

# Horizontes interculturales en salud y VIH



Una mirada al enfoque intercultural  
en las políticas públicas de respuesta al VIH y SIDA en Ecuador

# Horizontes interculturales en salud y VIH



BIBLIOTECA  
ORTEGA-HABOUD

Una mirada al enfoque intercultural  
en las políticas públicas de respuesta al VIH y SIDA en Ecuador



## Horizontes interculturales en salud y VIH

Una mirada al enfoque intercultural en las políticas públicas de respuesta al VIH y SIDA en Ecuador

### Autores

Family Care International, FCI/Ecuador  
INTERARTS  
ECUARUNARI

### Edición

FCI/Ecuador            Maritza Segura Villalva  
FCI Sede NY            Cristina Puig Borràs

### Diseño e impresión

graphus® 290 2760 - 322 7507

FCI/Ecuador  
Leonidas Plaza N24 287 y Lizardo García  
Telefax.: (593-2) 255 8321  
Quito - Ecuador  
ecuador@fcimail.org  
www.familycareintl.org

---

Quito - Ecuador 2009

El contenido de esta publicación puede ser reseñado, resumido, traducido o reproducido, total o parcialmente, sin autorización previa, con la condición de citar específicamente la fuente y no ser usado con fines comerciales.

**Family Care International (FCI) Ecuador** es una ONG internacional legalmente reconocida en Ecuador. Su misión es trabajar para contribuir a que las mujeres y las personas jóvenes tengan acceso a la información y a servicios necesarios para mejorar su salud sexual y reproductiva, con especial énfasis en hacer el embarazo y el parto seguros, y prevenir embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH. En este marco, en Ecuador FCI trabaja desde el año 2003 con varias organizaciones indígenas del país, con el objetivo de contribuir a mejorar las condiciones de acceso de las mujeres indígenas a información y servicios de maternidad segura, culturalmente adaptados.

**INTERARTS** fundada en 1955, es una agencia privada con proyección internacional cuya misión responde a tres objetivos:

- Asesorar en el diseño de políticas culturales;
- Contribuir a los procesos de desarrollo desde el sector cultural y;
- Facilitar la transferencia de conocimiento e información en el campo de la cultura.

Así mismo, entre los ámbitos de innovación en los que INTERARTS opera actualmente se encuentran los derechos culturales y el asesoramiento para la creación de nuevas empresas culturales. La voluntad de incorporar una dimensión cultural en toda aproximación al desarrollo es la principal razón de ser de INTERARTS.

*Esta publicación se realizó con el apoyo de la Agencia Española de Cooperación para el Desarrollo AECID en el marco del proyecto “Factores culturales en la prevención del VIH y SIDA en mujeres indígenas del Ecuador”.*



# Contenido

- 7 Presentación
- 9 Introducción
- 13 Cultura, políticas públicas y enfoque intercultural
- 16 Datos nacionales sobre el VIH y mujeres indígenas en Ecuador
  - 16 a) Población general
  - 20 b) Mujeres indígenas y VIH
- 25 Políticas públicas sobre VIH y SIDA y enfoque intercultural en Ecuador
  - 25 a) Escenario internacional que afirma las políticas públicas nacionales
  - 33 b) Escenario nacional de las políticas públicas en relación al VIH y SIDA
- 43 Conclusiones
- 46 Recomendaciones
- 49 Bibliografía seleccionada



## Presentación

En el marco de los respectivos mandatos institucionales, en el año 2007 FCI e Interarts conjuntamente con el presidente, el dirigente de salud y la dirigente de la mujer y la familia de ECUARUNARI,<sup>1</sup> analizan las prioridades de salud de las comunidades y organizaciones afiliadas a la ECUARUNARI. Se establece al VIH y SIDA como un tema de salud poco conocido por la población indígena y ausente en las líneas de trabajo en salud de la organización. Desde su experiencia, la ECUARUNARI sugiere la posibilidad de que existan casos de personas indígenas infectadas, que no se reflejan en las estadísticas. Es así que se construye conjuntamente el proyecto “Factores culturales en la prevención del VIH en mujeres indígenas del Ecuador”, actualmente auspiciado por la AECID, con el objetivo de fortalecer la capacidad de organizaciones de mujeres indígenas de abogar por el respeto a la inclusión –en las políticas y los programas nacionales de lucha contra el VIH en el Ecuador– de los factores culturales, para disminuir su vulnerabilidad al VIH y las infecciones de transmisión sexual (ITS).

Para avanzar con este objetivo común, FCI/Ecuador y ECUARUNARI realizan un mapeo de la inclusión del enfoque intercultural en las políticas públicas referentes al VIH y SIDA, cuyos resultados se recogen en esta publicación. Este constituye un paso adelante en el afán compartido por varios sectores del Estado, de la sociedad civil, de la cooperación internacional y organizaciones no gubernamentales, por incluir efectivamente el enfoque intercultural en sus diversas estrategias de respuesta al VIH y SIDA.

Sin duda, la implicación del Ministerio de Salud Pública, a través de la Dirección de Salud Intercultural y del Programa Nacional de VIH/SIDA, avalando esta publicación, abre un panorama optimista y de compromiso frente al reto de hacer el enfoque intercultural en las políticas públicas y estrategias de respuesta al VIH.

1 ECUARUNARI: acrónimo del kichwa: “ECUADOR RUNACUNAPAC RICCHARIMUI” (Confederación de los Pueblos de Nacionalidad Kichwa del Ecuador).

Así mismo, esperamos que este documento sea un aporte al llamado que se hizo en la Segunda Pre-conferencia Mundial de Pueblos indígenas, Originarios y Afrodescendientes frente al VIH/SIDA, realizada en México en Julio del 2008, respecto al imperativo de destinar recursos financieros, pero también técnicos para enfrentar el VIH en la población indígena.

Especialmente a la necesidad de que el enfoque intercultural sea palpable en las políticas públicas pero también en la realidad y que constituya una prioridad para la agenda de los Estados y de los sectores de salud de los distintos países de América Latina y el Caribe. En tal sentido, presentamos un acercamiento al enfoque intercultural en las políticas públicas sobre VIH y SIDA en Ecuador, que recoge apenas una visión panorámica de una realidad mucho más compleja en la que, inevitablemente, lo político y lo cotidiano se conjugan muy estrechamente.

**Humberto Cholango**  
Presidente ECUARUNARI

**Dr. Fernando Calderón**  
Director Nacional de Salud Intercultural  
Ministerio de Salud Pública

**Dr. Rodrigo Tobar**  
Director del Programa Nacional de VIH/SIDA  
Ministerio de Salud Pública

## Introducción

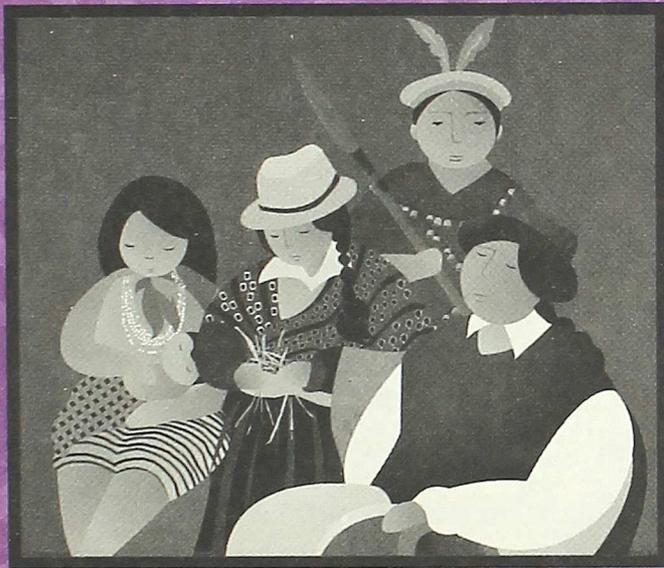
La población indígena, particularmente las mujeres, tienen menos posibilidades de tomar decisiones sobre su vida reproductiva, de negociar el condón o el uso de métodos anticonceptivos. Igualmente están expuestas a situaciones de violencia y discriminación por motivos de género y etnia. No menos importante es la situación creciente de migración estacional o permanente que expone a que hombres y mujeres indígenas, tengan relaciones sexuales no protegidas con varias parejas sexuales.

Estos datos evidenciados a los datos del Ministerio de Salud y en la Encuesta ENDEMAIN, son tomados en cuenta a lo largo de este informe, en el que se hará un análisis de la incorporación del enfoque intercultural en las políticas públicas de prevención del VIH. Partimos también del supuesto de la ausencia del enfoque intercultural en las principales políticas de salud para responder al VIH y SIDA; y, para verificarlo recurrimos a un proceso metodológico en el que se utilizaron instrumentos cualitativos para la recolección de información.

En primera instancia se identificaron informantes claves de cuatro sectores instancias: (i) Agencias de Cooperación Internacional; (ii) Instancias estatales que trabajan con el tema de interculturalidad y VIH; (iii) Técnicos/as de Organizaciones No Gubernamentales que trabajan el tema de VIH y SIDA; y, (iv) representantes de Organizaciones Indígenas nacionales y provinciales. Se realizaron entrevistas a profundidad para identificar aspectos relacionados con la inclusión del enfoque intercultural en las políticas públicas, las acciones concretas a través de las que este enfoque se hace operativo; las necesidades y retos frente a este tema; y las recomendaciones para hacer efectivo y/o fortalecer el enfoque intercultural en las políticas públicas de respuesta al VIH y SIDA. Adicionalmente, se realizó una revisión de material de apoyo como bibliografía referente a la interculturalidad y las políticas públicas, documentos que consignan la normativa y las políticas, y datos estadísticos del Ministerio de Salud Pública, entre ellos de la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN) de 2004. Al mismo tiempo, se identificaron las políticas públicas y leyes relacionadas con la respuesta al VIH y SIDA seleccionándose las fundamentales para la implementación de planes, programas y proyectos. Todo este material permitió establecer el marco conceptual que guía esta publicación.

Se ha organizado la información en cinco secciones. En la primera se hace un análisis de cultura, enfoque intercultural y políticas públicas para identificar el marco conceptual que guiará este trabajo. En la segunda parte se anotan datos nacionales sobre el VIH en la población en general y en las mujeres indígenas, con datos registrados en las estadísticas oficiales del Ministerio de Salud Pública y de la encuesta EDEMAIN 2004. Estas dos primeras secciones permiten dar paso a un análisis de las políticas públicas sobre VIH y SIDA y enfoque intercultural en Ecuador, partiendo del escenario internacional que alimenta el marco de las políticas nacionales. En esta tercera sección se toma en cuenta el rol de las Agencias del SNUE. Luego se revisa el escenario nacional que incluye la respuesta al VIH desde las instancias estatales y de la sociedad civil, especialmente de las organizaciones no gubernamentales. Finalmente encontramos la cuarta y quinta sección, donde se presentan las conclusiones respecto de la incorporación o no del enfoque intercultural en las políticas públicas de respuesta al VIH y las recomendaciones que podrían aportar en ese sentido.

Este documento es parte de las acciones que están realizando FCI/Ecuador, en cooperación con la Confederación de los Pueblos de Nacionalidad Kichwa de Ecuador (ECUARUNARI), en el marco del proyecto Factores culturales para la prevención del VIH en mujeres indígenas en el Ecuador. Este proyecto se ejecuta en colaboración con la Fundación INTERARTS y con el apoyo técnico y financiero de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID). Una de las riquezas de este proyecto es el permanente proceso participativo en el que se lo propuso y se procura llevarlo adelante, haciendo práctica la recomendación de que la población indígena sea consultada y sea parte protagónica de los procesos, en los proyectos que se llevan a cabo en sus territorios, en su nombre y con su pueblo. Con Mayor razón al tratarse de un tema que requiere posicionarse en la agenda política nacional y de la región, según se evidenció en la Segunda Pre-conferencia Mundial de Pueblos Indígenas, Originarios y Afrodescendientes frente al VIH/SIDA, realizada en México en julio del 2008. Con este estudio, FCI/Ecuador quiere contribuir a lograr uno de los principales retos planteados en este encuentro: que la falta de políticas públicas de prevención y atención intercultural para combatir el VIH y SIDA en las comunidades indígenas, vaya disminuyendo y se dé a este tema la prioridad que requiere para evitar el avance de la epidemia.



## Cultura, políticas públicas y enfoque intercultural

Para identificar la inclusión del enfoque intercultural en las políticas públicas sobre VIH/SIDA es preciso iniciar con el planteamiento del marco conceptual que guiará este análisis. Se definirá lo que se entiende por cultura, interculturalidad y políticas públicas, siempre teniendo como eje central el enfoque de derechos, fundamentalmente los derechos sexuales y los reproductivos.

Un concepto amplio de cultura invita a reflexionar en los valores, instituciones y prácticas que hacen parte de una realidad, que construyen significados y estilos de vida propios y compartidos por un grupo social (pueblo, comunidad). La UNESCO añade "(...) también los sistemas de vida, los derechos fundamentales del ser humano, los sistemas de valores, las tradiciones y las creencias" como parte de lo que entendemos por cultura. Estas características de las culturas aseguran su existencia en plenitud y su pervivencia, en un momento dado del tiempo y del espacio. En ningún caso las culturas pueden ser valoradas como mejores o peores, como avanzadas o atrasadas. Cada una tiene su particularidad y su riqueza, su dimensión humana y espiritual. Tal es así que no se "pertenece" a una cultura, sino que se es parte de ella. En suma, las culturas no sólo se las piensa sino que se las vive (Cabrero, 2006: 30).

La fragilidad de "pensar las culturas" está en mantener el mito<sup>2</sup> de creer que existe una cultura superior que debe ser impuesta a otras por todos los medios posibles: económicos, políticos, religiosos, jurídicos, militares. Y este hecho ha sido parte de la historia de los pueblos originarios de América. De ahí que se hace importante pensar en la interculturalidad teniendo en cuenta que esto implica "borrar los malentendidos como, por ejemplo, que la historia no es importante o que la circularidad del tiempo significa un retorno de los mismos acontecimientos en un 'segundo momento' o que la historia anula la eternidad, o sea toda la realidad" (Panikkar 2006: 46).

2 No el mito como "conocimiento falso" sino como una forma de creer en algo sin "pensar" en esto en lo que se cree. Bourdieu lo denomina la "illusio".

En tal sentido, el concepto de interculturalidad deja de lado una visión monolítica de las cosas y desde ahí (en un terreno entre iguales) construye un diálogo –no de una confrontación–, en el que cada parte plantea sus puntos de vista de una manera inteligible para la/s otra/s parte/s –lo cual precisa de la comunicación lingüística–, y desde donde, “si consiguen entenderse mutuamente, se descubre la verosimilitud de las dos concepciones dentro de sus respectivos contextos” (Panikkar 2006: 46).

Ahora, antes de analizar el proceso de las políticas públicas a la luz de la interculturalidad, se hace imprescindible remarcar la visión de lo que son las políticas públicas en salud en el contexto ecuatoriano, para lo cual se toma lo descrito en la Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de 2007.

Desde esta perspectiva, las políticas públicas son parte de las políticas sociales, un instrumento de intervención del Estado para lograr el desarrollo económico y humano. Implica la participación de diferentes actores sociales, entre los que las contradicciones e intereses existen. Las políticas públicas deben responder a las necesidades de toda la población, en este caso nos referimos a la de salud sexual y salud reproductiva y dentro de estas específicamente a las referentes a infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH y SIDA.

Cuando se habla del enfoque intercultural en las políticas públicas, se hace referencia a la importancia de que la universalidad que las caracteriza sea efectiva en los hechos. Deben ser producto de un diálogo en igualdad de derechos y diversidad de cosmovisiones, sabidurías y acercamientos a la comprensión y vivencia de la salud-enfermedad. Es decir, debe apuntar a que en hechos concretos, las brechas tengan en cuenta la diversidad cultural y establezcan un sentido político traducible en la realidad.

Formular e implementar políticas públicas con un real enfoque intercultural, implica que se debe generar consensos y procesos multisectoriales y multidisciplinarios que legitimen los saberes de las distintas culturas. Por tanto, necesariamente –como dice Panikkar– se “...desestabiliza ideas y convicciones enraizadas con frecuencia en lo más profundo de las culturas”. En el caso de las políticas públicas sobre VIH y SIDA, no sólo se perturba el terreno de salud, sino el de la salud sexual y reproductiva, y también el de la sexualidad misma, que por sí sola ya es un tema controvertido, atravesado por intereses políticos, humanos, religiosos y culturales.

Entonces, introducir el enfoque intercultural en las políticas públicas es un reto permanente tanto en la esfera política y jurídica como en el ámbito cotidiano y corporal.<sup>3</sup> Va más allá de superar las barreras interdisciplinarias, hay que rebasar las barreras culturales que son la expresión misma de la naturaleza humana. Si pensamos en los temas de salud sexual y salud reproductiva y particularmente de las ITS, el VIH y el SIDA, no podemos abstraernos de un sistema de creencias referidas a la sexualidad y al cuerpo que cobra múltiples significados en las diversas culturas.

Por ejemplo, para los/as tomadores/as de decisiones la respuesta al VIH puede tener significados, contenidos y prioridades distintos de los que puede tener para el personal de las unidades de salud en las parroquias, o de los hospitales provinciales, o de las clínicas de VIH, que conviven con los casos clínicos día a día. Más aún, el “lenguaje mundo” de estos grupos puede ser muy distinto de las mujeres y hombres indígenas que requieren (o deberían requerir) la atención de los servicios de salud. La sexualidad, el cuerpo, el sentido comunitario, los referentes de justicia, los principios de salud preventiva, los usos y costumbres, el trato, la pertenencia étnica, ser hombre, ser mujer, el idioma, la vestimenta, los colores, los olores... todos los elementos que constituyen la vida individual y colectiva se convierten en factores que aumentan o disminuyen las brechas para el acceso y ejercicio de los derechos.

En este contexto, la médula del enfoque intercultural en las políticas públicas exige que se haga efectiva la participación social, que las necesidades y propuestas se traduzcan –como apunta Panikkar– a un lenguaje inteligible, y que se logre una “comunicación lingüística” que requiere al menos un mínimo de agrado y respeto por “el otro” (puntualizando que todos somos “el otro” a los ojos de los otros).

3 El cuerpo como el lugar de las representaciones, por tanto de la reproducción de prácticas, el lugar donde se concentra la cultura. El cuerpo “es un locus de significados culturales que van más allá de las experiencias subjetivas para operar en un nivel simbólico, siendo útiles para la mantención y reproducción de un orden social específico. Tales significados están estrechamente implicadas con las estructuras de género” (Donoso 2002: 80).

## Datos nacionales sobre el VIH y mujeres indígenas en Ecuador

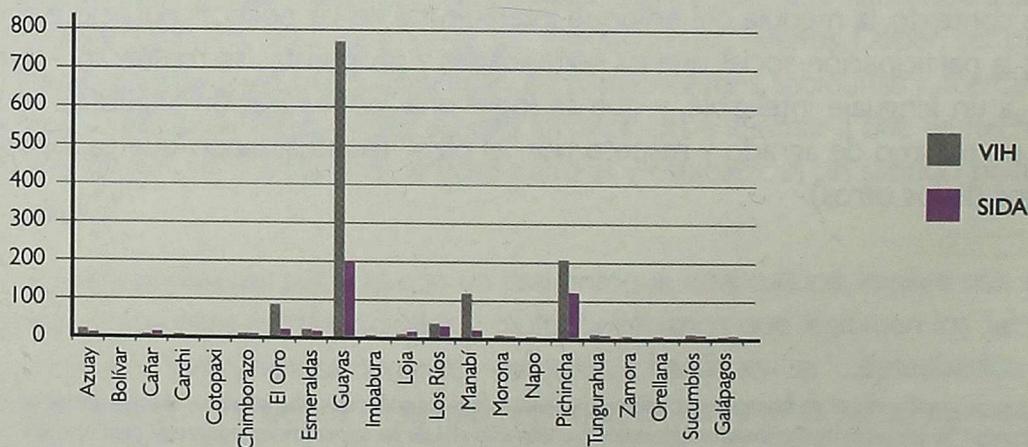
Un elemento adicional para el análisis, son los datos que reflejan la situación del Ecuador respecto del VIH y SIDA, y sobre todo los referidos a las mujeres indígenas. Para ello tomamos las estadísticas del Ministerio de Salud Pública (MSP) y de la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN) 2004.

### a) Población en general

#### Por provincias

Guayas es la zona en donde habitan más personas viviendo con VIH, con un total de 754 (58,3%). La provincia que sigue es Pichincha, en donde 205 personas viven con VIH (15,7%), mientras que en Manabí hay registradas 114 (8,8%). En lo que se refiere al SIDA, el 46,1% de personas que viven con SIDA se concentra en Guayas; el 18,7% en Pichincha, y el 4,9% en Manabí.

Casos de VIH/SIDA por provincias, Ecuador 2006



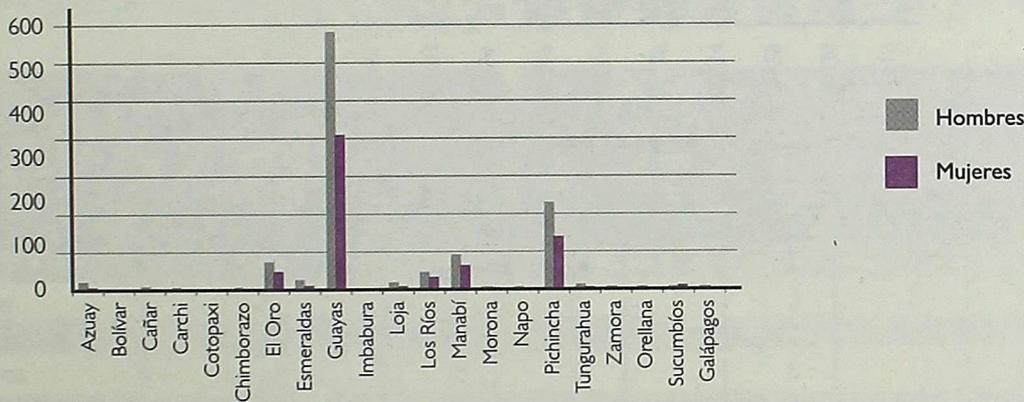
Elaboración: Programa Nacional del SIDA/ITS

Fuente: Ministerio de Salud Pública: Direcciones Provinciales de Salud, 2006.

### Por sexo

En esta categoría se observa que en la provincia del Guayas existen más hombres (587) que mujeres (356) viviendo con VIH y SIDA (VVH). En Pichincha, existen 196 casos de hombres y 122 de mujeres. En Manabí existen 77 hombres y 57 mujeres. Hay que tener en cuenta el cambio en la razón hombre - mujer VVH; para el año 1999<sup>4</sup> había 6 hombre por cada mujer, cifra que para el año 2006 se sitúa en 2 hombres por cada mujer.<sup>5</sup>

Casos de VIH/SIDA por provincias y sexo, Ecuador 2006



Elaboración: Programa Nacional del SIDA/ITS

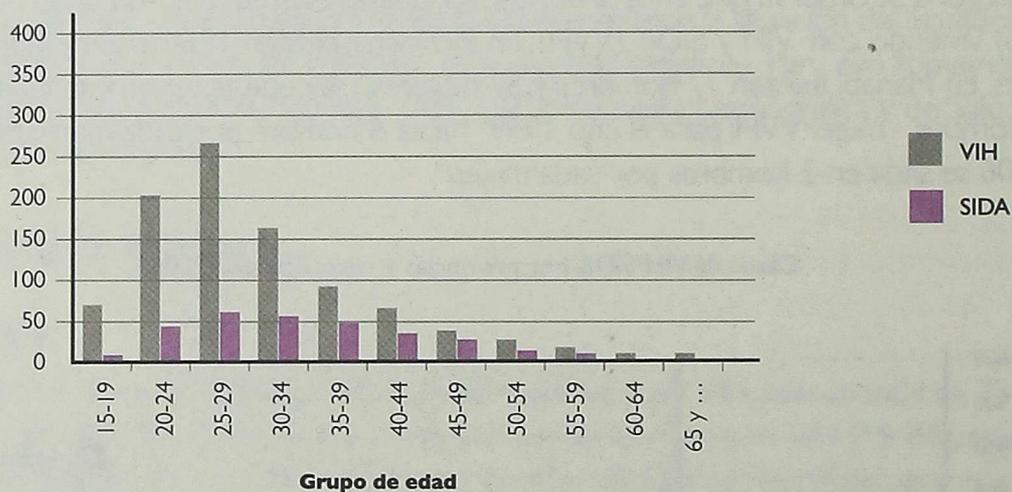
Fuente: Ministerio de Salud Pública: Direcciones Provinciales de Salud, 2006.

### Por edad

Los datos indican que la epidemia está centrada en jóvenes y adultos jóvenes, mayoritariamente en personas entre 25 a 29 años, que constituyen el 25,7% del total de personas afectadas por el VIH.

- 4 Lo cual influye en que la epidemia en Ecuador siga estando concentrada en trabajadoras sexuales y hombres que tienen sexo con hombres.
- 5 Programa Nacional del VIH/SIDA del Ministerio de Salud Pública. 2006.

Casos de VIH/SIDA por provincias y grupos de edad, Ecuador 2006



Elaboración: Programa Nacional del SIDA/ITS

Fuente: Ministerio de Salud Pública: Direcciones Provinciales de Salud, 2006.

Adicionalmente se dispone de los siguientes datos:

		
Año	Edades	Número de casos
2003	0 a 9 años	77
2004	0 a 14 años	102
2005	0 a 13 años	65
2006	0 a 14 años	94

### Por identidad sexual

Por otra parte, el crecimiento de los casos de VIH y SIDA en la población heterosexual presenta un aumento más acentuado que el que caracteriza a la población homosexual y bisexual. La razón Heterosexual / Bi y Homosexual pasó de 0/5 en 1990 a 4/4 en el 2006. Los datos evidencian que la epidemia ha avanzado en la población heterosexual.

### Por ocupación y sexo

La distribución de los casos reportados indica que, para el 2006, los "Obreros" representan el mayor número de casos, hombres 371 casos y mujeres 18. Respecto a los "Quehaceres domésticos" se reportan 494 casos de mujeres y 10 de hombres; siendo este el grupo de personas VVI mayoritario.

Ocupación	Número de casos reportados de VIH/SIDA según ocupación y sexo								
	2008								
	VIH			SIDA			VIH/SIDA		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Obreros	2	9	3	2	2	2	4	1	5
Choferes	4	1	3	1	3	3	5	1	6
Comerciantes	24	5	26	12	3	12	37	1	38
Cocineros	8	2	3	3		6	1	8	9
Conserje-Mensajero	5	1	1	3		3	58	40	31
Desocupados	12	1	14	4	5	4	17	2	19
Estilista	72	94	63	21	1	87	4	45	44
Estudiantes	72	1	14	21	2	4	93	1	53
Militares	99	6	59	01		21	91	80	71
QQDD	6	42	42	4	7	7	81	49	50
Empleados	9	10	61	3	45	24	103	42	45
Ebanista	53	5	10	51		10	40	00	40
Trabaj. sexuales	1	4	4		3	3	1	4	4
Vendedor	1	17	22	9	3	1	2	4	53
Policía	21	1	22	7		27	22	10	22
Marinero	91		01			0	61	0	71
<b>Total</b>	<b>725</b>	<b>568</b>	<b>1.293</b>	<b>309</b>	<b>101</b>	<b>410</b>	<b>103</b>	<b>669</b>	<b>1.703</b>

### **Transmisión vertical**

El Programa de VIH/SIDA del Ministerio de Salud Pública (MSP), registra un acumulado de 343 infantes nacidos de madres VIH positivas. Para el 2006 no se reportan casos de VIH y SIDA a causa de transfusiones sanguíneas, sin embargo, desde el Programa de VIH/SIDA se presume que existen casos no reportados.

### **Tuberculosis (TB) y VIH**

También es importante considerar que, la primera causa de muerte hospitalaria en personas que tienen SIDA es la tuberculosis (TB). En tal sentido, la búsqueda activa de VIH en pacientes con tuberculosis arroja, en el último período analizado (último cuatrimestre de 2006), un 23,9% de coinfección, es decir que sobre 163 pacientes TB tamizados, 39 resultaron reactivos. Dada la situación endémica de la TB en Ecuador, y los índices de formas multiresistentes, la atención sobre el problema de la coinfección tuberculosis– VIH ha de ser un punto crucial a considerar. Cabe tener en cuenta además, que la TB tiene alta incidencia en las comunidades indígenas de todo el país.

## **b) Mujeres indígenas y VIH**

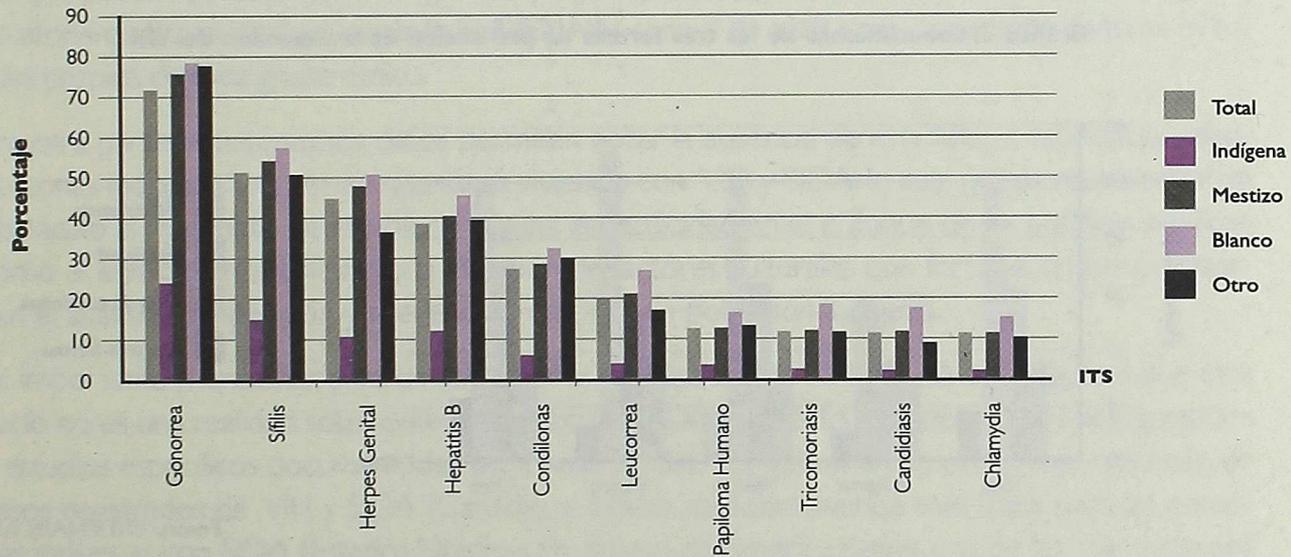
Los datos que siguen son tomados de la ENDEMAIN 2004, que recoge la información de las mujeres entre 15 y 49 años de edad. Se usan las categorías sobre las que se pregunta en la encuesta.

### **Conocimiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y conocimiento espontáneo o dirigido del VIH/SIDA**

Las mujeres indígenas tienen un menor conocimiento de las ITS que las mujeres mestizas y blancas. En comparación con el total, se aprecia que hay una diferencia de hasta 49 puntos porcentuales en las ITS más mencionadas, hasta de 9 en las menos mencionadas (Gráfico 1). Lo mismo sucede con relación al conocimiento del VIH/SIDA: las mujeres indígenas tienen porcentajes considerablemente menores respecto al conocimiento de las mujeres de otras etnias. Por ejemplo, el conocimiento espontáneo de las mujeres indígenas es del 24% mientras que llega al 63% en el promedio nacional y al 66% en las mujeres mestizas y blancas, incluso al 60% de conocimiento espontáneo de las mujeres afroecuatorianas.

El conocimiento dirigido no guarda mayor diferencia con los del promedio global, no con las otras mujeres, puesto que llega al 28%, que es el mismo porcentaje que las mujeres mestizas, un punto menos que el total general (29%), y el 30% y 33% correspondiente a mujeres blancas y afroecuatorianas.

**Gráfico 1: Conocimiento de ITS por grupos étnicos, Ecuador 2006**

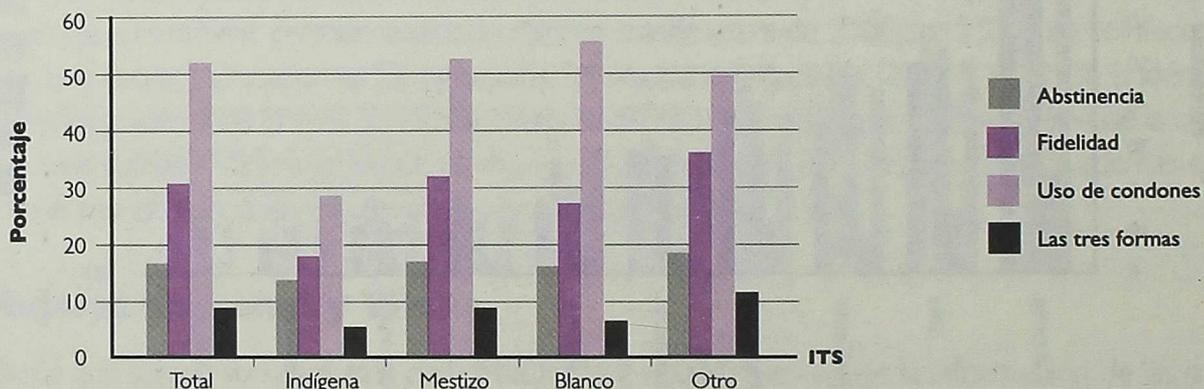


Fuente: ENDEMAIN

### **Conocimiento de las tres formas de prevención de transmisión del VIH y creencias no documentadas**

Las formas de prevención que considera la ENDEMAIN son la abstinencia, la fidelidad y el uso de condón. Para estas opciones las mujeres indígenas mencionan el 14%, 18% y 29% respectivamente (Gráfico 2). Por otra parte las mujeres indígenas consideran que la picadura de un mosquito, usar los mismos utensilios, dar la mano o besar a personas que viven con el VIH o el SIDA o trabajar con ellas, expone a la transmisión del VIH.

**Gráfico 2: Conocimiento de las tres formas de prevención de transmisión del VIH**



Fuente: ENDEMAIN 2004

### **Conocimiento de la prueba del VIH y percepción de riesgo de infectarse**

A nivel nacional el 66% de mujeres conoce sobre la prueba del VIH, mientras que sólo el 34% de mujeres indígenas señalan conocerla. Esta diferencia es notable también en relación a las mestizas (67%) y blancas (73,3%) que conocen de la prueba. Aunque el 15% de mujeres indígenas afirman conocer donde se debe hacer esta prueba, sólo el 3,7% se la ha realizado. Estos valores son igualmente menores si se los compara con los correspondientes a mujeres mestizas (45%) y blancas (53%) que saben donde hacerse la prueba y las que se la han realizado; 14% y 15% de mujeres mestizas y blancas respectivamente.

En cuanto a la percepción del riesgo de infectarse, el 30% de mujeres indígenas consideran que tienen riesgo, y casi el 47% no percibe riesgo y argumenta que tienen una sola pareja (27%), conocen bien a su pareja (14%) o no tienen pareja sexual (29%).

### **Apuntes finales**

Como lo indican los datos arriba anotados, es notable la diferencia entre los conocimientos y prácticas que pueden prevenir del VIH que tienen las mujeres indígenas con relación al resto de mujeres ecuatorianas. En esto influye, según la ENDEMAIN, el nivel de instrucción, los mitos y factores culturales propios de cada grupo étnico.

Por otra parte, estos mismos datos permiten notar la ausencia de estadísticas específicas sobre personas indígenas y/o afroecuatorianas viviendo con VIH y SIDA, lo cual puede representar un obstáculo al momento de establecer alguna especificidad en el enfoque de las políticas públicas, como el enfoque intercultural o la inclusión de factores culturales que fortalezcan y/o promuevan el acceso a la atención y prevención del VIH en población indígena.

Es importante mencionar, para dimensionar la realidad sobre VIH y pueblos indígenas, que este vacío no es una realidad solamente para el Ecuador. De momento, los pocos datos desagregados y estudios específicos documentados para América del Norte, indican un porcentaje creciente de casos registrados de VIH y SIDA (Canadá), e índices de sobrevivencia más bajos para las personas indígenas con SIDA (Estados Unidos). En el caso de América Latina, una de las más recientes publicaciones del AIDS Project Los Ángeles, apunta por igual que existen cada vez mayores porcentajes de infección de VIH en población indígena.

*En Honduras los Miskitos han sufrido un impacto severo de la epidemia<sup>6</sup> y un estudio realizado a finales de la década de los noventa indica que los Kuna de Panamá tienen una prevalencia del VIH superior al promedio nacional. En Surinam, a partir de un estudio realizado en 1997, se evidenció que el 17% de todos los casos de VIH y SIDA en el país ocurrían entre el grupo étnico conocido como los "maroon", si bien estos apenas representan un 10% de la población.*

| 6 Yañez del Pozo (2003:13) citando una investigación del 2002 de Isabel Pérez.

*En Brasil, “es el trabajo sexual de las mujeres indígenas con extraños sin que reciban mayor rechazo social lo que favorece el contagio a escalas preocupantes”.<sup>7</sup> En México la migración, ya sea interna (desplazamiento de las comunidades de Chiapas, por ejemplo) como internacional (hacia los Estados Unidos, en condiciones laborales de hacinamiento y alta promiscuidad) hacen muy vulnerables a los pueblos indígenas.<sup>8</sup>*

El estudio previo realizado en Bolivia sobre ITS, VIH y SIDA en pueblos indígenas, en el departamento amazónico de Pando, señala que “el análisis de prevalencia de VIH y SIDA por millón de habitantes por departamento, ubica a Pando y Santa Cruz entre los departamentos más afectados” (FCI/Bolivia. 2007), dato que preocupa teniendo en cuenta que el 11,50% de la población de Pando es indígena.<sup>9</sup>

7 Ibidem. 15. Y continúa, citando a Juno Pena en una investigación del 2003: “El SIDA es un problema emergente entre los pueblos indígenas del Brasil. Se piensa que la epidemia fue extendida hacia el Brasil por los yanomami que circulan entre Venezuela y Brasil y que expanden la epidemia a través de la migración. Se piensa también que los garimpeiros que viajan entre el sur de Venezuela y Brasil introdujeron el VIH en las áreas próximas a la frontera venezolana. Se indica que el SIDA es común entre los garimpeiros de Matto Grosso que infectaron a la población local a través de la prostitución”.

8 “El VIH en las comunidades indígenas” en ¡Impacto! Transnacional, invierno 2008, vol. 6: 1, Los Ángeles, APLA.

9 FCI/Bolivia. (2007) . Pueblos Indígenas, ITS, VIH y SIDA. Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y SIDA en comunidades indígenas de Pando: Una aproximación a conocimientos, actitudes y prácticas de poblaciones adultas y jóvenes. La Paz. Estudio elaborado en coordinación con la Central Indígena de Pueblos Originarios de la Amazonía de Pando (CIPOAP), y con el apoyo de las ONG europeas HIVOS e Ibis, con la colaboración de Interarts y AECID.

## Políticas públicas sobre VIH y SIDA y enfoque intercultural en Ecuador

Para analizar la inclusión del enfoque intercultural en las políticas públicas referentes al VIH en Ecuador, se han tomado en cuenta varios escenarios que permiten apreciar la relación de las políticas públicas nacionales con el marco de los instrumentos internacionales y nacionales. No pretendemos hacer un detalle pormenorizado de las políticas públicas existentes, sino de los elementos esenciales que nos permiten el análisis de la inclusión o no del enfoque intercultural y las perspectivas de esto.

El orden que se ha dado a los escenarios es apenas con el fin de partir de un contexto internacional amplio hacia lo específico nacional, incluyendo las iniciativas de ONG, sociedad civil y otras en relación al cumplimiento e implementación e impulso de las políticas públicas relacionadas con el VIH y SIDA.

### **a) Escenario internacional que afirma las políticas públicas nacionales**

Es clave apuntar que los acuerdos internacionales suscritos y/o ratificados por el Estado ecuatoriano permiten permanentemente respaldar el marco nacional en términos de políticas públicas. Respecto de la salud sexual y salud reproductiva –por tanto como aparte a la respuesta al VIH y SIDA– corresponde destacar el aporte de las Declaraciones y Programas de acción de las Conferencias Mundiales de Derechos Humanos (Viena 1993), de Población y Desarrollo (Cairo 1994), de la Mujer (Beijing 1995) y las Cumbres Mundiales sobre Desarrollo Social (Copenhague 1995) y del Milenio (2005); así también las metas planteadas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM); y, concretamente para Latinoamérica, la Convención Americana sobre Derechos Humanos y la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Belem Do Pará), la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer (CEDAW) y su Protocolo Facultativo.

No menos importante, y como un referente fundamental para el movimiento indígena ecuatoriano, es el papel del Foro Permanente de las Naciones Unidas para las Cuestiones Indígenas (FPCI).<sup>10</sup>

Los derechos humanos contemplados en estos instrumentos internacionales, proveen de un marco de referencia que ha sido plasmado en las políticas nacionales, teniendo en cuenta su carácter vinculante, es decir, la obligación de los Estados parte de cumplirlos. Estos instrumentos reflejan consensos que implican los compromisos asumidos por los gobiernos y son parte de un creciente conjunto de normas de derecho internacional que exigen que los gobiernos las respeten y se rijan por ellas (FPCI 1995).<sup>11</sup>

### **Aporte del Foro Permanente de las Naciones Unidas para las Cuestiones Indígenas (FPCI) con relación al VIH y SIDA**

En su primer período de sesiones en el año 2002 el FPCI invitó al Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) a participar en sus actividades.<sup>12</sup> En su segundo período de sesiones se pidió que UNICEF, PNUD, UNIFEM, ONUSIDA y el Fondo Global para el SIDA recogieran y desagregaran datos estadísticos sobre VIH/SIDA en niños y madres indígenas. Igualmente, recomendaba que el Fondo Global revisara su estrategia de financiación para incluir programas de VIH y SIDA apropiados culturalmente, e instaba al Fondo y a ONUSIDA a presentar un informe sobre el impacto de sus programas y actividades sobre pueblos y comunidades indígenas en la sesión de 2004 del FPCI.<sup>13</sup>

10 El FPCI tiene como objetivos: a) Examinar las cuestiones indígenas en el contexto de las atribuciones del Consejo relativas al desarrollo económico y social, la cultura, el medio ambiente, la educación, la salud y los derechos humanos; b) Prestar asesoramiento especializado y formular recomendaciones sobre las cuestiones indígenas al Consejo, así como a los programas, fondos y organismos de las Naciones Unidas; y; c) Difundir las actividades relacionadas con las cuestiones indígenas y promover su integración y coordinación dentro del sistema de Naciones Unidas.

11 En la Constitución Ecuatoriana vigente desde el 2008 se contempla que “Los tratados internacionales ratificados por el Ecuador se sujetarán a lo establecido en la Constitución. En el caso de los tratados y otros instrumentos internacionales de derechos humanos se aplicarán los principios pro ser humano, de no restricción de derechos, de aplicabilidad directa y de cláusula abierta establecidos en la Constitución” (Art. 147)

12 Véase el documento: E/2002/43/Rev.1-E/CN.19/2002/3/Rev.1.

13 Documento de Naciones Unidas: E/C.19/2003/22.

En la quinta sesión anual del FPCI (2006), ONUSIDA presentó un informe sobre el conocimiento general que hay sobre VIH y SIDA y los pueblos indígenas; además un análisis de los factores clave que incluyen para la vulnerabilidad de estos pueblos y el impacto de esta infección sobre ellos, en “*el contexto del desarrollo social, cultural y económico*”.<sup>14</sup> Entre los factores que inciden en la vulnerabilidad, se apunta al desplazamiento (o migración) de sus tierras de origen, debido a motivos políticos o económicos, por el enorme impacto socio-cultural para la población indígena. Adicionalmente, los hombres y mujeres indígenas que llegan y viven en las ciudades usualmente tienen niveles de pobreza más altos que el resto de la ciudadanía, lo que igualmente tiene un impacto adverso en su salud.

El informe de ONUSIDA, también apunta como factores de vulnerabilidad la estructura demográfica de los pueblos indígenas respecto a la sociedad mayoritaria y el desproporcionado impacto del VIH y SIDA en las personas jóvenes; así como las preocupantes consecuencias de la marginalización de los pueblos indígenas y dentro de éstos de las mujeres, niños y niñas. El informe añade que el estado de salud más precario en situaciones de pobreza, sumado a la existencia deficiente y/o lejana de los servicios de salud, representan una carga adicional para la economía de las comunidades indígenas. La correlación entre pobreza y VIH es bien conocida y aparece a distintos niveles. El aislamiento geográfico de algunas comunidades, por ejemplo, incidiría de manera negativa en la prevención y tratamiento. Hay que remarcar igualmente la influencia de los reducidos espacios de comunicación y de coordinación entre las distintas medicinas (indígena tradicional y occidental moderna), así como los bajos niveles de participación de las organizaciones indígenas, y aún más las comunidades, en la elaboración de políticas dirigidas hacia ellas.

### **Aporte del Convenio N° 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT)**<sup>15</sup>

Las disposiciones de éste Convenio igualmente aportan al tema de salud de los pueblos indígenas. Son de especial importancia los numerales 1 y 2 del Art. 25:

*“Los gobiernos deberán velar porque se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.*”

14 Documento de Naciones Unidas: E/C.19/2006/6/Add.10.

15 Ratificado por el Ecuador el 13 de septiembre 1999.

*Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales". Artículo 25, numerales 1 y 2  
Convenio No. 169 de la OIT*

### **Aportes de las declaraciones y programas de acción de las Conferencias y Cumbres internacionales respecto al VIH y SIDA y el enfoque intercultural.**

Un elemento importante a tener en cuenta es que plantear la erradicación de la pobreza permitirá lograr las metas en salud. La salud es apreciada como un factor de desarrollo, que no sólo necesita de una intervención multisectorial, sino que precisa que se tenga en cuenta la perspectiva de género, cultural y étnica. Por otra parte, se plantea la colaboración de las organizaciones no gubernamentales (ONG), grupos de mujeres y de la sociedad civil para construir las estrategias nacionales que faciliten el acceso a los servicios de salud y particularmente de salud sexual y reproductiva; con especial atención a niñas y mujeres sin distinción de etnia, cultura o identidad indígena.

Adicionalmente, como parte de la función del sistema de las Naciones Unidas proponen elaborar conceptos y programas para la *reunión y difusión de estadísticas e indicadores del desarrollo social* para facilitar el examen y análisis de políticas. Este es un aspecto fundamental considerando —como hemos visto— la ausencia de cifras referidas al VIH en población indígena.

El tema presupuestario encuentra eco en la recomendación para aumentar las asignaciones presupuestarias y considerar reformas políticas y del sector salud, especialmente para mejorar el acceso a la salud sexual y reproductiva. Al plantear la importancia de tener en cuenta a las niñas y mujeres pobres como grupos prioritarios, aportan a fortalecer el enfoque de las políticas y presupuestos en las mujeres indígenas que constituyen un porcentaje elevado de la población en Ecuador.

Más aún, se plantea que para lograr las metas de desarrollo sostenible y equitativo exige que las personas puedan tener control sobre su vida sexual y reproductiva; especialmente si se sabe que cuando se afecta la salud y los derechos sexuales y derechos reproductivos (SDSR), los problemas y costos de la salud para las personas y para las comunidades pueden ser elevados. Entre los riesgos está la posibilidad de infección por VIH y SIDA y el aumento de la transmisión de este virus.

*El Programa de Acción de la CIPD y la Plataforma de Acción de Beijing reconocen los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos por lo que los afirman como una parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales.*

*En Cumbre del Milenio (NY 2005) se incorpora el logro al “acceso universal a la salud reproductiva para 2015, según lo estipulado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, e integrar ese objetivo en las estrategias encaminadas a alcanzar los objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio, y orientados a reducir la mortalidad materna, mejorar la salud materna, reducir la mortalidad infantil, promover la igualdad entre los géneros, luchar contra el VIH/SIDA y erradicar la pobreza”.*

*Véase texto completo en [www.un.org/summit2005/](http://www.un.org/summit2005/)*

Al relevar la SDRS como derechos humanos y su importancia para lograr los ODM se reconoce la necesidad que en este ámbito las personas gocen de las mejores condiciones y calidad. La posibilidad de que las personas ejerzan estos derechos es apreciada como una vía para el ejercicio de otros derechos, entre ellos una mejor posibilidad de erradicar la violencia de género y otras prácticas discriminatorias. Como el VIH y SIDA es considerado un problema de SDRS es esencial promover el acceso a información y servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) a lo largo del ciclo vital, para bajar la incidencia y prevalencia de esta infección; con lo cual se incluye a la juventud como un grupo prioritario. También se considera fundamental invertir en la promoción de acciones de conciencia pública para promover comportamientos saludables y evitar la infección por VIH, y además en investigaciones, capacitación e incidencia política.

Planteado este panorama internacional, se puede colegir que existe un marco favorable para respaldar las políticas nacionales en términos de respuesta al VIH y SIDA; incluso se logra la visibilización de las mujeres pobres como un grupo prioritario para focalizar las políticas públicas, presupuestos y acciones. Teniendo en cuenta que las mujeres indígenas constituyen también un porcentaje importante de la población de bajos ingresos en Ecuador, este es un paso adelante para promover su inclusión explícita en las políticas, propuestas, presupuestos y acciones. No obstante es importante destacar que con el avance que representan las declaraciones y programas de acción aún hace falta profundizar en la relevancia de trabajar con enfoque intercultural para lograr mayor eficacia en los resultados. No hacerlo sería relativizar las necesidades específicas de los pueblos y nacionalidades indígenas, que históricamente ha sido la población más discriminada y excluida.

Las evidencias de cómo las barreras culturales limitan el logro de las recomendaciones recogidas en los instrumentos internacionales, de los ODM y de los mismos planes de desarrollo de los Estados, indican que la inclusión del enfoque intercultural en las políticas públicas es trascendental. Este tema es una deuda pendiente con la población indígena, que quizá está logrando eco que se refleja en la iniciativa del último informe Estado de la población mundial 2008, elaborado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). En este informe se destaca la importancia de la sensibilidad cultural en los programas de desarrollo y, compartiendo los principios y postulados del PNUD y de la UNESCO, anota que es fundamental reconocer la influencia de la cultura en las opciones individuales y sociales, así también el informe muestra varias "circunstancias cotidianas" que permiten ver como la cultura afecta las relaciones sociales, y además las "cuestiones que atañen al desarrollo".<sup>16</sup> (UNFPA 2008: 10)

### **Aporte del Sistema de Naciones Unidas en el Ecuador (SNUE) para la respuesta del país al VIH y SIDA**

El aporte del SNUE sin duda es mucho más amplio de lo que se alcanza a recoger en este documento, sin embargo, se ha querido destacar las iniciativas que están en marcha a la fecha;<sup>17</sup> adicionando que también han sido las iniciativas mencionadas por el MSP - Programa de VIH y SIDA. En el Ecuador, el grupo ONUSIDA conjuga las acciones del sistema para apoyar al país en la respuesta al VIH; y, desde el 2007 la coordinación de varias agencias<sup>18</sup> da impulso a lo que actualmente es el Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el VIH y SIDA, que reúne los esfuerzos y los recursos de varias agencias del Sistema de las Naciones Unidas: ACNUR, UNICEF, PMA, UNDP, UNFPA, FAO, UNESCO, OPS/OMS y UNIFEM, las mismas que coordinan y buscan fortalecer y apoyar una respuesta nacional ampliada a la epidemia.

16 Véase UNFPA. Estado Mundial de Población 2008. Ámbitos de convergencia: cultura, género y derechos humanos.

17 La información fue recogida mediante entrevistas a técnicas y consultoras de UNICEF, OPS, UNFPA y PNUD en abril del 2008.

18 Una experiencia exitosa del trabajo conjunto en prevención de VIH y Violencia de género se desarrolló en Sucumbíos, con el aporte técnico y financiero del UNFPA, ACNUR y UNIFEM, que iniciaron una primera fase de formación de promotores para la prevención del VIH con población refugiada, indígena y mestiza de la provincia. Además de la coordinación con las organizaciones locales, la Dirección Provincial de Salud y la de Educación Hispana (PRONESA) de Sucumbíos para ejecutar una campaña de prevención del VIH, promoviendo el acceso a pruebas rápidas y consejería. El inicio de la segunda fase de esta iniciativa encontró eco en otras agencias del SNUE y se logró construir un plan provincial de respuesta al VIH. Este fue el inicio de un proceso mucho más sostenido (y que se mantiene hasta la actualidad) que se cristalizó en el actual en el Programa conjunto de UN de respuesta al VIH en la provincia de Sucumbíos, liderado luego por UNFPA y PNUD, implementado también en otras provincias del país.

Esta iniciativa en Ecuador, tiene su base en las acciones de NU a nivel mundial. Un hito importante es la Conferencia Internacional sobre el SIDA y las ITS en África (ICASA - Nairobi 2003). En esta ocasión los Ministros de los países africanos, la cooperación nacional e internacional, organizaciones multilaterales y bilaterales, ONGs y el sector privado, analizaron los principios de la coordinación de la respuesta al VIH/SIDA a nivel nacional. Identificando sobre todo los retos sobre la financiación y asociaciones para la acción contra el VIH/SIDA; la necesidad de crear un entorno de política favorable. Consensuando la necesidad de trabajar sobre lo que llamaron los "tres unos".

- UN marco de acción sobre el VIH y SIDA acordado que proporcione la base para coordinar el trabajo de todos los asociados.
- UNA autoridad nacional de coordinación del SIDA con un mandato multisectorial amplio.
- UN sistema de monitoreo y evaluación establecido a nivel de país.  
([www.un.org/ec/pages/interna\\_agencias](http://www.un.org/ec/pages/interna_agencias))

Estos consensos constituyen, junto con los acuerdos de las Sesiones Especiales de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (UNGASS) y los ODM (entre otros instrumentos) el marco de referencia para fortalecer el rol de ONUSIDA en el Ecuador y el trabajo del Programa Interagencial de respuesta al VIH, especialmente para priorizar la necesidad urgente de colocar en la agenda política nacional la respuesta al VIH y SIDA, así como apoyar técnicamente a su diseño e implementación. Cada agencia del Sistema tiene responsabilidades compartidas, además del reto de coordinar con los múltiples actores nacionales presentes en esta temática, pero también tienen responsabilidades específicas acordes con su mandato.

Por ejemplo, el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) ha centrado sus esfuerzos en el tema de la transmisión vertical y la prevención en jóvenes, niñas y niños huérfanos. Los objetivos en estas iniciativas es evitar que algún niño o niña nazca con VIH, para esto, en coordinación con el Programa Nacional de VIH y las organizaciones de la sociedad civil, se realizan compañías permanentes para promover la prueba en mujeres embarazadas.<sup>19</sup>

| 19 Entrevista a asesora de nutrición y VIH y SIDA de UNICEF, Abril 2008.

Así mismo, el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) afianza el marco legal para que se haga efectiva la entrega de antiretrovirales “adicionalmente se fortalece a los gobiernos locales, gerentes de empresas, sector laboral y, universidades, y se brinda apoyo a centros de detención, y a componentes de comunicación para generar cambios en la población, etc. En los ámbitos locales se formaron 300 promotores de respuesta al VIH, que son funcionarios de gobiernos locales, es decir, de Municipios y Prefecturas, además de funcionarios del Ministerio de Trabajo y/o del Concejo Nacional de Capacitación y de empresas privadas, así como también hay personas viviendo con VIH, capacitadas con la misma metodología para que ellos puedan trabajar en todos esos ámbitos. Entonces estas personas aprenden como instalar una política local y aprenden cómo hacer prevención.”<sup>20</sup>

Por otra parte, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), tiene un programa de trabajo que contempla cuatro componentes: educación, salud sexual y reproductiva, género y participación. Respecto del VIH el objetivo principal es fortalecer a los Ministerios de Salud Pública (MSP) y de Educación (MEC), sus competencias y sus políticas. Especialmente en el campo de la salud sexual y salud reproductiva y la inclusión de la educación sexual en el caso del MEC y de las políticas y normas de salud sexual y salud reproductiva de mujeres y jóvenes. También se fortalecen acciones para brindar información y educación, provisión de condones, prevención del VIH en jóvenes fuera del sistema escolar y esfuerzos de prevención dirigidos a poblaciones más expuestas, como hombres que tienen sexo con hombres o trabajadoras sexuales. Aunque este trabajo no se extiende a usuarios de drogas inyectables, prisioneros ni refugiados”.<sup>21</sup>

En la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se apoya el trabajo del MSP con relación al VIH/SIDA a través del Programa de control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, mediante el cual se fortalece la vigilancia de estas enfermedades y la propuesta de acciones oportunas. Adicionalmente, entre otras iniciativas, se presta asistencia técnica al MSP para las actividades de prevención llevadas a cabo por el Programa Nacional de VIH.

20 Entrevista realizada a la coordinadora del Proyecto VIH/SIDA del PNUD, Abril 2008.

21 Entrevista realizada a la Asesora Nacional de VIH/SIDA del UNFPA, Abril 2008.

Además existe lo que se llama el “Fondo Estratégico” a través del cual los antiretrovirales y las medicinas que se necesitan para el VIH y el SIDA, son comprados a través de licitaciones internacionales mucho más accesibles y de alta calidad.<sup>22</sup>

En general las iniciativas mencionadas remarcan un interés por construir estrategias conjuntas para integrar con énfasis el enfoque intercultural en la respuesta al VIH. Aunque se debe destacar que varias de las agencias del SNUC trabajan con pueblos indígenas, especialmente mujeres, en otro tipo de propuestas para el desarrollo, incluidos temas de maternidad segura y SDR.

## **b) Escenario nacional de las políticas públicas en relación al VIH y SIDA**

En el Ecuador los derechos de los pueblos indígenas han avanzado de manera significativa en los últimos años. En la actual Constitución (aprobada mediante referéndum en septiembre del 2008 y vigente desde octubre del mismo año) se proclama por primera vez el carácter plurinacional del Estado (Art. 1), y al apuntar la igualdad en el goce de los derechos y oportunidades se explicita que nadie podrá ser discriminado por razones de etnia, identidad cultural, o por ser portador del VIH (Art. 11). Además tiene avances en el ámbito de la salud que conviene enumerar, empezando con el Artículo 32, donde se deja entrever un enfoque de derechos interrelacionados y unos principios de avanzada, incluido el de la “interculturalidad” y los “derechos sexuales y derechos reproductivos” (Reafirmando los avances de la Constitución de 1998).

*“La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.*

*El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional” . Art. 32*

| 22 Entrevista realizada a la consultora de la OPS en Epidemiología, Abril 2008.

De manera más específica, se basan sobre la salud y la seguridad social dieciséis artículos del título VII, sobre el "Régimen del buen vivir". El primero de ellos apunta a que el sistema nacional de salud reconocerá la diversidad social y cultural y, entre los principios por los que se regirá, está igualmente el principio de la interculturalidad. Para los pueblos indígenas es de interés especial el artículo 57, donde se enumeran los derechos humanos colectivos de los pueblos indígenas, incluido en el numeral 12, las medicinas y prácticas curativas tradicionales:

*"Se reconoce y garantizará a las comunas, comunidades, pueblos y nacionalidades indígenas, de conformidad con la Constitución y con los pactos, convenios, declaraciones y demás instrumentos internacionales de derechos humanos, los siguientes derechos colectivos:*

*(...) 12. Mantener, proteger y desarrollar los conocimientos colectivos; sus ciencias, tecnologías y saberes ancestrales; (...) sus medicinas y prácticas de medicina tradicional, con inclusión del derecho a recuperar, promover y proteger los lugares rituales y sagrados, así como plantas, animales, minerales y ecosistemas dentro de sus territorios; y el conocimiento de los recursos y propiedades de la fauna y la flora". Art. 57*

Es de particular interés para las políticas de respuesta al VIH y SIDA la consideración que se hace en la Constitución sobre la atención prioritaria y especializada a (...) mujeres embarazadas (...), personas que "adolezcan de enfermedades catastróficas", especialmente aquellas que vivan situaciones de doble vulnerabilidad (Art. 35). En este último grupo bien podría ubicarse la población indígena, particularmente las mujeres, debido a vulnerabilidades como la pobreza, las condiciones de salud y especialmente la vulnerabilidad frente al VIH descrita arriba.

Este artículo se complementa con el Art. 50 que se refiere a la garantía del Estado para quienes sufran de "enfermedades catastróficas o de alta complejidad" del derecho a atención especializada y gratuita, de manera "oportuna y preferente".

En este contexto las leyes orgánicas, especiales, ordinarias, ordenanzas y reglamentos encuentran un asidero para garantizar el acceso a los servicios, los insumos y medicamentos (antiretrovirales) necesarios para el diagnóstico del VIH y tratamiento del SIDA y enfermedades oportunistas.

Por otra parte, con relación a la salud intercultural, un paso trascendental encontró su fundamento en las disposiciones del Convenio No. 169 de la OIT, que permitieron proponer la crea-

ción de la Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas (DNSPI).<sup>23</sup> Si bien es cierto que desde 1993 se había conformado un equipo de trabajo en el Ministerio de Salud en la búsqueda de modelos alternativos para la atención de los pueblos indígenas, fue desde esta creación ministerial que se empezó a concretar el trabajo. Esta Dirección procuró adecuar culturalmente los servicios de salud y desarrollar un sistema adecuado de atención comunitaria. En el año 2007 se reestructura como “Programa de Salud Intercultural”<sup>24</sup> con categoría de sub-proceso de salud intercultural, con los objetivos de: (i) Promover el reconocimiento de los saberes y prácticas de las medicinas tradicionales en el ámbito político, cultural, académico e institucional; (ii) Ejecutar planes, proyectos y programas de recuperación, desarrollo, difusión, de la medicina tradicional, conocimientos y sabiduría de las nacionalidades, pueblos y comunidades, con participación directa de sus beneficiarios; (iii) Fortalecer las medicinas interculturales mediante el desarrollo de la investigación, la ciencia y la tecnología; y, (iv) proponer y fortalecer las políticas públicas a favor de los pueblos y nacionalidades indígenas.

*“La Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas señala que la salud indígena no ha recibido la atención que merece dentro de la política general del gobierno. Se reconoce el problema y la necesidad de prestarle atención pero no se dedican los recursos necesarios. Existen 93 iniciativas de salud de los pueblos indígenas promovidas por la Organización Panamericana de Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) para que el modelo de salud del gobierno sea efectivamente intercultural. Sólo el 0,25% del presupuesto total del Estado se dedica a este rubro”.*  
*Informe del ex-Relator Especial sobre la situación de los derechos humanos y las libertades fundamentales de los indígenas, Sr. Rodolfo Stavenhagen. Adición Misión a Ecuador*

En una línea similar hay que citar igualmente la iniciativa innovadora que representan los llamados “Congresos por la Salud y la Vida”, espacios de concertación entre la sociedad civil y el Estado que permiten hacer seguimiento, evaluar y proponer políticas y líneas de acción en el ámbito de la salud. De especial interés son las Declaraciones respectivas de Quito (2002),<sup>25</sup> Guayaquil (2004), y la de Cuenca (2006), donde se considera a la persona como *“un ser holístico (...) teniendo como eje transversal la interculturalidad y la articulación de la medicina occidental y las medicinas tradicional y alternativas”*.<sup>26</sup>

23 Mediante Acuerdo Ministerial No. 01642

24 Viendo mermada su autonomía técnica - administrativa al pasar de “Proceso” a “Sub proceso” (dentro de la nomenclatura oficial del MSP).

25 En el Congreso de Quito se aprobó la Política Nacional de Salud y se abogó para que fuera aprobada por el Congreso la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (finalmente aprobada en septiembre 2002). La CONAIE lleva años investigando, debatiendo y proponiendo alternativas culturales al sistema de salud monocultural del Estado. Véase sobre todo su “Política intercultural en salud y derechos sexuales”, que data de 1998.

26 “Por una Salud Equitativa, Digna y de Calidad”. Declaración de Cuenca, 11 de abril de 2006.

**El Fondo Global** amerita una mención específica en esta sección (aún siendo un fondo de la cooperación internacional, vinculado al SNU) por su rol para recaudar, gestionar y subvencionar iniciativas en las regiones y países en los que se genera pocos recursos para luchar contra el VIH, la malaria y la tuberculosis. Este Fondo convoca a una serie de actores del Estado y de la sociedad civil, y sus acciones coordinadas son las que permite la garantía de que los fondos serán usados en la respuesta al VIH y que los resultados tengan impactos medibles. El mecanismo de coordinación de país (MCP), en el caso de Ecuador, está integrado por los Ministerios de Salud y de Educación, la Coalición de Personas Viviendo con VIH/SIDA (PVVS), el Consejo Nacional de las Mujeres (CONAMU), la Red de trabajadoras sexuales, la Junta de Beneficencia de Guayaquil, la Coordinadora SIDA Guayas, las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional. La inversión de recursos de este Fondo en el país ha fortalecido la respuesta nacional al VIH y SIDA de manera significativa y ha motivado la participación multisectorial. Cabe notar la ausencia de representantes de la población indígena en el MCP del Fondo Global.

### **Políticas públicas específicas sobre salud sexual y salud reproductiva y de respuesta al VIH y SIDA**

El 2000 podría considerarse un año clave con relación a la respuesta al VIH y SIDA puesto que empezaban a vislumbrarse acciones específicas gestadas en un largo proceso anterior de visibilizar el alcance de esta epidemia en Ecuador, y tras un intenso trabajo desde el interior del MSP y de la sociedad civil organizada. Una de las acciones destacadas fue el Plan Estratégico Nacional 2001 - 2003 elaborado por una diversidad de actores estatales, de ONG y de la sociedad civil, incluyendo PVVSS; la aprobación de instrumentos concertados y elaborados multisectorialmente, como el Reglamento de la Ley para la Prevención y Asistencia Integral de VIH/SIDA (2000) y la Propuesta de Ley de Respuesta Integral al VIH/SIDA, sustitutiva de La Ley de Prevención y Asistencia Integral del VIH/SIDA, instrumentos concertados con enfoque multisectorial. Más adelante se ha elaborado el Plan Estratégico Multisectorial de respuesta al VIH/SIDA 2007 - 2015 (PEM). Es de destacar que en el período 2005 - 2006 la presencia de la cooperación internacional y de ONG vinculadas al tema de SDRS y VIH, promueve que se introduzca con fuerza el enfoque social de derechos en el Plan propuesto.

El PEM 2007 - 2015, como lo hizo el plan anterior, se basa en una serie de instrumentos internacionales que fortalecían su propuesta, entre ellos los ODM, especialmente el objetivo 6: *Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH y otras enfermedades infecciosas*. Además los compromisos del UNGASS;<sup>27</sup> los acuerdos consensuados en las Conferencias y Cumbres internacionales –antes mencionadas–; y a nivel regional, el Convenio Hipólito Unanue y la Carta Andina para la Promoción y Protección de los Derechos Humanos; la Resolución de Reunión de Ministros de Salud del Área Andina - REMSAA y la Declaración de Nuevo León, estas últimas que disponen sobre la cobertura, el acceso al tratamiento y la disponibilidad de los recursos del Fondo Global.

Dentro del marco nacional que apoya el PEM, se cuenta con leyes como la de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGYAI 1998), la Ley 103 contra la violencia a la mujer y la familia (1995) y la Ley sobre la sexualidad y el amor, que permiten identificar estrategias apropiadas para la respuesta multisectorial.

*“A nivel nacional, el marco legal vigente articulado por la Política Nacional de Salud que expresa que la salud de los habitantes de una nación constituye el factor sustantivo en la culminación de su desarrollo armónico y permanente (...); la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud que garantiza el acceso equitativo y universal a los servicios de atención integral de salud a través de una red de servicios de gestión desconcentrada y descentralizada; y, más específicamente la Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (2005) y la Ley para la Prevención y Asistencia Integral de VIH/SIDA -actualmente en proceso de sustitución.*

*Esta última norma fundamenta la respuesta, al decretar de “interés nacional” el VIH-SIDA y responsabilizar al Estado del fortalecimiento de la prevención de la enfermedad, de la garantía de la adecuada vigilancia epidemiológica; y, de facilitar el tratamiento específico gratuito a las personas afectadas con VIH/SIDA y las enfermedades asociadas al SIDA, asegurar el diagnóstico en bancos de sangre y laboratorios, precautelar los derechos, el respeto, la no-marginación y la confidencialidad de los datos de las personas afectadas con el virus de Inmuno Deficiencia Adquirida (VIH)” (Plan Estratégico 2007 – Programa Nacional de VIH del MSP)*

27 El período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA una emergencia global que requiere acción inmediata. La Declaración de Compromiso del UNGASS establece una variedad de resoluciones establece una variedad de resoluciones y recomendaciones programáticas y de política para ayudar a líderes locales, nacionales e internacionales en su abordaje del pandémico de VIH/SIDA de manera integrada, efectiva y sobre todo justa.

El PEM menciona la voluntad de promover un modelo de prevención consensuado que tome en cuenta la diversidad y la interculturalidad. También hace mención a la protección de los derechos de grupos vulnerables como las minorías étnicas, homosexuales y lesbianas, personas que enfrentan discriminación por enfermedades como el SIDA, prohibiendo expresamente toda discriminación por razón de etnia, edad, orientación sexual o estado de salud (Programa Nacional de VIH, MSP). Señala además menciona el propósito de intervenir en las condiciones socio-culturales que exponen a las personas al VIH y SIDA y vulneran sus derechos, particularmente los derechos sexuales y derechos reproductivos. Un elemento adicional es el énfasis que pone el PEM en la migración como fenómeno social que expone a prácticas de riesgo, recalando las necesidades particulares de la población desplazada o refugiada que se encuentra en una situación de especial vulnerabilidad.

Por otra parte, tanto en el plan anterior como en actual, se identifica que pese a las acciones realizadas, ha resultado difícil detener el incremento de la epidemia y su alcance a personas de bajos ingresos y vulnerables, especialmente por la dificultad de acceso a la educación, a la salud y/o a prácticas de exclusión por razones de género o generación. Adicionalmente se hace mención a las dificultades de procesar información estadística con suficientes indicadores para apreciar la realidad de la epidemia en el país.

*“El Sistema Epidemiológico Nacional no ha logrado generar datos suficientes, en representatividad, consistencia y continuidad. Tampoco ha podido responder a los requerimientos del UNGASS a través del Sistema de Información para la Respuesta Nacional (SIRN) ni crear un sistema nacional de indicadores. Los datos actualmente disponibles presentan diversos problemas metodológicos, no han sido estandarizados y son dispersos por lo cual es difícil construir un mapa integrado y con base científica de la epidemia en el Ecuador. A pesar de los avances de la respuesta en los últimos años, los datos existentes delinean una epidemia en expansión en todo el tejido social y con niveles altos de incidencia y prevalencia en ciertos grupos vulnerables”.*

*(Plan Estratégico 2007 – Programa Nacional de VIH del MSP)*

Es igualmente importante la mención que se hace respecto de la importancia de tener en cuenta que al desconocimiento sobre el VIH/SIDA y sus formas de infección, se suman factores como la pobreza, la migración y la cultura en un contexto de discriminación. Este conjunto de factores dificulta la prevención. Sin duda, contar con un PEM liderado por el organismo rector del Estado en Salud (MSP) –además apoyado por el Sistema de Naciones Unidas en Ecuador SNUE– y elabo-

rado participativamente es una fortaleza de la respuesta al VIH/SIDA. Con esto se avanza en el planteamiento de elevar esta respuesta a política de Estado y en el compromiso de implicar a todos los actores sociales. No obstante, todavía se aprecia la debilidad en cuanto a la evidencia estadística y científica que garantice, como se menciona en el plan, "la objetividad de las intervenciones".

Adicionalmente, aún cuando se sugiere tener en cuenta "las especificidades locales y la cercanía de la gente" y la construcción de un modelo con base en la diversidad y la multiculturalidad, la incorporación del enfoque intercultural tanto en la conceptualización como en las acciones sigue siendo débil. Aunque aún se podría encontrar asidero en la recomendación de que este nuevo plan organice un modelo de prevención que contemple la diversidad de la población, y también las experiencias exitosas que hayan tenido impacto en cuanto a diversidad y multiculturalidad.

### **Otras iniciativas que son parte de la respuesta de las políticas públicas de respuesta al VIH en Ecuador**

Entre otras iniciativas es fundamental mencionar la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, en la medida que dentro de sus prestaciones contempla la prueba gratuita para mujeres embarazadas y la provisión de leche maternizada para las madres que viven con VIH o SIDA. Adicionalmente, se realizan campañas de comunicación permanentes promoviendo la prevención de la transmisión vertical; y la asistencia técnica al MSP, gobiernos locales y sociedad civil respecto del fortalecimiento del acceso a las prestaciones, conformación de los Comités de Usuarías y otras iniciativas que tengan como propósito promover una maternidad segura y libre de VIH.

El Consejo Nacional de las Mujeres (CONAMU) tiene como objetivo el fortalecer el acceso de las mujeres a una protección integral respecto al VIH y SIDA, a través de acciones de incidencia política que contribuyan a la construcción de un entorno para el ejercicio de los derechos de las mujeres, particularmente de los sexuales y reproductivos. Una de las iniciativas importantes ha sido el trabajo para la prevención del VIH y SIDA y la violencia de género, teniendo en cuenta que "el VIH nunca está desvinculado de los DSR y de la violencia, especialmente la sexual. Igualmente en el trabajo con adolescentes y jóvenes se considera un componente de prevención del VIH".<sup>28</sup>

| 28 Entrevista a técnica de salud del CONAMU. Abril 2008.

En otras instancias del Estado, como el Ministerio de Trabajo que cuenta con una Unidad de Género y Juventud, se ha fortalecido el trabajo para la prevención del VIH y SIDA a través de la difusión de información sobre las políticas, leyes y derechos de las PVVSS en el ámbito laboral, la entrega de información sobre la infección y la promoción de la prueba voluntaria y su confidencialidad.<sup>29</sup>

Otro de los espacios estatales donde se implementan las políticas públicas sobre VIH es el Hospital Gineco-obstétrico Isidro Ayora (HGOIA), que tiene una de las 28 clínicas de SIDA del país. En sus servicios se oferta la prueba voluntaria para las mujeres que acuden al control del embarazo, y se realizan investigaciones sobre la relación del VIH con el cáncer de cuello uterino. Se ha avanzado en la disminución de la discriminación para las pacientes seropositivas que acuden al servicio y permanentemente se realizan acciones de entrega de información para prevención del VIH.<sup>30</sup>

### **Aspectos de la respuesta nacional al VIH fortalecidos con las acciones de organismos no gubernamentales de carácter internacional, nacional y grupos organizados de la sociedad civil**

Se evidencia que tanto las ONG internacionales y nacionales, en general, se adhieren a la propuesta de trabajo multisectorial del Plan Estratégico (PEM) y sus acciones están enfocadas en aportar a la implementación del mismo.

Entre las acciones que se desarrollan están el fortalecimiento del plan de monitoreo y seguimiento del PEM y de los procesos de participación social, especialmente de las PVVS. También son importantes las iniciativas de incidencia política para promover las reformas legales que garanticen mayor acceso a servicios: diagnóstico, atención y acceso a medicamentos antiretrovirales. Los servicios de atención de algunas ONG se especializan en la oferta de servicios a hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y gays. Igualmente son un aporte significativo las actividades de capacitación y/o elaboración de material para estos procesos, un ejemplo de ello es el Manual "Paso a Paso" elaborado por Plan Internacional, que se ha convertido en un referente nacional para la capacitación en el tema de prevención de VIH en el ámbito educativo, organizaciones sociales,

29 Entrevista a la responsable de la Unidad de Género del Ministerio de Trabajo. Abril 2008.

30 Entrevista realizada al Jefe de servicio de la clínica del SIDA del HGOIA. Abril 2008.

Comités de Usuarias y grupos de jóvenes. Los procesos de sensibilización, comunicación y combate al estigma y discriminación, son otras iniciativas relevantes; muchas de las iniciativas de prevención, que también son varias, están dirigidas a población joven y de adolescentes. También se desarrollan programas de consejería pre y post prueba, siendo la Cruz Roja una de las instituciones referentes en este sentido, además de los otros servicios específicos para el diagnóstico. Varias ONG mantienen también servicios de consejería para población beneficiaria específica, como es el caso de la Fundación Equidad para HSH y gays.

El trabajo con los gobiernos locales es una estrategia que ha permitido que se implementen las políticas de salud referentes a la prevención del VIH, entre ellas la ubicación de dispensadores de condones en lugares públicos. Pero se destaca el rol de los consejos cantonales y provinciales de salud en los avances para la implementación del PEM.

No menos intenso ha sido el trabajo que algunas ONG y grupos organizados de la sociedad civil, (especialmente PVVS), llevan a cabo para promover la reforma a la Ley para la prevención y asistencia integral del VIH/SIDA,<sup>31</sup> que al no estar reglamentada no tiene efectiva vigencia. Adicionalmente, en el proceso de la Asamblea Constituyente realizaron un arduo trabajo de incidencia para que en la nueva Constitución se incluya, como en efecto sucedió, la no discriminación por "portar VIH".<sup>32</sup>

En general se aprecia que en el ámbito de las ONG y otras organizaciones de la sociedad civil, se apunta a trabajar en prevención, diagnóstico, atención, tratamiento y seguimiento de casos, fortalecimiento en incidencia y derechos, con mujeres, adolescentes, jóvenes, niños y niñas. Los programas y proyectos tienen la característica de ser incluyentes (en la especificidad de cada población beneficiaria específica). No obstante, las personas entrevistadas anotan que en los informes de trabajo y resultados alcanzados evidencian que en pocos casos la población indígena ha sido beneficiaria; en la mayoría de casos porque el marco institucional no contempla trabajar con este grupo poblacional; y, en los casos que sí, porque no se han logrado concretar o sostener iniciativas en zonas indígenas o para población indígena urbana.

31 Promulgada el 14 de abril del 2000.

32 Art. 11. Numeral 2: "Nadie podrá ser discriminado por razones de etnia, lugar de nacimiento, edad, sexo, identidad de género, identidad cultural (...) orientación sexual, estado de salud, portar VIH (...). La Ley sancionará toda forma de discriminación".

**Las organizaciones indígenas** por su parte, raramente incluyen el tema de SDRS en sus programas de trabajo, menos aún el tema de ITS y/o VIH y SIDA (salvo la experiencia en las comunidades kichwas de Sucumbíos, en donde se ha logrado introducir los temas de SDRS como parte del componente de salud preventiva).<sup>33</sup> Recientemente, como parte del trabajo de la Dirección de la Mujer y la Familia de la CONAIE y de la Secretaría Técnica de Enlace Continental (específicamente Enlace Sur), con apoyo de UNFPA, se está llevando a cabo un diagnóstico de la capacidad institucional de las organizaciones indígenas de hacer incidencia política a favor de la salud sexual y salud reproductiva de tres países pertenecientes a la región sur: Ecuador, Perú y Bolivia. Uno de los aspectos que se remarca en el diagnóstico de Ecuador<sup>34</sup> es que las mujeres indígenas no tienen acceso a información sobre las políticas y leyes que protegen su salud sexual y reproductiva, menos aún las referentes al VIH y SIDA. Este aspecto y los procesos participativos para recoger esta información hacen presumir que los hombres y de ordinario la población indígena joven tampoco ha tenido acceso a este tipo de información. Por tanto, se puede inferir que la población indígena en general, es altamente vulnerable a problemas en su salud sexual y salud reproductiva y tiene un limitado ejercicio de estos derechos. Particular mención hay que hacer de la vulnerabilidad a las ITS y al VIH y SIDA.

33 La Federación de Organizaciones de Nacionalidad Kichwa de Sucumbíos Ecuador, FONAKISE, tiene un programa de salud desde hace más de veinte años. Dentro de los componentes de este programa está el de Salud Preventiva, Sexual y Reproductiva a cargo de las llamadas "promotoras para la vida" y coordinado por el espacio de "Warmiwankurina" (Mujeres organizadas) y la Asociación de Mujeres de Nacionalidad Kichwa de Sucumbíos Ecuador, AMNKISE. Como parte del material con que se capacitan y trabajan las promotoras, está el Manual "Para la vida" que contiene doce mensajes de salud, entre ellos uno respecto al VIH/SIDA.

Es importante mencionar que la Federación Indígena y de Campesinos de Imbabura (FICI), en el año 2006, en colaboración con la coalición de personas viviendo con VIH/SIDA, CAR y el Fondo Global realizó un pilotaje para formación de replicadores comunitarios en sexualidad y VIH. Iniciativa que no logró pasar a una siguiente fase.

34 En proceso de edición.

## Conclusiones

1. En Ecuador se ha logrado un nivel de coordinación multisectorial para avanzar en la respuesta al VIH. Para avanzar en la implementación de las políticas, especialmente del PEM, ha sido trascendental, la conjunción de varios sectores e instituciones, el rol de las ONG y de los grupos organizados de la sociedad civil. La cooperación permanente, en medio de la diversidad de agendas, exige un comitante esfuerzo por lograr el equilibrio al momento de priorizar población beneficiaria, estrategias, acciones y presupuestos; y, sobre todo por establecer mecanismos de evaluación que permitan avanzar.
2. No obstante, los diversos actores que trabajan en la elaboración e implementación de estas propuestas consensuadas, reconocen la ausencia (constante o eventual) de representantes de organizaciones indígenas, por lo que las necesidades de esta población no han sido especificadas en las diversas respuestas al VIH. Estas situaciones tienen un reflejo en la convicción de que las políticas públicas excluyen, al decir de un dirigente indígena (abril 2008):

*“Existe racismo en las políticas públicas”.*

3. Tanto el escenario nacional como internacional han permitido avances en la formulación e implementación de las políticas públicas referidas al VIH y SIDA. Sin embargo, hay ausencia de un enfoque intercultural que garantice estrategias específicas para población indígena en los ámbitos de diagnóstico, consejería pre y post prueba, atención, tratamiento y prevención.
4. Si bien la universalidad es un principio de los derechos humanos implícito en las políticas públicas, es inevitable la contradicción que existe entre este enunciado y la realidad. La universalidad dá por hecho que toda la población está haciendo un ejercicio pleno de sus derechos y que las instancias que deben garantizarlo están ofreciendo las condiciones para ello. La población se homogeniza bajo este criterio, pero en la práctica la diversidad cultural se diluye. Un sector importante de la población, como es la indígena, está siendo excluida de la formulación e implementación de las políticas, el PEM, y de la mayoría de iniciativas para combatir el VIH y SIDA.

*“Aunque se plantee en el discurso, no se incorpora un trabajo de interculturalidad para que las políticas se adapten. Siguen siendo políticas universales que necesitan adaptaciones a la realidad específica y a la realidad de las mujeres mismas”. Entrevista coordinación técnica del CONAMU. Abril 2008.*

5. El escenario internacional permite un margen de acción interesante y amplio respecto de la propuesta e implementación de políticas públicas que den respuesta a la atención y prevención del VIH en población indígena. Además de las Declaraciones y Programas de Acción que consignan los derechos sexuales de las mujeres en general, se cuenta con los instrumentos proporcionados por el Convenio No. 169 de la OIT y los aportes del FPCI. Pero se destaca la poca agencia política para visibilizar a los pueblos indígenas en los procesos de difusión de las políticas públicas, de los derechos y el mismo acceso a servicios.
6. El aporte del Convenio No. 169 de la OIT y del FPCI respecto del enfoque intercultural para la respuesta al VIH, es el menos difundido. Las reivindicaciones más trabajadas desde estas instancias están en torno a los otros derechos económicos, sociales y culturales. Así, tanto las organizaciones indígenas como las que trabajan con temas de interculturalidad no han identificado el Convenio No. 169, así como, el FPCI, ni los instrumentos para reivindicar el derecho al acceso a información y prevención del VIH y SIDA y servicios de diagnóstico, atención y tratamiento culturalmente adecuados.
7. Las estadísticas sobre VIH no se desagregan por origen étnico. Si bien, desde un punto de vista, se puede considerar que hacerlo generaría situaciones de mayor discriminación,<sup>35</sup> habría que considerar que la ausencia de estos datos, por otra parte, incrementa la vulnerabilidad ante las ITS, el VIH y el SIDA. La importancia de ocuparse de este aspecto se refleja en las afirmaciones de Desclaux (2005) respecto a que el concepto de “capital social”, ha mostrado que la epidemia crece más en sociedades sumamente desiguales, que carecen de cohesión social. En este contexto –afirma Desclaux– se desarrollan modos de pensamiento que estigmatizan o niegan la infección. En este sentido, la “invisibilización” de la población indígena que vive con

35 A la discriminación por ser indígenas se añadiría la discriminación por portar VIH.

VIH (independiente del número y/o porcentaje) refuerza la tendencia de no priorizar el trabajo en VIH en población indígena, por tanto, tampoco es prioridad la asignación de recursos para este tema.

8. En general se apunta *la falta de investigaciones sobre el VIH y SIDA en los pueblos indígenas*, que permitan proponer políticas públicas o reformas a las existentes, incorporando el enfoque intercultural.
9. *La misma ausencia se anota sobre los materiales para información y prevención*, que requerirían ser desarrollados con pertinencia cultural, incluso enfatizando estrategias que optimicen la oralidad, como una de las características ancestrales de los pueblos indígenas.
10. Los actores institucionales que participan en el PEM coinciden en apuntar como un vacío importante en la formulación (por tanto en la implementación) de las políticas públicas sobre VIH y SIDA, el no contemplar la inclusión del sistema de educación intercultural bilingüe como uno de los espacios en los que se potenciaría la prevención del VIH en población indígena joven.

## Recomendaciones

Es impostergable la incorporación del enfoque intercultural en las políticas públicas de respuesta al VIH y SIDA, como una estrategia para prevenir que la infección alcance a uno de los grupos vulnerables por las condiciones de pobreza, discriminación étnica y de género, como son los pueblos y nacionalidades indígenas, y especialmente sus mujeres.

Esto requiere de varias acciones que permitan que se haga efectivo en la práctica. En tal sentido se propone:

- Que el Ministerio de Salud Pública y el Programa de Salud Intercultural propongan y garanticen la participación de representantes de las organizaciones indígenas nacionales y regionales en los procesos de consenso para la elaboración, reforma, planificación e implementación de las distintas políticas de respuesta al VIH y SIDA.
- Así mismo es recomendable continuar con los avances en la incorporación del enfoque intercultural en las políticas de salud y la adecuación cultural de los servicios. Esto garantizaría que este enfoque se extienda a las políticas de salud sexual y reproductiva, y particularmente a las de respuesta al VIH y SIDA. A manera de ejemplo, podemos mencionar que lograr este avance permitiría mejorar la prevención de la transmisión vertical, en la medida que se fortalecería el acceso de las mujeres indígenas a la prueba voluntaria durante el embarazo. Los servicios para la promoción de la SDR y la salud materna, están ineludiblemente ligadas a la prevención del VIH y SIDA.
- Es trascendental el rol de las instancias nacionales (estatales y de la sociedad civil) así como de las instancias de la cooperación internacional para fortalecer la participación de las organizaciones indígenas representativas del país y de sus regiones, en los grupos temáticos, técnicos, comités y otros espacios de coordinación interinstitucional, donde se discutan las acciones y estrategias para combatir el VIH y SIDA. De particular interés sería la participación en los espacios de concertación e incidencia convocados por el SNUE a través de ONUSIDA y/o el Grupo Interagencial de Interculturalidad; y en los comités interinstitucionales que se ocupan de las SDR, desde instancias como el CONASA o el MSP.

*ONUSIDA considera que ninguna población está totalmente a salvo de la epidemia, y que la propagación e impacto sólo pueden reducirse mediante un planteamiento mundial basado en mecanismos que refuercen la cohesión social y en los que se respete a las personas con independencia de sus orígenes, modos de vida, grupos o categorías sociales. (ONUSIDA, 2001)*

- Es relevante difundir, a través de materiales culturalmente adecuados, el vínculo entre los derechos sexuales y derechos reproductivos con los otros derechos, especialmente los culturales. Así como de las recomendaciones consignadas en las Declaraciones y Programas de Acción de las Conferencias de Viena, Cairo, Beijing, Copenhague, entre otras, que exhortan a los planes nacionales a “asegurar las asignaciones presupuestarias para la atención primaria de la salud y las inversiones en servicios de salud y sociales para la mujer”, con especial atención a la SSR de las mujeres pobres, protegiendo a las mismas de las reducciones presupuestarias.

Igualmente informar a las mujeres sobre los ITS y el VIH/SIDA, eliminando las barreras y obstáculos que impiden el acceso de las mujeres a los servicios de salud.

- Promover la participación de la sociedad civil, organizaciones comunitarias y de adolescentes y jóvenes en la propuesta e implementación de políticas públicas referentes a la SSR y prevención del VIH/SIDA, además de promover campañas para sensibilizar sobre este tema.
- Son igual de importantes las recomendaciones de los instrumentos internacionales, como el de la Declaración y Programa de la Conferencia de Derechos Humanos que insta a la participación de la población indígena en las decisiones que les concierne; y llama a los Estados a “tomar medidas positivas concertadas, acordes con el derecho internacional, a fin de garantizar el respeto de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las poblaciones indígenas, sobre la base de la igualdad y la no discriminación, y reconocer el valor y la diversidad de sus diferentes identidades, culturas y sistemas de organización social”.
- También es imperioso que se sigan las directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los Derechos Humanos, producidas en las tres Consultas Internacionales sobre el tema, en las que se insta a que los Ministerios aseguren que los Derechos Humanos relacionados con el VIH, figuren en todos sus planes y actividades pertinentes, particularmente en educación, inmigración, poblaciones indígenas; y, además a que las comunidades tengan plena participación en la el-

boración e implementación de políticas referidas al VIH y SIDA. Adicionalmente a los aspectos específicos establecidos en el Convenio No. 169 y el FPCI.

- Es fundamental que las organizaciones indígenas incorporen en sus acciones de incidencia política en salud, el tema de SDRS, entre ellas el VIH y SIDA. Hacerlo, les permitiría avanzar en la veeduría y logro de la garantía de derechos por parte del Estado como garante de los mismos. Igualmente se superaría el problema de la focalización de políticas públicas que –a decir de Viteri (2003)– “es justamente que los segmentos excluidos de aquellas políticas, no perciben el riesgo y por lo tanto no existen conocimientos ni prácticas de autocuidado”.<sup>36</sup>
- La ausencia de estadísticas de PVV desagregadas por origen étnico, se convierte en un reto que debería considerarse en el PEM de respuesta al VIH, al momento de evaluar sus avances y resultados, y proponer nuevas estrategias de acción. En tal sentido, por el rol del SNUC en el fortalecimiento de las estadísticas nacionales, sería de enorme valía, promover la inclusión de indicadores específicos sobre pueblos indígenas y VIH en los sistemas estadísticos de salud y nacionales, como una forma de identificar estrategias con enfoque intercultural, que a la vez que aporten para la prevención, adicionalmente combatan la pobreza y discriminación.
- Como parte de integrar el enfoque intercultural en las políticas públicas es necesario, incorporar al sistema de educación bilingüe como un actor estratégico para la prevención del VIH en población indígena joven.
- Muchas organizaciones nacionales han desarrollado metodologías de prevención eficaces, que requerirían ser capitalizadas para identificar las que fueran susceptibles de adaptarse culturalmente y en un proceso de transferencia de conocimientos, fortalecer las competencias técnicas, tanto del personal de salud que presta servicios de atención directa, como de quienes brindan asistencia técnica; y de promotores de salud, y agentes comunitarios de salud.

36 María Amelia Viteri, 2003. Un estudio en parejas heterosexuales viviendo con VIH SIDA. FLACSO, Quito.

## Bibliografía seleccionada

### Páginas web

- [www.onusida.org](http://www.onusida.org). Accesada en mayo, 2008.
- [www.theglobalfund.org/es/](http://www.theglobalfund.org/es/). Accesada en mayo, 2008
- [www.un.org/spanish/millenniumgoals/index.html](http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/index.html). Accesada en mayo, 2008

### Documentos, directrices e informes institucionales

- CONASA, MSP (2007). Política Nacional de Salud y Derechos sexuales y derechos reproductivos. Quito
- Declaración de compromiso sobre VIH-SIDA- UNGASS. Informe del Gobierno del Ecuador relativo al periodo 2006-2007. Ministerio de Salud Pública, Secretaría Técnica del Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social, ONUSIDA.
- FCI / Bolivia. (2007). Pueblos Indígenas, ITS,VIH y SIDA. Infecciones de Transmisión sexual, VIH y SIDA en comunidades indígenas de Pando: Una aproximación a conocimientos, actitudes y prácticas de poblaciones adultas y jóvenes. La Paz.
- Plan estratégico Multisectorial 2007-2011. Quito: MSP
- Ministerio de Salud Pública (MSP)-Dirección de Normatización, Programa de VIH/SIDA (2006). Indicadores sobre VIH/SIDA en Ecuador.
- UNFPA, JAMBI HUASI (2006). Enfoque Intercultural y de Género en la Salud Materna. Compilación del Seminario Internacional. Otavalo.

### Compendios estadísticos

- CEPAR (2006). Situación de salud de los pueblos indígenas en el Ecuador. Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN). Quito: CEPAR/CODENPE/MSP/UNFPA.

### Libros y artículos

- APLA (2008). El VIH en las comunidades indígenas. En ¡Impacto! Transnacional, invierno 2008, vol. 6: 1, Los Ángeles, APLA.
- CABRERO, Ferran (2006). El tercer mundo no existe. Diversidad cultural y desarrollo. Barcelona: Intermón Oxfam.
- DESCLAUX, Alice (2002). Introducción: estigmatización y discriminación ¿qué tiene que ofrecer un enfoque intercultural?. En Estigma y discriminación por VIH y SIDA: un enfoque antropológico. Actas de la mesa redonda celebrada el 29 de noviembre de 2002 en la sede de UNESCO en París. Estudios e Informes, Serie Especial, Número 20. División de Políticas Culturales y Diálogo Intercultural. UNESCO.
- DONOSO, Carla (2002). El cuerpo femenino como representación simbólica: representación y violencia. En cuerpo y sexualidad. Francisco Vida, y Carla Donoso. Santiago de Chile: FLACSO.
- FCI (1995). Compromisos para la salud y los derechos sexuales y derechos reproductivos de todos. Marco de acción. Nueva York
- PANIKKAR, Raimon (2006). Paz e interculturalidad. Una reflexión filosófica. Barcelona: Herder.
- VITERI, María Amelia SIDA: Un estudio en parejas heterosexuales viviendo con VIH/SIDA. Tesis para el programa de Género. FLACSO: Quito.



FCIECUADOR



Con el aval de:



Ministerio de Salud Pública

Dirección Nacional de Salud Intercultural - Programa Nacional de VIH/SIDA