caso del Ecuador, una prevalencia de 16.6%, o sea 105 casos positivos de una muestra de 660 HSH, en las ciudades de Quito y Guayaquil. La Fundación Ecuatoriana Equidad y Famivida en un estudio realizado en el año 2000, a 106 hombres gay y otros HSH, en la ciudad de Quito, encontró una prevalencia del 11.7% (13 personas con Elisa y WB positivo). Por último, la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública, en una recopilación de estudios de su responsabilidad, en cuanto a HSH, cita, a su vez, 3 estudios realizados en Pichincha, Guayas y Manabí (Hospital Vozandes, NMRCD, F. Equidad) y cuyos resultados son para la prevalencia en este grupo, respectivamente, de: 16,7%, 23,4% y 4,0%.

Los hombres gay, trans y otros HSH constituyen un grupo con cierto nivel de movilidad ligado al ocultamiento de prácticas sexuales y baja percepción de riesgo, incluso con la pareja, ante las ITS y el VIH/SIDA. El acceso a condones es muy limitado tanto en términos de cantidad como de calidad. Se presenta coexistencia con otras conductas de riesgo, como el consumo de alcohol y drogas, inicio temprano de las relaciones sexuales y el trabajo sexual. Es un grupo sometido a una gran presión debido al estigma y la discriminación lo cual genera la creación de guetos como mecanismo de protección, comportamientos sexuales clandestinos con prácticas sexuales ocultas y riesgosas, marginación en el trabajo y la familia. Dentro de este grupo, los trabajadores sexuales masculinos como de las personas trans y sus parejas presentan altos niveles de mayor exposición frente al VIH y las ITS

ANALISIS DE LA RESPUESTA

El Ministerio de Educación y Cultura no cuenta con un programa de educación sexual que incluya la perspectiva de la diversidad sexual GLBT. Ciertas religiones condenan la homosexualidad lo que contribuye al estigma y discriminación. Los HG/TRANS y otros HSH son víctimas del machismo, la educación está dirigida únicamente a hombres y mujeres heterosexuales, lo que hace difícil introducir el tema de la prevención del VIH-SIDA así como el respeto de los derechos humanos en estas poblaciones. Los HG/TRANS y otros HSH no cuentan con información adecuada para ellos, que incluya temas de prevención y formas de combatir el estigma y la discriminación. Los medios masivos de comunicación generalmente generan información distorsionada y tratan los temas relativos a los HG/TRANS y otros HSH en forma amarillista, ofensiva y discriminatoria.

Pese a que la Constitución reconoce la igualdad de derechos, en la práctica se fomenta una discriminación institucionalizada tanto en los gobiernos locales como a nivel nacional. La legislación no integra los compromisos internacionales firmados por el país; por tanto no se protege los DDHH de las comunidades GLBT, existen abusos por parte de las autoridades y no está controlada la falta de confidencialidad. A esto se añade el hecho de que buena parte

de los HG/TRANS y otros HSH forman parte de los sectores con menos oportunidades de desarrollo social, lo que incrementa su vulnerabilidad social y su mayor exposición frente al VIH/ITS. Los servicios sanitarios no están diseñados para las personas de sexo masculino, lo que trae como consecuencia la desmotivación y el rechazo hacia el uso de dichos servicios y por ende, el desarrollo de actitudes negativas hacia el cuidado de la salud. Los programas de prevención primaria que buscan evitar la infección en HG, HSH y TRANS no han logrado impactos y cobertura suficiente en IEC, ni en la provisión y promoción de preservativos y otros productos por causa de la falta de políticas y programas específicos dirigidas a estas poblaciones. La atención requiere de ampliar la visión existente sobre la atención de la epidemia, Tomando en cuenta la concentración de la misma y en los distintos sectores de población afectados por la epidemia.

Existen pocas investigaciones que visualizan la realidad de los HG/TRANS y otros HSH frente al VIH/SIDA. La investigación debe constituirse en una política para que sus resultados orienten el conocimiento sobre los problemas que afectan los HG, HSH y TRANS, construyendo metodologías científicas y libres de prejuicios.

En cuanto a los derechos, el país debe realizar vigorosos esfuerzos para integrar y respetar la diversidad sexual GLBT en todos los ámbitos. Paralelamente al trabajo de modificación del comportamiento homofóbico, se debe fortalecer y ampliar los sistemas de denuncias y sanciones a las violaciones de los mismos. En este sentido, es importante presionar para la aprobación del Proyecto de Ley Orgánica para prevenir y eliminar todas las formas de discriminación, aunque por si sola, la expedición de dicha ley no solucionará los problemas que afectan los HG, HSH y TRANS.

Finalmente, tiene que realizarse un trabajo importante con los medios de comunicación para que participen en forma positiva en la eliminación de la discriminación, lo que, conjuntamente con otras iniciativas, facilitará el acceso a los servicios.

En resumen, entre las principales necesidades de este sector, se requiere concienciar e informar a los HG/TRANS y otros HSH sobre la prevención del VIH y de las ITS, ampliar la promoción y el acceso de condones y lubricantes para los HG/TRANS y otros HSH, educar y sensibilizar a los prestadores de servicios de salud sobre la prestación de servicios no discriminatorios, adecuados y diferenciados a esta población, promover el respeto de los derechos de la comunidad GLBT, sensibilizar a la población general contra el estigma y la discriminación, crear climas sociales favorables, contar con una ley de educación integral que reconozca la diversidad sexual y cultural GLBT, sensibilizar y capacitar a los medios de comunicación para un manejo adecuado de la problemática y realizar investigaciones científicas y objetivas libre de prejuicios y establecer políticas públicas basadas en la evidencia científica.

OBJETIVO ESTRATEGICO

Lograr que los hombres Gay, hombres con comportamiento bi-sexual y personas trans reduzcan el riesgo y la vulnerabilidad ante las ITS y el VIH/SIDA viviendo sin temor a la discriminación y empoderados en sus derechos.

META

Al 2015, el 50% DE LAS PERSONAS HG/BISEXUALES/TRANS ACCEDEN A PROGRAMAS Y SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD Y ADOPTAN COMPORTAMIENTOS SEXUALES PROTEGIDOS.

III PARTE: SECTORES PRIORITARIOS

Sector No. 4: Reducción de la exposición y riesgo frente al VIH/ITS, promoción de derechos en hombres gay, hombres con comportamiento bisexual y hombres: **Objetivos estratégico, Estrategias y Líneas de Intervención**

Objetivo concreto No.1: Visibilizar y conocer la problemática de las ITS, VIH/SIDA y otros aspectos relacionados en los HG, HCB y TRANS.

Metas: Al 2010, se dispone de una información fidedigna sobre la situación de la epidemia, comportamientos de riesgo y de actitudes de discriminación, acceso a servicios en este sector que guía la adecuación de las políticas de intervención en este sector.

Indicadores

1. El tamaño de la población HG/HCB/TRANS estimada
2. Características y distribución de comportamientos sexuales de riesgo en personas HG, HCB y TRANS.
3. Características y distribución de comportamientos discriminatorios respecto a las personas HG, HCB y TRANS.
4. % de cobertura de servicios de prevención y atención de ITS-VIH/SIDA en personas HG, HCB y TRANS.
5. % de personas HG, HCB y TRANS con ITS y VIH/SIDA.

Estrategias	Líneas de intervención	Responsables	Costos
1.1 Monitoreo de la tendencia de la epidemia del VIH e ITS en HG/HCB y Trans, evaluación de comportamientos de riesgo y cobertura de servicios	1.1.1 Estimación del tamaño de la población de HG/HCB/TRANS con la finalidad de orientar las políticas de prevención, atención y tratamiento en estas poblaciones.	Observatorio Nacional del VIH/SIDA. ONG con trabajo en VIH/SIDA y personas HG, HCB y TRANS	
	1.1.2 Creación de centros de vigilancia centinela de II y III generación incluyendo a grupos GBT con trabajo en VIH y SIDA para la realización de estudios representativos con capacidad para estimar los niveles de seroprevalencia, incidencia e inmunoresistencia y otras variables asociadas y cualitativas para el monitoreo de la evolución de la epidemia en esta población.		
	1.1.3 Análisis de la cobertura servicios de prevención, atención y apoyo en ITS, VIH y SIDA		

Objetivo concreto No. 2: Reducir el impacto social por causa del estigma y la discriminación

Metas: Al 2010, Ley Antidiscriminación y Reglamento aprobados y al 2015, un 80% de la población general alcanzada por campañas de difusión de la ley.

Indicadores

1. % de población general alcanzada por la difusión de la Ley
2. % de denuncias registradas y restituidas

Estrategias	Líneas de intervención	Responsables	Costos
2.1 Fortalecimiento del marco legal	2.1.1 Creación de la Comisión Nacional responsable.	ONG con trabajo en VIH/SIDA y personas HG,	
	2.1.2 Iniciativas de incidencia política orientadas a buscar la aprobación y la reglamentación de la Ley Antidiscriminación		

III PARTE: SECTORES PRIORITARIOS

Sector No. 4: Reducción de la exposición y riesgo frente al VIH/ITS, promoción de derechos en hombres gay, hombres con comportamiento bisexual y hombres trans.

2.2 Atención y apoyo social a HG/HCB/TRANS víctimas de homofobia por causa del VIH y SIDA.	2.1.3 Iniciativas de difusión de la Ley y la prevención de prácticas discriminatorias en la población en general	HCB y TRANS, Congreso Nacional	
	2.2.1 Documentación de prácticas discriminatorias en coordinación con a organizaciones e instituciones especializadas en servicios sociales y legales.		
	2.2.3 Iniciativas de atención y apoyo a víctimas de homofobia por causa del VIH/SIDA		

Objetivo concreto No.3: Prevenir la infección por el VIH y las ITS, lograr la detección temprana y asegurar un tratamiento integral adecuada a las características a los distintos subgrupos de esta población.

Metas: Al 2010, el 60% de los HG/HCB/TRANS acceden a servicios de salud adecuados a sus necesidades y, el 80%, al 2015.

Indicadores

1. % de incremento de la demanda y oferta de servicios especializados para este sector.
2. % de personas HG, HCB y TRANS que usaron condón en la última relación sexual (PFG, SIRN, ODM)
3. % de personas HG, HCB y TRANS que recibió consejería y realizó el análisis del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados (SIRN).
4. % de personas HG, HCB y TRANS que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre su transmisión (SIRN).
5. % de personas HG, HCB y TRANS que recibe TAR según norma (PFG) y adhiere al tratamiento.
6. % de personas HG, HCB y TRANS que recibió diagnóstico y tratamiento de ITS.

Estrategias	Líneas de intervención	Responsables	Costos
3.1 Normalización y control de la calidad de las intervenciones	3.1.1 Creación de una unidad asesora para el tratamiento de temas relacionados con el VIH y SIDA en HG/HCB/TRANS	ONG con trabajo en VIH/SIDA y personas HG, HCB y TRANS Ministerio de Salud Pública	
	3.1.2 Diseño y formulación de normas y modelos de atención en esta población		
	3.1.3 Sistematización, documentación y difusión de modelos y buenas prácticas de intervención.		
3.2 Promoción de IEC con énfasis en promotores y educadores de pares.	3.2.1 Desarrollo de modelos y metodologías eficaces para la capacitación orientados hacia los cambios de comportamiento.		
	3.2.2 Implementación de programas e intervenciones focalizadas hacia la reducción del riesgo con producción de soportes pedagógicos.		
	3.2.3 Iniciativas de información, educación y comunicación		
3.3 Promoción del uso adecuado de preservativos y otros productos de prevención.	3.3.1 Instrumentación del marco normativo nacional para la disponibilidad asegurada de condones y lubricantes		
	3.3.2 Diseño de una estrategia de mercadeo social del condón y lubricantes en base de agua.		
	3.3.2 Desarrollo e implementación de campañas que fomenten el uso sistemático del condón y lubricantes		
3.4 Promoción de la prueba voluntaria y de la consejería.	3.4.1 Apertura de centros de asesoría voluntaria de pares brindada por grupos y organizaciones con trabajo en HG/HCB/TRANS y a pruebas gratuitas (CAPV) de detección del VIH incluyendo pruebas confirmatorias.	ONG con trabajo en VIH/SIDA y personas HG,	

III PARTE: SECTORES PRIORITARIOS

Sector No. 4: Reducción de la exposición y riesgo frente al VIH/ITS, promoción de derechos en hombres gay, hombres con comportamiento bisexual y hombres trans.

	3.4.2 Coordinación de los CAPV con las clínicas del SIDA y las referencias y contra referencias con resultados reactivos al VIH.	HCB y TRANS Ministerio de Salud Publica	
	3.4.3 Iniciativas de Evaluación y atención a las necesidades de capacitación en los equipos CAPV y de las Unidades operativas del Ministerio de Salud.		
	3.4.4 Iniciativas de IEC para sensibilizar y promover las pruebas voluntarias.		
3.5 Aumento y cobertura de los servicios de atención médica y tratamiento de ITS y VIH/SIDA .	3.5.1 Diseño de un modelo de atención del cuidado de la salud sexual masculina tomando en cuenta la diversidad sexual e identidades de género para MSP y Grupos GBT/VIH-SIDA		
	3.5.2 Diseño y ejecución de proyectos de capacitación aplicando el modelo de atención.		
	3.5.3 Diseño e implementación de un plan de coordinación con el PNS y servicios de atención en salud para la atención de referencias (Red de Servicios)		
	3.5.4 Organización y difusión de servicios especializados en HG/HSH/Trans en las unidades operativas del MSP.		

Objetivo concreto No. 4 : Asegurar una gerencia eficaz de la gestión de recursos y de la base programática en las organizaciones de HG/HCB/TRANS

Metas: Al 2010 se ha constituido una red nacional que articule y defiende los derechos de este sector y hasta el 2015 se fortalece en su desarrollo organizacional y programático.

Indicadores

1. # de organizaciones fortalecidas en desarrollo organizacional y programático.
2. Buenas prácticas identificadas y divulgadas.

Estrategias	Líneas de intervención	Responsables	Costos
4.1 Fortalecimiento de capacidades institucionales.	4.1.1 Iniciativas de evaluación de las necesidades de capacitación de las organizaciones en temas gerenciales, gestión de recursos, monitoreo, evaluación y sistematización.	ONG con trabajo en VIH/SIDA y personas HG, HCB y TRANS	
	4.1.2 Diseño y ejecución de Planes de Capacitación a organizaciones y grupos en función de los resultados de las evaluaciones y elaboración de soportes pedagógicos.		
4.2 Movilización de las organizaciones del sector.	4.2.1 Iniciativas de sensibilización de la importancia del trabajo en VIH/SIDA en el contexto del código de buenas prácticas.		

5to. Sector: Promoción de derechos, prevención de ITS/VIH/SIDA y desarrollo de habilidades para el sexo seguro en las personas que ejercen el trabajo sexual y sus clientes⁵².

MARCO LEGAL

El marco legal que ampara este sector está conformado por: la Constitución Política y las leyes que derivan de ésta, a saber: el Ley Orgánica de Salud, el Código Penal, el Código del Trabajo y el Código de la Niñez y Adolescencia, la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la infancia y la Ley del Inquilinato. Sus vacíos y contradicciones, junto con el hecho que el trabajo sexual se tolera pero no se lo declara legal, originan una serie de condiciones que facilitan la violación de los derechos de las personas que lo ejercen y favorecen una serie de agresiones de las cuales, ellas son víctimas permanentes. A partir de la puesta en vigencia del Código de la Niñez y Adolescencia y la Reforma del Código Penal, en personas menores de edad, el marco jurídico ecuatoriano evolucionó desde la doctrina de la situación irregular o conducta desadaptada hacia la de los derechos, de su exigibilidad y de su restitución.

DATOS DE CARACTERIZACION

Para el año 2006, el sistema de notificación del MSP reporta 45 casos de VIH/SIDA de personas que declararon, como ocupación, el trabajo sexual (44 mujeres y 1 hombre), cifra que representa el 2.6 del total de los casos (45/1703) o 6.6% del total de las mujeres (44/669). Además, se dispone de algunos estudios en TS para describir ciertas características de su situación.

- “Línea de Base Dimensión, naturaleza y entorno de la explotación sexual comercial de niñas y adolescentes. OIT – IPEC. Fundación Esperanza, 2002.
- Proyecto de Prevención Fronteras de la Epidemia. Corporación Kimirina.

El estudio de Fundación Esperanza, OIT-IPEC, 2002 estima en 24.945 el número de trabajadoras sexuales activas a nivel nacional, del cual aproximadamente 18.423 personas pasan controles en los CETS, el 25.4% no lo hace (4679 personas), el 10% tampoco ya que labora en la calle (1.842 personas). El estudio de la Corporación Kimirina, 2005, a 2.923 TS en 8 ciudades del país indica la presencia de ITS en el 35% de los casos y el no uso del preservativo, en el 5% de los casos.

6 ANALISIS DE LA SITUACION

El trabajo sexual esta profundamente inserto en la cultura de la sociedad ecuatoriana y su demanda proviene de todos los estratos sociales y tipos de masculinidades. A pesar de cumplir una función que la relaciona con las frustraciones sexuales del ser humano, las personas que ejercen el trabajo sexual son discriminadas bajo muchos aspectos y permanecen en condiciones de desprotección, encubierta solamente por el silencio de la

⁵² Por “sexo seguro” se entiende el sexo no penetrativo así como el sexo con uso del condón.

complicidad social. El trabajo sexual se realiza en espacios estructurados (lugares con autorización), semi-estructurados (karaoques, barras bar, etc.) e informales (calles, parques, etc.). Dentro de este grupo, las mujeres que trabajan en lugares informales o en la calle y los hombres, vinculados al trabajo sexual con otros hombres, se encuentran en situaciones de mayor riesgo.

A pesar del alto número de contactos sexuales que, por su naturaleza, existen en este grupo, las personas que ejercen el trabajo sexual se han visto relativamente protegidas del VIH -en comparación con otros grupos- por el uso del preservativo como recurso para evitar el embarazo.

Por otra parte, este grupo se caracteriza por su alta movilidad. Las mujeres que ejercen el trabajo sexual, generalmente, se desplazan continuamente por todo el país, en búsqueda de mejores condiciones de trabajo pero también para evitar los controles que son frecuentes. Últimamente, se observó una afluencia importante de mujeres colombianas, fenómeno que debe relacionarse con la emigración voluntaria y forzada. El seguimiento de esta población es difícil por los permanentes cambios de identidad que buscan ocultar su oficio.

En este grupo, el uso del preservativo es alto con los clientes, pero bajo con las parejas y con sus clientes permanentes. Las necesidades económicas y los importantes niveles de consumo de alcohol y de drogas interfieren igualmente con su uso sistemático. Además, los preservativos entregados por los dueños de las casas de trabajo se caracterizan por ser de mala calidad y el número de mujeres que reportan su ruptura es alto.

El seguimiento de las personas que ejercen el trabajo sexual que resultaron positivas se ve obstaculizado por el hecho de que generalmente se les retira el carné para seguir ejerciendo su actividad y se hace pública su condición. Ante esta situación, suelen cambiar su lugar de trabajo para poder seguir trabajando y se rompe la relación con los servicios y demás sistemas de apoyo.

Fruto de la pobreza y de historias marcadas por conflictos graves, en su mayoría, las personas que ejercen el trabajo sexual no han podido culminar la secundaria. Muchas no disponen de información y de conocimientos suficientes sobre las ITS y el VIH para su prevención y tratamiento. Muchas, además, son explotadas en forma abierta o encubierta por los explotadores⁵³ que, para mantener su dominio, se oponen a que se preparen o se organicen.

7 ANALISIS DE LA RESPUESTA

El trabajo sexual de hombres y mujeres, mayores de edad, se desarrolla dentro de una cultura marcada por relaciones inequitativas y de violencia entre hombres y mujeres, y, entre autoridades y ciudadanía. Se asume que el trabajo sexual es la consecuencia de la decisión de una persona que busca obtener ingresos en forma rápida y fácil, mito que también se quiso aplicar a los niños, niñas y adolescentes en situación de explotación sexual, culpabilizando a la víctima y protegiendo al victimario.

La política, los programas y proyectos dirigidos a la erradicación de la explotación sexual de niños, niñas y adolescentes recién se está estructurando. Este grupo conoce serios problemas para acceder a los servicios del MSP y la falsificación de los documentos es importante. Sin embargo, la edad legal viene a producir una discontinuidad ya que por debajo de su límite, se considera un delito y se considera que una niña, niño o adolescente en esa actividad está

⁵³ En la jerga del sector: "chulos" y "maridos"

siendo explotado, mientras que por encima, no. En este último grupo, más allá de los controles de las ITS y del VIH, la acción del Estado presenta vacíos importantes para restituir los derechos de las personas que ejercen el trabajo sexual, en información, educación, salud integral y condiciones de trabajo. La acción del Estado tampoco ha sido visible a nivel de los dueños y de los clientes.

En el marco de una evidente carencia de políticas específicas, siendo las existentes básicamente orientadas hacia el control y la represión, los principales programas orientados a este colectivo son desarrollados por: los Centros de Atención Integral de la Salud Sexual (CAISS) del MSP, la Corporación Kimirina ("Prevención en las Fronteras de la Epidemia") y ciertos organismos internacionales. Un esfuerzo digno de ser mencionado es el fortalecimiento de asociaciones de las personas que ejercen el trabajo sexual, entre las cuales se puede mencionar a la Asociación Pro Defensa de las Mujeres Autónomas (ASOPRODEMU), la misma que funciona desde 1999 y a la Red de Trabajadoras Sexuales del Ecuador (REDTRABSEX) más reciente, que actualmente cuenta con socios en 10 ciudades del Ecuador y se está constituyendo como red con representación nacional.

Por su parte, el Proyecto Prevención Fronteras de la Epidemia se llevó a cabo en las 6 ciudades siguientes: Santo Domingo, Portoviejo, Quevedo, Esmeraldas, Quito y Guayaquil y actuó en cuatro áreas de la prevención: la promoción de la salud, el mejoramiento de la calidad y del acceso a los servicios sociales y de salud, la movilización, concienciación y actuación de la comunidad.

La atención de las personas en el sector, es responsabilidad de los Centros de Atención Integral de Salud Sexual (CAISS) del MSP, los mismos que se orientan básicamente hacia las mujeres que ejercen el trabajo sexual y poco o nada hacia los hombres. Las mujeres que ejercen el trabajo sexual y que acuden a los CAISS reciben diagnóstico y tratamiento para las ITS, lo cual les permite obtener una autorización para trabajar. La obtención del Carné da lugar, en ciertos casos, a una serie de negociaciones, especialmente en el caso de mujeres extranjeras y de menores de edad que quieren esconder su edad. El Ministerio de Educación y Cultura no tiene relación con la problemática aunque las personas que ejercen el trabajo sexual deberían poder ejercer su derecho a terminar sus estudios básicos.

Fuera de lo descrito anteriormente, la participación del sector de las ONG ha sido escasa y esporádica, factor que ha estimulado para que las personas que ejercen el trabajo sexual inicien ellas mismas, sus procesos de empoderamiento.

8 LO QUE NO SE HA CONSIDERADO

Los elementos que al momento no se han abordados son los siguientes.

- El reconocimiento de los DESC de las personas que ejercen el trabajo sexual, así como la dependencia laboral en relación con el dueño del local.
- La creación de una tarjeta de salud integral en lugar del carné profiláctico provincial.
- Las necesidades de las personas extranjeras que ejercen el trabajo sexual en cuanto a acceso a servicios de salud.
- La falta de protección a las personas que ejercen de manera informal el trabajo sexual.

- La ausencia de políticas y leyes que focalicen a la población vulnerable de los hijos e hijas de las personas que ejercen el trabajo sexual.
- El Acceso generalizado a condones.

OBJETIVOS ESTRATEGICOS

Lograr que las personas que ejercen el trabajo sexual se empoderen como sujetos y sujetas de derecho y accedan, sin discriminación, a servicios con calidad y calidez.

META

AL 2015, REDUCIR EN 50% EL NÚMERO DE NUEVOS CASOS DE VIH Y EN 80% LA INCIDENCIA DE ITS EN LAS PERSONAS QUE EJERCEN EL TRABAJO SEXUAL .

III PARTE: SECTORES PRIORITARIOS

Sector No. 5: Promoción de derechos, prevención de ITS-VIH/SIDA y desarrollo de habilidades para el sexo seguro en personas que ejercen el trabajo sexual y sus clientes: **Objetivos concretos, Estrategias, Líneas de intervención**

Objetivo concreto No. 1: Conocer las características de las ITS y del VIH/SIDA en personas en situación de trabajo sexual.

Metas: Al 2010 se ha mejorado al 100% el sistema de información de los CAISS y se conocen los principales determinantes de la epidemia en este sector. Hasta el 2015 el sector cuenta con el marco político que orienta la intervención.

Indicadores

1. Proporción de los indicadores identificados para caracterizar el sector, que se ha logrado medir.
2. # eventos de incidencia y características de los cambios producidos en el marco de políticas relativas al sector.
3. # de programas que se desarrollan en el marco de la política.

Estrategias	Líneas de intervención	Responsables	Costos
1.1 Monitoreo de la tendencia de la epidemia del VIH/SIDA e ITS en personas que ejercen el trabajo sexual, evaluación de comportamientos de riesgo y cobertura de servicios.	1.1.1 Inserción y procesamientos de variables relativas a comportamientos de riesgo en los protocolos de los CAISS en personas que, ejercen el trabajo sexual y que acuden a los controles de salud.	Observatorio Ecuatoriano del VIH/SIDA, ONUSIDA, ONG de personas que ejercen el trabajo sexual, MCP, PNS.	
	1.1.2 Realización de estudios de comportamiento en hombres y mujeres que ejercen el trabajo sexual que acuden y no acuden a los controles de salud.		
	1.1.3 Mejoramiento de los sistemas de notificación de los CAISS y creación de una base de datos nacional que integre en forma estandarizada y online la información de todos los centros a nivel nacional.		
	1.1.4 Diseño y realización de un estudio sobre la ruta crítica de la explotación sexual comercial de adolescentes que se hacen pasar por mayores de edad.		

Objetivo concreto No. 2: Promover los derechos económicos, sociales y culturales (DESC) de las personas que ejercen el trabajo sexual.

Metas: Al 2010, se han fortalecido el 70% de las organizaciones de personas que ejercen el trabajo sexual y, hasta el 2015, el marco legal vigente reformado desde un enfoque de derechos humanos.

Indicadores

1. # de organizaciones fortalecidas y empoderadas en la defensa de los derechos de las personas que ejercen trabajo sexual.
2. # de denuncias de violación de los DESC, registradas y procesadas.
3. # de campañas ejecutadas y evaluadas de promoción de los DESC de las personas que ejercen el trabajo sexual.

Estrategias	Líneas de intervención	Responsables	Costos
2.1 Promoción de los DESC y eliminación de la violencia y la discriminación en todos los ámbitos de su vida.	2.1.1 Fortalecimiento del proceso de reforma del marco legal existente en materia de trabajo sexual con enfoque de derechos humanos para las personas que ejercen el trabajo sexual y sanciones para los/las dueñas de locales que incumplen la normatividad.	MTE, Operadores de Justicia y MGP, Organizaciones de trabajadoras/es sexuales, ONG, ONUSIDA, Medios de Comunicación	
	2.1.2 Creación de una Comisión para el registro, la denuncia y el seguimiento de los casos de violación de los derechos de los hombres y mujeres en situación de trabajo sexual.		
	2.1.3 Fortalecimiento de la representatividad y articulación de las personas que ejercen el trabajo sexual con criterios democráticos.		
	2.1.4 Identificación y puesta en marcha de mecanismos de coordinación entre el MSP, Municipio, representantes de personas que ejercen el trabajo sexual y dueños/as de las casas de trabajo.	Organizaciones de trabajadoras sexuales, ONG,	

III PARTE: SECTORES PRIORITARIOS

Sector No. 5: Promoción de derechos, prevención de ITS-VIH/SIDA y desarrollo de habilidades para el sexo seguro en personas que ejercen el trabajo sexual y sus clientes: **Objetivos concretos, Estrategias, Líneas de intervención**

	2.1.5 Diseño y ejecución de planes de desarrollo organizacional y programático de sus organizaciones.	Defensoría del Pueblo.	
	2.1.6 Diseño, ejecución y evaluación de campañas para la promoción y defensa de los DESC de las personas que ejercen el trabajo sexual.		

Objetivo concreto No. 3: Asegurar servicios integrales adecuados a las características a la población del sector.

Metas: Al 2010, el 60% de las y los TS acceden a servicios de salud adecuados a sus necesidades y, el 80%, al 2015.

Indicadores

1. % de personas que ejercen el trabajo sexual que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual de las ITS y del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del VIH (UNGASS).
2. % de trabajadores sexuales femeninos y masculinos que declaran haber usado un preservativo con su cliente más reciente (UNGASS).
3. % de uso de preservativo en la última relación sexual reportado por los clientes (PFG).

Estrategias	Líneas de intervención	Responsables	Costos
3.1 Promoción de una sexualidad segura en hombres y mujeres que ejercen el trabajo sexual y en sus clientes.	3.1.1 Diseño, ejecución y evaluación de campañas IEC con énfasis en el uso del preservativo dentro y fuera de las casas de trabajo con grupos de apoyo, PEP y fortalecimiento de la capacidad de negociación de las TS con los clientes.	MSP-PNS, Municipios, Intendencia, Organizaciones de personas que ejercen el trabajo sexual, ONG	
	3.1.2 Aplicación de la normativa vigente de disponibilidad de condones, femeninos y masculinos en los lugares de trabajo de TS.		
3.2 Focalización de la IEC y prevención de ITS y VIH/SIDA	3.2.1 Diseño y ejecución de una campaña de socialización del marco legal existente y del delito que constituye la explotación sexual comercial de NNA en TS, dueños de casas de trabajo y clientes.		
	3.2.2 Diseño y ejecución de una campaña de IEC en locales y lugares semiformales e informales		
3.3 Acceso a pruebas diagnósticas, consejería y tratamiento de las ITS y del VIH/SIDA.	3.3.1 Diseño, ejecución y evaluación de campañas para fomentar la consejería, el diagnóstico y tratamiento de las ITS y del VIH/SIDA para los hombres y mujeres que acuden y no acuden a los CAISS y/o trabajan en las calles o lugares clandestinos.		
	3.3.2 Diseño, ejecución y evaluación de un mecanismo para la adherencia de las personas seropositivas que ejercen el trabajo sexual con TS capacitadas en consejería por el PNS.		

6to. Sector: Promoción de relaciones equitativas de género entre hombres y mujeres, derechos y reducción de la violencia contra las mujeres.

MARCO LEGAL

Importantes conquistas de las mujeres y sus organizaciones son parte de la legislación y las políticas públicas nacionales: la Ley Contra la Violencia a la Mujer y la Familia (1995) y su Reglamento expedido en agosto de 2004; la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia; la formulación de Planes Estratégicos de Desarrollo Cantonal que integran lecturas de la realidad de las mujeres y la Ley de Descentralización y Participación Ciudadana; la Ley de Amparo Laboral, la Ley de Cuotas y la participación política de las mujeres; el Programa PROMUJERES Red de Servicios Integrales para la Mujer y las diversas iniciativas en torno a la promoción de los DESC, la autonomía económica y la incorporación de las mujeres al trabajo digno. En el 2005, entró en vigencia la Política de Salud y Derechos sexuales y reproductivos. Sin embargo, estos avances no son todavía suficientes ya que en estudio realizados por el mismo Consejo Nacional de las Mujeres-CONAMU, la mayoría de las mujeres desconocen sus derechos y las leyes que las amparan. Faltan mecanismos de exigibilidad para el cumplimiento de las leyes en muchos aspectos.

A continuación se describen los más importantes, todos ellos, derivan de la Constitución Política, a saber:

La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (1994) fortalece e integra las acciones de salud a favor de los grupos más vulnerables de la población, madres, niñas y niños menores de 5 años. De manera general, el Ministerio de Salud Pública es el responsable de la aplicación de la Ley. Esta Ley se orientaba, hasta el año 1998, únicamente hacia la atención hospitalaria de la mujer como madre. En el año 1997, el CONAMU y el INNFA propusieron reformas que fueron aprobadas por el Congreso Nacional el 10 de Agosto de 1998. Es así que se introdujeron conceptos de salud reproductiva, actividades de promoción de la salud reproductiva y otras relacionadas con el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer.

La ley de amparo laboral a la mujer: Para las mujeres los derechos económicos tienen un significado especial; los patrones socio-culturales promueven y perpetúan su vulneración. La división sexual del trabajo ha insertado a las mujeres en labores de menor categoría, excluyéndolas de los puestos de toma de decisión, con salarios inferiores a los de los hombres, por el mismo trabajo.

Ley contra la violencia a la mujer y la familia (Ley 103) es aprobada el 11 de diciembre de 1995 permite que se sancione como delito un asunto que antes se consideraba de la vida privada: la violencia intrafamiliar, física, psicológica y sexual. Contempla medidas de amparo para proteger a la víctima y su familia, obliga a ciertas personas investidas de autoridad a denunciar los hechos de violencia al tener conocimientos de los mismos.

Ley de Cuotas contenidas en la Ley de Elecciones dispone una cuota mínima del 30% de participación de las mujeres en listas de candidaturas, en elecciones pluripersonales, en forma alternada y secuencial, incluyendo a principales y suplentes.

Las Reformas al Código Penal (2005). Este proceso es el resultado de la acción mancomunada de instituciones tales como el CONAMU, el Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia, UNIFEM y UNICEF y la Comisión de lo Civil y lo Penal del Congreso Nacional. El sentido fundamental de la reforma estuvo orientado a ampliar los tipos de delitos sexuales, así como incluir los delitos de trata, tráfico y explotación sexual y pornografía infantil, con el fin de garantizar el acceso a la justicia a niños/as, mujeres y adolescentes víctimas de violencia sexual.

La Ley de Fomento y Atención de programas para los Sectores Vulnerables en los Gobiernos Seccionales: La Constitución Política de la República determina que bajo los imperativos, de la desconcentración y descentralización administrativa y financiera del Estado, el Gobierno Central transferirá progresivamente funciones, atribuciones, competencias, responsabilidades y recursos a las entidades seccionales autónomas; especialmente en lo que hace relación con la planificación y ejecución de programas sociales de prevención y asistencia en beneficio de los sectores más vulnerables de la población ecuatoriana. Recibirán atención prioritaria, preferente y especializada los niños y adolescentes, las mujeres embarazadas, las personas con discapacidad, las que adolecen de enfermedades catastróficas de alta complejidad y las de la tercera edad. Del mismo modo, se atenderá a las personas en situación de riesgo y víctimas de violencia doméstica, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos”.

Ley Orgánica de Salud (2006), que establece la epidemia del VIH-SIDA como un problema de Salud Pública.

Del mismo modo, existe un marco jurídico internacional del que el Estado ecuatoriano es signatario. Los tratados y Convenciones internacionales, constituyen un respaldo y legitimación del accionar en materia de promoción de derechos de las mujeres, incluido su derecho a vivir una vida libre de violencia.

DATOS DE CARACTERIZACION

Para el 2006, de un total de 6.138.255 de mujeres, la población en edad fértil que se encuentra entre 15 y 49 años se estima en 3.489.222 mujeres. La esperanza de vida al nacer en las mujeres es de 78.8 años y de los hombres, 75.8 años⁵⁴. La proporción de hogares dirigidos por mujeres como jefas de hogar a nivel nacional es del 21%⁵⁵.

El analfabetismo en el Ecuador muestra una tendencia a la baja según los grupos de edad, en el primer grupo de edad (de 15 a 24) las mujeres tienen tasas de analfabetismo menores que los hombres, revelando que el acceso a la educación está mejorando para las mujeres pero en el resto de grupos de edad y a medida que esta aumenta, las tasas de analfabetismo de las mujeres son mucho más altas que las de los hombres, evidenciando la inequidad en el acceso a la educación en épocas pasadas⁵⁶. Sin embargo, las inequidades se mantienen entre áreas, urbana y rural, siendo esta última en donde se concentra los mayores porcentajes de mujeres

⁵⁴ INEC- Censos Nacional 2000.

⁵⁵ INEC- Sistema Integrado de Encuesta de Hogares, Módulo empleo. Noviembre 2003

⁵⁶ Idem Op Cit.

analfabetas. Es importante observar que midiendo los años de escolaridad, el país alcanza un promedio de 8 años, con una diferencia de casi el doble entre el área urbana y la rural; por sexo, todavía los hombres (8.1) tienen una ligera ventaja frente a las mujeres (7.8)⁵⁷.

Las tasas específicas de participación en el mercado de trabajo muestran que, las mujeres (47,6) aún no alcanzan los niveles de participación de los hombres (70,6%), aunque la tendencia muestra un rápido proceso de mayor inserción de la mujer en el trabajo productivo, la consecuencia lógica es, la mayor presión de las mujeres sobre el mercado de trabajo en busca de empleo, y por tanto, explica las altas tasas de desocupación de las mismas (15%) frente a los hombres (9,1%). La discriminación de la mujer por su posición en el proceso de producción, es decir en relación con la propiedad de los medios de producción (categoría ocupación), se evidencia en el hecho de que son las mujeres (el 95% de la población) las que ejercen la ocupación de “empleadas domésticas”.

Según datos del Censo sobre grupos de edad, evidencian que el grueso de porcentaje de emigrantes mujeres se encuentra en el grupo de 21 a 40 años, que representa el rango de edad fértil de las mujeres⁵⁸.

ANALISIS DE LA SITUACION

Las cifras muestran una preocupante tendencia ascendente en cuanto al número y porcentaje de mujeres infectadas con VIH/SIDA. Para el 2006, el Sistema de Notificación del MSP-PNS reportó de 1703 casos, de los cuales 669 correspondieron a mujeres y 1034, a hombres, ubicando la razón hombre/mujer en 1.5 mientras que, en el 1990, esta razón se encontraba en 4.7.

Varios autores han llegado a la conclusión de que el VIH/SIDA “es una enfermedad causada por un virus cuya transmisión se ve agravada por condiciones de vulnerabilidad que surgen, sobre todo, de la pobreza”⁵⁹. Otros han llegado a plantear que mientras la enfermedad es un tema de salud, la epidemia es un tema de género⁶⁰, a lo que a su vez agregamos, que es también un asunto de derechos y de desarrollo humano.

El Ecuador se caracteriza por afrontar una profunda crisis que se expresa en enormes desigualdades sociales, económicas y de género⁶¹. La pobreza afecta de manera significativa a mujeres, niñas y adolescentes y es una variable determinante en la propagación de la epidemia del VIH/SIDA. A esto se suma la migración femenina, como lo señala Herrera, “el éxodo migratorio de finales de los noventa en el Ecuador se diferencia de los flujos anteriores, por su carácter nacional y multclasista, por la procedencia tanto rural como urbana de los emigrantes pero sobre todo por su feminización”⁶².

Según datos del Endemain, 2004, a nivel nacional, el conocimiento espontáneo del VIH/SIDA es más alto entre mujeres que viven en el área urbana (73.1%), las mujeres solteras (67%) y las mujeres sin experiencia sexual (67.9%). También se observa que el conocimiento espontáneo del

⁵⁷ INEC. Noviembre 2003.

⁵⁸ Idem, Herrera, 2005, p.33

⁵⁹ Jane Galvao, Algunos desafíos de la epidemia del SIDA en Brasil. En: Isabel Laboy L.. La salud sexual, los derechos reproductivos y el VIH: una perspectiva de género, Revista RSMALC, 2002.

⁶⁰ Stephanie Urdang. La desigualdad de género es fatal. En: revista Mujer Salud, enero 2001, p.11

⁶¹ UNICEF. Revisión de Medio Período. Oficina UNICEF-Ecuador, 2004-2005. UNICEF, 2006.

⁶² Gioconda Herrera y María Cristina Carrillo. Los hijos de la migración en Quito y Guayaquil. Familia, Reproducción Social y Globalización. Ed. FLACSO, Quito, Ec., 2005. p.17

VIH/SIDA está relacionado directamente con el nivel de instrucción ascendió del 25.6%, en mujeres sin educación formal, al 82.9%, en aquellas con instrucción superior. De igual forma, el *conocimiento espontáneo* aumenta en la medida que es mayor el nivel económico⁶³. A nivel nacional, se muestra que el 65.9% de las mujeres de 15-49 años de edad han oído hablar de la prueba del VIH, el 44.2%, sabe donde la hacen y el 13.6%, se ha realizado la prueba. El porcentaje de mujeres en el área urbana que se ha realizado la prueba, en alguna oportunidad, es casi 3 veces mayor que, el porcentaje en el área rural (17.2% contra 6.7%). En relación a los motivos por los que se realizaron la prueba, en las mujeres entre 15 y 49 años, sólo el 21.2 % se realizó la prueba en forma voluntaria y el 78.8%, se la realiza porque dicha prueba era un requisito para alguna gestión. El 56.3% de las mujeres reportó haber recibido algún tipo de consejería antes del último examen⁶⁴.

El 42.5% de las mujeres activas sexualmente entrevistadas por ENDEMAIN 2004, reportó que usaría los condones si su pareja se lo propusiera. Las mayores proporciones de mujeres que estarían dispuestas a usar condón bajo esta condición están en las solteras (49.4%), las que tienen instrucción superior (56.5%), las del nivel económico alto (52.8%) y las que viven en el área urbana (45.8%). Llama la atención que solo el 47.5% de las mujeres que perciben tener algún riesgo de contraer el VIH estaría dispuesta a usar el condón si la pareja sexual lo propusiera.

La vulnerabilidad de las mujeres a la infección no sólo radica en sus características biológicas., A estas se agregan, fundamentalmente, las relacionadas con las inequidades de género; las relaciones de poder desiguales entre hombres y mujeres; la dependencia económica; la construcción social de la sexualidad vinculada fundamentalmente a la reproducción biológica; a la falta de herramientas para el empoderamiento que le impiden tomar decisiones y negociar relaciones sexuales protegidas; así como a la construcción de identidades masculinas y femeninas basadas en una cultura machista y patriarcal. También, la vulnerabilidad se refuerza, por la división sexual del trabajo. Lo masculino asociado a lo público y lo femenino asociado al mundo privado de lo doméstico, en donde las tareas de cuidado, crianza y protección de los hijos/as y personas enfermas, son desvalorizadas socialmente.

En el ámbito personal, familiar, comunitario y laboral es que el poder masculino se traduce a través de la posesión de las mujeres. Las expresiones de poder, son diversas y hasta en algunos casos sutiles, como la violencia psicológica. En otros, el poder toma forma de violencia física, violencia sexual, explotación sexual, tráfico y trata de mujeres, niñas y adolescentes, relaciones sexuales forzadas o violación, abuso y acoso sexual.. Todos estos tipos de violencias de género, aumentan el riesgo de las mujeres de infectarse del VIH.

El proceso de sumisión femenina al poder masculino se consolida con el uso sexual del cuerpo de la mujer por el hombre. Es en la familia en donde se lleva a cabo la domesticación de la mujer por medio de la violencia.

Si bien la violencia contra las mujeres se manifiesta de varias formas, física, sexual y psicológica, es importante resaltar el avance en las denuncias de violencia sexual, de 4% en 2000 a 26.4% en el 2004, lo que implica que existe un mayor grado de conocimiento y empoderamiento de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer. De igual manera, la violencia psicológica va en aumento⁶⁵. Entre las mujeres de 15 a 49 años de edad entrevistadas en la Endemain 2004, el 9.6% reportó alguna violación sexual en el transcurso

⁶³ Encuesta demográfica y de Salud Materna e Infantil. Informe Final. Octubre 2005.

⁶⁴ Idem. Op.cit.

⁶⁵ Violencia contra la Mujer, Marco legal básico de protección contra la violencia de género/ José Ordóñez/ Quito: CEPAR 2006

de la vida. Hubo variación en la proporción de mujeres que relataron violencia sexual por lugar de residencia, con mayor proporción de mujeres en Quito (13%), el resto urbano de la Sierra (12%), y en la Amazonía (15%). La violencia aumenta en las comunidades indígenas y/o campesinas, *en donde en las mujeres han interiorizado el supuesto “derecho” que tienen los maridos de castigarlas, al decir “aunque pegue, aunque mate, marido es”.*⁶⁶ En estas comunidades afecta también la poligamia. Esta violencia no se ha visibilizado y se desconoce la magnitud del problema. En las mujeres afroamericanas, a la violencia intrafamiliar, se añade la violencia por razones étnicas, en su caso *“el imaginario cultural ha creado el fantasma del erotismo y sexualidad desbordantes de las mujeres negras”*⁶⁷

Las mujeres de bajos recursos económicos, tienen dos problemas la supervivencia y el machismo, ambos íntimamente relacionados con la infección puesto que la pobreza las sitúa en relaciones de dependencia económica y con menor poder para negociar el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos en mejores condiciones.

Las instituciones religiosas refuerzan la obediencia en las mujeres, incluso les hace sentir culpable de las infidelidades de sus parejas, están en contra de la educación sexual en jóvenes, adolescentes y niñas y hacen campaña abierta en contra del uso del condón.

Otra violencia presente en las mujeres es la ejercida sistemáticamente por los organismos de represión por las fuerzas de seguridad, un ejemplo dramático de ello es la violación al Código Penal que establece que *“ninguna mujer embarazada podrá ser privada de su libertad”*⁶⁸ o las exigencias y chantajes de naturaleza sexual a las mujeres que ejercen el trabajo sexual.

Además, en muchos de los casos, las mujeres desconocen sus derechos y las leyes que las protegen, i.e. la Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. También desconocen que ellas pueden decidir sobre su salud sexual y reproductiva, lo cual las hace presa fácil del abuso y el chantaje. A su vez, las niñas y adolescentes son víctimas de abuso sexual, abandono y maltratado. La violencia de género, traducida en violencia intrafamiliar, violencia sexual, relaciones sexuales forzadas, explotación sexual y prostitución forzada, violencia sexual en los conflictos armados, exclusión social, valoración negativa de lo femenino, pobreza y desigualdad en el acceso a recursos y oportunidades derivadas del desarrollo, se convierten en condiciones propicias para potenciar la transmisión del virus.

Por último, el enfoque de atención médica/hospitalaria, absorbe el mayor presupuesto de la respuesta frente al VIH-SIDA., lo que si bien ha permitido un cambio en la tendencia, por el número de personas fallecidas, las cuales han pasando de 298 casos en el 2001 a 98, en el 2005, no ha frenado el aumento de nuevas infecciones. Estas continúan, particularmente, entre las mujeres, aquellas que realizan quehaceres domésticos, y adolescentes.

ANALISIS DE LA RESPUESTA

El PNS-MSP dispone de una amplia cobertura para el manejo sintomático de ITS con su respectivo tratamiento en todos los centros de salud y en general cuenta diagnóstico oportuno y con un stock de medicamentos. Además, por el manejo sintomático que ha dado a las ITS, su

⁶⁶ Derechos Humanos. Apuntes para la Reflexión. “No-discriminación”, Plan País – Ecuador, 2004, Pag. 122.

⁶⁷ Coordinador Nacional de Mujeres Negras.

⁶⁸ Idem Plan País-Ecuador, pag. 5, 2004.

tratamiento se simplifica. Sin embargo, los CAISS se concentran sobre las personas en situación de trabajo sexual y poco, en la población en general y las mujeres.

El MSP ha capacitado al personal de salud de las Unidades Operativas de todo el país, incluida la Policía el IESS, el Seguro Social Campesino y FFAA. En prevención, se cuenta con el Programa de Prevención de la Transmisión Vertical y el trabajo en SSR, planificación familiar y consejería realizado por el MSP y ONG como APROFE y CEMOPLAF, promoción de derechos sexuales y reproductivos con CARE, Cuerpo de paz, Plan Internacional, entre otros, para ampliar la cobertura de información sobre VIH/SIDA y transmisión vertical.

En el eje de la investigación, los avances son escasos, aunque con la ENDEMAIN 2004, se inició un proceso de transversalización del tema del VIH/SIDA y con la Universidad San Francisco de Quito, una línea base de comportamientos y seroprevalencia a nivel nacional, hace falta un esfuerzo más sistemático y la integración del enfoque de género en los diseños de las investigaciones. Sin embargo, muchos programas de planificación familiar no incluyen todavía el tema del VIH/SIDA, responsabilizan a las mujeres y no involucran claramente a las parejas. El uso del condón es una propuesta masculinizada. El PNUD está desarrollando un esfuerzo de transversalización del VIH/SIDA y el enfoque de género en 5 universidades del país en alianza con ONG.

La creación del Consejo Nacional de las Mujeres (CONAMU) (1997) constituye el punto de partida en el proceso de consolidación de la institucionalidad de género en el Ecuador acorde con el art. 41 de la Constitución, que dice: "El Estado formulará y ejecutará políticas para alcanzar la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres a través de un organismo especializado....incorporará el enfoque de género en planes y programas y brindará asistencia técnica para su obligatoria aplicación en el sector público". El CONAMU trabaja por la creación de políticas públicas en favor de las mujeres, apoya su gestión en la generación de convenios y acuerdos, principalmente con el Estado a través de sus gobiernos locales, centrales o seccionales para permitir la inserción del enfoque de género al interior de los programas en curso y con las Organizaciones de Mujeres cuya función veedora sirve para dar continuidad y fortalecer los planes y programas implementados con el Estado. Otros actores importantes en el sector son la Dirección Nacional de Género (2000) y las Comisarías de la Mujer y la Familia (1994), actualmente en número de 25, subordinadas al Ministerio de Gobierno y Policía. Ambas dependencias son importantes para advertir a los hombres la posibilidad de sanción penal a su violencia como para revalorizar a las mujeres como sujetas de derecho, lo cual se constituye en un importante ejercicio de ciudadanía. En 1998 se crea la actual, Dirección Nacional de Defensa de Derechos de las Mujeres, Niñez y Adolescencia.

LO QUE NO SE HA CONSIDERADO

Son las características de género y la construcción social de las identidades femeninas y masculinas, los factores que principalmente, están determinando la propagación de la epidemia, pues vuelven vulnerables a las mujeres frente a la infección, sin embargo, poco o nada se ha hecho para transversalizar el enfoque de género en programas y presupuestos de las instituciones de salud, educación y trabajo.

La lucha para la equidad entre los hombres y las mujeres tiene todavía un largo camino por recorrer y quizá su principal desafío consista en buscar mecanismos que permitan ubicar a los hombres como los principales aliados de las mujeres en este proceso, a través de un cambio

III PARTE: SECTORES PRIORITARIOS

Sector No.6: Promoción de relaciones equilibradas de género entre hombres y mujeres, y reducción de la violencia en mujeres.

de comportamientos, creencias y actitudes, que se exprese en relaciones de poder equitativas, respetuosas y donde prive el principio de corresponsabilidad en el manejo y desarrollo de la sexualidad.

La respuesta privilegia hasta el momento ciertos grupos vulnerables que presentan altos niveles de seroprevalencia, otros que viven condiciones de vulnerabilidad que les hace propensos a infectarse y a una parte de las mujeres, las que se encuentran embarazadas. Pero pocos programas en SSR, de planificación familiar y de prevención de ITS-VIH/SIDA se orientan hacia los hombres heterosexuales. Puesto que la epidemia entró en el mundo de la heterosexualidad, la prevención depende ahora de los hombres y de las mujeres, en una toma de conciencia y acción conjunta. No se ha considerado el generalizar la disponibilidad y uso del preservativo femenino.

Por último, tampoco se ha considerado que, las unidades de salud no atienden con un enfoque de derechos. La atención médica a la persona enferma, a la "paciente" hace que se invisibilice la violencia que existe detrás del tratamiento medicalizante, el mismo que comporta riesgos de invisibilizar las condiciones de vulnerabilidad y el riesgo que la exponen al VIH/SIDA. Todavía es insuficiente el esfuerzo por reducir la discriminación y el maltrato a las mujeres, en especial a las adolescentes por parte del personal médico. Otro tema no abordado es la violencia de las fuerzas de seguridad contra las mujeres.

OBJETIVOS ESTRATEGICOS

Lograr que los comportamientos, aspiraciones y necesidades de las mujeres, en su diversidad, tanto aquellos de orden social, económico, como cultural, se valoren de igual manera que los de los hombres, promoviendo relaciones sociales equitativas y libres de violencia sexual basada en el género.

META

AL 2015, SE HABRA REDUCIDO EN UN 40% AQUELLOS COMPORTAMIENTOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO QUE FAVORECEN LA TRANSMISION DE ITS-VIH/SIDA.

Objetivo concreto No. 1: Conocer y visibilizar las desigualdades de género que aumentan la vulnerabilidad de las mujeres, en su diversidad y a lo largo del ciclo de vida frente al VIH/SIDA.

Metas: Al 2010, reconocidas y difundidas entre la población en general, en un 100%, las inequidades de género y las violencias de género (VIF-VS) contra las mujeres vinculadas con el VIH . Y, al 2015, armonizadas las leyes, políticas y programas a los resultados de las investigaciones en un 100%.

Indicadores

1. Prevalencia e incidencia del VIH en mujeres diversas
2. Características y distribución por sexo de la violencia de género (familiar y sexual) y de las brechas de género (salariales, económicas, educativas, informativas y otras) vinculadas con la propagación de la epidemia entre las mujeres.
3. # de estrategias y acciones de difusión sobre la feminización de la epidemia y la vulnerabilidad de las mujeres al VIH/ SIDA relacionadas con las inequidades de género.
4. # de estudios sistematizados, publicados y socializados.
5. # de políticas y programas adecuados producto de los resultados de las investigaciones
6. # de gobiernos locales con políticas públicas planes de acción y presupuestos con equidad de género, para la prevención de la infección

Estrategias	Líneas de intervención	Responsables	Costos		
1.1 Monitoreo de la tendencia de la epidemia del VIH determinadas por las condiciones de vulnerabilidad de género y cobertura de servicios.	1.1.1 Diseño, implementación y ejecución de una Agenda estratégica de investigación en Género y VIH-SIDA con metodologías participativas.	CONAMU, MSP-PNS, Universidades públicas y privadas, ONUSIDA, INEC, Gobiernos Locales, ONG			
	1.1.2 Desarrollo de estudios sobre los diferentes tipos de masculinidades y feminidades y su relación con el aumento de la vulnerabilidad de las mujeres, frente a la infección por el VIH.				
	1.1.3 Realización de estudios representativos con capacidad para estimar los niveles de seroprevalencia y otras variables asociadas y cualitativas para la investigación de vulnerabilidad, con enfoque de género.				
	1.1.4 Diseño y desarrollo de estudios específicos sobre género, VIF -VS y VIH en las diferentes culturas que habitan en el territorio nacional.				
	1.1.5 Diseño y desarrollo de estudios sobre las actitudes, comportamientos y prácticas que alejan a los hombres de los servicios de atención de su sexual y reproductiva.				
	1.1.6 Análisis comparativo de la cobertura de servicios de prevención, atención y apoyo en ITS, VIH y SIDA para hombres y mujeres.				
1.2 Adecuación de las políticas y de los programas a los resultados de las investigaciones	1.2.1 Sistematización de los datos disponibles sobre la situación de las mujeres en condiciones de vulnerabilidad y más expuestas.	CONAMU, MSP-PNS, Universidades públicas y privadas, ONUSIDA, INEC, Gobiernos Locales, ONG Redes de protección de los derechos de las mujeres y de prevención de la VIF y VS., medios de comunicación			
	1.2.2 Estudio y adecuación de los marcos jurídicos existentes con agendas de incidencia política.				
	1.2.3 Esfuerzos de transversalización y sensibilización en género, prevención de la VIF-VS y sus vínculos con el VIH-SIDA a los/as responsables de diseño de programas y proyectos orientados a mujeres.				
1.3 Sensibilización a la sociedad sobre el tema de VIH-SIDA y visualización de la corresponsabilidad de todos los actores.	1.3.1 Diseño, ejecución y evaluación de estrategias de comunicación por medios masivos y selectivos para sensibilizar a la ciudadanía sobre la feminización de la epidemia y promover entornos favorables.				
	1.3.2 Procesos de capacitación a Gobiernos Locales para la definición de políticas locales de prevención del VIH-SIDA en mujeres y hombres, con enfoque de género.				
	1.3.3 Incorporación del enfoque de género en marcos legales de sectores claves: trabajo, bienestar social, RREE y visibilización de la relación de estos problemas con el VIH/SIDA.				

III PARTE: SECTORES PRIORITARIOS

Sector No.8: Promoción de relaciones equitativas de género entre hombres y mujeres, derechos y reducción de las violencias contra las mujeres: **Objetivos concretos, Estrategias y Líneas de intervención.**

Objetivo concreto No. 2: Reducir las inequidades sociales y de género que hacen más vulnerable a la mujer a la infección.

Metas: Al 2010, un 30% de las mujeres y de los hombres tienen acceso a programas que buscan el empoderamiento de las mujeres frente a la epidemia y la disminución de conductas de riesgo. Al 2015, 60%.

Indicadores

1. % de la población de mujeres que logran alcanzar los mensajes de prevención
2. % de la población de mujeres empoderadas en cuanto a sus derechos sexuales y modificando sus condiciones de riesgo.
3. # de políticas públicas nacionales y locales implementadas, dirigidas a reducir las inequidades de género, producto de convenios firmados interinstitucional e intersectorial mente.
4. # de eventos públicos, nacionales y locales, de análisis y reflexión sobre el vínculo entre género, VIF-VS y el VIH.
5. % de hombres modificando aquellas características de masculinidad que generan violencia sexual y se constituyen en riesgo ante la infección.
6. # de organizaciones de hombres que trabajan sobre la deconstrucción de las masculinidades basadas en modelos machistas y patriarcales.

Estrategias	Líneas de intervención	Responsables	Costos
2.1 Promoción de la capacidad de las mujeres para negociar abiertamente sus necesidades y deseos sexuales así como los riesgos percibidos.	2.1.1 Iniciativas para desarrollo de procesos formativos continuos para promover una sexualidad no vinculada a la reproducción y aumentar la capacidad de negociación de sexo seguro, de las mujeres en su diversidad.	CONAMU, ONG, Universidades, gobiernos, nacional y local, medios de comunicación.	
	2.1.2 Procesos mixtos de capacitación de análisis y reflexión, nacionales y locales, sobre el vínculo entre género, VIF-VS y el VIH, a través de actividades como: conversatorios, debates, talleres, encuentros, mesas de discusión y diálogo, etc.		
	2.1.3 Desarrollo de soportes pedagógicos adecuados para los procesos IEC de mujeres que tomen en cuenta la diversidad.		
	2.1.4 Iniciativas de sensibilización y capacitación sobre derechos, género, violencia y su vinculación con la propagación de la epidemia del VIH-SIDA, dirigidas a periodistas (dueños de medios, editorialistas, redactores, etc.)		
2.2 Acceso a la información y educación acerca de la salud sexual y reproductiva con énfasis en el VIH/SIDA.	2.2.1 Sistematización y socialización de experiencias y buenas prácticas y desarrollo de modelos y metodologías eficaces de prevención del VIH/SIDA en mujeres basados en modelos de participación ciudadana de las mujeres.	CONAMU, ONG, Universidades, , gobiernos, nacional y local., ONUSIDA, medios de comunicación.	
	2.2.2 Iniciativas para el desarrollo de programas de información y educación en Salud Sexual y Reproductiva con énfasis en VIH/SIDA, que tome en cuenta los niveles de instrucción de las mujeres.		
	2.2.3 Diseño e impresión de soportes promocionales adecuados a los niveles de alfabetización, educación e información de las mujeres y que respeten sus diferencias culturales.		
	2.2.4 Evaluación de los procesos e impactos de los modelos y metodologías.		

III PARTE: SECTORES PRIORITARIOS

Sector No.8: Promoción de relaciones equitativas de género entre hombres y mujeres, derechos y reducción de las violencias contra las mujeres: **Objetivos concretos, Estrategias y Líneas de intervención.**

Objetivo concreto No. 3: Promover el acceso a atención integral de Salud Sexual y Reproductiva con énfasis en VIH/SIDA, violencia intrafamiliar y sexual, efectivos con calidad y calidez que incorporen el enfoque de género en todo el ciclo de vida.

Metas: Al 2010, el 40% de Servicios del Sistema Nacional de Salud en Salud Sexual y Reproductiva con énfasis en VIH/SIDA, violencia intrafamiliar y sexual, son sensibles al género. Al 2015, el 60%.

Indicadores

1. % de la población de mujeres alcanzada por las campañas masivas de promoción de derechos para la exigibilidad del acceso a servicios de calidad y con calidez.
2. % de la población de mujeres, en su diversidad, que reciben servicios de atención integral en salud SSRR y prevención del VIH/SIDA.
3. % de mujeres que acceden a la prueba voluntaria gratuita y con consentimiento informado.
4. % de servicios diversos que integran un enfoque de género y de derechos en su trabajo, con las mujeres.
5. % de servicios del Sistema Nacional de Salud que desarrollan programas integrales para hombres, en su diversidad, en salud sexual y reproductiva.
6. % de servicios que entregan condones femeninos y masculinos a hombres y mujeres.

Estrategias	Líneas de intervención	Responsables	Costos
3.1 Acceso a los servicios de atención integral, dirigidos a las mujeres, en su diversidad, en los campos de salud y derechos sexuales y reproductivos, justicia, seguridad social, consejería.	3.1.1 Establecimiento de mecanismos de coordinación para la ampliación de la cobertura del seguro de salud para las mujeres en su diversidad.	Sistema Nacional de Salud, CONAMU, MSP-PNS, Ministerios de: Trabajo, Finanzas, Educación, Cultura, Justicia. Congreso, ONG, Dirección Nacional de Salud Indígena.	
	3.1.2 Iniciativas de evaluación de la conciencia de género de los servicios de atención a la salud sexual y reproductiva sensibles al género.		
	3.1.3 Evaluación, ajustes y aplicación de normas y procedimientos para incorporación de género y derecho mediante acciones afirmativas (Código de salud, ley maternidad gratuita, A.E. ley de VIH profilaxis vida) y respeto a la diversidad cultural		
	3.1.4 Diseño de programas de capacitación sobre género y derechos a los proveedores de servicios de salud sexual y reproductiva del Sistema Nacional de Salud vinculados con el VIH-SIDA.		
3.2 Promoción de servicios de atención integral, sensibles al género.	3.2.1 Diseño participativo de modelos y estrategias, con enfoque de género, de comunicación, masiva y selectiva, tendientes a promocionar los servicios de salud entre las mujeres que respeten las diversidades culturales y que involucren también a sus parejas.	Sistema Nacional de Salud, CONAMU, Universidades, Organizaciones de mujeres, CONAIE, Medios de Comunicación.	
	3.2.2 Iniciativas de comunicación por canales y medios masivos y selectivos que respeten los modelos más efectivos, para alentar a mujeres a que exijan que los servicios de salud se adecuen a sus necesidades e intereses.		
3.3 Promoción de la prueba voluntaria	3.3.1 Diseño e implementación de estrategias para la realización de las primeras pruebas voluntarias y rápidas y de tamizaje gratuitas y con consentimiento informado a mujeres con la participación de los gobiernos locales.	Sistema Nacional de Salud, CONAMU, MSP-PNS,	
	3.3.2 Diseño y ejecución de estrategias de sensibilización en VIH-SIDA y Género a políticos/as a nivel nacional, provincial y local.		
3.4 Fomento de comportamientos sexuales seguros en hombres y mujeres.	3.4.1 Instrumentación de la normativa para el abastecimiento del condón femenino y de los microbicidas con tecnologías preventivas bajo poder de las mujeres.	Sistema Nacional de Salud, CONAMU, MSP-PNS, UNIFEM, UNFPA, ONUSIDA, Ministerios de Finanzas, Educación, Cultura, ONGs, Organizaciones de Trabajadoras Sexuales y MVVS	
	3.4.2 Diseño y realización de campañas para la distribución gratuita del uso del condón masculino y femenino en los servicios de las unidades de salud que atienden las personas.		
	3.4.3 Evaluación de los impactos de las campañas de distribución y uso del condón a nivel nacional y a un costo accesible, que tome en consideración las creencias, mitos y prácticas existentes entre las mujeres en su diversidad..		

III PARTE: SECTORES PRIORITARIOS

Sector No.8: Promoción de relaciones equitativas de género entre hombres y mujeres, derechos y reducción de las violencias contra las mujeres: **Objetivos concretos, Estrategias y Líneas de intervención.**

Objetivo concreto No. 4: Empoderar a las mujeres, en especial a las que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad, para el ejercicio y exigibilidad de sus derechos SSRR y su participación real y efectiva.

Metas: Al 2010, 40% de los servicios de la Red VIF-VS transversalizan la atención a VIH/SIDA. Y, al 2015, el 80% al 2015.

Indicadores

1. # de organizaciones de mujeres incorporando y promoviendo la defensa de los derechos SSRR de los grupos más vulnerables.
2. % de operadores del sistema de administración de justicia y policías capacitados en los temas de trata y explotación sexual en su relación con el VIH/SIDA.
3. % de la población de mujeres vulnerables alcanzada por las iniciativas de comunicación masiva y selectiva.
4. # de organizaciones articulando a las mujeres para la promoción y defensa de los derechos.
5. # de casos de violencia de género registrados, denunciados y procesados.

Estrategias	Líneas de intervención	Responsables	Costos
4.1 Promoción de los derechos de las mujeres en condiciones que la hacen más vulnerable: trata, desempleo, explotación sexual, violación sexual y violencia intrafamiliar	4.1.1 Diseño y desarrollo de estrategias de transversalización del VIH/SIDA en los servicios públicos y privados de atención a las problemáticas de violencias de género.		
	4.1.2 Elaboración de agendas para prevención del VIH/SIDA relacionado con trata, desempleo, explotación y violencia sexual, en las organizaciones nacionales y locales de mujeres para posicionar el tema ante organismo estatal, central y local.	CONAMU, Comisaría de la Mujer, Policía y Policía de Migración, Fiscalía, Policía judicial, DINAGE, Organizaciones de mujeres, ONG.	
	4.1.3 Procesos de sensibilización a los operadores del sistema de administración de justicia, a la policía especializada, comisarías de la mujer y la familia.		
	4.1.4 Diseño y ejecución de estrategias de comunicación masiva y selectiva para fomentar en las mujeres vulnerables el ejercicio de los derechos humanos, salud y salud sexual y reproductiva.		
4.2 Fortalecimiento de su capacidad de participación real y efectiva	4.2.1 Articulación de las mujeres en organizaciones sociales para que estén representadas con voz propia y defiendan sus derechos, así como, se fomenten y fortalezcan redes de organizaciones de mujeres y grupos de autoayuda a MVVS.		
	4.2.2 Esfuerzos tendientes a introducción de mejoras y/o aplicación efectiva del marco legal vigente y puesta en marcha de mecanismos de exigibilidad, social y formal.		
	4.2.3 Instalación de canales y mecanismos y capacitación y accesibilidad al uso de tecnologías informáticas (uso de correo electrónico, diseño de blog, páginas web, etc.) que faciliten las denuncias de casos de violación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.		

7mo. Sector: Provisión de Sangre Segura en receptores

MARCO LEGAL

El marco legal del sector se lista a continuación:

- La Ley N°. 170 del 26 de junio de 1984, publicada el 29 de junio de 1984 establece los requisitos para donantes voluntarios, crea un registro de donantes y encarga a los directores provinciales de educación, rectores de colegios y universidades y médicos y enfermeras de los planteles educativos la organización de grupos de donantes voluntarios de sangre.
- La ley N°. 54 del 14 de octubre de 1986 publicada en el R.O. 559 del 7 de noviembre del mismo año, otorga la responsabilidad exclusiva a la Cruz Roja Ecuatoriana (CRE) para el aprovisionamiento y utilización de sangre y sus derivados, organizándose para el efecto el Sistema Nacional de Bancos y Depósitos de Sangre a cargo de esta institución.
- El Acuerdo Ministerial No. 8664 del 9 de junio de 1987, publicado el 20 de octubre de 1987, resuelve que, todos los bancos de sangre del país deben efectuar pruebas para constatar la presencia del anticuerpo para el VIH.
- El Decreto N°. 3114 del 20 de febrero de 1992, publicado el 25 de febrero de 1992, aprueba el Reglamento del Sistema Nacional de Aprovisionamiento de Sangre y sus Derivados. Dicho reglamento crea el **Comité Nacional de Sangre (CONAS) y la Secretaría Nacional de Sangre (SENAS)** como los órganos de concertación y coordinación interinstitucional, responsables político y técnico de los bancos de sangre. Estos órganos están presididos por el Ministro de Salud y por representantes de las organizaciones que cuentan con bancos de sangre en el país a saber: el Ministerio de Salud Pública (MSP), la Cruz Roja Ecuatoriana, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), la Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG) y las Fuerzas Armadas.
- El Acuerdo N°. 4148 del 7 de agosto de 1998 del Ministerio de Salud aprueba el Manual de Normas para Bancos de Sangre, Depósitos y Servicios de Transfusión preparado por el Comité Técnico de Sangre con asesoramiento de la OPS.
- La Ley para la Prevención y Asistencia Integral del VIH/SIDA del 6 de abril de 2000, publicada el 14 de abril de 2000.
- El Acuerdo Ministerial No. 000129 del 24 de febrero del 2006 aprueba el conjunto de matrices y formularios de calificación bajo las cuales se licenciarán y categorizarán los servicios de Sangre del país y la Norma Administrativa de los mismos.
- El 11 de octubre del año 2006, el Ministerio de Educación y Cultura emite un nuevo Acuerdo Ministerial en relación al incentivo a la Donación Voluntaria de Sangre a los alumnos de los quintos y sextos cursos del país a través de la organización de dos colectas anuales por establecimiento, encargando la ejecución de dicho acuerdo a la Subsecretaría General de Educación Regionales y a las Direcciones Provinciales de Salud.
- La Reforma a la Ley Orgánica de Salud aprobada en Diciembre del 2006 reforma los Artículos 1 y 2 de la Ley 54 para designar al Ministerio de Salud Pública como la

Autoridad Sanitaria Nacional responsable de la Promoción de la Donación Voluntaria de Sangre y la organización del Sistema Nacional de Sangre, en coordinación con la Cruz Roja Ecuatoriana; así mismo determina que los Bancos de Sangre de las otras organizaciones continuarán siendo administradas por las mismas.

DATOS DE CARACTERIZACIÓN

En este sector se asegura la provisión de sangre segura -en términos de cantidad, oportunidad de respuesta y seguridad- a toda la población del Ecuador independiente de su región geográfica o capacidad de pago.

El **Sistema Nacional de Sangre** incluye 44 servicios que incluyen: 2 bancos de sangre tipo 1, 19 bancos de sangre tipo 2, 4 bancos Intrahospitalarios y 10 depósitos intrahospitalarios. Los 24 bancos de sangre de la CRE abastecen a la demanda general mientras que los bancos de sangre del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, La Junta de Beneficencia y las Fuerzas Armadas satisfacen las necesidades de sangre en los sistemas cerrados que abastecen a sus propios servicios de salud.

Durante el año 2005, se inicia el **proceso de licenciamiento** como un procedimiento de carácter obligatorio por medio del cual la Autoridad Sanitaria otorga el permiso de funcionamiento previo a la verificación del cumplimiento de los requisitos mínimos de funcionamiento, se constituyó también en un poderoso instrumento de categorización

Cada Servicio de Sangre fue Licenciado de acuerdo a 5 categorías:

- **Hemocentro.** Con dos proyectos de Instalación, uno en Quito y otro en Guayaquil, que permitirán la regionalización de los bancos y la centralización de las pruebas de tamizaje.
- **Banco de Sangre Tipo 1.** Unidad operativa que promueve, colecta, fracciona, almacena, procesa (pruebas serológicas de enfermedades transmisibles postransfusión) y distribuye, local o regionalmente, con o sin pruebas inmunohematológica sangre y hemocomponentes seguros bajo solicitud medica o institucional
- **Banco de Sangre Tipo 2.** Unidad operativa que promueve, colecta ocasionalmente, almacena y distribuye localmente con pruebas inmunohematológica sangre y hemocomponentes seguros bajo solicitud medica y depende del Banco de Sangre Tipo 1.
- **Servicios de Medicina Transfusional.** Servicio encargado de promocionar, almacenar, administrar y vigilar las transfusiones institucionales depende del Banco de Sangre Tipo 1.
- **Servicios Intrahospitalarios.** Unidad operativa que promueve, colecta, fracciona, almacena, procesa (pruebas serológicas de enfermedades transmisibles por transfusión) y distribuye con pruebas inmunohematológica sangre y hemocomponentes seguros bajo solicitud médica.

Cada una de las provincias, a excepción de Zamora Chinchipe, cuenta con un servicio de sangre. Hasta el momento se han licenciado 28 bancos de sangre de los cuales únicamente el banco de sangre de la Cruz Roja de Quito es de tipo 1, los bancos de sangre de Cuenca, Azogues, Riobamba, Latacunga, Machala, Esmeraldas, Guayaquil, Milagro, Ibarra, Loja, Babahoyo, Quevedo, Manta, Chone, Coca, El Puyo, Quito, Sto. Domingo, Ambato son bancos

tipo 2 a los que se suman 3 bancos intrahospitalarios. Los servicios de medicina transfusión al y los depósitos serán licenciados en el año 2007.

El Banco de Sangre de la Cruz Roja Ecuatoriana Quito, el mismo que aporta el 33% del total de sangre del país, obtuvo en Octubre del 2006 la Certificación ISO 9001-2000 otorgado por INCOTEC.

A inicios del año 2002, se implementa el **Programa de Evaluación Externa de Desempeño** (PEED) que busca garantizar la calidad de las pruebas serológicas de los Bancos de Sangre en el que participan 18 Bancos de Sangre del País; la evaluación externa se realiza dos veces por año, se evalúa a través de 24 sueros seroreactivos y negativos. Existe un notable y creciente mejoramiento en las evaluaciones de los diferentes bancos; sin embargo, persiste una variación importante entre los que manejan más de 15.000 unidades de sangre anuales y aquellos que procesan menos de 5.000 que evidencian bajo desempeño a lo largo de los 8 multipanales realizados. Estas inequidades apuntan a la necesidad de centralizar las pruebas serológicas e inmunohematológicas como único camino para garantizar la seguridad de la sangre.

El pilar fundamental del mejoramiento en el rendimiento esta centrado en la capacitación y asistencia permanente del programa al recurso humano de los laboratorios de los bancos de sangre en las diferentes provincias del país.

La capacitación al recurso humano generó la necesidad de establecer controles internos que garanticen la calidad de las pruebas que se realizan diariamente mas allá del control externo semestral; creándose el **Programa de Evaluación Interna** el cual supervisa cada corrida de las pruebas tamizadas, y, valida el despacho de Sangre Segura a nivel país.

Mas allá de la garantía de sangre libre de enfermedades se debe garantizar al usuario la provisión de sangre cuyos grupo, factor y subgrupos no provoquen reacciones adversas para lo cual se implementó el Control Externo en Inmunohematología en convenio con la OPS/OMS implementado desde el año 1997 en el Banco de Sangre de Quito y que, para el 2006, se extendió a 13 bancos de sangre de la red.

La situación del uso adecuado de la sangre y componentes en los hospitales públicos y privados del país no ha sido implementada en su totalidad, de tal manera que un conocimiento cabal en términos de eficiencia y eficacia del tratamiento, cumplimiento de normas y procedimientos, porcentaje de reacciones adversas a las transfusiones no ha sido establecido; la mayoría de centros hospitalarios públicos y privados no cuentan con servicios de medicina transfusional.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

La Donación Voluntaria de Sangre es la piedra angular en la provisión de sangre suficiente y oportuna como un bien insustituible que contribuye a evitar muertes innecesarias y prematuras, cuando una persona dona su sangre de forma voluntaria sin la exigencia de reposición o cualquier otro interés de por medio no existe motivación alguna para ocultar información sobre sus conductas de riesgo. Lograr que todos los implicados en la larga cadena de la prestación de servicios de sangre, desde el donante hasta el paciente, reconozcan su responsabilidad individual e institucional es un reto que recae sobre todos quienes tienen a cargo el desafío de promover una **cultura de donación voluntaria de sangre**, como la estrategia más importante

para ofrecer la Sangre Segura en cantidades adecuadas; esto contribuye también a los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la mortalidad materna (Objetivo 4), la mortalidad infantil (Objetivo 5) y la transmisión del VIH SIDA (Objetivo 6).

En ausencia de un estudio de demanda nacional de sangre, el referente es el cálculo que hace la OPS en donde se estima que para llenar las necesidades de sangre un país requiere que, entre el 2% y el 5% de su población sea Donante Voluntario de Sangre; la Secretaría Nacional de Bancos de Sangre reporta que, en el año 2005, se recolectaron a nivel nacional **130.993** unidades de sangre, lo que plantea un déficit de **137. 022** unidades para cubrir la demanda mínima y **537. 930** para cubrir la demanda máxima en referencia a una población del Ecuador para el año 2005 de 13.363.593 de personas; en referencia a esta misma población, en el Ecuador el **0.97%** de habitantes son donantes de sangre lo que resulta insuficiente para cubrir la demanda nacional.

Los bancos de sangre de la Seguridad Social, las Fuerzas Armadas y la Junta de Beneficencia están encaminados a llenar las necesidades de sangre de las unidades de salud adscritas a sus unidades prestadoras de servicios, es decir, forman parte de un Sistema Cerrado dejando a la Cruz Roja Ecuatoriana la provisión de sangre de los hospitales del Ministerio de Salud y de aquellas personas que no cuentan con una cobertura de seguro, es decir, de los sectores más pobres y vulnerables de la población. En el año 2002, la Cruz Roja Ecuatoriana proveía el 94,7% de la sangre del país, en el año 2003, esta participación bajó al 87,2%. En el año 2004, al 73,2%; en el 2005, descendió al 67,1%. Y para el año 2006, el porcentaje fue del 65%.

De las 124.724 unidades colectadas por el Sistema Nacional de Sangre, en el año 2005, el 61%, corresponde a Donación Compensatoria o de reposición; el 19%, a Donaciones empresariales o de Cuenta Corriente y, el 26%, a Donación Voluntaria Altruista. En el caso de la Cruz Roja Ecuatoriana, el 47%, es Sangre proveniente de donantes **Voluntarios Altruistas y Repetitivos**.

Según los datos reportados por la **Secretaría Nacional de Bancos de Sangre**, en el año 2003, el Sistema Nacional de Sangre del Ecuador recolectó 84.492 unidades de sangre de las cuales 187 reportaron resultados reactivos en las pruebas de tamizaje con Elisa lo que representó un 0.22%; en el año 2004, se colectaron 120.329 unidades y se reportaron 242 unidades positivas lo que representó un 0.20%; en el 2005, se colectaron 124.515 unidades de sangre y 730 unidades positivas lo que representó el 0,58% y, en el 2006, se colectaron 137. 041 con 585 pruebas reactivas lo que representa un 0,42%.

El Banco de Sangre de Quito, el servicio más fuerte del sistema, colectó, en el año 2005, 33.290 unidades de las cuales 321 resultaron reactivas (0,99%). En el año 2006, de las 33.393 unidades colectadas, 334 fueron reactivas a las pruebas de Elisa (0,97%).

ANÁLISIS DE LA RESPUESTA

La Ley Orgánica de Salud otorga un importante rol al Ministerio de Salud Pública como Autoridad Sanitaria Nacional en la promoción de Donantes Voluntarios Altruistas.

Los Donantes reactivos del Banco de Sangre de Quito son confirmados con el examen de Western Blot; sin embargo, esta no es la situación de los otros bancos del país.

Existe un importante trabajo en fase de pilotaje que son los Clubes 25, cuyo objetivo es promover entre los estudiantes secundarios y universitarios conductas sexuales de bajo riesgo ligadas a la importancia de la Donación Voluntaria de Sangre.

El Programa de Evaluación Externa del Desempeño en pruebas serológicas ha contribuido en forma importante en el proceso de calidad en los bancos de sangre. Actualmente se busca limitar las acciones de los laboratorios con evaluaciones bajas y centralizar las pruebas serológicas como un proceso previos a la construcción de los dos grandes hemocentros regionales.

El licenciamiento y re-licenciamiento se encuentra en ejecución y participan todas las instituciones que cuentan con bancos de sangre en el país.

El Ley Orgánica de Salud encarga la rectoría de los bancos de sangre a la Autoridad Sanitaria Nacional que, en coordinación con la Secretaría Nacional de Bancos de Sangre, se encuentra trabajando la reglamentación a la Ley con el fin de garantizar la estabilidad de los avances conseguidos y dar continuidad a los procesos reconocidos tanto nacional como internacionalmente.

La activa participación de los representantes de los bancos de sangre de la CRE, MSP, IESS, FFAA y JBG en el mejoramiento de sus servicios ha tenido gran importancia para el éxito alcanzado en las diferentes estrategias establecidas en beneficio de la provisión de sangre segura a la comunidad.

OBJETIVO ESTRATÉGICO

Proveer de sangre segura a la población que lo necesita.

METAS

AL 2015, CON RELACIÓN AL VIH, EL 100% DE LA SANGRE DE DONANTES ES TAMIZADA Y EL 100% DE LOS DONANTES POSITIVOS RECIBEN APV E INGRESAN AL PROGRAMA.

III PARTE: SECTORES PRIORITARIOS

Sector No. 7: Provisión de sangre segura en receptores: Objetivos concretos, Estrategias y Líneas de intervención.

Objetivo concreto No. 1: Garantizar la provisión de sangre segura de donantes voluntarios sensibilizados sobre el VIH-SIDA en cantidad suficiente para atender la demanda nacional.

Metas: Al 2010, se cubre, con sangre segura, el 80% de la demanda nacional, y, al 2015, el 100%.

Indicadores

1. % de población general donante voluntaria de sangre en concordancia con estimaciones internacionales.

Estrategias	Líneas de intervención	Responsables	Recursos
1.1 Captación de donantes voluntarios y altruistas de sangre y sensibilización sobre el VIH/sida	1.1.1 Diseño, implementación y evaluación de un plan nacional de donación voluntaria de sangre que incluya la implementación de una estrategia reconocida, validada y evaluada.	Programa Nacional de DVS.	
	1.1.3 Diseño e implementación de una estrategia de comunicación masiva y selectiva que promueva la Donación Voluntaria con apoyo regular de medios de comunicaciones nacionales y locales.	Asociación Ecuatoriana de Radio y TV	
	1.1.4 Fortalecimiento de sistemas técnicos, administrativos e de infraestructura de los servicios de captación de sangre de los bancos de sangre para que incluyan APV y referencia de casos positivos al SNS.	MSP, Organismos internacionales, Cruz Roja.	
	1.1.5 Implementación sistemática de iniciativas de información y prevención sobre ITS-VIH-SIDA para donantes. (Clubes 25 y otros).	MSP, FG, Instituciones participantes, FICR.	

Objetivo concreto No. 2: Garantizar la óptima calidad en los procesos de obtención, tamizaje, despacho, transporte y uso de la sangre.

Metas: Al 2010, el 100% de las unidades de sangre del Sistema Nacional de Sangre están tamizadas y seguras.

Indicadores

1. % de unidades de sangre tamizadas.
2. # de controles externos realizados sobre la sangre.
3. % de Servicios de Sangre integrados en Red a los hemocentros regionales.
4. % de servicios de Sangre cuyo personal esta Certificado.

Estrategias	Líneas de intervención	Responsables	Recursos
2.1 Procesamiento de la sangre en forma centralizada y regional utilizando la más alta tecnología.	2.1.1 Implementación y puesta en funcionamiento de dos homocentros regionales con estándares de calidad óptimos y con alta tecnología y desempeño del personal.	Cruz Roja Ecuatoriana	
2.2 Gestión de calidad en el manejo de los bancos de sangre.	2.2.1 Fortalecimiento y ampliación del número de laboratorios de referencia Nacional para control de calidad de las pruebas reactivos, insumos	MSP-CONASA	
	2.2.2 Ejecución regular de programas de evaluación externa e interna.	PUCE	

III PARTE: **SECTORES PRIORITARIOS**

Sector No. 7: Provisión de sangre segura en receptores: Objetivos concretos, Estrategias y Líneas de intervención.

	2.2.3 Licenciamiento y acreditación de los servicios de sangre	MSP-CONAS	
	2.2.4 Realización de estudios de costos de la sangre y componentes.	MSP.	

Objetivo concreto No. 3: Asegurar que las organizaciones participantes y relacionadas al Sistema Nacional de Sangre cumplan con las normas y estándares de calidad establecidos.

Metas: Al 2010, el 100% de las organizaciones que integran el Sistema Nacional de Sangre cumplen con las normas y estándares internacionales y responden a la rectoría de la autoridad sanitaria nacional.

Indicadores

1. # de establecimientos cumpliendo con las normas de Sistema Nacional de Sangre.
2. # de Servicios de Medicina Transfusional establecidos.

Estrategias	Líneas de intervención	Responsables	Costos
3.1 Fortalecimiento de la rectoría de la autoridad sanitaria	3.1.1 Establecimiento de roles y responsabilidades en el Sistema Nacional de Sangre de organizaciones participantes y relacionadas.	MSP, CRE y demás miembros del Sistema Nacional de Sangre.	
	3.1.2. Diseño e implementación de un sistema de control, con la participación directa del MSP, en la venta de insumos y utilización de la sangre., especialmente en los niveles provinciales		
	3.1.3 Organización del Sistema Nacional de Sangre en red.		
	3.1.4 Diseño y puesta en funcionamiento de un sistema de control del uso de sangre que no cumple los estándares de calidad establecidos		

8vo. (a) Sector: Promoción de derechos, atención y comportamientos sexuales seguros en la población militar.

MARCO LEGAL

En conjunto con la Institución Policial, Las Fuerzas Armadas conforman la Fuerza Pública. Como consta en el Capítulo 5, “de la Fuerza Pública”, artículo No. 83, la Carta Magna le asigna la misión fundamental de “...la conservación de la soberanía nacional, la defensa de la integridad e independencia del Estado y la garantía de su ordenamiento jurídico”.

La Sanidad Militar -formada desde la creación de la República- tiene la misión de conservar el talento y potencial humano apto en condiciones biológicas, físicas y mentales para participar activamente en las misiones encomendadas por la Constitución y las Leyes Vigentes, considerando a la salud como un puntal de la seguridad y desarrollo de la población.

La familia constituye la base estructural de la sociedad, de igual manera las Fuerzas Armadas están constituidas por el militar, sus familiares y quienes se encuentren en su área de influencia, por ello en la Política de la Defensa Nacional se establece que, la Salud es uno de los principales campos de acción de la institución Militar. En este campo de acción se satisface las necesidades relacionadas con la prevención, atención, evacuación y recuperación de heridos y enfermos, e higiene y abastecimiento sanitario. Todas estas acciones permiten alcanzar un adecuado nivel de calidad de vida a sus miembros, dependientes y derechohabientes. Como lo establece la Constitución y sus leyes internas, la Sanidad Militar, organizada como sistema, actúa en el marco regulatorio de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud y su reglamento. El objetivo nacional de salud para la población ecuatoriana es cumplido por el Sistema de Salud de las Fuerzas Armadas en coordinación con organismos nacionales e internacionales.

DATOS DE CARACTERIZACIÓN

Las Fuerzas Armadas del Ecuador cuentan en su estructura con el personal militar permanente y con aquel que cumple el Servicio Militar Obligatorio además de los empleados civiles. Por otro lado, existe una rotación anual de personal que ingresa y de personal que se retira al completar el tiempo de servicio o voluntariamente, en otras circunstancias. La suma de todos constituye unas 70.000 personas, pero los beneficiarios del Sistema de Salud corresponden a un número total de 290.000 afiliados. A este número se debe añadir aquel que representan las personas que se encuentran en las áreas de influencia, la educativa y la industrial; en el área educativa, se deben incluir los 10.000 estudiantes de nivel de educación primaria y secundaria de un total de 26 Unidades Educativas y los 20.000 estudiantes, de las Escuela Politécnica y la Universidad Naval de Guayaquil, a su vez, en el área industrial, las 5.000 personas que laboran en las empresas de las FF.AA.

El 50% de los afiliados al sistema se encuentran en edades de 19 a 45 años, el 20%, menores de 25 años, y, el 30%, corresponde a mayores de 45 años. El personal que cumple con el Servicio Militar obligatorio constituye el 20% del personal militar.

La responsabilidad social del sistema de Salud incluye también a la población civil, ya que por razones geográficas de accesibilidad a los servicios de salud, el sistema de salud militar cumple actividades en aquellos lugares donde no existe cobertura de otras instituciones.

El sistema de salud es impulsada cada vez más a responder a problemas resultantes de los desequilibrios en las relaciones de género, no sólo por el incremento de la población femenina que ingresa a las filas de las FFAA en forma permanente, sino también por la cantidad de esposas del personal en servicio activo, pasivo y la presencia de las servidoras públicas en la institución.

De considerable importancia es la caracterización de la población que ingresa a las FF.AA cada año, este personal pertenece a un estrato socio-económico bajo, proviene de una diversidad de grupos étnicos y niveles educativos y culturales.

ANALISIS DE LA SITUACIÓN

La naturaleza misma de su función de defensa de la soberanía nacional hace que, el personal militar deba prestar servicios en lugares geográficos en ocasiones muy distantes de sus familias. Muchas veces por razones económicas y sociales, el 31% de los solteros y el 34% de los casados, no pueden permanecer junto a su familia y sólo el 35% de los casados viven con ella en forma temporal. Esta situación libera a menudo a esta población del control social y hace que desarrolle una caracterización psicológica especial, con formas diversas de utilizar el tiempo libre y de recreación que muchas veces afectan su salud y su salud sexual y reproductiva. A este factor se suma el problema de su alta movilidad debido a la diversidad de áreas geográficas que cubre. Los pases o rotaciones temporales por patrullajes, entrenamientos y cursos obligan al personal uniformado alejarse de la familia y de las áreas urbanas en forma permanente.

Son estas situaciones especiales que han contribuido a la vulnerabilidad y alta prevalencia en la población militar de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) e inclusive del VIH/SIDA. ONUSIDA indica que, con relación con la población civil, podría ser de hasta 2 veces mayor.

Desde hace varias décadas, las mujeres están presentes en las FFAA. Inicialmente se desempeñaron en el Servicio de Sanidad, en la actualidad, ocupan cargos de Oficiales en varias áreas y, desde hace dos años, el primer contingente de graduadas egresó de la Escuela Militar. Esto hace transparente su mayor acceso en todas las ramas: en las áreas administrativas y como empleadas civiles que cumplen sus funciones en los diferentes repartos militares.

En resumen, los factores que vuelven vulnerable al personal militar, especialmente a las infecciones de transmisión sexual y del VIH/SIDA así como de la Hepatitis B, son los siguientes:

- Para cumplir con sus actividades, debe rotar por varios lugares y por largos periodos, incluyendo los sitios más inhóspitos y alejados de las ciudades.

- Existe una rotación obligatoria en toda la carrera que puede durar de 20 a 25 años, con pases cada año o cada dos años, es decir durante su vida militar se moviliza a diversos sitios de la geografía del país.
- La defensa de las fronteras y de la seguridad nacional, exige rotaciones transitorias que duran más o menos tiempo.
- Existe un 34 % del personal que es soltero, y de los casados el 50% no vive con su familia y recorre largas distancias para retornar al hogar en periodos de tiempo que están sujetos a la actividad militar de guarnición o comisión.
- El personal joven que ingresa a las Escuelas de Formación, tiene también largos periodos de adaptación a la soledad y lejanía del hogar que le imprime rasgos psicológicos diferentes a los de otros grupos sociales.
- El personal que ingresa para cumplir con el Servicio Militar Obligatorio pertenece, en un alto porcentaje, a sectores sociales más deprimidos y tiene, al ingresar a las FF.AA., la posibilidad de encontrar nuevos rumbos con la formación que recibe en los cuarteles. Muchas veces es la única oportunidad de ser impactado por un programa de prevención de ITS-VIH/SIDA.
- El conjunto de factores antes señalados, hace que el personal militar desarrolle formas diferentes de pensar y comportarse. En efecto, la falta de recreación, la soledad, largos periodos de tensión emocional y estrés en el entrenamiento hacen que el personal desarrolle reacciones frente a acontecimientos, que no son predecibles.
- El tipo de educación que reciben es la de perderle miedo al miedo y arriesgar su vida si fuera necesario, este entrenamiento de respuesta desafiante al riesgo es un elemento fundamental a ser tomado en cuenta.
- El estar alejado de la familia por largos períodos y justo en los momentos que debe asumir responsabilidades profesionales de alto riesgo, hace que se acumule la tensión emocional y sexual, que en períodos de carencia, pueden desenfrenar su comportamiento y llevarlo a consumir alcohol buscando “demostrar su hombría”, negociar sexo con las personas en situación de trabajo sexual que se encuentren en el sector, o con otras personas que vivan en los lugares donde se acantonan las Fuerzas.
- Muchas veces para los miembros de la tropa o los reclutas, un factor de estatus es el compartir con los demás sus experiencias de alcohol y sexo sin restricciones. El buscar sentirse diferente o cobrar importancia dentro de su reducida esfera social, puede llevarlo a incrementar su vulnerabilidad a las ITS.
- Las prácticas religiosas con patronos tradicionales no influyen mayormente en las prácticas sexuales del militar.

La epidemia actual ha tomado por sorpresa a todos los miembros, en todos los grados, existiendo infectados que han contagiado a sus familias.

ANALISIS DE LA RESPUESTA

La organización del sector salud como Servicio de Sanidad ha considerado una estructura que se fortalece con el Consejo de Salud de Fuerzas Armadas (COSAFA), a la cabeza del Sistema

de Salud se encuentra la Dirección de Salud. En las Fuerzas Armadas, la rectoría la ejercen las Direcciones de Sanidad de la Fuerza. El Sistema de Salud está jerarquizado en niveles de acuerdo a lo establecido por las normas del MSP esto es: las **unidades de primer nivel** aquellas tipo dispensario médico, en ellas se prestan servicios de consulta externa, ambulatorios y poseen camas de observación. El tipo de servicios que presta están orientados a la atención primaria en salud y se ubican en las unidades militares básicas. Las **unidades de segundo nivel** lo conforman los hospitales y clínicas en los que se cuenta con hospitalización, cirugía de emergencia y programas en las especialidades básicas y las complementarias. El nivel de desarrollo de cada uno de ellos depende de la demanda y se ubican en las ciudades principales en las que se encuentran acantonadas las divisiones y las brigadas. El financiamiento de las unidades de salud depende exclusivamente de su capacidad de autogestión, generan ingresos para sustentar sus actividades, sin la asignación presupuestaria del Estado. El **tercer nivel de complejidad** esta conformado por el hospital general ubicado en la ciudad de Quito, que es un hospital de especialidades.

Entre las actividades de apoyo al desarrollo social de la nación, el Servicio de Sanidad proporciona atención médica a la población civil, en los sitios donde ella lo demande. Además se realizan campañas médicas en las áreas de desastres o en los sectores sociales de más bajo desarrollo. Para esta actividad se cuenta con ONG y/o organizaciones dedicadas a contribuir a la sociedad.

Las actividades de prevención de las infecciones de transmisión sexual y del VIH/SIDA tienen un largo proceso que se inicia desde el apareamiento de las enfermedades, especialmente de esta última. La estrategia de prevención se orientó a realizar su detección temprana a través de exámenes médicos anuales, los mismos que han permitido hasta el momento que las personas infectadas por cualquier agente, reciban el tratamiento oportuno. Los costos rebasan los US \$700.000 por año. Este proceso de prevención requería de un aporte económico significativo para fortalecer las actividades de prevención en todos los niveles, en especial la capacitación en los temas de salud sexual y reproductiva en la que se incluye la prevención de las ITS. Esto ha sido posible con el aporte económico del Fondo Global.

Los infectados se detectan anualmente por las pruebas que se realizan como detección precoz en la prevención de las enfermedades que genera un gasto significativo, tanto en el personal militar de oficiales, voluntarios y conscriptos. Las PVVS reciben atención a través de dos clínicas del SIDA ubicadas en las ciudades de Guayaquil y Quito. No existe personal comprometido en el resto de unidades de salud. Los gastos que ocasiona la atención de las personas viviendo con el VIH son cubiertos por el asegurador que es el ISSFA.

La prevención es una campaña permanente que incluye a todos los componentes de las FF.AA. pero hacen falta recursos para complementar las ingentes cantidades de dinero que se invierten en las actividades de detección temprana, no solo de enfermedades transmisibles, sino además de las crónicas degenerativas.

Por otra parte, la implementación del Proyecto del Fondo Global ha permitido desarrollar múltiples actividades de importancia, a saber:

- Coordinar con el Mando de la Institución para obtener el respaldo político a las actividades de prevención en todos los niveles. Se ha conformado un equipo central de conducción del proyecto, el mismo que se encuentra fortalecido con la estructuración de un Comité Institucional de control y vigilancia del VIH/SIDA.

- Se ha trabajado conjuntamente con el programa de salud mental para que los equipos estructurados incorporen la temática de salud sexual y reproductiva y prevención de las ITS. Se ha dotado de los equipos básicos para realizar capacitación en los niveles regionales y de la oficina central. Se ha dotado de recursos didácticos para implementar la inserción de la malla curricular en el plan de Estudios de las Escuelas de Formación y perfeccionamiento.
- Se encuentra en ejecución el Proyecto de prevención de SSR – ITS/VIH/SIDA y se ha capacitado un 80% del personal, gracias a lo cual se ha obtenido al momento una respuesta de cambio en los conocimientos, actitudes y prácticas de prevención en el orden del 50% de un 10% esperado. La metodología empleada es activa con la capacitación de facilitadores que replican la capacitación en el nivel local del que son responsables (cascada).
- El personal militar que vive con VIH/SIDA está cubierto por el seguro institucional. Se adquieren medicamentos a través del ISSFA.
- El uso de la clase 6 está debidamente limitada a áreas geográficas de difícil acceso y erradicada en las demás.
- La clínica del SIDA hace vigilancia epidemiológica pasiva.
- A los oficiales que se han unido en matrimonio y que se encuentra en sitios diferentes, se les junta, con el objeto de que no haya ruptura familiar.

LO QUE NO SE HA CONSIDERADO

Se estima que los principales aspectos de la epidemia se han abordado. La seguridad nacional exige la presencia de un tipo especial de personas que estén en capacidad de ofrecer sus servicios y dispuestas al sacrificio de someterse a situaciones extremas. Por ello, la mayoría de las situaciones consideradas adversas para la prevención no pueden ser cambiadas como: lugares de guarnición, rotación de personal, compensaciones económicas, vivir alejados a la familia, largos períodos fuera de las áreas urbanas. En este contexto, un tema que no se ha considerado es la distribución de condones a bajo costo y de calidad.

Finalmente, cabe indicar que lo que no se ha considerado es el aprovechar el gran potencial multiplicador que, en materia de SSR y prevención del VIH/SIDA, tienen las FFAA ya que las personas que terminan la conscripción regresan a su lugar de origen donde pueden ampliar los conocimientos adquiridos a sus familiares y cercanos. Por otra parte, las FFAA se encuentran trabajando en lugares a veces de difícil acceso para otros programas oficiales.

OBJETIVO ESTRATÉGICO

Alcanzar un máximo nivel de vida productiva y desarrollo personal armónico gracias al ejercicio saludable del derecho a la salud integral y, la consecuente reducción de la violencia e inequidad de género y de los comportamientos sexuales que exponen al personal de las FFAA a las ITS-VIH/SIDA.

META

EN EL AÑO 2015, EN LA POBLACIÓN INTEGRANTE DE LA INSTITUCIÓN, LA INCIDENCIA DE LA INFECCIÓN POR VIH ESTARÁ POR DEBAJO DE 1%

Objetivo concreto No. 1: Desarrollar la práctica de una sexualidad responsable y saludable entre los miembros de las FFAA.

Metas: Al 2010, el 80% de los/las integrantes de las FFAA han recibido IEC y, el 40%, ejerce sexo seguro. Y, al 2015, el 100% y el 70%, respectivamente.

Indicadores

1. % de personas de las diversas áreas de influencia de las FF.AA que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del VIH (SIRN).
2. % de hombres que usaron condón en la última relación sexual comercial (FG).
3. % de personas que uso condón en la última relación sexual con personas distintas a su pareja estable (FG).
4. % de mujeres con conocimiento de métodos de prevención de ITS y VIH/SIDA (FG).

Estrategias	Líneas de intervención	Responsables	Costos
1.1 Institucionalización de la educación de SSR con énfasis en la prevención de las ITS y del VIH/SIDA en las Escuelas de Formación y Perfeccionamiento de las tres ramas de las Fuerzas Armadas con enfoque de derechos y equidad de género.	1.1.1 Diseño de la materia de SSR y prevención de ITS y VIH/SIDA en las Escuelas de Formación y Perfeccionamiento.	Dirección de Salud de FF.AA. Direcciones de Educación de FF.AA., Ministerio de Educación y Cultura, PRONESA., Comité de Prevención y Control de las ITS-VIH/SIDA	
	1.1.2 Elaboración de planes continuos de capacitación de los docentes en el desarrollo de la materia Salud Sexual y Desarrollo Personal.		
	1.1.3 Implementación de la materia de SSR y prevención de ITS y VIH/SIDA en las mallas curriculares.		
	1.1.4 Diseño de instrumentos, evaluación de los impactos y ajustes.		
1.2 Transversalización de la educación de SSR con énfasis en la prevención de las ITS y del VIH/SIDA en los centros de educación básica y bachillerato de las FF.AA.	1.2.1 Diseño y ejecución de mecanismos de coordinación con el MEC-PRONESA para la implantación del Acuerdo Ministerial 403		
	1.2.2 Inserción en los Proyectos Educativos Institucionales de los establecimientos educativos de las modalidades más adecuadas de transversalización		
	1.2.3 Elaboración de planes continuos de capacitación a miembros de la comunidad educativa de las Unidades Educativas en el desarrollo de la materia Salud Sexual y Desarrollo Personal.		
	1.2.4 Diseño y ejecución de evaluación formativa y de impacto de la materia.		
1.3 Promoción de la SSR y prevención de las ITS y del VIH/SIDA en las Unidades militares para el personal de la Institución a través de un proceso de educación no escolarizado formal.	1.3.1 Diseño de un proceso de educación no escolarizado formal.		
	1.3.2 Capacitación de equipos permanentes de Facilitadores del Proyecto en las Unidades Militares.		
	1.3.3 Implementación y ejecución de estrategias de comunicación y evaluación de impacto con encuestas CAP.		
1.4 Promoción de la SSR y prevención de las ITS y del	1.4.1 Diseño y ejecución de un Plan anual periódico de conferencias de las 4 áreas básicas.		

III PARTE: SECTORES PRIORITARIOS

Sector No.8: Promoción de derechos, atención y comportamientos sexuales seguros en la población militar: **Objetivos concretos, Estrategias y Líneas de intervención.**

VIH/SIDA en las áreas de influencia de las FFAA. Familiares, Servidores públicos, empresas militares, Universidad Naval, Escuela Politécnica del Ejército e Institutos tecnológicos de las FFAA.	1.4.2 Diseño y evaluación del impacto de las conferencias sobre temas específicos a través de encuestas CAP.		
	1.4.3 Instrumentación del sistema de disponibilidad asegurada de condones para todos los y las integrantes de las FFAA.		

Objetivo concreto No. 2: Promocionar y asegurar el acceso a consejería y pruebas para ITS y VIH/SIDA a las personas que tienen cobertura por el sistema de salud de FFAA y áreas de influencia.

Metas: Al 2010, 100% de los miembros de FFAA reciben consejería y acceden a las pruebas voluntarias para ITS y VIH-SIDA.

Indicadores

1. % de personas que reciben consejería para pruebas de laboratorio y otras causas (FFAA).
2. % de personas que se hizo el análisis del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados (SIRN)

Estrategias	Líneas de intervención	Responsables	Costos
2.1 Aseguramiento del acceso a servicios especializados en Consejería en las Unidades de Salud de primero, segundo y tercer nivel en las VI regiones.	2.1.1 Evaluación de los servicios de salud existentes, cumplimiento de los requisitos y acreditación por parte del PNS.	Direcciones de Salud de FFAA. Direcciones de Sanidad de cada Fuerza	
	2.1.1 Procesos de formación y evaluación de consejeros		
2.2 Promoción y entrega de servicios de consejería al personal militar	2.2.1 Diseño y ejecución de estrategias de intervención en los procesos de reclutamiento.	Direcciones de Salud de FFAA. MSP-PNS,	
	2.2.2 Diseño e implementación de consejería obligatoria al personal militar y de un modelo de consejería entre pares		
	2.2.3 Evaluación y ajustes del funcionamiento de los centros de Consejería		

Objetivo concreto No. 3: Promover los derechos humanos, la equidad de género y la no violencia en las personas de la institución y las familias de las FFAA.

Metas: Al 2010, el 30% de los y las integrantes de las FFAA adoptan relaciones equitativas y libres de violencia de género. Y, para el 2015, el 60%.

Indicadores

1. % de personas que reconocen los DDHH y DSS yRR y que están en capacidad de hacerlos respetar y contribuir a la no discriminación (FFAA).
2. % de personas que reconocen la violencia y la inequidad de género como elementos perjudiciales para el desarrollo familiar (FFAA).
3. Tasa de cambio en las parejas y las familias.

Estrategias	Líneas de intervención	Responsables	Costos
1 Fortalecimiento de la difusión de los derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos así	1 Sensibilización al mando militar sobre la necesidad de establecer políticas para promoción de derechos y el enfoque de género.	Direcciones de Salud de FFAA. Direcciones de Sanidad de cada Fuerza	

III PARTE: SECTORES PRIORITARIOS

Sector No.8: Promoción de derechos, atención y comportamientos sexuales seguros en la población militar: **Objetivos concretos, Estrategias y Líneas de intervención.**

como el conocimiento de leyes de protección a la mujer y la familia	2 Establecimiento del marco normativo que amparen las intervenciones. 3 Iniciativas de difusión de los derechos entre el personal de las FFAA.		
2 Exigibilidad del cumplimiento de la normativa en derechos humanos y de SSRR.	1 Instalación de mecanismos de exigibilidad de derechos disponibles en el marco institucional.	Direcciones de Salud de FF.AA. Direcciones de Sanidad de cada Fuerza	
3 Fortalecimiento del Comité de Prevención y Control de la salud sexual y reproductiva, con énfasis en ITS-VIH/SIDA.	1 Estructuración del comité y establecimiento de los nombramientos, 2 Evaluación permanente de la aplicación de la normativa vigente para la prevención, el acceso al tratamiento y el respeto a los derechos. 2 Identificación y puesta en marcha de mecanismos de coordinación interinstitucional con la Policía Nacional	Direcciones de Sanidad de cada Fuerza	

Objetivo concreto No. 4: Garantizar el acceso universal al tratamiento de las PVVS en la población de las FFAA.

Metas: Al 2010, 100% de los y las integrantes de las FFAA con infección por el VIH-SIDA, reciben atención y tratamiento.

Indicadores

1. % de hombres y mujeres con ITS en unidades de salud que han recibido un diagnóstico, tratamiento y asesoramiento apropiados por año, región y Fuerza (SIRN).
2. % de hombres y mujeres con VIH/SIDA en unidades de salud que han recibido un diagnóstico, tratamiento y asesoramiento apropiados por año, región y Fuerza (SIRN).
3. % de hombres y mujeres con infección por el VIH avanzada que reciben terapia antirretrovírica de combinación (SIRN).
4. # de personas que reciben tratamiento y han presentado complicaciones (FFAA).

Estrategias	Líneas de intervención	Responsables	Costos
4.1 Monitoreo de la progresión de la epidemia y evaluación de impacto de los programas.	4.1.1 Evaluación y ajuste del actual sistema de notificación de casos de ITS-VIH/SIDA.	Direcciones de Salud de FF.AA	
	4.1.2 Diseño y realización de estudios de comportamiento y derechos en la población de las FFAA	Direcciones de Salud de FF.AA.	
	4.1.3 Diseño y realización de estudios sobre el acceso a servicios en la población de las FFAA		
4.2 Acceso universal al tratamiento.	3.2.1 Consolidación de los laboratorios clínicos de las Unidades de salud.	Direcciones de Sanidad de cada Fuerza	
	3.2.2 Coordinación con el Instituto Asegurador para Provisión de fármacos e insumos requeridos para el manejo de PVVS.		
	3.2.3 Verificación del cumplimiento del Instituto Asegurador de la provisión de fármacos e insumos		
	3.2.4 Establecimiento de mecanismos para la adquisición de fármacos genéricos a menor precio.		
	3.2.5 Atención continua a las PVVS por el Sistema de Salud de FFAA.		

8vo.(b) Sector: Promoción de derechos, atención y comportamientos sexuales seguros en personas privadas de libertad

MARCO LEGAL

La estructura del sistema penitenciario esta compuesta por el Consejo Nacional de Rehabilitación Social (CNRS) y la Dirección Nacional de Rehabilitación Social (DNRS). La primera institución esta encargada de definir las políticas de Estado en materia de rehabilitación social, mientras la segunda funciona como organismo dependiente del Consejo Nacional y constituye la unidad ejecutiva superior de la política penitenciaria. Según la Subsecretaria de Presupuestos del Ministerio de Economía y Finanzas, el presupuesto para el sistema penitenciario paso de 6.73 en 2001 a 27.15 millones de dólares.

En cuanto a los procesos para los detenidos, el Código de Procedimiento Penal establece normativas claras respecto a los aspectos siguientes, respecto delitos sancionados con pena que no exceda de cinco años y que el imputado no haya sido condenado con anterioridad por delito, el juez o tribunal puede ordenar una o varias de las siguientes medidas alternativas a la prisión preventiva (Art. 171 de la "Sustitución")

- El arresto domiciliario, con la vigilancia policial que el juez o tribunal disponga;
- La obligación de presentarse periódicamente ante el juez o tribunal o ante la autoridad que él designe; y,
- La prohibición de salir del país, de la localidad en la cual reside o del ámbito territorial que fije el juez o tribunal.

Cualquiera que fuere el delito, la prisión preventiva será sustituida por el arresto domiciliario en todos los casos en que el imputado o acusado sea una persona mayor de sesenta y cinco años de edad o que se trate de una mujer embarazada y hasta noventa días después del parto. En estos casos también procede la caducidad prevista en el artículo 169 de este Código.

Respecto de los derechos humanos, los miembros de la Policía Judicial están obligados a observar estrictamente las formalidades legales y reglamentarias en cuantas diligencias les corresponda practicar y se abstendrán, bajo su responsabilidad, de usar medios de averiguación violatorios de los derechos humanos consagrados por la Constitución Política de la República, los Convenios Internacionales y las leyes de la República (Art. 211).

DATOS DE CARACTERIZACION

La Ley Reformatoria al Código de Procedimiento Penal y al Código de Ejecución de Penas, el 28 de septiembre del 2001, endureció las penas y abolió el sistema de rebajas y en un lapso de un año, creció drásticamente la población penitenciaria ecuatoriana, produciéndose automáticamente un gran hacinamiento.

Al 2005, según la información oficial de la Dirección Nacional de Rehabilitación Social, el sistema penitenciario ecuatoriano cuenta con 35 Centros de Rehabilitación Social a nivel

nacional y una población de intern@s al 2004 – 2005 de 11.358 personas (10.229 hombres y 1129 mujeres), en la cual se encuentran 4560 condenados (40.2%) y 6802 procesados (59.8%). En el periodo 2003 – 2004, 695 niños y niñas vivían con sus padres y 392 para el periodo siguiente. Además, un total de 1673 personas y profesionales trabajan en dicho sistema.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

Las características y la lentitud del sistema procesal penal ecuatoriano, el endurecimiento de la legislación penal, el sistema de acumulación de penas y la figura de la detención en firme han conducido al hacinamiento que conocen los CRS del país. La DNRS tiene 33 Centros dotados de un área para funcionamiento de atención médica y odontológica básicas y precarias. La población penitenciaria crece con un 15% anual (2.004) y en 20 años, se duplicó mientras que la infraestructura prácticamente no conoció cambios. Por ejemplo, más de 5000 internos viven en la Penitenciaría del Litoral la cual fue diseñada para 1200 personas. El hacinamiento reduce los espacios para las actividades de rehabilitación. La alimentación es inadecuada ya que se gasta unos 100 centavos por día y por interno. La atención médica es elemental. Más del 60% de los internos se encuentra en espera de un juicio. La sobrepoblación se amplió con la Ley 108 en 1990 y con la implementación de las políticas prohibicionistas antidrogas. En 2005 en la cárcel de varones de Quito, la principal causa de detención es por estupefacientes, 57%, y en Guayaquil, 58%, y entre las internas, en Quito, 64%, y en Guayaquil, 68%, mientras en las extranjeras, este porcentaje supera el 80%.

Al momento, 31 casos de VIH/SIDA han sido detectados clínicamente en la Penitenciaría del Litoral, y que representan una prevalencia aproximada de 1.35%. Adicionalmente a inicios del 2007 se realizaron 180 pruebas de tamizaje dentro de la Penitenciaría del Litoral de las cuales 9 resultaron positivas.

En la Cárcel de Mujeres del Inca existen actualmente 15 mujeres embarazadas, de una población total de 502 internas. Las mismas que participan del programa de maternidad gratuita del MSP. Esta tendencia es similar en los demás centros femeninos.

El principal determinante a la infección por ITS y VIH se relaciona con la vida sexual de las PPL aunque también se debe tomar en cuenta la presencia de un cierto número de usuarios de drogas inyectables. Las privaciones generan sentimientos intensos de soledad y de abandono y la vida sexual se expresa de manera diversa con muchos elementos de vulnerabilidad: principalmente relaciones con múltiples parejas, incluyendo la esposa, sexo transaccional, violaciones, relaciones con TS, prácticas homosexuales, pago de deudas a cambio de favores sexuales, personales o a través de la pareja, especialmente para las personas adictas a las drogas, acoso y/o abuso sexual de las internas que involucra sus visitas, el personal y los abogados y embarazos⁶⁹. El uso del condón es escaso e irregular y la atención del embarazo precaria. Además, los niveles de consumo de alcohol, de drogas y de tatuajes son altos. Existe una normatividad que sugiere el(la) detenido(a) y su pareja a realizar un examen de VIH/ITS y presentar un certificado médico para tener derecho a la “visita íntima”. La visita no se realiza en un lugar adecuado, sino en la misma celda. Existen problemas entre el personal masculino de vigilancia de las cárceles de mujeres y las internas. Las altas tasas de ITS aumentan la vulnerabilidad de los internos frente a la epidemia.

⁶⁹. FLACSO, Encuesta a Centros de Rehabilitación Social, 2005. “En la cárcel de Quito, el 13% han quedado embarazadas estando en prisión; la cifra en Guayaquil es 19% ... En Guayaquil un 42% no tuvo control alguno ... Debido a la falta de controles, ... la tasa de nacidos vivos es muy baja, 46 y 49 de cada cien en Quito y Guayaquil ... El 16% de las internas tienen hijos/as viviendo con ellas en la cárcel”.

El análisis indica que no se puede considerar la cárcel como un espacio herméticamente separado de la ciudad y que existen muchas puertas de intercambio abiertas por las características de la vida sexual en los CRS. Se puede por lo tanto considerar este espacio como un lugar donde se produce una concentración de comportamientos sexuales de alto riesgo y un “puente” que atraviesa los muros de la cárcel en ambos sentidos. Existen internos que se infectaron antes de entrar en el medio carcelario y otros que se infectaron dentro del CRS. Al regresar a la libertad sin conocer su estatus virológico y al mantener relaciones sexuales no protegidas, pondrán en riesgo a sus parejas. El régimen de prelibertad acentúa estos problemas ya que los internos pasan parte de su tiempo en “Casas de Confianza” para regresar luego en el CRS. También durante la semana tienen la posibilidad de salir hacia la calle (dentro del régimen progresivo), lo cual acentúa el riesgo de infección.

ANALISIS DE LA RESPUESTA

A pesar de la gravedad de la situación, el hacinamiento, la insalubridad y la falta de servicios básicos y de salud caracterizan los CRS desde hace mucho tiempo. Aproximadamente, el 70% de los detenidos esta sin sentencia, sin embargo reciben atención médica por parte de la institución y participan de todos los programas de salud del sistema nacional de salud. Además, los detenidos extranjeros no se consideran como residentes, lo cual dificulta su debida atención por parte del PNS. El sistema sanitario de los CRS no tiene la capacidad para realizar con una cobertura suficiente las pruebas para la detección del VIH en los internos. Los casos detectados se deben a oportunidades que se presentaron o al diagnóstico sintomático, pero no a una política sanitaria sistemática dotada de recursos suficientes. En ciertos casos, los intentos realizados se quedaron inconclusos por falta de reactivos. Los recursos del Fondo Global permitieron entregar 450.000 preservativos durante el 2006. Existen comités de internos que se han movilizados frente al problema del VIH. Los profesionales de la salud están concientes de la gravedad de la situación, pero seriamente limitados en su acción por la carencia de recursos y de una política.

Con la participación del Fondo Global se ha podido capacitar a 7.000 privados de libertad en conocimientos básicos de prevención del VIH-SIDA-ITS, a nivel nacional. En la segunda fase se espera continuar con la capacitación y fortalecimiento de las unidades de salud y equipos técnicos, se dotarán de pruebas rápidas para detección de portadores.

LO QUE NO SE HA CONSIDERADO

- Se hace necesario una reforma de la estructura del sistema sanitario penitenciario y contar con un sistema de detección, seguimiento y control de las enfermedades transmisibles. En el caso del VIH, promover una estructura que garantice la atención es una solución a medias puesto que lo que afecta y mina la salud de una persona viviendo con VIH, es justamente el resto de enfermedades.
- Capacitar al equipo de salud en el manejo del paciente sintomático.
- La Dirección Nacional de Rehabilitación debería realizar los tratamientos de pacientes con SIDA.

- Si bien su número ha disminuido según los informes oficiales, los niños y niñas que viven con sus madres en los CRS constituyen un problema que no se ha solucionado aun que constituye una violación evidente de sus derechos.
- Acceso generalizado a condones

OBJETIVO ESTRATEGICO

Coadyuvar a crear un contexto institucional carcelario más humano que fomente el autoestima y empoderamiento de los privados de libertad, ponga en vigencia sus derechos sexuales y reproductivos y las prácticas sexuales seguras.

META

EN EL AÑO 2010, EN LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD, PERSONAL DEPENDIENTE Y POBLACIÓN VINCULADA AL SECTOR, LA INCIDENCIA DE LA INFECCIÓN POR VIH HABRA DISMINUIDO EN UN 50% EN RELACION CON EL NIVEL 2007, Y EN EL 2015, UNA DISMINUCION DEL 50% EN RELACION CON EL NIVEL MEDIDO EN EL 2010

III PARTE: SECTORES PRIORITARIOS

Sector No.8: Promoción de derechos, atención y comportamientos sexuales seguros en las personas privadas de libertad: **Objetivos concretos, Estrategias y Líneas de intervención.**

Objetivo concreto No. 1: Conocer, visibilizar y sistematizar la gestión de la información en relación con la problemática de las ITS, VIH/SIDA en PPL.

Metas: Al 2010 se ha identificado la importancia de la epidemia en el sector prioritario, sus principales determinantes así como su tendencia que permiten ajustes a las políticas del DNRS, las mismas que, al 2015, se encuentran plenamente ejecutadas.

Indicadores

1. Proporción de los indicadores identificados para caracterizar el sector, que se ha logrado medir.
2. # eventos de incidencia y características de los cambios producidos en el marco de políticas relativas al sector.
3. # de programas que se desarrollan en el marco de la política.

Estrategias	Líneas de intervención	Responsables	Costos
1.1 Monitoreo de las características y tendencias de la epidemia del VIH e ITS en PPL, evaluación de comportamientos de riesgo y cobertura de servicios	1.1.1 Fortalecimiento del Sistema de control y vigilancia de la DNRS para ITS y VIH/SIDA	Ministerio de salud pública. DNRS. Consejo Nacional de Rehabilitación.	
	1.1.2 Sistematización de la información disponible en las fuentes secundarias internas como externas.		
	1.1.3 Medición en forma periódica y estandarizada de una serie de indicadores esenciales de la epidemia en PPL, de comportamiento de riesgo y de cobertura de servicios en coordinación con los diferentes actores de los CRS.		
	1.1.4 Difusión de los datos relativos a la epidemia hacia los actores del sistema penitenciario, incluyendo a las PPL.		

Objetivo concreto No. 2: Facilitar la respuesta a la epidemia en el sistema penitenciario.

Metas: Al 2008, se encuentra instrumentada la Política Nacional de salud y derechos sexuales y reproductivos en el sector, con énfasis en atención integral de las ITS-VIH-SIDA y otras infecciones oportunistas y al 2010, implementada en un 60% y, al 100%, al 2015.

Indicadores

1. # de CRS que aplican los cambios derivados de la instrumentación de la Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos en el sector.

Estrategias	Líneas de intervención	Responsables	Costos
2.1 Instrumentación de la Política Nacional de salud y derechos sexuales y reproductivos en el sector, con énfasis en atención integral de las ITS-VIH-SIDA y otras infecciones oportunistas	2.1.1 Identificación de la estructura de responsabilidad	Ministerio de Salud Pública. ONUSIDA. Consejo Nacional de Rehabilitación Social. DNRS.	
	2.1.2 Diseño y ejecución de un diagnóstico situacional del sector con metodologías cuantitativas y cualitativas.		
	2.1.3 Armonización del marco legal en función de la Ley del VIH-SIDA para permitir el acceso a la atención integral de la población PPL.		
	2.1.4 Formulación y desarrollo de un Plan de implementación con metodologías adecuadas al sector y en función de la evaluación de las necesidades que incluye mecanismos de coordinación interinstitucional..		
	2.1.5 Evaluación de la aplicación de la Ley de Maternidad gratuita y Atención a la infancia y fortalecimiento de los Comités de usuarias para su exigibilidad y vigilancia.		
	2.1.6 Aplicación de los convenios con las embajadas para que los internos e internas extranjeras puedan acogerse a lo estipulado en dichos convenios, en particular para las personas seropositivas.	MRREE, Embajadas. Corte Suprema de Justicia.	

Objetivo concreto No. 3: Garantizar el acceso a servicios integrales de prevención y de tratamiento.

Metas: Al 2010, el 50% de la población de los CRS accede a los programas integrales y, el 90%, para el 2015.

Indicadores

1. % de la población PPL que logran atender los programas de prevención (SIRN).
2. % de la población PPL que uso un preservativo en su última relación sexual (PFG, SIRN),
3. % de la población PPL que se hizo el análisis del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados (SIRN).
4. % de PPL con infección por el VIH que reciben terapia ARV ininterrumpida y con monitoreo de laboratorio apropiado.
5. % de UDI que tengan acceso a un programa de reducción de daños.
6. % de mujeres PPL que tienen acceso a la prueba de VIH-SIDA durante el embarazo.
7. % de personal de seguridad y vigilancia que están capacitados en prevención de VIH/SIDA.
8. # de condones distribuidos anualmente.

Estrategias	Líneas de intervención	Responsables	Costos
3.1 Provisión y promoción del uso adecuado de preservativos.	3.1.1 Implementación un sistema de abastecimiento sostenido y de distribución de condones.	MSP, Comité de Internos, DNRS.	
	3.1.2 Diseño, implementación, desarrollo y evaluación de campañas que fomenten el uso consistente del condón, incluyendo los UDI, las visitas y demás actores involucrados.		
3.2 Promoción de IEC con metodología de promotores y educadores de pares (PEP).	3.2.1 Diseño e implementación de un modelo de prevención IEC eficaz y adaptado a las necesidades de las PPL.	Comité de Internos, ONUSIDA, MSP, DNRS.	
	3.2.2 Construcción de una metodología y capacitación a los promotores y educadores de pares		
	3.2.3 Elaboración de materiales para campañas y apoyo de la IEC para la promoción de una sexualidad segura y prevención de los comportamientos de riesgo.		
	3.2.4 Diseño de una metodología para la evaluación de los impactos logrados en los programas de prevención primaria.		
3.3 Promoción de la prueba voluntaria y de la consejería.	3.3.1 Fortalecimiento de la capacidad de los laboratorios del CRS 1, para la realización de pruebas y manejo sintomático de las ITS.	MSP, MEF, DNRS	
	3.3.2 Desarrollo de estrategia y protocolos respectivos para la realización de la prueba voluntaria en el momento de la detención en la PJ, Interpol y en los CDP.	MSP, MEF, DNRS	
	3.3.3 Promoción para la realización de la prueba voluntaria y de consejería para los internos y personas que visitan los centros, personal de seguridad y de vigilancia y personal administrativo de los Centros.		
3.4 Atención médica y tratamiento de ITS y VIH/SIDA y otras IO.	3.4.1 Evaluación y reforma de la estructura del sistema sanitario penitenciario	MSP, MEF, DNRS	
	3.4.2 Diseño y desarrollo de un sistema de detección, seguimiento y control de enfermedades transmisibles articuladamente con el PNS y las demás unidades del Sistema Nacional de Salud..		
	3.4.3 Creación y puesta en funcionamiento de 2 Clínicas del SIDA regionales (Pichincha y Guayas)		
	3.4.4 Procesos de capacitación inicial y en servicio a los equipos de salud (con modalidades diversas, dentro y fuera del país)		
	3.4.5 Fortalecimiento de la atención del embarazo y del parto según lo estipulado en el Código de Ejecución de penas y rehabilitación social.		
3.5 Fortalecimiento de las organizaciones de PPL para apoyar el funcionamiento de los PEP.	3.5.1 Inclusión con capacitación del Comité de Internos en salud y documentación de los casos de violación y embarazos al interior de las cárceles.	MSP, MEF, DNRS.	

8vo.(c) Sector: Promoción de derechos, atención y comportamientos sexuales seguros en los miembros de la Policía Nacional.

MARCO LEGAL

En conjunto con la Institución militar, la Policía nacional, conforma la Fuerza Pública. Como consta en el Capítulo 5, “de la Fuerza Pública”, artículo No. 83, la Carta Magna le asigna la misión fundamental de “...la conservación de la soberanía nacional, la defensa de la integridad e independencia del Estado y la garantía de su ordenamiento jurídico”.

En el Marco del Plan Estratégico de Modernización de la Policía Nacional, el III Macro objetivo recoge y concentra las aspiraciones de desarrollo profesional y de bienestar del personal policial, partiendo de la premisa que el motor de los cambios y del éxito de las instituciones es su recurso humano.

DATOS DE CARACTERIZACION

Hasta diciembre del 2006, la Policía Nacional del Ecuador contaba con 40.263 policías, de los cuales el 93% son clases y policías y, los 7%, oficiales. Del total, 35.953 (91.6%) son hombres y 3.368 (8.4%) mujeres. El ingreso de nuevos efectivos en los últimos años hizo que la población policial sea mayoritariamente joven, siendo su distribución por grupos de edad la siguiente: 19 - 29 años: 52%; 30 - 39 años: 27% y 40 - 60 años: 21%.

ANALISIS DE LA SITUACION

A diciembre del 2006, en la Institución Policial, se registraron un total de 33 PVVS, todos de sexo masculino, lo que corresponde a una prevalencia de aproximadamente 0.8%. La distribución por grupos de edad es la siguiente: 23 PVVS, en el grupo de edad entre 25 a 40 años, y, 10 PVVS, mayores de 40 años. Su distribución geográfica es la siguiente: 11, en el Guayas, 8, en Pichincha, 4, en Esmeraldas, 1, en Imbabura, 2, en Cotopaxi, 1, en Manabí, 2, en Los Ríos, 1, en El Oro, 2, en Carchi y 1, en Bolívar. Del total, 20 se detectaron a través de pruebas de tamizaje realizadas por diferentes motivos como: cirugía, donación de sangre, matrimonio, ascenso de grado policial, voluntario, por sospechas y 13, por presentar manifestaciones clínicas de la enfermedad.

A lo indicado se añade el hecho de que a partir del 2003, se observa un incremento de los casos reportados de infecciones de transmisión sexual (ITS) en la institución policial, 638 casos en el 2003, 786 casos, en el 2004, 919 casos, en el 2005 y 521, casos en el 2006, aproximadamente una prevalencia que fluctúa entre 1.3% y 2.3%.

En el año 2000, las prácticas que corresponden a contactos sexuales tempranos y múltiples se verificaron en el estudio realizado por el UNFPA. Por otra parte, el grupo de policías lo conforman mayoritariamente hombres entre 18 y 40 años (79.13% de la población policial) y

corresponde al grupo de mayor riesgo para la infección de VIH. Por otra parte, el personal policial, oficiales, clases y policías ingresan a la institución en edades comprendidas entre los 18 y 25 años, quienes deben ser solteros(as) y luego de aprobar el curso de formación, la estabilidad económica que adquieren les conduce a establecer compromisos formales de manera rápida.

Pero la organización de la Institución Policial se basa en los cambios de lugar de trabajo del personal, los denominados “pases”, los mismos que mantienen periodicidad en general de 2 años y pretenden cubrir todo el territorio nacional hasta el cumplimiento de una carrera de 30 años de duración. De esta manera, el personal trasladado a diferentes lugares de trabajo tiene que separarse tempranamente y, a veces por largos periodos de tiempo, de su pareja y familia. En muchos casos, la organización del horario de trabajo no da tiempo suficiente para que el policía pueda regresar con su familia durante su tiempo libre (denominado “franco”), lo cual favorece la búsqueda de parejas temporales y de TS. Pero el nuevo Reglamento de Pases está modificando esta situación para dar los pases por jurisdicciones cercanas al lugar de residencia. Por la estabilidad profesional que brinda la Policía Nacional, ciertas mujeres se hacen embarazadas para reclamar una paternidad y asegurar ingresos a través de la pensión.

En los últimos 5 años, ha sido importante la incorporación de personal femenino en las filas policiales. Sin embargo, las consideraciones que inicialmente habían hacia las mujeres se han modificado y el trabajo y carga horaria es igual al del personal masculino. El trabajo compartido entre los hombres y las mujeres policías hace que exista un mayor acercamiento ocasionando la conformación de nuevas parejas y embarazos no deseados. Las mujeres policías que se encuentran embarazadas son removidas de las actividades operativas y asignadas al área administrativa, lo que a menudo ocasiona problemas.

Del personal policial que viene laborando entre una a dos décadas, un porcentaje alto ha tenido ITS y en algunos casos ha organizado más de un hogar de una manera formal o informal, situación que se refleja en la tasa de fecundidad importante en este grupo de 5.2 niños. Por otro lado, según el reporte del Programa de Identificación de Alcoholismo en la Policía Nacional realizado en 11.541 efectivos en agosto de 2001, las prácticas del consumo del alcohol se distribuyen en 26.52% para los consumidores moderados; 13.03% para los bebedores problemáticos y 10.95% para los abusadores. Según el Informe de evaluación del Proyecto Salud Sexual y Reproductiva en la Policía Nacional (2003), se estima que el alcohol es un factor que aumenta la vulnerabilidad ante la infección.

ANALISIS DE LA RESPUESTA

La respuesta a la epidemia en este sector se ha desarrollado en forma autónoma por parte de la Policía Nacional y no presenta mucha coordinación con el Sistema Nacional de Salud y sus actores.

El Sistema de Salud Policial está conformado por 2 hospitales, uno en Quito y uno en Guayaquil, 2 centros de salud y 72 subcentros a nivel nacional. En materia de VIH/SIDA, la atención se concentra en los hospitales de Quito, lo cual provoca problemas para una serie de actividades de atención. En la institución, la prueba es obligatoria. Las personas que viven con VIH/SIDA están asistidas en los hospitales de la Policía de Quito y Guayaquil por profesionales especialistas y mediante un seguro de la misma institución el ISSPOL. Reciben consejería periódica y educación, se encuentran en constante comunicación y seguimiento de su entorno familiar, social y laboral a través de Trabajo Social. La Institución cubre los gastos de

exámenes de Carga Viral y CD4, así como de los medicamentos antiretrovirales a nivel ambulatorio de los efectivos en servicio activo y pasivo bajo tratamiento. El seguro de la Policía no cubre a la esposa, ni los hijos. Sin embargo, se realiza consejería a la esposa o pareja del PVVS, a cargo del personal de salud capacitado par el efecto.

El proyecto “Salud Sexual y Reproductiva y VIH/SIDA para Fuerzas Armadas y Policía Nacional” auspiciado por el UNFPA y el Fondo Global ha creado y fortalecido seis equipos multidisciplinarios con la meta de formar más de 200 multiplicadores hasta el fin del año incluyendo profesionales de salud y de educación en cinco temas clave. El primer módulo consiste a dar las herramientas para elaborar y facilitar talleres de capacitación con el personal activo. El segundo módulo ofrece un acercamiento al enfoque de género y derechos, mientras que, el tercer módulo elabora el tema de la violencia y la construcción de identidades masculinas y femeninas. El cuarto módulo permite abordar la Salud Sexual y Reproductiva con el enfoque de género y, el último módulo, se enfoca en la prevención del VIH/SIDA, con una metodología vivencial y participativa. El proyecto busca difundir este material en todo el país a fin de llegar, en el 2006, a una capacitación masiva del personal activo tanto en Fuerzas Armadas cómo en la Policía Nacional. Una de sus estrategias es el uso correcto del preservativo. La capacitación se realizó utilizando el sistema de cascada. Para implementar su incorporación en el sistema educativo de las Escuelas de Formación, se ha validado los contenidos con los profesores que los probaron con los estudiantes, con resultados satisfactorios. Al momento se ha completado la capacitación a todos los docentes de las Escuelas y se ha iniciado el trámite de la propuesta de inclusión en la Malla Curricular ante el Consejo de Generales. En el marco del proyecto se encuentra realizando una encuesta CAP para la evaluación de la capacitación.

Actualmente, las principales necesidades del sector se relacionan con:

- Implementación de un cuadro gerencial para la SSR e ITS-VIH/SIDA.
- Desarrollo de un Sistema de vigilancia epidemiológica.
- Fortalecimiento de los Servicios de SSR.
- Institucionalización de un proceso continuo y sostenible de información, educación y comunicación que convierta en puerta de entrada al uso del sistema a los SCS, en principio en SSR y prevención VIH/SIDA.
- Integración de acciones educativas de SSR con las actividades de asistencia de salud y en especial con la asesoría y pruebas voluntarias del VIH/SIDA.
- Manejo sindrómico de las ITS.
- Acceso en forma oportuna y a costos más bajos de tratamientos ARV e infecciones oportunistas que reúnan los criterios de calidad.
- Ampliación de la cobertura para la familia del personal en servicio activo.
- Implementación de consejería y realización de pruebas voluntarias en los servicios de salud.

LO QUE NO SE HA CONSIDERADO

- Conformar un equipo técnico de ejecución.
- Constitución de un equipo de vigilancia epidemiológica e investigación.
- La sostenibilidad del programa de SSR y ITS/VIH/SIDA.
- No existe un responsable de ejecutar comunicación social.

- Incorporación a la familia en el proceso de IEC y la atención a la familia.
- No existe sistema de supervisión, monitoreo y evaluación.
- Provisión de medicamentos a familiares (esposa/o e hijos).
- Acceso generalizado a condones.

OBJETIVO ESTRATEGICO

Coadyuvar a crear un contexto institucional que respete el derecho del personal policial a una vida familiar armónica, fomente la paternidad responsable y las prácticas sexuales seguras.

META

AL 2015, EL 80% DE LOS CADETES, POLICIAS Y OFICIALES CAPACITADOS EN PROMOCION Y PREVENCION EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA E ITS-VIH/SIDA, MODIFICANDO SUS COMPORTAMIENTOS.

Objetivo concreto No.1: Fortalecer el liderazgo de los programas de SSR e ITS/VIH/SIDA.

Metas: Al 2010, se ha estructurado la Comisión Técnica el Alto Mando y un 50% de los mandos medios están involucrados en los programas de SSR e ITS/VIH-SIDA. Y , al 2015, se involucra el 100% de los mandos medios.

Indicadores

1. % de los programas de SSR e ITS/VIH/SIDA de la DNS, DNE y DNBS articulados por la Comisión técnica.
2. Presupuesto invertido en la respuesta.
3. Proporción de los indicadores identificados para caracterizar el sector, que se ha logrado medir.
4. # eventos de incidencia y características de los cambios producidos en el marco de políticas relativas al sector.
5. # de programas que se desarrollan en el marco de la política

Estrategias	Líneas de intervención	Responsables	Costos
1.1 Implementación de un cuadro gerencial para la SSR e ITS-VIH/SIDA	1.1.1 Sensibilización del Alto Mando y ampliación de la participación de los mandos medios en el tema.	Dirección de sanidad de la policía	
	1.1.2 Creación de una Comisión Técnica estable integrando la DNS, DNE y DNBS de la Policía Nacional, así como el MEP y PNS.		
1.2 Conocimiento sobre las características de vulnerabilidad de los miembros de la Policía Nacional.	1.2.1 Sistematización de las fuentes de registro primario de la información epidemiológica e integración al sistema nacional.	Dirección de sanidad de la policía	
	1.2.2 Realización periódica de estudios que permitan conocer la situación del personal de la institución en relación con la problemática de ITS/VIH/SIDA y otras variables asociadas.		
	1.2.3 Diseño, validación e implementación de instrumentos para el monitoreo, seguimiento y evaluación de los procesos, con énfasis en los impactos de los procesos de capacitación al personal activo, los servicios y la educación a los alumnos de las escuelas de formación.		

Objetivo concreto No.3: Promocionar el ejercicio de una sexualidad segura y paternidad responsable.

Metas: Al 2010, se cuenta con un diagnóstico del impacto del sistema de pases sobre la salud sexual y reproductiva del personal de la institución guiando la adecuación del sistema de pases. Al 2015, el 90% del persona de la institución acceden a los programas de SSR.

Indicadores

1. % de población que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del VIH (SIRN).
2. % de la población que en los últimos 12 meses tuvieron relaciones sexuales con una persona con la que no vivían ni estaban casados (SIRN).
3. % de la población que declaran haber usado un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una persona con la que no vivían ni estaban casados (SIRN).

III PARTE: **SECTORES PRIORITARIOS**

Sector No.8: Promoción de derechos, atención y comportamientos sexuales seguros en el personal de la policía: **Objetivos concretos, Estrategias y Líneas de intervención.**

4. % de la población que en los últimos 12 meses tuvieron relaciones sexuales con una trabajadora sexual y usaron preservativo.
5. % de la población que ha formado una relación estable simultáneamente con la persona con la que vive o esta casada.

Estrategias	Líneas de intervención	Responsables	Costos
2.1 Fortalecimiento, institucionalización y descentralización del programa de SSR.	2.1.1 Diagnóstico del estado de los DSSR del personal de la institución y adecuación del sistema de pases.	Comandancia de la Policía, Dirección de Salud de la Policía, Comité Técnico	
	2.1.2 Implementación un Programa de IEC institucional que mantenga la capacitación en cascada, elaboración y distribución de material en el sistema educativo policial secundario y superior.		
	2.1.3 Diseño y desarrollo de iniciativas educativas de SSR en el programa de asistencia de salud y, en especial, con la asesoría y pruebas voluntarias del VIH/SIDA.		
2.2 Promoción de la SSR y prevención de las ITS y del VIH/SIDA en las áreas de influencia de la Policía: Familiares, Escuelas, Colegios, e Institutos tecnológicos.	2.2.1 Diseño y ejecución de un Plan anual periódico de conferencias para niveles de mandos altos		
	2.2.2 Diseño y evaluación del impacto de las conferencias sobre temas específicos a través de encuestas CAP.		
	2.2.3 Instrumentación del sistema de disponibilidad asegurada de condones para todos los y las integrantes de la policía.		

Objetivo concreto No. 3: Fortalecer el programa de atención de ITS/VIH/SIDA.

Metas: Al 2010, el 60% de la población del personal de la policía accede al programa de atención integral y se ha ampliado la cobertura del ISSPOL a las familias. Y al 2015, el 90% del personal en servicio activo y un 50% sus familias, acceden al programa de atención integral.

Indicadores

1. Acuerdos para el manejo sindrómico estandarizado del diagnóstico y de la terapéutica aprobados y operativos.
2. % de varones y mujeres con ITS que han recibido un diagnóstico, tratamiento y asesoramiento apropiados (SIRN).
3. % de varones y mujeres con infección por el VIH avanzada que reciben terapia antirretrovírica de combinación (SIRN).

Estrategias	Líneas de intervención	Responsables	Costos
3.1 Aumento y cobertura de los servicios de atención médica y tratamiento de ITS y VIH/SIDA	3.1.1 Diseño y ejecución de procesos de capacitación al equipo de salud de los SCS sobre SSR para incorporar en forma estandarizada los programas de SSR e ITS/VIH/SIDA en su trabajo cotidiano con definición funcional de los mecanismos de referencia y contrarreferencia.	MSP-PNS, Dirección de sanidad de la policía, ISSPOL	
	3.1.2 Compra de medicamentos en alianza estratégico con MSP y otras instituciones		
	3.1.3 Implementación de consejería, promoción y realización de pruebas voluntarias en los SCS.		
	3.1.4 Modificación del ISSPOL para la ampliación de la cobertura para la familia del personal en servicio activo.		

Objetivo concreto No. 4: Promover los derechos humanos, la equidad de género y la no violencia en las personas de la institución y las familias de la Policía

Metas: Al 2010, el 30% de los y las integrantes de la Policía adoptan relaciones equitativas y libres de violencia de género. Y, para el 2015, el 60%.

Indicadores

1. % de personas que reconocen los DDHH y DSS y RR y que están en capacidad de hacerlos respetar y contribuir a la no discriminación.
2. % de personas que reconocen la violencia y la inequidad de género como elementos perjudiciales para el desarrollo familiar.
3. Tasa de cambio en las parejas y las familias.

Estrategias	Líneas de intervención	Responsables	Costos
4.1 Fortalecimiento de la difusión de los DDHH y DSSRR así como el conocimiento de leyes de protección a las mujeres y las familias.	4.1.1 Sensibilización al mando militar sobre la necesidad de establecer políticas para promoción de derechos y el enfoque de género.	Comandancia de la Policía, Dirección de Salud de la Policía, Comité técnico	
	4.1.2 Establecimiento del marco normativo que amparen las intervenciones.		
	4.1.3 Iniciativas de difusión de los derechos entre el personal de la Policía		
4.2 Exigibilidad del cumplimiento de la normativa en DDHH y de SSRR.	4.2.1 Instalación de mecanismos de exigibilidad de derechos disponibles en el marco institucional.	Comandancia de la Policía, Dirección de Salud de la Policía, Comité técnico	
4.3 Fortalecimiento de la Comisión Técnica de ITS/VIH la DNS, DNE y DNBS de la Policía Nacional	4.3.2 Evaluación permanente de la aplicación de la normativa vigente para la prevención, el acceso al tratamiento y el respeto a los derechos.		
		4.3.2 Identificación y puesta en marcha de mecanismos de coordinación interinstitucional con las FF. AA.	

9no. Sector: Inclusión de la población refugiada y solicitante de asilo en respuestas nacionales de prevención y atención, y reducción de la vulnerabilidad y de comportamientos de riesgo.

MARCO LEGAL

El Ecuador, es signatario de la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados de 1951 y su Protocolo adicional de 1967, sobre el Estatuto de los Refugiados, los mismos que detallan los derechos y deberes de los refugiados en el Ecuador y garantizan un trato justo e igualitario con respecto al acceso a derechos a servicios básicos.. Estos instrumentos internacionales han sido incorporados en su legislación interna. Entre otras leyes y reglamentos se encuentra el Decreto 3301, el Acuerdo Ministerial 401 del Ministerio de Educación y el Acuerdo 1187 del Ministerio de Salud Pública. Por esta política, en el año de 1998, ACNUR reconoció al Ecuador como el país de mayor acogida y trato humanitario a ciudadanos refugiados en América del Sur.

Este reconocimiento ha impulsado al Gobierno ecuatoriano a continuar adelante con la ejecución del Plan de Contingencia elaborado de manera conjunta entre los Ministerios de Relaciones Exteriores, Ministerio de Gobierno, Ministerio de Defensa, Defensa Civil, Cruz Roja Ecuatoriana, ACNUR, y con el apoyo de organismos locales de la Provincia de Sucumbíos, como las Comandancias de Policía y Ejército, la Coordinadora del INDA, el Municipio de Lago Agrio y la Iglesia de la Provincia. El Plan pretende enfrentar las condiciones de inseguridad, ingreso, recepción, asentamiento, transporte, alimentación, vivienda, infraestructura, condiciones sanitarias, salud, educación y repatriación de ciudadanos colombianos refugiados en territorio ecuatoriano. Es decir, identificar, destinar y adecuar lugares apropiados que permitan mantener el carácter humanitario de un asentamiento de personas refugiadas en la frontera norte de la Provincia de Sucumbíos; considerar el impacto en las comunidades locales en caso de un flujo sustancial y comprometer la participación de agencias de desarrollo para tratar el impacto en las áreas afectadas por el refugio; considerar las necesidades especiales de hombres, mujeres, niños y ancianos y, tomar precauciones necesarias para la protección del medio ambiente.

Una comisión compuesta por 2 representantes de la Oficina de Refugiados del Ministerio de Relaciones, y 1 representante del Ministerio de Gobierno es el ente encargado de tomar decisiones de otorgar o no dicho estatuto tras revisión individual de cada solicitud de asilo y de conceder documentación individual que garantiza la protección de los derechos de los solicitantes de asilo y refugiados reconocidos en el Ecuador; a saber el certificado provisional de solicitante de refugio, y la visa 12-IV para refugiados. La legislación internacional establece el derecho inmutable de los refugiados de no ser deportados por ningún motivo, y también les concede derechos básicos en el país de asilo, según detallado en los instrumentos mencionados y en legislación nacional para áreas específicas, como el derecho a servicios de salud y de educación. El 20 de octubre del 2004, entró en vigencia el Acuerdo 1187 del Ministerio de Salud Pública que garantiza el acceso a servicios de salud de los refugiados solicitantes de la condición de refugiado -registrados y documentados ante la Oficina de Refugiados del Ministerio de Relaciones Exteriores del Ecuador- en las mismas condiciones que la población nacional. Así también, en Octubre 2006, el Ministerio de Educación emitió un

Acuerdo Ministerial 455 que asegura el acceso de niño/as y adolescentes refugiado/as a la educación en el Ecuador por medio de exámenes de nivelación.

DATOS DE CARACTERIZACION

Entre enero 2000 y diciembre 2006, 44 451 personas se habían registrado como solicitantes de asilo en el Ecuador, de los cuales 13 679 habían sido reconocidos como refugiados. 97% de estas personas registradas eran de origen Colombiano⁷⁰; país donde actualmente se desarrolla lo que ha sido considerada la mayor Crisis humanitaria del mundo occidental. La población refugiada en el Ecuador no vive en campos de refugiados, como en muchos otros países, sino integrados en las ciudades y comunidades de acogida. Según estadísticas de registro, al 31 de Septiembre 2006, el 52% de la población refugiada y solicitante de la condición de refugiado tiene su residencia en la Provincia de Pichincha (48% en Quito y 4% en Santo Domingo de los Colorados), 40% en la zona fronteriza con Colombia (21% en Sucumbíos y Orellana, 2% en Carchi, 13% en Imbabura y 4% en Esmeraldas), mientras que 7% en Cuenca y el 0.03% en Guayaquil, es decir en el sur del país.

Además de la población refugiada registrada y de aquellos extranjeros que son migrantes económicos (no refugiados) y que viven en el país sin documentación legal, se estima, según cálculos del Ministerio de Relaciones Exteriores y ACNUR, que debe existir un aproximado de 200 000 personas viviendo en el Ecuador que tienen necesidad de protección internacional (refugio contra persecución), pero por falta de información o por información errónea y un consiguiente temor a ser deportados o descubiertos, no se acercan a las autoridades para registrarse como solicitantes de asilo.

ANALISIS DE LA SITUACION

Los refugiados son personas (civiles) que se han visto obligadas a salir de su país de origen por motivos de violencia, conflicto armado y/o persecución, y que, acorde a su derecho conforme a los Instrumentos Internacionales en materia de refugio han solicitado protección internacional en el Ecuador. El Estado ecuatoriano, a través de la Comisión de Elegibilidad decide finalmente reconocerles el Estatus de Refugiado luego de revisar cada solicitud de asilo y les concede documentación que les garantiza la protección de sus derechos en el territorio nacional; a saber el carné de solicitante de refugio y la visa 12-IV de refugiados. El 97% de los refugiados registrados en el Ecuador son de origen Colombiano.

A pesar de que existe una política según la cual los refugiados reconocidos en el Ecuador gozan del derecho de acceso a la salud pública, incluyendo a la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia - LMGyAI (Acuerdo Ministerial 1187 MSP), el hecho de que una gran parte de la población refugiada se encuentra entre el quintil más bajo en términos de ingresos, limita considerablemente su acceso real a la atención en salud.

En los flujos de refugiados al Ecuador se observa un número considerable de personas menores de edad, separadas y no-acompañadas, así como de mujeres solas con niños. Se estima que un 30% de mujeres refugiadas son jefas de hogar solas, muchas de ellas con niños pequeños o niños adolescentes. Según estudios realizados sobre la situación socio-económica

⁷⁰ Los 3% restantes fueron de un número de otros países, como Cuba, Perú, Haití, Irán, Somalia y Camerún, entre otros.

de los refugiados en el Ecuador,⁷¹ el nivel de desempleo entre la población joven es casi el doble que los de la población local y los niveles de pobreza llegan al 50%. La destrucción de las relaciones y estructuras familiares entre la población refugiada deja a muchas mujeres y menores de edad en una situación de alta vulnerabilidad a abusos y explotación sexual y laboral, lo que los expone a la infección al VIH. En efecto, muchas mujeres y jóvenes colombianas se vuelven vulnerables a la extorsión por miedo a la deportación o por necesidad. Su situación económica precaria y los estereotipos exponen a las mujeres colombianas a la violencia sexual, al chantaje, a las redes de tráfico o proxenetas y a la explotación sexual⁷². Los constantes ofrecimientos de prostitución aumentan el riesgo de que opten por dicha actividad o acepten relaciones amorosas desiguales, transaccionales y a veces violentas para asegurar su sobrevivencia y las de sus hijos.

Por los requerimientos de documentación en el Sistema Nacional de Educación⁷³ entre otros factores, un gran número de jóvenes refugiados se encuentra fuera del sistema escolar, lo que también limita su acceso a los programas de educación sexual.

No existen estadísticas confiables sobre la prevalencia del VIH/SIDA en el sector, aunque el ACNUR reporta la presencia de un cierto número de casos de personas viviendo con VIH/SIDA. En el Sistema de Notificación de Casos del MSP-PNS, para el año 2006, se registraron 3 hombres y 2 mujeres de nacionalidad colombiana (0.6% del total). En el marco de la problemática del desplazamiento de personas, los y las personas indocumentadas constituyen un grupo numéricamente mucho mayor al constituido por aquellas solicitantes o reconocidas como refugiadas. Dicho grupo, por sus condiciones ilegales, se encuentra en una situación de mayor vulnerabilidad.

El análisis de la situación identifica como las principales necesidades, las siguientes:

- Mitigar la situación de vulnerabilidad de la población refugiada frente a la epidemia de VIH/SIDA, mediante el fortalecimiento del acceso a la protección internacional y el ejercicio de los derechos legales y socio-económicos inherentes en tal condición, para las personas en necesidad de protección internacional que viven en el Ecuador.
- Acceso a información y educación sobre SSR y VIH para la población solicitante de asilo y refugiada, con especial enfoque en jóvenes no- escolarizados.

⁷¹ NIDI / CEPAR 2006

⁷² Estudio UNIFEM 2005, consultas con población refugiada.

⁷² Fuentes de información:

- Mapeo de Necesidades de la Población Refugiada en el Ecuador, basado en grupos focales, informes de agencias, casos específicos entre otros, ACNUR Ecuador, Septiembre 2006
- Mujeres al Borde: Refugiadas colombianas en el Ecuador. UNIFEM 28 de febrero del 2005: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/4038.pdf>
- Referencias adicionales sobre la vulnerabilidad de la población refugiada a VBG y explotación sexual: Directrices aplicables a las Intervenciones contra la Violencia por Razón de Género en Situaciones Humanitarias. Enfoque sobre la Prevención y la Respuesta contra la Violencia Sexual en Situaciones de Emergencia (2006): <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/4601.pdf>
- UNFPA 2006, Hacia la Esperanza: Las mujeres y la migración internacional: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/4456.pdf>
- Referencia para comparación de fenómenos de migración y sus implicaciones en términos de vulnerabilidad para mujeres migrantes:
- Tráfico e inmigración de Mujeres en España: Colombianas y Ecuatorianas en los servicios domésticos y sexuales, ACNUR 2006: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/3630.pdf>

⁷³ En Octubre 2006, el Ministerio de Educación emitió un Acuerdo Ministerial (455) que asegura el acceso de niño/as y adolescentes refugiado/as a la educación en el Ecuador por medio de exámenes de nivelación. Antes de la emisión de este acuerdo, refugiados que no habían logrado traer documentos legalizados de estudios anteriores en la huida, estaban obligados a regresar al país de origen para hacer los trámites legales, lo que en efecto les ponía en peligro, y que constituía una violación del principio fundamental en el derecho internacional que prohíbe que por cualquier motivo un refugiado sea obligado a regresar a un país en el cual tiene un temor fundado de persecución.

- Garantizar el acceso de la población solicitante de asilo y refugiados a servicios de salud, incluyendo servicios a mujeres y niños de atención integral al VIH/SIDA bajo las mismas condiciones que la población ecuatoriana, en cumplimiento de instrumentos internacionales sobre los derechos de los refugiados y el Acuerdo 1187 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2004).
- Garantizar la cobertura de servicios integrales, provistos en el marco del Plan Estratégico Nacional, en todas las zonas afectadas por flujos de refugiados, incluyendo la frontera norte del Ecuador
- Fortalecer la prevención y respuesta a la explotación sexual y trata de personas en el marco del plan nacional contra la trata, que incluya mecanismos de protección a mujeres, adolescentes, niños y niñas extranjeras, solicitantes de asilo, refugiadas, e indocumentadas, viviendo en el país, con el fin de disminuir la vulnerabilidad de este grupo más expuesto ante el riesgo de explotación sexual.

ANÁLISIS DE LA RESPUESTA

El ACNUR trabaja en colaboración con la Oficina de Refugiados del MRE del Ecuador y en red con ONG en 7 provincias: Esmeraldas, Carchi, Sucumbíos, Orellana, Imbabura, Pichincha y Azuay. También forma parte de ONUSIDA y participa en proyectos inter agenciales de SSRR y VIH con otras agencias del sistema de NNUU, principalmente en la provincia de Sucumbíos.

ACNUR ha difundido información impresa sobre la protección internacional a los refugiados así como sobre sus derechos y deberes, y se han llevado a cabo campañas de información pública, capacitación a policías, militares, escuelas y otros actores. Por limitaciones presupuestarias, no se han logrado suficientes niveles de cobertura. Además, todavía hace falta fortalecer intervenciones complementarias para modificar la discriminación, xenofobia y violación de derechos. El ACNUR distribuye información publicada por ONUSIDA u otras Agencias de la ONU a población refugiada, incluyendo los jóvenes. En Sucumbíos el ACNUR también ha participado en dos proyectos interagenciales de SSRR (2005-2006) y VIH (2006-2007) donde se incluye a la población refugiada y dónde los adolescentes constituyen un grupo prioritario.

Aunque la legislación ecuatoriana les garantiza igual acceso, esta población vulnerable tiene serias dificultades para acceder a la atención integral, a pruebas y antiretrovirales. El ACNUR trabaja con el Sistema Nacional de Salud para promover el respeto a los derechos. Si bien el sistema de salud pública normalmente no discrimina la población refugiada, existen problemas que derivan de la situación socio-económica de dicha población.

En relación con la protección a las mujeres adultas y adolescentes expuestas a la prostitución y a la explotación sexual comercial, el ACNUR ofrece servicios de psicología que atienden a casos especiales. También ha realizado capacitaciones orientadas a la Red Nacional de Personas en situación de trabajo sexual para llegar con información a mujeres refugiadas. Sin embargo, el trabajo es incipiente y no ha logrado todavía resultados notables. Finalmente, se ha iniciado la creación de proyectos de bolsas de empleo, pequeños proyectos productivos y se ha brindado apoyo para formular proyectos a presentar a Institutos Micro-Financieros (MFI) y/o bancos¹.

LO QUE NO SE HA CONSIDERADO

Aunque no pueda mostrarse aún resultados significativos, ya se ha iniciado la inclusión de la población -constituida por las personas solicitantes de la condición de refugiados y los que viven en el país sin documentación legal- en las estrategias de prevención del VIH/SIDA. Las incipientes actividades de información sobre SSR y ITS-VIH/SIDA no pueden considerarse como una respuesta al potencial de transmisión de la epidemia que conlleva este grupo, razón por la cual es necesario construir un conjunto efectivo de estrategias para que este grupo pueda ver garantizados sus derechos a ser atendido.

No hay estadísticas confiables de prevalencia de VIH en la población refugiada, lo que tiene relación directa con la falta de estadísticas a nivel nacional.

OBJETIVO ESTRATEGICO

Lograr que la población refugiada y solicitante de asilo en el Ecuador tenga igual acceso a respuestas integrales de prevención y atención frente a la epidemia de VIH/SIDA en el Ecuador, y una mitigación de la vulnerabilidad de este grupo a la violencia, explotación y/o a comportamientos sexuales que aumentan su exposición a ITS y VIH.

META

AL 2015, 100% DE REFUGIADOS Y SOLICITANTES DE ASILO REGISTRADOS TIENE ACCESO A SERVICIOS Y TRATAMIENTOS BAJO LAS MISMAS CONDICIONES QUE LA POBLACIÓN ECUATORIANA.

Objetivo concreto No. 1: Mitigar la situación de vulnerabilidad de la población refugiada frente a la epidemia de VIH/SIDA

Metas: Al 2010, el Observatorio Nacional de Sida está en capacidad de dar información sobre las características y distribución de vulnerabilidad de la población asilada y refugiada y el 60% de organizaciones públicas reciben información sobre los derechos de dicha población a la salud y educación en ITS y VIH/SIDA. Y el 100%, al 2015.

Indicadores

1. Características y distribución de los factores de vulnerabilidad en la población asilada y refugiada.
2. % de población asilada y refugiada informada sobre sus derechos.
3. % de actores públicos y privados, responsables de servicios, informados sobre los derechos de las personas asiladas y refugiadas a la salud y educación.

Estrategias	Líneas de intervención	Responsables	Costos
1.1 Vigilancia de primera y segunda generación de la población de asilados y refugiados.	1.1.1 Realización de estudios sobre la vulnerabilidad ante la epidemia.	Observatorio Nacional del SIDA, ACNUR, PNS	
	1.1.2 Elaboración de indicadores de beneficiarios diferenciados por nacionalidad.		
1.2 Promoción de los derechos a la salud y educación en lo que atañe ITS y VIH/SIDA de la población de refugiados.	1.2.1 Fortalecimiento y desarrollo de mecanismos de comunicación e información sobre el derecho al refugio dirigido a la población en necesidad de protección internacional en el Ecuador.	MRREE, ACNUR	
	1.2.2 Desarrollo y ejecución de procesos de capacitación y información eficientes a actores gubernamentales y no-gubernamentales que desarrollan, coordinan y/o implementan políticas y servicios de salud y educación en el Ecuador.	ACNUR, Autoridades del SNS y del SNE	

Objetivo concreto No. 2: Garantizar el acceso a información y educación sobre SSR y ITS-VIH/SIDA y salud integral para la población solicitante de asilo y refugiada, con especial énfasis en jóvenes no- escolarizados en cumplimiento del Acuerdo 1187 del MSP del Ecuador y del Acuerdo 455 del MEC, respectivamente.

Metas: Hasta el 2010, el 70% de la población asilada y refugiada en las provincias de mayor concentración, es incluida en los programas nacionales de atención a la Salud Sexual y Reproductiva y de prevención del VIH/SIDA, así como también lo son los jóvenes asilados y refugiados no-escolarizados. El 90%, lo es hasta el 2015.

Indicadores

1. % de las personas solicitantes y refugiadas que acceden a los servicios de SSRR y prevención del VIH/SIDA en el Sistema Nacional de Salud.
2. % de las personas solicitantes y refugiadas con ITS y VIH/SIDA que reciben diagnóstico y tratamiento oportuno.
3. # de jóvenes no-escolarizados que reciben información y educación sobre SSR y VIH
4. % de embarazadas asiladas y refugiadas que reciben los servicios del Programa de MG.

Estrategias	Líneas de intervención	Responsables	Costos
2.1 Acceso a información y educación sobre SSR y VIH de la población solicitante de asilo y refugiada, y, especialmente, los y las jóvenes no escolarizado/as.	2.1.1 Distribución de material informativo sobre SSR y VIH a la población solicitante de asilo y refugiada, con especial énfasis a la población joven no-escolarizada	PNS, OI, SCO	
	2.1.2 Inclusión de la población extranjera en el Ecuador en iniciativas o campañas de información nacionales, especialmente las que estén dirigidas a la población joven y/o no-escolarizada	PNS, OI, SCO	

III PARTE: SECTORES PRIORITARIOS

Sector No 9: Inclusión de la población refugiada y solicitante de asilo en respuestas nacionales de prevención y atención, y reducción de la vulnerabilidad y comportamientos de riesgo: Objetivos concretos, Estrategias y Líneas de intervención.

2.2 Acceso a los servicios de salud. a la población solicitante de asilo y refugiada y especialmente a las mujeres en condición de vulnerabilidad (embarazadas, explotadas, etc)	2.2.1 Diseño y ejecución de un plan de coordinación con las unidades de salud del MSP-PNS en especial en las provincias de concentración de refugiados, incluyendo la frontera norte.	MSP, PNS, MRREE, ACNUR	
	2.2.2 Desarrollo de mecanismos de control para asegurar la no-discriminación de la población solicitante de asilo y refugiada en el acceso de servicios de salud		
	2.2.3 Inclusión de personas solicitantes de asilo y refugiadas en el programa de MG.		
	2.2.4 Diseño y ejecución de mecanismos sociales y formales para la identificación de casos de violación de derecho y denuncia a las autoridades competentes.	CONAMU y ONG que trabajan con inmigrantes	

Objetivo concreto No. 3 : Fortalecer la prevención de ITS-VIH/SIDA en grupos de mujeres, adolescentes, niños y niñas extranjeras, solicitantes de asilo, refugiadas, e in-documentadas, viviendo en el país expuestos a la explotación sexual y trata de personas en el marco del plan nacional contra la trata.

Metas: Al 2010, se ha logrado transversalizar el tema del VIH/SIDA en el Plan Nacional contra la trata de personas y el 60% de la población más expuesta a la explotación sexual comercial, solicitante de asilo, refugiada e indocumentada es sensibilizada e incluida en programas de prevención y atención integral focalizados y el 100% hasta el 2015.

Indicadores

1. % de mujeres más expuestas alcanzadas por programas de IEC
2. % de mujeres más expuestas con acceso a servicios de atención integral de ITS-VIH/SIDA.

Estrategias	Líneas de intervención	Responsables	Costos
3.1 Prevención de las ITS-VIH/SIDA en grupos expuestos a la explotación sexual y trata de personas.	3.1.1 Diseño y ejecución de estrategias para incluir en los programas de prevención y atención integral del VIH/SIDA a la población solicitante de asilo, refugiada, e in-documentada expuesta a la explotación sexual y trata.	Autoridades, ONG y agencias de cooperación internacional involucrados en la implementación del plan nacional contra la trata de personas	
	3.1.2 Transversalizar el tema del VIH/SIDA en la ejecución del Plan Nacional contra la trata de personas para asegurar la protección a los grupos más expuestos. .		

10 mo. Sector: Promoción de comportamientos sexuales seguros y reducción del estigma y la discriminación en la población en general y en grupos móviles.

MARCO LEGAL

Este sector está amparado por la Declaración Universal de los Derechos Humanos proclamada en la Asamblea General del 10 de diciembre de 1948, la misma que en su artículo 2 declara la universalidad de los derechos humanos: *“Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición”*.

A nivel nacional, La Constitución Política del Estado plasma en su sección dogmática los principios de la integralidad, universalidad e igualdad ante la ley y en su artículo 23 numeral 3 establece que *“Todas las personas serán consideradas iguales y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades, sin discriminación en razón de nacimiento, edad, sexo, etnia, color, origen social, idioma, religión, filiación política, posición económica, orientación sexual, estado de salud, discapacidad, o diferencia de cualquier otra índole”*

Específicamente, en lo que se relaciona al VIH/SIDA este sector se ampara en la Declaración de Compromiso de UNGASS del 2001, al que adhirió nuestro país comprometiéndose a incorporarse a la lucha contra esta “Crisis global”. Por otro lado, a nivel de país rige la **Ley para la Prevención y Asistencia Integral de VIH/SIDA** – en proceso de sustitución- cuyo Art.1 declara *“de interés nacional la lucha contra el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) para lo cual el Estado fortalecerá la prevención de la enfermedad; garantizará una adecuada vigilancia epidemiológica; y, facilitará el tratamiento a las personas afectadas por el VIH: asegurará el diagnóstico en bancos de sangre y laboratorios, precautelaré los derechos, el respeto, la no-marginación y la confidencialidad de los datos de las personas afectadas con el virus de Inmuno Deficiencia Adquirida (VIH)*. Por último, el Acuerdo Ministerial No.00398 del Ministerio de Trabajo que fomenta el respeto del principio de igualdad ante la ley, la no discriminación en la ocupación y el empleo de las personas viviendo con VIH/SIDA.

DATOS DE CARACTERIZACION

Al 2006, se calcula la población del Ecuador en 13.408.270 personas y según Proyección de la población 2006 del Ministerio de Salud Pública, se distribuye de la manera siguiente:

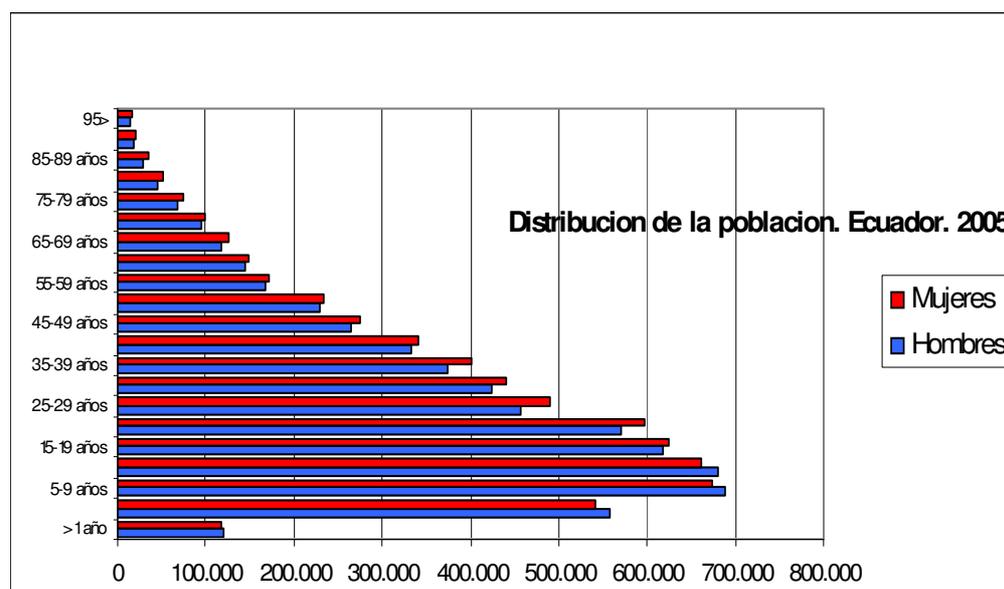


Ilustración 13: Distribución de la población del Ecuador, 2005

El VI Censo Nacional de Población y de Viviendas del INEC estima la población urbana en 7.431.355 personas y la rural en 4.725.253. La población según el estado civil o conyugal en el segmento de 12 y más años, es decir 8.917.360 personas, se distribuye de manera siguiente: “Unido”, 1.579.712; “Soltero”, 3.406.236; “Casado”, 3.198.205; “Divorciado”, 122.484; “Viudo”, 339.547; “Separado”, 256.362 y “No declarado”, 14.814.

La tasa de crecimiento poblacional anual 1995-2000 fue del 1.9%. En el 2000, el 34% de la población era menor de 15 años (el 39% en 1990) y 4.7% mayor de 64 años (el 4.1% en 1990). La tasa global de fecundidad bajó de 4.0 hijos por mujer en 1985-1990 a 3.3 en 1994-1999 (2.6 urbana; 4.4 rural; 5.5 en mujeres sin instrucción formal).

El crecimiento del PIB cayó de 3.4% en 1997 a -7.3% en 1999, subiendo a 2.0% en 2000. En 1999, la hiperinflación (63%) condujo a una grave recesión económica y caída de los ingresos reales de la población. Entre 1997 y enero de 2000 la moneda se devaluó más de 800% respecto del dólar americano, estableciéndose la dolarización del sistema monetario. En diciembre de 2000 la inflación cerró en 96%. El desempleo urbano aumentó de 9% en 1998 a 17% en 1999; en diciembre 2000 bajó a 9%, caída atribuida en parte a la emigración masiva de población desempleada. En 1999 la población en condición de pobreza llegó a 69% (55% de la población urbana; 88% de la rural). Entre 1995 y 1999, el índice de Gini aumentó de 0.54 a 0.59. En 1998, el decil más rico de población acumuló 41% del ingreso nacional, 68 veces lo acumulado en el decil más pobre (0,6%). En 1999, el analfabetismo fue del 8% en varones y 12% en mujeres; 30% en población indígena (Perfiles de país: Ecuador, OPS).

ANÁLISIS DE LA SITUACION

No resulta fácil entender la epidemia en colectivos grandes. En general, se estima la prevalencia del VIH/SIDA en 0.3% a nivel nacional en personas de 15 a 49 años, o sea un

valor que implicaría un número de 23.000 PVVS, dentro de un margen que fluctuaría entre 11.000 (estimado bajo) y 74.000 (estimado alto) al final del 2005.

Los datos de notificación del PNS-MSP, para el 2006, reportan 1703 casos de VIH/SIDA y 94 niños y niñas, de los cuales 9 fallecidos. De un total de 1034 hombres, las categorías más representativas en cuanto a la ocupación son: 371 “obreros” (35.9%) y 170 desocupados (16.5%) y, para un total de 669 mujeres notificadas, 494 se identifican como ocupadas en “quehaceres domésticos” o sea el 73.8% de los casos. Señalan por lo tanto ciertos segmentos que, por su distribución en la población, deben tomarse en consideración en el presente Plan.

El concepto de población general presenta cierta ambigüedad ya que por su definición, recubriría a todas las demás poblaciones implicadas en los sectores prioritarios del Plan. En el tejido social, existen poblaciones que por sus características pueden ser identificadas con mayor facilidad y ser objeto de intervenciones focalizadas ya que presentan ciertos atributos que permiten encontrarlas, como por ejemplo las TS, PPL o los estudiantes de enseñanza superior.

En conclusión, lo que se considera en el plan como **población general** se refiere a los patrones de comportamiento sexual predominante en el Ecuador y que están causando la propagación de la epidemia, dentro de un país conservador, marcado por la pobreza y las desigualdades de género. Igualmente debemos considerar la población rural e indígena en este sector ya que los programas de prevención y atención en VIH/SIDA no han llegado a cubrir el país en su totalidad y diversidad.

Sin embargo, a lado de estos segmentos existen otros, también con caracteres relativamente definidos y que no suelen considerarse en la dinámica de la epidemia, como por ejemplo: los **hombres**, el **sector laboral público y privado** y la **población involucrada en el turismo interno y externo**, el **sector del transporte** y **otros**. Pero además existen también una serie de otras poblaciones, importantes por su tamaño y por su vulnerabilidad real o potencial ante la epidemia, que es más difícil ubicar por el carácter difuso o generalizado de su distribución. En un país donde el PIB aumenta a un nivel inferior al del crecimiento demográfico, la prevención del VIH/SIDA no puede ignorar los altos niveles de pobreza que afectan a la población del Ecuador. Si bien las tasas de pobreza continúan siendo más altas en las zonas rurales, la acelerada migración del campo a la ciudad aumenta regularmente la cantidad de pobres que viven en las zonas urbanas. En la dirección que señala el Objetivo 1 de los ODM, el presente sector reúne a personas que viven en condiciones de **pobreza rural y urbana**, así como los grupos ligados a la **migración estacional**, con hogares con más miembros, menos años de educación, tasas de desempleo más elevadas y menor acceso a los servicios.

A lado de estos segmentos, el constituido por los **emigrantes** también presenta factores de vulnerabilidad ante la epidemia. En un país donde *“casi el 80% de la población económicamente activa está en situaciones laborales precarias o desempleada: el subempleo afecta a cerca de un 60% de la PEA, el desempleo abierto, a un 9%, la Crisis financiera, la inflación y el desempleo han producido que más de un 10% de ecuatorianos se encuentre fuera del país en calidad de emigrante, legalmente e ilegalmente. En este último aspecto, las remesas de los emigrantes llegaron a disminuir el crecimiento de la pobreza ya que, en el 2001, se calculaban en 1430 millones de dólares, 1773 millones en el 2005, según el Banco Central, cantidad superior a las exportaciones sumadas de banano, camarón, café y cacao*

(1136 millones)⁷⁴. Azuay, Cañar y Loja representan las provincias más implicadas relativamente en la emigración. La emigración provoca escasez de trabajadores calificados y se vuelve un condicionante de la migración interna, pero también de colombianos y peruanos, 383.000 y 291.000 respectivamente, además atraídos por la dolarización de la economía ecuatoriana” (ILDIS). Según la Jefatura de Migración del Ecuador para el 2005 habían 340.000 ecuatorianos en Estados Unidos, lo que “equivale al 5.8% de la PEA del Ecuador, cifra que por el alto índice de indocumentados subestima el número real de emigrantes en ese país”⁷⁵. La estructura de género del migrante se ve afectada ya que el sexo femenino encabeza la migración a España (58%) de un total de 497.799 ecuatorianos empadronados en ese país según el Instituto Nacional de Estadísticas de España. La feminización de la emigración se orienta básicamente hacia los empleos domésticos. En total, más de un millón de ecuatorianos se radicaron al exterior en este proceso, demostrando que el arma más eficaz para combatir la pobreza no provino de los gobiernos, ni de la ayuda externa.

La emigración tiene repercusiones importantes sobre el funcionamiento y la estructura de las familias afectadas. Para los padres, se abre una relación de conyugalidad a distancia que pone a prueba la fidelidad en la separación; para los hijos, un proceso de ruptura, de duelo temporal y de mayor independencia, sin tener siempre la autonomía suficiente y, para el hermano que emigra, un mundo nuevo y desconocido. En ciertos casos, para la persona que emigra se forman nuevas relaciones, pero también para la que permanece en el país. El encuadre familiar suele modificarse o disminuirse cuando el o los padres dejan la familia. Los hijos que se quedan sufren en diversos grados de la separación. Ciertos maduran al tener que asumir responsabilidades parentales, mientras otros no logran controlar su sufrimiento o abusan de una situación nueva de mayor libertad y poder adquisitivo, como la que se refiere a la actividad sexual. En los hijos de emigrantes, la frecuencia de problemas de alcohol y drogas, de rendimiento escolar y de embarazos precoces es alta, especialmente cuando el proyecto de reunión familiar se demora o se anula con la formación de nuevas parejas.

Finalmente cabe señalar a la **población indocumentada**, básicamente constituida por colombianos y peruanos, la cual, por su situación, no entra fácilmente en las estadísticas oficiales. También se trata de personas que viven lejos de sus familias, en ciertos casos en condiciones precarias en las grandes ciudades o en las regiones de frontera y que por lo general, no acceden fácilmente al sistema nacional de salud. Ciertos de sus segmentos se encuentran relacionados con el trabajo sexual.

ANÁLISIS DE LA RESPUESTA

La política nacional es incierta en el largo plazo y no ha tenido muchos éxitos en el cumplimiento de sus objetivos. Las leyes que enmarcan el fenómeno del VIH son poco operativas y en gran parte, desconocidas. Los derechos se cumplen parcialmente y no se ha logrado el acceso universal a los servicios: acceso incompleto a ARV, servicios con poca calidez, eficiencia y calidad especialmente en el sector público. También en muchos casos, los acuerdos internacionales son letra muerta. Los niveles de sensibilización en la población general siguen bajos. Recién hace poco, algunos componentes del sector privado empiezan tímidamente a involucrarse. Es sólo a partir del 2005, con los recursos del Fondo Global que el Sistema Nacional de Educación inicia el desarrollo del Plan Nacional para la Educación de la

⁷⁴. Deuda externa y migración, una relación incestuosa. A. Acosta, 2002.

⁷⁵. El proceso migratorio en el Ecuador, CIAME-UTPL.

Sexualidad y el Amor (PLANESA) aunque el mismo fue publicado en el Registro Oficial No. 285 del 27 de marzo de 1998. Esta situación mantiene a los adolescentes, especialmente aquellos que viven en zonas rurales, en situación de desinformación. No se ha establecido ninguna alianza relevante, permanente y global con los medios masivos de comunicación para desarrollar campañas de información y de educación en materia de VIH/SIDA que pudieran orientar a la ciudadanía. Tampoco existen controles sobre los contenidos de los mensajes.

La iniciativa del PNUD de trabajar con nuevos sectores como Gobiernos locales y el sector laboral y académico está mostrando que es posible llegar a grupos amplios de la población con información, prevención y servicios. Las iniciativas del Ministerio de Trabajo en mejorar el marco legal en DDHH, capacitación de los inspectores de trabajo, el sector sindical y los empresarios (este último grupo dentro del proyecto Fondo Global), Los municipios de Quito y Guayaquil están ofreciendo servicios de consejería y pruebas a los usuarios de sus servicios y otros municipios están en proceso de planificación de acciones hacia su población con énfasis en la población joven. El rol del sector académico en la respuesta al VIH/SIDA con acciones hacia la comunidad debe ser considerado a futuro.

Si bien los servicios de salud han crecido en cobertura, siguen centralizados, llegan con mayor dificultad a las poblaciones pobres y fundamentalmente, se dirigen hacia la mujer y poco hacia los hombres. De esta manera y en forma implícita, suelen responsabilizar a las mujeres de los problemas y de su solución, favoreciendo la marginación de los hombres. Las ONG trabajan de manera fragmentadas y disponen de recursos limitados. En general, se conoce imperfectamente sus servicios.

Responsables de este sector son los Ministerios de Educación Trabajo, Turismo y Gobierno y Policía, el AME y el CONCOPE y los gobiernos locales y seccionales, la Secretaría Técnica del Frente Social, el CONAMU y el Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia.

A nivel local corresponde coordinar acciones entre sectores a través de los Consejos Provinciales y Cantonales de salud, de la niñez, etc.

LO QUE NO SE HA CONSIDERADO

- Fortalecer el acceso y la calidad de la educación con énfasis en lo rural.
- Sistema único de información en red, actualizado.
- Fortalecer los equipos multidisciplinarios para mejorar el seguimiento y coordinación con organizaciones que trabajan en la temática.
- Fortalecer la atención primaria y darle el rol que le corresponde. La Consejería debe ser un eje transversal de la atención primaria y de diferentes servicios. Capacitación y formación continua y permanente en red atención primaria y otros niveles con enfoques de género.
- Afinar diagnóstico precoz por parte del personal sanitario en ITS (incluir capacitación) y mejorar el registro en historias clínicas.
- Fortalecer e incrementar la investigación operativa.
- Educación permanente orientada a cambio de concepciones y prácticas, especialmente en relación a estereotipos de género y conductas de riesgo ligados al machismo..
- Programas de salud enfocados a la salud de los hombres.
- Sensibilizar a los líderes de la religión y otros agentes socializadores como medios de comunicación.

- La necesidad de contar con definiciones claras sobre el rol de los representantes del MSP y de los municipios en el tema de asegurar el acceso a condones y al control de calidad de los mismos.

OBJETIVO ESTRATEGICO

Garantizar en la población general mayores niveles de conciencia, responsabilidad e involucramiento en el problema del VIH/SIDA, fomentar comportamientos sexuales seguros, disminuir el estigma y discriminación respecto a las poblaciones más expuestas.

META

HASTA EL 2015, EL 75% DE LA POBLACIÓN ECUATORIANA HA SIDO INVOLUCRADA EN PROGRAMAS Y PROYECTOS DEL PLAN Y EL 50% CON ACTITUDES DE RESPETO Y NO-DISCRIMINACIÓN HACIA LAS PVVS Y LAS POBLACIONES EXPUESTAS.

III PARTE: **SECTORES PRIORITARIOS**

Sector No 10: Promoción de comportamientos sexuales seguros y reducción del estigma y la discriminación en la población en general y en grupos móviles: **Objetivos concretos, Estrategias y Líneas de Intervención.**

Objetivo concreto No. 1: Movilizar a los gobiernos locales y actores responsables de los sectores laboral, turístico y transporte sensibilizar a los prelados de las Iglesias.

Metas: Al 2010, 30% de los gobiernos locales de las provincias más afectadas por el VIH/SIDA con políticas claras implementadas. Además del laboral, los sectores turístico y transporte a nivel nacional, con políticas sectoriales de VIH-SIDA. Y, al 2015, la Iglesia y el 60% de los gobiernos locales de las provincias más afectadas, cuentan con políticas claras implementadas.

Indicadores

1. # de actores claves involucrados en la respuesta a la epidemia.
2. Presupuesto invertido en la respuesta.
3. Cambios en las políticas sectoriales a nivel nacional y local.
4. # de programas masivos y selectivos de la prevención del ITS - VIH/SIDA

Estrategias	Líneas de intervención	Responsables	Costos
1.1 Conocimiento de las características de los comportamientos de riesgo en la población.	1.1.1 Difusión e incidencia política basada en los resultados de los estudios realizados por el sistema de gestión de la información (Observatorio Nacional de SIDA.)	PNS-MSP, MEC	
1.2 Transversalización de la prevención del VIH/SIDA en los gobiernos locales y en los sectores laboral, turístico y migracional.	1.2.1 Definición e implementación de competencias y políticas a nivel territorial diferenciando pequeños y grandes municipios.	AME, PNS-MSP, AME, CONCOPE, ONG, PVVS	
	1.2.2 Adecuación de las estrategias de comunicación, información y educación a nivel nacional para VIH/SIDA con visión multicultural, género y derechos, para los niveles sectoriales y locales.	PNS-MSP, Secretaría Nacional de Comunicación,	
	1.2.3 Elaboración de modelo de IEC adecuado a la idiosincracia y funcionamiento de cada sector.	PNS-MSP, AME, CONCOPE, MTE, MT	
	1.2.4 Elaboración y ejecución de políticas sectoriales e institucionales en el sector laboral público y privado en coordinación con el MTE.	PNS-MSP, MTE, sector privado.	
	1.2.5 Elaboración ejecución de de políticas sectoriales e institucionales en otros sectores	PNS-MSP, MT, AME, CONCOPE, ONG y PVVS, Ministerios, Sector privado	
	1.2.6 Instalación de mecanismos de coordinación entre los GL y otros sectores.	PNS-MSP, CNNA, CONAMU	
1.3 Incidencia en las iglesias sobre el VIH/SIDA y su relación con la violencia sexual, el estigma y la discriminación	1.3.1 Iniciativas de sensibilización a líderes de iglesias de mayor convocatoria para involucrarlos en la estrategias de comunicación masiva y selectiva dirigido a la prevención y el respeto a los DDHH.	PNS-MSP, Secretaría Nacional de Comunicación, ONG.	

Objetivo concreto No. 2: Aumentar la conciencia y responsabilidad de la población en la prevención de las ITS y VIH-SIDA

Metas: Al 2010, el 30% de la población del país, a nivel nacional y local, ha sido impactada por programas masivos de los gobiernos locales y de los sectores. Y, el 60%, en el 2015.

Indicadores

1. % de las poblaciones que logran atender los programas y campañas de promoción de comportamientos sexuales seguros y de prevención de ITS-VIH/SIDA (SIRN).
2. % de las poblaciones que identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechazan las principales ideas erróneas sobre su transmisión. (SIRN).
3. % de uso de condón dentro de la tasa de uso de anticonceptivos (ODM) o de personas que usó condón en la última relación sexual con personas distintas a su pareja estable (PFG) o en la última relación sexual de alto riesgo (ODM).

Estrategias	Líneas de intervención	Responsables	Costos
2.1 Campaña de IEC	2.1.1 Adecuación de las estrategias de comunicación, información y educación a nivel nacional para VIH/SIDA con visión multicultural, género y derechos, para los niveles sectoriales y locales.	CONASA, PNS, ONUSIDA, GL y sectores	
2.2 Promoción de la salud sexual y reproductiva y prevención de las ITS y del VIH/SIDA en trabajadores.	2.1.1 Diseño y realización de campañas de promoción de comportamientos sexuales seguros y prevención de las ITS y del VIH/SIDA con enfoque de género para el sector laboral público y privado...	MTE, Trabajadores sociales, Sindicatos, CONEPTI.	
	2.1.4 Evaluación del impacto de las campañas realizadas en el sector laboral y ajustes.	MTE	
2.3 Promoción de la salud sexual y reproductiva y prevención de las ITS y del VIH/SIDA en zonas rurales y urbanas marginales.	2.2.1 Diseño de una estrategia de SSR ligada a la prevención de las ITS y VIH/SIDA en zonas urbanas y rurales.	AME, CONCOPE, FFAA, CODENPE, CONAMU, CNNA, CCNA, Redes, Iglesia	
	2.2.2 Fortalecimiento de los programas de las organizaciones que trabajan en SSR y ITS/VIH/SIDA en zonas rurales y urbanas marginales incluyendo las organizaciones de iglesias.	MRE, Policía de migración ACNUR, AME, CONCOPE, Asociación de migrantes, ONGI	
2.4 Promoción de la salud sexual y reproductiva y prevención de las ITS y del VIH/SIDA en el sector transporte	2.2.1 Diseño de una estrategia de SSR ligada a la prevención de las ITS y VIH/SIDA en sector transportes.	Asociaciones de transportes, CONCOPE, AME, ONG.	
2.5 Promoción de la salud sexual y reproductiva y prevención de las ITS y del VIH/SIDA en poblaciones relacionadas con el turismo interno e internacional.	2.3.1 Diseño de estrategia de comunicación masiva y selectiva orientado al sector turístico.	MTE, Operadores turísticos.	
2.6 Promoción de la prevención de las ITS y del VIH/SIDA en poblaciones afectadas por el consumo de sustancias psicoactivas.	2.6.1 Inclusión de variables relacionadas con la temática de las ITS y del VIH/SIDA en los estudios realizados por el Observatorio Ecuatoriano de las Drogas	CONSEP- Observatorio Ecuatoriano de las Drogas, Observatorio Nacional de Sida	
	2.6.2 Diseño y transversalización de contenidos de prevención en los programas de prevención del uso indebido de sustancias psicoactivas		

Objetivo concreto No. 3: Reducir el estigma y la discriminación relacionados con diversidad sexual y condiciones vinculadas al VIH/SIDA

Metas: Al 2010, el 40% de La población del país adopta actitudes no discriminatorias y el 70%, al 2015.

Indicadores

1. % de la población alcanzada con estrategias de comunicación masiva y selectiva contra el estigma y la discriminación.
2. % de la población alcanzada modificando sus comportamientos.
3. % de profesionales de servicios atendiendo con respeto a la condición de las personas con diversidad sexual.
4. # de casos de denuncias y % de casos procesados.

Estrategias	Líneas de intervención	Responsables	Costos
1.1 Promoción y difusión de derechos	1.1.1 Realización de un plan de sensibilización y conocimientos para comunicadores sociales sobre VIH/SIDA y DDHH	Secretaría de Comunicación del Estado, CIESPAL AER, AECT, AEDP, MSP-PNS	
	1.1.2 Diseño y ejecución de estrategias de comunicación masiva y selectiva contra el estigma y la discriminación. y evaluación de impacto	MEC-PRONESA, Defensoría del Pueblo, Clínicas de VIH y Centro de prestación de servicios de Salud	
	1.1.3 Mecanismos de coordinación con instancias responsables de exigibilidad de derechos.		
1.2 Promoción de establecimiento de mecanismos de exigibilidad de derechos	1.2.1 Fortalecimiento de mecanismos de aplicación de la normativa existente en VIH/SIDA	Defensoría del Pueblo, Coalición de PVVS	
	1.2.2 Creación de mecanismo y espacios públicos de referencia, recepción y ayuda en caso de ser víctima de discriminación por causas vinculadas al VIH/SIDA.	Organizaciones de PVVS, PNS	

ANEXOS: Abreviaciones

APROFE	Asociación Pro-Familia Ecuatoriana.
AL	América latina.
AME	Asociación de Municipalidades del Ecuador.
APV	Asesoría y prueba voluntaria.
ARV	Antiretroviral.
CAISS	Centro de Atención Integral de Salud Sexual.
CDP	Centro de detención provisional
CEPVVS	Coalición Ecuatoriana de Personas que Viven con VIH-SIDA.
COOPVS	Coordinadora de ONG de Pichincha con trabajo en VIH-SIDA.
CONASA	Consejo Nacional de Salud.
CNNA	Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia.
CCNA	Consejos Cantonales de la Niñez y Adolescencia
CEMOPLAF	Centro Médico de Orientación y Planificación Familiar.
CONAMU	Consejo Nacional de las Mujeres.
CONASIDA	Consejo Nacional del SIDA.
CONASA	Consejo Nacional de Salud.
CONCOPE	Consejo Nacional de Consejos Provinciales.
CONESUP	Consejo Nacional de Educación Superior.
CRE	Cruz Roja Ecuatoriana.
CRS	Centros de Rehabilitación Social.
DI	Drogas inyectables.
DDHH	Derechos Humanos.
DESC	Derechos económicos, sociales y culturales.
DINAGE	Dirección Nacional de Género.
DINAPEN	Dirección Nacional de la Policía Especializada en Niñez y Adolescencia.
DNRS	Dirección Nacional de Rehabilitación Social.
FEDAEPS	Fundación Ecuatoriana de acción y educación para la formación de la salud.
FG	Fondo Global.
FARC	Frente Armado Revolucionario Colombiano
FFAA	Fuerzas Armadas del Ecuador.
GLBTT	Gay, lesbianas, bisexuales, transexuales, transgéneros.
GL	Gobierno local.
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres.
IEC	Información, Educación y Comunicación.
INEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
INH	Instituto Nacional de Higiene y Enfermedades Tropicales "Leopoldo Izquieta Pérez".
INSIDA	Instituto Nacional del SIDA.
INTERPOL	Policía Internacional
ISSFA	Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas.
ISSPOL	Instituto de Seguridad Social de la Policía
ITS	Infecciones de transmisión sexual.
IO	Infecciones oportunistas.

JBG	Junta de Beneficencia de Guayaquil
LMGyAI	Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia
MAP	Medical Auxilios Profesional.
MCP	Mecanismo de Coordinación País.
MEP	Ministerio de Educación Pública.
MSF	Médicos Sin Fronteras.
MSP	Ministerio de Salud Pública.
MTE	Ministerio de Trabajo y Empleo.
NNA	Niños, niñas y adolescentes.
OBC	Organización de Base Comunitaria.
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OG	Organización Gubernamental.
OIT	Organización Internacional del Trabajo.
ONG	Organización No Gubernamental.
ONGI	Organización No Gubernamental Internacional.
ONUSIDA	Programa Conjunto de Naciones Unidas en VIH/SIDA.
OPS	Organización Panamericana para la Salud.
PNS	Programa Nacional de Control y Prevención del VIH/ Sida.
PEN	Plan Estratégico Nacional.
PJ	Policía Judicial
PP	Proyecto de país.
PPE	Profilaxis post exposición.
PLANESA	Plan Nacional de Educación de la Sexualidad y el Amor.
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo.
PNBT	Programa Nacional de Tuberculosis.
PRONESA	Programa Nacional de Educación para la Sexualidad y el Amor.
PTV	Prevención de la Transmisión Vertical.
PVVS	Personas viviendo con el VIH/SIDA: hombres, mujeres, niños, niñas, adolescentes y jóvenes.
RP	Receptor Principal.
SCO	Sociedad civil organizada.
SME	Sistema de Monitoreo y Evaluación.
SNS	Sistema Nacional de Salud.
SIRN	Sistema de Información para la Respuesta Nacional.
SOLCA	Sociedad de Lucha Contra el Cáncer.
SSC	Seguro social campesino.
SSR	Salud Sexual y Reproductiva.
SSRR	Sexuales y reproductivos (derechos).
RAVE	Red Andina de Vigilancia Epidemiológica.
REDIMA	Red de Dispensarios Médicos de la Arquidiócesis de Guayaquil.
REMSAA	Reunión de Ministros de Salud del Área Andina.
TAR	Tratamientos con Antiretroviricos.
TB/VIH	Coinfección Tuberculosis-VIH.
TS	Personas que ejercen el trabajo sexual.
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas.
UNGASS	Asamblea General de Naciones Unidas en VIH/SIDA del 25 al 2 de junio, 2001.
VIH / SIDA	Virus de Inmunodeficiencia Humana / Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida.

ILUSTRACIONES

Cuadro: Datos básicos e indicadores sociodemográficos _____	1
Ilustración 1: Casos notificados de VIH/SIDA. Nivel nacional. Ecuador, 1984 – 2006 _____	8
Ilustración 2: VIH/SIDA según sexo y razón hombre-mujer. Nivel nacional. Ecuador, 1984 – 2005 _____	9
Ilustración 3: VIH/SIDA según orientación sexual a nivel nacional _____	9
Ilustración 4: Distribución de los casos notificados de VIH/SIDA (%) según Edad. Año 2005 y 2006, nivel nacional. ____	10
Ilustración 5: Distribución de los casos notificados de VIH/SIDA (%) según Ocupación. Año 2005 y 2006, _____	10
Ilustración 6: Tabla de ITS diagnosticadas y Curva de distribución de eventos registrados de ITS. 1995- 2005, _____	11
Tabla 7: Presupuesto estatal para el control del VIH/SIDA 1999-2006 _____	18
Tabla 8: Costo para el sistema de salud en el 2005. ONUSIDA _____	19
Tabla 9: Proyección epidemiológica de nuevos casos y costo directo _____	19
Tabla 10: Unidades de 2do. y 3er nivel que mantienen a PVVS en terapia antiretroviral – MSP _____	37
Tabla 11: Estado civil según orientación sexual _____	63
Tabla 22: Tabla de incidencia de niños/niñas nacidas de madres infectadas. _____	64
Tabla 13: Distribución de la población del Ecuador, 2005 _____	128

COMITÉ MULTISECTORIAL DE FORMULACION DEL PLAN ESTRATEGICO DE LA RESPUESTA NACIONAL AL VIH/SIDA 2007 2015

Mesa en la que aporta	Nombre	Apellido	Organización a la que pertenece
Mesa Atención integral a PVVS	Santiago	Jaramillo	COALICION ECUATORIANA DE PVVS
	Inma	García	MEDICOS SIN FRONTERAS
	Luis	Morales	PNS
	Nelson	Cevallos	
Mesa Transmisión Vertical	Greta	Muñoz	CLINICA DEL SIDA HBO
Mesa niños, niñas, adolescentes y jóvenes y políticas	Ximena	Abarca	PLAN INTERNACIONAL
	M. Isabel	Cordero	SENDAS
	Mónica	Páez	CNNA
	Elena	Merino	PRONESA
	Xavier	Solórzano	CNNA
	Ricardo	Gutiérrez	Frente Social
Mesa TS	Tito	Esparza	VIDA LIBRE
	Elizabeth	Molina	RED DE TRABAJADORAS SEXUALES
	Susana	Tamayo	PNS
Mesa HSH	Orlando	Montoya	EQUIDAD
	Neptalí	Arias	FAMIVIDA
	Walter	Gómez	Vida Libre
Mesa PPL	Patricia	Cevallos	VOLUNTARIA DDHH
	Byron	Uscateguui	DNRS
	Hugo	Correa	
Mesa Sangre segura	Diana	Almeida	CRUZ ROJA
	Roberto	Yajamin	INH
Mesa Fuerzas Armadas	Oscar	Yépez Montalvo	FFAA
Mesa Policías	Amparito	García	POLICIA NACIONAL
Mesa Mujeres, políticas	Ana	Cordero	PAJARA PINTA
	Cecilia X	Tamayo	CONAMU
	Ana	Rojas	
	Patricia	Fernández	UNIFEM
Mesa Refugiados y desplazados	Helena	Olsson	ACNUR
Población General	Lourdes	Vallejo	UNDP
Componente Transversalización en Municipios	Silvia	Tello	UNDP
Componente Sistema de Monitoreo y Evaluación	Rodrigo	Tobar	Proyecto Fondo Global
Asesoría en el proceso de formulación del Plan Estratégico Nacional	Rita	Cloet	UNDP
	Ivette	Valcarcel	ONUSIDA

MATRIZ DE LA DIVISIÓN DEL TRABAJO PARA EL APOYO TÉCNICO DEL ONUSIDA

Uso efectivo de recursos financieros a través de apoyo ampliado por parte de la ONU para las respuestas al SIDA⁷⁶

AREAS DE APOYO TECNICO

ORGANIZACIONES LIDERES

SOCIOS PRINCIPALES

1. PLANIFICACION ESTRATEGICA, GOBERNANZA Y GESTION FINANCIERA

VIH/SIDA, desarrollo, gobernanza y transversalidad incluyendo instrumentos como los DERP (Documentos de Estrategia de Reducción de la Pobreza) y legislación propicia, derechos humanos y género.	PNUD	OIT, Secretaria de ONUSIDA, UNESCO, UNICEF, OMS, Banco Mundial, UNFPA, ACNUR
Apoyo a planes nacionales estratégicos priorizados con análisis de costos; manejo financiero; recursos humanos; desarrollo de capacidad e infraestructura; reducción del impacto y trabajo sectorial.	Banco Mundial	OIT, Secretaria de ONUSIDA, PNUD, UNESCO, UNICEF, OMS
Gestión de adquisiciones y suministros, incluyendo capacitación.	UNICEF	PNUD, UNFPA, OMS, Banco Mundial, UNESCO
Políticas y programas de VIH/SIDA en el lugar de trabajo, movilización del sector privado.	OIT	UNESCO, PNUD

2. AMPLIACION DE INTERVENCIONES

Prevención

Prevención de la transmisión de VIH en los establecimientos de atención en salud, seguridad sanguínea, consejería y prueba, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual; y vinculación de la prevención del VIH con los servicios de tratamiento de SIDA.	OMS	UNICEF, UNFPA, OIT
Suministro de información y educación; programación relacionada con los preservativos; prevención para jóvenes no escolarizados y esfuerzos de prevención dirigidos a grupos vulnerables (excepto consumidores de drogas inyectables, prisioneros, y poblaciones de refugiados).	UNFPA	OIT, Secretaria de ONUSIDA, UNESCO, UNICEF, UNODC, OMS

⁷⁶ División del trabajo entre los organismos de las Naciones Unidas con respecto a las recomendaciones del equipo Mundial de tareas para mejorar la coordinación entre las Instituciones multilaterales y los donantes Internacionales en materia de sida en respuesta a la Resolución wha59.12 – Anexo, Septiembre 2006.

AREAS DE APOYO TECNICO**ORGANIZACIONES LIDERES****SOCIOS PRINCIPALES****Prevención (Cont.)**

Prevención de la transmisión materno- infantil (PTMI).	UNICEF, OMS	UNFPA, PMA,
Prevención para jóvenes en instituciones educativas.	UNESCO	OIT, UNFPA, UNICEF, OMS, PMA
Prevención de la transmisión del VIH entre consumidores de drogas inyectables y en las prisiones.	UNODC (Oficina contra el crimen y el delito)	PNUD, UNICEF, OMS, OIT
Política, vigilancia y coordinación generales sobre prevención.	Secretaría de ONUSIDA	Todos los co-patrocinadores

Tratamiento, atención y apoyo

Tratamiento antirretroviral y monitoreo; profilaxis y tratamiento de las infecciones oportunistas (adultos y niños).	OMS	UNICEF
Atención y apoyo para personas que viven con VIH, niños huérfanos y vulnerables, y hogares afectados.	UNICEF	PMA, OMS, OIT
Apoyo alimentario y nutricional	PMA	UNESCO, UNICEF, OMS

Abordaje del VIH en contextos de emergencia, reconstrucción, y seguridad

Fortalecimiento de la respuesta al VIH/SIDA en contexto de crisis de seguridad, crisis humanitarias, y en las fuerzas de seguridad.	Secretaría de ONUSIDA	ACNUR, UNICEF, PMA, OMS, UNFPA.
Abordaje del VIH en poblaciones desplazadas (refugiados y desplazados internos).	ACNUR	UNESCO, UNFPA, UNICEF, PMA, OMS, PNUD

3. MONITOREO Y EVALUACION, INFORMACION ESTRATEGICA, INTERCAMBIO DE CONOCIMIENTOS Y RENDICION DE CUENTAS

Información estratégica, intercambio de conocimientos y rendición de cuentas, coordinación de esfuerzos nacionales, desarrollo de alianzas con socios, abogacía, monitoreo y evaluación, incluyendo estimación de la prevalencia nacional y proyección del impacto demográfico.	Secretaría de ONUSIDA	OIT, PNUD, UNESCO, UNFPA, ACNUR, UNICEF, UNODC, PMA, OMS, Banco Mundial
Establecimiento e instrumentación de la vigilancia del VIH a través de encuestas en la población o grupos centinela.	OMS	Secretaría de ONUSIDA

GLOSARIO

APOYO DE PARES	El apoyo de pares busca sostener el sujeto en diversos momentos de su vida, ofreciendo diversos tipos de ayudas.
ATENCIÓN INTEGRAL	Término con el cual se refiere al conjunto de los niveles de prevención en la respuesta al VIH/SIDA.
ESTRATEGIA (SITUACIÓN ACTUAL, OBJETIVO PREVISTO, ETAPAS)	<p>Cuando se planifican estrategias, esas etapas se definen en términos de los programas o iniciativas que llevan al país de la situación presente al objetivo especificado.</p> <p>En ocasiones esto se puede hacer de una sola vez, cuando basta una iniciativa para alcanzar el objetivo propuesto, pero lo más frecuente es que una estrategia conste de una serie de etapas, cada una de las cuales crea una nueva situación en el avance gradual hacia el objetivo.</p>
ESTRATEGIAS IEC	Para lograr modificaciones en las condiciones de vulnerabilidad, la prevención dispone de ciertos recursos como la información, la educación, la consejería y el abordaje de la conflictividad del sujeto, dentro de un enfoque general de derechos y de género.
INFORMACION	Al entregar información a las personas se asume que una modificación en sus conocimientos producirá cambios en sus comportamientos y disminuirán ciertos elementos de su vulnerabilidad. Sin embargo, esta relación no se produce siempre. No existe una relación lineal secuencial entre los conocimientos, y las actitudes, creencias, comportamientos y prácticas, la realización del coito sexual a menudo tiene lugar antes de cualquier decisión racional basada en un conocimiento pleno, o incluso parcial, de los comportamientos peligrosos.[1]
CONSEJERÍA	Se realiza en general alrededor de la prueba, del diagnóstico o del tratamiento de las ITS y VIH. Busca que el paciente logre conocer o reconocer su nivel de riesgo de adquirir o transmitir una ITS incluyendo al VIH, pueda adherir o completar el tratamiento, entender su responsabilidad en la transmisión, referir sus parejas sexuales y acceder a otros servicios complementarios ^[1] . Cuando en el documento del Plan se habla de "consejería" debe entenderse como una consejería "pre y post-prueba".
EDUCACION	Por este motivo, la prevención ha desarrollado procesos más profundos calificados de educación que buscan estimular un crecimiento personal, construir en el sujeto nuevas aptitudes y modificar de esta manera ciertos elementos de sus comportamientos sexuales.
DIVERSIDAD EN SECTOR MUJERES	Se refiere a mujeres indígenas, afrodescendientes, mestizas, blancas, por edad, por opción sexual, (as lesbianas), casadas, solteras, unidas, con o sin hijos, estudiantes, profesionales, amas de casa, entre otras
EVOLUCIÓN CONCEPTUAL GRUPO DE RIESGO	Según autoras como Herrera y Campero, "desde que apareció el VIH/SIDA hubo una evolución conceptual en la forma de caracterizar a la epidemia: de la idea de " grupos de riesgo " se pasó a la de " prácticas de riesgo ", luego a la de " situaciones y contextos de riesgo ", y finalmente a la de " condiciones sociales del riesgo ", lo que dio lugar al concepto de " vulnerabilidad ". La distinción es importante, ya que " mientras el riesgo apunta hacia una probabilidad y evoca una conducta individual, la vulnerabilidad es un indicador de inequidad y desigualdad social y exige respuestas en el ámbito de la estructura social y política ".

EVOLUCIÓN CONCEPTUAL GRUPO DE RIESGO	Según autoras como Herrera y Campero, "desde que apareció el VIH/SIDA hubo una evolución conceptual en la forma de caracterizar a la epidemia: de la idea de "grupos de riesgo" se pasó a la de "prácticas de riesgo", luego a la de "situaciones y contextos de riesgo", y finalmente a la de "condiciones sociales del riesgo", lo que dio lugar al concepto de "vulnerabilidad". La distinción es importante, ya que "mientras el riesgo apunta hacia una probabilidad y evoca una conducta individual, la vulnerabilidad es un indicador de inequidad y desigualdad social y exige respuestas en el ámbito de la estructura social y política".
GENERO / ENFOQUE DE GÉNERO / IGUALDAD DE GÉNERO / EQUIDAD DE GÉNERO	<p>El género alude al distinto significado social que tiene el hecho de ser mujer y hombre; es decir, es una definición específica cultural de la feminidad y la masculinidad que, por tanto, varía en el tiempo y en el espacio. Este marco de análisis sitúa las relaciones de mujeres y hombres en "contexto", permitiendo enfocarse en los procesos y relaciones que reproducen y refuerzan las desigualdades entre ambos y haciendo visible, por tanto, la cuestión del poder que subyace en las relaciones de género.</p> <p>El enfoque de género supone una forma de observar la realidad que implica una mirada más profunda, que permite identificar los diferentes papeles y tareas que llevan a cabo los hombres y las mujeres en una sociedad, tanto las asimetrías como las relaciones de poder e inequidades.</p> <p>La igualdad de género supone, por tanto, que los diferentes comportamientos, aspiraciones y necesidades de las mujeres y los hombres se consideren, valoren y promuevan de igual manera. Ello no significa que mujeres y hombres deban convertirse en iguales, sino que sus derechos, responsabilidades y oportunidades no dependan de sí han nacido hombres o mujeres. La <i>igualdad de género</i> implica la idea de que todos los seres humanos, hombres y mujeres, son libres para desarrollar sus capacidades personales y para tomar decisiones. El medio para lograr la igualdad es la <i>equidad de género</i>, entendida como la justicia en el tratamiento a mujeres y hombres de acuerdo a sus respectivas necesidades.^[1]</p>
POBLACION MÁS EXPUESTA	Es la población que por su vulnerabilidad o comportamientos de riesgo, se expone más al VIH/SIDA
TRABAJO PSICOTERAPÉUTICO	El trabajo psicoterapéutico se desarrolla para abordar los conflictos psicológicos individuales, familiares o de pareja que impiden un cambio en los comportamientos del sujeto.
PROMOCIÓN VS PREVENCIÓN	Cada sector conoce una situación específica de factores de riesgo y de protección de la cual depende la respuesta. El presente plan hará una diferencia entre la promoción cuando se busque ampliar los factores de protección y la prevención cuando se intente disminuir los factores de riesgo en cada sector. Tomando en cuenta que, los factores de protección y los factores de riesgo, determinan la vulnerabilidad del sujeto y que ésta se compone de dimensiones variadas como las biológicas, individuales, familiares, sociales, económicas y culturales
PREVENCIÓN	<p>Las acciones de prevención se orientan hacia objetivos específicos y se despliegan en diferentes niveles.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Prevención primaria</i>: conjunto de acciones que buscan evitar que la persona se infecte dentro de los parámetros que establecen su orientación. - <i>Prevención secundaria</i>: conjunto de acciones que buscan disminuir el tiempo durante el cual una persona infectada desconoce su estatus serológico. <p><i>Prevención terciaria</i>: conjunto de acciones que buscan disminuir los daños y aumentar la calidad de vida y la sobrevivencia de las personas seropositivas.</p>
PARTICIPACIÓN SOCIAL EFECTIVA	Un enfoque social de derecho lleva implícito una intervención consciente en donde las personas y organizaciones hacen uso de su libertad y debidamente motivadas, se movilizan para compartir acciones, estas acciones deben ser: de información (sobre la realidad de violación de derechos); de deliberación y negociación , en los que los actores deben ser consultados y puedan opinar para llegar a consensos; de decisión , en el manejo de recursos para solucionar la situación diagnosticada; de ejecución y de exigibilidad , es la posibilidad de verificar el respeto de los derechos en una acción pública, el cumplimiento de las promesas, políticas, planes, programas. El control puede ser social o formal, el primero canaliza el control por diferentes mecanismos como son: la evaluación, la rendición de cuentas, el control de la gestión y desenvolvimiento, las veedurías, la fiscalización y la movilización social, entre otros. El control formal es el que se canaliza por los mecanismos que están indicados en los mismos marcos legales: en los instrumentos internacionales de derechos humanos, en la Constitución y en las leyes i.e. La ley de maternidad gratuita crea el mecanismo del "comité de usuarias". Solo a partir de dicho ciclo podemos hablar de participación y de empoderamiento[1].

SEXO SEGURO	<p>El sexo seguro es el objetivo general de la prevención y se puede lograr de diferentes maneras:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ La abstinencia es un mecanismo que permite evitar temporalmente un contacto o renunciar a una relación cuando diversas circunstancias hacen anticipar un riesgo propio y/o para el otro. No debe confundirse con el modelo católico de la virginidad prematrimonial con fidelidad matrimonial como única expresión de la sexualidad. ◦ La sustitución de una relación sexual, por una satisfacción imaginaria, sublimada, el sexo sin penetración o la masturbación, permite evitar una relación real riesgosa. ◦ El uso del condón, masculino y femenino, así como de lubricantes constituye una protección eficaz de alto costo-efectividad cualquiera sean las características de la interacción sexual. Pero no implica un cambio en el comportamiento sexual. No tiene una eficacia universal: puede entrar en conflicto por ejemplo en parejas que desean tener hijos, ser de difícil negociación en un matrimonio o en diversas circunstancias, o no tener sentido en casos de violencia, violación o trata. Esta estrategia debe estar acompañada con iniciativas para empoderar a las mujeres en el uso, la negociación o exigibilidad a la parejas. ◦ El sexo no penetrativo (acaricias, masturbación mutua, etc.) permite evitar el contacto genital, anal u oral. ◦ El cambio de comportamiento se refiere a modificaciones más estructurales que las que se suele buscar cuando se refiere este concepto al solo uso del condón. El cambio en determinados tipos de masculinidades y de feminidades generan condiciones que disminuyen la probabilidad de la infección. ◦ La limitación del número de parejas brinda una protección general respecto a la transmisión de la infección ya que disminuye la probabilidad de un encuentro con la seropositividad. La fidelidad es un extremo en cuanto a la limitación del número de pareja. ◦ El conocimiento del estatus serológico propio y de la pareja permite tomar una serie de medidas de protección que disminuyen la probabilidad de la infección, como por ejemplo en parejas serodiscordantes o para evitar la reinfección.
SECTOR PÚBLICO.	Es el conjunto de actores, instituciones, entidades u organismos del Gobierno Nacional o Seccional (Ministerios, Congreso Nacional, Cortes de Justicia, Municipios, Consejos Provinciales, etc.)
SECTOR PRIVADO.	Es el conjunto de actores, instituciones u organismos cuya finalidad es el lucro y beneficio particular (compañías, empresas, industrias farmacéuticas, cámaras de producción, etc.)
SECTOR PÚBLICO	Es el conjunto de actores, instituciones, entidades u organismos del Gobierno Nacional o Seccional (Ministerios, Congreso Nacional, Cortes de Justicia, Municipios, Consejos Provinciales, etc.)
ORGANIZACIÓN GUBERNAMENTAL (OG)	Es la institución que es parte del sector público, y que funciona bajo el control de los poderes ejecutivo, legislativo y/o judicial.

GOBIERNO LOCAL (OL)	Es la organización que responde al mandato de la población con un criterio territorial.
ORGANIZACION NO GUBERNAMENTAL (ONG).	Es la institución que se crea con la finalidad de prestar un servicio solidario, sin fines de lucro, a la comunidad y contribuir al desarrollo del país (se define así, por oposición y para diferenciarla de las organizaciones gubernamentales que también tiene una finalidad social).
ORGANIZACIÓN DE BASE COMUNITARIA (OBC)	Es la organización de los beneficiarios en función de la defensa legítima de sus derechos en el área de atención.
COORDINADORAS O REDES	ONG/ OBC vinculadas voluntariamente para intervenir con mayor eficacia y en forma coordinada a beneficio de grupos necesitados específicos con criterios territorial. En apoyo a las OG o incidiendo en ellas para lograr marcos jurídicos, políticas que garanticen el respeto de los derechos de los PVVS y de la población en general con relación al VIH/Sida. Las coordinadoras coordinan y articulan recursos en áreas en que no tiene sentido trabajar en forma independiente, desarrollan planes y buscan el fortalecimiento de las ONG vinculadas.
FONDO GLOBAL	Se crea para financiar la lucha contra el SIDA, la TUBERCULOSIS y la MALARIA que matan cerca de 6 millones de personas cada año, cantidad en incremento. Hasta la fecha el Fondo global ha comprometido 3 billones de dólares en 128 países para apoyar intervenciones agresivas contra las tres enfermedades. Financiando el trabajo en nuevos programas se pueden prevenir millones de muertes y parar la extensión de los impactos devastadores para las familias, comunidades y economías alrededor del mundo.
MCP	Mecanismo de Coordinación País, como su nombre lo indica es el mecanismo responsable del diseño, dirección, monitoreo y evaluación del proyecto de país (PP) presentado y aprobado por el Fondo Global (FG). Está conformado por representantes de las organizaciones estatales, privadas y del tercer sector (ONG-OBC)
PROYECTO DE PAIS - PP	Es el proyecto presentado por el país para ser financiado por el Fondo Global.
TRATAMIENTO	Conjunto de acciones relacionadas principalmente con el monitoreo adecuado del estatus virológico, el acceso y la adherencia a los TAR, la consejería y el apoyo psicológico, las modificaciones en la vida sexual para evitar la infección de una pareja serodiscordante o para evitar la reinfección, así como la prevención y el tratamiento de las IOs, tomando en cuenta que la presencia de ARV podría incidir en el estado de alerta del sujeto.
TERCER SECTOR O SOCIEDAD CIVIL ORGANIZADA.	Es el conjunto de actores u organizaciones cuya finalidad no es el lucro, su accionar está destinado al bien público, al servicio solidario y no pertenecen a las dos anteriores (organizaciones populares, eclesíásticas, fundaciones, corporaciones, etc.)
VULNERABILIDAD	Condición en la que se encuentra una persona, que por la presencia de carencias importantes en su historia personal o por su relación coyuntural con factores de contexto, puede verse más fácilmente afectada/o por algo. La condición de vulnerabilidad no está determinada por la presencia del peligro, pero lo expone más a éste. Por ejemplo, en el caso del VIH/SIDA, una persona es vulnerable o se expone más a ser infectado cuando carece de información. La vulnerabilidad estima la probabilidad de contraer el VIH. Esta probabilidad depende de conjuntos de factores, cambiantes en el tiempo, ciertos disminuyendo esta probabilidad, mientras otros la aumentan. Los primeros pueden llamarse " factores de protección ", mientras los segundos, " factores de riesgo ". Consecuentemente, la vulnerabilidad es el resultante del efecto de la combinación de dichos factores que pueden ser <u>estructurales y coyunturales</u> , y clasificarse según varios criterios.

LISTADO DE EVENTOS POR ETAPA DEL PROCESO DE FORMULACIÓN DEL PLAN ESTRATEGICO MULTISECTORIAL DE LA RESPUESTA NACIONAL AL VIH/SIDA 2007 2015

1.1 Etapa de evaluación del período 2001-2005 (14/06/2005 - 27/01/2006)

Ord	Actividades	Lugar	Período	Número de actores
1	Entrevista con Informantes calificados	Quito	14/06/2005 - 22/06/2005	8 informantes calificados del PNS, MSP, GL y ONG.
2	Taller Preparatorio de Evaluación del Plan Estratégico Nacional de sobre VIH-Sida 2001-2003.	Conocoto – Quito.	27/06/2005 - 28/06/2005	45 participantes delegados de ciudades de provincias.
3	3 Reuniones del Comité Técnico Provisional .	Quito - Pichincha	30/06/2005 – 12/07/2005	10 participantes delegados de organizaciones de la COOPVS Y CEPVVS
5	Reunión de trabajo con el Ministro de Salud Pública y la Comisión del Taller Preparatorio, se presentan las resoluciones del Taller.	Quito - Pichincha	01/07/2005	5 miembros de la Comisión del Taller Preparatorio y delegado de ONUSIDA
6	Taller organizado por Consejo Provincial de Salud para presentar las memorias del diagnóstico y el proceso de formulación del Plan Estratégico Nacional.	Cuenca - Azuay	14/07/2005	30 actores públicos y privados del Azuay.
7	Taller Preparatorio de Evaluación del Plan Estratégico Nacional de sobre VIH-Sida 2001-2003.	Guayaquil - Guayas	21/07/2005	30 delegados de organización públicas y privadas de la provincia del Guayas.
8	Taller de evaluación del Plan Estratégico Nacional de sobre VIH-Sida 2001-2003.	Quevedo – Los Ríos	28/07/2005	25 delegados de organizaciones públicas, PVVS, ONG, OBC
9	Taller de evaluación del Plan Estratégico Nacional de sobre VIH-Sida 2001-2003.	Santo Domingo - Pichincha	02/08/2005	25 delegados de organizaciones públicas, ONG, OBC
11	Presentación y difusión del Informe de la Etapa de Evaluación del Plan Estratégico Nacional 2001-2003.	Quito, Guayaquil, Quevedo, Cuenca, Santo Domingo, Manta, Portoviejo, Esmeraldas, Babahoyo	27/10/2005 – 15/12/2005	Representantes Agencias ONUSIDA, delegados de instituciones públicas, PVVS y ONG
12	Panel de Expertos para la construcción de los indicadores UNGASS según directrices de ONUSIDA	Quito	14/12/2005 - 15/12/2005	24 delegados de organizaciones públicas y ONG de Cuenca, Quito, Santo Domingo y Guayaquil.
13	Panel de Expertos para la construcción de los indicadores UNGASS según directrices de ONUSIDA	Quito	26/01/2006	24 delegados de organizaciones públicas y ONG de Cuenca, Quito, Santo Domingo y Guayaquil.

14	Panel de Expertos para la construcción de los indicadores UNGASS según directrices de ONUSIDA	Quito	26/01/2006	24 delegados de organizaciones públicas y ONG de Cuenca, Quito, Santo Domingo y Guayaquil.
16	Presentación del Informe UNGASS a y de la agenda de la segunda Etapa de la Consultoría	Quito - Pichincha	27/01/2006	PNS y Grupo temático de ONUSIDA

B. Etapa de planificación 2005-2006 (14/02/2006 - 12/01/2007)

Ord.	Actividades	Lugar	Período	Número de actores participantes
1	Consulta a sector ONG y análisis de los Términos de referencia del Proceso de formulación del Plan Nacional.	Quito - Pichincha	21/02/2006	7 participantes delegados de ONG
2	Consulta al PNS y análisis del documento de Términos de referencia del Proceso de formulación del Plan Nacional.	Quito - Pichincha	23/02/2006	PNS
3	Desayuno Ejecutivo para presentación a representantes del Sector, el Informe a UNGASS 2001 y metodología del Proceso de formulación del Plan Nacional.	Quito - Pichincha	19/05/2006	50 participantes entre Ministros de Estado, delegados de Instituciones Públicas, Coordinadoras de ONG, PVVS y autoridad regional y nacional de ONUSIDA
5	Constitución del Comité de Acompañamiento del Proceso de Planificación	Quito - Pichincha		Delegados del Taller Informativo Nacional, representantes de las ONG y de las PVVS.
6	Taller Nacional de formulación del Marco estratégico del Plan Estratégico Nacional (Visión de futuro, valores institucionales y misión)	Quito - Pichincha	28/09/2006	20 delegados de organización públicas y privadas de Pichincha, Azuay y Guayas
8	Taller Regional Sierra para el Análisis de la situación y análisis de la respuesta al VIH/SIDA.	Quito - Pichincha	18/10/2006	35 delegados de organizaciones públicas, ONG, OBC de las provincias de la Región Sierra.
9	Taller Regional Costa para el Análisis de la situación y análisis de la respuesta al VIH/SIDA.	Guayaquil - Guayas	15/11/2006	70 delegados de organizaciones públicas, ONG, OBC de las provincias de la Región Costa.
10	2 Talleres sobre Acceso universal al tratamiento, Atención y apoyo al VIH-SIDA en el Ecuador. Identificación de objetivos prioritarios nacionales para progreso al acceso universal	Quito - Pichincha Guayaquil - Guayas	07/12/2006 - 04/01/2007	25 delegados de organizaciones del Sistema Nacional de Salud y PVVS, en Quito y luego en Guayaquil.
11	Informe de avance al equipo técnico del PNS y ONUSIDA del proceso de formulación del Plan Estratégico Nacional 2006-2015	Quito - Pichincha	14/12/2006 - 22/12/2006	10 profesionales miembros del PNS

12	Sistematización del análisis de la situación y análisis de la respuesta de los 9 sectores producido por las mesas de trabajo en los talleres regionales Sierra y Costa.	Quito – Pichincha	16/11/2006 – 11/01/2007	2 consultores ONUSIDA 1 consultor PNS 1 coordinadora técnica ONUSIDA
13	Taller Nacional de Planificación para la validación de los sectores prioritarios para la acción, formulación de Principios rectores, Objetivos estratégicos y estrategias por sector.	Quito - Pichincha	11/01/2007 - 12/01/2007	70 delegados de organizaciones públicas, ONG, OBC de las provincias de la Región Sierra y Costa.

B. Etapa de formulación del Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional al VIH/SIDA 2007 – 2015 (16/01/2007 - 27/04/2007)

Ord. Evento	Actividades	Lugar	Período	Número de actores participantes
1	Consulta y aprobación de la metodología, esquema del Plan y cronograma de la Etapa por el PNS y ONUSIDA	Quito - PICHINCHA	16/01/2007 - 19/01/2007	Directora PNS, miembros ONUSIDA.
2	Constitución del Comité Multisectorial de Formulación del Plan estratégico de la Respuesta Nacional al VIH/SIDA 2007-2015	Nacional	16/02/2007 – 05/03/2007	37 miembros del Taller de Planificación delegados de Instituciones Públicas, PVVS y ONG.
3	Consultas a los miembros del Comité Multisectorial de Formulación del Plan estratégico de la Respuesta Nacional al VIH/SIDA 2007-2015	Nacional	16/02/2007 – 05/03/2007	37 responsables de validar los documentos de sistematización y las estrategias elaboradas en el taller de los 13 sectores prioritarios.
4	Sistematización del documento del Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional al VIH/SIDA 2007 - 2015	Quito - PICHINCHA	16/02/2007 – 05/03/2007	Consultores ONUSIDA.
5	Entrega del documento del Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional al VIH/SIDA 2007 – 2015 – 1era. Versión.	Quito - PICHINCHA	12/03/2007 – 15/03/2007	PNS y ONUSIDA
6	Socialización del documento , ajustes y elaboración del documento final.	Nacional	15/03/2007 – 13/04/2007	PNS, ONUSIDA
7	Entrega del documento final a la Ministra de Salud Pública.	Quito - PICHINCHA		ONUSIDA, MSP
8	Lanzamiento del Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional al VIH/SIDA 2007 – 2015.	Quito - PICHINCHA	27/04/2007	MSP y Miembros del Gabinete ampliado del Gobierno Nacional.