

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Postgrados

**IMPLEMENTACIÓN DE LOS PRIMEROS CENTROS DE ASESORÍA
PRUEBA VOLUNTARIA EN SEIS CIUDADES DEL ECUADOR COMO
CONTRIBUCIÓN A LA PREVENCIÓN DEL VIH-SIDA**

MARÍA FERNANDA ORTIZ JARAMILLO

Tesis de grado presentada como requisito para la obtención del título de
Máster en Salud Pública

Quito, abril de 2011

**Universidad San Francisco de Quito
Colegio de Postgrados**

HOJA DE APROBACIÓN DE TESIS

**IMPLEMENTACIÓN DE LOS PRIMEROS CENTROS DE ASESORÍA
PRUEBA VOLUNTARIA EN SEIS CIUDADES DEL ECUADOR COMO
CONTRIBUCIÓN A LA PREVENCIÓN DEL VIH-SIDA**

MARIA FERNANDA ORTIZ JARAMILLO

Benjamín Puertas, MD, MPH.
Decano de la Escuela de Salud Pública y
Director de Tesis

Marco Fornassini, MD.
Miembro del Comité de Tesis

Marcelo Erazo, MD.
Miembro del Comité de Tesis

Gonzalo Mendieta, Ing, PhD.
Decano del Colegio de Ciencias de la Salud

Víctor Viteri Breedy, PhD.
Decano del Colegio de Postgrados

Quito, abril de 2011

© Derechos de autor
Maria Fernanda Ortiz Jaramillo
2011

Resumen

El Estado Ecuatoriano tiene un gran reto frente a la epidemia de VIH-SIDA que debe ser asumido con firmeza y decisión. En junio del 2001, ciento ochenta y nueve Estados adoptaron la Declaración del compromiso frente al VIH-SIDA, para alcanzar el objetivo del Desarrollo del Milenio: detener y empezar a invertir el curso de esta epidemia que se ha incrementado en un 836% en los últimos años. El VIH SIDA no es un problema exclusivo de salud sino también de desarrollo y de gobierno, que afecta a la estructura social del país, de ahí la importancia de contar con una estrategia eficaz de respuesta frente a la epidemia.

En esta tesis se propone algo nuevo e innovador para el Ecuador como es la implementación de los centros de asesoría prueba voluntaria en VIH SIDA en 6 juntas de Cruz Roja Ecuatoriana, Quito, Guayaquil, Esmeraldas, Quevedo, Portoviejo, Santo Domingo de los Tsáchilas, institución humanitaria pionera en la iniciativa de esta estrategia de prevención. El objetivo de este estudio fue evaluar las causalidades por las cuales la gente necesita realizarse el examen de VIH, así como también generar cambios de comportamiento con respecto a sus riesgos, pero sobretodo generar una ley que contrarreste la discriminación y estigmatización hacia las personas que viven con VIH-SIDA.

La asesoría prueba voluntaria en VIH-SIDA busca brindar a la población general un servicio que le proporcione conocimiento para poder recibir el impacto que genera un resultado positivo.

El universo de trabajo lo constituyeron 25,918 personas que tuvieron la oportunidad de recibir su resultado con asesoría. Durante 10 meses desde marzo a diciembre del 2005, fueron recopilados y procesados los datos en el programa estadístico SPSS VS 7, arrojando los siguientes resultados: el 57,7% correspondió a hombres y el 42,3% a mujeres, el motivo de solicitud de la prueba que mayor afluencia generó fue el legal-laboral (53%), seguido del médico (24%) y luego el voluntario (23%); los heterosexuales(99,3%) fueron la población que tuvo la mayor prevalencia en obtener un resultado Western Blot positivo (WB+). Del número total de usuarios que acudieron durante el 2005 se identificaron 25 personas con resultado Western Blot positivo, de las cuales 18 fueron hombres, 7 mujeres. De los 25, los heterosexuales fueron 22, hubo 1 homosexual y 2 trabajadoras sexuales. De este grupo 15 acudieron voluntariamente

solicitando la prueba, 8 lo hicieron por solicitud médica y 2 por motivos laborales. En esta tesis se realizó un alcance desde el 2005 al 2010 identificando con mayor número de atenciones a las ciudades de Quito, Guayaquil y Sto. Domingo de los Tsáchilas, quienes fueron reconocidas como los lugares donde se concentraba la incidencia de casos. En relación a las otras variables la prevalencia del hombre vs mujer se mantuvo durante estos años por los factores de riesgo del sexo masculino debido al mayor número de parejas sexuales en relación a la mujer. El grupo etáreo entre 20-24 años fue el de mayor afluencia en los servicios de APV por la mayor práctica de su sexualidad. El motivo de la prueba que prevaleció en estos años siguió siendo el voluntario, determinando así la autoconciencia de las personas y el conocimiento propio de sus riesgos.

En conclusión debe haber una respuesta eficaz ante la epidemia, mediante un abordaje integral de la temática de VIH-SIDA, con un liderazgo político y la participación de todos los sectores de la sociedad.

Abstract

Ecuador has a big challenge facing the HIV / AIDS epidemic that must be undertaken with firmness and decision. In June 2001, one hundred eighty-nine countries adopted the Declaration of Commitment against HIV / AIDS, to achieve the Millennium Development goal: halt and begin to reverse the course of this epidemic that has increased by 836% in recent years. HIV AIDS is not a problem for health but also for development and governance that affect the country's social structure, hence the importance of an effective response to the epidemic.

This thesis propose something new and innovative in Ecuador as it is the implementation of the counseling centers on HIV / AIDS voluntary testing in 6 centers in Quito, Guayaquil, Esmeraldas, Quevedo, Portoviejo, Santo Domingo of the Tsáchilas. The Ecuadorian Red Cross, humanitarian organization, pioneered the initiative of this prevention strategy. The aim of this study was to evaluate the reasons for which people need to be tested for HIV, as well as about changes in behavior regarding its risks, but above all create a law to counter discrimination and stigma towards people living HIV / AIDS.

The universe of study was 25,918 people who had the opportunity to receive their results with counseling. For 10 months from March to December 2005 were collected and processed the data in SPSS VS 7, with the following main results: 57.7% were men and 42.3% women, the reason for requesting the test was legal and labor (53%), followed by doctor's order (24%) and then the volunteer (23%). Heterosexuals (99.3%) were the people who had the highest prevalence. From the total number of users who visited the centers in 2005.

25 people were positive for Western Blot, of which 18 were men, 7 women. Of the 25, heterosexuals were 22, there was 1 homosexual and 2 sex workers. Of this group 15 went voluntarily to get the test, 8 did so for medical application and 2 for work related reasons.

When the study expanded to the period 2005 to 2010 it identified Quito, Guayaquil and Sto. Domingo of the Tsáchilas as the cities with the largest number of attentions. These cities were recognized as the places where the incidence of cases was concentrated. In relation to the other variables the man's vs woman prevalence maintained during these years. The age group 20-24 years was the one with the highest affluence in the services of Voluntary counseling testing (VCT) The reason to have the test was for voluntary reasons

determining this way the conscience of people and the knowledge of its risks. In conclusion there must be an effective response to the epidemic, with an integral approach through political leadership and participation of all sectors of society.

TABLA DE CONTENIDO

I INTRODUCCIÓN.....	2
1. Antecedentes.....	2
1.1. El VIH-SIDA en el Mundo y en el Ecuador: datos y estadísticas.....	4
1.2. Marco Legal del VIH-SIDA.....	12
1.3. Derechos de las personas viviendo con VIH-SIDA.....	15
1.4. Análisis de la situación del VIH-SIDA en el Ecuador	16
1.5. Organizaciones que trabajan en VIH-SIDA en el Ecuador.....	17
1.6. Experiencias a nivel mundial de centros de asesoría en VIH-SID.....	20
1.7. Primeros centros de asesoría en el Ecuador.....	24
2. Fundamentos teóricos.....	26
2.1. Asesoría en VIH-SIDA como estrategia de prevención.....	26
2.2. Concepto de asesoría en VIH-SIDA.....	26
2.3. Objetivo de la asesoría.....	27
2.4. Diferencia entre asesoría y consejería en VIH-SIDA.....	28
2.5. El Proceso de la asesoría.....	29
2.5.1. Modelos de asesoría.....	30
2.5.2. Tipos de asesoría.....	32
2.5.2.1 Asesoría pre y post prueba.....	33
2.6. Elementos de una buena asesoría.....	36
2.7. Formación de profesionales en asesoría.....	38
2.8. Jóvenes asesores y la creación de una cultura de prevención.....	39
2.9. Participación de la Sociedad Civil en la Reforma del Reglamentos a la Ley de VIH.....	40
2.9.1. Propuesta de Reglamento a la Ley para la Prevención y Asistencia....	41
2.10. Implementación de los Servicios de APV en 6 Juntas Provinciales de Cruz Roja Ecuatoriana.....	44
2.10.1. Flujogramas de atención en APV.....	47
2.10.2. Protocolos para la atención de usuarios que acuden al servicio de APV de Cruz Roja.....	48
2.10.3. Estadísticas de atención de usuarios en el servicio.....	49

2.10.4. Plan estructurado de pasantías por el Servicio de APV en VIH-SIDA de CRE.....	51
2.10.5. Modelo de gestión de calidad de los Servicios de APV en VIH-SIDA..	54
3. Planteamiento del problema	60
4. Justificación.....	62
5. Hipótesis.....	66
6. Objetivos.....	67
II METODOLOGÍA.....	68
1. Diseño del estudio.....	68
2. Universo de trabajo, tamaño de muestra y muestreo.....	69
3. Instrumentos y procedimientos de la investigación.....	70
Procesamiento y análisis de los datos.....	70
III RESULTADOS.....	71
IV DISCUSIÓN.....	85
V CONCLUSIONES.....	90
VI RECOMENDACIONES.....	91
VII BIBLIOGRAFÍA.....	94
VIII GLOSARIO.....	97
IX ABREVIATURAS.....	100
X ANEXOS.....	102
1. Protocolos para la atención de usuarios que acuden al Servicio de APV de Cruz Roja Ecuatoriana.....	102
2. Encuesta del Servicio de Asesoría Prueba Voluntaria en VIH-SIDA.....	107

CUADROS, TABLAS Y FIGURAS.

1. Cuadro N·1. Estadísticas de la epidemia mundial de SIDA & VIH publicadas por ONUSIDA/OMS en Julio de 2008, que se refieren al final de 2007.....	4
2. Cuadro N·2. Estadísticas regionales de VIH & SIDA, fin de 2007.....	5
3. Cuadro N·3. Prevalencia estimada de VIH/SIDA en América Latina 2007.....	6
4. Cuadro N·4. Distribución de casos de VIH-SIDA por provincias en el Ecuador año 2007.....	12
5. Cuadro N·5. Presupuesto invertido en programas de prevención de VIH-SIDA.....	19
6. Cuadro N·6 Asesorías brindadas en el Servicio de APV de CRE durante los años 2005, 2008, 2009, 2010.....	50
7. Cuadro N·7 Variables analizadas en la encuesta del servicio de APV durante los años 2005, 2008, 2009, 2010.....	51
8. Cuadro N·8 Prevalencia de usuarios atendidos en el Servicio de APV de CRE según el sexo.....	72
9. Cuadro N·9 Prevalencia del motivo de solicitud de la prueba de VIH en el Servicio de APV durante 10 meses de estudio.....	73
10. Cuadro N·10 Usuarios que acudieron al servicio de APV de CRE según su orientación sexual.....	74
11. Cuadro N·11 Resultado de la prueba de VIH de los usuarios que acudieron a los servicios de APV de CRE de 6 ciudades 2005.....	75
12. Cuadro N·12 Motivos de solicitud de la prueba de los usuarios que acudieron a los diferentes servicios de APV de CRE de 6 ciudades 2005.....	76
13. Cuadro N·13 Usuarios que acudieron de manera voluntaria al servicio de APV de CRE según el sexo.....	76
14. Cuadro N·14 Usuarios que acudieron de manera voluntaria al servicio de APV de CRE según orientación sexual.....	77

15. Cuadro N·15 Resultado obtenido de la prueba de VIH solicitada voluntariamente 2005.....	77
16. Cuadro N·16 Usuarios que acudieron por causa legal-laboral al servicio de APV de CRE según el sexo 2005.....	78
17. Cuadro N·17 Usuarios que acudieron por causa legal-laboral al servicio de APV de CRE según orientación sexual	78
18. Cuadro N·18 Resultado obtenido de la prueba de VIH por causa legal-laboral.....	79
19. Cuadro N·19 Solicitud de la prueba por causa médica según sexo.....	79
20. Cuadro N·20 Solicitud de la prueba por causa médica según orientación sexual.....	79
21. Cuadro N·21 Resultado obtenido de la prueba de VIH por causa médica.....	80
22. Cuadro N·22 Usuarios que acudieron al servicio de APV según el sexo, por ciudades.....	80
23. Cuadro N·23 Usuarios que acudieron al servicio de APV según la orientación sexual, por.....	81
24. Cuadro N·24 Resultado de exámenes de VIH en las diferentes ciudades donde se estableció el servicio de APV.....	82
25. Cuadro N·25 Usuarios según sexo y por ciudad con resultado WB+ que acudieron al servicio de APV.....	82
26. Cuadro N·26 Usuarios con resultados WB+ que acudieron al servicio de APV según orientación sexual y ciudad de origen.....	82
27. Cuadro N·27 Prevalencia de VIH en el Servicio de APV durante 10 meses de estudio según el motivo de solicitud de la prueba y por ciudades.....	83
28. Cuadro N·28 Resultados de la prueba de VIH según orientación.....	83
29. Cuadro N·29 Resultados de la prueba de VIH según sexo.....	84
30. Figura N·1. Usuarios atendidos en el servicio APV en el año 2005.....	49

31.	Figura N·2. Prevalencia de usuarios atendidos en el Servicio de APV de CRE según el sexo.....	72
32.	Figura N·3. Número de usuarios que acudieron al Servicio de APV según el motivo de solicitud de la prueba.....	73
33.	Figura N·4. Número de usuarios que acudieron al Servicio de APV según su orientación sexual.....	74
34.	Flujograma N·1. Flujo de atención al usuario que solicita la prueba de VIH en CRE.....	47
35.	Flujograma N·2. Flujograma Sistema de Referencia y Contrarreferencia Cruz Roja Ecuatoriana.....	48
36.	Gráfico N·1. Organizaciones que trabajan en VIH-SIDA.....	18
37.	Mapa N·1. Ubicación geográfica de los servicios de APV en seis ciudades de CRE..	71
38.	Tabla N·1. Número de casos reportados de VIH-SIDA y personas fallecidas. PNS-MSP.....	11

I INTRODUCCIÓN

1. Antecedentes

El VIH-SIDA es un problema de salud pública que ha impactado en los aspectos socio-culturales de nuestra población, generando estigmatización social y la violación a los derechos humanos.

El Programa Nacional de SIDA-ITS del Ministerio de Salud Pública, dependiente de la Dirección Nacional de Epidemiología, es el encargado de coordinar las acciones de prevención sobre el VIH-SIDA. En marzo del 2005, el Mecanismo de Coordinación de País (MCP) seleccionó al Programa Nacional de SIDA como Receptor Principal, responsable de implantar el Proyecto de País, el cual canalizó 14'000.000 de dólares a ser gastados en 5 años. Los desafíos planteados al país por el Fondo Global desplazó la necesidad de elaborar un nuevo Plan Estratégico Nacional que cubrió el período 2001-2003.¹

Con la aprobación de la Propuesta País por el Fondo Global para el VIH-SIDA, la Malaria y la Tuberculosis, el Ecuador recibió el primer desembolso a principios del 2005, proponiendo, el cumplimiento de las siguientes metas:

- Reducir la progresión de la incidencia de la epidemia desarrollando proyectos de prevención de ITS/VIH en poblaciones con prevalencias altas, ampliando la cobertura del manejo sintomático de las ITS y la disponibilidad de condones y lubricantes de calidad, facilitando el acceso a centros de servicios de consejería y pruebas voluntarias, además de la promoción y complementación del programa de

prevención de la transmisión madre-hijo y estableciendo procesos de evaluación externa del desempeño de los bancos de sangre.

- Disminuir el impacto de la infección en las personas que viven con el VIH o SIDA mediante el mejoramiento del acceso a servicios integrales de salud para personas viviendo con VIH o SIDA (PVVS); fomentando y fortaleciendo a las organizaciones de PVVS para que se involucren en actividades de promoción de su salud y la defensa de sus derechos.
- Además de incrementar la participación de la sociedad civil frente a la epidemia del VIH-SIDA, difundiendo información, sensibilizando a líderes nacionales y locales, así como también fortaleciendo las ONGs que trabajan en la temática.

El Ecuador ha ratificado prácticamente todos los tratados y convenios internacionales en el Sistema Universal de Derechos Humanos y en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos. Con relación al VIH-SIDA, ha firmado el Convenio Hipólito Unanue, formando parte del Organismo Andino de Salud, otros como 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 de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre VIH-SIDA (UNGASS).²

1.1 El VIH-SIDA en el Mundo y en el Ecuador: datos y estadísticas

Desde que se inició la epidemia, 33 millones de personas viven actualmente con VIH y SIDA en el mundo. No existe epidemia más grande en el mundo como el SIDA que cobre tantas vidas al año.³

Cuadro N-1. Estadísticas de la epidemia mundial de VIH-SIDA.

	Cálculo estimativo	Rango
Personas que viven con VIH/SIDA en 2007	33,0 millones	30,3-36,1 millones
Adultos que viven con VIH/SIDA en 2007	30,8 millones	28,2-34,0 millones
Mujeres que viven con VIH/SIDA en 2007	15,5 millones	14,2-16,9 millones
Niños que viven con VIH/SIDA en 2007	2,0 millones	1,9-2,3 millones
Personas recientemente infectadas con VIH en 2007	2,7 millones	2,2-3,2 millones
Niños recientemente infectados con VIH en 2007	0,37 millones	0,33-0,41 millones
Muertes por SIDA en 2007	2,0 millones	1,8-2,3 millones
Muertes de niños por SIDA en 2007	0,27 millones	0,25-0,29 millones

Fuente: ONUSIDA/OMS Julio de 2008.

Desde el año de 1981 más de 25 millones de personas murieron de SIDA, las consecuencias que acarrea la epidemia son lamentables, la prueba de ello es África, quien tiene 11.6 millones de niños huérfanos a causa del SIDA.

A finales del año 2007, las mujeres representaban el 50% de todos los adultos que viven con VIH en todo el mundo y el 59% en África Subsahariana. Las personas jóvenes (menores de 25 años) representan la mitad de todas las infecciones con VIH recientes a nivel mundial.³

En varios países latinoamericanos se están observando altos niveles de infección por el VIH (entre el 2% y el 28%) en varones que tienen relaciones sexuales con varones. Sin embargo, en muchos países la transmisión del VIH entre profesionales del sexo

femenino y sus clientes es otro factor significativo en la propagación del virus. Conforme madura la epidemia, aumenta el número de mujeres infectadas.⁴

Cuadro N.2. Estadísticas regionales de VIH & SIDA, fin de 2007.

Región	Adultos & niños que viven con VIH/SIDA	Adultos & niños recientemente infectados	Frecuencia en Adultos*	Muertes de adultos & niños
África subsahariana	22,0 millones	1,9 millones	5,0%	1,5 millones
África del Norte & Oriente Medio	380.000	40.000	0,3%	27.000
Asia	5 millones	380.000	0,3%	380.000
Oceanía	74.000	13.000	0,4%	1.000
América Latina	1,7 millones	140.000	0,5%	63.000
El Caribe	230.000	20.000	1,1%	14.000
Europa Oriental & Asia Central	1,5 millones	110.000	0,8%	58.000
América del Norte, Europa Occidental y Central	2,0 millones	81.000	0,4%	31.000
Total mundial	33,0 millones	2,7 millones	0,8%	2,0 millones

Fuente: ONUSIDA/OMS Julio de 2008

* Proporción de adultos entre 15-49 años que vivían con VIH/SIDA

Cuadro N-3. Prevalencia estimada de VIH/SIDA en América Latina 2007

País	Personas que viven con VIH/SIDA		Muertes por SIDA en 2007
	Todas las personas	Adultos (15-49) índice %	
Argentina	120.000	0,6	5.400
Belice	3.600	2,1	<200
Bolivia	8.100	0,2	<500
Brasil	730.000	0,6	15.000
Chile	31.000	0,3	<1.000
Colombia	170.000	0,6	9.800
Costa Rica	9.700	0,4	<200
Ecuador	12.101	0,3	1.200
El Salvador	35.000	0,8	1.700
Guatemala	59.000	0,8	3.900
Guyana	13.000	2,5	<1.000
Honduras	28.000	0,7	1.800
México	200.000	0,3	11.000
Nicaragua	7.700	0,2	<500
Panamá	20.000	1,0	<1.000
Paraguay	21.000	0,6	<1.000
Perú	76.000	0,5	3.300
Surinam	6.800	2,4	-
Uruguay	10.000	0,6	<500
Total	1'686.101	0,5	63.000

Fuente: ONUSIDA/OMS Julio de 2008.

Brasil alberga más de un tercio del número total de personas que viven con el VIH en América Latina (730.000 adultos y niños), y su prevalencia nacional del VIH era del 0,6% en el 2007. En el 2005 estaban recibiendo terapia antirretroviral unas 170.000 de las 209.000 personas que la necesitaban, incluidos 30.000 consumidores de drogas intravenosas.

Está aumentando el número de jóvenes que tienen relaciones sexuales a edades más tempranas y con más parejas: al menos uno de cada tres (36%) brasileños encuestados de 15-24 años dijo que ya era sexualmente activo antes de cumplir los 15 años de edad.⁴

México es el segundo país, después de Brasil, con el mayor número de personas viviendo con VIH y SIDA en Latinoamérica.⁵ En el año 2007 se estimó que 200.000 personas vivían con el virus, hasta dos tercios de las cuales son varones que se cree que se han infectado en el curso de relaciones sexuales con otros varones. Hay signos de que está aumentando la transmisión heterosexual del VIH a medida que más mujeres se infectan a través de sus parejas que también tienen relaciones sexuales con varones.⁴

En la Argentina se estimaba que había 120.000 personas que vivían con el VIH en el 2007, lo que supone una prevalencia en adultos del 0,6%. El consumo de drogas intravenosas y las relaciones sexuales sin protección entre varones son los principales impulsores de la epidemia en el país; se ha comprobado que casi uno de cada dos (44%) consumidores de drogas intravenosas sometidos a la prueba del VIH en Buenos Aires es VIH-positivo, y se han registrado niveles de infección del 7-15% entre varones que tienen relaciones sexuales con varones. Las personas privadas de libertad en las principales cárceles urbanas figuran entre los grupos de población más afectados.

Las relaciones sexuales entre varones constituyen un factor importante en las epidemias de VIH de Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador y Perú, y se han documentado altos niveles de prevalencia del VIH entre varones que tienen relaciones sexuales con varones en Santa Cruz, Bolivia (24%); Quito-Pichincha y Guayaquil-Guayas, Ecuador (17% y 23%, respectivamente) y Lima, Perú (23%).⁴

En Colombia existe 170.000 personas que viven con el VIH en el 2007. Se han detectado niveles de infección de hasta el 20% entre varones que tienen relaciones sexuales con varones en Bogotá, aunque sólo eran VIH-positivas el 1% de las profesionales del sexo femenino. De todas formas, cada vez es más frecuente que las mujeres se infecten a través de sus parejas masculinas que también tienen relaciones sexuales con varones. Entre las mujeres que resultaron VIH-positivas en proyectos dirigidos a prevenir la transmisión materno-infantil del VIH, el 72% mantenía relaciones estables con su pareja.⁴

Honduras tiene una prevalencia nacional del VIH del 0,7% (28,000 personas vivían con el virus a finales del 2007). El SIDA es la principal causa de mortalidad entre las mujeres hondureñas. El comercio sexual y las relaciones sexuales entre varones están propulsando la epidemia en el país. Una de cada 12 profesionales del sexo femenino resultó VIH positiva en la capital Tegucigalpa.⁴

La situación fue similar en Guatemala, donde se identificaron 59.000 personas que vivían con el VIH. La prevalencia nacional en adultos se mantuvo en el 0,8%. Se ha estimado una prevalencia del VIH del 15% entre profesionales del sexo que trabajan en la calle y del 12% entre varones que tienen relaciones sexuales con varones en la ciudad de Guatemala.⁴

Belice está sufriendo una intensa epidemia, con una prevalencia nacional del VIH en adultos del 2,1% en el 2007. Las relaciones sexuales entre varones constituyeron un factor oculto, pero poderoso, no sólo en la epidemia de Belice sino también en las de El Salvador, Nicaragua y Panamá.⁴

Las estadísticas sobre el VIH/SIDA, en el Ecuador, constituyen una fuente poco representativa de información, debido al subregistro existente, con relación a la notificación de diagnósticos sobre el VIH.⁶ En los últimos 30 años, el número de casos reportados de personas infectadas se ha incrementado aceleradamente. Sumados los infectados notificados de VIH y los de SIDA, en este periodo (entre 1984 y fines del 2007) se contó con un número de 12.101 personas, con 1947 fallecidos. En el año 2007 registraron 1.682 casos de VIH, 527 casos de SIDA y 63 fallecidos.⁷

En nuestro país la epidemia se encuentra concentrada en la población económicamente activa. El VIH-SIDA es hoy la principal causa de defunción entre los adultos jóvenes en todo el mundo, el mayor número de casos en el Ecuador se encuentra en personas de 20 a 44 años.⁸ Desde que se notificó el primer caso de VIH en 1984, inicialmente los grupos más afectados fueron los homosexuales y bisexuales, pero actualmente hay un incremento de la transmisión entre la población heterosexual.⁸

En el Ecuador, un número significativo de adolescentes inician sus prácticas sexuales antes de los 14 y 15 años de edad. En el caso de los varones, 3 de cada 10 adolescentes tienen su primera relación sexual con una trabajadora sexual. En general, los/las adolescentes no tienen un conocimiento adecuado del preservativo, o a su vez, tienen rechazo a utilizarlo. En muchas de las pandillas obligan a los/las jóvenes, a iniciarse en la utilización de sustancias psicotrópicas o experiencias sexuales que incrementan la vulnerabilidad para contraer el VIH. El 8.1% de casos y de personas viviendo con VIH notificados en el año 2002 correspondió a adolescentes.⁶

Las mujeres ahora representan un tercio de los casos de VIH en América Latina y la mitad de los casos en el Caribe. Las adolescentes están expuestas a ese riesgo, debido a lo cual la promoción de la independencia económica, la educación y las oportunidades laborales para las mujeres deben considerarse como parte fundamental de la respuesta a la epidemia del VIH.⁶

A continuación se describe la evolución del número de casos reportados de VIH-SIDA y personas fallecidas desde que inicio la epidemia 1984 hasta el 2005. (Ver tabla N° 1)

Tabla N-1. Número de casos reportados de VIH-SIDA y personas fallecidas. Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Epidemiología, Programa Nacional de SIDA.

AÑOS	NUMERO DE PERSONAS			ACUMULADOS			PERSONAS FALLECIDAS	
	VIH	SIDA	VIH/SIDA	VIH	SIDA	VIH/SIDA	FALLECIDAS	ACUMULADO
1984	2	6	8	2	6	8	6	6
1985	2	1	3	4	7	11	0	6
1986	0	6	6	4	13	17	6	12
1987	9	23	32	13	36	49	20	32
1988	31	31	62	44	67	111	24	56
1989	25	29	54	69	96	165	24	80
1990	37	48	85	106	144	250	41	121
1991	35	54	89	141	198	339	37	158
1992	94	69	163	235	267	502	42	200
1993	64	89	153	299	356	655	68	268
1994	108	116	224	407	472	879	83	351
1995	114	71	185	521	543	1064	44	395
1996	133	66	199	654	609	1263	37	432
1997	125	128	253	779	737	1516	56	488
1998	145	184	329	924	921	1845	88	576
1999	282	325	607	1206	1246	2452	98	674
2000	348	315	663	1554	1561	3115	203	877
2001	294	318	612	1848	1879	3727	298	1175
2002	361	403	764	2209	2282	4491	204	1379
2003	497	303	800	2706	2585	5291	111	1490
2004	573	433	1006	3279	3018	6297	168	1658
2005	950	419	1369	4229	3437	7666	98	1756

Fuente: ONUSIDA, MSP, EQUIDAD. Análisis de la Situación y Respuesta sobre la Situación del VIH/SIDA en el Ecuador, Informe. Julio 2000

Cuadro N.4. Distribución de casos de VIH/SIDA por provincias en el Ecuador año 2007.

PROVINCIA	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%
	SIERRA					
AZUAY	29	2,1	8	1,0	37	1,7
CAÑAR	7	0,5	10	1,2	17	0,8
COTOPAXI	7	0,5	10	1,2	17	0,8
CHIMBORAZO	9	0,7	5	0,6	14	0,6
LOJA	11	0,8	6	0,7	17	0,8
IMBABURA	10	0,7	5	0,6	15	0,7
PICHINCHA	277	20,2	127	15,2	404	18,3
	COSTA					
EL ORO	70	5,1	35	4,2	105	4,8
ESMERALDAS	30	2,2	41	4,9	71	3,2
GUAYAS	788	57,5	489	58,4	1277	57,8
LOS RIOS	20	1,5	16	1,9	36	1,6
MANABI	98	7,1	62	7,4	160	7,2
TOTAL TODAS PROVINCIAS	1371	100	838	100	2209	100

Fuente: ONUSIDA, MSP, EQUIDAD. Análisis de la Situación y Respuesta sobre la Situación del VIH/SIDA en el Ecuador, Informe. Julio 2000

En el 2007 hubo un predominio de la infección masculina aunque se dio una tendencia a igualarse con la femenina (1,4 hombres por una mujer para el 2007). Las provincias de Pichincha y Guayas tienen los mayores porcentajes en hombres en relación con las mujeres.⁷

1.2. Marco Legal del VIH-SIDA en el Ecuador

La legislación ecuatoriana declara de interés nacional la lucha contra el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) especificando: “Los derechos, el respeto, la no marginación y la confidencialidad de los datos de las personas afectadas con el virus de Inmuno Deficiencia Humana (VIH)”. Además el Estado “garantiza una adecuada vigilancia epidemiológica; facilitando el tratamiento a las personas afectadas por el VIH y asegurando el diagnóstico en bancos de sangre y laboratorios.”⁹

El 27 de junio del 2001, en Nueva York, fue aprobada por los Estados miembros de las Naciones Unidas: “La Declaración del compromiso frente al Sida” que tuvo como finalidad permitir el pronunciamiento de los gobiernos para seguir un plan en relación a la prevención, financiamiento y acceso a medicamentos, entre otros. Los objetivos de la declaración están centrados en la ampliación de programas de prevención, atención, tratamiento y reducción del impacto del VIH; logrando con esto alcanzar el 6to objetivo del Desarrollo del Milenio: “Contener la epidemia e invertir su curso en el año 2015”.¹⁰

En marzo/septiembre del 2005, en la ciudad de Quito, representantes de ONGs, coordinadoras, redes de Personas viviendo con VIH-SIDA (PVVS) e instituciones públicas articularon la Campaña Nacional sobre el SIDA “Asumamos el compromiso de una vez por todas”, cuyos propósitos fueron: ¹⁰

- Diseñar una campaña de VIH-SIDA a largo plazo mediante una estrategia, la misma que esté liderada por la sociedad civil organizada y un Comité Nacional en el que participen coordinadoras, redes, organizaciones e instituciones del sector público y privado.
- Monitorear los compromisos del Gobierno e impulsar a los distintos ministerios (Trabajo, Educación, Bienestar Social, Finanzas) para que se sumen con políticas y programas en la respuesta frente al VIH-SIDA.
- Promover una política de Estado que asegure los recursos suficientes para la atención de PVVS a nivel nacional.

- Incluir a PVVS y a la comunidad dentro de una coordinación multisectorial con autonomía y recursos propios como una instancia que coordine la respuesta frente al VIH-SIDA.

En el Plan Nacional de Desarrollo se abarca al tema del VIH-SIDA como otro factor de vulnerabilidad y discriminación: las mujeres amas de casa (25 a 40 años), con una sola pareja sexual junto a los jóvenes (17 a 24 años) son los grupos más afectados. En 1995 había 1 mujer infectada (VIH+) por cada 4 hombres, en el 2006 la cifra era de 1 por cada 2, y en los jóvenes de 1 por cada 1.5 hombres. En el 2004, de 1108 casos reportados, 774 correspondía a heterosexuales, 138 a bisexuales y 97 a homosexuales.¹¹

El país carece de políticas públicas efectivas que permitan: garantizar el acceso de las personas afectadas por el VIH-SIDA a servicios de salud de calidad, a medicamentos antiretrovirales y para enfermedades oportunistas y combatir la discriminación que viven en todos los ámbitos y espacios. Muchos de los casos son resultado de violencia y, a su vez, el conocimiento o detección de VIH+ en una mujer, es otra de las causas para ser violentada.¹¹

No existe conocimiento sobre las afectaciones del VIH-SIDA de las mujeres indígenas, mestizas y colonas de diversas regiones del país, que habitan en las zonas de mayor vulnerabilidad social, como son los cordones fronterizos, principalmente las ciudades donde hay explotación petrolera.¹¹

1.3. Derechos de las personas viviendo con VIH-SIDA

La promoción y protección de los derechos humanos son necesarias tanto para proteger la dignidad de las personas afectadas por el VIH-SIDA como para alcanzar los objetivos de reducir la vulnerabilidad a la infección y dotar de medios a las comunidades para responder a la epidemia.

En el Ecuador se violan los derechos de las personas que viven con VIH-SIDA, talvez por desconocimiento de las leyes o por falta de sensibilización frente a la temática, lo cual contribuye a la existencia de desigualdad en el acceso a la salud, educación, trabajo y trato justo. Tener VIH o SIDA no es un castigo; nadie tiene la facultad de juzgar a las personas; las circunstancias por las que alguien se infectó no debe ser una condición para condenar a un individuo.

Si la sociedad civil y el Estado se preocupara por educar a la población acerca de las formas de transmisión del virus e impartiera conocimientos tan básicos y sencillos como el hecho de no tener ningún riesgo si se comparte un baño o una piscina o se da la mano a una persona que vive con el virus del VIH, no habría tantas restricciones en los trabajos y prohibición de recibir a estas personas en universidades. La falta de conocimiento hace que se discrimine y violente los derechos de seres humanos comunes y corrientes como todos los que no lo tienen. El ser humano es cruel y no se da cuenta del sufrimiento de las personas rechazadas y tratadas inequitativamente sin ninguna razón.

La promoción y protección de los derechos humanos son necesarias para proteger la dignidad de las personas afectadas por el VIH-SIDA; el objetivo común debe ser brindar un bienestar a todos los individuos, y la mejor manera de lograrlo es promoviendo

y protegiendo sus derechos. Cuando alguien sea rechazado en algún trabajo o discriminado por su condición, su derecho es denunciar y exigir el cumplimiento que ha impuesto la justicia.

1.4 Análisis de la situación del VIH-SIDA en el Ecuador

Las personas que viven con VIH o SIDA en nuestro país enfrentan el rechazo social, la negación de los servicios de salud, dificultad para el acceso a tratamientos, pérdida de su empleo, etc.

Es difícil pensar en alguna otra epidemia de la magnitud del VIH-SIDA, porque su complejidad y repercusión en términos culturales, sociales, políticos, económicos, obligan a disponer de estrategias de análisis para poder orientar las políticas públicas. Frenar el VIH-SIDA constituye un reto que con urgencia se debe afrontar debido a que la infección ya no es un problema limitado a determinados grupos de riesgo, sino un asunto de toda la sociedad. Esta epidemia ha crecido desproporcionadamente en comunidades que sufren de hambre, pobreza, indigencia, por lo que es considerada como un problema de desarrollo de los pueblos.¹²

Las unidades de salud del sistema público enfrentan una serie de limitaciones con relación a brindar servicios de salud integral en VIH-SIDA. Existe escaso personal especializado para la atención de las personas viviendo con VIH-SIDA. La deficiencia de infraestructura adecuada, el número limitado de equipos y tecnología para la atención específica de patologías relacionadas, dificultan brindar una atención de calidad.¹³

El Ecuador aún no cuenta con una política nacional que garantice una atención integral y sostenida a las personas que viven con VIH-SIDA. A pesar de que en agosto del 2002, se aprobó y se puso en vigencia la Ley del Sistema Nacional de Salud en VIH-SIDA, en el país no se ha implementado dicho sistema.

El VIH es un asunto de salud internacional, que le concierne al Ecuador, de ahí la importancia de reconocer que el VIH-SIDA es un tema que involucra a todas las naciones, por lo que la cooperación entre países es una temática planteada desde hace mucho tiempo, para establecer una colaboración y apoyo mutuo, con el propósito de potenciar recursos para enfrentar la epidemia, aprovechando las propias capacidades de gestión y experiencia de cada uno de los países.

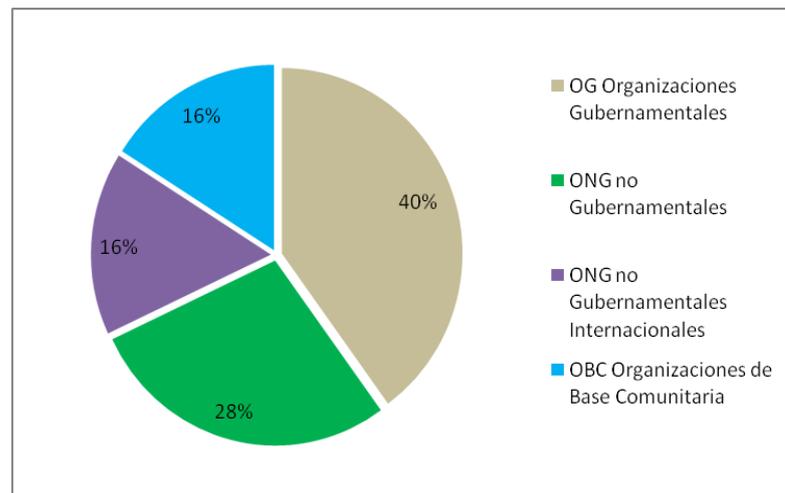
1.5. Organizaciones que trabajan en VIH-SIDA en el Ecuador

Según la encuesta para la evaluación del Plan estratégico Nacional 2001-2004, administrada a 187 de un universo de 301 organizaciones de las 7 provincias más afectadas que concentran el 66,2% de la población ecuatoriana, la respuesta nacional a la epidemia se enmarca dentro de un contexto político, económico, socio-cultural y de un espacio institucional de igual complejidad.⁶

El sector está marcado por la presencia de una multiplicidad de actores, más de 200 organizaciones entre Organizaciones Gubernamentales (OG), Organizaciones no Gubernamentales (ONG) y Organizaciones de Base Comunitaria (OBC), de gran diversidad de formas legales, jerarquías y enfoques, sin contar con los organismos bilaterales y multilaterales de cooperación, así como de un cierto número de redes locales, provinciales e internacionales.⁶

Las organizaciones que trabajan en VIH-SIDA presentan la siguiente distribución: El mayor número, 40%, son Organizaciones gubernamentales (OG), dependencias del Ministerio de Salud Pública, del Ministerio de Educación y Cultura. Luego le siguen en importancia, las Organizaciones no Gubernamentales (ONG) (28%), Organizaciones no Gubernamentales Internacionales (ONGI) y Organizaciones de Base Comunitaria (OBC), cada una con un 16% del total, respectivamente. ⁶

Gráfico N.1. Organizaciones que trabajan en VIH-SIDA



Fuente: Ministerio de Salud Pública de la República del Ecuador, DECLARACIÓN DE COMPROMISO SOBRE VIH-SIDA, UNGASS, Informe Intermedio del Gobierno del Ecuador Relativo al Seguimiento de sus Obligaciones, Período 2003-2005, Ecuador, Diciembre, 2005.

Del total de las organizaciones examinadas, el 12% inicia su trabajo en VIH-SIDA entre 1982-1989; el 30% entre 1990 y 1999, y el 52%, entre 2000 y el 2005. El sector principal en el que trabajan el mayor número de organizaciones es el de Salud con el 65%, en su mayoría OG; Educación, el 19%; Población, el 6%; Derechos, el 5%; Salud Reproductiva, el 4% e Investigación, el 0%.⁶

Las áreas programáticas de trabajo se distribuyen de la siguiente manera: Prevención en VIH-SIDA, 82,8%; Promoción de Derechos, 52,3%; Atención a PVVS, 36,6%; Incidencia Política, 30,6%; Entrega de medicamentos, 16,4%; Banco de sangre en relación con VIH-SIDA, 14,1%; Investigación del VIH-SIDA o temas conexos, 22,4%; Captación y administración de recursos económicos, 11%, y otros, 25,4%. Los recursos económicos invertidos en programas de prevención de VIH-SIDA que fueron declarados en la encuesta realizada para evaluar la respuesta al VIH-SIDA del período 2001-2005, aunque relativamente modestos, manifiestan una tendencia netamente creciente.¹⁴

Cuadro N-5. Presupuesto invertido en programas de prevención de VIH-SIDA

Año	2001	2002	2003	2004	2005
Total USD	406.600	554.850	784.961	1.451.994	1.991.607

Fuente: ONUSIDA, MSP, EQUIDAD. Análisis de la Situación y Respuesta sobre la Situación del VIH/SIDA en el Ecuador.
Informe. Julio 2000

Es una necesidad incrementar la oferta de servicios como la consejería en VIH-SIDA y las pruebas voluntarias, ya que de esta manera permitirá que las personas conozcan su situación frente al VIH, además de estar preparados para el resultado.

Para incrementar la prestación de servicios de consejería es importante capacitar no solamente a los trabajadores de la salud, sino también a grupos de pares como jóvenes, trabajadores/as sexuales, homosexuales y hombres que tienen sexo con hombres además de los miembros de la comunidad.

Para que la prevención sea eficaz es importante incluir a la comunicación, información, educación, servicios y productos básicos. Las campañas deben promover un diálogo sobre las causas de la epidemia. La educación debe incorporar los datos sobre el VIH dentro de un método más amplio de desarrollo de habilidades, que les permita a las personas formular y negociar sus propias estrategias de protección. Los servicios deben ser accesibles, confidenciales y de gran calidad. Los productos básicos deben incluir condones, además de medicamentos antirretrovirales y materiales requeridos para el diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual.¹⁵

1.6. Experiencias a nivel mundial de centros de asesoría en VIH-SIDA.

En Colombia, la consejería para la prueba voluntaria de VIH en mujeres embarazadas es un componente clave para reducir la transmisión vertical. Las mujeres embarazadas no se realizan la prueba porque no han recibido la recomendación del médico gineco-obstetra y porque no consideran haber estado en riesgo para VIH-SIDA. Es indudable que la consejería a mujeres embarazadas muestra efectividad en la aplicación voluntaria de la prueba para VIH en el 96% (García y Grimes, 2000). Esto destaca el valioso papel que juega la consejería en la prevención de la epidemia.¹⁶

Haití está empezando a ofrecer servicios de consejería y prueba voluntaria en VIH-SIDA a jóvenes que viven con el virus y a su familia, además de explorar las posibilidades de los clubes pos-prueba y los sistemas de derivación. El enfoque de Haití hacia la juventud es un paso necesario en una época donde el número de jóvenes infectados por VIH va en aumento.¹⁷

El riesgo de infecciones de transmisión sexual en Nicaragua por un solo contacto ha aumentado de 10 a 300 veces, lo cual ha llamado la atención buscando el mejoramiento de los servicios de control de las ITS como una mayor medida de prevención del SIDA. Para esto Nicaragua ha logrado desarrollar un programa capaz de dar acceso a servicios de salud sexual para los grupos más vulnerables, y al mismo momento mejorar la calidad humana y técnica de estos servicios para prevenir una mayor epidemia del VIH-SIDA. Uno de los principales servicios que ofrecen es la consejería sobre sexo seguro, material educativo y condones. Además de la prueba del VIH, pre- y post-consejería y seguimiento en el caso que esta sea positiva.

República Dominicana, antes del 2002, contaba sólo con 14 lugares donde existían servicios de consejería sobre el VIH. En 2002-2003, una labor coordinada y en colaboración con varias organizaciones establece 100 servicios de exámenes y consejería voluntaria, en lugares públicos y privados de toda la nación (63 en hospitales públicos, 17 en centros privados y 20 en ONGs) capacitando a 361 consejeros en orientación individual básica previa y posterior a la toma de exámenes. A fin de estandarizar los servicios de consejería y orientación individual, República Dominicana desarrolla las “Normas nacionales para consejería sobre VIH-SIDA” y una “Guía de capacitación en consejería” para consejeros que ofrecerán servicios de apoyo y seguimiento a las personas infectadas.¹⁸

En México, la Consejería y el Diagnóstico Voluntario (CDV) son una parte integral de los programas de prevención y atención; está demostrada la importancia de la consejería y el diagnóstico voluntario para reducir la transmisión; así como para desarrollar estrategias para que los NO infectados permanezcan así; el abrir el diagnóstico fuera de los grupos de mayor riesgo reduce el estigma y la discriminación asociada al VIH, mejorando la aceptación del problema VIH-SIDA en los servicios médicos. México cuenta con 20 centros de consejería y diagnóstico voluntario (CDV) en la ciudad, con personal capacitado que provee los Servicios de Consejería y Diagnóstico de manera voluntaria, confidencial y gratuita.¹⁹

Cuba cuenta con un centro gubernamental de prevención del SIDA, donde más de 200 promotores de salud y un grupo de psicólogos y expertos en VIH-SIDA trabajan día a día sobre la base del voluntariado para dar a la población ayuda y respuestas acerca de todas las cuestiones relacionadas con el SIDA. El centro brinda consejería antes y después de la prueba de VIH. Las personas que viven con el virus pueden consultar a los expertos sobre tratamientos adecuados y sobre nutrición. Además existe una sala con una línea telefónica de ayuda, donde cuatro consejeros responden cada día alrededor de 100 llamadas de todo el país.

Cuba empezó la implementación de su programa nacional contra el VIH-SIDA en los inicios de la epidemia y por eso mantiene bajo control los niveles de prevalencia del SIDA; la tasa de infección en el país es del 0,07%, se encuentra entre las más bajas en el mundo. Ciertas rutas de infección vistas en otras partes del mundo son casi inexistentes en esta isla del Caribe. Casi no hay transmisión del virus a través del uso de drogas intravenosas o transfusiones sanguíneas, o a los recién nacidos. El VIH se transmite principalmente entre hombres que tienen sexo con otros hombres. De acuerdo con el Programa Nacional de Control de ITS y VIH-SIDA, 4.724 personas en Cuba viven con

VIH. Para fines del 2004, un total de 1.222 personas habían muerto desde el inicio de la epidemia en 1986.²⁰

La meta nacional de los Estados Unidos es reducir la incidencia de casos de unos 40.000 a 20.000 por año, enfocándose particularmente en la eliminación de las disparidades raciales y étnicas. Este país cuenta con centros de consejería en VIH y para el 2005 estimaba que mediante la consejería voluntaria y pruebas, se aumentaría de un 70% a 95% la proporción actualmente calculada de las personas infectadas por el VIH que saben que están infectados. El conocimiento de su diagnóstico será útil para poder mejorar su calidad de vida y aprender a vivir con el virus.²¹

En Uganda se piensa que los adolescentes merecen atención especial, porque registran la tasa más elevada de nuevos casos de infección por el VIH en países en desarrollo, y el reducir el número de nuevos casos de infección en este grupo etario constituye una de las estrategias más efectivas para frenar la propagación de la epidemia.

En este país se cree que diseñar programas efectivos para los jóvenes de ambos sexos no es tarea fácil, porque se enfrentan gran número de obstáculos específicos que les impiden adoptar comportamientos seguros. La disponibilidad de servicios, sobre todo los que pueden satisfacer sus necesidades de manera amigable, sin estigmatizarlos ni discriminarlos, es muy reducida.

Uganda posee servicios voluntarios de consejería de alta calidad y ensayo de estrategias de prestación de servicios para jóvenes. Este esfuerzo se abocó a la exploración de la viabilidad de servicios voluntarios de consejería para poner a prueba estrategias de atención para jóvenes. Se identifica el papel y la efectividad de programas escolares en la mejora de comportamientos seguros de jóvenes ugandeses.²²

1.7 Primeros centros de asesoría en VIH-SIDA en el Ecuador

Desde 1984 se han reportado 12.101 casos de VIH-SIDA en el país hasta el 2007. Sin embargo el estigma y la discriminación están causando más estragos que el SIDA; las personas viviendo con VIH-SIDA tienen que enfrentarse con la incomprensión y el miedo, lo que impide que tengan un adecuado acceso al tratamiento, a la asistencia y al apoyo que necesitan.

La Cruz Roja Ecuatoriana se sumó a esta labor y empezó a brindar asesorías en VIH-SIDA desde octubre del 2004 en la ciudad de Quito, un servicio que invita a un diálogo confidencial entre el usuario y el asesor que acude solicitando la realización de la prueba de VIH. Cruz Roja busca instaurar una cultura de prevención basada en la información oportuna y calificada sobre el tema. Cuenta también con un sistema de referencia y contrarreferencia a otras instituciones de tal manera que la atención que se brinde sea integral.

La asesoría tiene como finalidad ayudar, apoyar al usuario en la toma de decisiones oportunas basándose en información adecuada para que las personas puedan ejercer una sexualidad responsable, desarrollando estrategias de promoción, prevención y lucha contra el estigma y la discriminación. Sin olvidarse que la realización de la prueba es voluntaria y que debe fundamentarse en el consentimiento informado.

La Cruz Roja Ecuatoriana se constituye así, junto a otras organizaciones, en un referente de lucha contra la discriminación, la estigmatización y el incumplimiento de derechos de las personas viviendo con VIH (PVVS), así como en una institución que busca concienciar a la población en general sobre la importancia que tiene detener el

avance de esta pandemia, que no solo es un tema de Salud Pública, sino también un tema de desarrollo de los pueblos a largo plazo.²³

Hasta el 2005 la Cruz Roja Ecuatoriana contaba con 6 Centros de Asesoría Prueba Voluntaria en VIH-SIDA en las Juntas Cantonales de Santo Domingo, Quevedo y en las Juntas Provinciales de Pichincha, Manabí, Esmeraldas y Guayas. Durante estos últimos 5 años, desde el 2005 hasta el 2010, muchos han sido los avances en todas las acciones que se han venido realizando en la Cruz Roja Ecuatoriana en la temática de VIH-SIDA, como la implementación de nuevos centros de (APV) asesoría prueba voluntaria en VIH-SIDA en otros lugares del país: Ibarra, Riobamba, Loja, Guamaní, Milagro.

2. FUNDAMENTOS TEORICOS

2.1. Asesoría en VIH-SIDA como una estrategia de prevención

La asesoría en VIH-SIDA debe ser enfocada en los tres niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria.

- La prevención primaria en relación a la educación impartida referente al tema, mediante información y una adecuada comunicación que permita la percepción y valoración del riesgo individual.²⁴
- La prevención secundaria implica el diagnóstico primario, por lo que está dirigida a aquellas personas que han contraído la infección por el VIH, y que necesitan apoyo integral tanto psicosocial como médico.²⁵
- La prevención terciaria referente al acompañamiento y seguimiento de las PVVS, para lo cual el servicio de asesoría contacta a la persona con los servicios asistenciales y de apoyo por lo que se emplea el sistema de referencia como parte del servicio.²⁵

2.2. Concepto de Asesoría en VIH-SIDA

La asesoría es un diálogo que se presenta en un ambiente de confidencialidad, en el cual se exponen sentimientos, miedos e inquietudes. Es el momento preciso para disminuir la ansiedad que genera un posible resultado positivo.

La asesoría elevará la autoestima y mejorará el estado emocional de la persona, permitiéndole escoger luego de varias opciones planteadas, la que mejor se relacione con el usuario o la usuaria.

A quien acude solicitando la prueba de VIH, una persona llamada asesor o asesora ofrece mucho interés, atención a sus necesidades y respeto a sus pensamientos, sin juzgar sus acciones presentes o pasadas.

La asesoría invita a un cambio de comportamiento que beneficie a toda la familia, buscando que la persona sea capaz de enfrentar el estrés que se genera y pueda tomar una decisión frente a sus riesgos personales; identificando un plan de prevención que beneficie a todos y mejore su calidad de vida.

2.3. Objetivo de la Asesoría

Brindar al usuario la oportunidad de analizar sus factores de riesgo, buscar la solución a los mismos, adoptando prácticas seguras y estimulando cambios de comportamientos a fin de disminuir sus riesgos y los de su o sus parejas.

La asesoría apoya la autonomía en la toma de decisiones, luego de clarificar confusiones, temores y prejuicios, además informa acerca de los derechos y responsabilidades de las personas que viven con VIH-SIDA; pero sobre todo trata de conseguir una vida de calidad para quienes viven con el virus.

A través de la consejería / asesoría se busca proporcionar información actualizada y científica sobre VIH-SIDA, brindar apoyo emocional, psicológico y legal a las PVVS y a

las personas afectadas por esta causa. Se trata de procesos individuales que permiten al usuario/a cuestionar, compartir y llegar a aceptar comportamientos preventivos alternativos; ayudando a las personas a comprender las implicaciones sobre la infección del VIH, fomentando la toma de decisiones informadas y respetando las características biológicas, psicológicas y sociales del usuario/a.²⁶

2.4. Diferencia entre Asesoría y Consejería en VIH-SIDA

ASESORÍA

La OMS define la asesoría de VIH como un “diálogo confidencial entre un usuario y un asesor cuyo objetivo es que el cliente pueda manejar /enfrentar el estrés y ser capaz de tomar decisiones personalmente sobre el VIH-SIDA. El proceso de asesoramiento incluye una evaluación de los riesgos personales de transmisión y un análisis de cómo prevenir la infección”.

CONSEJERÍA

Es una atención más personalizada al usuario, que implica manejo de crisis. Se diferencia de la asesoría porque esta última es una atención primaria con protocolos estructurados y definidos que incluyen a otras organizaciones de referencia con el objetivo de conseguir una atención integral para el usuario. La consejería incluye una serie de sesiones periódicas dependiendo del consejero-a y del caso, hasta lograr que el usuario se encuentre listo para continuar su vida sin un apoyo.²⁷

2.5. El Proceso de la Asesoría

Incluye tres etapas:

1. Construcción de las relaciones.

Esta etapa inicial es fundamental ya que el asesor debe asegurar la confidencialidad del usuario. Para la construcción de una relación, el asesor debe apoyar la elaboración de la historia personal, explorando sus problemas y entendiendo sus sentimientos. El asesor definirá un plan para conocer cómo le gustaría al usuario resolver el problema, qué piensa él, qué se debería hacer para manejar al problema, qué espera de la asesoría, y la ayuda que el asesor puede brindarle.²⁸

2. Recolección de información.

Luego de haberse ganado la confianza del usuario/a se podrá recoger información y proporcionar apoyo, promover un continuo cambio de conducta, ayudar en el proceso de aceptación y control de los problemas.²⁸

3. Enfrentamiento y resolución de los problemas.

Esta es la etapa en la que el asesor ayuda al usuario a resumir los problemas y establecer un plan. Únicamente se deberá terminar la relación con el usuario cuando éste pueda lidiar solo con su plan y tenga apoyo de su familia, amigos, o un grupo que le ayude a llevar a cabo el plan de acción.²⁸

Además, el asesor debe asegurarse que el usuario/a mantenga las habilidades para enfrentar los problemas, apoyar el mantenimiento de un cambio de conducta y asegurar una continua ayuda.²⁸

Principalmente sus roles están enfocados a la prevención de la infección de VIH promoviendo cambios de comportamiento y proporcionando apoyo psicológico-social a las personas infectadas y/o afectadas por el VIH-SIDA.

Para el cumplimiento de los roles se debe brindar información adecuada sobre el VIH-SIDA, asistencia a PVVS en el cómo enfrentar su diagnóstico y en la referencia respectiva.

2.5.1. Modelos de Asesoría

Los tres modelos de asesoría planteados a continuación están basados en teorías sobre el cambio de la conducta humana.²⁸

El enfoque de asesoría usado combina elementos de estos tres modelos, debido a que el centro de la asesoría de VIH-SIDA apunta a facilitar el cambio de conducta y proveer apoyo psico-social.

El modelo centrado en el cliente

Se basa en la premisa que un cambio positivo de conducta es posible si ciertas condiciones prevalecen en el ambiente. Estas condiciones incluyen la habilidad del asesor para mostrar calidez sin ser posesivo/a, consideración positiva incondicional, completa aceptación del usuario, no hacer juicios de valor, mostrar entendimiento y empatía.

Con estas condiciones es más probable que el usuario confíe en el asesor, empiece hablar y encuentre el fondo de sus problemas, empezando a trabajar en sus soluciones.²⁸

El modelo de conducta

Este modelo se basa en la prevención de la transmisión de VIH reforzando conductas seguras o cambiando aquellas que no lo son.

Para conseguir el cambio, se debe promover la “auto-eficacia”, que consiste en hacer posible que los usuarios aumenten su confianza y habilidad para cambiar su conducta sexual. Mejorar sus habilidades en la reducción de riesgos, por ejemplo el usar correctamente un preservativo o saber negociar sus relaciones sexuales.²⁸

Para que el cambio de conducta sea saludable se requiere de un ambiente social que elimine actitudes con prejuicio, discriminación y violación de los derechos humanos de las personas infectadas y afectadas con VIH-SIDA.²⁸

El modelo Psico-social

Este modelo sostiene a los factores internos, como son el carácter y personalidad, y los factores externos, como el ambiente social, influyen en la conducta de los usuarios.

La asesoría busca ayudar al cliente a tener una perspectiva de su propia realidad para que se sienta el protagonista de su propio destino.²⁸

Un modelo que no permite la expresión de estos procesos psíquicos no puede reflejar un panorama más amplio de los valores de la sociedad.²⁸

2.5.2. Tipos de asesoría

Asesoría sobre el riesgo

La asesoría sobre el riesgo brinda información sobre el VIH-SIDA, dando oportunidad para la reflexión sobre el impacto que se generaría en la vida diaria, y desarrollando formas para que el usuario evalúe sus riesgos y reduzca los mismos.

Asesoría para aliviar la angustia

Diseñada para aliviar la angustia frente a una situación difícil. En este caso dar información es inútil, lo más importante es escuchar con atención, dando la oportunidad a la persona para desahogar sus emociones y aprender a enfrentar los problemas.²⁸

Asesoría de relaciones de pareja y matrimonios

Trata de que las parejas conversen sobre los problemas de su relación, dependiendo de las necesidades que tengan. Es importante que entiendan los sentimientos de cada uno y descubran los aspectos positivos y negativos en los que se tienen que trabajar para evitar conflictos y fortalecer la relación.²⁸

Asesoría para enfrentar la muerte de un ser querido

Está enfocada en permitir a la persona descargarse de las emociones que posee, y de visualizar los problemas de vivir sin la persona que ha muerto, tratando de buscar aminorar el dolor, por lo que en esta asesoría se trabaja en etapas del dolor.²⁸

Asesoría de solución de problemas

Esta asesoría pretende que el usuario identifique sus problemas que le están causando ansiedad, fragmentar el problema en componentes menos complejos, para luego buscar caminos que le guíen a la resolución o reducción del mismo. Es importante además hacer una evaluación del camino escogido para considerar si fue un éxito.²⁸

2.5.2.1 Asesoría pre y post prueba

Asesoría pre prueba

Se la realiza antes de que el usuario se haga la prueba, en esta asesoría se tratan aspectos como la revisión de los riesgos de infección del usuario, el significado de la prueba, las limitaciones de los resultados de la prueba. Además se ayuda al usuario a pensar sobre posibles reacciones frente a los resultados; a entender por que la prueba es necesaria y a tomar una decisión.

El primer paso en la asesoría previa a la prueba es establecer una relación de empatía con el usuario. Luego el asesor/a busca tener una idea de ¿Por qué? el cliente desea hacerse la prueba y sobre su conducta y percepciones de riesgos. Es importante conocer lo relevante del pasado y el presente, como enfermedades de transmisión sexual, transfusiones de sangre, enfermedades graves, etc. La historia sexual es un tema tratado una vez que se logra la confianza del usuario para preguntar si tiene una pareja estable, esposo/a, enamorado/a u otro tipo de pareja, si usa preservativos en sus relaciones sexuales penetrativas o si existe alguna conducta de riesgo.

Después de esta fase el asesor necesita determinar el nivel de conocimiento del usuario sobre el VIH-SIDA y las pruebas de VIH. Es importante aclarar malos entendidos. El asesor debe evaluar el conocimiento del usuario en cuanto a lo que involucra hacerse la prueba y explicar los resultados positivos y negativos, incluyendo el periodo de ventana.

Posteriormente explorará las implicaciones personales de hacerse la prueba, incluyendo hablar de posibles resultados tanto negativos como positivos y lo que pueden significar en su vida. Las reacciones psico-sociales y los mecanismos de apoyo deberían ser discutidos, incluyendo el plan del usuario en lo que se refiere a quién informar sobre el resultado.

En la ausencia de la asesoría en VIH, el conocer que uno es VIH positivo, puede ser percibido como una “sentencia de muerte”. Sin embargo, es importante que el usuario reconozca los beneficios de conocer su estatus.

La siguiente fase es proveer información sobre prácticas sexuales seguras y un estilo de vida saludable. Si el usuario está practicando conductas de riesgo, es importante discutir con él, ¿qué se podría requerir para un cambio de conducta? Esta sería la oportunidad para plantear las estrategias de un sexo más seguro y con protección.

La fase final de una asesoría previa a la prueba, es para que el usuario determine si desea todavía realizarse la misma y si está preparado para enfrentar el resultado. Si el usuario decide hacerse la prueba, el asesor debe obtener su consentimiento informado

por escrito. Después que el usuario se ha hecho la prueba de VIH, se indica la fecha de entrega del resultado con una asesoría de post-prueba.

Asesoría post prueba

Una de las metas principales de la asesoría post-prueba es ayudar al usuario a entender y aceptar el resultado de su prueba. La asesoría post-prueba es la oportunidad para que el asesor ayude al usuario a encontrar opciones. Los mensajes son diferentes para aquellos que tienen resultados positivos y para los que tienen resultados negativos.

Los asesores deberían dar los resultados de las pruebas solamente cuando sienten que el usuario ha recibido asesoría adecuada. Para los asesores informar a alguien que el resultado de su prueba es positivo, puede ser difícil e incómodo. Uno de los temores más comunes entre los asesores es que el usuario pueda hacerse daño o hacer daño a alguien más, o que abandone el lugar con la intención de no regresar.

La post asesoría debe comenzar preguntando al usuario cómo se ha sentido desde que le tomaron la prueba de sangre, y reconociendo el valor por haber regresado o esperado por los resultados. Preguntar al usuario si tiene alguna inquietud, estando conciente de que este desee saber los resultados de la prueba lo más pronto posible.

Es importante estar seguro que el usuario ha entendido los resultados de la prueba y que ha integrado la información cognitiva y emocional. Luego se debe evaluar cómo se siente el usuario en ese momento, dejando que este exprese sus emociones.

Posteriormente se procederá a establecer un plan inmediato, que incluya la notificación a su pareja si lo desea o modificar su estrategia de reducción de riesgos.

Los usuarios pueden reaccionar de varias formas frente a un resultado positivo de sus pruebas de VIH, desde resignación a shock severo y negarse a creer. Algunas personas asumen que se pondrán enfermos y morirán inmediatamente. Es importante recordarles la diferencia entre VIH y SIDA, y enfatizar que con VIH es posible mantenerse saludable por mucho tiempo. Los asesores deberán preguntar a los usuarios qué piensan hacer cuando se termine la sesión y si es necesario, recordarles los planes que hicieron durante la sesión previa a la prueba de VIH. Los asesores evaluarán los sistemas de apoyo psico-social que necesita el usuario dependiendo del caso y realizarán la referencia respectiva.

2.6. Elementos de una Buena Asesoría

Para asegurar una asesoría efectiva existen cinco elementos fundamentales:

Tiempo suficiente

En asesoría no se puede establecer un tiempo específico, todo dependerá de la situación; el asesor debe ofrecer el tiempo suficiente que requiera el usuario para exponer todo lo que siente y desea dar a conocer.²⁸

Aceptación

En ningún momento se deben hacer juicios de valor, la aceptación hace que el usuario entre en confianza y permita que la relación de empatía se manifieste. No existirán diferencias en lo socio-económico, etnia, religión, ocupación, orientación sexual. Todos los seres humanos debemos ser aceptados como somos sin ningún tipo de distinción.²⁸

Accesibilidad

En cualquier momento la asesoría estará al servicio de los usuarios. El compromiso de la asesoría es responder a las necesidades del usuario de manera que se brinde una atención cálida y de calidad.²⁸

Consistencia y Precisión

La información que se ofrece debe ser precisa, todos los conocimientos son fundamentados en bibliografías y estadísticas actuales. El asesor deberá utilizar un lenguaje claro y comprensible. Además que utilizará las habilidades de comunicación para saber llegar al usuario.²⁸

Confidencialidad

La confianza es lo más importante ya que favorece la relación entre usuario/a – asesor/a permitiendo que el individuo elija qué decisión tomará luego de haber analizado sus riesgos con la ayuda del asesor/a. La confidencialidad en el proceso hará sentir mayor seguridad al usuario.²⁸

2.7. Formación de Profesionales en Asesoría/Consejería en VIH-SIDA

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador y la Cruz Roja Ecuatoriana iniciaron desde el año 2004 un proceso de formación de profesionales en asesoría/consejería en VIH-SIDA. Es indispensable contar con el recurso humano necesario a nivel nacional para brindar asesoría y consejería a la población general de nuestro país. No existe un perfil profesional específico para ser asesor o consejero, cualquier persona, sea cual fuese su profesión, podría serlo. Lo importante es tener el deseo de contribuir al control de la epidemia. Las personas deberán haber ingresado a un proceso de sensibilización previo, estar interesados y conocer sobre la temática del VIH-SIDA.

La Cruz Roja Ecuatoriana formó de sus juntas cantonales y provinciales a nivel nacional a 384 personas de agosto 2004 a diciembre 2005. (Informe de registros del Programa Juventud). La Cruz Roja Ecuatoriana contribuyó en la formación del personal del Ministerio de Salud con el objeto de implementar centros de consejería en todos los lugares donde se realiza la prueba de VIH.

El proyecto de fortalecimiento de la respuesta del Municipio Metropolitano de Quito al VIH-SIDA, llevado cabo desde diciembre del 2005, cuenta con aliados estratégicos como el PNUD, Departamento de VIH/SIDA del Ministerio de Salud, Cruz Roja, Fundación Equidad, entre otros, para la realización de los talleres de sensibilización en VIH/SIDA al personal de las Unidades de Salud Norte, Centro y Sur que pertenecen a la Dirección Metropolitana de Salud. El objetivo fue aportar con su trabajo a las líneas de orientación y prevención en VIH-SIDA con el sector privado, Gobiernos Locales y la población en general mediante una línea de comunicación y sensibilización. En los eventos de sensibilización, participaron 618 personas de diciembre 2005 a marzo 2006.²⁹

2.8. La prevención de VIH-SIDA a cargo de jóvenes asesores.

Es interesante encontrar actualmente jóvenes emprendedores que luchan contra el estigma y discriminación impartidos hacia las personas que viven con VIH-SIDA. Su fuerte deseo de proporcionar bienestar a la gente y brindar ayuda a sus necesidades les lleva a mantenerse constantes para vencer la epidemia. Los voluntarios del programa Juventud de Cruz Roja Ecuatoriana son un equipo de jóvenes que cumplen actividades de promoción y prevención en la temática de VIH. Estos jóvenes son 32 voluntarios quienes han cumplido los diferentes requisitos de capacitación y han logrado su certificación como asesores calificados en el tema; la diversidad de sus profesiones complementa el trabajo que se realiza en las salas de asesoría, es así que se cuenta con estudiantes y profesionales en diversas áreas, existen estudiantes de medicina, psicología, tecnología médica, leyes, sociología, comunicación social, trabajo social, y auditoria entre otras. El trabajo de pares es una metodología que permite la identificación entre jóvenes, logrando mayor confianza y entendimiento de sus propios intereses y emociones. El proceso de

sensibilización en el tema de VIH que llevan con sus brigadas les permite difundir el conocimiento cada vez a la mayoría de la población adolescente.

Las campañas de lucha contra el estigma y la discriminación, los video- foros, son actividades realizadas con los jóvenes y para los jóvenes, las mismas que son posibles gracias a una metodología que permite a través de la música llegar a ellos, haciéndoles descubrir su propia realidad y enfrentándoles a los riesgos a los que están expuestos. La promoción de la salud a través de la música es una herramienta interesante para incentivar en el joven esa cultura de prevención que necesita.

2.9. Participación de la Sociedad Civil en la Reforma del Reglamento a la Ley de VIH

El 20 de diciembre del 2002, se publicó en el Registro Oficial número 729 el Reglamento a la Ley “Para la Prevención y Asistencia Integral del VIH-SIDA”, el cual contemplaba únicamente la atención a las personas viviendo con VIH-SIDA, dejando a un lado otros aspectos importantes como son la prevención, la inclusión de toda la población, y los mecanismos de coordinación con otros sectores involucrados.

En marzo del 2005, la Cruz Roja Ecuatoriana, Médicos Sin Fronteras (MSF), el Centro de Derechos Económicos y Sociales (CDES) y la Fundación Ecuatoriana Equidad, en conjunto con la Agencia para el Desarrollo de las Naciones Unidas (PNUD), convocaron a la primera reunión para tratar el tema de la reglamentación a la ley para la Prevención y Asistencia Integral del VIH-SIDA. Se contó con la participación de diferentes

sectores tanto gubernamentales como de la sociedad civil organizada, entre estas las ONGs con trabajo en VIH y los representantes de la Coalición de PVVS.

El tema principal a tratarse fue los problemas que en relación al VIH-SIDA tiene el Ecuador, como las dificultades en acceso a medicamentos, la cobertura de los servicios de salud, la precaria existencia de programas de prevención y la desprotección jurídica de los ciudadanos en relación al VIH-SIDA.

El 14 y 15 de septiembre del 2005 se presentó el borrador del Reglamento a la Ley de VIH al Ministro de Salud, Dr. Wellington Sandoval Córdova, con el objetivo de comprometer al gobierno en la aprobación y cumplimiento del mismo. Se eligió nuevo Ministro de Salud a quien se dio a conocer el borrador del Reglamento.³⁰ En la actualidad es un hecho la aprobación del reglamento a la ley de VIH-SIDA.

2.9.1. Propuesta de Reglamento a la Ley para la Prevención y Asistencia Integral del VIH-SIDA

El Estado ecuatoriano ha adquirido compromisos internacionales específicos en materia de VIH-SIDA; en particular en relación con la Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH-SIDA, en agosto del 2001, y Las Directrices Internacionales de las Naciones Unidas contra el VIH-SIDA, y los Derechos Humanos, en Septiembre del 2002.

La Asamblea General de Naciones Unidas, en el año 2000, a través de la Declaración del Milenio, adoptó los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), entre ellos, el objetivo seis que hace referencia al “combate al VIH-SIDA, el paludismo y otras enfermedades”, sobre el cual el Estado ecuatoriano debe rendir cuentas hasta el año 2015.

Una ley sin un reglamento que la haga aplicable de manera integral resulta ineficaz para cumplir con la intención legislativa, de ahí la importancia de contar con un reglamento que tenga como finalidad establecer las normas y los procedimientos para la aplicación de la Ley para la Prevención y Asistencia Integral del VIH-SIDA, en el ámbito de la promoción, prevención, atención integral, el respeto y la protección de los derechos humanos en relación con el VIH-SIDA, a favor de la población en general, y en particular de las personas afectadas por VIH-SIDA.³¹

En función al reglamento se elaboró una propuesta a la Ley y que hoy es una realidad, documento que fue realizado por la Coordinadora de ONGs de Pichincha (COOPS).

“La Constitución de la República del Ecuador del 2008 en el Art. 11. N°2 reconoce que todas las personas son iguales y gozaran de los mismos derechos, deberes y oportunidades. Nadie podrá ser discriminado por razones de etnia, lugar de nacimiento, edad, sexo, identidad de género, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, filiación política, pasado judicial, condición socio-económica, condición migratoria, orientación sexual, estado de salud, portar VIH, discapacidad, diferencia física; ni por cualquier otra distinción, personal o colectiva, temporal o permanente, que tenga por

objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos. La ley sancionará toda forma de discriminación.

El Estado adoptará medidas de acción afirmativa que promuevan la igualdad real en favor de los titulares de derechos que se encuentren en situación de desigualdad".³²

En el Reglamento de la ley de VIH, acerca de la prueba voluntaria, en el capítulo II referente a los Principios se indica:

Art. 5. Prueba Voluntaria.- El examen para detectar el VIH se hará con consejería o asesoría pre-prueba, y será siempre individual, confidencial, codificado y voluntario, debiendo constar por escrito el consentimiento del usuario/a. Cuando se trata de grupos de mujeres embarazadas, se podrá realizar la consejería o asesoría pre-prueba colectiva.

Los resultados serán entregados con consejería o asesoría post prueba, de forma individual, confidencial y personal. Los mismos no podrán ser entregados a terceros salvo autorización expresa y por escrito del usuario/a. En caso de haber una prueba positiva que no haya sido retirada se podrá localizar a la persona por un medio previamente autorizado por el/la usuaria, para hacer la entrega del resultado. Se prohíben las pruebas obligatorias para detectar el VIH-SIDA, tanto individuales como grupales, salvo las excepciones establecidas en el reglamento.³¹

2.10. Implementación de los Servicios de APV en 6 Juntas Provinciales de Cruz Roja Ecuatoriana

La Cruz Roja Ecuatoriana (CRE), en cooperación con Corporación Kimirina, organización responsable en Ecuador del Proyecto de Prevención en las Fronteras de la Epidemia (PPF), y en cumplimiento del mandato de la Federación Internacional de Cruz Roja y Media Luna Roja que prioriza la lucha contra el estigma y discriminación de las personas que viven con VIH-SIDA, promoviendo la prueba voluntaria y resguardando el derecho a la confidencialidad, decidió unir su esfuerzo de trabajo mancomunado para contribuir a la disminución de los índices de infección del VIH-SIDA.

La implementación de los Servicios de Asesoría en Prueba Voluntaria (APV) surgió como una iniciativa nueva de prevención a escala mundial de Alianza Internacional frente al VIH-SIDA, con el auspicio de Fundación Bill y Melinda Gates, desarrollándose en países de “baja incidencia” como India, Camboya y Ecuador. El Proyecto de Prevención Fronteras de la Epidemia promovió el trabajo colaborativo y la participación de trabajadores (as) sexuales (TS), hombres que tienen sexo con hombres (HSH o HCH), y personas viviendo con VIH-SIDA (PVVS), categorías que se conocen como población clave (PC) para este proyecto, siendo los actores centrales del mismo, al ser personas vulnerables a contraer la infección y con mayor posibilidad de transmitirlo a otros, constituyen un puente para heterosexuales.²⁷

El convenio entre Merck Sharp&Dohme, Corporación Kimirina y Cruz Roja Ecuatoriana - Sede Central- arrancó el 17 de febrero del 2004, con la Implementación de Asesoría y Prueba Voluntaria en VIH-SIDA para las juntas provinciales de Cruz Roja en las ciudades de Guayaquil y Portoviejo.

La Cruz Roja Ecuatoriana (CRE) implementó el servicio de: ASESORÍA EN PRE Y POST PRUEBA VOLUNTARIA EN VIH-SIDA, como una acción de prevención en contra del avance de la epidemia. Son las Juntas Provinciales de Guayas, Manabí, Esmeraldas y Sede Central, además de las Juntas Cantonales de las ciudades de Santo Domingo de Los Tsáchilas y Quevedo que implementaron el servicio. Por otra parte, Merck Foundation, en su afán de participar en los procesos de educación para la salud en Ecuador, brindó su aporte en la implementación de Asesoría pre y post prueba de VIH.

La CRE asumió el desafío y responsabilidad frente a la epidemia, pues cuenta con una adecuada infraestructura y calificado recurso humano; provee sangre segura cubriendo el 80% de la demanda a nivel nacional, igualmente dispone de laboratorios para el diagnóstico de VIH, cuyo estimado es de 220.000 pruebas anuales, cifras que reflejan la magnitud e importancia que la asesoría demanda en el ámbito de prevención.²⁷

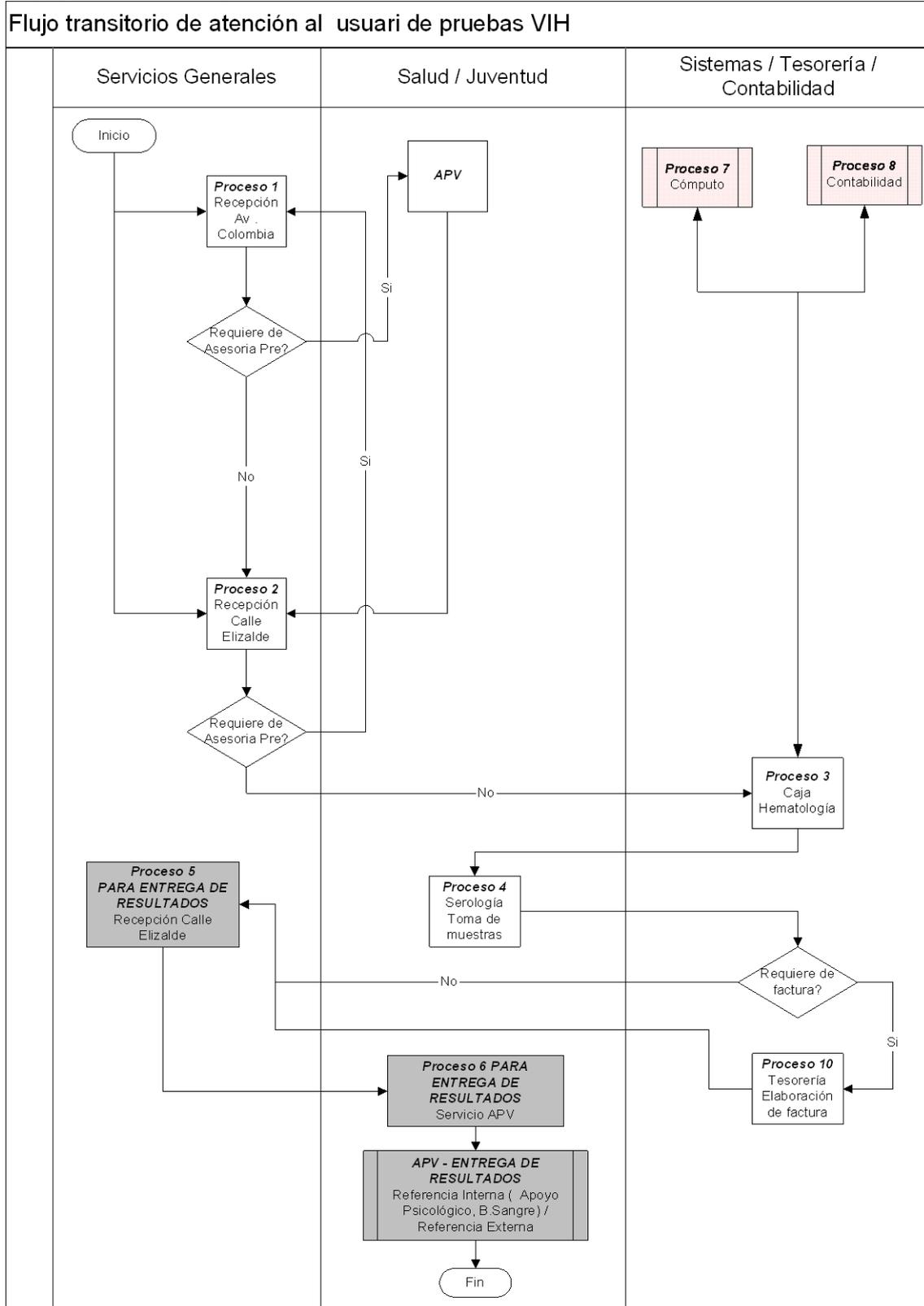
La ASESORÍA bien entendida y puesta en práctica permite tomar decisiones oportunas basándose en una correcta información, ejercer una sexualidad responsable y continuar una vida productiva, enfocando estos esfuerzos tanto a las personas seropositivas y las no portadoras del virus; desarrollando estrategias de promoción, prevención y lucha contra la discriminación y el estigma que rodea al VIH-SIDA, incluyendo la toma de conciencia al decidir realizarse o no la prueba de manera voluntaria basado en un consentimiento informado, por esto la Asesoría en Prueba Voluntaria se estructura como un nuevo servicio de Cruz Roja Ecuatoriana en la comunidad.²⁷

Finalmente, CRE se constituyó junto a otras organizaciones en una red de lucha contra la discriminación, estigmatización e incumplimiento de derechos de las PVVS con procesos de empoderamiento y posicionamiento social que promueven la asistencia integral de las PVVS dentro de un sistema de referencia y contrarreferencia. Para ello cuenta con su invaluable contingente de voluntarios de Cruz Roja, preparados en temáticas de carácter social con labor de proyección comunitaria.²⁷

Para el año 2010, CRE contaba en total con 11 juntas donde se brindaba el servicio de APV, estas son en: Ibarra, Riobamba, Loja, Guamaní, Milagro más las 6 anteriormente existentes Quito, Guayaquil, Portoviejo, Esmeraldas, Sto Domingo de los Tsáchilas, Quevedo.²⁷ Con el tiempo, la asesoría prueba voluntaria en VIH- SIDA pasó a ser de un servicio que inicialmente proporcionaba una atención primaria, a un sistema de prevención, que es la integración de procedimientos, protocolos institucionales, procesos de cuidado del asesor tanto en lo físico como emocional y la inclusión de un sistema de referencia y contrarreferencia que encierra la participación de organizaciones de la sociedad civil con trabajo en derechos humanos y temas jurídicos, para el apoyo en procesos de identidad sexual y descargas emocionales; englobando de tal manera los tres tipos de prevención, primaria, secundaria y terciaria, labor que fue implementada por primera vez por Cruz Roja Ecuatoriana.

2.10.1. Flujogramas de atención en APV

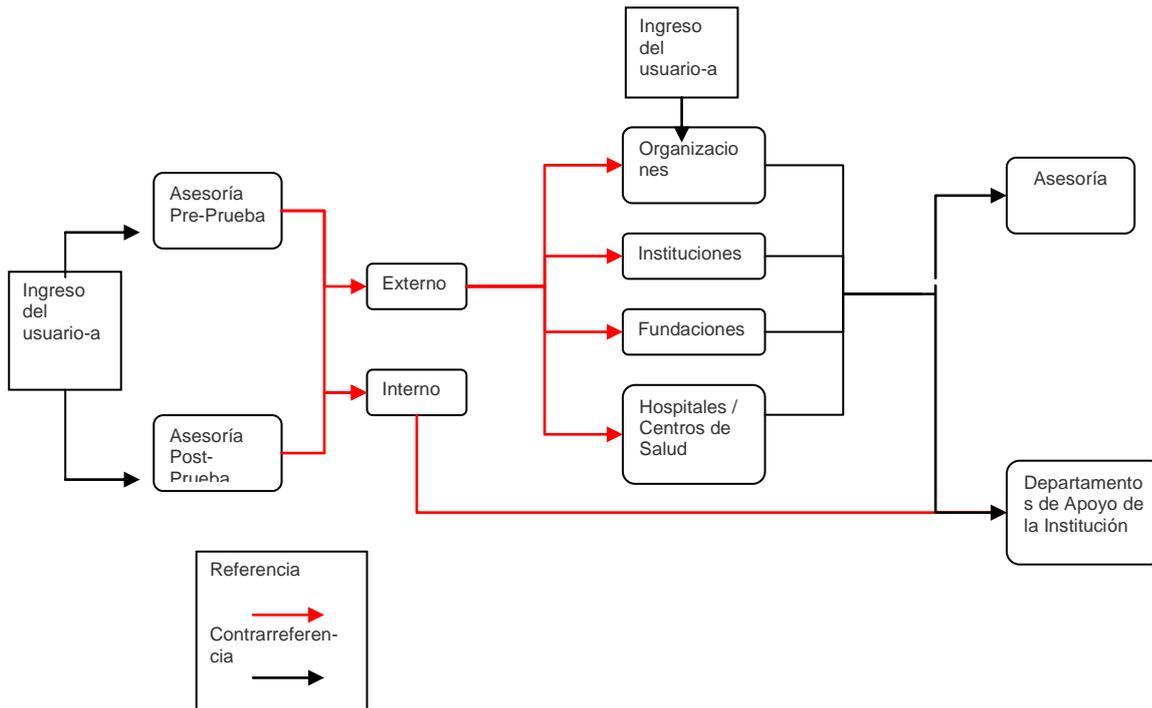
Flujograma N-1. Flujo de atención al usuario que solicita la prueba de VIH en CRE.



FUENTE: Dirección Nacional de Programas Salud-Socorros-Juventud Cruz Roja Ecuatoriana.

Elaborado por: Voluntariado de los Programas Salud-Socorros-Juventud de CRE.

Flujograma N-2. Flujograma Sistema de Referencia y Contrarreferencia Cruz Roja Ecuatoriana.



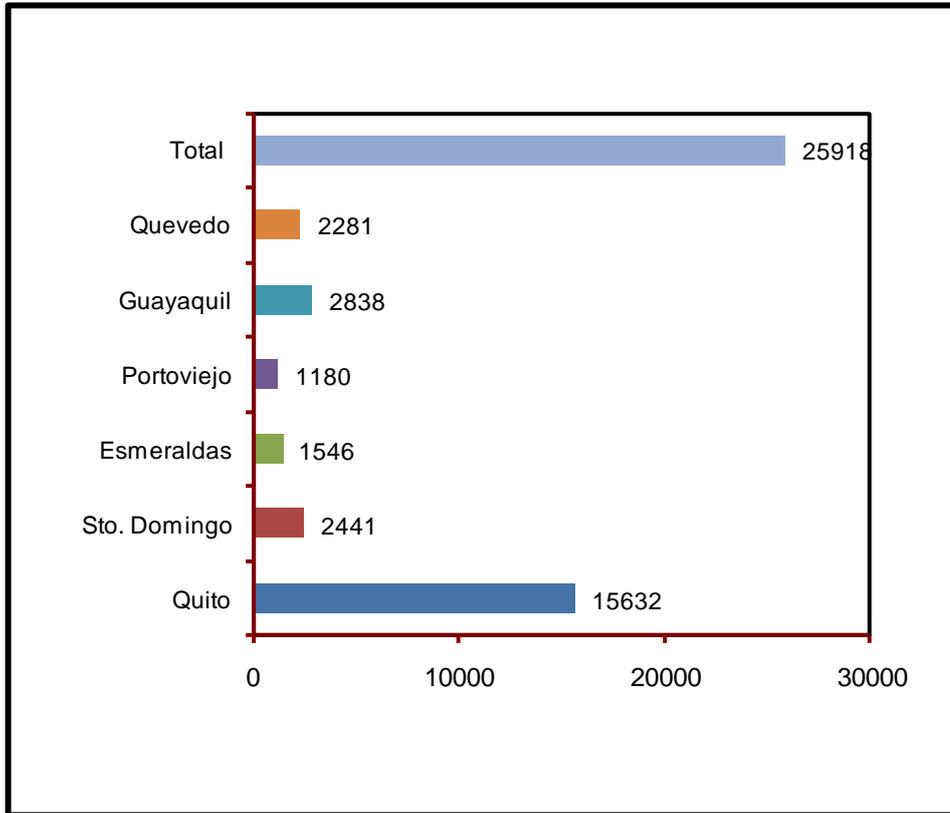
FUENTE: Dirección Nacional de Programas Salud-Socorros-Juventud Cruz Roja Ecuatoriana.
Elaborado por: Marcelo Erazo, Ma. F Ortiz

2.10.2. Protocolos para la atención de usuarios que acuden al Servicio de Asesoría APV de Cruz Roja Ecuatoriana

Con el afán de ofrecer una atención óptima al usuario, CRE con el apoyo de otras organizaciones y la respectiva asesoría jurídica, estableció los protocolos a seguirse en cada una de las Juntas de CRE, así como también de servir de referente para otras instituciones, de tal manera que se maneje una estructura de atención universal para todos aquellos que trabajan en el tema, con el objetivo de brindar calidad y calidez al usuario. ²⁷ VER ANEXOS

2.10.3 Estadísticas de atención de usuarios en el servicio de APV

Figura N-1. Usuarios atendidos en el servicio APV en el año 2005.



FUENTE: Programa Juventud Cruz Roja Ecuatoriana Servicio de Asesoría Prueba Voluntaria en VIH-SIDA.
Elaborado por: Ma. F Ortiz

Esta tesis recopiló datos del año 2005, fecha de iniciación de los primeros centros de APV, pero este estudio ha querido realizar un alcance para dar a conocer las estadísticas generales de estos últimos 5 años hasta el 2010. Aunque mucha información fue sesgada, los datos estadísticos recogidos hasta el momento durante este tiempo, han seguido la misma metodología, actualmente se utiliza el sistema SPSS versión 15, programa estadístico que permite la realización más sistemática de los datos.

No se obtuvo información durante el año 2007 debido a cambios en la directiva de los programas de CRE encargados de la temática de VIH-SIDA.

En total desde el año 2005 al 2010 se han brindado 98,965 asesorías.

Cuadro N-6 Asesorías brindadas en el Servicio de APV de CRE durante los años 2005,2006, 2008, 2009, 2010

Ciudad	2005	2006	2008	2009	2010	
Esmeraldas	1546	872		1086	1048	Esmeral
Guamaní					80	Guayaquil
2838	1187		4592	3282		
Ibarra					216	
Loja					127	
Milagro				220	979	
Portoviejo	1180	1122			277	
Quevedo	2281	601			1636	
Quito	15632	6284	17735	13509	11593	
Riobamba					31	
Sto. Domingo	2441	1271		2916	2383	
Total	25918	11337	17735	22323	21652	

Fuente: Estadísticas de los centros de APV de CRE
Elaborado: Ma. Fernanda Ortiz.

En este cuadro se puede identificar que las ciudades con mayor número de atenciones fueron Quito, Guayaquil y Sto. Domingo de los Tsáchilas, las cuales desde un inicio se reconocieron como los lugares donde se concentraba la incidencia de casos, se visualizó también el apareamiento de otros centros de asesoría en diferentes sitios del país, lo que demostró una mayor difusión del servicio.

Durante estos años se ha realizado un análisis comparativo de las otras variables que se tomaron en cuenta en la tesis. (Ver cuadro N-7)

Cuadro N-7 Variables analizadas en la encuesta del servicio de APV durante los años 2005, 2008, 2009, 2010

Variable	2005	2008	2009	2010	Mujer
	10955	8304	10372	9200	
Hombre	14963	9431	11951	12452	
WB positivo	25	61	112	82	
Minoría sexual	195	2839	3847	726	
Heterosexual	25723	14896	18476	20925	
Edad 20-24	5654	4501	5059	4665	
Voluntario	5931	7958	8962	7811	
Total	25918	17735	22323	21652	

Fuente: Estadísticas de los centros de APV de CRE
Elaborado: Ma. Fernanda Ortiz.

La prevalencia del hombre vs mujer se mantuvo durante estos años, las mujeres quienes son amas de casa tienen menor acceso a la información y sensibilización al tema de VIH, lo que les hace vulnerables al riesgo de contraer el virus. El grupo etario entre 20-24 años fue el de mayor afluencia en los servicios de APV, el motivo de la prueba que prevaleció en los siguientes años fue el voluntario.

2.10.4 Plan estructurado de pasantías por el Servicio de APV en VIH-SIDA de CRE

Para la realización de pasantías en el Servicio de APV se estableció un plan, el mismo que debería ser seguido por cada uno de los pasantes de las diferentes organizaciones que lo solicitan. A continuación se describen los requisitos y las diferentes etapas que se debían atravesar para optar por la pasantía.²⁷

- La recepción de solicitudes por parte de las instituciones que deseen realizar pasantías.
- Ajuste de horarios de los pasantes.
- Conocimiento del Flujo de atención del usuario que acude a la institución solicitando la prueba de VIH.

Se dividió en tres etapas la realización de la pasantía:

PRIMERA ETAPA

Ofrecer la información al pasante en los siguientes temas:

1. El Servicio de APV y serología (salas, lugar donde se toman las muestras, caja, costos de las pruebas de VIH, etc.).
2. Los protocolos: clínico, de atención al usuario, de asesoría y manejo de resultados.
3. El registro de usuarios (hoja de registro, sistema estadístico utilizado).
4. El Sistema de Referencia y Contrarreferencia (organizaciones aliadas).
5. Atención al usuario sin discriminación ni estigma (lenguaje corporal, herramientas empleadas para una buena comunicación).
6. Distribución de los pasantes con los respectivos asesores.
7. Material informativo empleado (manual de VIH, manual de APV, trípticos, documento de la Ley, afiches, manual de referencia y contrarreferencia, protocolos de VIH, videos).
8. Evaluación de los pasantes por los asesores.
9. Cumplimiento de horas de los pasantes (registro de horas, certificados).

SEGUNDA ETAPA

En esta etapa el pasante tendrá la oportunidad de entrar a una asesoría junto con el asesor, solicitando previamente el consentimiento del usuario.²⁷

Esta es la etapa en la que podrá observar:

- El abordaje de una asesoría.
- Los puntos relevantes que se deben considerar dependiendo de la situación que se presente.
- Las habilidades que se deben desarrollar.
- Las herramientas de comunicación empleadas para evitar interrogatorios.
- La empatía que se debe lograr con el usuario.
- La información adecuada que se debe brindar.
- La demostración práctica del uso correcto del preservativo.

Luego de finalizada la asesoría, el pasante y el asesor podrán analizar el caso y despejar cualquier inquietud y duda del pasante, reforzar con el manual o los protocolos la información y hacer una breve evaluación de la asesoría.

TERCERA ETAPA

Esta etapa es la que permitirá al pasante estar en contacto con el usuario personalmente. Ahora se encontrará preparado y podrá hacerlo solo, utilizando todo el conocimiento adquirido. La decisión de entrar a esta etapa será del pasante.²⁷

La oportunidad de conocer a personas de población clave será una gran experiencia que además contribuirá para que en sus instituciones ofrezcan un servicio de calidad y con calidez, sin discriminación.

2.10.5. Modelo de gestión de calidad de los Servicios de APV en VIH-SIDA

Un modelo de gestión de calidad es una herramienta útil para conocer o identificar problemas y aportar soluciones o propuestas de mejora, basadas en medidas de intervención. La calidad se la define como: “La provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que toma en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario” (Dra. Heather Palmer. Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard).³³

Con este modelo se busca atender al usuario de manera accesible, segura, brindándole confianza y utilizando el tiempo que lo requiera dependiendo de sus necesidades.

La visión integral de la calidad debe estar en relación con los siguientes términos:³³

EQUIDAD como un principio que encierra un sentido de solidaridad condicionado por las necesidades del usuario y los factores del medio. El acceso sin limitaciones culturales, económicas, físicas, de orientación sexual; guarda relación con la aplicación de condiciones ideales para una buena atención.

EFICACIA en relación a la aplicación del conocimiento técnico sin olvidar los recursos y la infraestructura del lugar para producir un buen impacto. La eficacia involucra el valor agregado de la institución a la solución de la problemática de la epidemia, mediante sus procesos de planificación y gestión de recursos y la relación individual con el usuario.

EFICIENCIA se refiere a la aplicación de los recursos al menor costo posible, para obtener el mejor producto social o individual. Son necesarios procesos de formación, capacitación e investigación para establecer relaciones de costo beneficio de acciones, para conseguir el impacto social requerido.

La calidad de la atención es una manifestación de la combinación de estos principios, con el propósito de promover un equilibrio institucional sustentado en la calidad de la consejería, el respeto a la dignidad del usuario y la eficiencia de los procesos internos de gestión y proyección social de los servicios de consejería. Este enfoque busca una acción que produzca la satisfacción del usuario ante un servicio que se le brinda en condiciones compatibles con la dignidad personal y acorde con sus propios valores.

La visión de calidad debe ser liderada por el director de la institución pero también compartida por todo el personal de la institución, de lo contrario se limita a una relación muy estrecha entre usuario y consejero, sin permitir involucrar a otras áreas de la institución.

DIMENSIONES DE LA CALIDAD

Para mejorar la calidad de los servicios de consejería es esencial tener presente la necesidad de incorporar un proceso y una cultura de calidad a todo el personal, desarrollando estrategias de calidad para generar credibilidad entre el personal y los usuarios.³³

- Dimensión técnica.- Consiste en la mejor aplicación del conocimiento a favor del usuario, lo que implica una exigencia en la actualización de conceptos y mejoramiento de habilidades en relación a la temática de VIH-SIDA y consejería.
- Seguridad.- Esta dimensión mide el riesgo que podría acarrear el servicio, por lo cual es importante ponderar el grado de equilibrio existente.
- Grado de satisfacción de las necesidades.- La satisfacción de las necesidades sentidas por el usuario se refiere a la relación interpersonal con el usuario y las características del lugar en que se preste la atención, las mismas que deben reflejar respeto por el usuario y permitan su privacidad y comodidad; esta sola dimensión puede influir en la aceptabilidad y el éxito de la atención.
- Costo de la atención.- Es importante identificar la capacidad de educar al usuario, para que participe en las decisiones referentes a su atención. Al considerar a la consejería en VIH-SIDA como un bien público, cuyos beneficios sobrepasan, se debe establecer un costo que permita dar sostenibilidad a tan importante servicio, que tiene como finalidad la prevención y la disminución de la incidencia de VIH-SIDA.

Es necesario desarrollar mecanismos (encuesta de satisfacción) para conocer las necesidades y expectativas de los usuarios y la forma como éstas se traducen en características de la atención. Se deberá analizar el trato, la información recibida por el beneficiario, la facilidad de acceso, la oportunidad de respuesta, los tiempos de espera, así como las condiciones en que se presta la atención como son el orden, la comodidad, la confidencialidad.³³

La atención en un centro de consejería no puede ofrecerse de cualquier manera, es necesario establecer una forma correcta de prestar el servicio, lo cual se consigue mediante los estándares de calidad.

Un estándar de calidad representa las características óptimas que deben tener un determinado insumo, proceso o resultado en la prestación de un servicio de consejería. Los estándares son los requisitos y exigencias previamente conocidos y aceptados, con los cuales medimos la calidad de la atención.³³

Los estándares serían la mejor manera de organizar y ejecutar las acciones que conduzcan a la obtención de los resultados que se buscan.

CONTROL DE CALIDAD DE LOS PROCESOS

El control de calidad es la medición del desempeño de un proceso por medio de indicadores que ayudan a:³³

- a. Vigilar que los estándares de calidad o normas se cumplan según lo establecido.
- b. Verificar el logro de los objetivos propuestos.
- c. Desarrollar actividades de mejoramiento o rediseño de procesos según corresponda.

ESTRATEGIAS OPERATIVAS PARA EL CONTROL DE LA CALIDAD

1. Monitorización.- Indispensable para la verificación sistemática y periódica del cumplimiento de estándares seleccionados, medido mediante indicadores. Se efectuará mediante la recopilación y el análisis periódico de los registros. El objetivo será asegurar que se están ejecutando las actividades y demostrar cómo opera el servicio de consejería y las actividades de prevención.³³
2. Evaluación.- Se medirá los indicadores para conocer su valor actual, para esto se analizará la información de los registros mediante encuestas, observaciones, entrevistas, grupos focales.³³

La supervisión, entendida como una alianza de trabajo entre consejeros y supervisores, con el objeto de controlar el trabajo de cada consejero y mantener una retroalimentación. Esta supervisión ayudará a los consejeros a mejorar sus capacidades, competencias, creatividad y sobre todo a prevenir el *burnout*.³³

La calidad de los servicios de consejería comprende³³:

- Alta calidad en el perfil de los consejeros, es decir la selección y el entrenamiento será muy riguroso.
- Autoevaluación de los consejeros.
- Evaluación individual y regular por parte del supervisor.
- Supervisión grupal y regular.
- Utilización de una herramienta validada (encuesta).
- Entrenamiento en la actualización de conocimientos, manejo del estrés.
- Visitas de intercambio a otros centros por parte de los consejeros.
- Red de información de los consejeros.
- Apoyo psicológico.
- Revisión de casos.

EVALUACIÓN DE LOS CONSEJEROS

¿Cuándo hacerlo?

- Dos veces al mes, en los primeros seis meses.
- Una vez cada mes, después de los seis meses.
- Una vez cada tres meses, después del año.

¿Cómo hacerlo?

- Mediante observación directa en base a los protocolos y procedimientos del servicio.
- Revisando y analizando datos.
- Realizando un seguimiento a los consejeros.
- Trabajando con el consejero en un plan de mejoramiento.
- Mediante pasantías en otros servicios para la construcción de una red de asesores.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El VIH-SIDA ha impactado notablemente a la población mundial, no sólo desde el punto de vista físico sino también desde el punto de vista emocional, familiar y social. El problema del VIH-SIDA es el más complejo de Salud Pública al que se enfrenta la humanidad. Actualmente son más de 1.7 millones las personas que viven con el VIH-SIDA en América Latina y el Caribe.⁸

Con el afán de contribuir con una estrategia de prevención frente a la epidemia del VIH-SIDA, este estudio enfoca la implementación de servicios de asesoría en prueba voluntaria iniciado en la ciudad de Quito y difundido a cinco ciudades más del país: Sto. Domingo de los Tsáchilas, Guayaquil, Portoviejo, Quevedo y Esmeraldas; con el apoyo financiero de organizaciones que trabajan en la temática de VIH-SIDA.

Varios años de experiencia en la lucha contra la epidemia VIH/SIDA han confirmado que la promoción y protección de los derechos humanos, son un factor esencial para prevenir la transmisión del VIH y reducir los efectos del VIH-SIDA. La promoción y protección de los derechos humanos son necesarias tanto para proteger la dignidad de las personas afectadas por el VIH-SIDA, como para alcanzar los objetivos de salud pública consistentes en reducir la vulnerabilidad a la infección VIH, paliar los efectos negativos del VIH-SIDA en los afectados y dotar de medios a las personas y comunidades para responder a la epidemia.

En general, los derechos humanos y la salud pública comparten el objetivo común de promover y proteger los derechos y el bienestar de todos los individuos. Desde la perspectiva de los derechos humanos, la mejor manera de lograrlo es promoviendo y

protegiendo los derechos y la dignidad de cada uno, sobre todo los de los discriminados o los de quienes ven sus derechos menoscabados de otra forma. Por todo lo explicado la carencia de la asesoría sería un limitante para emprender con esta nueva estrategia de prevención y promoción.

4. JUSTIFICACIÓN

El VIH-SIDA es un problema que afecta el desarrollo de nuestros pueblos y de los gobiernos del mundo, las consecuencias no son solo a la salud del individuo, sino también a la estructura social de las comunidades. Los estados deben reformar las leyes de Salud Pública y dar una respuesta a la crisis mundial.

Las pruebas obligatorias que se exigen en las instituciones educativas, empresas públicas y privadas, hospitales, seguro social, etc., como requisito de empleo o afiliación, es un signo de discriminación hacia las personas que viven con VIH-SIDA.

Al hablar de sexualidad las personas lo hacemos dentro de un círculo de confidencialidad (el individuo no habla sin confianza de las situaciones de riesgo que ejecuta en su intimidad), y al estar relacionado este tema con el VIH-SIDA de manera estrecha, resulta difícil poder hablar abiertamente, y sin tapujos, de la prevención que se requiere para este tema. A esto se suma la ausencia de un consentimiento informado obligatorio y universal, y la falta de acceso a la información pertinente, estos son factores que obstaculizan los esfuerzos para prevenir la infección por el VIH-SIDA y proporcionar a las personas una atención integral de calidad.

El sistema de salud pública de muchos países no protege adecuadamente los derechos humanos de su población, y de manera especial, de las mujeres viviendo con VIH / SIDA, o de las mujeres que recurren a los servicios de atención prenatal en general. Las mujeres denuncian violaciones de sus derechos como: consejería inadecuada de VIH, que no permite a la mujer ejercer su derecho al consentimiento informado sobre temas

relacionados con la prueba y el tratamiento; la divulgación rutinaria e inautorizada de resultados confidenciales de pruebas de VIH; y la decisión por parte de médicos de llevar a cabo, postergar, o negar procedimientos médicos sin informar a la mujer de manera adecuada y sin obtener su aprobación.

Muchas mujeres refieren que fueron sometidas a pruebas de VIH cuando recibieron servicios de salud no relacionados con el VIH o SIDA, a pesar de que la ley nacional prohíbe esta práctica. Las mujeres refieren que sus médicos y otros profesionales de la salud revelaron los resultados de su prueba de VIH a sus esposos, miembros de la familia, vecinos, amigos u otros, sin la información o autorización de la mujer afectada. Varias mujeres VIH positivas dicen haber sido esterilizadas a causa de su condición de portadoras de VIH, sin recibir adecuada información respecto a sus derechos y opciones.

Por lo tanto, frente a esta clase de irregularidades, es una necesidad urgente la atención que se debe dar al tema de VIH, por lo que la implementación de centros de consejería/asesoría en todos los países del mundo, sería una gran solución para cubrir los requerimientos de las poblaciones vulnerables.

Los siguientes son elementos básicos y necesarios que deben incluirse para controlar la epidemia:

- Acceso a la información, educación y servicios.
- Inclusión de derechos humanos.
- Consentimiento informado para las pruebas del VIH.
- Confidencialidad sobre la situación relativa al VIH.

- No discriminación contra las personas infectadas por el VIH.
- Participación de las personas viviendo con VIH en todos los campos.
- Libertad de expresión en torno a la política relacionada con el VIH y las cuestiones jurídicas.

El Ecuador enfrenta una crisis en la prevención del VIH-SIDA, porque su población no está preparada para enfrentar el diagnóstico y desconoce las medidas preventivas para evitarla, por este motivo es importante buscar estrategias de prevención como la implementación de centros de asesoría prueba voluntaria que van a proporcionar promoción, educación, orientación, apoyo e integración social a las personas que viven con VIH-SIDA, dentro de un enfoque de derechos humanos. Por tal motivo, es necesario investigar la realidad de nuestro país en cuanto al acceso de servicios de salud que den un adecuado trato al momento de realizar el examen, y favorezcan con ello una adecuada prevención primaria y secundaria del tema.

La asesoría prueba voluntaria en VIH es una oportunidad para quienes trabajamos en prevención, de conocer sobre la vida sexual de las personas, se debe promover que la consejería también sea de parejas, incluso debería existir un *screening* premarital descrito como planificación del matrimonio como sucede en países como Uganda, incluso ahí se han establecido leyes que promueven el cambio de comportamiento y la difusión de temas relacionados con el VIH-SIDA. A pesar de que la asesoría de parejas toma mucho tiempo y recursos, es necesario direccionar la prevención hacia la pareja, ya que de esta manera se obtendrá mayores resultados. Los estudios realizados en consejería de VIH en el África han reportado una significativa reducción en el comportamiento de riesgos. La

evidencia más convincente sobre la efectividad de la consejería prueba voluntaria en VIH fue reportada en 1990 de estudios realizados en África y Estados Unidos.³⁴

Estudios randomizados en consejería y prueba voluntaria en Kenya, Tanzania, Trinidad, reportaron una incidencia más baja de infecciones de transmisión sexual (ITS) y largos períodos de VIH/ITS, además de una mayor disminución de comportamientos de riesgo entre personas que recibieron la consejería, comparadas con quienes tuvieron solo una información preventiva, usando el formato de educación y salud exclusivamente.³⁴

En Haití la consejería está dirigida a la juventud, ya que el número de jóvenes infectados por VIH va en aumento; es por eso que tomamos en cuenta la experiencia de Haití e identificamos en nuestro país a la población joven como un grupo importante para la participación de esta estrategia de prevención.

5. HIPÓTESIS

La asesoría pre y post prueba voluntaria en VIH-SIDA permite identificar a la población más vulnerable al riesgo de infección, en relación al sexo, orientación sexual; así como también el motivo de solicitud de la prueba por parte de las personas que acuden al servicio de APV, con el objeto de contribuir a través de la información, educación y comunicación, para que la población sea más consciente de sus riesgos y aprenda a recibir el impacto de un resultado positivo.

6. OBJETIVO GENERAL

Contribuir a la prevención de VIH-SIDA a través del servicio de asesoría prueba voluntaria.

Objetivos específicos

1. Determinar (según el sexo) cuál es el motivo de solicitud de la prueba de VIH en las distintas ciudades donde se ofrece el servicio de APV.
2. Evaluar, según la orientación sexual, el motivo por el cual los usuarios se realizan la prueba.
3. Evaluar cual es el resultado del usuario que acude a realizarse la prueba de VIH con relación al tipo de orientación sexual.

II METODOLOGÍA

1. Diseño del estudio

En este estudio se ha tomado como referencia la experiencia de organizaciones en otros países que implementaron el servicio mucho más antes, como Alianza Internacional y el Cuerpo de Paz, así como también la experiencia de personas viviendo con VIH-SIDA y de población clave (TS, HSH, homosexuales, lesbianas, etc.).

Este estudio es de tipo analítico y de diseño de corte transversal o llamado también de encuesta poblacional.

La coordinación nacional de juventud de CRE y sus voluntarios, basados en la experiencia del instrumento utilizado por Alianza Internacional y Corporación Kimirina dentro del Proyecto de Prevención Fronteras de la Epidemia (PPF), crearon una base de datos, la cual fue digitada mes a mes por los asesores de cada uno de los centros de asesoría, quienes recibieron una capacitación en la elaboración y la utilización del sistema estadístico SPSS versión 7.

El instrumento empleado fue una encuesta que constó de 12 preguntas cerradas de opción múltiple, las preguntas iniciales proporcionaron información del paciente como el motivo por el que acudía a realizarse la prueba, edad, sexo, orientación sexual y el resto de la encuesta fue referente a la asesoría y el resultado de la prueba. La encuesta fue revisada por expertos en el tema de derechos humanos, VIH-SIDA y diversidad sexual, quienes aprobaron el instrumento para ser puesto en práctica en los distintos centros de asesoría. (Ver anexo)

A través del sistema estadístico SPSS versión 7, se realizaron 25.918 encuestas durante el año 2005 para las ciudades de: Sto. Domingo de los Tsáchilas, Esmeraldas, Guayaquil, Quevedo, Portoviejo y Quito. La selección de estas ciudades para el estudio se basó en la evidencia publicada en documentos, que las identificó como ciudades de mayor incidencia con relación al VIH-SIDA en el Ecuador y en la línea de base elaborada por el PPF.

Se realizó un análisis uni, bi y trivariado, el mismo que permitió confirmar ciertos datos ya conocidos y descubrir otros, que contribuirán para la aplicación de nuevas experiencias de prevención.

2. Universo del trabajo, tamaño de muestra y muestreo

El universo de trabajo se compuso de la población en general, sin distinción de sexo, edad, raza, condición social, orientación sexual.

El tamaño total de la muestra del estudio correspondió a todos los usuarios atendidos desde marzo a diciembre del 2005 para las ciudades de Santo Domingo de los Tsáchilas, Esmeraldas, Guayaquil, Quevedo, Portoviejo; y para el caso de Quito de febrero a diciembre del 2005. No existió criterio de edad para el estudio, se ofreció la atención a las personas que desearon realizarse la prueba, a las que aceptaron y firmaron el consentimiento informado. El tipo de usuarios que acudían a estos servicios incluyó a heterosexuales, gays, lesbianas, homosexuales, bisexuales, HSH, transexuales) y TS.

3. Instrumentos y procedimientos de la investigación

Los instrumentos empleados para este estudio que ayudaron a la recolección de datos fueron:

1. Encuesta elaborada.
2. Hojas de registro de usuarios con las variables establecidas.
3. Matriz de variables categorizadas en el programas estadístico SPSS versión 7.

4. Procesamiento y análisis de los datos

Después de la recolección de datos mediante el programa estadístico SPSS, se concentró toda la información por provincias.

Para garantizar la calidad de la información, cada mes se revisaban las bases de datos para que no existieran errores en el ingreso y procesamiento de la información, asegurando que los datos fueran confiables para un análisis adecuado de los mismos.

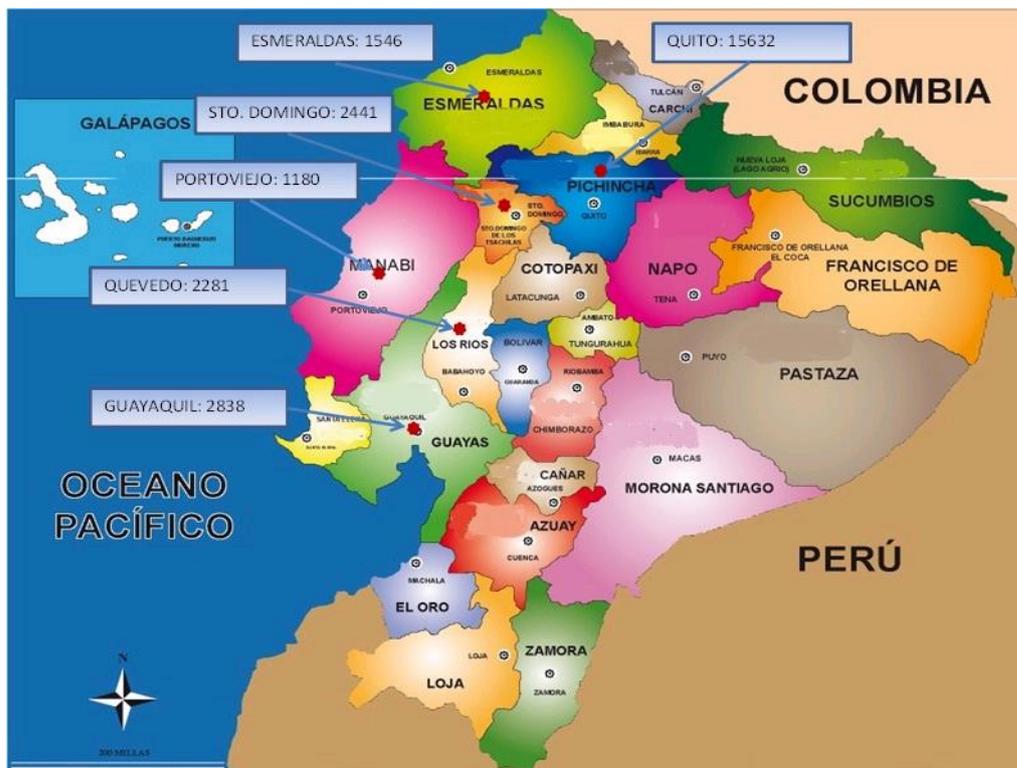
Principalmente se aplicaron análisis uni, bi y trivariados, generando de esta manera estadísticas descriptivas de la población en general, que acudían buscando un servicio óptimo. Se realizaron comparaciones entre grupos utilizando la prueba Ji^2 .

Como debilidades del estudio se puede incluir la utilización de datos del 2005 y no de datos recientes, la encuesta empleada fue revisada por expertos pero no tuvo una validación técnica.

III RESULTADOS

En febrero del año 2005, en la ciudad de Quito se inauguró las nuevas salas de asesoría prueba voluntaria en VIH-SIDA en la sede central de Cruz Roja Ecuatoriana, en donde se brindó atención a 1035 personas, lo cual permitió difundir la estrategia a 5 ciudades más donde se tenía las juntas provinciales. Desde marzo hasta diciembre del 2005 se empezó a la recolección de datos, obteniéndose en ese año un total de 25.918 atenciones durante los 10 meses del estudio. A continuación se detallan en el siguiente gráfico las ciudades que intervinieron y el número de asesorías ofrecidas.

Mapa N-1. Ubicación geográfica de los servicios de APV y número de atenciones en seis ciudades de CRE desde febrero a diciembre del 2005.



Fuente: Programa Juventud Cruz Roja Ecuatoriana Servicio de Asesoría Prueba Voluntaria en VIH-SIDA.
Elaborado por: Ma. F Ortiz

De las 25,918 personas que acudieron a los diferentes Centros de Asesoría Prueba Voluntaria (APV) en VIH-SIDA de Cruz Roja Ecuatoriana (CRE), 57,7% fueron hombres y el 42,3% mujeres.

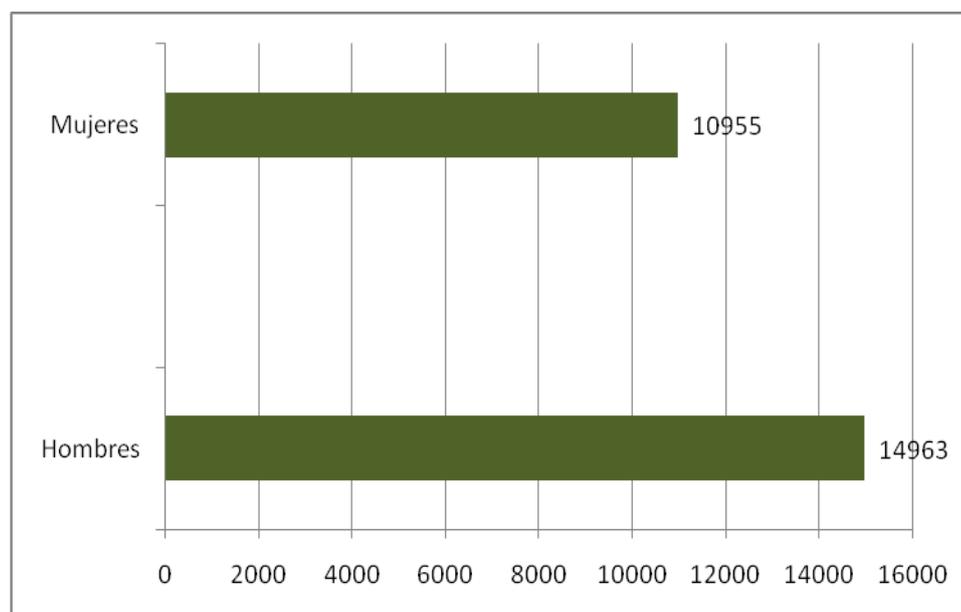
Cuadro N-8 Prevalencia de usuarios atendidos en el Servicio de APV de CRE según el sexo.

Sexo	Número	Porcentaje%
Hombres	14963	57,7
Mujeres	10955	42,3
Total	25918	100,0

Fuente: Estadísticas de los centros de APV de CRE

Elaborado por: Ma. F Ortiz.

Figura N-2. Prevalencia de usuarios atendidos en el Servicio de APV de CRE según el sexo.



Fuente: Programa Juventud Cruz Roja Ecuatoriana Servicio de Asesoría Prueba Voluntaria en VIH-SIDA.

Elaborado por: Ma. F Ortiz

Con respecto al motivo de solicitud de la prueba del VIH se estableció que de los 3 principales, el legal laboral fue el de la mayor prevalencia (53%) seguido del médico (24%) y luego el voluntario (23%), siendo estadísticamente significativo para el motivo legal- laboral y voluntario con una $P < 0,05$, pero no para el motivo médico ($p = 0,06$). (Ver Fig N-3)

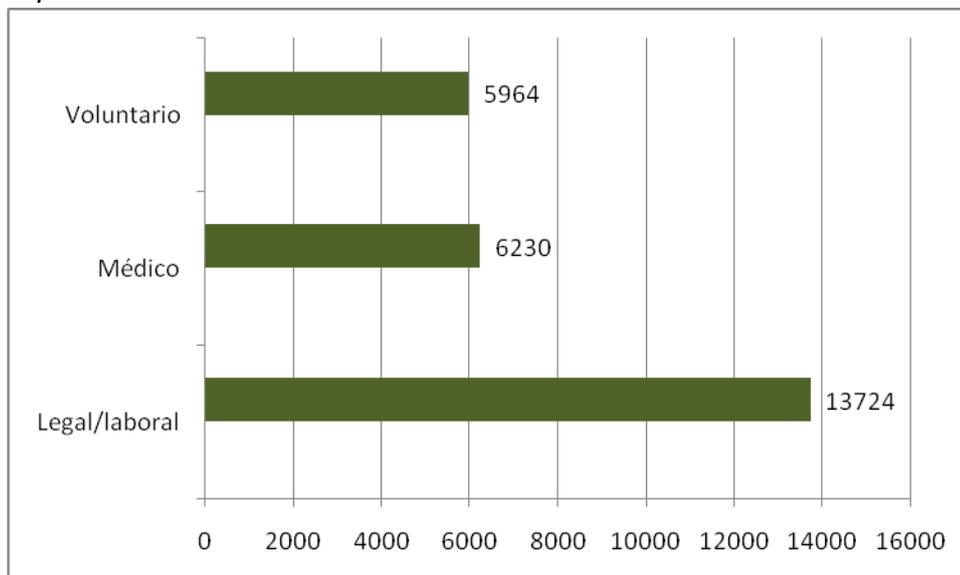
Cuadro N-9 Prevalencia del motivo de solicitud de la prueba de VIH en el Servicio de APV durante 10 meses de estudio

Motivo Solicitud	Número	Porcentaje %
Legal-laboral	13724	53
Médico	6230	24
Voluntario	5964	23
Total	25918	100

Fuente: Estadísticas de los centros de APV de CRE.

Elaborado por: Ma. F Ortiz.

Figura N-3. Número de usuarios que acudieron al Servicio de APV según el motivo de solicitud de la prueba



Fuente: Programa Juventud Cruz Roja Ecuatoriana Servicio de Asesoría Prueba Voluntaria en VIH-SIDA.

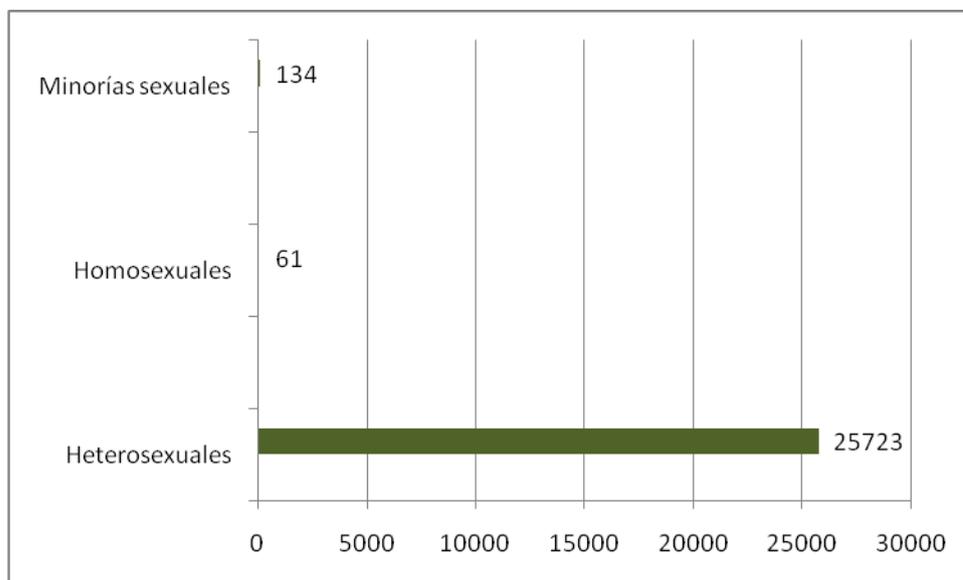
Elaborado por: Ma. F Ortiz

En lo que se refiere a la orientación sexual el 99,3% correspondió a los heterosexuales, el 0,2% a homosexuales y el 0,5% a minorías sexuales (travestis, transexuales, trabajadoras sexuales, etc). (Ver Fig N-4)

Cuadro N-10 Usuarios que acudieron al servicio de APV de CRE según su orientación sexual

Orientación sexual	Número	Porcentaje%
Heterosexuales	25723	99,3
Homosexuales	61	0,2
Minorías sexuales	134	0,5
Total	25918	100,0

Fuente: Estadísticas de los centros de APV de CRE
Elaborado por: Ma. F Ortiz.

Figura N-4. Número de usuarios que acudieron al Servicio de APV según su orientación sexual.

Fuente: Programa Juventud Cruz Roja Ecuatoriana Servicio de Asesoría Prueba Voluntaria en VIH-SIDA.
Elaborado por: Ma. F Ortiz

En cuanto al resultado de la prueba, el 98,5% salió microelisa no reactivo y el 1,5 % obtuvo entre los resultados: microelisa reactivo, western Blot positivo y western Blot indeterminado. (Ver Cuadro N-11)

Cuadro N-11 Resultado de la prueba de VIH de los usuarios que acudieron a los servicios de APV de CRE de 6 ciudades 2005.

N. de Usuarios	Resultados de la Prueba	Porcentaje%
25525	No reactivo	98,5
356	Microelisa reactivo	1,4
25	Western Blot positivo	0,1
12	Western Blot indeterminado	0,0
25918		100

Fuente: Estadísticas de los centros de APV de CRE

Elaborado por: Ma. F Ortiz.

Para cada una de las ciudades, dependiendo de las diversas situaciones, se establecieron los motivos adicionales de solicitud de la prueba. Por ejemplo, en Esmeraldas por ser una ciudad costera, la marina mercante pedía la prueba a sus empleados; es así que se identificaron varios motivos como se demuestra en el siguiente cuadro, los cuales se asociaron posteriormente (ejemplo, embarazo en médico) en tres categorías principales: médico, legal-laboral, y voluntario. (Ver Cuadro N- 12)

Cuadro N-12 Motivos de solicitud de la prueba de los usuarios que acudieron a los diferentes servicios de APV de CRE de 6 ciudades 2005

MOTIVO	N. USUARIO	PORCENTAJE
Voluntario	5964	23,0
Trabajo	4153	16,0
Estudio	3502	13,5
Solicitud médica	2998	11,6
Afiliación IESS	2831	10,9
Donación sangre compensatorio	2360	9,1
Matrimonio	1390	5,4
Viaje	718	2,7
Embarazo	550	2,1
Seguro privado	369	1,4
Requisito legal	323	1,2
Donación sangre voluntario	289	1,1
Residencia	186	0,7
Fuerzas armadas	144	0,6
Policía	74	0,3
Petición familiares	33	0,1
Visita íntima	14	0,1
Servicio militar	14	0,1
Marina mercante	6	0,0
Total	25918	99,9

Fuente: Estadísticas de los centros de APV de CRE

Elaborado por: Ma. F Ortiz.

Se demostró que los hombres acudieron al servicio de APV de CRE para realizarse la prueba de VIH de manera voluntaria en un 63,8%, en relación a las mujeres en un 36,2%, obteniendo una $p < 0,05$; lo cual indicó que había una diferencia estadísticamente significativa (Ji^2 89,65).

Cuadro N-13 Usuarios que acudieron de manera voluntaria al servicio de APV de CRE según el sexo

Sexo	Motivo de la Prueba: Voluntario	Porcentaje%
Hombres	3806	63,8
Mujeres	2158	36,2
Total	5964	100,0

Fuente: Estadísticas de los centros de APV de CRE

Elaborado por: Ma. F Ortiz.

En lo que se refiere a la orientación sexual los heterosexuales acudieron de manera voluntaria a realizarse la prueba en un 97,4%, los homosexuales en un 0,9% y las minorías sexuales en 1,7% se obtuvo una $p < 0,05$ (estadísticamente significativa) Ji^2 35,43.

Cuadro N-14 Usuarios que acudieron de manera voluntaria al servicio de APV de CRE según orientación sexual

Orientación sexual	Motivo de la Prueba: Voluntario	Porcentaje%
Heterosexuales	5806	97,4
Homosexuales	54	0,9
Minorías sexuales	104	1,7
Total	5964	100,0

Fuente: Estadísticas de los centros de APV de CRE

Elaborado por: Ma. F Ortiz.

De los usuarios que acudieron a realizarse la prueba de VIH el 86,8 % obtuvo MR, el 9,9% WB+ y el 3,3% WBi.

Cuadro N-15 Resultado obtenido de la prueba de VIH solicitada voluntariamente 2005.

Resultado	Motivo de la Prueba: Voluntario	Porcentaje%
Microelisa reactivo	132	86,8
Western Blot positivo	15	9,9
Western Blot indeterminado	5	3,3
Total	152	100,0

Fuente: Estadísticas de los centros de APV de CRE

Elaborado por: Ma. F Ortiz.

En el motivo de causa legal-laboral el 55,7%, fueron hombres y el 44,3% fueron mujeres, se obtuvo una $p < 0,05$ (Ji^2 40,57) lo cual indicó que la diferencia fue estadísticamente significativa.

Cuadro N-16 Usuarios que acudieron por causa legal-laboral al servicio de APV de CRE según el sexo 2005.

Sexo	Motivo de la Prueba: Legal-laboral	Porcentaje%
Hombres	7651	55,7
Mujeres	6073	44,3
Total	13724	100,0

Fuente: Estadísticas de los centros de APV de CRE
Elaborado por: Ma. F Ortiz.

Se determinó que la población heterosexual solicitó la prueba de VIH por motivo legal-laboral en un 99,9% a diferencia de los homosexuales que lo hicieron en el 0,0% y las minorías sexuales en el 0,1%. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa $p < 0,05$ (Ji^2 legal=33,23) (Ji^2 laboral=61,49).

Cuadro N-17 Usuarios que acudieron por causa legal-laboral al servicio de APV de CRE según orientación sexual

Orientación sexual	Motivo de la Prueba: Legal-laboral	Porcentaje%
Heterosexuales	13704	99,9
Homosexuales	4	0,0
Minorías sexuales	16	0,1
Total	13724	100,0

Fuente: Estadísticas de los centros de APV de CRE
Elaborado por: Ma. F Ortiz.

Los usuarios que acuden por motivo legal-laboral a realizarse la prueba obtuvieron el 95,5% un resultado MR, el 2,2% WB + y WB i el 2,2%.

Cuadro N-18 Resultado obtenido de la prueba de VIH por causa legal-laboral

Resultado	Motivo de la Prueba: Voluntario	Porcentaje%
Microelisa reactivo	85	95,5
Western Blot positivo	2	2,2
Western Blot indeterminado	2	2,2
Total	89	99,9

Fuente: Estadísticas de los centros de APV de CRE

Elaborado por: Ma. F Ortiz.

En lo que se refiere a la solicitud de la prueba de VIH por causa médica el 56,3% fueron hombres y el 43,7% fueron mujeres.

Cuadro N-19 Solicitud de la prueba por causa médica según sexo

Sexo	Motivo de la Prueba: Médico	Porcentaje%
Hombres	3506	56,3
Mujeres	2724	43,7
Total	6230	100,0

Fuente: Estadísticas de los centros de APV de CRE

Elaborado por: Ma. F Ortiz.

De los usuarios que acudieron por solicitud médica a realizarse la prueba de VIH el 99,7% fueron heterosexuales, el 0,1% homosexuales y el 0,2% de minorías sexuales, hubo diferencia estadísticamente significativa $p < 0,05$ Ji2 26,07.

Cuadro N-20 Solicitud de la prueba por causa médica según orientación sexual

Orientación sexual	Motivo de la Prueba: Médico	Porcentaje%
Heterosexuales	6213	99,7
Homosexuales	3	0,1
Minorías sexuales	14	0,2
Total	6230	100,0

Fuente: Estadísticas de los centros de APV de CRE

Elaborado por: Ma. F Ortiz.

De los usuarios que acuden por solicitud médica a realizarse la prueba el 91,4% tuvo MR, el 5,3% WB + y el 3,3% WB i.

Cuadro N-21 Resultado obtenido de la prueba de VIH por causa médica

Resultado	Motivo de la Prueba: Médico	Porcentaje%
Microelisa reactivo	139	91,4%
Western Blot positivo	8	5,3
Western Blot indeterminado	5	3,3
Total	152	100,0

Fuente: Estadísticas de los centros de APV de CRE
Elaborado por: Ma. F Ortiz.

RESULTADO POR CIUDADES

En el estudio realizado se determinó que en la ciudad de Quito el 52,7% fueron hombres y el 47,3% mujeres. Las personas que acudieron al servicio de APV en la ciudad de Guayaquil fueron hombres en el 56,3% y mujeres en el 43,7%.

En las otras ciudades que incluyen Sto Domingo de los Tsáchilas, Esmeraldas, Quevedo y Portoviejo, el 68,8% fueron hombres y el 31,2% fueron mujeres.

Cuadro N-22 Usuarios que acudieron al servicio de APV según el sexo, por ciudades

Sexo	Quito	%	Guayaquil	%	Otras ciudades	%
Hombres	8240	52,7	1597	56,3	5126	68,8
Mujeres	7392	47,3	1241	43,7	2322	31,2
Total	15632	100,0	2838	100,0	7448	100,0

Fuente: Estadísticas de los centros de APV de CRE
Elaborado por: Ma. F Ortiz.

Se determinó que en la ciudad de Quito los usuarios que acudieron fueron heterosexuales en el 99,5%, homosexuales en el 0,1% y minorías sexuales en el 0,3%.

En la ciudad de Guayaquil los usuarios que acudieron fueron heterosexuales en el 98,5%, homosexuales 0,8% y MS 0,7%.

En las otras ciudades los usuarios que acudieron fueron heterosexuales en el 96,5%, homosexuales 0,2% y MS 3,3%.

Cuadro N-23 Usuarios que acudieron al servicio de APV según la orientación sexual, por ciudades

Orientación sexual	Quito	%	Guayaquil	%	Otras ciudades	%
Heterosexuales	15558	99,5	2797	98,5	7187	96,5
Homosexuales	21	0,1	22	0,8	17	0,2
Minorías sexuales	53	0,3	19	0,7	244	3,3
Total	15632	99,9	2838	100,0	7448	100,0

Fuente: Estadísticas de los centros de APV de CRE
Elaborado por: Ma. F Ortiz.

En la ciudad de Quito el 82,8% de pruebas fueron MR, el 9,8% WB+ y el 7,4% WBi.

En la ciudad de Guayaquil el 95,1% de pruebas fueron MR, el 4,91% WB+ y no hubo resultados de WBi.

En las otras ciudades el 96,5% de pruebas fueron MR, el 3,5% WB+ y no hubo resultados de WBi.

Cuadro N-24 Resultado de exámenes de VIH en las diferentes ciudades donde se estableció el servicio de APV.

Resultado	Quito	%	Guayaquil	%	Otras ciudades	%
Microelisa reactivo	135	82,8	58	95,1	163	96,5
Western Blot positive	16	9,8	3	4,9	6	3,5
Western Blot indeterminado	12	7,4	0	-	0	-
Total	163	100,0	61	100,0	169	100,0

Fuente: Estadísticas de los centros de APV de CRE

Elaborado por: Ma. F Ortiz.

A continuación se detallan los casos de WB positivos encontrados en el servicio de APV durante el 2005 según el sexo, la orientación sexual y el motivo de solicitud de la prueba de VIH.

Cuadro N-25 Usuarios según sexo y por ciudad con resultado WB+ que acudieron al servicio de APV.

Sexo	Quito	%	Guayaquil	%	Otras ciudades	%
Hombre	11	68,7	2	66,7	5	83,3
Mujer	5	31,3	1	33,3	1	16,7
Total	16	100,0	3	100,0	6	100,0

Elaborado por: Ma. F Ortiz.

Fuente: Estadísticas de los centros de APV de CRE

Cuadro N-26 Usuarios con resultados WB+ que acudieron al servicio de APV según orientación sexual y ciudad de origen.

Orientación Sexual	Quito	%	Guayaquil	%	Otras ciudades	%
Heterosexual	15	93,8	3	100,0	4	66,7
Homosexual	0	-	0	-	1	16,6
Minoría sexual	1	6,2	0	-	1	16,6
Total	16	100,0	3	100,0	6	99,9

Fuente: Estadísticas de los centros de APV de CRE

Elaborado por: Ma. F Ortiz.

Cuadro N-27 Prevalencia de VIH en el Servicio de APV durante 10 meses de estudio según el motivo de solicitud de la prueba y por ciudades

Motivo Solicitud	Quito	%	Guayaquil	%	Otras ciudades	%	
Médico	7	43,8	0	-	1	16,6	Legal-
laboral	1	6,2	0	-	1	16,6	
Voluntario	8	50,0	3	100,0	4	66,7	
Total	16	100,0	3	100,0	6	99,9	

Fuente: Estadísticas de los centros de APV de CRE.

Elaborado por: Ma. F Ortiz.

En lo que se refiere al resultado de la prueba en relación a la orientación sexual se obtuvieron 393 resultados en total. El 88% (22) de las personas heterosexuales obtuvieron un resultado WB +, un 4% correspondió a un homosexual, positivo para WB y el 8% (2) minorías sexuales (trabajadoras sexuales) fueron WB+. (Ver cuadro N-23)

Cuadro N-28 Resultados de la prueba de VIH según orientación sexual

Orientación	MR	%	WB+	%	WBI	%
Heterosexual	332	93,3	22	88	12	3,3
Homosexual	7	1,9	1	4	0	-
Minoría sexual	17	4,8	2	8	0	-
Total	356	100,0	25	100	12	100,0

Fuente: Estadísticas de los centros de APV de CRE

Elaborado por: Ma. F Ortiz.

En relación al resultado de la prueba por sexo, se determinó que el 72% de hombres fueron WB+ y el 28% fueron mujeres.

Cuadro N-29 Resultados de la prueba de VIH según sexo

Sexo	MR	%	WB+	%	WBI	%
Hombre	248	69,7	18	72	9	75
Mujer	108	30,3	7	28	3	25
Total	356	100,0	25	100	12	100

Fuente: Estadísticas de los centros de APV de CRE
 Elaborado por: Ma. F Ortiz.

IV DISCUSIÓN

Debido al impacto sociocultural que genera el VIH-SIDA, no solo en nuestro país sino en todo el mundo, la necesidad de analizar el tema y sobretodo de contrarrestar la infección, es lo que ha llevado a muchas instituciones y organizaciones a elaborar estrategias adaptadas al ser humano, que les permita identificar sus factores de riesgo y prevenir la infección del virus.

En esta tesis se incluye la experiencia obtenida durante 10 meses de análisis de datos en los diferentes centros de asesoría prueba voluntaria en VIH-SIDA de CRE, en 6 ciudades del Ecuador donde se implementó una estrategia nunca antes conocida en el país, y que gracias a la experiencia de otros países se dio a conocer.

Durante el año 2005 se ofreció asesoría en VIH a 25,918 personas en 6 juntas de CRE, esta fue una experiencia distinta de prevención, ya que rutinariamente los programas ampliados de información sobre VIH-SIDA, se describen como información educativa, o como comunicación en el cambio de comportamiento, en el cual el uso de medios electrónicos o impresos promueven la propagación de la información.

De los resultados obtenidos el 57,7% correspondió a hombres y el 42.3% a mujeres. Aunque en el estudio la prevalencia era más alta en los hombres, los porcentajes entre ambos sexos no son muy distantes, lo que demuestra que la población femenina casi se equipara con la masculina ya que esta última constituye una población puente para la transmisión del virus de VIH a sus cónyuges, debido a las relaciones sexuales que tiene con otras parejas.

En lo referente al motivo de solicitud de la prueba por parte de los usuarios que acudieron al servicio de APV, la causa legal laboral fue la de mayor prevalencia en el 53%, siendo este porcentaje estadísticamente significativo, lo cual nos sorprendió y permitió determinar la discriminación y el rechazo que sufre una persona que vive con VIH al solicitar un empleo, como también el desconocimiento legal de estas personas sobre la normativa que impide a las empresas solicitar de forma obligatoria la prueba de VIH y las sanciones que les puede significar en el Ministerio de Trabajo.

Lamentablemente la falta de información acerca de la forma de transmisión del virus, así como también la falta de sensibilización a la población, crea mitos absurdos que incrementan la estigmatización a estas personas comunes y corrientes que tienen derechos y oportunidades al igual que cualquier persona que no tiene el virus. Llamó la atención que instituciones tales como la Marina, el Ejército, las embajadas, los colegios y empresarios de la pequeña industria, solicitan la prueba de VIH como requisito para obtener el empleo.

Por ser el VIH un asunto de salud internacional, la legislación ecuatoriana reconoce los derechos, el respeto, la no marginación y la confidencialidad de los datos de las personas afectadas con el virus de VIH, logrando con esto establecer una ley que permite a la persona mejorar su calidad de vida.

El sexo masculino representa aún la población económicamente más activa, con mayor oportunidad de trabajo que la mujer, por lo que la solicitud de la prueba de causa legal laboral se convierte en un requisito primordial para él como lo demuestra la prevalencia en el estudio realizado en esta tesis, en el hombre (55,7%) vs la mujer (44,3%).

En el caso del hombre que acude a solicitar una prueba de VIH por recomendación médica (56,3%), en muchas ocasiones el diagnóstico se lo realizará al encontrar condiciones no muy saludables en la persona, al indagar sobre su sexualidad y al identificar factores de riesgo como múltiples parejas sexuales, así como también al descubrir en el examen físico, lesiones sugestivas de una enfermedad de transmisión sexual que le hacen sospechar de una posible infección del virus.

En la mujer en cambio (43.7%), la solicitud de la prueba por parte del médico puede relacionarse con el estado de gestación, ya que en esta condición, la identificación de un resultado positivo para VIH es decisivo para la intervención médica en el niño.

Con respecto a la voluntariedad de la prueba los resultados demostraron que los hombres fueron los que más solicitaron la prueba voluntariamente. La población masculina tiene conductas sexuales más riesgosas que incrementan la vulnerabilidad hacia la infección, como lo demuestran los resultados de Western blot positivo que correspondieron a 18 hombres de los 25 casos en total. A pesar del temor que una persona tiene de realizarse la prueba, al hacerlo es algo positivo porque de esa manera pueden obtener mayor información y sobretodo cambiar sus comportamientos sexuales. En caso de aquellas personas jóvenes que tuvieron su primera experiencia con una trabajadora sexual y que se infectaron del virus, es importante que tengan un diagnóstico a tiempo, porque de esa manera mejorarán su calidad de vida, iniciarán su tratamiento antirretroviral, pero sobre todo aprenderán a valorar su salud, incluso apoyarán en la lucha contra la diseminación del virus una vez que hayan pasado la etapa de la depresión.

Otro dato interesante obtenido del estudio, fue que la afluencia de personas heterosexuales (99,3%) fue significativamente mayor que la de homosexuales (0,5%) y otras minorías sexuales como travestis, transexuales, trabajadoras sexuales (0,5%). Así también los resultados de las pruebas de exámenes realizadas a estos grupos prevalecieron en la población heterosexual, siendo de los 25 casos con resultado WB+, 22 personas heterosexuales, 1 caso de una persona homosexual y 2 de trabajadoras sexuales, con estos datos se demuestra que las poblaciones consideradas más expuestas como son homosexuales, trabajadoras sexuales, travestis, etc., continúan siendo minoría frente a la epidemia; se ha demostrado que la población heterosexual es la de mayor incidencia, constituyéndose en una población puente para la transmisión de la infección y que la discriminación y la señalización por parte de la sociedad a ciertos grupos a los que se les creía de mayor riesgo no tiene sustento.

En el Ecuador según el último reporte del UNGASS 2008-2009 la epidemia de VIH-Sida es considerada como concentrada, principalmente en hombres que tienen sexo con hombres (HSH).³⁵, población que no necesariamente es homosexual según estudios realizados en Perú, Honduras, estas personas se identifican como población heterosexual.³⁶ En muchos países africanos la mayor proporción de nuevas infecciones afecta a parejas heterosexuales.³⁷

Aunque el presente estudio no está dirigido a la determinación de cuantas personas salieron positivas para la prueba de Western Blot, es relevante dar a conocer que de las 3 principales causalidades por las que solicitan la prueba, 15 personas que acudieron voluntariamente al servicio fueron positivas, 2 se identificaron por hallazgo casual ya que era un requisito laboral y 8 personas fueron identificadas en una consulta médica, con

esto se determinó que el motivo de la prueba relacionado con el resultado obtenido que prevaleció fue el voluntario, determinando así la autoconciencia de las personas y el conocimiento propio de sus riesgos.

En el alcance realizado desde el 2005 al 2010 se observó que la prevalencia del hombre vs mujer se mantuvo durante estos años por los factores de riesgo que puede tener el sexo masculino a consecuencia del mayor número de parejas sexuales en relación a la mujer. El grupo etáreo entre 20-24 años fue el de mayor afluencia en los servicios de APV pues constituye una población joven que practica el derecho a su sexualidad.

Desde el 2005 al 2010 se han incrementado las organizaciones de referencia que apoyan y permiten una continuación del servicio de APV a aquellas personas con VIH, de tal manera que el servicio de referencia y contrarreferencia se ha fortalecido brindando una mejor atención a la población.

V CONCLUSIONES

1. El VIH-SIDA no debe ser tratado exclusivamente como un problema de salud, sino una cuestión de desarrollo y de gobierno que ha afectado a la estructura social de comunidades, regiones y países.
2. Los centros de APV en VIH-SIDA son una estrategia de prevención primaria secundaria y terciaria efectiva porque su metodología es distinta, ya que el enfoque no se limita a la información educativa y comunicación en el cambio de comportamiento, sino a un trato individualizado y personal a quienes solicitan la prueba de VIH, ayudándoles a identificar sus factores de riesgo y a prepararse para recibir su resultado con responsabilidad disminuyendo el impacto en el caso de ser positivo, además que se ha constituido en un sistema integral de prevención pública.
3. La discriminación contra los hombres homosexuales dificulta el esfuerzo de prevención; la discriminación los obliga a ocultar su realidad y negar la existencia de un comportamiento de riesgo, lo cual impide que los programas de prevención lleguen a ellos.
4. El liderazgo político y social puede generar una respuesta a todos los sectores y contribuir a acabar con el estigma.
5. La sensibilidad cultural es fundamental para promover cambios de comportamiento.
6. Una respuesta exitosa incluye la participación tanto de la comunidad como de las PVVS.
7. El rechazo que las personas con VIH-SIDA experimentan es un gran problema porque no solo son discriminados laboralmente, sino son excluidos de su familia, de su círculo social y son privados de muchos derechos que como seres humanos poseen.

8. Las estadísticas obtenidas de este estudio sirvieron para dar a conocer a las organizaciones del gobierno la discriminación y estigmatización hacia las personas viviendo con VIH-SIDA (PVVS), con el objeto de que reformen el reglamento a la ley para la prevención y asistencia integral del VIH-SIDA. Gracias a este estudio, se pudo determinar estas acciones erróneas no conocidas por el Ministerio de Salud y de Trabajo, y se llevó a cabo un proceso de sensibilización y concienciación a estas personas que privan de derechos a otros, por manejar información equivocada con respecto a la infección por VIH.

VI RECOMENDACIONES

Promover la implementación de más centros de APV en todo el país con el objeto de difundir esta nueva estrategia de prevención y normatizar a la asesoría como un requisito antes de la realización de una prueba de VIH.

El MSP como Autoridad Sanitaria Nacional (ASN) debe continuar con la ampliación de estos centros tanto en el sector público como privado, pues se deben reformar las leyes y los sistemas para que sean constantes con las obligaciones internacionales de los derechos humanos.

Los estudios realizados en Tanzania revelaron un alto porcentaje de mujeres que creían que la violencia dentro de la pareja era justificada, y que una mujer no tenía derecho a negarse a tener relaciones sexuales con su pareja, después de que éste la hubiera golpeado. Se reveló también que las mujeres infectadas con VIH tenían mayor probabilidad de haber experimentado violencia física, sexual o ambas; con lo que se concluyó que existe una relación entre la epidemia del VIH-SIDA y la violencia contra la

mujer, y que la asesoría prueba voluntaria, es un elemento clave para identificar y brindar apoyo a las víctimas de la violencia.

La prevención de VIH-SIDA en otros países ha alcanzado un nivel alto con la implementación de los servicios de consejería prueba voluntaria al centrar su labor en la relación de la pareja y no solo en el sexo seguro, acción que debe ser aprendida en nuestro país, para lo cual, los procedimientos de asesoría, las habilidades, el desempeño del personal; deben ser reforzados. Es por eso que la asesoría debe ser integrada a un amplio grupo de servicios de salud, se deben estudiar una mejor evaluación de los procesos. Los gobiernos deben apoyar la prevención del VIH-SIDA a través de la elaboración de políticas.

Es necesario realizar más investigaciones acerca de las relaciones sexuales y la reducción del riesgo de VIH en las parejas, la eficacia del manejo del riesgo, las fuentes de apoyo y los obstáculos existentes y las estrategias para entregar la información sobre asesoría.

En las experiencias obtenidas de otros países como en África Subsahariana se promueve la consejería de pareja, la cual no está dirigida exclusivamente al sexo seguro (uso adecuado del preservativo), sino a un proceso de comunicación y negociación que se debe afrontar como pareja. En este tipo de consejería y prueba voluntaria se proveen mensajes con un flujo de información unidireccional para las parejas. África, Senegal y Uganda son ejemplos exitosos de cambios de comportamiento, quienes gracias a la consejería lograron un declive en los niveles de seroprevalencia en VIH. Este es un

ejemplo a seguir para promover en nuestro país este tipo de consejería, que dé la oportunidad a las parejas de identificar sus riesgos y prevenirlos.

Se debe fomentar la coordinación entre actores claves como el Consejo Nacional de Salud, Ministerio de Educación, Cultura, Ministerio de Salud Pública para la construcción de competencias, técnicas y metodologías relacionadas con la implementación de centros de APV en VIH-SIDA a nivel nacional, de manera que se logre un trabajo coordinado y sostenido con todas las entidades de la sociedad civil, con el objetivo de hacer un cabildeo y apoyar la formación, revisión y ejecución de una política pública que haga de este servicio un sistema integrado de promoción, prevención y asistencia, que aplique las herramientas de incidencia política o abogacía en VIH-SIDA.

Al ser la asesoría en VIH-SIDA una actividad muy importante que demanda el manejo de emociones y sentimientos, se debe dar valor a dicho servicio mediante un reconocimiento salarial justo y equitativo para quienes se dedican a esta estrategia distinta de prevención.

VII BIBLIOGRAFÍA

1. Disponible en: [http—data.unaids.org/pub-Report-2006-2006_country_progress_report_ecuador_es.pdf](http://data.unaids.org/pub/Report/2006-2006_country_progress_report_ecuador_es.pdf).
2. Disponible en: http://www.laccaso.org/pdfs/Informe_ecuador.pdf
3. ONUSIDA /OMS Julio 2008.
4. Disponible en: <http://www.ccfondoglobal.org.sv/modules.php?op=modload&>
5. Disponible en: <http://enkidumagazine.com/art2006/300106/E-055-300106.htm>
6. ONUSIDA, MSP, EQUIDAD. Análisis de la Situación y Respuesta sobre la Situación del VIH/SIDA en el Ecuador, Informe. Julio 2000.
7. Disponible en: <http://ecuador.nutrinet.org/content/blogcategory/90/194/lang/es/>
8. MSP Ecuador /Direcciones provinciales de Salud 2005.
9. Registro Oficial. Ley para la Prevención y asistencia Integral del VIH/SIDA. Registro Oficial No. 58, Quito 14 de abril de 2000, Págs. 2-3.
10. UNAIDS/02.31 E, junio de 2002 Keeping the Promise. Summary of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS. Traducción ONUSIDA.
11. Pesantez, Nidya. López, Sandra. Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010. SENPLADES Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo. CONAMU Consejo Nacional de las Mujeres. Quito, 21 de junio de 2007.
name=News&file=article&sid=150&mode=thread&order=0&thold=0
12. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/dgcs/sala_noticias/comunicados/2002-05-12-073-SIDA-PROBLEMAS-DE-SALUD-PUBLICA.htm
13. Disponible en: http://www.adusalud.org.ar/vih-sida/legislacion-vih/directrices_onu01.htm
14. Ministerio de Salud Pública de la República del Ecuador, DECLARACIÓN DE COMPROMISO SOBRE VIH-SIDA, UNGASS, Informe Intermedio del Gobierno del Ecuador Relativo al Seguimiento de sus Obligaciones, Período 2003-2005, Ecuador, Diciembre, 2005.
15. Disponible en: <http://www.unaids.org/en/media/fact+sheets.asp#>
16. Disponible en: [cac1 @http://www.monografías.com/trabajos13/pretrans](http://www.monografías.com/trabajos13/pretrans).
17. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/CA/Hojaabril05.pdf>
18. Márquez, V. Patricio y Emilio Montalvo. Proyecto de prevención control del VIH-SIDA en República Dominicana: Primeros resultados. N69 Banco Mundial. Julio 2004.

Disponible en: [http://wbln0018.worldbank.org/LASC/lacinfoclient.nsf/d9684951174975c85256735007fef12/2ebecd4ca900c2ebecd4ca900c36b85256ee5004cdec1/\\$FILE/HIV_DR_SP_49.pdf](http://wbln0018.worldbank.org/LASC/lacinfoclient.nsf/d9684951174975c85256735007fef12/2ebecd4ca900c2ebecd4ca900c36b85256ee5004cdec1/$FILE/HIV_DR_SP_49.pdf)

19.Soler, C. Carmen. Programa de VIH/SIDA de la Ciudad de México/Clínica Especializada Condesa. Responsable de VIH/SIDA/ITS. Disponible en: http://www.copo.df.gob.mx/calendario_2004/diciembre/sida.html

20.Disponible en: [http://www.cLancetInfectiousDiseases2005Jul;5\(7\);400](http://www.cLancetInfectiousDiseases2005Jul;5(7);400).(César Nureña,ImpactaSaludyEducaciónenesex.sld.cu/webs/diversidad/prevenCIÓN &20control%20cuba.htm Melanie Zipperer-José Álvarez

21.Disponible en: http://www.cdcpin.org/scripts/espanol/vih/s_prevent.asp#cdc

22.Disponible en: <http://www.populationcouncil.org/esp/vihsida/jovenes.html>

23.Disponible en: http://www.cruzroja.org.ec/p_noticias/noti20041015.htm

24.Disponible en: <http://www.ms.gba.gov.ar/programas/sidaRecomendaciones/AsesorInfVIH.pdf>

25.Dirección Nacional de Programas Salud-Socorros-Juventud Cruz Roja Ecuatoriana.

26.Centro de Derechos Económicos y Sociales, CDES, Cruz Roja Ecuatoriana- CRE, Médicos Sin Fronteras- MSF, Fundación Equidad. Versión revisada Enero 30-2006.

27.Programa Juventud Cruz Roja Ecuatoriana Servicio de Asesoría Prueba Voluntaria en VIH-SIDA.

28.Guía de Referencia para Asesores en VCT de FHI Disponible en: <http://hourcadebellocq.mysite.freemove.com/PV> de la Alianza Internacional, y consultando publicaciones de referencia de ONUSIDA (www.unaids.org) y OPS (www.paho.org).

29.Disponible en: <http://www.vnu.org.ec/proyectos.php?sector=6>

30.Coordinadora de ONGs de Pichincha con trabajo en VIH-SIDA COOPVS, Borrador del Reglamento a la Ley para la prevención y asistencia integral del VIH-SIDA, 2006.

31.Centro de Derechos Económicos y Sociales, CDES, Cruz Roja Ecuatoriana- CRE, Médicos Sin Fronteras- MSF, Fundación Equidad, Incorpora comentarios de: MSP- Dirección del Proceso de Asesoría Jurídica-Memorando Nro. SAJ-10 2006-047, MSP-Programa Nacional de Prevención y Control del VIH-SIDA Memorando Nro. SSP-SIDA-12-41-06, Versión revisada Enero 30-2006.

32.Disponible en: <http://www.derecho-ambiental>.

Org/Derecho/Legislacion/Constitucion_Asamblea_Ecuador_1.html. Constitución de la República del Ecuador Asamblea Constituyente 2008. ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DEL ESTADO. Capítulo primero. Principios fundamentales. Art. 1 – 65.

33.La Transformación de la Gestión de Hospitales en América Latina y el Caribe. OPS, capítulo 8, 2001, Págs. 192-221.

34.Painter Thomas, Voluntary counseling and testing for couples: a high-leverage intervention for HIV/AIDS prevention in sub-Saharan África. Social Science & Medicine 53(2001) 1397-1411.

35.Informe Nacional sobre los procesos realizados en la aplicación del UNGASS Ecuador enero 2008-diciembre de 2009. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Control y Prevención de VIH/SIDA-ITS. Pág. 31.

36.Disponible en: <http://redca.org/include/tabhd.php>. Informe Ungass 2010. Honduras.

37.Disponible en:

http://data.unaids.org/pub/Report/2009/2009_epidemic_update_es.pdf.

VIII GLOSARIO

ANTIRETROVIRAL. Es un fármaco activo frente al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), que interfiere en la forma en que el virus se reproduce a sí mismo dentro de las células humanas. Un medicamento antiretroviral no puede acabar con el virus completamente, pero sí reduce las posibilidades de que las células infectadas reproduzcan nuevas partículas de virus que puedan infectar a otras células humanas.

ASESORÍA-CONSEJERÍA. Son mecanismos que tienen por objeto proporcionar información actualizada, científica y oportuna sobre VIH-SIDA y sobre los procedimientos y acciones relacionados con esta condición de salud, así como brindar apoyo emocional, psicológico y legal a las personas que viven o están afectadas por VIH-SIDA.

BISEXUALIDAD. Orientación sexual hacia las personas del mismo sexo.

BURNOUT. Se refiere a los estados de agotamiento físico y mental ocasionados por excesivo y prolongado estrés.

EPIDEMIA. Enfermedad infecciosa ampliamente extendida que afecta al mismo tiempo a muchos individuos en una población.

HETEROSEXUALIDAD. Orientación sexual hacia personas del sexo opuesto.

HOMOSEXUALIDAD. Orientación sexual hacia las personas del mismo sexo.

MINORIAS SEXUALES. Aquellas personas que no son exclusivamente heterosexuales o que no se definen a sí mismos como hombres o mujeres. Las minorías sexuales pueden englobar un espectro de identidades sexuales y de género en distintos contextos

socioculturales. En algunas partes del mundo, se prefieren términos como “lesbiana”, “gay”, “bisexual” o “transexual”, si bien este lenguaje no está aceptado universalmente.

NIÑOS HUÉRFANOS A CAUSA DEL SIDA. Se definen a las personas menores de 18 años que están vivos y que han perdido a uno o ambos padres por el SIDA.

PERSONAS AFECTADAS POR VIH-SIDA. Son aquellas que sin haber sido diagnosticadas con VIH-SIDA por sus vínculos familiares, personales o laborales con PVVS resultan afectadas por esta condición. Se refiere también aquellas personas que por estigmas sociales son asociadas al VIH-SIDA.

PERSONAS QUE VIVEN CON VIH-SIDA (PVVS). Son aquellas a quienes se les ha detectado el VIH-SIDA según los procedimientos diagnósticos establecidos en la Guías para la Atención a las personas viviendo con VIH-SIDA, expedidas por el Ministerio de Salud Pública, que se encuentren vigentes.

PORTADOR. Persona que tiene un germen y puede infectar con él a los demás.

PREVENCIÓN. Es el conjunto de acciones tendientes a evitar la transmisión y reinfección de VIH-SIDA, incluyendo la profilaxis propiamente dicha, el tratamiento y los mecanismos de integración de las PVVS con este fin.

PSICO-SOCIAL. Relacionado con la conducta humana en su aspecto social.

SEROPOSITIVO. Cuando el análisis de sangre para detectar la presencia de anticuerpos del VIH indica que sí los hay.

TRABAJADOR(A) SEXUAL(TS). Persona que tiene su actividad laboral en base a dar y recibir placer sexual.

TRANSEXUAL. Persona que ha decidido cambiar su sexo o parte de su cuerpo, a través de un proceso quirúrgico.

TRANSGÉNERO. Persona que asume como suyas las características de un género opuesto a su inicial, ya sea ocasional o permanentemente.

TRAVESTI. Persona que se viste con prendas con características opuestas a su género inicial, ya sea ocasional o permanentemente.

VIH-SIDA. La infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es una condición de salud que debilita el funcionamiento del sistema inmunológico. Su expresión clínica última es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) que se caracteriza por una profunda inmunodepresión y/o presencia de enfermedades oportunistas.

XI ABREVIATURAS

APV Asesoría en prueba voluntaria.

ASN Autoridad Sanitaria Nacional

CDES Centro de Derechos Económicos y Sociales.

CDV Consejería y Diagnóstico Voluntario.

CRE Cruz Roja Ecuatoriana.

HCH o HSH Hombres que tienen sexo con hombres.

ITS Infecciones de transmisión sexual.

MCP Mecanismo de coordinación de país.

MSP Ministerio de Salud Pública.

MSF Médicos sin fronteras.

OBC Organizaciones de Base Comunitaria.

ODM Objetivos del Desarrollo del Milenio.

OG Organizaciones gubernamentales.

OMS Organización Mundial de la Salud.

ONG Organizaciones no gubernamentales.

ONGI Organizaciones no gubernamentales internacionales.

ONU Organización de las Naciones Unidas.

OPS Organización Panamericana de la Salud.

PC Población clave.

PNUD Agencia para el Desarrollo de las Naciones Unidas.

PNS Programa Nacional de SIDA.

PPF Proyecto de Prevención en las fronteras de la epidemia.

PVVS Personas viviendo con VIH-SIDA.

RAVE Red Andina de Vigilancia Epidemiológica.

SIDA Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

TS Trabajador/a sexual.

UNAIDS Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH-SIDA. The United Nations Joint Programme on HIV/AIDS.

UNGASS Asamblea General de las Naciones Unidas sobre VIH-SIDA.

VIH Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida.

X ANEXOS

1. PROTOCOLOS PARA LA ATENCIÓN DE USUARIOS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE APV DE CRE

PROTOCOLO DE ASESORÍA EN PREPRUEBA

1. El asesor(a) recibe al usuari@ de manera cordial y neutral en un espacio físico adecuado que brinde confidencialidad.
2. Motivo de la visita.
 - a. Motivo de visita (en el caso que sea obligad@ hacerse la prueba, el asesor(a) deberá dar a conocer los derechos del usuari@).
3. Analiza la situación de riesgo del usuari@
4. Brinda y reforzar la información de VIH-SIDA. Los principales temas que se deberá tratar son:
 - a. El virus y el sistema inmunológico.
 - b. Las formas de transmisión.
 - c. Situaciones de riesgo y plan de reducción de los mismos.
 - d. Otras alternativas de sexo seguro.
 - e. La interacción entre las ITS y VIH.
 - f. Tipos de resultado.
5. Aclara dudas por parte del usuari@.
6. Consentimiento informado: el usuario decide hacerse la prueba.
7. Da indicaciones sobre la toma de la prueba.
 - a. Lugar y procedimiento para la toma de muestra.
 - b. Costo de la prueba.

- c. Tiempo de espera y lugar para entrega del resultado.
 - d. Confidencialidad del resultado.
8. Realiza recomendaciones preventivas.
- a. Realiza una demostración didáctica del correcto uso del condón.
9. Entrega de la tarjeta codificada.
10. Identifica situación emocional para que en caso necesario se haga:
- a. Referencia interna.
 - b. Referencia externa.
11. Entrega de material informativo (trípticos, folletos, etc.).

PARA EL CASO DE OFRECER UNA CHARLA INFORMATIVA:

1. El asesor (a) atenderá al usuari@ de manera cordial y neutral.
2. Refuerza la información de VIH-SIDA. Los principales temas que se tomarán en cuenta son:
 - a. El virus y el sistema inmunológico.
 - b. Las formas de transmisión.
 - c. Situaciones de riesgo.
 - d. La interacción entre las ITS y VIH.
 - e. Tipos de resultado.
3. Aclara dudas de l@s usuari@s.
4. Describe el proceso de la toma de la prueba.
 - a. Lugar y procedimiento para la toma de muestra.
 - b. Horarios de atención, tiempo de espera y lugar para entrega de resultado.
 - b. Confidencialidad del resultado.

5. Realiza recomendaciones preventivas.
 - a. Realiza una muestra didáctica del correcto uso del condón.
6. Entrega de material informativo. (trípticos, folletos, etc.).
7. Propone al grupo la asesoría individual.

NOTA: Se realizará considerando la hora y afluencia de usuari@s.

ASESORÍA POST – PRUEBA:

1. Atiende al usuari@ de manera cordial y neutral.
2. El asesor debe leer el resultado antes de entregar al usuario
3. Debe preguntar si desea que el asesor lea el resultado o el usuario mismo.
4. Entrega del resultado.
5. Explica el resultado de la prueba, referirse al protocolo de manejo de resultados.
6. Refuerza la información dada en la pre asesoría.
7. Aclara dudas del usuari@.
8. Identifica situación emocional, según el caso se hace:
 - a. Referencia interna.
 - b. Referencia externa.
9. Preguntar al usuario:
 - a. Cuáles fueron los cambios en sus conductas sexuales luego de haber recibido la asesoría.
 - b. ¿Tiene un plan de acción? ¿Cuál?

PROTOCOLO DE MANEJO DE RESULTADOS

ENTREGA DE RESULTADOS NEGATIVOS

- Entrega directa del resultado al usuario o entrega del resultado con un poder legalmente otorgado
- Asegurar al usuario la confidencialidad
- Asegurarse que el usuario entienda los resultados de la prueba.
 - a. Limitaciones de la misma – período de ventana
 - b. Necesidad de repetirse la prueba periódicamente en caso de comportamiento de riesgo
- Analiza comportamientos de riesgo con el usuario
- Identifica técnicas para la reducción de riesgos y establece un plan de reducción de los mismos
- Refiere o contrarrefiere en caso necesario al usuario a otros servicios u organizaciones de apoyo
- Asesora al usuario sobre la importancia de detectar y tratar ITS

ENTREGA CUANDO LOS RESULTADOS SON INDETERMINADOS

- Entrega directa del resultado al usuario o con poder legalmente otorgado.
- Asegurar al usuario la confidencialidad.
- Debe explicarse que el resultado de la prueba no es concluyente, lo cual indica que técnicamente no se puede precisar el resultado
- Indica que se repita el examen después de seis semanas de la fecha de la prueba indeterminada
- Indica la práctica de sexo seguro, “sexo con protección”

- Refiere o contrarrefiere en caso necesario a otros servicios u organizaciones de apoyo.

ENTREGA CUANDO LOS RESULTADOS SON REACTIVOS (POSITIVOS)

- Asegurar al usuario la confidencialidad.
- Entrega directa del resultado.
- Asegurarse de que el usuario entienda el resultado de la prueba.
- Dejar que el usuario se tome su tiempo para la aceptación del resultado.
- Rehacer una corta asesoría enfocada sobre todo en el motivo de realización de la prueba, comportamientos de riesgo y plan de prevención.
- Se recomienda realizarse la prueba confirmatoria Western Blot.
- Se brinda apoyo emocional.
- Se pregunta las necesidades que tiene el usuario.
- Referir al usuario al Departamento de Apoyo Psicológico en caso que lo amerite.
- Realizar la referencia externa correspondiente según la necesidad del usuario.
- Brindarle la oportunidad de retorno a la institución si lo desea.

2. Encuesta del Servicio de Asesoría Prueba Voluntaria en VIH-SIDA

CRE.

FECHA: _____

Ciudad: _____

1.Cuál es el motivo por el que viene a realizarse la prueba de VIH?

Voluntario	___	Viaje	___	Embarazo	___
Afiliación IESS	___	Matrimonio	___	Requisito legal	___
Estudio	___	Residencia	___	Donación sangre compensatorio	___
Trabajo	___	Solicitud médica	___	Donación sangre voluntario	___

Petición familiares	___	Seguro privado	___
Visita íntima	___	Marina mercante	___
Fuerzas armadas	___	Servicio militar	___
Policía	___	Otro (escriba)	___

2. Qué material informativo o de prevención se le entregó?

Tríptico	___	Otro (escriba)	___
Folleto	___	Preservativo	___
Tríptico y folleto	___		

3. Qué tiempo duró la asesoría que se le brindó?

1-5 minutos	___	26-30	___
6-10	___	31-35	___
11-15	___	36-40	___
16-20	___	41-45	___
21-25	___	>45 minutos	___

4. En que rango de edad se encuentra?

0-4 años	___	35-39	___
5-9	___	40-44	___
10-14	___	45-49	___
15-19	___	50-54	___
20-24	___	55-59	___
25-29	___	60-64	___
30-34	___	65 y +	___

5. Identifique su sexo.

Hombre	___	Mujer	___
--------	-----	-------	-----

6. Qué tipo de asesoría recibió?

Preprueba	___	Postprueba	___
-----------	-----	------------	-----

7.Cuál fue el resultado de su prueba de VIH?

Nueva muestra	___	Western blot negativo	___
Microelisa reactivo	___	Western blot indeterminado	___
Microelisa no reactivo	___	Todavía no hay resultado	___
Western blot positivo	___		

8. La atención en este servicio ha sido?

Primera	___	Subsecuente	___
---------	-----	-------------	-----

9. Ha sido referido/a a este servicio de alguna institución?Cuál?

Apasha	___	Centro de ITS N°2	___	Ninguna	___
CEMOPLAF	___	Fundación Equidad	___		
Médicos sin fronteras	___	Izquieta Pérez	___		

Kimirina _____ Médico particular _____
 Fundación nuestros jóvenes _____ Otro (escriba) _____

10. A que institución fue referido/a (Conteste si aplica)?

Apasha _____	Centro de ITS N°2 _____	Ninguna _____
CEMOPLAF _____	Fundación Equidad _____	
Médicos sin fronteras _____	Izquierda Pérez _____	
Kimirina _____	Médico particular _____	
Fundación nuestros jóvenes _____	Otro (escriba) _____	

11. Identifique su orientación sexual

Hombre que tiene sexo con hombre _____	Travesti _____
Trabajadora sexual _____	Transgénero _____
Persona viviendo con VIH _____	Transexual _____
Heterosexual _____	Lesbiana _____
Gays _____	Bisexual _____

12. Señale la ciudad a la que pertenece

Quito _____	Sto. Domingo _____	Otro _____
Guayaquil _____	Quevedo _____	
Portoviejo _____	Esmeraldas _____	