

POLÍTICA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL VIH-SIDA, ITS Y TUBERCULOSIS EN EL SISTEMA DE REHABILITACIÓN SOCIAL DEL ECUADOR

Aprobada en el Consejo Nacional de Rehabilitación Social
el 22 de septiembre del 2008

Gustavo Jalkh Röben

**Ministro de Justicia y Derechos Humanos y
Presidente del Consejo Nacional de Rehabilitación**

Ximena Costales

Subsecretaría de Coordinación de Rehabilitación Social

Jose Manuel Hermida

**Representante Residente
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo**

Con el aporte de:

- Embajada Real de los Países Bajos
- Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID)
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el VIH-SIDA (ONUSIDA)

Coordinación equipos técnicos de:

- Subsecretaría de Coordinación de Rehabilitación Social
- Ministerio de Salud Pública
- Dirección Nacional de Rehabilitación Social
- Proyecto de Respuestas Multisectoriales del VIH-SIDA del PNUD
- Oficina de Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito

Quito/Ecuador 2008

Índice

Siglas

Prefacio

Introducción

1. La situación del VIH-SIDA en las personas privadas de libertad en el Ecuador
2. Proceso de elaboración de la política
3. Objetivo de la política
4. Principio central de la política
5. Público objetivo: la comunidad penitenciaria

Primera parte: estrategias de intervención

1. Educación en VIH-SIDA, ITS y temas relacionados
2. Acceso a condones y lubricantes
3. Prevención y respuesta a la violencia sexual e intrafamiliar
4. Prevención de la transmisión vertical
5. Drogas, alcohol y conductas de riesgo
6. Pruebas de diagnóstico de VIH
7. Seguimiento y tratamiento de PWVS
8. Apoyo y no discriminación de las PWVS
9. Prevención y atención de la tuberculosis
10. Atención de ITS

Segunda parte: ejes transversales

1. Recursos humanos
2. Infraestructura
3. Hacinamiento
4. Derechos Humanos
5. Reformas legales
6. Atención de las PPL en los hospitales del MSP
7. Corrupción
8. Vigilancia centinela
9. Coordinación, financiamiento, seguimiento y monitoreo de la política

Anexo

Siglas

AECID	Agencia Española de Cooperación para el Desarrollo
ARV	Antiretroviral
CAP	Conductas Actitudes y Prácticas
CONSEP	Consejo Nacional de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicos.
CRS	Centro de Rehabilitación Social
CRSF	Centro de Rehabilitación Social Femenino
CRSV	Centro de Rehabilitación Social Varones
DDHH	Derechos Humanos
DNRS	Dirección Nacional de Rehabilitación Social
HSH	Hombres que tienen Sexo con Hombres
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
INH	Instituto Nacional de Higiéne
ISSFA	Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas
ISSPOL	Instituto de Seguridad Social de la Policía
ITS	Infección de Transmisión Sexual
MJDH	Ministerio de Justicia y Derechos Humanos
MSP	Ministerio de Salud Pública
ONUDD	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el VIH-Sida
PPL	Persona Privada de Libertad
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PVS	Persona Viviendo con VIH-Sida
SENAMI	Secretaría Nacional del Migrante
SENPLADES	Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
TB	Tuberculosis
TS	Trabajador/a Sexual
UNIFEM	Fondo de las Naciones Unidas para la Mujer
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

Prefacio

La necesidad de fortalecer la respuesta al VIH-SIDA en la población penitenciaria se basa sobre argumentos lógicos: la detención limita la libertad de la persona, pero no su actividad sexual, ni la propagación de la infección, tampoco los contactos entre la población carcelaria y la población general. Pero también sobre argumentos basados en los derechos: los detenidos conservan todos los derechos de los que no les priva su condición de recluso. Consecuentemente, el respeto de los derechos constitucionales de las PPL obliga al Estado a proveer en los CRS niveles de salud equivalentes a los de la población en general.

Los datos obtenidos por los estudios realizados demuestran la presencia de la epidemia en las personas privadas de libertad, como uno de los grupos más afectados, después de los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y de las trabajadoras sexuales.

La presencia del VIH-SIDA en la población penitenciaria obliga a fortalecer, no solamente la aplicación de la prueba y el acceso a tratamiento, sino también los modelos de prevención. La poca asociación existiendo entre los conocimientos y los comportamientos debería conducir a ampliar por una parte los programas informativos y los dispositivos de acceso al condón y por otra parte, la construcción de una estrategia que permita traducir en forma más coherente los conocimientos en comportamientos seguros. Finalmente, la estrategia de prevención debería considerar las parejas de las personas privadas de libertad ya que es sumamente preocupante que según la Línea Base del Fondo Global, solamente el 49.5% de los entrevistados indicaron haber usado un condón en su última relación sexual comercial y el 15.4%, con su pareja habitual (DNRS, GTZ y MSP, 2008).

Estas evidencias son lo suficientemente fuertes para justificar la implementación de la presente política de prevención y atención en VIH-SIDA en el sistema de rehabilitación social del país, máxime si se considera que en sistema penitenciario, todos los actores tienen derecho a la salud, incluyendo familiares, guías penitenciarios y administrativos penitenciarios.

Gustavo Jalkh Röben

"... Todo el mundo ha hablado de que los Centros de Rehabilitación son un puente de contagio y realmente es cierto, porque nosotros estamos adentro pero nuestras mujeres y nuestras visitas vienen y están con nosotros y pueden ser un puente con la sociedad, pero nosotros hemos realizado campañas no solamente de VIH sino también de Tuberculosis y otras enfermedades habidas y por haber... por ejemplo: En VIH las personas privadas de la libertad usan solo el condón como método anticonceptivo y yo creo que es un método de prevención de infecciones de transmisión sexual... somos miles y los brotes de VIH ahora son mínimos y lo que hacemos primero es darles una fortaleza anímica a los infectados de VIH ya que ésta es una enfermedad que no mide condición social, ni ninguna otra; lo importante es ayudarles psicológica y moralmente ya que dándonos la mano o compartiendo no nos vamos a infectar... se necesita una política de prevención y de conocimientos, cosas que sí se pueden realizar y nosotros podemos ser un puente de prevención, nosotros podemos enseñar a las visitas y estas a su vez a la gente de afuera."

Jean Carlo

Centro de Rehabilitación Social N.-1

Aquí adentro aprendí a valorar a las personas que no me aman, aprendí a valorarme a mí mismo, aprendí a ser compañero como nunca antes. Yo era egoísta y solo pensaba en mí mismo y ahora aprendí muchas cosas... Yo al principio tuve un compañero en mi celda que tenía el SIDA, yo tenía tanto miedo que pensaba que ya me iba a pasar a mí... y al transcurrir el tiempo comprendí que el SIDA no es una pelota que todo el mundo se la pasa y se le queda, no, es algo que uno experimenta, ve y reacciona para que uno no pueda cometer un error que lo pueda llevar a estar sufriendo por estar en esa circunstancia... así sabemos amar a los que tienen el virus porque eso nos lleva a la victoria, porque cuando una persona está rechazada, siempre va a buscar una salida, como matarse por no tener apoyo, pero mientras yo este en el Centro de Rehabilitación no va a ser posible que yo aborrezca a una persona que vive con VIH, porque yo lo estoy viviendo con mi compañero de celda y él me necesita."

Pedro

Centro de Rehabilitación el Rodeo-Portoviejo

INTRODUCCIÓN



1. La situación del VIH-SIDA en las personas privadas de libertad en el Ecuador

Las personas privadas de libertad (PPL) constituyen un grupo particularmente vulnerable ante la epidemia del VIH. Esta vulnerabilidad se debe a varios factores y a la situación de abandono en la cual se encuentran estas personas. Hasta hace poco, solo se disponía de algunas mediciones de seroprevalencia ligadas a la aplicación de pruebas en grupos reducidos de PPL.

Últimamente, 4 estudios realizados en la población penitenciaria permiten aumentar el conocimiento sobre las características de la epidemia en esta población.

1. Estudio de Línea Base, Fondo Global, CARE - Universidad San Francisco de Quito, realizado de noviembre de 2006 a febrero de 2007 y cuya Revisión Final fue elaborado por el Comité Técnico en marzo del 2008.
2. Estudio sobre el consumo de drogas en personas privadas de libertad, CONSEP - Observatorio Ecuatoriano de las Drogas del CONSEP, 2007.
3. Censo Social y Demográfico Penitenciario del Ecuador, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Unidad de Defensoría Pública Penal, Santiago Pérez, 2008.
4. Programa de prevención de transmisión del VIH-SIDA e ITS en las personas privadas de libertad de los Centro de Rehabilitación Social (CRS), Dirección Nacional de Rehabilitación Social (DNRS), Cooperación Técnica Alemana (GTZ) y Ministerio de Salud Pública (MSP), 2008.

Cabe indicar que dichas mediciones se realizaron a partir de objetivos y metodologías específicas y por esta razón, no se pueden comparar sus resultados.

Seroprevalencia en PPL

El Programa Nacional de Prevención y Control de ITS-VIH-SIDA (Ministerio de Salud Pública) registra 6 casos de VIH-SIDA en las PPL en el periodo 2002 – 2006.

Las pruebas de detección del VIH-SIDA aplicadas por la Dirección Nacional de Rehabilitación Social y el Ministerio de Salud Pública en el CRS de Guayaquil revelan una prevalencia de VIH que fluctúa entre 1.4% y 6.8% desde el 2004 hasta el 2008 (pruebas confirmatorias positivas). No se tiene información sobre los criterios usados para seleccionar las personas a las cuales se aplico las pruebas, solamente el numero de muestras de Elisa aplicadas. Por esta razón, no se puede considerar que las cifras de seroprevalencia sean representativas de población más grandes de personas privadas de libertad.

En el Primer Estudio sobre el Consumo de Drogas en las Cárceles (CONSEP, OED, 2008), se incluyeron variables relacionadas a la epidemia y a los comportamientos. Se estima el numero de PPL que saben que tienen el VIH en 0.1%; las personas que tienen tuberculosis, en 1.0%; las que adquirieron una ITS antes de su ingreso en el CRS, en 4.8% y las que la adquirieron en el CRS, 1.4%.

Según el Censo Demográfico y Social Penal (Ministerio de Justicia, 2008), las personas que saben que son seropositivas representan el 0.6% de la población (69 casos); las que tienen tuberculosis, 0.9% antes de la detención y 1.1% durante la detención; y las personas con ITS, 1.2%. Los datos del Censo se relacionan con el conocimiento que tienen las PPL sobre estas enfermedades y no constituyen una medición de seroprevalencia.

Finalmente, Informe Final Línea de Base, Revisión Técnica del Estudio de la Línea de Base sobre VIH-SIDA, Proyecto Ecuador VIH-SIDA, MSP, CARE y Fondo Global, 2008 no pudo medir la seroprevalencia en este grupo a nivel nacional, sino solamente la seroreactividad en los lugares de intervención del Proyecto. Ésta se estima en 3.4%.

Los conocimientos y los comportamientos

Sobre los conocimientos y los comportamientos asociados al VIH-SIDA, los estudios mencionados aportan la siguiente información.

El Primer Estudio sobre el Consumo de Drogas en las Cárceles (CONSEP, 2008) estima la proporción de personas que han tenido relaciones sexuales con una o más personas del mismo sexo durante el último año en los CRS en 3.1%, y la que corresponde a relaciones con trabajadoras sexuales del otro sexo, 9.7%. En las PPL, es con las trabajadoras sexuales que se observa el mayor uso sistemático del condón (75.9%). Con parejas ocasionales de otro sexo y en personas que ejercieron la prostitución antes de su ingreso en el CRS, el uso sistemático del condón es de 49.7% y 47.0% respectivamente. Pero entre las personas que tuvieron relaciones con personas de su mismo sexo, su uso disminuye: 24.7% en parejas ocasionales del mismo sexo, 14.0% en parejas permanentes del mismo sexo y 13.7% con trabajadores sexuales del mismo sexo. Cabe observar que entre las PPL que tienen relaciones con su pareja permanente heterosexual, el uso sistemático del condón también es bajo (15.4%).

El Estudio CAP Programa de prevención de transmisión del VIH-SIDA e ITS en las personas privadas de libertad de los CRS (DNRS, GTZ y MSP, 2008) revela en general la presencia de un alto nivel de conocimientos en las PPL sobre el VIH-SIDA, representaciones de género marcadas por un importante componente masculino hegemónico y actitudes de estigmatización frente a las PVVS que viven en el espacio carcelario. En promedio, las PPL entrevistadas indicaron haber tenido relaciones sexuales con 3 parejas diferentes durante los últimos 12 meses. El 31.2% indicó que utilizó condones en su última relación sexual. El 44.9% tuvo relaciones con otra pareja que la habitual en los últimos 12 meses y el 31.6% uso el condón en la última relación sexual con una pareja distinta a la habitual.

Finalmente, el Informe Final Línea de Base estima en 49.5% la proporción de PPL que usaron el condón en su última relación sexual comercial y en 11.5%, las personas que lo utilizaron con personas distintas a su pareja estable.

Los datos CAP muestran la presencia de una separación entre los conocimientos y los comportamientos. Las personas que tienen un alto nivel de conocimientos no usan más frecuentemente el condón que las que tienen pocos conocimientos adecuados. Las personas que identifican el condón como un recurso para evitar la infección no lo usan más sistemáticamente que las que no lo identifican como tal. Finalmente, las PPL que saben que el tener varias parejas diferentes las expone al VIH no tienen menos parejas que las que desconocen este aspecto.

2. Proceso de elaboración de la política

Para la elaboración de la política se realizaron los siguientes eventos:

1. "Seminario Internacional sobre VIH-SIDA en el Sistema Penitenciario" en Quito (21, 22 y 23 de julio del 2008).
2. "Talleres de aportes de los comités de personas privadas de libertad sobre las propuestas de prevención y atención en VIH-SIDA en el sistema penitenciario" en los CRS de Quito (18 de agosto del 2008), de Portoviejo (25 de agosto del 2008) y Guayaquil (26 de agosto del 2008).
3. Presentación, revisión y aprobación de la "Política de Prevención y Atención del VIH-SIDA en el Sistema de Rehabilitación Social del Ecuador" en el Consejo Nacional de Rehabilitación Social (22 de septiembre de 2008).

El Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, en coordinación con el Ministerio de Salud Pública y la Dirección Nacional de Rehabilitación Social, lideró el proceso de elaboración de la política. Contó con el apoyo técnico del Proyecto de Respuestas Multisectoriales al VIH-SIDA del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y de la Agencia Española de Cooperación Internacional. Los seminarios, talleres y la publicación de la política se realizaron gracias al apoyo financiero de la Embajada de Holanda.



Seminario Internacional sobre
VIH-SIDA en el Sistema Penitenciario, julio 2008

En total participaron cerca de 180 personas, de las cuales la mitad son personas privadas de libertad. Las instituciones participantes a la elaboración de la política son las siguientes:

Comités de personas privadas de libertad

Comité de internos del CRSF de Guayaquil
Comité de internos del CRSV de Guayaquil
Comité de internos del CRSF de Quito
Comité de internos del CRSV NP1 de Quito
Comité de internos del CRSV NP2 de Quito
Comité de internos del CRSV NP3 de Quito
PPL del CRSV de Portoviejo

Organismos de la sociedad civil

Aula DDHH Universidad de Cuenca
Cruz Roja Ecuatoriana
Cuerpos de Paz
Ecogestión
Fundación Ecuatoriana de Salud Respiratoria
Fundación Ecuatoriana Equidad
Fundación Kimirina
Fundación Pájara Pinta
Iglesia El Batán
Movimiento Mahatma Gandhi
Red Trans del Ecuador

Organismos internacionales

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los DDHH
Fondo de Naciones Unidas para las Mujeres - UNIFEM
Fondo de Naciones Unidas para la Niñez - UNICEF
ONUSIDA
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD
Oficina de las Naciones Unidas para la droga y el delito - ONUDD

Expositores internacionales

Jose Villa, Asesor Regional ONUDD.
Martín Vázquez, Juez Tribunal Oral en lo Criminal de Buenos Aires.
José Best, Coordinador Departamento Médico, Instituto Nacional Penitenciario de Perú.

Instituciones públicas

Defensoría Pública
Dirección Nacional de Rehabilitación Social
Fiscalía General
Fuerzas Armadas
Hospital Baca Ortiz
Hospital Enrique Garcés
Hospital Eugenio Espejo
Hospital Militar
Hospital San Vicente de Paúl de Ibarra
Hospital Baca Ortiz
Hospital Enrique Garcés
Hospital Eugenio Espejo
Hospital Militar
Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical "Leopoldo Izquieta Pérez"
Ministerio de Ambiente
Ministerio de Educación
Ministerio del Deporte
Ministerio de Gobierno
Ministerio de Inclusión Económica y Social
Ministerio de Justicia y Derechos Humanos
Ministerio de Salud Pública – PNS, PCT
Ministerio de Seguridad Interna
Ministerio de Trabajo y Empleo
Municipio de Ambato
Municipio de Quito
Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical "Leopoldo Izquieta Pérez"
Policía Nacional
Procuraduría General del Estado
Secretaría Nacional Anticorrupción
Secretaría de Pueblos y Movimientos Sociales
SENAMI
SENPLADES

3. Objetivo de la política

Reducir el impacto del VIH-SIDA en la Comunidad Penitenciaria, promoviendo conductas humanas, sociales y sexuales seguras en el marco de los derechos humanos en el Sistema de Rehabilitación Social del Ecuador.

4. Principio central

A parte de libertad de circulación y ciertos derechos civiles y políticos, las PPL tienen los mismos derechos que la comunidad: derecho a la salud, al trabajo y a la educación.

5. Público objetivo: la comunidad penitenciaria

Las estrategias de intervención serán dirigidas a toda la comunidad penitenciaria.

Se entiende por "comunidad penitenciaria" a las personas privadas de la libertad, personal administrativo, personal técnico, personal de seguridad, trabajadores/as sexuales, familias y visitas del Sistema de Rehabilitación Social.



Taller de validación CRS
El Rodeo, Portoviejo.

“En el sistema carcelario, el tema del VIH sí es importante ya que aquí existe mucho la sexualidad, tanto en hombres como en mujeres. Es importante este tema porque repercute en la vida de nuestros hijos y necesitamos vivir por nuestros hijos... para enseñarles lo que adelante tienen que hacer... decirles como cuidarse, como estar con su esposa, con su esposo, muchas veces estamos ignorando el tema y ahora es importante la información que recibimos en los centros porque sabemos más que las personas que están afuera.”

Belky

Centro de Rehabilitación Social Femenino-Guayas



Políticas de VIH para Hombres y mujeres de los Centros de Rehabilitación social y sus familias.

“Es bueno saber que nosotras podemos ser quienes llevamos la conciencia a las compañeras, hacer conocer la gravedad del problema, es bueno saber que es posible aprender sobre enfermedades que desconocemos pero que sí las podemos prevenir y nosotros ser promotoras de la prevención.”

Rosa

Centro de Rehabilitación Social Femenino-Quito



Políticas de VIH para personal Administrativo, Policías y Guías Penitenciarios.

"En lo personal pienso que la apertura que ha decidido dar el Ministerio de Justicia y DDHH a los privados de libertad, es muy oportuna, como población carcelaria creo que estas actividades van a dar buenos resultados, sobre todo en temas como el VIH-SIDA.

Me parece que en lo que se refiere a la prevención del VIH-SIDA es importante que se den talleres con frecuencia porque así estaríamos previniendo a que esta infección se propague en los centros ya que hay mucho hacinamiento y eso hace que esto sea un foco de infecciones. El Ministerio de Justicia y Derechos Humanos está haciendo lo que debe hacer. Gracias a las nuevas políticas de estado, se está viendo el trabajo."

Ricardo

Centro de Rehabilitación Social N.-2-Quito

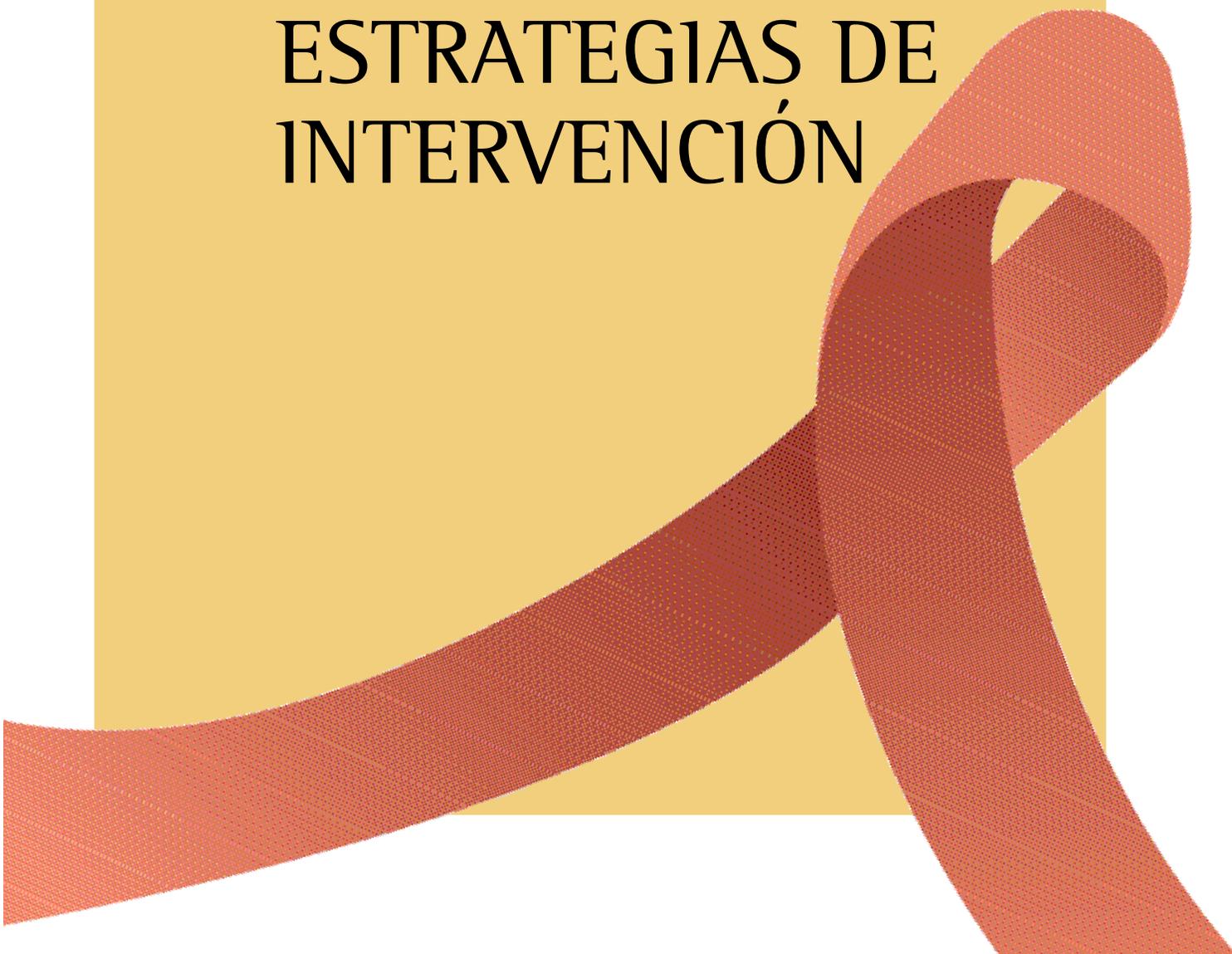
Tener VIH y estar privado de la libertad es algo duro, tengo 5 años preso, 14 años viviendo con el VIH, dos años tomando antiretrovirales. Hace dos años estuve en etapa SIDA, me dio toxoplasmosis, tuberculosis, parálisis facial y problemas neurológicos y salí y estoy bien y estoy vivo. Mi meta, ahora, es dar a conocer a mis compañeros que el VIH no se transmite por dar la mano, ni comer con la misma cuchara, sino con dos o tres únicas formas... yo les pido a las autoridades que no nos desamparen, que nos sigan ayudando, colaborando en la Penitenciaría...sí es posible hacer cosas aquí adentro, por ejemplo hemos participado de seminarios, talleres de prevención y de como convivir con personas que tienen VIH...Hoy es un día especial, yo me voy libre y me voy con la sensación de que aprendí a ser solidario y que aun tengo que ayudar a mis compañeros que también tienen VIH y que se quedan aquí."

Rodolfo

Persona Privada de la libertad viviendo con VIH

Centro de Rehabilitación Penitenciaría del Litoral-Guayas

PRIMERA PARTE:
ESTRATEGIAS DE
INTERVENCIÓN



1. Educación en VIH-SIDA, ITS y temas relacionados

ACCIONES	RESPONSABLES
<p>1.1. Formar, capacitar y asegurar el seguimiento de una "red de promotores en VIH-SIDA" en cada CRS</p> <p>Esta red comprenderá a PPL, personal de seguridad y del equipo multidisciplinario.</p> <p>La formación de estos promotores/as incluirá capacitación en Derechos Humanos, relaciones humanas y respeto de las PPL.</p>	MJDH, DNRS
<p>1.2. Diseñar las metodologías de educación</p> <p>Se desarrollarán las metodologías en coordinación con organizaciones especializadas en el tema, coaliciones de PVVS, Ministerio de Educación, Universidades y PPL.</p> <p>Se tomará en cuenta los niveles educativos, prácticas y conductas que responden a la diversidad cultural, género/sexo y el lenguaje de los públicos objetivos. Se privilegiarán las estrategias vivenciales y lúdicas.</p>	DNRS, Red de promotores en VIH-SIDA de cada CRS
<p>1.3. Implementar los programas de educación de manera periódica y permanente</p> <p>Se coordinarán los programas con organizaciones especializadas.</p> <p>Los temas prioritarios, que se deben abordar de manera progresiva, son los siguientes: información básica sobre VIH-SIDA e ITS; mecanismos de prevención del VIH e ITS con enfoque en el uso correcto del condón; prevención de la transmisión vertical; promoción de la prueba de VIH; salud sexual y reproductiva; diversidad sexual; género; prevención de adicciones; derechos humanos, estigma y no discriminación; resolución de conflictos; prevención de la violencia sexual e intrafamiliar; bioseguridad; nutrición; tuberculosis; autoestima y comunicación.</p> <p>La asistencia a los programas de educación será regulada en base al sistema de rebajas de penas.</p>	DNRS, Red de promotores en VIH-SIDA de cada CRS
<p>1.4. Implementar un sistema de evaluación continua sobre el impacto real de la educación</p> <p>Se medirá el impacto evaluando los cambios de conductas de los públicos objetivos.</p>	DNRS, Red de promotores en VIH-SIDA de cada CRS

2. Acceso a condones y lubricantes

ACCIONES	RESPONSABLES
2.1. Comprar anualmente condones y lubricantes de calidad para el sistema penitenciario Se realizará anualmente una evaluación de las necesidades de la comunidad penitenciaria y de las proyecciones de crecimiento de ésta población. Actualmente, el número de condones que se necesitan es un mínimo de 15 mensuales por persona.	MSP
2.2. Entregar los condones y lubricantes a los comités de PPL y/o a los departamentos médicos de cada CRS En todos los CRS, tanto femeninos como masculinos, se entregarán condones y lubricantes.	MJDH
2.3. Entregar, cada semana y de manera gratuita, condones y lubricantes a cada PPL y sus visitas En cada CRS se buscará el mecanismo más efectivo para esta distribución.	Comités de Internos y/o equipos multidisciplinarios-DNRS
2.4. Asegurar el acceso permanente y gratuito a condones y lubricantes en los departamentos médicos para la comunidad penitenciaria	Equipos multidisciplinarios-DNRS
2.5. Buscar la disponibilidad de condones femeninos	MSP

3. Prevención y respuesta a la violencia sexual e intrafamiliar

ACCIONES	RESPONSABLES
3.1. Ubicar en un espacio seguro a las PPL que entran por primera vez a los CRS, con el fin de evitar agresiones sexuales o de otro índole	DNRS
3.2. Establecer un mecanismo efectivo para que las PPL, familias y visitas puedan denunciar de manera segura actos de violencia sexual e intrafamiliar Para el apoyo de las personas que denuncian, se capacitará en cada CRS a personas de confianza dentro de la comunidad penitenciaria. Para escoger estas personas, se coordinará con los comités de Internos. En cada CRS se organizarán visitas mensuales de abogados de la Defensoría Pública previamente capacitados en el tema.	MJDH

3. Prevención y respuesta a la violencia sexual e intrafamiliar

ACCIONES	RESPONSABLES
3.3. Aplicar el procedimiento establecido en las normativas existentes: sistema de recolección de pruebas, informes de los médicos legistas, garantía de la confidencialidad, régimen de protección de las víctimas y testigos, asistencia psicológica, etc.	MJDH
3.4. Se garantizará a las víctimas la profilaxis post exposición ITS, hepatitis B y VIH, siguiendo lo establecido por la normativa del MSP Cada CRS tendrá un stock de profilaxis y de contracepción de emergencia.	MSP; Equipo multidisciplinarios de los CRS

4. Prevención de la transmisión vertical

ACCIONES	RESPONSABLES
4.1. Aplicar la normativa para prevención de la transmisión vertical de VIH y Sífilis congénita del MSP para todas las mujeres privadas de libertad y visitas.	Equipos multidisciplinarios de CRS, DNRS, MSP
4.2. Mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia con el MSP	Equipos multidisciplinarios-DNRS, MSP

5. Drogas, alcohol y conductas de riesgo

ACCIONES	RESPONSABLES
5.1. Fortalecer y ampliar las comunidades terapéuticas, enfatizando la prevención de las conductas sexuales de riesgo El acceso a las comunidades terapéuticas será garantizado a todas las PPL que lo requieran. Se crearán grupos de auto-apoyo y se privilegiarán las terapias vivenciales. Se coordinarán las acciones con organizaciones especializadas en el tema. Se definirán programas de entrega de jeringuillas, en el caso que aumente significativamente el uso de drogas inyectables.	DNRS
5.2. Instalar nuevas tecnologías y un sistema de control para evitar el ingreso de drogas y alcohol en los CRS para toda la comunidad penitenciaria.	MJDH

6. Pruebas de diagnóstico del VIH

ACCIONES	RESPONSABLES
<p>6.1. Proporcionar pruebas de tamizaje y diagnóstico del VIH para la comunidad penitenciaria</p> <p>Se realizará anualmente una evaluación de las necesidades de la comunidad penitenciaria y de las proyecciones de crecimiento de ésta población.</p>	MSP, IESS, ISSPOL.
<p>6.2. Promover y realizar pruebas de tamizaje y diagnóstico del VIH de manera continua y gratuita para la comunidad penitenciaria, siguiendo el protocolo del MSP</p> <p>La prueba será voluntaria por lo que se dispondrán de formularios de consentimiento previo informado.</p> <p>La prueba será confidencial, por lo que se establecerá un sistema de códigos de acuerdo al sistema del MSP.</p> <p>La prueba será acompañada de consejería pre y post prueba, por lo que se capacitará en consejería al personal del equipo multidisciplinario de los CRS.</p> <p>Se garantizará la entrega del resultado de la prueba de VIH a la persona.</p> <p>Se ofrecerá sistemáticamente la prueba de VIH a las PPL que ingresan en los CRS, y se la insertará en las fichas médicas de cada una de ellas.</p>	Equipos multidisciplinarios - DNRS
<p>6.3. Asegurar la toma y envío de las muestras de sangre al Instituto de Higiene Izquierda Pérez donde se efectuarán las pruebas confirmatorias, de manera gratuita y segura</p>	MSP, Equipos multidisciplinarios - DNRS
<p>6.4. Asegurar un sistema de referencia y contrarreferencia a través del procedimiento establecido por el MSP</p>	MSP, Equipos multidisciplinarios - DNRS

7. Seguimiento y tratamiento de las PVVS

ACCIONES	RESPONSABLES
<p>7.1. Asegurar la implementación del protocolo del MSP en relación al seguimiento y tratamiento gratuito de las PVVS en los CRS</p>	MSP
<p>7.2 Elaborar en corto plazo un procedimiento administrativo y logístico para el acceso al tratamiento y pruebas de seguimiento para personas privadas de libertad viviendo con VIH o SIDA.</p>	MSP, MUDH, DNRS

7. Seguimiento y tratamiento de las PVVS

ACCIONES	RESPONSABLES
<p>7.3. Tomar las muestras de sangre a las PVVS para los exámenes de CD4 y carga viral y mandarlas al INH para el análisis</p> <p>En el caso de los CRS lejanos del INH, se buscará una estrategia de envío seguro de las muestras.</p>	Equipos multidisciplinarios - DNRS
<p>7.4. Proveer el tratamiento para las PVVS, de acuerdo al reporte de casos de la DNRS y Clínica del SIDA encargada.</p>	MSP
<p>7.5. Capacitar a los equipos multidisciplinarios de los CRS en el seguimiento del tratamiento de las PVVS</p>	MSP
<p>7.6. Se realizará la entrega de la medicación con antiretrovirales y el seguimiento del tratamiento de las PVVS en los CRS</p> <p>En los CRS donde no fuera posible, se buscará mecanismos para que las PPL puedan recibir los tratamientos de los hospitales del MSP.</p>	Equipos multidisciplinarios - DNRS, MSP.
<p>7.7. Asegurar el monitoreo de los equipos multidisciplinarios de los CRS a cargo de la entrega y del seguimiento del tratamiento de las PVVS</p> <p>El MSP coordinará a través de sus direcciones provinciales y áreas de salud.</p>	MSP, DNRS, MJDH
<p>7.8. Asegurar la adherencia al tratamiento en un trabajo coordinado con el equipo multidisciplinario, las PVVS, los familiares, los comités de PPL, los grupos de auto apoyo, etc.</p>	Equipos multidisciplinarios - DNRS

8. Apoyo y no discriminación de las PVVS

ACCIONES	RESPONSABLES
<p>8.1. Establecer un sistema y una red de apoyo y acompañamiento de las PVVS en los CRS</p> <p>Los objetivos, entre otros, con evitar la reinfección y promover una sexualidad segura; garantizar sus derechos y la confidencialidad de su estado de salud; asegurar asistencia psicológica y una alimentación adecuada.</p>	MSP
<p>8.2. Se promoverá la participación de las PVVS en los proyectos laborales y productivos</p>	MSP, MJDH, DNRS

9. Prevención y atención de la tuberculosis

ACCIONES	RESPONSABLES
9.1. Garantizar la aplicación de los protocolos establecidos por el Ministerio de Salud Pública	MSP, Equipos multidisciplinarios - DNRS
9.2. Fortalecer el sistema de referencia y contrarreferencia	MSP, Equipos multidisciplinarios - DNRS

10. Atención de ITS

ACCIONES	RESPONSABLES
10.1. Proveer los tratamientos para ITS a los equipos multidisciplinarios de la DNRS, conforme a los requerimientos.	MSP
10.2. Capacitar y sensibilizar al equipo multidisciplinario de la DNRS para garantizar una atención diferenciada a las personas con orientación e identidad sexual diferente.	MSP
10.3. Aplicar el programa de manejo sindrómico de las ITS en los CRS conforme a los protocolos del MSP: Consejería, atención a contactos, entrega de condones, entrega de tratamiento completo.	Equipos multidisciplinarios - DNRS



Seminario Internacional 2008
Mesa de educación en VIH-SIDA e ITS



Seminario Internacional 2008
Mesa de Violencia Sexual y Género



Seminario Internacional 2008
Socialización del trabajo en mesas

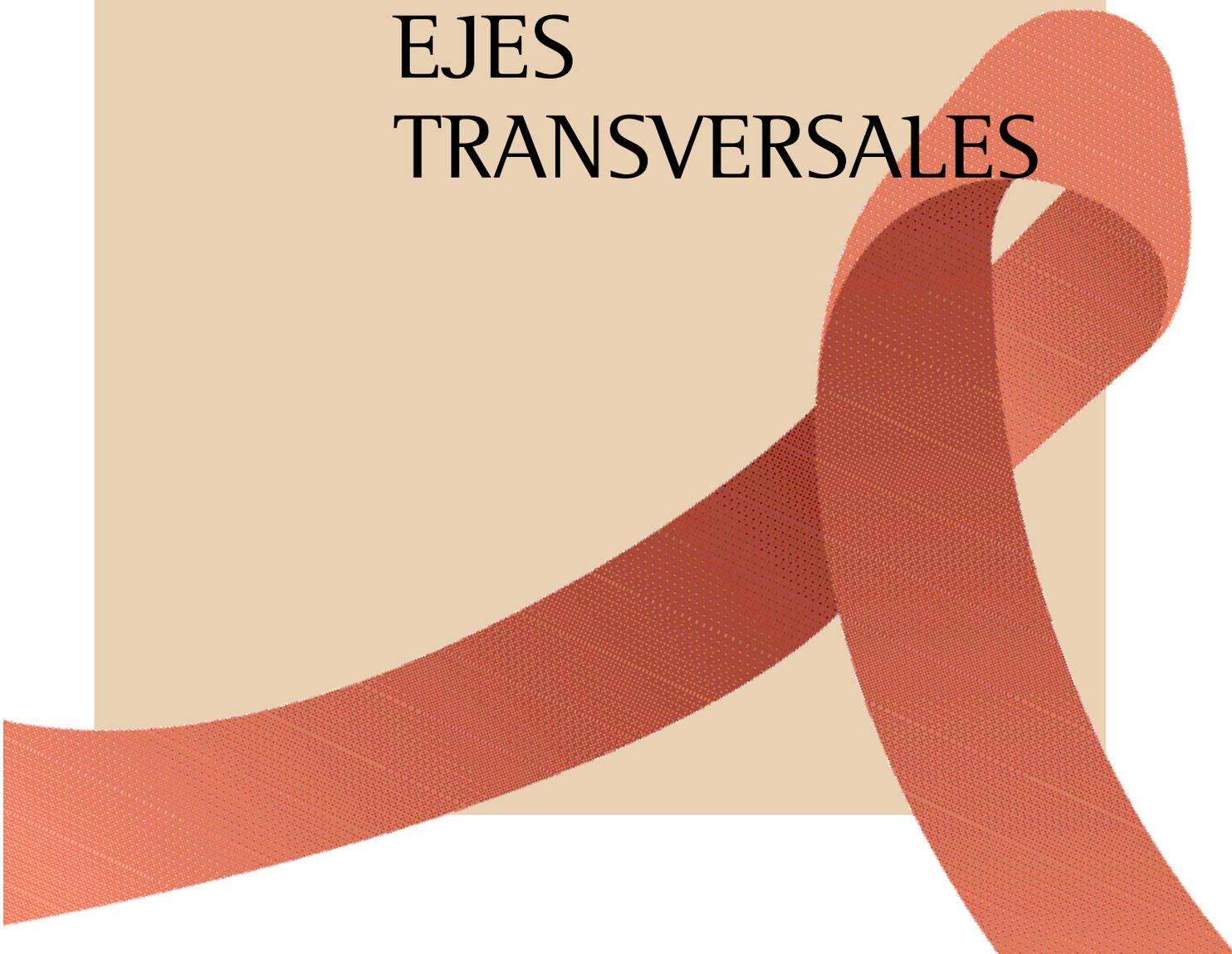


Seminario Internacional 2008
Exposición: La tuberculosis y Centros de Rehabilitación

SEGUNDA PARTE:

EJES

TRANSVERSALES



1. Recursos humanos

ACCIONES	RESPONSABLES
<p>1.1. Fortalecer la formación y hacer el acompañamiento técnico de los equipos multidisciplinarios de los CRS, incluyendo la realización de pasantías en las clínicas de VIH-SIDA del MSP</p> <p>Se contará con psicólogos y se fortalecerá los mecanismos de apoyo psicológico, con énfasis en la autoestima y tratamiento a personas víctimas de violencia</p>	MSP
1.2. Contratar nuevo personal para los equipos multidisciplinarios, para garantizar una atención de 24 horas al día en todos los CRS	DNRS
1.3. Contratar un ginecólogo, 24 horas al día, en todos los CRS femeninos	DNRS
1.4. Contar con el apoyo de los estudiantes de último año de las facultades de medicina (internado rotativo/rural)	MSP
1.5. Crear, apoyar, fortalecer y normar a los Comités de PPL para favorecer el trabajo entre pares y participar en la toma de decisiones	MJDH
<p>1.6. Crear, capacitar, fortalecer y apoyar el trabajo de la red de promotores en salud integral.</p> <p>Se asegurará la presencia de al menos un promotor por pabellón.</p>	Equipos multidisciplinarios - DNRS
1.7. Coordinar acciones con las organizaciones de la sociedad civil, y realizar un mapeo de actores involucrados en el tema	MJDH

2. Infraestructura

ACCIONES	RESPONSABLES
<p>2.1. Adecuar y/o construir nuevos centros de salud en todos los CRS</p> <p>Estos centros de salud deberán contar con los equipos e insumos necesarios para asegurar al menos una atención primaria de calidad.</p>	MJDH
2.2. En algunos CRS se planificará la construcción de policlínicos de atención de segundo nivel, dependiendo de la población carcelaria	MJDH

2. Infraestructura

ACCIONES	RESPONSABLES
2.3. Adecuar y/o construir espacio de aislamiento y recuperación para las personas afectadas con TB	MJDH
2.4. Adecuar y/o construir espacios adecuados que garanticen la confidencialidad para la consejería; los programas de educación; las denuncias de violencia sexual; la protección de víctimas y testigos de violencia y otras actividades relacionadas.	MJDH
2.5. Adecuar los espacios para las visitas íntimas.	MJDH
2.6. Contar con una ambulancia en todos los CRS	MJDH

3. Hacinamiento

ACCIONES	RESPONSABLES
3.1. Tomar medidas específicas y urgentes para resolver el problema de la sobrepoblación de los CRS	MJDH

4. Derechos Humanos

ACCIONES	RESPONSABLES
4.1. Aplicar y difundir el marco legal y los derechos de las PPL en los CRS, priorizando la capacitación en derechos humanos para el personal de vigilancia	MJDH
4.2. Se creará un observatorio de derechos humanos en cada CRS Este observatorio será conformado por el comité de PPL y una organización especializada en el tema.	MJDH

5. Reformas legales

ACCIONES	RESPONSABLES
5.1. Proponer una reforma al Código Penal para que, en los casos de violencia sexual en los CRS, se mantenga la reserva hasta la etapa de juicio	MJDH
5.2. Revisar o crear reglamentos internos en los CRS para que se cumplan los diferentes protocolos en temas de atención y prevención de VIH-SIDA, ITS y tuberculosis del MSP	DNRS

5. Reformas legales

ACCIONES	RESPONSABLES
5.3. Crear incentivos legales, como rebajas de penas, para las PPL que participan activamente en la prevención de VIH	MJDH
5.4. Incluir un capítulo sobre los derechos de las PPL en la propuesta de ley integral del VIH-SIDA	MJDH
5.5. Permitir que las PPL, nacionales y extranjeras, entren al Programa Nacional de SIDA sin el requisito de la cedula y de otros documentos	MSP
5.6. Promover reformas legales para que las PPL transexuales puedan elegir, en el momento que sean detenidas, en que CRS se les ubicará (de hombres o de mujeres)	MJDH
5.7. Promover reformas legales para implementar programas de sustitución de drogas por metadona	MJDH
5.8. Promover reformas legales para buscar penas alternativas para las PVVS	MJDH
5.9. Solicitar el indulto humanitario para las PVVS, si el caso lo amerita	MJDH

6. Atención de las PPL en los hospitales del MSP

ACCIONES	RESPONSABLES
6.1. Facilitar el permiso de salida de manera inmediata y gratuita para las PPL que requieran atenderse en un hospital del MSP	DNRS
6.2. Contar con un medio de transporte de manera gratuita e inmediata	DNRS
6.3. Asegurar la total seguridad del personal médico que lo atenderá bajo los mecanismos de seguridad establecidos	DNRS
6.4. Asegurar una atención de calidad a las PPL en los hospitales del MSP	MSP

7. Corrupción

ACCIONES	RESPONSABLES
7.1. Buscar los mecanismos para erradicar la corrupción con el fin de garantizar la prevención y atención efectivas del VIH-SIDA	MJDH

8. Vigilancia centinela – historia clínica informatizada

ACCIONES	RESPONSABLES
8.1. Crear un sistema informatizado de vigilancia centinela en los CRS, en coordinación con el Ministerio de Salud Pública	MJDH

9. Coordinación, financiamiento, seguimiento y monitoreo de la política

ACCIONES	RESPONSABLES
9.1. Al nivel nacional: coordinación, financiamiento, seguimiento y monitoreo de la política con las autoridades del Consejo Nacional de Rehabilitación Social. Cada miembro del Consejo Nacional de Rehabilitación Social tendrá que asumir la responsabilidad que le corresponde en la política.	MJDH MJDH
9.2. Al nivel de cada CRS: creación de un "Comité de VIH-SIDA" para la coordinación, seguimiento y monitoreo de la política. Este comité será conformado por un representante de cada sector de la comunidad penitenciaria.	



Validación Comites de personas privadas de libertad
Centros de Rehabilitación Social de Quito



Mesas de trabajo validación
Centros de Rehabilitación Social - Guayas



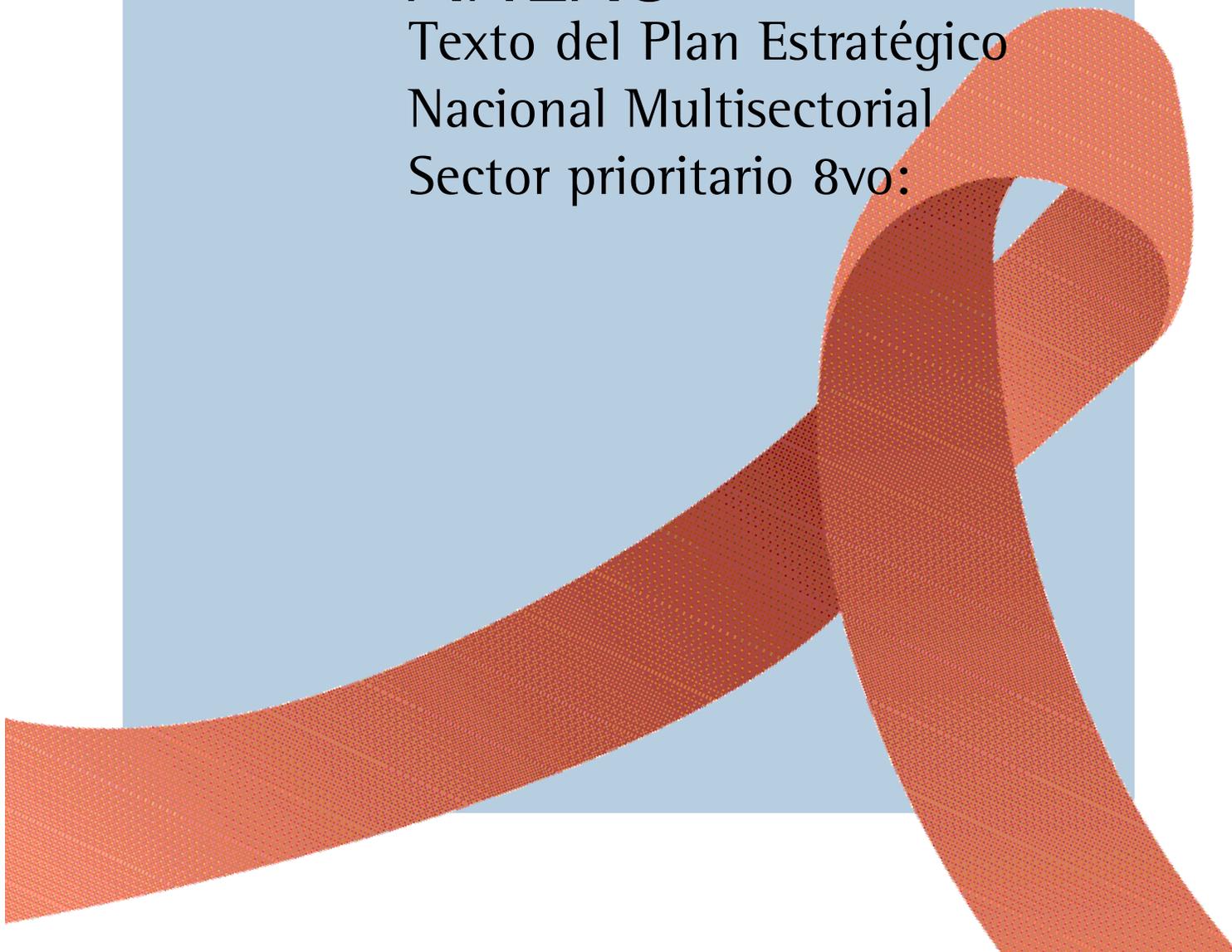
Plenaria de socialización
Centros de Rehabilitación El Rodeo - Manabí



Mesa de trabajo validación
Centros de Rehabilitación Social - Pichincha

ANEXO

Texto del Plan Estratégico
Nacional Multisectorial
Sector prioritario 8vo:



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

MARCO LEGAL

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

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

- El arresto domiciliario, con la vigilancia policial que el juez o tribunal disponga;
- La obligación de presentarse periódicamente ante el juez o tribunal o ante la autoridad que él designe; y,
- La prohibición de salir del país, de la localidad en la cual reside o del ámbito territorial que fije el juez o tribunal.

Cualquiera que fuere el delito, la prisión preventiva será sustituida por el arresto domiciliario en todos los casos en que el imputado o acusado sea una persona mayor de sesenta y cinco años de edad o que se trate de una mujer embarazada y hasta noventa días después del parto. En estos casos también procede la caducidad prevista en el artículo 169 de este Código.

Respecto de los derechos humanos, los miembros de la Policía Judicial están obligados a observar estrictamente las formalidades legales y reglamentarias en cuantas diligencias les corresponda practicar y se abstendrán, bajo su responsabilidad, de usar medios de averiguación violatorios de los derechos humanos consagrados por la Constitución Política de la República, los Convenios Internacionales y las leyes de la República (Art. 211).

DATOS DE CARACTERIZACION

La Ley Reformatoria al Código de Procedimiento Penal y al Código de Ejecución de Penas, el 28 de septiembre del 2001, endureció las penas y abolió el sistema de rebajas y en un lapso de un año, creció drásticamente la población penitenciaria ecuatoriana, produciéndose automáticamente un gran hacinamiento.

Al 2005, según la información oficial de la Dirección Nacional de Rehabilitación Social, el sistema penitenciario ecuatoriano cuenta con 35 Centros de Rehabilitación Social a nivel nacional y una población de intern@s al 2004 – 2005 de 11.358 personas (10.229 hombres y 1129 mujeres), en la cual se encuentran 4560 condenados (40.2%) y 6802 procesados (59.8%). En el periodo 2003 – 2004, 695 niños y niñas vivían con sus padres y 392 para el periodo siguiente. Además, un total de 1673 personas y profesionales trabajan en dicho sistema.

ANALISIS DE LA SITUACION

Las características y la lentitud del sistema procesal penal ecuatoriano, el endurecimiento de la legislación penal, el sistema de acumulación de penas y la figura de la detención en firme han conducido al hacinamiento que conocen los CRS del país. La DNRS tiene 33 Centros dotados de un área para funcionamiento de atención médica y odontológica básicas y precarias.

La población penitenciaria crece con un 15% anual (2.004) y en 20 años, se duplicó mientras que la infraestructura prácticamente no conoció cambios. Por ejemplo, más de 5000 personas privadas de libertad viven en la Penitenciaría del Litoral la cual fue diseñada para 1200 personas. El hacinamiento reduce los espacios para las actividades de rehabilitación. La alimentación es inadecuada ya que se gasta unos 100 centavos por día y por persona privada de libertad.

La atención médica es elemental. Más del 60% de las personas privadas de libertad se encuentran en espera de un juicio. La sobrepoblación se amplió con la Ley 108 en 1990 y con la implementación de las políticas prohibicionistas antidrogas. En 2005 en la cárcel de varones de Quito, la principal causa de detención es por estupefacientes, 57%, y en Guayaquil, 58%, y entre las personas privadas de libertad, en Quito, 64%, y en Guayaquil, 68%, mientras en las extranjeras, este porcentaje supera el 80%.

Al momento, 31 casos de VIH-SIDA han sido detectados clínicamente en la Penitenciaría del Litoral, y que representan una prevalencia aproximada de 1.35%. Adicionalmente a inicios del 2007 se realizaron 180 pruebas de tamizaje dentro de la Penitenciaría del Litoral de las cuales 9 resultaron positivas.

En la Cárcel de Mujeres del Inca existen actualmente 15 mujeres embarazadas, de una población total de 502 personas privadas de libertad. Las mismas que participan del programa de maternidad gratuita del MSP. Esta tendencia es similar en los demás centros femeninos. El principal determinante a la infección por ITS y VIH se relaciona con la vida sexual de las PPL aunque también se debe tomar en cuenta la presencia de un cierto número de usuarios de drogas inyectables. Las privaciones generan sentimientos intensos de soledad y de abandono y la vida sex-

ual se expresa de manera diversa con muchos elementos de vulnerabilidad: principalmente relaciones con múltiples parejas, incluyendo la esposa, sexo transaccional, violaciones, relaciones con TS, prácticas homosexuales, pago de deudas a cambio de favores sexuales, personales o a través de la pareja, especialmente para las personas adictas a las drogas, acoso y/o abuso sexual de las personas privadas de libertad que involucra sus visitas, el personal y los abogados y embarazos¹. El uso del condón es escaso e irregular y la atención del embarazo precaria. Además, los niveles de consumo de alcohol, de drogas y de tatuajes son altos. Existe una normatividad que sugiere el(la) detenido(a) y su pareja a realizar un examen de VIH/ITS y presentar un certificado médico para tener derecho a la "visita íntima". La visita no se realiza en un lugar adecuado, sino en la misma celda. Existen problemas entre el personal masculino de vigilancia de las cárceles de mujeres y las personas privadas de libertad. Las altas tasas de ITS aumentan la vulnerabilidad de las personas privadas de libertad frente a la epidemia.

El análisis indica que no se puede considerar la cárcel como un espacio herméticamente separado de la ciudad y que existen muchas puertas de intercambio abiertas por las características de la vida sexual en los CRS. Se puede por lo tanto considerar este espacio como un lugar donde se produce una concentración de comportamientos sexuales de alto riesgo y un "puente" que atraviesa los muros de la cárcel en ambos sentidos.

Existen personas privadas de libertad que se infectaron antes de entrar en el medio carcelario y otros que se infectaron dentro del CRS. Al regresar a la libertad sin conocer su estatus virológico y al mantener relaciones sexuales no protegidas, pondrán en riesgo a sus parejas. El régimen de prelibertad acentúa estos problemas ya que las personas privadas de libertad pasan parte de su tiempo en "Casas de Confianza" para regresar luego en el CRS. También durante la semana tienen la posibilidad de salir hacia la calle (dentro del régimen progresivo), lo cual acentúa el riesgo de infección.

ANÁLISIS DE LA RESPUESTA

A pesar de la gravedad de la situación, el hacinamiento, la insalubridad y la falta de servicios básicos y de salud caracterizan los CRS desde hace mucho tiempo. Aproximadamente, el 70% de los detenidos esta sin sentencia, sin embargo reciben atención médica por parte de la institución y participan de todos los programas de salud del sistema nacional de salud. Además, los detenidos extranjeros no se consideran como residentes, lo cual dificulta su debida atención por parte del PNS.

El sistema sanitario de los CRS no tiene la capacidad para realizar con una cobertura suficiente las pruebas para la detección del VIH en las personas privadas de libertad. Los casos detectados se deben a oportunidades que se presentaron o al diagnóstico sintomático, pero no a una política sanitaria sistemática dotada de recursos suficientes. En ciertos casos, los intentos realizados se quedaron inconclusos por falta de reactivos. Los recursos del Fondo Global permitieron entregar 450.000 preservativos durante el 2006. Existen comités de personas privadas de libertad que se han movilizadas frente al problema del VIH. Los profesionales de la salud están conscientes de la gravedad de la situación, pero seriamente limitados en su acción por la carencia de recursos y de una política.

Con la participación del Fondo Global se ha podido capacitar a 7.000 privados de libertad en

1 . FLACSO, Encuesta a Centros de Rehabilitación Social, 2005. "En la cárcel de Quito, el 13% han quedado embarazadas estando en prisión; la cifra en Guayaquil es 19% ... En Guayaquil un 42% no tuvo control alguno ... Debido a la falta de controles, ... la tasa de nacidos vivos es muy baja, 46 y 49 de cada cien en Quito y Guayaquil ... El 16% de las personas privadas de libertad tienen hijos/as viviendo con ellas en la cárcel".

conocimientos básicos de prevención del VIH-SIDA-ITS, a nivel nacional. En la segunda fase se espera continuar con la capacitación y fortalecimiento de las unidades de salud y equipos técnicos, se dotarán de pruebas rápidas para detección de portadores.

LO QUE NO SE HA CONSIDERADO

- Se hace necesario una reforma de la estructura del sistema sanitario penitenciario y contar con un sistema de detección, seguimiento y control de las enfermedades transmisibles. En el caso del VIH, promover una estructura que garantice la atención es una solución a medias puesto que lo que afecta y mina la salud de una persona viviendo con VIH, es justamente el resto de enfermedades.
- Capacitar al equipo de salud en el manejo del paciente sintomático.
- La Dirección Nacional de Rehabilitación debería realizar los tratamientos de pacientes con SIDA.
- Si bien su número ha disminuido según los informes oficiales, los niños y niñas que viven con sus madres en los CRS constituyen un problema que no se ha solucionado aun que constituye una violación evidente de sus derechos.
- Acceso generalizado a condones

OBJETIVO ESTRATEGICO

Coadyuvar a crear un contexto institucional carcelario más humano que fomente el autoestima y empoderamiento de los privados de libertad, ponga en vigencia sus derechos sexuales y reproductivos y las prácticas sexuales seguras.

META

EN EL AÑO 2010, EN LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD, PERSONAL DEPENDIENTE Y POBLACIÓN VINCULADA AL SECTOR, LA INCIDENCIA DE LA INFECCIÓN POR VIH HABRÁ DISMINUIDO EN UN 50% EN RELACION CON EL NIVEL 2007, Y EN EL 2015, UNA DISMINUCION DEL 50% EN RELACION CON EL NIVEL MEDIDO EN EL 2010

Objetivo concreto No. 1: Conocer, visibilizar y sistematizar la gestión de la información en relación con la problemática de las ITS, VIH/SIDA en PPL.

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

Indicadores

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

ESTRATEGIAS	LÍNEAS DE INTERVENCIÓN	RESPONSABLES
1.1 Monitoreo de las características y tendencias de la epidemia del VIH e ITS en PPL, evaluación de comportamientos de riesgo y cobertura de servicios	1.1.1 Fortalecimiento del Sistema de control y vigilancia de la DNRS para ITS y VIH/SIDA	Ministerio de Salud Pública. DNRS. Consejo Nacional de Rehabilitación.
	1.1.2 Sistematización de la información disponible en las fuentes secundarias internas como externas.	
	1.1.3 Medición en forma periódica y estandarizada de una serie de indicadores esenciales de la epidemia en PPL, de comportamiento de riesgo y de cobertura de servicios en coordinación con los diferentes actores de los CRS.	
	1.1.4 Difusión de los datos relativos a la epidemia hacia los actores del sistema penitenciario, incluyendo a las PPL.	

Objetivo concreto No. 2: Facilitar la respuesta a la epidemia en el sistema penitenciario.

Metas: Al 2008, se encuentra instrumentada la Política Nacional de salud y derechos sexuales y reproductivos en el sector, con énfasis en atención integral de las ITS-VIH-SIDA y otras infecciones oportunistas y al 2010, implementada en un 60% y, al 100%, al 2015.

Indicadores

1. # de CRS que aplican los cambios derivados de la instrumentación de la Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos en el sector.

ESTRATEGIAS	LÍNEAS DE INTERVENCIÓN	RESPONSABLES
2.1 Instrumentación de la Política Nacional de salud y derechos sexuales y reproductivos en el sector, con énfasis en atención integral de las ITS-VIH-SIDA y otras infecciones oportunistas	2.1.1 Identificación de la estructura de responsabilidad	Ministerio de Salud Pública, ONUSIDA, Consejo Nacional de Rehabilitación Social, DNRS.
	2.1.2 Diseño y ejecución de un diagnóstico situacional del sector con metodologías cuantitativas y cualitativas.	
	2.1.3 Armonización del marco legal en función de la Ley del VIH-SIDA para permitir el acceso a la atención integral de la población PPL.	
	2.1.4 Formulación y desarrollo de un Plan de implementación con metodologías adecuadas al sector y en función de la evaluación de las necesidades que incluye mecanismos de coordinación interinstitucional.	
	2.1.5 Evaluación de la aplicación de la Ley de Maternidad gratuita y Atención a la infancia y fortalecimiento de los Comités de usuarias para su exigibilidad y vigilancia.	
	2.1.6 Aplicación de los convenios con las embajadas para que los internos e internas extranjeras puedan acogerse a lo estipulado en dichos convenios, en particular para las personas seropositivas.	MRREE, Embajadas, Corte Suprema de Justicia.

Objetivo concreto No. 3: Garantizar el acceso a servicios integrales de prevención y de tratamiento.

Metas: Metas: Al 2010, el 50% de la población de los CRS accede a los programas integrales y, el 90%, para el 2015.

Indicadores

1. % de la población PPL que logran atender los programas de prevención (SIRN).
2. % de la población PPL que uso un preservativo en su última relación sexual (PFG, SIRN),
3. % de la población PPL que se hizo el análisis del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados (SIRN).
4. % de PPL con infección por el VIH que reciben terapia ARV ininterrumpida y con monitoreo de laboratorio apropiado.
5. % de UDI que tengan acceso a un programa de reducción de daños.
6. % de mujeres PPL que tienen acceso a la prueba de VIH-SIDA durante el embarazo.
7. % de personal de seguridad y vigilancia que están capacitados en prevención de VIH-SIDA.
8. # de condones distribuidos anualmente.

ESTRATEGIAS	LÍNEAS DE INTERVENCIÓN	RESPONSABLES
3.1 Provisión y promoción del uso adecuado de preservativos.	3.1.1 Implementación un sistema de abastecimiento sostenido y de distribución de condones.	MSP, Comité de Internos, DNRS.
	3.1.2 Diseño, implementación, desarrollo y evaluación de campañas que fomenten el uso consistente del condón, incluyendo los UDI, las visitas y demás actores involucrados.	
3.2 Promoción de IEC con metodología de promotores y educadores de pares (PEP).	3.2.1 Diseño e implementación de un modelo de prevención IEC eficaz y adaptado a las necesidades de las PPL.	Comité de Internos, ONUSIDA, MSP, DNRS.
	3.2.2 Construcción de una metodología y capacitación a los promotores y educadores de pares	
	3.2.3 Elaboración de materiales para campañas y apoyo de la IEC para la promoción de una sexualidad segura y prevención de los comportamientos de riesgo.	
	3.2.4 Diseño de una metodología para la evaluación de los impactos logrados en los programas de prevención primaria.	
3.3 Promoción de la prueba voluntaria y de la consejería.	3.3.1 Fortalecimiento de la capacidad de los laboratorios del CRS 1, para la realización de pruebas y manejo sindrómico de las ITS.	MSP, MEF, DNRS.
	3.3.2 Desarrollo de estrategia y protocolos respectivos para la realización de la prueba voluntaria en el momento de la detención en la PJ, Interpol y en los CDP.	MSP, MEF, DNRS
	3.3.3 Promoción para la realización de la prueba voluntaria y de consejería para los internos y personas que visitan los centros, personal de seguridad y de vigilancia y personal administrativo de los Centros.	
3.4 Atención médica y tratamiento de ITS y VIH/SIDA y otras IO..	3.4.1 Evaluación y reforma de la estructura del sistema sanitario penitenciario.	MSP, MEF, DNRS
	3.4.2 Diseño y desarrollo de un sistema de detección, seguimiento y control de enfermedades transmisibles articuladamente con el PNS y las demás unidades del Sistema Nacional de Salud.	
	3.4.3 Creación y puesta en funcionamiento de 2 Clínicas del SIDA regionales (Pichincha y Guayas).	
	3.4.4 Procesos de capacitación inicial y en servicio a los equipos de salud (con modalidades diversas, dentro y fuera del país)	
	3.4.5 Fortalecimiento de la atención del embarazo y del parto según lo estipulado en el Código de Ejecución de penas y rehabilitación social.	
3.5 Fortalecimiento de las organizaciones de PPL para apoyar	3.5.1 Inclusión con capacitación del Comité de Internos en salud y documentación de los casos de violación y embarazos al interior de las cárceles.	MSP, MEF, DNRS.

Quito:

Centro de Atención a la Ciudadanía

02-2464-929/ 2464-971

Subsecretaría de Coordinación de Rehabilitación Social

02-2464-900/ 2464-997

Defensoría Pública Penal

3237-524 / 1800-333367

Guayaquil:

Subsecretaría del Litoral

04-2524-819/ 2510-347

Dirección Ministerio de Justicia y Derechos Humanos:

Av. Amazonas y Atahualpa, Edf. Adjunto al Ministerio de Educación

Página Web: www.minjusticia-ddhh.gov.ec

Correo electrónico: info@minjusticia-ddhh.gov.ec

Línea Directa:

1-800-JUSTICIA / 1-800 DEFENSA

Con la asistencia técnica de:



Embajada del
Reino de los Países Bajos



Ecuador

